

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»

До захисту

Завідувач кафедри публічного управління

та державної служби

к.держ.упр., доцент Набока Людмила Віталіївна

---

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ГІБРИДНИХ ЗАГРОЗ

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

281 Публічне управління та адміністрування

Публічна політика і управління в умовах гібридних загроз

Виконавець

Здобувачка 2 курсу, групи ППГЗ-1-23 \_\_\_\_\_ К. В. Нестеренко

Науковий керівник

к.держ.упр., доцент \_\_\_\_\_ К. Є. Дубовик

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ УМОВНИХ ПОЗНАК, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ .....   | 3  |
| ВСТУП.....   | 4  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІНСЬКИХ ФУНКЦІЙ<br>ДЕРЖАВИ ВІДНОСНО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....                | 7  |
| 1.1. Теоретичні засади державного управління в системі охорони<br>здоров'я.....                                    | 7  |
| 1.2. Організаційно-правові засади реалізації політики держави<br>щодо системи охорони здоров'я в Україні.....      | 18 |
| РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ<br>СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....                  | 28 |
| 2.1 Основні механізми надання медичної допомоги населенню України<br>в умовах гібридних загроз.....                | 28 |
| 2.2. Аналіз управлінської діяльності щодо доступності медичних<br>послуг населенню в умовах гібридних загроз ..... | 38 |
| РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ<br>ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....                        | 57 |
| 3.1. Цифрова трансформація у системі охорони здоров'я в Україні.....   | 57 |
| 3.2. Аналіз управлінської діяльності щодо виправлення недоліків<br>в системі охорони здоров'я .....                | 68 |
| ВИСНОВКИ.....  | 77 |
| ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....  | 80 |

## **ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ УМОВНИХ ПОЗНАК, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ**

- ВІЛ – вірус імунодефіциту людини.
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я.
- ВПО – внутрішньо переміщені особи.
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я.
- ЕМЗ – електронні медичні записи.
- ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я.
- ІТІ – інформаційно-телекомунікаційна інфраструктура.
- КЗОЗ – комунальний заклад охорони здоров'я.
- КМУ – Кабінет Міністрів України.
- КНП – комунальне некомерційне підприємство.
- КП – комунальне підприємство.
- МІС – медична інформаційна система.
- Медпослуги – медичні послуги.
- Мінцифри – Міністерство цифрової трансформації України.
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України.
- МСЕ – медико-соціальна експертиза.
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України.
- ОДВ – органи державної влади.
- ОМС – органи місцевого самоврядування.
- ООН – Організація об'єднаних націй (United Nations).
- ПМГ – програма медичних гарантій.
- ПМД – первинна медична допомога.
- СМД – спеціалізована медична допомога.
- СОЗ – система охорони здоров'я.

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Система охорони здоров'я – це, стратегічна сфера діяльності держави, метою якої є організація, регулювання та гарантування доступного медичного обслуговування населення України, як ключовий елемент національної безпеки України.

Державне управління в системі охорони здоров'я (СОЗ) України реалізується відповідно до укладених міжнародних угод і договорів, Конституції, законів України, насамперед, Закону України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я», що визначає діючу модель СОЗ та нормативно-правових актів, виданих уповноваженими органами в системі державного та галузевого управління, починаючи від КМУ і МОЗ, а також урядових органів, що стосуються охорони здоров'я населення України як на рівні держави, так і на рівні областей, районів та окремих населених пунктів, тобто адміністративних територій і об'єднаних громад, а також окремих медичних служб, визначених законодавством для окремих відомств. Система дії такого комплексу виданих нормативно-правових актів, які динамічно доповнюються як законами України, так і різними підзаконними актами на усіх рівнях державного, міжгалузевого та галузевого управління, зокрема наказами і розпорядженнями, як у лікувально-профілактичних закладах, так і у санаторно-курортних, в комплексі забезпечує дієздатність цілісного державного адміністративно-правового механізму охорони здоров'я населення України.

Ефективність та логічність цього механізму залежить від повноти, збалансованості, впорядкованості складових нормативно-правової бази системи охорони здоров'я України. Чинне законодавство декларує модель СОЗ «Беверіджа» як основну систему формування і діяльності системи охорони здоров'я України. Це передбачає чітку визначену систему ієрархії органів державного управління та визначений пріоритет бюджетного фінансування

охорони здоров'я населення, проте «Основи законодавства України про охорону здоров'я», на відміну від радянської моделі «Семашко», дозволяє залучення і позабюджетних коштів, розвиток медичного страхування, створення приватних медичних закладів, також декларує у ст. 18 принцип поособового фінансування «на пацієнта» та у ст. 35 - надання первинної медичної санітарної допомоги «сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики». Вивчення питань державного управління у СОЗ висвітлюються у роботах багатьох науковців, а саме: Я. Радиша, В. Воробйова Н. Коби, А. Тітової В. Лазоришинця, А. Паршикової, М. Олещика, Н. Юристовської, тощо.

*Метою* даного дослідження є науково-теоретичне аргументування та розробка практичних рекомендацій, спрямованих на вдосконалення механізму регулювання СОЗ в умовах гібридних загроз.

*Об'єкт дослідження* – реалізація державної політики відносно регулювання системи охорони здоров'я України.

*Предмет дослідження* – організаційно-правовий механізм регулювання системи охорони здоров'я в умовах гібридних загроз.

Для досягнення мети визначено такі завдання дослідження:

- провести дослідження теоретичних засад державного управління СОЗ;
- охарактеризувати організаційно-правові засади реалізації політики держави щодо діяльності системи охорони здоров'я в Україні;
- проаналізувати процес надання медичних послуг населенню на всіх рівнях;
- проаналізувати управлінську діяльність щодо надання медичних послуг населенню у контексті інформатизації суспільства;
- з'ясувати напрямки оптимізації правового гарантування органами державного управління СОЗ всіх рівнів для надання медичних послуг ;
- виділити помилки організації надання медичних послуг та з'ясувати їхній вплив на медичну допомогу в Україні.

*Методи дослідження* – загальнонаукові та спеціальні методи вивчення, а саме: аналізу та синтезу (під час вивчення публічних і медичних послуг), порівняння та узагальнення, історичного та логічного (під час вивчення досвіду медичної діяльності і системи надання медичних послуг ЗОЗ). Системний підхід став підґрунтям виділення принципів управління СОЗ.

В основу роботи покладено матеріали нормативно-правових джерел, а саме: Конституція України, закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України, Стратегія людського розвитку, Національна стратегія у сфері прав людини, Державна стратегія регіонального розвитку, Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, Концепція розвитку системи громадського здоров'я, Концепція розвитку електронної охорони здоров'я, Указ Президента України № 369/2021 Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо гарантування громадян України медичною допомогою» тощо.

Проаналізовано звіти Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби охорони здоров'я України та Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Практичне значення отриманих даних полягає в тому, що викладені у роботі положення у подальшому можуть бути використані:

- у науково-дослідній сфері – як основа для подальших теоретичних та практичних розробок розбудови ефективної системи охорони здоров'я та гарантування медичної діяльності;

- у правотворчій діяльності – при удосконаленні законодавчих та відомчих нормативно-правових актів, що стосуються питань надання медичних послуг, які надають заклади охорони здоров'я;

- у навчальному процесі – для викладання та вивчення спеціальних дисциплін, при написанні підручників, науково-практичних посібників, розробці методичних рекомендацій, тощо.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІНСЬКИХ ФУНКЦІЙ ДЕРЖАВИ ВІДНОСНО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. Теоретичні засади державного управління в системі охорони здоров'я

Система механізмів державного регулювання СОЗ в Україні потребує глибокого аналізу. Важливо визначитися з основними поняттями проблематики: «публічне управління в сфері охорони здоров'я», «державне регулювання охорони здоров'я», «публічна політика та державна стратегія розвитку сфери охорони здоров'я». Публічне управління по суті передбачає прямий управлінський вплив на об'єкти управління за допомогою адміністративних повноважень та методів, що характеризуються директивними вказівками та чіткими інструкціями щодо ходу їх виконання. Варто відмітити, що В. Лазоршинець та інші науковці охарактеризували принципи фінансування вітчизняної і зарубіжних медичних галузей та надали змістовну характеристику світовому досвіду державного регулювання СОЗ та надання медичних послуг. Н. Коба і інші науковці аналізують особливості у підготовці якісних керівних кадрів для галузі охорони здоров'я. В. Воробйов провів глибокий аналіз управлінської політики багатьох країн саме щодо соціального страхування населення при встановленій втраті працездатності, сформував думку про те, що вказаний механізм фінансового гарантування державного регулювання СОЗ необхідно ефективно удосконалювати, як в рамках державного бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування [21].

Основним завданням вищого керівництва всіх держав є гарантування конституційних прав громадян і збалансованого ефективного фінансування

охорони здоров'я в умовах обмежених фінансових засобів та гібридних загроз, тому проведемо аналіз СОЗ провідних країн світу. Уряди країн Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я впроваджують системний аналіз своїх систем охорони здоров'я з послідуною оцінкою відповідності сучасних підходів до раціональності фінансування закладів та надання медичної допомоги. Тим часом така модернізація системи охорони здоров'я є нормативним, економічним та організаційним видом діяльності. Комплексно оцінюються заходи щодо раціональності трансформації системи охорони здоров'я не тільки для короткострокової оптимізації державного бюджету, а й за їх перспективну здатність зміцнювати здоров'я всього населення. Вказані нормативні підходи рівнозначно важливі, як для реформи охорони здоров'я як України, так і для інших країн світу. Кожна країна та її СОЗ мають свою особливість, яка впливає на розвиток самої системи, та аналіз її середовища враховує і політичний компонент держави [53].

Таким чином, необхідно виокремити потенціал системи та ризики, з якими він може зіткнутися на своєму шляху на даний час і в майбутньому. У розвинених країнах використовується практика, коли обсяг фінансування на певну модель відповідає за основне споживання засобів охорони здоров'я. У країнах із середнім рівнем доходу, як правило, система охорони здоров'я об'єднує кілька типів моделей. Однак кожна держава вносить системні зміни у розвиток своєї СОЗ. Зауважу, що найбільш поширеним є розподіл за трьома групами: державна система, страхова медицина та змішана.

За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я має сприяти рівній доступності медичних послуг, включати велику кількість актуальних медичних послуг населенню, які допоможуть найбільш ефективно виконувати поставлені завдання. У цьому аспекті фінансове гарантування СОЗ виступає як метод фінансового механізму, що визначає принципи, джерела та форми фінансування суб'єктів господарювання, діяльність, спрямовану на захист, збереження та зміцнення здоров'я населення країни.

Реалізація функцій, покладених на ЗОЗ, неможлива без надійної фінансової бази та ефективного управління. Цей процес державного регулювання включає розробку та впровадження нових систем прийняття управлінських рішень щодо порядку формування, розподілу та раціонального використання фінансових засобів ЗОЗ [1].

Економічна наука визначає «державне управління» як організуючий і регулюючий механізм впливу держави на діяльність суб'єктів певної сфери, з метою її впорядкування та підвищення ефективності господарювання.

Правова наука визначає поняття «державного регулювання» - як систему державних заходів (організаційних, правових, економічних) у сфері соціальних, політичних, економічних, культурних та інших процесів з метою їх, упорядкування, формування загальних правил та запобігання будь-яким несприятливим факторам. Із позиції економічної науки, державне регулювання розглядається як «система заходів задля здійснення підтримуючої, компенсаційної та регулюючої діяльності держави, спрямованої на створення відповідних умов ефективного функціонування ринку та вирішення складних соціально-економічних проблем розвитку національної економіки та всього суспільства».

Деякі науковці розглядають державне врегулювання як «сферу діяльності органів державної влади щодо цілеспрямованого впливу на поведінку суб'єктів господарювання шляхом застосування різноманітних методів і засобів». Державне регулювання передбачає лише встановлення обмежень та меж для закладів та установ, за якими вони могли б вільно працювати [7].

Отже, державне управління та державне регулювання – це два різних види державної діяльності. Державне регулювання, на відміну від державного управління, спрямоване не лише на об'єкт управління, а й на середовище, в якому цей суб'єкт здійснює свою діяльність. Тому вони між собою відрізняються широтою владного впливу.

У СОЗ державне управління представляє собою комплексну ієрархічну управлінську систему у сфері охорони здоров'я, що має національний,

регіональний та локальний рівні: держава, області, райони та окремі населені пункти (зокрема міста, селища, села, тобто адміністративні території та громади), а також заклади охорони здоров'я різних форм власності. Здійснення медичної діяльності в національній системі охорони здоров'я забезпечується за рахунок механізмів державного регулювання в межах державної політики.

Значить, державне регулювання в СОЗ передбачає формування загальних норм та правил здійснення медичної діяльності, тобто медичної допомоги, визначення відповідальності за дотримання цих правил, впливу уряду та його органів на діяльність закладів охорони здоров'я. За думкою В. В. Шевчук, «у напрямках державного регулювання охорони здоров'я знаходять відображення способи і форми реалізації соціальних обов'язків у СОЗ населення, стратегія та пріоритети зміцнення здоров'я та профілактики захворювань» [57].

Таким чином, державне регулювання має засновуватися на адекватно сформованій державній політиці та стратегії розвитку галузі, державних медичних програмах та стандартах, а також механізмах їх обов'язкового виконання, державному контролю та примусі з боку владних органів. Уряд має використовувати не лише юридичні, але й організаційні, фінансові, кадрові та інші інструменти впливу.

Тому державне регулювання у СОЗ повинно базуватися на державному бюджеті, податковій, кредитній, фінансово інвестиційній системах, науковій та технічній політиці країни, тобто управління сферою має забезпечуватися через різні механізми та інструменти: державний бюджет, державний контроль, податкову систему, визначені стандарти, митні тарифи тощо.

У межах державного управління є важливим розуміння поняття «державної політики». С. В. Петрова розглядає державну політику у СОЗ як «комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження і зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової частини її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних,

організаційних, економічних, правових, соціальних, наукових, медичних заходів з метою збереження громадського здоров'я» [6].

Державна стратегія розвитку СОЗ – це документ, який регламентує мету, завдання та процедури для органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування для реалізації стратегічних цілей із метою розвитку СОЗ у довгостроковому періоді з урахуванням державної політики, національної нормативно-правової бази та міжнародних стандартів та норм. В. В. Шевчук зазначає, що «механізм реалізації державної політики у СОЗ представляє собою комплекс стратегічних цілей і пріоритетів, сформованих на основі розподілу на підпункти цілей державної соціально-економічної політики, методів корпоративного та публічного менеджменту, інструментів, важелів, стимулів, що підтримують підсистеми, за допомогою яких управлінська система створює необхідні умови для ефективного функціонування взаємопов'язаних суб'єктів інституційної структури СОЗ та досягнення соціально важливих результатів на основі зворотних зав'язків» [5].

Науковці визначають охорону здоров'я як стратегічну галузь, проте не економіки та держави, а як окрему галузь сфери обслуговування. Так, нам пропонують наступне роз'яснення: «Охорона здоров'я – це, одна з галузей сфери обслуговування. Турбота про збереження та зміцнення здоров'я особистості, збереження здоров'я трудящих, профілактиці хвороб мають велике значення, так як під впливом цих факторів зростає активний період працездатності і знижуються втрати робочого часу». К. І. Вінслоу вважає, що «охорона здоров'я не є повноцінним синонімом медицини, а є одним з головних факторів і критеріїв прогресу ефективного розвитку суспільства тому, що практично немає жодної галузі чи сфери діяльності, які б так чи інакше не позначалися б на здоров'ї людей» [3]. Головною метою державної політики у СОЗ є гарантування доступності якісної медичної допомоги та підвищення кваліфікації ефективності медичних послуг, їх обсяги та якість яких повинні адекватно відповідати рівню захворюваності та потребам населення, доказовим сучасним досягненням медичної науки. Нова

європейська політика щодо здоров'я вимагає детального перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, удосконалення політики адміністрування охорони здоров'я, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритету надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні чинники ризику [14].

Основи політики Здоров'я-2020 включають чотири головні пріоритетні напрямки стратегічних дій, серед яких необхідно виділити швидке зміцнення систем охорони здоров'я, які мають бути орієнтованими на людину, потужного потенціалу системи громадського здоров'я, високої готовності до надзвичайних ситуацій, епідеміологічного нагляду та реагування, підвищення «стійкості» місцевих громад та створення сприятливого підтримуючого середовища» [15]. Державна політика у сфері охорони здоров'я орієнтована на гарантування необхідних критеріїв для системи охорону здоров'я громадян, які допоможуть проводити спеціалізоване навчання персоналу, профілактику інфекційних та неінфекційних хвороб, гарантувати надання медичної підтримки населенню, вести наукові дослідження в галузі охорони здоров'я та підготовку медичних і фармацевтичних співробітників, удосконалювати матеріально-технічну базу закладів системи охорони здоров'я [4].

Одним із першочергових завдань соціально орієнтованої розвинутої країни є пошук балансу між особистими інтересами громадян країни, що потребують доступної та висококваліфікованої медичної допомоги, та постачальниками якісних медичних послуг. Так, з одного боку, уряд має повністю задовольнити очікування та інтереси своїх громадян у наданні якісної медичної допомоги, а з іншого – також задовольнити інтереси медичних працівників.

Державне регулювання системи управління у СОЗ – це системний, планомірний вплив державних інституцій як на діяльність суб'єктів макроекономічного середовища охорони здоров'я, враховуючи нестабільні умови функціонування ринкового механізму господарювання, основною метою якого є дотримання пріоритетного курсу державної політики щодо фінансового,

економічного та соціального стабільного зростання індикаторів національного макроекономічного середовища охорони здоров'я країни, враховуючи пріоритет заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я людського капіталу країни.

Відповідно до дослідження В. Шевчука, «в принципово нових умовах сьогодення розвитку суспільства державне регулювання СОЗ має відповідати не лише новій парадигмі сучасного розвитку охорони здоров'я в межах застосування сучасних управлінських технологій, а й новим принципам організації системи охорони здоров'я населення: міжсекторального підходу до охорони здоров'я, відповідальності держави за демографічну безпеку країни, відповідальності і зацікавленості громадян у збереженні та зміцненні власного здоров'я, надання пріоритету профілактичним заходам та первинної медико-санітарної допомоги. Державне регулювання ефективним розвитком охорони здоров'я має включати системний моніторинг засобів охорони здоров'я та аналіз результатів діяльності системи охорони здоров'я, регулювання в рамках систем «централізація – децентралізація», «державне регулювання та самоврядування», «державні та ринкові механізми, методи та інструменти регулювання», «відомча, державна та приватна системи охорони здоров'я», «міжсекторальна взаємодія системи охорони здоров'я громадян» [57].

Акцентую, що державне регулювання системи охорони здоров'я України спрямоване на створення сприятливих стабільних організаційно-господарських та фінансових умов, з урахуванням гнучких ринкових механізмів господарювання.

Таким чином, державне регулювання в СОЗ не передбачає грубого втручання держави в процеси організаційної та професійної діяльності, за винятком випадків, чітко визначених законом.

На сучасному етапі свого розвитку публічне управління в СОЗ проходить складне випробування війною, яку розпочала російська федерація проти незалежної суверенної України. Саме в цей період ми явно побачили недосконалість та суперечливість деяких процесів публічного управління, що

повинні забезпечувати якість, прозорість і чіткість прийнятих управлінських рішень по всіх горизонталях влади та секторах економіки [66].

Однією з найголовніших обов'язкових умов ефективного функціонування СОЗ є розроблення системи антикризового публічного управління в умовах війни та гібридних загроз. Механізми антикризового публічного управління в СОЗ України є окремими її компонентами, що регулюють діяльність системи у період кризи.

Механізми публічного управління СОЗ в період війни – це методи, принципи та інструменти управлінського, економічного, правового та соціально-мотиваційного характеру, що реалізуються державою для запобігання різноманітним ризикам та гарантування якісного доступного медичного обслуговування тих, хто його потребує. Зважаючи на явну соціально-економічну кризу, викликану війною та значним зубожінням населення, перед СОЗ стоїть гостре завдання запровадження ефективного антикризового публічного управління в СОЗ і гарантування забезпечення населення якісними безкоштовними медичними послугами не тільки воїнів на полі бою, а й всіх громадян України [31].

Необхідно зазначити, що публічне управління в системі охорони здоров'я України здійснює одну з ключових ролей у реалізації внутрішньої гуманітарної політики держави, що полягає у прийнятті раціональних державно управлінських рішень для реалізації самої концепції надання доступної якісної медичної допомоги всім без винятку громадянам країни. На жаль, низький рівень платоспроможності громадян щодо можливої оплати медичного обслуговування, запускає процес збільшення витрат бюджетних коштів на медичні послуги населенню та обсягів використання матеріально-технічних засобів.

Загальносвітова тенденція даної соціально-економічної кризи, зумовленої вираженим дефіцитом енергоносіїв та їх здорожчанням, запустила механізм підвищення вартості медичних послуг та забезпечення відповідними лікарськими препаратами. Визначальною особливою рисою розвитку системи

охорони здоров'я України під час глобальної економічної кризи та руйнації економіки, завданої війною, є те, що швидкі темпи збільшення витрат на медичне обслуговування громадян України, що постраждали від воєнної агресії, переважають над темпами підвищення рівня ВВП держави [6].

Антикризове публічне управління СОЗ в умовах гібридних загроз повинно вести пошуки ефективних шляхів для зниження рівня таких витрат та раціонального використання наявних фінансових та матеріальних засобів. Зазначені вище чинники можуть провокувати появу суспільного конфлікту інтересів, який полягатиме в розбіжностях між наявними обмеженими фінансовими ресурсами та необхідністю гарантування доступності медичних послуг для громадян українського суспільства [1].

Boston Consulting Group, аналізуючи процес розвитку ситуації в СОЗ під час пандемії COVID-19, виділила три типи стратегій управління [71].

Перша стратегія дає можливість швидкого спаду інфікування та відновлення економічних процесів; друга стратегія, була побудована на балансі та потребує від управлінців уміння постійно адаптувати набір антикризових заходів; третя стратегія вимагає високої самодисципліни та усвідомлення від населення країни.

Перша стратегія – стратегія «придушення та стримування». Цей вид стратегії реалізовувався у відносно невеликій кількості країн. У перші місяці пандемії COVID-19 успіхи таких країн, як Китай, Південна Корея, Тайвань були очевидні та їм вдалося досить швидко і ефективно зупинити зараження.

Друга стратегія – стратегія «пом'якшення та боротьби». Цей вид стратегії був прийнятий більшістю країн. Пом'якшення та боротьба з пандемією відбувалися на основі балансу між необхідністю зберегти життєздатність економіки та не допущенням навантаження на систему охорони здоров'я за допомогою використання різного роду обмежень (зняття обмежувальних заходів відбувалося за умови зниження навантаження на систему охорони здоров'я). Можна оцінити ефективність стратегії протидії з COVID-19, яка була обрана у Південній Кореї. Використовувався план боротьби з COVID-19,

заснований на досвіді боротьби зі спалахами SARS і MERS. Вдалося знизити збільшення кількості нових випадків зараження та не вводити «жорсткий» локдаун, який значно шкодить економіці. Складниками корейського плану управління стали: швидке тестування пацієнтів, відстеження контактів з хворими, ізоляція нових пацієнтів і пряма урядова комунікація задля гарантування широкого співробітництва та обміну інформацією, а також обов'язкова вакцинація населення для формування стійкого суспільного імунітету.

Третій тип стратегії – це, стратегія «підтримки та допомоги». Такий тип стратегії управління, спрямований на підтримку й допомогу СОЗ, має переважно персоніфікований характер і пов'язаний із досвідом Швеції. Водночас однозначно точно говорити про успіх чи провал цієї стратегії складно, тому що на початку травня 2020 р. кількість смертей від COVID-19 у Швеції значно перевищувала кількість летальних випадків у інших скандинавських країнах.

На думку О. Парохоменко-Куцевіл, перспективним напрямом у діяльності органів державного управління у СОЗ України, враховуючи необхідність ефективного прогнозування її наслідків, є застосування методу «форсайту» – це, процес формування картини бажаного майбутнього, щодо розвитку державного управління у СОЗ протягом середньострокової та довгострокової перспектив на підставі проведення методологічної системи заходів, спрямованих на вивчення та аналізування сучасних державно-управлінських процесів, розгортання надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я. Втілення такого процесу може здійснюватися як всередині органу державної влади, так і у системі державного управління в цілому [31].

Таким чином, сучасний розвиток охорони здоров'я, відповідно до сучасних викликів в умовах гібридних загроз, вимагає врахування принаймні трьох даних обставин:

– по-перше, предмет охорони здоров'я в Україні сьогодні перебуває не в площині прийняття ефективних функціональних реорганізацій системи

охорони здоров'я, а в першочерговій необхідності обслуговування вимушених переселенців та поранених, допомоги в підтриманні психічного здоров'я в жорстких умовах постійного стресу й емоційної напруги, належним рівнем медичного обслуговування населення, які покинули місця свого постійного проживання і тимчасово змушені мешкати в інших регіонах країни;

– по-друге, безкоштовне лікування поранених, протезування, реабілітація збереження та відновлення фізичного, психічного здоров'я військовослужбовців;

– по-третє, військово збройне вторгнення росії негативно впливає на довкілля України: руйнування екосистем, природно-заповідного фонду, флори та фауни, спричиняє забруднення навколишнього середовища тощо, що безпосередньо завдає безпосередньої шкоди здоров'ю людини та має негативні наслідки для національної економіки в цілому.

До того ж, окрім матеріальних збитків, негативним результатом війни стали дкже суттєві втрати людського капіталу, що є одним з ключових факторів економічного зростання. Саме тріада – цивільне населення, військовослужбовці, довкілля – є основою парадигми охорони здоров'я та має бути стратегічною метою, в напрямі її досягнення повинні здійснюватися наукові дослідження і державна політика. Реалізація такої парадигми в СОЗ забезпечить цілісність і гомогенність українського простору, зміцнить основи розвитку та відбудови національної економіки не тільки в умовах війни, але і в післявоєнний період [15] .

Таким чином, підсумую, що головні ключові стратегії посилення системи охорони здоров'я в умовах поточних викликів та гібридних загроз полягають в адаптації підтримки для різних типів закладів СОЗ і зосередженні уваги на підготовці медичного персоналу й забезпеченні готовності медичних закладів. Постійний моніторинг і гнучкість процесів відіграють важливу роль у забезпеченні стабільності й ефективності системи охорони здоров'я в контексті надання якісної медичної допомоги населенню для досягнення універсального охоплення послугами охорони здоров'я.

## **1.2. Організаційно-правові засади реалізації політики держави щодо системи охорони здоров'я в Україні**

Основною метою державного регулювання СОЗ України є зміцнення здоров'я населення, гарантування висококваліфікованої доступної медичної допомоги, поліпшення якості життя та збереження генофонду нації вцілому.

Для втілення цієї мети державою було визначено наступні основні завдання регулювання системи охорони здоров'я:

- створення сприятливих стабільних організаційних і фінансових умов для діяльності та розвитку закладів охорони здоров'я всіх форм власності;
- формування ефективної нормативно-правової бази, що забезпечує гідні рівні умови для всіх постачальників медичних послуг;
- контроль якості надання медичних послуг та медичної допомоги;
- реалізація адаптивної соціально-демографічної політики держави, спрямованої на підвищення рівня народжуваності та зниження рівня смертності серед населення;
- формування вільного доступу до якісної медичної допомоги для всіх верств населення;
- гарантування санітарно-епідеміологічного добробуту всього населення;
- заохочення населення до здорового способу життя;
- активізація розвитку сучасної медичної та фармацевтичної промисловості, включаючи виробництво як медичних виробів так і виробів медичного призначення, виробництво лікарських препаратів тощо;
- гарантування ефективної багатоканальної стабільної фінансової системи за рахунок збільшення державної фінансової підтримки в галузі охорони здоров'я та пошук альтернативних джерел фінансування галузі;
- активізація наукової діяльності та ринку іновацій у сфері охорони здоров'я: сучасних медичних технологій, інноваційного обладнання та устаткування закладів тощо;

– створення стабільних сприятливих умов для професійного безперервного розвитку медичного персоналу в сфері охорони здоров'я: сприяння процесам неперервної управлінської освіти в СОЗ тощо [13].

Ю. М. Ридзель виділяє такі основні функції і задачі державного управління для розвитку у сфері охорони здоров'я, зокрема:

– ресурсна: гарантування кадровими ресурсами СОЗ, бюджетно-фінансова політика держави, а також врегулювання державних витрат, закупівель та позик;

– інформаційна функція: своєчасне виявлення та управління факторами, що впливають на появу нових кризових явищ у системі охорони здоров'я; гарантування використання інформаційних технологій; постійна інформаційна взаємодія між суб'єктами СОЗ;

– інноваційна: гарантування інституційних перетворень зовнішнього середовища та сприятливих для розвитку медицини інновацій; формування пріоритетних напрямів розвитку; стимулювання інноваційної наукової діяльності та розвитку трансферу медичних технологій;

– контрольна: організація постійного системного моніторингу за станом процесів галузі; аналіз потенціальних результатів розвитку галузі; оцінка ефективності вжитих заходів [48].

Державне регулювання у СОЗ має дві основні підсистеми, які представлені на рисунку 1.1.

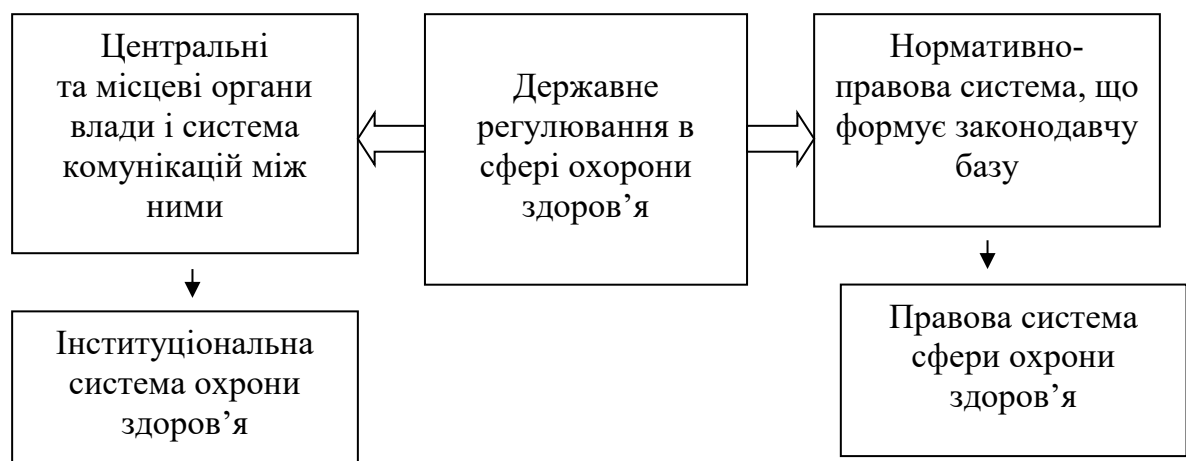


Рисунок 1.1 – Основні підсистеми державного регулювання у СОЗ

Засадничі концепти побудови національної системи охорони здоров'я визначено в ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року. Визначений у Законі тип системи охорони здоров'я України, ґрунтується на базових принципах англійської моделі, яка систематично поступово втілюється як у законотворчу, так і в медичну практики, і проявляється у різних формах сімейної комунальної і приватної медицини, системі страхуванні, багатоджерельному фінансуванні медицини, високих соціальних стандартах [27].

Об'єктами державного регулювання в системі охорони здоров'я України є особливі взаємозв'язки, ринок медичних товарів і послуг та його структурні елементи, територіальна, міжгалузева та функціональна підсистеми СОЗ України, а також особливі принципи її організації та функціонування.

Виділяють наступні типи об'єктів державного регулювання СОЗ:

- матеріальні;
- нематеріальні.

До першої групи належать СОЗ різних форм власності (державні та приватні заклади), медичні виробниці та засоби, медичний персонал, основний капітал та фінансові ресурси цих закладів.

До другої групи належать службові взаємовідносини в закладах охорони здоров'я, відносини між споживачами та постачальниками медичних послуг. Головним об'єктом такого державного регулювання є здоров'я людини та його стабільний стан, на який можна впливати, поліпшуючи його.

Основними суб'єктами державного регулювання СОЗ в Україні є Верховна Рада України та Уряд, центральні органи виконавчої влади, серед яких Міністерство охорони здоров'я України, а також місцеві органи виконавчої влади, до яких належать обласні департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, міські департаменти охорони здоров'я міських рад, які здійснюють функції управління СОЗ в країні. Функціонування цих органів регламентуються ст. 13 та ст. 14 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [34].

Принциповою відмінністю сучасної державної політики у СОЗ України на думкою В. В. Шевчук, є те, що «вона реалізується у контексті адміністративної та бюджетної реформ, спрямованих на перехід від концепції управління витратами до управління за результатами» [58].

Функціональне навантаження на суб'єкти державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні представлено у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 – Функціональне навантаження суб'єктів державного регулювання охорони здоров'я в Україні

| №  | Суб'єкт державної о регулювання охорони здоров'я України | Характеристика функціональних обов'язків у сфері охорони здоров'я   |
|----|--|---|
| 1  | 2  | 3   |
| 1. | Верховна Рада України                                    | формує державну політику про охорони здоров'я через закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я.  |
| 2. | Президент України  | несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики охорони здоров'я, виступає гарантом влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України.  |
| 3. | Кабінет Міністрів України                                | організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я. |

## Продовження таблиці 1.1

| 1  | 2   | 3  |
|----|---|--|
| 4. | Міністерство охорони здоров'я України   | у межах своєї компетенції планує і здійснює заходи щодо реалізації державної політики України, виконання програм у галузі охорони здоров'я та у сфері розвитку медичної науки.   |
| 5. | Інші міністерства та відомства України  | Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство інфраструктури України, Міністерство оборони України, Служба безпеки України, які мають свої власні медичні служби, що забезпечують медичними і профілактичними послугами відповідні категорії службовців та членів їх сімей. Державна кримінально-виконавча служба України є відповідальною за організацію медичних та профілактичних заходів усередині пенітенціарної системи. |
| 6. | Національна служба здоров'я України   | реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо гарантування формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.  |
| 7. | Верховна Рада АР Крим, Рада Міністрів АР Крим, обласні ради, обласні державні адміністрації (ОДА), управління охорони здоров'я ОДА, Київська та Севастопольська міські ради, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації, управління охорони здоров'я Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій | гарантування реалізації державної політики охорони здоров'я на відповідних територіях, і передані їм в управління рішеннями вищих органів державної влади та районними чи обласними радами заклади охорони здоров'я державної власності та заклади охорони здоров'я, що перебувають у спільній власності територіальних громад (республіканські Автономної Республіки Крим та обласні лікарні, діагностичні центри тощо)             |
| 8. | Районні ради, районні державні адміністрації, центральні районні лікарні, сільські, селищні ради  | реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством   |
| 9. | Міські ради, виконавчі комітети міських рад, управління (відділи) охорони здоров'я міських рад  | здійснюють управління закладами охорони здоров'я, організацію медичного обслуговування населення, забезпечують доступність медичного обслуговування, розвиток лікувальних закладів усіх форм власності.  |

У межах державного регулювання у галузі системи охорони здоров'я можна виділити два напрямки:

- направлений на вирішення конкретних політичних завдань;
- направлений на вдосконалення існуючих механізмів управління.

Перший – політичний – напрям полягає в досягненні поставлених стратегічних соціальних та економічних цілей.

Другий – управлінський – напрям стосується механізмів управління системою охороною здоров'я, які мають змішану етіологію, відображаючи складність взаємовідносин між споживачами та постачальниками послуг [56].

Вони направлені на більш ефективне й раціональне використання фінансових, матеріальних і людських засобів галузі та передбачають регулювання: якості надання медичної допомоги та ефективності діяльності закладів охорони здоров'я; доступності до медичної допомоги (у т. ч. шляхом запровадження відповідної податкової політики); поведінки постачальників; поведінки платників; ринку медичних послуг та фармацевтичного ринку; діяльності керівників закладів охорони здоров'я, лікарів та інших медичних працівників. А також, сприяння державно-приватному партнерству та трьохсторонній моделі співпраці між соціальним, політичним та фінансовим секторами у СОЗ з метою досягнення основних цілей та завдань, що поставлені перед СОЗ; формування ключової стратегії та сприяння формуванню належного підґрунтя для її реалізації на індивідуальних соціальних і структурних рівнях; сприяння громадської активності та співпраці у питаннях планування, управління, фінансування тощо у сфері охорони здоров'я; формування належної нормативно-законодавчої бази, спрямованої на подолання кризових ситуацій в СОЗ та гарантування досягнення її основних цілей та завдань.

Суб'єкти державного регулювання впливають на об'єкти за допомогою сукупності методів для досягнення основної мети [58].

Основні методи державного регулювання, що використовуються національними владними органами узагальнено у таблиці 1.2, що наведена нижче.

Таблиця 1.2 – Комплекс методів державною регулювання у СОЗУ країни

| 1. Ринок медичних послуг   |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Адміністративні (директивні) методи  | Економічні методи  |   |   |
|  | Прямі економічні методи  | Непрямі економічні методи, направлені на стимулювання   |   |
|  |  | Розширення пропозиції та підвищення якості  | Розширення платоспроможного попиту на товари та послуги на ринку  |
| 1  | 2  | 3   | 4   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ліцензування діяльності;</li> <li>– Акредитація та реєстрація закладів охорони здоров'я;</li> <li>– Стандартизація якості медичних послуг.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Державні видатки на фінансування сфери охорони здоров'я.</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Звільнення від оподаткування ППП окремих закладів охорони здоров'я державної власності:</li> <li>– Звільнення закладів охорони здоров'я від земельного податку.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Звільнення від оподаткування ПДВ операцій з наданням медичних послуг.</li> <li>– Включення до складу витрат платника ППП витрат на охорону здоров'я;</li> <li>– Виключення з розрахунку загального місячного оподаткування доходу платника ПДФО вартості товарів та послуг на охорону здоров'я;</li> <li>– Включення до податкової знижки з ПДФО вартості товарів і послуг на охорону здоров'я.</li> </ul> |
| 2. Ринок медичного обладнання, технологій та новацій у галузі охорони здоров'я   |  |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Захист прав інтелектуальної власності шляхом патентування об'єктів інтелектуальної власності.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Фінансова підтримка та рахунок державних видатків на наукові медичні донеобхідноження.</li> </ul> | –   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Звільнення від оподаткування акцизним податком операцій з реалізації легкових автомобілів для інвалідів;</li> <li>– Застосування зниженої ставки ПДВ до операцій з експорту/імпорту виробів медичною призначення;</li> <li>– Застосування зниженої ставки ПДВ до операцій з експорту/імпорту медичних виробів та/або медичного обладнання для клінічних випробувань.</li> </ul>                            |

Продовження таблиці 1.2

| 1   | 2   | 3  | 4  |
|---|---|--|--|
| <b>3. Фармацевтичний ринок</b>  |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Реєстрація та стандартизація якості лікарських засобів і виробів медичного призначення;</li> <li>– Ліцензування діяльності з виробництва, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами та виробами медичного призначення;</li> <li>– Державне регулювання цін на лікарські засоби і виробів медичного призначення.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Фінансова підтримка за рахунок державних видатків на закупівлю лікарських засобів і виробів медичного призначення.</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Виключення з переліку платників збору за впровадження деяких видів підприємницької діяльності аптек, провадження діяльності щодо постачання лікарських засобів з придбанням пільгового торгового пакету.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Застосування зниженої ставки ПДВ до операцій з експорту/імпорту лікарських засобів;</li> <li>– Звільнення від оподаткування митом фармацевтичної продукції;</li> <li>– Застосування зниженої ставки ПДВ до операцій з експорту/імпорту лікарських засобів для клінічних випробувань.</li> </ul> |
| <b>4. Ринок медичного страхування</b>   |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ліцензування діяльності зі страхування.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Діяльність Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань.</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>–</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Включення до витрат платника ППП внесків на страхування здоров'я, обов'язковість якого передбачена законодавством.</li> </ul>   |
| <b>4. Ринок праці медичного персоналу та ринок освітніх послуг у сфері охорони здоров'я</b>   |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ліцензування діяльності та акредитація освітніх закладів;</li> <li>– Стандартизація якості освітніх послуг.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Фінансова підтримка за рахунок державних видатків підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації та оплати праці медичних кадрів.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>–</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>–</li> </ul>  |

Методи державного регулювання у СОЗ можна класифікувати наступним чином:

- а) за засобами державного регулювання:
  - адміністративні методи;
  - економічні методи;
- б) за формами державного регулювання:
  - прямі методи;
  - непрямі методи;
- в) за типом ринку охорони здоров'я:
  - методи регулювання ринку медичних послуг;
  - методи регулювання ринку медичного обладнання, технологій та новацій у галузі охорони здоров'я;
  - методи регулювання фармацевтичного ринку;
  - методи регулювання ринку медичного страхування;
  - методи регулювання ринку праці медичного персоналу та ринку медичної освіти;
- г) за типом інструментів, що застосовуються на ринках охорони здоров'я:
  - інструменти підвищення якості послуг (товарів) медичних послуг;
  - інструменти підвищення ефективного попиту на медичні послуги та товари [50].

Таким чином, аналіз наведених даних таблиці 2 показує, що основними інструментами, які системно застосовуються на всіх типах ринку охорони здоров'я, є прямі адміністративні методи (ліцензування, акредитація, стандартизація та контроль ціноутворення), прямі економічні методи (фінансова підтримка різних медичних заходів, наприклад, медичних наукових досліджень, навчання персоналу, придбання медичного обладнання та устаткування, фармацевтичних препаратів) та непрямі економічні методи (представлені механізмами політики податкового регулювання).

Отже, результати проведеного аналізу механізмів державного регулювання СОЗ в Україні свідчать про його фрагментарний характер, бо не забезпечують жорстке державне регулювання всіх взаємопов'язаних ринків СОЗ та якість системи управління всіма закладами охорони здоров'я, що значно ускладнює процес стандартизації, формування ефективних ринкових відносин та знижує темп та результативність процесу реформування національної системи охорони здоров'я України.

Вивчення механізму державного регулювання СОЗ дало можливість сформулювати причини необхідності реалізації наступних завдань державного регулювання в системі охорони здоров'я, серед яких провідне місце посідають механізми гарантування сприятливих умов для ефективної діяльності закладів охорони здоров'я, зокрема:

- передача у власність місцевих громад закладів, які перебувають у державній власності, необхідних для надання медичних послуг;
- системна методична підтримка діяльності закладів охорони здоров'я;
- постійна підготовка та підвищення кваліфікації кадрів закладів охорони здоров'я;
- прийняття загальнодержавних та регіональних цільових програм, що сприяють забезпеченню прав громадян на отримання медичної допомоги;
- інформаційна підтримка, у т.ч. роз'яснення населенню їхніх конституційних прав на отримання безкоштовної медичної допомоги, про роль населення у створенні системи громадського контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я;
- правове регулювання фінансової, організаційної та господарської діяльності закладів охорони здоров'я;
- бюджетне та податкове регулювання системи, що дозволяє створити благоприємні умови для оптимізації податкової бази закладів охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

### ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### 2.1. Основні механізми надання медичної допомоги населенню України в умовах гібридних загроз

Механізм державного управління СОЗ характеризується функціональними й галузевими особливостями. Його складові враховують специфічні ознаки системи охорони здоров'я й закономірності її розвитку. Значною мірою вплив державного управління реалізуються шляхом вдосконалення та трансформування діяльності закладів охорони здоров'я, багато з яких працюють в сучасних умовах як підприємства з надавання медичних послуг. Однак, прямиий вплив органів державної влади на діяльність комунальних підприємств охорони здоров'я та інших лікарняних установ є неможливим. Існує регіональний рівень державного управління, який консолідує в собі поєднання загальних державницьких підходів трансформації системи охорони здоров'я та їх практичне впровадження на конкретній території в межах усталеної регіональної соціально-економічної системи, транспортної та інженерної інфраструктури, демографічної ситуації, тощо [59].

Для аналізу процесу надання медичної допомоги необхідно розрізнити наступні поняття.

Медична допомога – це, конкретна медична послуга або комплекс медичних послуг, що надається пацієнтам із застосуванням діагностичних та лікувальних методів, включно з лікарськими засобами, передбачених нормативними медико-технологічними документами.

Медичне обслуговування – це, діяльність медичних закладів, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію за визначеним законом

порядком у сфері охорони здоров'я або сертифікат на професійну діяльність спеціаліста з медичною освітою, що не обов'язково обмежується медичною допомогою.

Медична послуга – стандартизовані визначені дії або комплекс таких дій суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я, що спрямовані на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з інфекційними та неінфекційними хворобами, травмами і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, які використовується як основа планування їх обсягу та вартості.

Завданням якісного медичного обслуговування є збереження, відновлення і зміцнення здоров'я населення шляхом гарантування універсального охоплення доступною, якісною та безпечною медичною допомогою [58].

Медичне обслуговування здійснюється за такими принципами:

- доступність медичного обслуговування, яка полягає у безперешкодному доступі до закладів охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи мовних бар'єрів;
- комплексність медичного обслуговування, яка передбачає надання необхідного спектра медичних послуг при кожному зверненні пацієнта з врахуванням його індивідуальних особливостей та стану здоров'я;
- наступність і безперервність медичного обслуговування, яка передбачає координацію діяльності в процесі надання пацієнтові медичної допомоги в різний час, різними спеціалістами та закладами охорони здоров'я, стандартизацію вимог до медичної документації, технічного оснащення, організації процесу надання медичної допомоги;
- інтегрованість медичного обслуговування – надання медичної допомоги, шляхом координації дій окремих надавачів медичних послуг в цілях досягнення економічної ефективності, поліпшення якості і підвищення рівня задоволеності користувачів і постачальників медичної допомоги;

– адекватність медичного обслуговування, яка полягає у відповідності медичної допомоги справедливим потребам і очікуванням пацієнта в рамках прийнятної для пацієнта якості життя і передбачає гарантування можливості отримання споживачем необхідної йому допомоги в потрібний час, в зручному для нього місці, в достатньому обсязі і з прийнятними витратами;

– ефективність медичного обслуговування, яка полягає у забезпеченні досягнення оптимальної при наявних ресурсах результативності медичної допомоги, наданої з дотриманням вимог медико-технологічних документів та етичних принципів;

– орієнтованість на пацієнта та його задоволеність, яка передбачає участь пацієнта у прийнятті рішень при наданні йому медичної допомоги і вимірювання задоволеності пацієнта її результатами;

– безпека процесу надання медичних послуг, що передбачає заборону застосування медичних технологій та обладнання, які визнані небезпечними у встановленому порядку, та обмеження шкідливих впливів на пацієнта і лікаря відповідно до вимог законодавства щодо безпеки та охорони праці, санітарного та епідемічного благополуччя [54].

Мережу закладів формують заклади охорони здоров'я всіх форм власності. Мережа закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності формується з урахуванням актуальних і прогнозованих потреб населення у медичному обслуговуванні, а також потенційних ризиків, що можуть зумовити різкі зміни таких потреб.

Заклад охорони здоров'я незалежно від форми власності здійснює свою діяльність за наявності ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики та може бути акредитованим у встановленому законодавством порядку [10].

У 2024 році виповнилося 10 років з моменту початку війни в Україні. Розпочавшись у 2014-му на Сході країни, війна перейшла у повномасштабну фазу у лютому 2022 року. Повномасштабна війна, яка триває уже третій рік,

привела до численних жертв серед мирного населення. За даними Моніторингової місії ООН з прав людини в Україні (HRMMU), з лютого 2022 до вересня 2024 року загинули щонайменше 12 000 мирних мешканців, і ще 26 000 людей отримали поранення, у тому числі багато дітей. Станом на 1 січня 2022 року населення України становило близько 41,167 млн осіб [60].

Після початку війни у лютому 2022 році Україна стикнулася з безпрецедентним рівнем міграції. За даними Українського центру охорони здоров'я, чисельність населення України скоротилася до 31,47 осіб на кінець 2022. Масова еміграція жіночого населення фертильного віку після 24 лютого 2022 року різко вплинула на народжуваність в Україні: у 2022 році НСЗУ зафіксувала лише 211 тисяч пологів проти майже 262 тисяч у 2021 році. Таким чином, природне скорочення населення України оцінюється приблизно в 50 тисяч осіб у 2022 році [8].

Функціонування української системи ПМД було ускладнене ще від початку пандемії коронавірусної хвороби-2019 (COVID-19). Повномасштабне вторгнення Російської Федерації 24 лютого 2022 р. створило ще більший тиск на систему, що перешкоджає її відновленню. Війна створила нові виклики в отриманні доступу до медичної допомоги й призвела до значних змін у потребах населення у СОЗй континуумі допомоги. Війна має руйнівний вплив на інфраструктуру системи охорони здоров'я України та працівників української системи охорони здоров'я, знижує доступність громадян до послуг та лікарських засобів [2].

З 24 лютого 2022 року, після повномасштабного вторгнення Російської Федерації в Україну, Офіс ВООЗ в Україні здійснює моніторинг, перевірку та звітність про атаки на медичні заклади.

Починаючи з лютого 2022 року і станом на сьогоднішній день ВООЗ підтвердила 1 960 атак на систему охорони здоров'я в Україні, котрі забрали життя щонайменше 136 медичних працівників та пацієнтів. У 2024 році атаки посилюються. Це найбільша кількість, яку ВООЗ коли-небудь реєструвала в будь-якій гуманітарній ситуації в усьому світі. Крім того, ми відзначаємо нові

закономірності прогресування атак. Зокрема, російські снаряди та ракети зруйнували вщент 289 об'єктів медзакладів, які відновленню не підлягають. Ще 1 878 об'єктів закладів пошкоджено. Найбільших втрат зазнали лікарні на Харківщині, Донеччині, Миколаївщині, Київщині, Чернігівщині, Дніпропетровщині, Херсонщині та Запоріжжі. Отримати вичерпну інформацію щодо ступеня руйнування медзакладів на тимчасово окупованих територіях наразі неможливо. Крім того, від початку війни росія пошкодила 235 автівок екстреної медичної допомоги, знищила 264 та захопила 125 автівок «екстренки» [61].

Доступ до медичної допомоги для громад, які проживають поблизу лінії фронту, значною мірою обмежений через підвищений ризик травмування та смерті для населення, яке проживає там, а також в інших місцях [2].

Одна з найбільш важливих проблем – це надання медичних послуг, особам ВПО, яким необхідна медична допомога через стреси, незадовільні побутові умови, загострення наявних хронічних хвороб, суттєво зростає [12]. Значну кількість ВПО становлять особи похилого віку, які мають проблеми зі здоров'ям, особи з інвалідністю, вагітні, яким треба перебувати на медичному обліку, діти, які часто хворіють на сезонні захворювання, пацієнти з рідкісними хворобами, які потребують постійного прийому лікарських препаратів, тощо.

Це актуалізує такі питання, як вчасне звернення до лікарів за медичною допомогою й отримання медичних послуг належного рівня; проведення вакцинації; доступність необхідних ліків. У таких складних умовах організація надання медичної допомоги ВПО вирішується шляхом запровадження як загальних заходів для всього населення, так і прийняття окремих рішень на національному, галузевому та місцевому рівнях[16]. Згідно із Законом України «Про гарантування прав і свобод ВПО», прийнятим у 2014 р., МОЗ забезпечує організацію надання медичної допомоги та медичного обслуговування, здійснення комплексних заходів щодо санітарно-епідеміологічної безпеки населення та карантинних заходів за місцем фактичного перебування ВПО. Місцеві адміністрації мають забезпечувати надання у разі необхідності ВПО

медико-психологічної допомоги, організацію роботи медичних закладів з урахуванням тимчасового проживання/перебування на відповідній території ВПО. З початком повномасштабної війни Міністерство охорони здоров'я України врегулювало питання надання первинної медичної допомоги внутрішнім переселенцям під час воєнного стану, зокрема, наприклад, що особа зі статусом ВПО може бути прийнята в будь-якій лікарні, яка може забезпечити відповідне лікування [46].

Війна вплинула на забезпеченість медичних закладів кадровими ресурсами. У половині закладів були працівники, які через початок бойових дій тимчасово або остаточно припинили роботу в таких закладах, однак загальна кількість працівників, які залишилися на роботі й продовжували надавати послуги, була доволі значною. У закладах на звільнених територіях існує потреба в забезпеченні персоналу послугами у сфері психічного здоров'я, а більше ніж у третині закладів повідомили, що їм потрібна підтримка в цьому напрямку. У державних закладах частіше повідомляли про випадки скорочення персоналу чи оформлення працівниками відпусток без збереження заробітної плати на період воєнного стану [11].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, державні видатки на ПМД в Україні є низькими порівняно з іншими країнами Європейського регіону ВООЗ. У 2020 році державні витрати на ПМД, включаючи зовнішнє фінансування, становили 0,75% валового внутрішнього продукту (ВВП). Крім того, витрати на ПМД на одну особу в Україні є найнижчими в регіоні – лише 104 долари США, з яких 26 виділяються з державних джерел. В середньому, державні джерела становлять лише 26% від загальних витрат на ПМД. В рамках реформ охорони здоров'я та децентралізації, фінансування ФАПів (Пунктів здоров'я) перейшло у відповідальність громад. Але війна спричинила масову внутрішню міграцію та зупинку бізнесу, що значно позначилося на місцевих бюджетах [19].

Фінансування сприяло збереженню стійкості, яка була посилена завдяки додатковим коштам, наданим власниками й донорами [25].

Початок повномасштабної війни не призвів до істотних змін у наданні закладами платних послуг. Чверть усіх закладів охорони здоров'я бере плату за послуги, половина з них після початку повномасштабної війни удвічі підвищила на них ціни. За деякі послуги плата не стягується, крім того, від плати за послуги звільняються окремі групи населення (наприклад, ветерани). З початку повномасштабної війни третина державних закладів отримала додаткове фінансування від власників таких закладів і донорів (це значно менше, ніж у період боротьби з пандемією COVID-19), серед них 20% зазначали, що отриманих додаткових коштів було недостатньо.

Війна призвела до масового й нерівномірного переміщення населення та до змін у його потребах, до яких закладам ПМД потрібно було швидко адаптуватися шляхом збільшення чи зменшення обсягів надання тих чи інших послуг. Державні заклади не припиняли своєї роботи й продовжували надавати основні послуги в умовах війни. Половина всіх закладів адаптувала свій графік роботи й за необхідності використовувала в роботі цифрові технології, особливо на звільнених територіях. Більш ніж третина закладів ПМД безкоштовно надавала послуги незареєстрованим у них пацієнтам. Водночас п'ята частина закладів ПМД на звільнених територіях після початку активних бойових дій зменшила обсяг і спектр своїх послуг.

Рівень рутинної вакцинації серед дітей знизився, хоча й до початку вторгнення не був достатнім. Падіння охоплення щепленнями створює ризики поширення небезпечних інфекційних хвороб, особливо на тлі спалаху поліомієліту, який почався восени 2021 року, та прогнозованого спалаху кору.

Зклади ПМД продемонстрували надзвичайну стійкість, адаптуючись до викликів, які створювала війна.

Керівники двох третіх закладів ПМД вважають, що вони були належним чином підготовлені до надзвичайної ситуації; водночас керівники третини закладів на звільнених територіях визнали, що не були належним чином підготовлені (що в чотири рази більше, ніж на підконтрольних Уряду України територіях). Державні заклади були підготовлені краще [47].

Більшість закладів ПМД демонстрували стійкість в умовах війни й швидко адаптувалися до нових умов, забезпечуючи наявність альтернативних джерел енергії, укриттів та запасів ліків і вакцин. Ключовими факторами, які сприяли стійкості, були командна робота й взаємодія з місцевими органами влади [32].

Інфраструктурі охорони здоров'я завдано значної шкода, особливо в близьких до лінії фронту районах: до 14% закладів зруйновано повністю, до 48% – зазнали часткових пошкоджень. При цьому 40% від усіх атак на систему охорони здоров'я за цей період припадають на первинну ланку медичної допомоги, що перешкоджає доступу українців до основних медичних послуг. 15% ударів припали на центри екстреної медичної допомоги..

У прифронтових регіонах 22% домогосподарств відкладають звернення за медичною допомогою. Значною причиною цього є саме фінансові обмеження. Зокрема, 24% домогосподарств не можуть дозволити собі ліки, а 51% – не можуть оплатити медичні послуги [69].

Уряд намагався оперативно реагувати на ситуацію. За час воєнного стану Кабінет Міністрів України та МОЗ затвердили десятки законодавчих документів, які допомогли системі охорони здоров'я продовжувати надавати допомогу в умовах бойових дій.

У березні 2022 року МОЗ запровадило спрощений доступ до ПМД для внутрішньо переміщених осіб (Наказ МОЗ «Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану») [39].

Також уряд змінив правила виписування рецептів для людей із хронічними хворобами. Зокрема, МОЗ затвердив Наказ «Зміни до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо гарантування функціонування сфери охорони здоров'я у період воєнного стану». Особливо це було важливо для людей, що хворіють на цукровий діабет. Отримати рецепт стало можливо у лікаря, який надає первинну допомогу, за умови, що електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) містить інформацію про попереднє аналогічне призначення, створене ендокринологом [37].

У липні 2022 року Верховна Рада України прийняла Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги», згідно якого Україну поділять на госпітальні округи та госпітальні кластери. Лікарні будуть поділені на три категорії:

- загальні: обслуговують понад 40 тисяч населення;
- кластерні: обслуговують від 120 тисяч населення;
- надкластерні: охоплюють населення цілого госпітального округу і є центром за такими напрямками, як онкологія, кардіологія, психіатрія тощо [36].

За період війни парламент ухвалив закони, які переводять нашу медицину на європейські стандарти: щодо застосування сучасних підходів до профілактики, тестування та лікування ВІЛ-інфекції (№ 6364), туберкульозу (№ 9147), функціонування телемедицини (№ 9272), про систему громадського здоров'я (№ 4142), про лікарські засоби (№ 5547). Ухвалено важливий закон щодо медичного канабісу (№ 7457). Також Верховна Рада підтримала закон, який запроваджує наступний етап медичної реформи (№ 2347-IX) [17].

З метою зниження цін на ліки ухвалено закон щодо паралельного імпорту лікарських засобів (№ 11173). Він дозволить з початку наступного року ввозити до України з країн із жорсткою регуляторною системою ліки, які вироблені для застосування на їхніх ринках, та закуповувати такі ліки за бюджетні кошти за тими ж цінами, за якими вони реалізуються в цих країнах.

Встановлено заборону використання у маркуванні лікарських засобів будь-яких елементів рекламного характеру, а також будь-якої інформації про інших юридичних або фізичних осіб, які не є виробником або заявником (власником реєстраційного посвідчення) на лікарський засіб та заборону реалізації ліків з маркуванням, що не відповідає встановленим вимогам (№ 11172) [42].

Стійкість системи охорони здоров'я також забезпечили міжнародні гуманітарні організації. Це вдалося у тому числі за рахунок вчасних рішень уряду. Наприклад, Постановою Кабінету Міністрів «Деякі питання провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів,

оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) у період дії воєнного стану»<sup>29</sup> в Україні дозволили відпуск ліків без ліцензій. Ця Постанова значно полегшила діяльність гуманітарних організацій, дозволивши на пряму допомагати ліками вразливим групам населення.. Щоб задовольнити постійні гуманітарні потреби, з початку повномасштабної війни ВООЗ розподілила близько 3750 тонн медичних товарів, включаючи машини швидкої допомоги, медикаменти та генератори, в різні регіони країни [10].

Пріоритетом у 2024 році є відновлення людського потенціалу: послуги з реабілітації та психічне здоров'я. Також передбачені нові напрями – допоміжні репродуктивні технології і трансплантація. Запланований бюджет Програми медичних гарантій у 2024 році – майже 159 млрд грн. Зокрема, 5,2 млрд грн – на реімбурсацію лікарських засобів. Програма реімбурсації “Доступні ліки” розвиватиметься в межах наявних напрямів. У 2024 році збільшено кількість препаратів, які пацієнти зможуть отримувати безоплатно або з частковою доплатою за напрямом розлади психіки та поведінки, епілепсія [22].

Проаналізувавши вище викладене, можна зробити висновок, що російська збройна агресія проти України стала безпрецедентним випробуванням на стійкість всієї системи управління та функціонування інститутів в Україні. У тому числі це було випробуванням для системи охорони здоров'я України. Попри війну Україна зберегла універсальне охоплення населення медичними послугами в межах Програми медичних гарантій, забезпечуючи громадян доступом до основних медичних послуг. Централізоване акумулювання коштів та управління ними з боку Національної служби здоров'я України (НСЗУ) дозволило продовжити фінансування на територіях, які значно постраждали від війни та втратили власні доходи з місцевих бюджетів. Поєднати пріоритети мирного життя та виклики війни таким чином, аби забезпечити українцям універсальний доступ до якісної, доступної та безоплатної медичної допомоги – таке завдання стоїть перед українською СОЗ вже майже 3 роки. І наша медична система з ним справляється.

## 2.2. Аналіз управлінської діяльності щодо доступності медичних послуг населенню в умовах гібридних загроз

У системі охорони здоров'я задіяні різні інституції, кожна з яких відіграє свою важливу роль. Знання про розподіл ролей та функцій ключових учасників дозволить краще розуміти функціонування системи охорони здоров'я та правильно адресувати питання до тих, хто дійсно опікується відповідними напрямками і тому зможе допомогти [30].

Основні інституції, які відповідають за гарантування функціонування системи охорони здоров'я в Україні, позначені на рис. 2.1.



Рисунок 2.1 – Інституції, які відповідають за гарантування функціонування системи охорони здоров'я в Україні

Управління у сфері організації медичного обслуговування у межах своїх повноважень здійснюється:

- Кабінетом Міністрів України;
- центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- місцевими органами виконавчої влади;
- органами місцевого самоврядування.

Кабінет Міністрів України через систему органів виконавчої влади:

- забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я;
- організовує розроблення, затверджує та забезпечує виконання загальнодержавних програм розвитку сфери охорони здоров'я;
- забезпечує розроблення і здійснення заходів щодо зміцнення матеріально-технічної бази та інших умов, необхідних для організації діяльності закладів охорони здоров'я та організації медичного обслуговування;

Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, забезпечує загальну координацію медичного обслуговування та координацію надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Місцеві органи виконавчої влади забезпечують координацію надання первинної медичної допомоги, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, екстреної медичної допомоги, паліативної медичної допомоги, стоматологічної медичної допомоги та медичної реабілітації [43].

Основними цілями державного регулювання є:

- врегулювання надання якісної та доступної медичної допомоги із застосуванням телеконсультування,
- поліпшити своєчасність та якість надання медичної допомоги в сільських місцевостях,
- зменшити рівень смертності від нещасних випадків, травм та гострих захворювань,

- наблизити сферу охорони здоров'я до міжнародних стандартів надання медичної допомоги населенню;

- посилення спроможності держави забезпечити порятунок життя та надання екстреної медичної допомоги будь-якому українцю в екстреній ситуації, що загрожує його життю чи здоров'ю;

- більш ефективне використання бюджетних коштів (за рахунок ефективнішого надання медичної допомоги, а також зменшенню кількості ускладнень, що призводять до необхідності більш дорогого лікування) [5].

Програма державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення або Програма медичних гарантій (ПМГ) – це перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, які гарантуються населенню та оплачуються з Державного бюджету на основі однакових для закладів тарифів.

Фокус діяльності Національної служби здоров'я України незмінний – людина та її потреби. А також – безперешкодний доступ до медичної допомоги кожній людині, яка її потребує, в необхідному обсязі та без катастрофічних фінансових витрат на лікування. Це – принцип універсального охоплення медичними послугами, до якого ми прагнемо, а програма медичних гарантій є його невід'ємною складовою.

Важливими принципами функціонування ПМГ є:

- принцип екстериторіальності – кожна особа, яка потребує медичної допомоги, може отримати її без прив'язки до зареєстрованого місця проживання чи місця перебування

- принцип нейтральності бюджету – тарифи на медичні послуги визначаються в межах виділених бюджетних коштів і також залежать від кількості закуплених послуг.

Метою реформи фінансування системи охорони здоров'я було 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 державних коштів
- зменшення критичного фінансового навантаження на пацієнтів
- створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню всіма закладами охорони здоров'я та лікарями .

Програма медичних гарантій складається із двох рівнозначно важливих частин:

– пакети медичних послуг – це перелік гарантованого державою обсягу медичних послуг, який може отримати кожна особа відповідно до визначених у цих пакетах підстав для надання допомоги. Пакети складаються з двох частин: специфікацій (обсягу послуг, який пацієнти можуть отримати) та умов закупівлі (вимог до організації надання допомоги, наявності фахівців та обладнання).

– порядок реалізації Програми медичних гарантій на відповідний рік – це документ, який визначає тарифи та особливості закупівлі медичних послуг у надавачів. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році затверджений постановою КМУ від 22 грудня 2023 р. № 1394 [35].

Дія цього Порядку поширюється на всі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичних осіб – підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що відповідають вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затвердженим постановою КМУ від 28.03.2018 № 391, та умовам закупівлі, які мають намір укласти або уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій із НСЗУ, а також на суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю лікарськими засобами, які уклали договір про реімбурсацію із НСЗУ [55].

Стратегічні закупівлі медичних послуг – це підхід до визначення обсягу та надавачів, покриття та доступу, за якого рішення приймаються на основі відповідей на три запитання:

- які послуги фінансуються за рахунок бюджету охорони здоров'я.
- які є вимоги до надавачів медичних послуг з точки зору наявності спеціалістів, організації допомоги, обладнання.
- який тип тарифу або їх комбінація застосовуються для оплати медичних послуг, яким є розмір тарифу, яким чином тип та розмір тарифу створюють стимули в системі фінансування охорони здоров'я.

Концепція стратегічних закупівель прийшла на зміну кошторисному фінансуванню закладів охорони здоров'я. Цей підхід широко використовується в успішних системах охорони здоров'я. При кошторисному фінансуванні заклади формували орієнтовний план потреб, не аналізуючи комплексно діяльність своєї установи, тому кошти використовувались не завжди ефективно і часто їх не вистачало. При цьому держава декларувала, що всі, хто потребує допомоги, отримають її сповна і безоплатно. Однак перелік послуг був невичерпним, а правила отримання медичної допомоги різнилися від закладу до закладу. Натомість за умов стратегічних закупівель НСЗУ, з боку держави, формує перелік послуг, які готова закупити для населення, та тарифи на їх закупівлю. Надавач медичних послуг розуміє, на які послуги може податися для укладення договору, а відтак знає про свій орієнтовний бюджет і працює по заздалегідь складеному фінансовому плану [24].

Тож правила роботи системи однакові для всіх і прозорі: пацієнт знає про гарантований державою обсяг послуг і правила отримання медичної допомоги, а надавач розуміє свої можливості і відповідальність. Як стратегічний закупівельник, НСЗУ не просто закуповує медичні послуги, а й формує умови закупівлі таким чином, щоб гарантувати безпеку та необхідний обсяг послуг під час надання пацієнтам медичної допомоги. Зокрема, посилені вимоги застосовуються до надавачів медичних послуг, які надають пріоритетні послуги. Для цього введений додатковий критерій для укладення договору – мінімальна

кількість наданих послуг протягом 2023 року. Він запроваджений для надання медичної допомоги при інфаркті та інсульті, а також медичної допомоги при пологах.

Додатковою умовою для укладення договору з закладами, які надають неонатальну допомогу за відповідним пріоритетним пакетом послуг, є наявність менше ніж 20% переведень від усіх складних пролікованих неонатальних випадків. Якщо медичний заклад обслуговує менше пацієнтів, ніж мінімальні вимоги, це призводить до втрати необхідної практики та професійної кваліфікації медичного персоналу і робить послугу небезпечною для пацієнтів. Спроможність лікарні надавати якісну допомогу за таким профілем викликає сумнів. НСЗУ закуповуватиме медичні послуги лише в тих закладах, де пацієнту зможуть надати медичну допомогу професійно та безпечно [41].

Оскільки обсяг коштів, які можуть бути спрямовані на оплату медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, є обмеженим, ПМГ спирається на визначені пріоритетні види медичних послуг та лікарських засобів. Перелік пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023 – 2025 роки затверджений наказом МОЗ від 07.10.2022 № 1832 [52].

Для ПМГ 2023-2025 визначені такі пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я:

1. Первинна медична допомога, амбулаторні медичні послуги, в тому числі інтеграція супроводу і лікування хворих на психічні розлади на рівні надавачів послуг з первинної медичної допомоги, організація обов'язкових медичних оглядів.

2. Екстрена медична допомога та медицина катастроф. Надання якісних та доступних медичних послуг пацієнтам у невідкладних станах.

3. Якісні та доступні медичні послуги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та дітям, здійснення розширеного неонатального скринінгу, ранньої реабілітації немовлят. Допоміжні репродуктивні технології.

4. Охорона психічного здоров'я та психологічна допомога.

5. Послуги з реабілітації в сфері охорони здоров'я.

6. Доступність основних (життєво необхідних) лікарських засобів.

7. Першочергове гарантування за рахунок наявних та додаткових засобів профілактики, ранньої діагностики і лікування неінфекційних захворювань:

– серцево-судинних захворювань, зокрема, артеріальної гіпертензії, гострого інфаркту міокарда та церебро-васкулярних захворювань, зокрема гострого мозкового інсульту;

– цукрового діабету 2 типу;

– бронхіальної астми, хронічних обструктивних захворювань легень;

– онкологічних захворювань;

– розладів психіки та поведінки.

8. Своєчасне лікування, локалізація та ліквідація спалахів інфекційних хвороб, епідемій, запобігання їх виникненню та поширенню, зокрема:

– вакцинованих захворювань;

– ВІЛ/СНІДу;

– туберкульозу;

– вірусних гепатитів В та С [35].

Таке формулювання пріоритетних напрямів ПМГ дозволить досягти мультиплікаційного ефекту у покращенні показників здоров'я населення.

Зокрема, в межах ПМГ запланований комплексний підхід для зменшення випадків серцево-судинних захворювань. На рівні первинної медичної допомоги передбачено надання медичних послуг для лікування та профілактики розвитку ускладнень серцево-судинних захворювань, таких як гострий мозковий інсульт та гострий інфаркт міокарда. На рівні спеціалізованої допомоги для надання медичних послуг пацієнтам з гострим мозковим інсультом та гострим інфарктом міокарда розроблені чіткі вимоги щодо обсягу послуг та організації надання допомоги відповідно до кращих стандартів лікування. Оплата таких послуг буде здійснюватися за пріоритетним (підвищеним) тарифом.

У ПМГ-2024 НСЗУ дотримується комплексного підходу і до гарантування допомоги вагітним, породіллям та немовлятам. На рівні амбулаторної допомоги функціонує пакет медичних послуг щодо ведення вагітності, який дозволяє забезпечити вагітних жінок повним об'ємом послуг із супроводу вагітності. Також жінка може спостерігатися під час вагітності у свого сімейного лікаря, якщо так більш зручно для них обох. На рівні стаціонарної допомоги в якості пріоритетних станів і далі будуть існувати пакети для надання акушерської та неонатальної допомоги. Окремий пакет з неонатального скринінгу дозволяє проводити ранню діагностику щодо 21-го генетичного захворювання у новонароджених та дітей. Новий у 2024 році пакет з допоміжних репродуктивних технологій спрямований на покращення доступу до послуг з відновлення репродуктивного здоров'я. Таке рішення за попередніми прогнозами дає можливість народитися більш ніж 10 тис. маленьким українцям щороку [35].

З 1 квітня 2019 року Національна служба здоров'я України адмініструє програму реімбурсації лікарських засобів “Доступні ліки”. Реімбурсації за програмою медичних гарантій у 2024 році можуть підлягати зареєстровані в Україні готові лікарські засоби відповідно до постанови КМУ від 28.07.2021 № 854. НСЗУ здійснює реімбурсацію лікарських засобів (міжнародних непатентованих назв та форм випуску) та медичних виробів для лікування в амбулаторних умовах хронічних захворювань в межах ПМГ-2024, перелік яких міститься у постанові КМУ від 22.12.2023 № 1394.

Зокрема, передбачена реімбурсація для лікування в амбулаторних умовах серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань, цукрового діабету (включно з препаратами інсуліну), нецукрового діабету, хронічних хвороб нижніх дихальних шляхів, розладів психіки та поведінки, епілепсії, хвороби Паркінсона, лікування осіб у пост трансплантаційному періоді, лікування в амбулаторних умовах паліативних хворих, які потребують знеболення, а також медичні вироби для вимірювання в амбулаторних умовах рівня цукру в крові пацієнтами з діабетом першого типу (тест-смужки для

визначення рівня глюкози для індивідуального глюкометра). На відшкодування коштів, витрачених на закупівлю інсулінів, лікарських засобів та медичних виробів за програмою “Доступні ліки”, у 2024 році заплановано 5,2 млрд грн. Договори про реімбурсацію укладаються відповідно до Порядку укладення, зміни та припинення договору про реімбурсацію, затвердженого постановою КМУ від 27.02.2019 № 136 “Деякі питання щодо договорів про реімбурсацію [29].

Управління якістю медичного обслуговування та гарантування безпеки пацієнтів і персоналу здійснюється шляхом скоординованої діяльності щодо:

- ліцензування господарської діяльності з медичної практики та контролю дотримання ліцензійних вимог;
- сертифікації професійної діяльності лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою;
- акредитації закладів охорони здоров'я;
- оцінки медичних технологій;
- сертифікації систем управління якістю закладів охорони здоров'я;
- стандартизації медичної допомоги;
- впровадження в закладах охорони здоров'я системи безперервного поліпшення і оцінки якості медичної допомоги;
- зовнішнього та внутрішнього аудиту медичного обслуговування у закладах охорони здоров'я;
- моніторингу індикаторів якості медичного обслуговування;
- вивчення думки пацієнтів та членів їх сімей щодо медичного обслуговування у закладах охорони здоров'я;
- отримання дозволів на виконання робіт підвищеної небезпеки та експлуатацію обладнання підвищеної небезпеки;
- навчання та перевірки знань з питань охорони праці працівників та посадових осіб.

Координацію управління якістю медичного обслуговування забезпечує центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я [28].

15 листопада 2024, Кабінет Міністрів України прийняв постанову «Про деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи», яка визначає новий порядок проведення оцінювання і замінює процес медико-соціальної експертизи (МСЕК) [9]. Потреба змінити систему МСЕК в Україні назріла давно, й останній рік профільні міністерства спільно з експертами та громадськими організаціями напрацьовували реформу системи.

Попри війну Україна зберегла універсальне охоплення населення медичними послугами в межах Програми медичних гарантій, забезпечуючи громадян доступом до основних медичних послуг. Централізоване акумулювання коштів та управління ними з боку Національної служби здоров'я України дозволило продовжити фінансування на територіях, які значно постраждали від війни та втратили власні доходи з місцевих бюджетів.

Проаналізовано, що всі медичні реформи передбачають гарантування доступності медичної допомоги для населення. Доступність медичної допомоги для населення була і залишається завданням ряду програмних національних документів Президента України, Парламенту та Уряду та детально вивчалась науковцями в Україні в частині проведення медичних реформ на державному та регіональному рівнях, створення єдиного медичного простору, впровадження медичного страхування, гарантування конституційних прав громадян на охорону здоров'я. НСЗУ у співпраці з міжнародними організаціями докладають всіх зусиль для сталості та доступності медичної допомоги населенню в рамках Програми медичних гарантій з урахуванням нагальних потреб населення під впливом гібридних загроз, нахшталт акцентування на психічну та фізичну реабілітацію. Збереження, охорона та зміцнення здоров'я та благополуччя громадян – один із ключових обов'язків та пріоритетів Уряду України. Здоров'я населення дуже важливе для того, щоб люди могли прожити життя якісно та повністю реалізувати свій потенціал. Вирішення проблем

здоров'я населення не є обов'язком лише сектора охорони здоров'я, а потребує консолідації зусиль суспільства та лідерства уряду на національному, обласному та місцевому рівні.

За останні 5 років у системі охорони здоров'я України відбувся процес трансформації, який розпочався з прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», запровадженням Програми медичних гарантій (ПМГ) та створенням основних національних агенцій охорони здоров'я – Національної служби здоров'я України, Центру громадського здоров'я МОЗ та ДП «Медичні закупівлі України», та іншими істотними змінами, що включають реорганізацію МОЗ та підпорядкованих йому установ та автономізацію закладів охорони здоров'я. Принцип «гроші прямують за пацієнтом» став основою змін у фінансуванні системи охорони здоров'я, починаючи з первинної медичної допомоги, а згодом стаціонарної допомоги, а також основою покращення доступу до основних лікарських засобів [38].

Ворожі атаки вже зруйнували та пошкодили понад 1 940 об'єктів медичних закладів. Вони не можуть функціонувати й надавати допомогу населенню, стан здоров'я якого, а також фінансові спроможності значно погіршилися внаслідок війни. Відновлення та відбудова лікарень потребуватиме значних фінансових засобів і часу. Війна посилює тягар для психічного здоров'я українців і збільшує кількість травм серед населення, тож потреба в послугах у сфері психічного здоров'я та реабілітації постійно зростає. Тому Міністерство охорони здоров'я у співпраці зі Світовим банком впроваджують проект «Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя» (HEAL Ukraine), спрямований на задоволення нових та невідкладних потреб у сфері охорони здоров'я. Це рамковий проект із загальним запланованим обсягом фінансування у розмірі 500 млн доларів США [65].

Реформа системи громадського здоров'я зосереджена на посиленні інститутів громадського здоров'я, систем епіднагляду та біобезпеки, а нова модель закупівель у системі охорони здоров'я спрямована на підвищення

прозорості практики закупівель та підвищення ефективності. І хоча це вражаючі результати за короткий час, перед СОЗ України стоїть багато викликів, тож потрібна консолідація зусиль уряду, а також усього суспільства для досягнення амбітного прориву в удосконаленні системи охорони здоров'я для задоволення потреб населення, зміцнення здоров'я та благополуччя.

Крім того, з початком пандемії COVID-19 національна система охорони здоров'я зазнала безпрецедентного тиску, що вимагало швидких об'єднаних зусиль, а також виявляло прогалини, що їх необхідно усунути для покращення готовності до майбутніх загроз та створення стійкої системи готовності та реагування.

Сектор охорони здоров'я є одним із найбільш постраждалих у результаті війни. Станом на 21.06.2022 року повністю зруйновано 118 об'єктів закладів охорони здоров'я, частково зруйновано (руйнування від 2% до 90%) 633 об'єктів закладів охорони здоров'я. Орієнтовна вартість збитків попередньо складає майже 35 млрд. грн. Програма медичних гарантій не в повній мірі відображає пакети пріоритетних послуг, які набувають першочергового значення в умовах війни та у пост-воєнний період (лікування травм, опіків, реабілітація, послуги з психічного здоров'я). Державні програми у СОЗ не враховують втрат системи охорони здоров'я, понесених збитків, необхідних змін пріоритетів у СОЗ(переліку медичних послуг та станів) [72].

Система охорони здоров'я зазнає також особливого навантаження у зв'язку із міграцією населення (близько 7 млн українців стали вимушеними переселенцями) та втратами та переміщеннями медичних працівників. За період війни 12 медичних працівників загинуло, 47 поранено. 2 372 працівників центрів екстреної медичної допомоги перебувають на окупованих територіях. 2 273 медичних працівників виїхали за кордон (0,5% від усієї кількості медичних працівників в країні), 1714 лікарів та 1095 медичних сестер змінили місце роботи через війну. Брак кадрової та організаційної спроможності системи охорони здоров'я надавати послуги з реабілітації та психічного здоров'я

загострює ситуацію із гарантуванням потреби громадян у якісних і доступних послугах [33].

Національна система охорони здоров'я в Україні не задовольняє потреби населення у сфері охорони здоров'я та ігнорує міжнародні тенденції зміцнення систем охорони здоров'я, що в свою чергу, обмежує доступ усіх громадян до надання медичної допомоги належної якості. Домогосподарства витрачають частину коштів оплачуючи придбання ліків та медичні послуги. Все це створює фінансові бар'єри доступу населення до медичних послуг, особливо для малозабезпечених верств населення та часто призводить до фінансових катастроф та зубожіння. Основне навантаження за оплату медичних товарів/ліків та супутніх товарів також несуть домогосподарства.

Крім того, останні роки сфера охорони здоров'я несе тягар кризи української економіки, а також як і інші галузі відчула додатковий тягар військових витрат. При цьому, національна система охорони здоров'я потребує нагальних та швидких змін, особливо щодо створення стійкої і стабільної системи фінансування, пошуків додаткових джерел фінансування, раціонального використання наявних засобів.

Невідповідність системи охорони здоров'я потребам населення в значній мірі зумовлена неефективністю організації медичного обслуговування населення, а також критичним станом її основного інституційного компонента – закладів охорони здоров'я, недостатнім використанням потенціалу закладів охорони здоров'я недержавної форми власності у т. ч. фізичних осіб – підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики, до надання медичної допомоги у межах державних гарантій у сфері охорони здоров'я [53].

На сучасному етапі розвитку економічних відносин особливо важливим питанням державної політики будь-якої країни є побудова ефективної системи соціальних гарантій з охорони здоров'я, включаючи безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги (гарантований її рівень). Відомо, що більшість постсоціалістичних країн

переглянули масштаби державної відповідальності у сфері охорони здоров'я і визначили державні соціальні гарантії.

Вітчизняним законодавством, у т. ч. і Основами законодавства України про охорону здоров'я, закладені певні основи для врегулювання питання гарантій щодо медичного обслуговування. Однак зазначені положення потребують уточнення/конкретизації, особливо щодо розробки і затвердження переліку захворювань та станів, обсягів медичної допомоги, які надаються у державних та комунальних закладах охорони здоров'я безоплатно, основні вимоги до їх розробки, умови надання окремих видів медичної допомоги [27]. При цьому необхідно зважати не тільки на 49 статтю Конституції України, а й на положення статті 95 Конституції України стосовно того, що виключно законом про Державний бюджет України визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби, розмір і цільове спрямування цих видатків, а також, що держава прагне до збалансованості бюджету України [18].

До сьогодні законодавчо не визначене місце стоматологічної медичної допомоги у переліку видів медичної допомоги, що спричинило ряд проблем з організацією і фінансуванням цього виду медичної допомоги, яка є технологічно і структурно практично відмежованою і самодостатньою серед інших видів медичної допомоги.

Необхідність консолідації бюджетів, і відповідно фінансових ризиків максимально на рівні обласних бюджетів, підтверджено і даними аналізу міжнародного досвіду, який свідчить, що в країнах, схожих з Україною за розміром території (Канада, Австралія, Казахстан) рівень консолідації бюджету охорони здоров'я, за винятком надання третинної допомоги визначений на рівні області. Крім економічного аргументування, з міжнародного досвіду очевидні наступні переваги подібного рішення:

- на рівні області можна максимально раціонально реалізувати маршрутизацію пацієнта (систему направлень), підвищити ефективність використання високотехнологічних видів допомоги та обладнання, їх загальну доступність;

- підвищується керованість системою та ефективність проведення єдиної державної політики в галузі охорони здоров'я громадян;
- усуваються штучні обмеження щодо доступу пацієнтів до послуг кращої якості та забезпечується реалізація права пацієнта на вибір лікаря і лікувального закладу з проміж декількох наявних можливостей;
- активізується вплив ринкових механізмів на регулювання якості медичного обслуговування;
- наявність єдиного кваліфікованого покупця уможлиблює реалізацію принципу "гроші йдуть за пацієнтом" та дозволяє заощадити кошти на адміністративних видатках;
- створюється платформа для подальшого запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Відповідно до законодавства про охорону здоров'я держава гарантує належну якість медичного обслуговування для пацієнтів, а закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» встановлює основні принципи програми медичних гарантій, включаючи збереження та відновлення здоров'я через медичні послуги. А тому здійснення ефективного контролю за якістю медичної допомоги є одним з пріоритетів Міністерства охорони здоров'я. Для оцінки відповідності медичної допомоги, що надається, застосовується такий інструмент, як контроль якості надання медичної допомоги.

Якість – це характеристика медичної допомоги, яка визначає, наскільки послуги, що надаються в закладах охорони здоров'я громадянам та населенню, дозволяють досягти бажаних показників здоров'я та відповідають стандартам надання медичної допомоги (ВООЗ). Гарантування якості медичної допомоги на всіх етапах та рівнях її надання є комплексним процесом, яка залежить від багатьох складових. Якісна медична допомога повинна відповідати певним критеріям та бути:

- ефективною (базуватися на наукових доказах та з раціональним використанням засобів),

- доступною (як географічно, по часу, так і наявністю необхідного медичного персоналу, обладнання, ліків),
- орієнтованою на пацієнта,
- безпечною (не допускається заподіяння шкоди пацієнтам),
- комплексною (відповідно до необхідного спектру медичних послуг протягом усього життя).

На національному рівні функцію зовнішнього контролю якості медичної допомоги в Україні здійснює Міністерство охорони здоров'я. Воно визначає стратегії розвитку медичної галузі, регулює діяльність медичних установ та затверджує стандарти й клінічні протоколи надання медичної допомоги. МОЗ стежить за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, проводить акредитацію медзакладів, атестацію медиків, клініко-експертну оцінку якості та обсягів медичної допомоги та позапланові заходи з державного нагляду в охороні здоров'я.

На регіональному рівні важливу роль у здійсненні контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я відіграють обласні департаменти охорони здоров'я. Вони мають завдання визначати потреби населення області у медичних послугах, забезпечувати виконання стандартів та вивчати потреби та відгуки пацієнтів, здійснювати клініко-експертну оцінку якості та обсягів медичної допомоги.

На локальному рівні завдання здійснення контролю якості медичної допомоги належить закладам охорони здоров'я усіх форм власності. Це контроль за наявністю необхідного медичного персоналу, вчасною атестацією, за дотримання стандартів та клінічних протоколів, вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги та дотримання їх прав.

Пацієнти також мають здійснювати контроль за якістю медичних послуг. Зокрема, ініціативи громадських організацій, які захищають права пацієнтів, сприяють створенню механізмів зворотного зв'язку та вдосконаленню системи медичного обслуговування.

Традиційною слабкістю в управлінні СОЗ в Україні є недостатня міжгалузєва координація, зокрема у питаннях, які потребують багатосекторальних рішень та втручань на національному та місцевому рівнях. Це включає розгляд питань громадського здоров'я, таких як готовність та реагування на надзвичайні ситуації, вирішення соціальних потреб уразливих груп та їх особливих потреб у сфері охорони здоров'я, таких як ВІЛ, туберкульоз тощо. Ці проблеми ще більше ускладнилися війною, зокрема, для внутрішньо переміщених осіб. На регіональному рівні громади стикаються з новими викликами через брак фінансових засобів, що заважає їхній здатності фінансувати заклади охорони здоров'я на належному рівні та забезпечувати необхідний нагляд за місцевими зусиллями реагування. Для покращення залучення приватного сектору також необхідно прийняти політичні рішення, нормативні акти та ефективні механізми, оскільки залучення або досвід та ресурси приватного сектору можуть стати додатковим ресурсом для системи охорони здоров'я.

Основним законодавчим актом у системі медико-соціальної експертизи (МСЕ) є Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», який визначає повноваження медико-соціальної експертної комісії (МСЕК), загальні вимоги, класифікацію груп інвалідності та регламентує процедуру проведення МСЕ. Законом передбачено розробку Кабінетом Міністрів України підзаконних актів щодо порядку, умов та критеріїв встановлення інвалідності, проведення переогляду з метою підвищення групи інвалідності і вичерпний перелік підстав, за наявності яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду.

Важливо зазначити, що відповідно до ст. 7 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» медико-соціальні послуги з огляду повнолітніх осіб і послуги лікарсько-консультативних комісій з огляду дітей надаються безоплатно. Проте на практиці прогалини нормативного регулювання процедури, її багатоелементність та ускладненість, недосконалість організації та паперовий документообіг, надмірна локалізація процедури в

рамках територіальної організації органів охорони здоров'я та низка інших чинників створюють умови для виникнення корупційних ризиків, які перетворюють систему експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи на так званій «ринку інвалідності».

За інформацією НАЗК, станом на 2021 рік в Україні налічувалось 2,7 мільйонів осіб з інвалідністю, з яких 215,0 тис. осіб – з I групою інвалідності, 897,1 тис. осіб – з II групою інвалідності, 1449,1 тис. осіб – з III групою інвалідності, а також 162,9 тис. дітей з інвалідністю. Під час війни кількість людей з інвалідністю зростає на 300 тисяч, а загальний показник сягнув 3 мільйонів. На жаль, цей показник лише зростає [51].

За останні роки в судах розглядалися сотні кримінальних справ, у яких обвинувачувались особи, що прямо чи опосередковано були учасниками корупційних схем отримання інвалідності – працівники МСЕК, лікарі та представники ланки посередників. З 01.01.2017 по 01.01.2022 у Єдиному державному реєстрі судових рішень опубліковано 32 вироки судів першої інстанції щодо корупції лікарів (МСЕК разом з профілактично-лікувальними закладами, ВЛК та ЛКК) у системі оформлення інвалідності. З них обвинувальними є 25 вироків та 7 – виправдувальні. Загалом 17 вироків затверджують укладення угод зі необхідством, при цьому більшість узгоджених сторонами покарань обмежується штрафом. Як свідчить аналіз судової практики – у нашій правоохоронній системі відсутнє встановлення додаткового покарання у вигляді позбавлення права займатись лікарською діяльністю.

Проект Антикорупційної стратегії на 2021-2025 роки, прийнятий Верховною Радою України у першому читанні, виокремлює недостатній рівень інтеграції електронної системи охорони здоров'я з іншими базами даних як одну із ключових проблем корупції у соціальній сфері (п.п. 3.7.3), що створює можливості для зловживань під час встановлення групи інвалідності. Серед очікуваних стратегічних результатів цього напрямку Проект Антикорупційної стратегії визначає необхідність розмежування між державними органами

функцій з надання медичного висновку щодо визначення групи інвалідності та соціальної допомоги на основі такого висновку з метою зниження корупційних ризиків [40].

Так, у багатьох країнах світу впроваджено систему оцінки функціонування, життєдіяльності та здоров'я за Міжнародною класифікацією функціонування (МКФ), яка вже довела свою ефективність. Проте міжнародний досвід також свідчить про необхідність орієнтації насамперед на цифровізацію відповідних процедур як інструмент усунення корупційних ризиків, безвідносно до того, який шлях реформи МСЕ буде обрано в Україні – радикальну зміну і політики, і процедур чи модернізацію та оптимізацію існуючої моделі [63].

Проблема корупції у процедурах МСЕ усвідомлена вже досить давно як важливе завдання у комплексі реформ системи охорони здоров'я. Для правоохоронних органів корупція МСЕК є «звичним напрямом» боротьби із корупційною злочинністю. Складність і багаторівневість процедури МСЕ зумовлює існування численних корупційних ризиків [59].

Отже, проаналізовано, що українська система охорони здоров'я продовжує доводити свою стійкість і залишається функціональною на територіях, підконтрольних уряду. Ключовими факторами, які сприяли стійкості закладів ПМД у такі складні часи, були командна робота і взаємодія з місцевими органами влади. Необхідно усунути прогалини, щоб забезпечити універсальний доступ до основних медичних послуг, особливо в районах, розташованих поблизу лінії фронту, і серед громад внутрішньо переміщених осіб. Система ПМД в Україні, стикнувшись із подвійною проблемою пандемії COVID-19 і війни, продемонструвала неабияку стійкість і адаптивність.

## РОЗДІЛ 3

# УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 3.1. Цифрова трансформація у системі охорони здоров'я в Україні

Система охорони здоров'я України, як і багато інших галузей, проходить через глибоку трансформацію. Пандемія і війна, пришвидшили впровадження нових технологій у медичній сфері. Однак, саме завдяки цифровізації, українська медицина може швидко адаптуватися до нових викликів. Попри постійні обстріли, відсутність світла та сигнали тривоги, система охорони здоров'я України продовжує інтегрувати нові рішення.

За останні роки відбуваються суттєві системні зрушення та цифрові трансформації в охороні здоров'я України. Зокрема, серед основних нормативно-правових актів, які регулюють цифрові трансформації в сфері охорони здоров'я, є Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я”, Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, Концепція розвитку електронної охорони здоров'я, яку схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671, постанова КМУ від 25 квітня 2018 р. № 411 “Деякі питання електронної системи охорони здоров'я” тощо [44].

Так, у 2016 році Кабінетом Міністрів України було схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, метою якої була докорінна зміна підходів до оцінки якості надання медичної допомоги, ролі пацієнта та зміни моделі фінансування. Розпочата реформа базується на необхідності широкого використання інформаційних технологій. Важливим інструментом реформування постає розбудова сучасної електронної системи охорони

здоров'я, що дає змогу поступово підвищувати ефективність та прозорість у сфері охорони здоров'я.

Прийнято Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, постанову КМУ від 25 квітня 2018 р. № 411 “Деякі питання електронної системи охорони здоров'я”, низку підзаконних нормативно-правових актів, в яких електронна система охорони здоров'я і цифрові інструменти визначені як засадничі для розвитку сфери [38].

Протягом зазначеного періоду розпочато розробку ключових процесів та реєстрів, необхідних для існування інформаційного середовища у сфері охорони здоров'я, у тому числі розпочато формування ринку виробників спеціалізованого програмного гарантування, які забезпечують доступ до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я та підтримку кінцевих користувачів у закладах охорони здоров'я. Так, на сьогодні електронна система охорони здоров'я забезпечує укладення електронних декларацій із сімейними лікарями, виписку електронних рецептів та електронних направлень, ведення електронних медичних записів, формування електронних медичних висновків тощо.

У 2020 році Кабінетом Міністрів України схвалено п'ятирічну Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я. У цій Концепції було проаналізовано сучасний стан цифрових трансформацій в охороні здоров'я, визначено проблеми, які потребують уваги, шляхи і способи їх розв'язання, встановлено мету та проміжні строки досягнення поставлених цілей щодо розвитку електронної охорони здоров'я, окреслено нормативно-правове, організаційно-управлінське та технічне і ресурсне гарантування розвитку е-здоров'я, визначено очікувані результати виконання Концепції. Менш ніж через рік було прийнято розпорядження Кабінету Міністрів України від 29 вересня 2021 р. № 1175 , яким затверджено План заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я. У документі визначено основні кроки для розвитку електронної системи охорони здоров'я на виконання Концепції. План розраховано на період до 2025 року.

Відповідно до Концепції розвитку електронної охорони здоров'я головною метою е-здоров'я (електронного здоров'я) є підвищення якості та доступності медичних послуг, розширення прав і можливостей пацієнтів, гарантування їх безперервної медичної допомоги та безпеки, підвищення ефективності управління та використання засобів, а також високий рівень поінформованості населення щодо питань здорового способу життя, профілактики захворювань та доступу до медичної допомоги [44].

Необхідно зазначити, що ініціативи Уряду України щодо цифровізації та цифрової трансформації СОЗ є частиною національної стратегії цифрової держави на всіх рівнях її життя. Закріплення Україною намірів з цифрового розвитку та трансформації охорони здоров'я на законодавчому рівні випередило навіть ініціативи та рекомендації ВООЗ, які викладені в Регіональному плані дій у галузі цифрової охорони здоров'я для Європейського регіону ВООЗ на 2023 – 2030 роки.

Об'єднання інструментів та послуг, які використовують інформаційно-комунікаційні технології для профілактики, діагностики, лікування, моніторингу та управління здоров'ям та способом життя, є джерелом інновацій в:

- організації процесів охорони здоров'я;
- покращенні доступу та ефективного використання медичної допомоги;
- якості обслуговування та задоволенні пацієнта;
- підвищенні відповідності стандартам та загальній ефективності сфери охорони здоров'я;
- побудові нових підходів до комунікації та співпраці;
- підвищенні захисту інформації про пацієнта;
- задоволенні освітніх, викладацьких та донеобхідноницьких потреб.

Кібербезпека у СОЗ стає одним із ключових питань для медичних закладів та держави. Розвиток електронної охорони здоров'я та активна цифровізація процесів вимагають від медичної спільноти не лише цифрових знань і навичок,

а й знань щодо основ кібербезпеки і навичок захисту власних даних і даних пацієнта у цифровому просторі.

Кіберзахист – це захист інформації, яка має цифрову форму; він передбачає такі заходи, як захист від вірусів, хакерських атак, запобігання підробці даних та іншим діям, нанеобхідноками яких можуть бути не тільки видалення або викрадення даних, а й потенційно шкідливий вплив на роботу і продуктивність співробітників закладу охорони здоров'я, або взагалі зупинка процесу надання медичної допомоги та пов'язаних послуг.

На сьогоднішній день екосистема е-здоров'я в Україні представляє собою складну систему взаємодіючих на різних рівнях електронних та програмних продуктів. Станом на зараз структуру управління ЕСОЗ в Україні умовно можна розділити за наступними напрямками застосування, що наведені на рисунку 3.1. Таке розділення є доволі умовним, а головною спільною ознакою є застосування інформаційно-комунікаційних систем для охорони здоров'я або їх дотичність.

1. Ключова інформаційно-комунікаційна система:

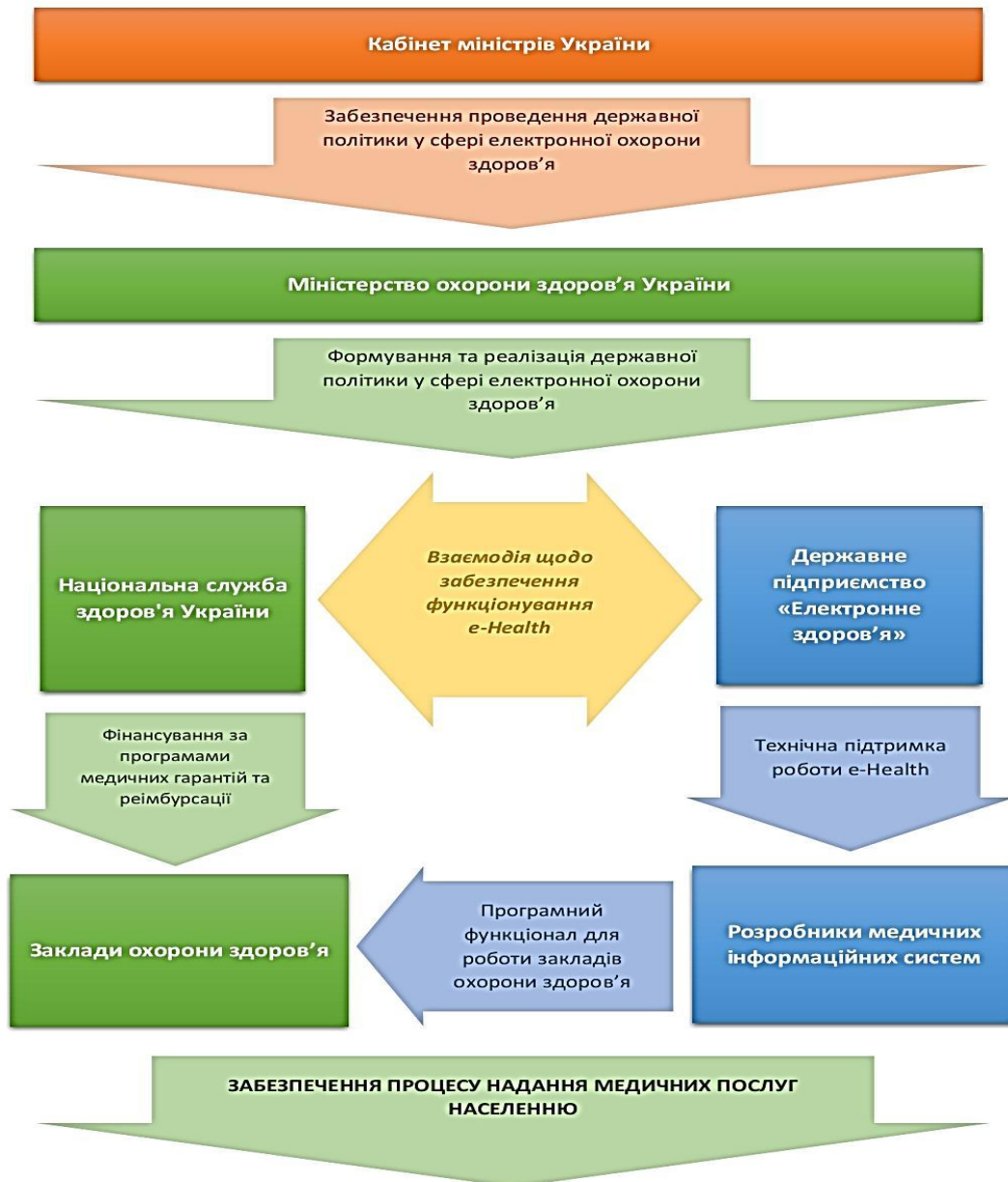
1) Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ)

ЕСОЗ складається з двох компонентів:

– центральна база даних (ЦБД) – інформаційно-комунікаційна система, яка містить передбачені цим Порядком реєстри, програмні модулі, електронну медичну інформаційно-аналітичну систему з оптимізації роботи оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, електронні кабінети пацієнтів і посадових осіб НСЗУ та МОЗ, інформаційну систему НСЗУ в частині, необхідній для реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, а також забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами.

– електронні медичні інформаційні системи (МІС) – інформаційно-комунікаційні системи, які забезпечують функціонування електронних кабінетів користувачів, автоматизацію їх роботи, створення, перегляд

інформації, обмін інформацією в електронній формі, зокрема із центральною базою даних (у разі підключення).



СТРУКТУРА УПРАВЛІННЯ  
ЕЛЕКТРОННОЮ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Рисунок 3.1 – Структура управління ЕСОЗ

## 2. Інші інформаційно-комунікаційні системи:

– інформаційно-комунікаційна система донорства крові (єКров) – інформаційно-комунікаційна система, що використовується для обробки даних з метою гарантування виконання функцій, пов'язаних з донорством крові та

компонентів крові, які визначені постановою Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2023 р. № 143;

– електронна система управління запасами лікарських засобів та медичних виробів (e-Stock) – інформаційно-комунікаційна система, яка включає сукупність технічних і програмних засобів, призначених для гарантування відстеження прозорості кількісної оцінки, планування потреби у товарах, що закуповуються за рахунок бюджетних коштів та/або з інших джерел, не заборонених законодавством, розподілу, перерозподілу та обліку таких товарів, підтримання в актуальному стані відомостей про наявні залишки таких товарів;

– інформаційно-аналітична система “MedData” – інформаційно-аналітична система, яка дає змогу проводити комплексний аналіз даних щодо стану закупівель і моніторингу даних щодо забезпеченості адміністративно-територіальних одиниць товарами та послугами, закупленими за рахунок бюджетних коштів та/або з інших не заборонених законодавством джерел фінансування, а також лікарськими засобами, медичними виробами, засобами індивідуального захисту та іншими товарами, необхідними для належного гарантування СОЗв умовах воєнного стану, що надійшли як гуманітарна та/або благодійна допомога;

– електронна система безперервного професійного розвитку працівників СОЗ(БПР) – державна інформаційно-комунікаційна система, що включає інформаційні технології, технічні і програмні засоби для обробки даних та іншої інформації щодо безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров’я;

– єдина державна інформаційна система трансплантації (ЄДІСТ) – це система, завданням якої є визначення пар донор-реципієнт, ефективне та оперативне гарантування учасників національної системи органної трансплантації інформацією щодо потенційних донорів анатомічних матеріалів людини, наявних анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів, осіб, які потребують

медичної допомоги із застосуванням трансплантації, а також іншою інформацією, необхідною для належного функціонування в Україні системи трансплантації;

– електронна система епідеміологічного нагляду (ЕСЕН) – це система, що здійснює збір даних про інфекційні, бактеріальні, професійні захворювання; окрім цього, про демографічну, географічну інформацію, лабораторний аналіз, відстеження проби, епідеміологічний аналіз, клінічну інформацію та заходи реагування в єдиний набір інформації;

– інформаційна система «Моніторинг соціально значущих хвороб» (ІС СЗХ) – комплекс засобів, який дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання, що здійснюють профілактику, діагностику та лікування СЗХ, реєстрацію та облік пацієнтів із СЗХ.

3. Телемедицина – це комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються для надання пацієнтам медичної та/або реабілітаційної допомоги методами і засобами телемедицини в дистанційний спосіб та є складовою електронної охорони здоров'я.

#### 4. Комплекси даних та інформації:

Дашборди – це інструмент для візуалізації та аналізу інформації, який можна формувати у вигляді аналітичних панелей, інфографіки, звітів, що будуть доступні для завантаження та обробки. Дані дашбордів є динамічними та постійно оновлюються, ними може користуватися за потреби кожен українець.

Які існують дашборди та інші інструменти в сфері охорони здоров'я:

– 24 дашборди доступні для відкритого користування на сайті Національної служби здоров'я України. Так, приміром, у декілька кліків можна дізнатися, кількість укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій – <https://cutt.ly/t03QxSO>. На цьому дашборді можна дізнатися, які медичні послуги надає конкретний медзаклад безоплатно за договором із НСЗУ.

Також легко можна знайти електронну карту місць надання первинної медичної допомоги – <https://cutt.ly/W03QbsU>. Дашборд дозволяє знайти найближчий до вас медичний заклад, який надає первинну допомогу.

Завдяки дашборду «Електронна карта аптек-учасниць програми реімбурсації лікарських засобів» – <https://cutt.ly/A03Qmco> – можна знайти аптеку, яка відпускає ліки за програмою реімбурсації.

– Для відстеження працездатності центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я адміністратор ЦБД ЕСОЗ (ДП «Електронне здоров'я») впроваджено статус-сторінку, яка містить актуальну інформацію про роботу компонентів центральної бази даних ЕСОЗ. Дашборд дозволяє прозоро відображати статус роботи ЕСОЗ та інформувати користувачів про технічні роботи, а також можливі затримки у роботі системи – <https://status.ehealth.gov.ua>.

– ДУ «Центр громадського здоров'я» за допомогою дашбордів передає аналітичну інформацію щодо динаміки захворюваності на ковід, епідеміологічну ситуацію загалом – <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/koronavirusna-infekciya-covid-19>.

– Телеграм-бот “Медичних закупівель України” – агрегатор інформації, отриманої від лікарень. За його допомогою кожен може дізнатися про наявність та залишки препаратів, закуплених “Медичними закупівлями України”, а також про тендери, очікувані поставки та закуплені товари.

5. Медичне законодавство – складова медичного права, що вивчає нормативно-правові акти, які регулюють суспільні громадські відносини у сфері охорони здоров'я.

6. Інші цифрові сервіси, мета яких забезпечити доступність медичних послуг, підвищити якість та зручність взаємодії медичних працівників, пацієнтів і інших учасників медичного середовища.

Міністерством охорони здоров'я України започатковано роботу Офісу координації розвитку електронної охорони здоров'я, яким щорічно схвалюється дорожня карта проектів електронної охорони здоров'я. У 2023 році до дорожньої карти увійшло понад 100 цифрових проектів у сфері охорони здоров'я,

спрямованих на автоматизацію процесів для медичних працівників, підвищення якості, доступності та безпечності медичних послуг для пацієнтів тощо.

Попри численні виклики, які стоять перед країною, сфера охорони здоров'я активно поповнюється новими цифровими інструментами та сервісами. Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) – найбільша ІТ-система України і одна з ключових систем цифрового простору української медицини eHealth.

Сьогодні завдяки новим сервісам, що вже впроваджені в ЕСОЗ, можна:

- виписувати електронні направлення;
- формувати медичні висновки про народження та тимчасову непрацездатність;
- придбати рецептурні ліки за електронним рецептом від лікаря;
- отримувати ліки, а також тест-смужки для глюкометрів за е-рецептом у межах програми реімбурсації тощо.

В електронній системі охорони здоров'я також став доступним функціонал обліку реабілітаційних втручань. Внесено понад мільйон записів (з використанням МКФ) щодо провадження реабілітації.

Крім сервісів, впроваджених в ЕСОЗ, уже запущено пілот електронної системи управління запасами ліків та медичних виробів «e-Stock», розвинуто нові модулі системи «MedData», серед яких – модуль «гуманітарна допомога», «Вакцинація» та «Облік».

Важливою подією у сфері цифрового здоров'я, яка очікує українців, є запуск особистого кабінету пацієнта. На першому етапі всі користувачі кабінету можуть переглянути декларацію про вибір лікаря, а також за потреби – передати її та знайти нового спеціаліста. Крім того, можна буде в разі необхідності змінити свої персональні дані (до прикладу, прізвище після одруження чи номер телефону). Окрім цього, буде розширено функціонал реабілітаційних втручань, продовжиться впровадження системи верифікації лікарських засобів, продовжуватиметься робота над цифровізацією ВЛК та МСЕ.

Для зручного отримання інформації про реімбурсацію в Україні створено Telegram та Viber чат-бот “Спитай Гриця”. Це – гід у програмі “Доступні ліки”. Він допомагає пацієнтам знайти та отримати безоплатні ліки у будь-якому населеному пункті України. А також інформує, які препарати можна отримати в програмі “Доступні ліки”, нагадує про отримання наступного рецепту, допомагає організувати домашню аптечку тощо. Підключитися до чат-боту можна через пошук чатів за назвою, для цього необхідно ввести в поле пошуку “Спитай Гриця” [29].

За останнє десятиліття з’явилися численні політики, директиви, нормативні акти та програми фінансування Європейської комісії (ЄК) для підтримки цифровізації систем охорони здоров’я. Зокрема, у квітні 2018 року ЄК було опубліковано «Повідомлення до Європейського парламенту, Ради, Європейського економічного та соціального комітету та Комітету регіонів: щодо гарантування можливості цифрової трансформації охорони здоров’я та догляду на Єдиному Цифровому Ринку; розширення можливостей громадян і побудову більш здорового суспільства». Документ надає вичерпний огляд попередніх дій, вжитих для стимулювання та розвитку цифровізації охорони здоров’я (включаючи директиви та нормативні акти), разом з тим зазначається, що впровадження цифрових рішень «залишалося повільним та суттєво відрізнялося між державами-членами та регіонами». Визначаючи дані про здоров’я як ключовий фактор цифрової трансформації, було підкреслено, що використання орієнтованих на пацієнта даних про здоров’я все ще недостатньо розвинуто в Європейському союзі (ЄС).

Крім того, фрагментація ринку та відсутність сумісності стояли на шляху комплексного підходу до профілактики захворювань, догляду та лікування, а також для підвищення ефективності задоволення потреб населення (Європейська комісія, 2015, 2018) [62].

Інформаційні та комунікаційні системи електронної охорони здоров’я є частиною єдиного медичного інформаційного простору, що функціонують на основі єдиних принципів і загальних правил, що забезпечує інформаційну

взаємодію різних сторін і задоволення їхніх інформаційних потреб, а також інтегрованість, інтегрованість та гармонійний взаємозв'язок із суміжними сферами [51].

Також створено Офіс координації розвитку електронної охорони здоров'я, який має на меті удосконалення системи і механізмів управління електронною охороною здоров'я, аналізу сучасного стану справ, проблемних питань та шляхів їх розв'язання, а також визначення основних напрямів розвитку електронної охорони здоров'я.

eHealth Summit 2024, який відбувся 11 вересня 2024 р. в Києві, став платформою для обміну досвідом, підбиття проміжних підсумків та обговорення майбутніх кроків у цифровізації української охорони здоров'я.. Україна є визнаним лідером у сфері розроблення програмного гарантування та має позитивний досвід щодо впровадження електронного урядування та державних електронних послуг, що створює сприятливі умови для розроблення і реалізації технічних рішень у сфері охорони здоров'я.

Можна зробити висновки, що попри складнощі, які Україна зазнає у зв'язку з повномасштабною військовою агресією російської федерації, цифрова трансформація продовжується і активно розвивається. Окрім створення нових функціональних можливостей та електронних сервісів, проводиться системна робота з управління та впорядкування процесів. У 2022 році МОЗ у співпраці з партнерами було проведено аудит паперових документів та складено дорожню карту з питань депаперизації у сфері охорони здоров'я, та вперше був проведений аудит систем та реєстрів.

Таким чином, розвиток цифрової медицини економічно доцільний і наочно демонструє свою життєздатність.

### **3.2. Аналіз управлінської діяльності щодо виправлення недоліків в системі охорони здоров'я**

Варто зазначити, що механізми, які забезпечують належний стан охорони здоров'я, мають значні недоліки, які особливо візуалізуються в таких критичних ситуаціях як військові дії та гібридні загрози. Саме тому необхідно оцінювати розвиток апарату публічного управління та, оцінюючи помилки, намагатися вдосконалити його для гарантування гнучкості та ефективності навіть в надзвичайних ситуаціях та умовах гібридних загроз. Проблематика реформування охорони здоров'я є вагомим чинником для гарантування економічного та соціального розвитку країни та в цілому сталого розвитку держави.

Сьогодні, у результаті повномасштабного вторгнення росії на суверенну територію України, в країні відбуваються надзвичайно складні демографічні, соціально економічні та політичні переломи, що призвели до низки важливих проблем, які лише забезпечили прогресуванню “довоєнних показників” високого рівня загальної смертності, одного з найвищих рівнів в Європі природним спадом населення, низького рівня середньої тривалості життя та тривалості здорового життя, стабільній епідемії туберкульозу, ВІЛ\СНІД [69].

Пріоритетним завданням має бути розвиток та зміцнення провідних національних інституцій охорони здоров'я як спроможних, автономних, дієдатних та стійких інститутів. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) продовжуватиме розвиватися як орган стратегічних закупівель для країни. НСЗУ й надалі зміцнюватиметься за рахунок запровадження принципів належного врядування з розвитком основних функціональних сфер, покращенням даних, інформаційних систем та посиленням громадського контролю.

Роль НСЗУ критично важлива в отриманні та аналізі даних, які повинні надати підґрунтя для розробки ПМГ, інформування встановлення цін та впровадження ПМГ через стратегічні закупівлі, а також постійний моніторинг та оцінку, орієнтованих на якість та найкращі результати. Ці дані та аналіз

також нададуть докази для політичних рішень МОЗ та КМУ щодо стимулювання покращення ефективності системи охорони здоров'я.

Зміцнення інших національних інститутів як національних експертних органів та гарантування їхньої професійної незалежності допоможе впровадити систему управління охороною здоров'я, що ґрунтується на визначених цінностях та керівних принципах. Важливо продовжувати розвивати Центр громадського здоров'я України як національну експертну інституцію громадського здоров'я, що забезпечує координацію в системі громадського здоров'я, а її експертиза використовується для інформування рішень у процесі формування політик як у системі охорони здоров'я, так і в інших секторах.

Іншим важливим національним агентством, яке необхідно створити, є агенція, яка координуватиме питання якості медичної допомоги. Необхідно розробити всеосяжну національну концепцію якості та безпеки пацієнтів, яка включатиме всі ключові елементи національної системи якості. Для цього необхідно провести аналіз існуючих політик, організаційної структури, наявних методів та засобів, які можуть сприяти покращенню різних вимірів якості надання послуг у сфері охорони здоров'я. При цьому національне агентство з якості відіграє центральну роль як керівний та координуючий експертний орган. Подальша інституціоналізація та посилення функції оцінки медичних технологій будуть продовжені шляхом перетворення відділу ОМТ на національне агентство, яке виступатиме як національна експертна інституція з реалізації ОМТ. Національні інституції, що реалізують фармацевтичну політику, підтримують розвиток та управління електронною охороною здоров'я, регулюють безперервний професійний розвиток, а також системи ліцензування, повинні бути посилені за допомогою відповідних нормативних положень та інституційного розвитку.

Ефективне функціонування ДП «Медичні закупівлі України» має бути забезпечене за рахунок подальшого впровадження прозорих методів закупівлі поряд із надійними системами ланцюга поставок. Кожна з цих інституцій

повинна мати прозорі моделі управління та платформи для участі громадськості та нагляду.

15 листопада 2024, Кабінет Міністрів України прийняв постанову «Про деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи» [9]. Тепер в основі системи – оцінювання повсякденного функціонування людини експертними командами лікарів на базі багатопрофільних лікарень. Це комплексний підхід оцінювання впливу травми чи хвороби на повсякденну діяльність, аби швидше визначити індивідуальні потреби людини і допомогти їй з поверненням до активного, гідного життя.

Замість окремих організацій МСЕК, де більшість лікарів не займалися лікуванням, тепер оцінювання проводитимуть команди лікарів-практиків на базі лікарень. Людина зі своїм лікарем обере один із 300 потужних багатопрофільних закладів. Лікарні будуть територіально рівномірно розташовані, і в одному закладі існуватиме декілька команд на кожен профіль справ. За можливості справи будуть спрямовувати у профільні заклади: наприклад, оцінювання щодо новоутворення – до онкологічного закладу, оцінювання щодо психічних захворювань – до закладу цього профілю. У цих же лікарнях можна буде пройти додаткові обстеження за Програмою медичних гарантій.

Замість повністю паперового процесу буде запроваджено електронну систему. Направлення і документи до нього, протокол, рішення та усі дії фіксуватимуться в електронній системі. Це мінімізує корупційні зловживання та дозволить відстежити всі етапи щодо розгляду справи.

Серед іншого, вносяться зміни до законів «Про військовий обов'язок і військову службу» та «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію», які стосуються заміни поняття висновку МСЕК на висновок експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи. Зокрема, такий висновок буде необхідний для встановлення підстави надання особі відстрочки від призову на військову службу під час мобілізації згідно з пропонованою редакцією п. 9 ч. 1 ст. 23 Закону «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію»

(щодо хворої дружини (чоловіка), дитини та/або своїми батьком чи матір'ю (батька чи матері дружини (чоловіка) та п. 14 ч. 1 ст. 23 цього Закону (щодо членів сім'ї другого ступеня споріднення особи з інвалідністю I або II групи).

Також у рамках постанови планується створити Центр оцінювання функціонального стану осіб, який перевірятиме обґрунтованість рішень команд та займатиметься справами, направленими на оскарження. Команда центру складатиметься з лікарів різних закладів охорони здоров'я [9].

Основні зміни у МСЕ для порівняння наведено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Порівняння змін під час реформи МСЕ

|                             | <b>До реформи</b>   | <b>31 січня 2025 року</b>  |
|-----------------------------|---|--|
| 1                           | 2   | 3  |
| <b>Назва</b>                | МСЕК – медико-соціальні експертні комісії   | Експертні команди оцінювання повсякденного функціонування особи  |
| <b>Результат</b>            | 1. Статус інвалідності<br>2. Виплати, пільги, відстрочка<br>3. Допоміжні засоби реабілітації<br>4. 12 довідок та виписок в різних комбінаціях | 1. Статус інвалідності<br>2. Виплати, пільги, відстрочка<br>3. Допоміжні засоби реабілітації<br>4. Один комплексний документ   |
| <b>Шлях пацієнта</b>        | 1. Людина →<br>2. Лікуючий лікар →<br>3. ЛКК закладу →<br>4. МСЕК   | 1. Людина →<br>2. Лікуючий лікар →<br>3. Експертна команда   |
| <b>Довідкова інформація</b> | У лікаря та в паперових журналах  | На публічних аналітичних панелях (дашбордах)   |
| <b>Документи</b>            | Усі в паперовому вигляді: справа, направлення, протокол, рішення  | Усі в електронній системі: справа, направлення, протокол, рішення  |
| <b>Черга</b>                | У паперових журналах  | В електронній системі. Дані пацієнтів та лікарів, які будуть проводити оцінювання, приховані один від одного до дня оцінювання |
| <b>Місце розташування</b>   | Окремі структури і приміщення МСЕК  | Команди у потужних багатопрофільних лікарнях   |

Продовження таблиці 3.1

| 1                           | 2  | 3   |
|-----------------------------|--|---|
| <b>Лікарі</b>               | Більшість не лікують, лише проводять медико-соціальну експертизу. Немає усіх потрібних спеціальностей у штаті МСЕК                             | У команді практикуючі лікарі різних спеціальностей – усіх, які необхідні для розгляду відповідної справи  |
| <b>Кількість лікарів</b>    | 4-10 лікарів загалом   | 10-50+ лікарів загалом – за рішенням закладу  |
| <b>Склад лікарів</b>        | Фіксований склад для кожного пацієнта  | Підбирається команда за принципом випадкового добору під кожен справу відповідно до профілю справи<br><br>Ніхто з голів МСЕК не зможе приєднатися до експертних команд                  |
| <b>Дообстеження</b>         | Від МСЕК потрібно повернутись до лікуючого лікаря, щоб він виписав е-направлення<br><br>Можна пройти обстеження за Програмою медичних гарантій | Лікар експертної команди виписує е-направлення під час оцінювання<br><br>Можна пройти обстеження за Програмою медичних гарантій, де зручно, зокрема і в лікарні, де знаходиться команда |
| <b>Рішення</b>              | Одне спільне рішення на комісію, за підписом голови  | Фіксується позиція кожного лікаря та спільне рішення, яке підписується електронним підписом кожного лікаря  |
| <b>Оскарження</b>           | В обласній або центральній МСЕК  | Оскарження в електронному та паперовому вигляді на центральному рівні   |
| <b>Фінансування</b>         | Субвенція з державного бюджету та дофінансування з місцевих бюджетів на існування МСЕК   | Через програму НСЗУ за послуги з оцінювання   |
| <b>Представник пацієнта</b> | Не передбачено   | Передбачено   |
| <b>Відеозапис засідання</b> | Не передбачено   | Особі або її представнику дозволено здійснювати відео- або аудіозапис оцінювання.<br>Обов'язкова відеофіксація з 2026 року  |

Поточні зміни поки що не стосуються дітей. Процеси щодо інвалідності дітей також потребують оновлення, аби бути більш зручними та орієнтованими на пацієнта. Це заплановано наступним етапом. Наразі для дітей залишається чинна система, де статус інвалідності призначається за рішенням лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я.

Боротьба з корупцією поступово стає важливим пріоритетом для нашої держави. Крім внутрішньої мотивації для більшості громадян, антикорупційна діяльність постала перед нами як домашнє завдання від міжнародних донорів та країн-партнерів. Вона стала ще нагальнішою, коли Україна взяла остаточний курс на євроатлантичну та європейську інтеграцію, і це дало початок впровадженню багатьох суспільних процесів та реформ, таких як відкрите декларування доходів окремих категорій громадян, створення НАЗК, запуск PROZORRO, НАБУ, САП, ВАКС та інших [62].

У Проекті засад державної антикорупційної політики в Україні (Антикорупційна стратегія) на 2020–2024 роки, враховуючи міжнародні стандарти та найкращі світові практики у сфері запобігання та протидії корупції, сформульовано принципи антикорупційної політики, основний зміст яких відображається в таких положеннях:

- оптимізація та узгодження функцій держави та органів місцевого самоврядування з метою мінімізації корупційних ризиків;
- посилення прозорості та цифровізації повноважень органів державної влади та органів місцевого самоврядування;
- створення законних способів задоволення потреб фізичних і юридичних осіб на протипагу існуючим корупційним практикам;
- гарантування невідворотності юридичної відповідальності за корупційні та пов'язані з корупцією правопорушення;
- формування суспільної нетерпимості до корупції, утвердження культури доброчесності та поваги до верховенства права [53].

Однак на практиці виникає чимало проблем, пов'язаних з реалізацією антикорупційної політики щодо координації діяльності органів державної

влади та місцевого самоврядування як між собою, так і з медичними установами; відсутність системних змін до законодавства у сфері запобігання та протидії корупції; недостатня автономність уповноважених осіб чи підрозділів з питань запобігання корупції в медичних установах; сприйняття корупційних практик як «природних та цілком нормальних» у СОЗ через відсутність ефективного законного механізму отримання медичних послуг; відсутність ефективних практик щодо формування негативного ставлення населення до корупції у сфері медицини; неефективність ризико-орієнтованих механізмів виявлення конфлікту інтересів у сфері охорони здоров'я; недосконале законодавче регулювання питання здійснення заходів фінансового контролю у сфері медицини; проблеми захисту викривачів вкорупції тощо [67].

8 листопада 2024 року Кабінет Міністрів України прийняв проєкт Закону України про Державний бюджет України на 2025 рік відповідно до Бюджетних висновків Верховної Ради України та подав його на розгляд парламентарів з метою ухвалення вже у другому читанні [22].

Передбачається помітне збільшення видатків на сферу охорони здоров'я за ключовими напрямками й пріоритетами – йдеться про додаткові 6,3 млрд грн, які спрямують на розширення програми «Доступні ліки» та модернізацію медичної інфраструктури.

Згідно з проєктом бюджету загальний обсяг видатків на сферу охорони здоров'я на 2025 рік становитиме понад 217 млрд грн. Понад 175,5 млрд грн буде спрямовано на фінансування Програми медичних гарантій, що на 16,8 млрд грн більше, ніж торік. Це є вагомим здобутком на шляху до подальшого реформування і розвитку галузі в межах єдиного медичного простору.

З наступного року до ПМГ долучаються заклади охорони здоров'я МОЗ, Національної академії медичних наук, Державного управління справами, Національної академії наук України. Об'єднання медичних закладів України в єдиний медичний простір значно покращить якість та доступність медичної допомоги для пацієнта. Високоспеціалізовані медзаклади надаватимуть свої унікальні послуги українцям та українкам коштом ПМГ, щоб пацієнти за

однаковими правилами отримували медичну допомогу в будь-якому медзакладі країни, який має договір із Національною службою здоров'я України.

Збільшення видатків на сферу охорону здоров'я дасть змогу збільшити фінансування за ключовими напрямками надання медичної допомоги. Зокрема, 25,7 млрд грн передбачено на надання первинної медичної допомоги, 124,4 млрд грн – на спеціалізовану медичну допомогу, 11,4 млрд грн – на екстрену медичну допомогу, 5,7 млрд грн – на медичну реабілітацію.

Важливо, що сьогодні КМУ підтримав пропозицію МОЗ і додатково виділив 500 млн грн на розширення програми реімбурсації у 2025 році. Бюджет програми «Доступні ліки» у 2025 році становитиме 6,6 млрд грн.

У 2025 році буде збільшено бюджет на централізовані закупівлі лікарських засобів та медичних виробів. На цей напрям спрямують 11,8 млрд грн, що на 1,8 млрд грн більше, ніж цього року. Це дозволить покращити доступність і безоплатність ліків для українців за пріоритетними напрямками: лікування онкологічних та серцево-судинних захворювань, вірусних гепатитів, гарантування медичними виробами для проведення ортопедичних, травматологічних та нейрохірургічних оперативних втручань [28].

Також вперше планується закупівля лікарських засобів та медичних виробів для пацієнтів, що потребують інтенсивної терапії, оскільки це передбачає необхідність застосування дороговартісних лікарських засобів та медичних виробів, таких як розхідні матеріали для гострого діалізу, естракорпоральної оксигінації, антибіотики тощо.

Крім цього, вперше буде повністю профінансовано функціонування служб крові, що дозволить повністю покрити потреби закладів охорони здоров'я у компонентах крові, що особливо важливо в умовах воєнного стану. Для цього передбачені додаткові кошти у сумі 378 млн грн.

Наступного року продовжиться фінансування пілотного проекту із зубопротезування та зуболікування для військових і ветеранів. На це планується виділити майже 750 млн грн. Близько 190 млн грн спрямують на гарантування прав військовослужбовців та інших осіб на біологічне батьківство

(материнство) – на забір, кріоконсервацію та зберігання репродуктивних клітин військовослужбовців, що гарантуватиметься державою.

Майже 160 млн грн планується залучити для заохочення медичних працівників до працевлаштування в заклади охорони здоров'я, зокрема у сільській місцевості. Кошти спрямують на компенсації платежів, пов'язаних із придбанням житла у зв'язку з переїздом на нове місце роботи, а також на гарантування виплат для випускників медвишів, які працюватимуть у селах.

На систему громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями передбачено майже 4,4 млрд грн.

Резюмуючи викладений матеріал, можна зробити висновки про позитивні зміни в управлінській діяльності уряду країни щодо подолання корупції в системі охорони здоров'я, покращення доступності медичних послуг для населення, зниження кадрового дефіциту медичних працівників, особливо, у сільській місцевості, підвищення контролю якості надання медичних послуг та розширення програми медичних гарантій для населення, що покривається коштами НСЗУ.

## ВИСНОВКИ

Здоров'я всіх громадян України – це одна з найголовніших умов існування української держави та фактор єдності суспільства, що завжди має залишатися у фокусі уваги будь-якого управлінського апарату в будь-який час. На сучасному етапі свого розвитку публічне управління в системі охорони здоров'я проходить складне випробування війною, яку розпочала російська федерація проти незалежної суверенної України. Саме в цей період ми побачили недосконалість та суперечливість деяких процесів публічного управління, що повинні забезпечувати якість, прозорість і чіткість прийнятих управлінських рішень по всіх горизонталях влади та секторах економіки.

Встановлено, що Україна зберігла універсальне охоплення якісними послугами охорони здоров'я через реалізацію Програму медичних гарантій, що забезпечує рівний доступ всіх громадян до отримання основних медичних послуг, одночасно посилюючи захист пацієнтів від фінансового тягаря. Медична система України вистояла під час важкого випробування війною в умовах гібридних загроз. Адаптуючи реформи до місцевих умов, органи державного управління сприяють, щоб система охорони здоров'я не тільки продовжувала функціонувати, але й відігравала важливу роль у підтримці відновлення там, де це найбільше необхідно.

Проаналізовано, що на даний час важливим завданням для органів публічної влади є ревізія наявних матеріально-технічних та професійних засобів, щоб забезпечити функціонування медичних закладів, максимально наближених до лінії воєнних дій та в госпітальних округах. Сучасна система охорони здоров'я перебуває в кризовому стані, спровокованому воєнними діями на території України, руйнуванням її інфраструктури, технічного обладнання, загибеллю лікарів, міграцією медичного персоналу з окупованих територій не тільки по Україні, а й за кордон. Таким чином, у деяких госпітальних округах відчувається «голод» на вузькопрофільних медичних

фахівців та відповідну матеріально-технічну базу для відновлення роботи, особливо на деокупованих територіях.

Доведено, що однією з найважливіших умов ефективного функціонування системи охорони здоров'я є розроблення антикризового публічного управління в умовах війни. Механізми антикризового публічного управління СОЗ України є окремими її компонентами, що регулюють діяльність у період кризи. Напрямок реформ залишається правильним; запроваджені реформи підвищили стійкість системи охорони здоров'я до пандемії та війни. Гарантування державного фінансування та інвестицій у сферу охорони здоров'я має вирішальне значення – особливо в складних економічних і демографічних умовах, спричинених війною. Важливо продовжувати пріоритезувати та впроваджувати реформи ПМД, для гарантування результативності, економічної ефективності та справедливості. Додаткові реформи у сфері планування надання медичних послуг, нормативно-правового регулювання та капітальних інвестицій мають бути скоординовані за підтримки з боку реформи фінансування.

Проаналізувавши управлінську діяльність в системі охорони здоров'я України щодо надання медичних послуг населенню рекомендовано:

- доповнити державну Програму медичних гарантій шляхом розробки стандартизованих доказових клінічних настанов і маршрутів пацієнтів, які НСЗУ може підтримувати шляхом контрактування, моніторингу та фінансового стимулювання;
- запровадити стратегічне планування на обласному рівні на основі потреб для визначення переліку послуг, які закуповуватиме НСЗУ, яке має враховувати всі дані і має бути спрямоване на задоволення всіх потреб, зокрема на усунення прогалін у наданні послуг на місцях;
- запровадити додаткові одноразові виплати для надавачів ПМД у сільській місцевості та на територіях, що постраждали від конфлікту. Також можна запровадити додаткові виплати для нових моделей надання послуг,

таких як послуги мобільних бригад ПМД, для підтримки доступу до медичної допомоги в районах, де немає активних надавачів послуг;

– покращити якість і повноту даних в електронній системі охорони здоров'я НСЗУ та збільшити використання даних для прийняття рішень і моніторингу надавачів, зокрема збільшити кількість візитів представників міжрегіональних департаментів НСЗУ для перевірки відповідності даних, а також посилити договірні стимули та санкції для надавачів щодо надання повних і точних даних в електронній системі охорони здоров'я, що має сприяти покращенню контролю за цільовим використанням коштів та зниженню рівня корупції у медичних закладах;

– переглянути нормативно-правові акти, СОП і положення відповідних законів для гарантування прозорих, доказових, формальних і своєчасних процесів прийняття рішень та інформування зацікавлених сторін. Цьому може сприяти формалізація своєчасного річного циклу прийняття рішень щодо ПМГ, а також розмежування процесів розроблення та затвердження пакетів послуг, виплат надавачам і тарифікації, формування бюджету та контрастування.

Навіть у нинішніх умовах воєнного часу та з урахуванням фіскальних обмежень, спричинених економічними наслідками війни, Україна може рухатися вперед шляхом проведення реформ, які забезпечать максимізацію досягнень в охороні здоров'я, фінансового захисту, справедливості та якості в межах наявних засобів. Вирішальне значення для досягнення успіху мають сильні та підзвітні інституції з прозорим процесом прийняття рішень. Міжнародні партнери готові надати технічну та фінансову підтримку в реалізації цих реформ.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Державне управління. Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134-140.
2. Безперервність основних послуг з охорони здоров'я під час війни в Україні : звіт ВООЗ. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/continuity-of-essential-health-services-during-the-war-in-ukraine>.
3. Борщ В. І. Сучасна парадигма державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я. URL: <http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/download/90/2273/4905-1?inline=1>.
4. Гавриченко Д. Г. Нормативно-правовий механізм гарантування розвитку охорони здоров'я України. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського*. Серія «Публічне управління та адміністрування». 2022. Т. 33. № 2. С. 22–28.
5. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : монографія. Київ : Юрінком Інтер, 2007. 720 с.
6. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. Тернопіль : Академкнига, 2000. 312 с.
7. Державне регулювання економіки : навчальний посібник. Х.: ДБТУ, 2022. 272 с. URL: <https://library.if.ua/book/72/5235.html>.
8. Держстат [онлайн база даних]. Київ: Державна служба статистики України; 2024. URL: <https://stat.gov.ua/en>.
9. Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи : постанова Кабінету Міністрів України від 15.11.2024 р. № 1338. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-%D0%BF#Text>.
10. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#top>.

11. Звіт про мережу та діяльність медичних закладів за 2023 (форма № 47). / Центр громадського здоров'я МОЗ України : веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>.
12. Звіт про внутрішнє переміщення в Україні. Опитування загального населення, раунд 8, 23серпня 2022р. URL: [dtm.iom.int/reports](http://dtm.iom.int/reports).
13. Івано Ю. Б., Бережна Ю. В. Інструментарій державного регулювання СОЗв Україні. *Економіка і регіон*. 2014. № 4. С. 101–106.
14. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*, 2020. № 1, с. 161. URL: [www.investplan.com.ua/pdf/1\\_2020/28.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf).
15. Карлаш В. В. Механізми державного регулювання у СОЗнаселення України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. універ. цивільного захисту України. Харків, 2020. URL: <https://nuczu.edu.ua/images/topmenu/science/spetsializovanivcheni-rady/arefkarlash.pdf>.
16. Керівні принципи з внутрішнього переміщення. URL: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).
17. Коваленко С. «Війна поставила перед СОЗ нові виклики». *Голос України*. URL: <http://www.golos.com.ua/article/368390>.
18. Конституція України : в редакції від 01 січня 2020 р. № 254к/96-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
19. Левченко А. Потреби в системі охорони здоров'я зростають через війну – керівник Офісу ВООЗ в Україні / *Interfax-Україна*. 2003 : електронний ресурс. URL: <https://interfax.com.ua/news/interview/946050.html>.
20. Лікарські асоціації – реальна влада в медицині? Ваше здоров'я : веб-сайт. 2012. URL: <https://www.vz.kiev.ua/likarski-asociaciyi-realnavlada-v-medicini>.
21. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика : монографія. Київ: «МП Леся», 2017. 244 с.

22. Міністерство фінансів України : веб-сайт. Київ: 2024 URL: [https://www.mof.gov.ua/uk/state\\_enterprise\\_management\\_for\\_the\\_operation\\_of\\_the\\_property\\_complex591](https://www.mof.gov.ua/uk/state_enterprise_management_for_the_operation_of_the_property_complex591).
23. Мотайло О. В. Зарубіжний досвід державного управління у сфері охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2020. № 9. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1807>. DOI: 10.32702/2307-2156-2020.9.58.
24. Національна лікарська рада України : офіційний веб-сайт. URL : [http://www.vult.org.ua/?page\\_id=232](http://www.vult.org.ua/?page_id=232).
25. Операції під землею: робота лікарні «Охматдит» під час війни / Ранок вдома. 2023 URL: [https://www.youtube.com/watch?v=IL\\_AsS2cwus](https://www.youtube.com/watch?v=IL_AsS2cwus).
26. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. (№ 2801-ХІІ, редакція від 16 січня 2020 р.) URL: <https://zakon.help/law/2801-XII>.
27. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
28. Офіційний сайт МОЗ України : веб-сайт. URL: [moz.gov.ua](http://moz.gov.ua).
29. Офіційний сайт НСЗУ: веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/>
30. Охорона здоров'я під час війни: Вплив повноформатного вторгнення росії на охорону здоров'я в Україні / Міжнародний Фонд Відродження; Агентство Законодавчих Ініціатив; Український медичний центр. 2023. URL: [https://khisr.kharkov.ua/wp-content/uploads/2024/05/Analitchnyy-zvit\\_Dostup-do-systemy-okhorony-zdorovia-v-silskiy-mistsevosti-pid-chas-viyny-v-Ukraini\\_Medicos-del-Mundo-2024\\_ukr.pdf](https://khisr.kharkov.ua/wp-content/uploads/2024/05/Analitchnyy-zvit_Dostup-do-systemy-okhorony-zdorovia-v-silskiy-mistsevosti-pid-chas-viyny-v-Ukraini_Medicos-del-Mundo-2024_ukr.pdf).
31. Пархоменко-Куцевіл О. Форсайт у системі державного управління у СОЗУкраїни в умовах пандемії: теоретичні засади. Науковий вісник: Державне управління. 2022. № 1(11).

32. Під час війни система охорони здоров'я України показала свою працездатність – голова Бюро ВООЗ в Україні : інтерв'ю агентства «Інтерфакс-Україна». URL: [interfax.com.ua/news/interview/821272.html](http://interfax.com.ua/news/interview/821272.html).
33. План гуманітарних потреб і відповіді на 2024 рік. Україна» / Управління ООН з координації гуманітарних справ : аналітичний звіт. Київ, 2024. URL: [https://khisr.kharkov.ua/wp-content/uploads/2024/05/Analitychnyy-zvit\\_Dostup-do-systemy-okhorony-zdorovia-v-silskiy-mistsevosti-pid-chas-viyny-v-Ukraini\\_Medicos-del-Mundo-2024\\_ukr.pdf](https://khisr.kharkov.ua/wp-content/uploads/2024/05/Analitychnyy-zvit_Dostup-do-systemy-okhorony-zdorovia-v-silskiy-mistsevosti-pid-chas-viyny-v-Ukraini_Medicos-del-Mundo-2024_ukr.pdf).
34. Погребський Т. Г. Особливості організації національної системи охорони здоров'я України. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. Серія: Геологія. Географія. Екологія. 2014. № 1098. Випуск 40. С. 101-104. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhG\\_2014\\_1098\\_40\\_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhG_2014_1098_40_20).
35. Посібник Програми медичних гарантій 2024 / Академія НСЗУ. 2024. URL: [https://vaccine.org.ua/wp-content/uploads/2024/06/posibnyk\\_pmg\\_2024.pdf](https://vaccine.org.ua/wp-content/uploads/2024/06/posibnyk_pmg_2024.pdf).
36. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 01.07.2022 р. № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>.
37. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : проект Закону України № 6306. Київ: Кабінет Міністрів України, 2021. URL: [https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=73194](https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=73194).
38. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України Закон від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2009-%D0%BF#Text>.
39. Про деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану : наказ МОЗ від 17.03.2022 № № 496 : електронний ресурс. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text>.
40. Про засади державної антикорупційної політики на 2021–2025 роки : Закон України від 20.06.2022 р. № 2322-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2322-20#Text>.

41. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-п#Text>.

42. Про затвердження Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо гарантування функціонування сфери охорони здоров'я у період воєнного стану : наказ від 03.05.2022 № 727 / Міністерство Охорони Здоров'я : електронний ресурс. 2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0504-22#n25>.

43. Про організацію медичного обслуговування населення в Україні : проект закону України від 15.04.2016 р. № 4456. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/jh3fs00i?an=&ed=&dtm=&le=>.

44. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>.

45. Про деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану : наказ МОЗ від 17 березня 2022р. № 496. URL: [zakon.rada.gov.ua](https://zakon.rada.gov.ua).

46. Про гарантування прав і свобод внутрішньо переміщеним особам. Закон України від 20.10.2014 р. № 1706-VII. URL: [zakon.rada.gov.ua](https://zakon.rada.gov.ua).

47. Результати опитування щодо впливу війни на постачальників первинної медичної допомоги, які ще не оприлюднені / Всесвітня організація охорони здоров'я. 2023. URL: [https://khisr.kharkov.ua/wp-content/uploads/2024/05/Analitychnyy-zvit\\_Dostup-do-systemy-okhorony-zdorovia-v-silskiy-mistsevosti-pid-chas-viyny-v-Ukraini\\_Medicos-del-Mundo-2024\\_ukr.pdf](https://khisr.kharkov.ua/wp-content/uploads/2024/05/Analitychnyy-zvit_Dostup-do-systemy-okhorony-zdorovia-v-silskiy-mistsevosti-pid-chas-viyny-v-Ukraini_Medicos-del-Mundo-2024_ukr.pdf).

48. Ридзель Ю. М. Державне регулювання інноваційного розвитку СОЗ України : дис. канд. екон. наук. Чернігів, 2020. 258 с.

49. Система спостереження за атаками на систему охорони здоров'я (SSA) / Всесвітня Організація Здоров'я. С. 113. URL: <https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx>.
50. Солоненко І. М., Пак С. Я. Удосконалення організаційно-правових засад діяльності місцевих органів влади у СОЗв України. *Сучасні питання економіки і права*. 2011. Вип. 1. С. 102–110.
51. Статистичні дані системи МОЗ / Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ: Міністерство охорони здоров'я. 2024. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>.
52. Сучасний стан та перспективи розвитку інтервенційної кардіології в Україні. *Українські медичні новини*. 2023. № 3–4 (96–7). С. 49–54. doi:10.32782/umv-2023.2.9.
53. Торгун О. Десять проблем української медицини. Український інститут майбутнього, 25 жовтня 2019р. URL: [uifuture.org/publications/25139-heals-medicine-torgun/](http://uifuture.org/publications/25139-heals-medicine-torgun/).
54. Устинов А. В. Медична реформа: відомчі медичні заклади стануть доступними для усіх громадян. *Український медичний часопис online*. *Актуальні питання медичної практики* : веб-сайт. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/140879/medichna-reforma-vidomchimedichni-zakladi-stanut-dostupnimi-dlya-usih-gromadyan>.
55. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення HeRAMS Ukraine status update report: May–October-2023. A comprehensive mapping of the operational status of health facilities. Geneva: World Health Organization; 2023. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/herams-ukrainestatus-update-report-may-to-october-2023-en>.
56. Швайка Л. А. Державне регулювання економіки : навчальний посібник. Київ : Знання, 2006. 435 с.
57. Шевчук В. В. Підходи до реалізації механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

*Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія»*. Сер. : Державне управління. 2014. Т. 235. Вип. 223. С. 128–132.

58. Шевчук В. В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України : дис. ... канд. наук з держ. упр. Миколаїв, 2017. 219 с.

59. Юридична енциклопедія : в 6 т. Т. 3. Київ : Вид-во «Укр. енцикл.» ім. М. П. Бажана, 2001. 782 с.

60. About the Ukraine humanitarian fund. В: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [website]. Geneva: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. 2024. URL: <https://www.unocha.org/ukraine/about-ukrainehumanitarian-fund>.

61. Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. *Regional report 2023*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/374504>.

62. Co-payment policy: considerations for Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (WHO/EURO:2021-2671-42427-58855). URL: <https://iris.who.int/handle/10665/341727>.

63. European Code of Social Security. Treaty № 048. URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/048> (дата звернення: 17.09.2024).

64. Eurostat [online database]. Brussels: European Commission; 2024. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat>.

65. Health financing in Ukraine: resilience in the context of war. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2022 (WHO/EURO:2022-5882-45647-65535). URL: <https://iris.who.int/handle/10665/361645>.

66. Health needs assessment of the adult population in Ukraine: survey report: April 2023. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023 (WHO/EURO:2023-6904-46670-70096). URL: <https://iris.who.int/handle/10665/372141>.

67. Leveraging health financing to strengthen mental health services in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023 (WHO/EURO:2023-8927-48699-72383). URL: <https://iris.who.int/handle/10665/374725>.
68. OECD data explorer [online database]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. 2024. URL: <https://stats.oecd.org/>.
69. Reshaping Ukraine's health service delivery: vision and investment needs. Washington (DC): World Bank, 2023. URL: (<https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/eb126cbb-04cc-414d-a812-b6f475aa4705/content>).
70. Thomson S, Sagan A, Mossialos E, editors. Private health insurance: history, politics and performance. Cambridge: Cambridge University Press, European Observatory on Health Systems and Policies, 2020. URL: (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/private-health-insurance-history-politics-and-performance>).
71. Truba V., Borshch V., Haran O. Methodological frameworks for state regulation of health care system in the post-soviet countries. *Baltic Journal of economic studies*. 2018. Vol. 4. N 5.
72. World Bank, Government of Ukraine, European Union, United Nations. Ukraine: third rapid damage and needs assessment (RDNA 3): February 2022–December 2023. Washington (DC): World Bank, 2024. URL: (<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099021324115085807/p1801741bea12c012189ca1>).