

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»  
Кафедра публічного управління та державної служби

Кваліфікаційна робота магістра  
на тему  
ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РЕФОРМУВАННЯМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Виконала студентка 2 курсу,  
групи ЗПУА-1-24  
Спеціальності 281 «Публічне  
управління та адміністрування»  
Освітньо-професійної програми  
«Публічне управління та  
адміністрування»

\_\_\_\_\_ Віра ГАСАНОВА

Науковий керівник роботи:  
кандидат наук з державного  
управління, доцент

\_\_\_\_\_ Людмила НАБОКА

## ЗМІСТ

|                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАКИ .....                                                                                        | 3  |
| ВСТУП .....                                                                                                               | 5  |
| РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ<br>РЕФОРМУВАННЯМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ...                  | 8  |
| 1.1 Система охорони здоров'я України як об'єкт публічного<br>управління .....                                             | 8  |
| 1.2 Сутність та напрями публічного управління реформуванням<br>системи охорони здоров'я в Україні .....                   | 18 |
| РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ РЕФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У ПУБЛІЧНОМУ<br>УПРАВЛІННІ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....               | 29 |
| 2.1 Оцінка стану публічного управління системою охорони<br>здоров'я в Україні .....                                       | 29 |
| 2.2 Зарубіжний досвід реформування систем охорони здоров'я ...                                                            | 37 |
| РОЗДІЛ 3 ОСНОВНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО<br>УПРАВЛІННЯ РЕФОРМУВАННЯМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я<br>В УКРАЇНІ ..... | 44 |
| 3.1 Сучасні тенденції розвитку публічного управління системою<br>охорони здоров'я: інвестування у стійкість.....          | 44 |
| 3.2 Концептуальна основа для розробки стратегії розвитку<br>охорони здоров'я на місцевому рівні .....                     | 51 |
| ВИСНОВКИ .....                                                                                                            | 57 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....                                                                                          | 59 |

## СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАКИ

|                |                                                                         |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------|
| БПР            | безперервний професійний розвиток                                       |
| ВІЛ/СНІД       | вірус імунодефіциту людини / синдром імунодефіциту                      |
| ВООЗ           | Всесвітня Організація Охорони Здоров'я                                  |
| ГосО           | госпітальний округ                                                      |
| ГО             | громадські організації                                                  |
| Держлікслужба  | Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками |
| ЕСЕН           | електронна система епідеміологічного нагляду                            |
| ЕСОЗ, e-Health | електронна система охорони здоров'я                                     |
| ЄБРР           | Європейським банком реконструкції та розвитку                           |
| ЄДІСТ          | єдина державна інформаційна система трансплантації                      |
| ЗОЗ, медзаклад | заклади охорони здоров'я                                                |
| ІС СЗХ         | інформаційна система «Моніторинг соціально значущих хвороб»             |
| Кабмін, Уряд   | Кабінет Міністрів України                                               |
| Мінрозвитку    | Міністерство розвитку громад і територій України                        |
| МІС            | медичні інформаційні системи                                            |
| МОЗ            | Міністерство охорони здоров'я України                                   |
| НС             | надзвичайна ситуація                                                    |
| НСЗУ           | Національна служба здоров'я України                                     |
| НСОЗ           | національна система охорони здоров'я                                    |
| ОЗ             | охорона здоров'я                                                        |
| ОЕСР           | Організації економічного співробітництва та розвитку                    |
| ОМС            | органи місцевого самоврядування                                         |
| ПМД            | первинна медична допомога                                               |
| ПМГ            | Програма медичних гарантій                                              |
| РСОЗ           | реформа системи охорони здоров'я                                        |
| СОЗ            | система охорони здоров'я                                                |
| США            | Сполучені Штати Америки                                                 |
| ЦБД            | центральна база даних                                                   |
| ЮНІСЕФ         | United Nations International Children's Emergency Fund (англ) –         |

|          |                                                                                                                      |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | Міжнародний надзвичайний фонд допомоги дітям при Організації Об'єднаних Націй                                        |
| COVID-19 | coronavirus disease 2019, офіційно скорочена назва інфекційної хвороби, виявленої у людини у 2019 році, аббревіатура |
| UNAIDS   | United Nations Programme on HIV/AIDS (англ). – Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу                                    |

## ВСТУП

*Актуальність теми.* У світі здоров'я людини визнається настільки значущим, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку – універсального показника рівня суспільного розвитку тієї чи іншої країни. Крім того, здоров'я є індикатором оцінки ефективності публічного управління в державах. Тому питання стану здоров'я громадян і розвитку публічного управління системою охорони здоров'я є постійними у порядку денного кожного уряду.

Світ динамічно змінюється технологічно, переживає наслідки світової пандемії COVID 19, яка показала численні вади систем охорони здоров'я усіх без винятку країн. Українська держава і система охорони здоров'я зіткнулися ще з одним небувалим в ХХІ столітті викликом – повномасштабним вторгненням і затяжною війною, які супроводжуються значними пошкодженнями і руйнуваннями медичних закладів, втратою обладнання, житла, інфраструктури, загибеллю людей, нестачею персоналу і ресурсів. Усе це спонукає до пошуку нових підходів до організації процесів у медичній сфері та реформування публічного управління нею.

Питання реформування охорони здоров'я і пошуку оптимальної моделі управління цією системою постійно досліджувалися науковцями. Зокрема, підходи й особливості державного управління системою охорони здоров'я в Україні вивчали М. Білинська, В. Долот, Л. Жаліло, О. Мартинюк, Д. Карамишев, Я. Радиш, І. Рожков, Л. Руснак, Д. Самофалов, І. Хожило та інші дослідники. Розглядали моделі організації та підходи до реформування публічного управління медичною сферою О. Гульчій, В. Костюк, Ю. Левчук Б. Логвиненко, В. Москаленко, Г. Муляр, Н. Філіпова та ін. Однак їхні дослідження не повністю відображають результати триваючої реформи сфери охорони здоров'я, значні зміни законодавства та реагування вітчизняної системи публічного управління на виклики і загрози, зумовлені війною.

*Мета і завдання дослідження.* Метою даної роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних пропозицій щодо вдосконалення публічного управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення цієї мети визначено такі завдання:

- охарактеризувати систему охорони здоров'я України як об'єкт публічного управління;
- розкрити сутність та напрями публічного управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні;
- проаналізувати реформаційні процеси, які відбуваються у публічному управлінні системою охорони здоров'я в Україні;
- дослідити зарубіжний досвід реформування систем охорони здоров'я;
- підготувати пропозиції щодо вдосконалення публічного управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні.

*Об'єктом дослідження* є процес публічного управління системою охорони здоров'я.

*Предмет дослідження* – процес публічного управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні.

*Методи дослідження.* При підготовці магістерської роботи використано різноманітні загальнонаукові та спеціальні методи дослідження: проведено аналіз наукової літератури та законодавчих актів, що визначають зміст, основні напрями, моделі реформування публічного управління системою охорони здоров'я; застосовано метод компаративного аналізу для оцінки результативності публічного управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні; аналіз і синтез для визначення тенденцій розвитку публічного управління системою охорони здоров'я для розробки пропозицій щодо формуванні стійкості системи; індукції та дедукції для обґрунтування концептуальної основи для розробки стратегії розвитку охорони здоров'я на місцевому рівні.

*Практичне значення отриманих результатів* полягає у можливості

використання органами публічної влади України різних рівнів пропозицій щодо формування стійкості системи охорони здоров'я для забезпечення її здатності протистояти сучасним викликам і загрозам; обґрунтування концептуальних змін у підходах до розробки стратегії розвитку охорони здоров'я на місцевому рівні, що передбачають застосування проактивних технологій антикризового управління та широке залучення членів громади до участі у розробці стратегії.

# **РОЗДІЛ 1**

## **ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РЕФОРМУВАННЯМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

### **1.1 Система охорони здоров'я України як об'єкт публічного управління**

Охорона здоров'я (далі – ОЗ) є одним із пріоритетних напрямів публічної політики кожної країни та одним із основних факторів збереження і відтворення її соціального капіталу. В Україні Конституцією [18] визнано життя та здоров'я людини найвищою соціальною цінністю в державі й підкреслено її природне невід'ємне й непорушне право на охорону здоров'я. Щоб забезпечити реалізацію цього права, державою в особі органів публічного управління формується система охорони здоров'я (далі – СОЗ). У кожній країні це унікальне поєднання установ, закладів, внутрішніх та міжгалузевих відносин і дій медичного персоналу, орієнтованих на підтримання і покращення здоров'я населення.

Передбачається, що світові СОЗ спрямовані на зміцнення та поліпшення здоров'я громадян. Їх основні засади полягають у забезпеченні доступності та високої якості медичних послуг [45].

Існують різні форми організації СОЗ. До основних параметрів, за якими характеризують такі системи, можна віднести:

- відносини власності;
- способи фінансування (отримання ресурсів);
- механізми стимулювання медичних працівників (виробників медичних послуг) і населення (споживачів);
- форми і методи контролю обсягу і якості медичної допомоги [5].

У кожній державі модель СОЗ формується історично з урахуванням

моделі економічних відносин, які в ній переважають. Експертами Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (далі – ВООЗ) пропонується розрізняти три типи СОЗ (в деяких джерелах їх називають моделями):

- державну (системи Беверіджа і Семашка);
- страхову (система Бісмарка);
- ринкову або приватну [5].

Зокрема, для *моделі Беверіджа* характерна централізація медичної системи шляхом створення національної служби охорони здоров'я. Уряд виступає єдиним платником, виключаючи конкуренцію на ринку і, як правило, підтримуючи низькі ціни. Фінансування медицини за допомогою податку на прибуток дозволяє ОЗ бути безкоштовною у закладі охорони здоров'я – після консультації або операції пацієнту не доводиться сплачувати жодних додаткових коштів, оскільки він має сплачені податки. За цією системою велика частина медичних працівників складається з державних службовців. Основою цієї моделі є здоров'я як право людини. Таким чином, надання послуг у сфері ОЗ гарантується урядом, і кожен, хто є громадянином, має однаковий доступ до догляду [57].

*Модель Бісмарка* – більш децентралізована форма ОЗ. Роботодавці та службовці фінансують медичне страхування завдяки тому, що працевлаштовані і мають доступ до «лікарняних фондів», створених завдяки обов'язковим внескам з податку на оплату праці. Крім того, приватні страхові компанії охоплюють кожного працевлаштованого, незалежно від попередніх умов. Медичні працівники, як правило, є приватними підприємцями, хоча фонди соціального медичного страхування вважаються державними. Незалежно від кількості страховиків, уряд жорстко контролює ціни, тоді як страхові компанії не отримують прибутку. Ці заходи дозволяють уряду здійснювати контроль цін на медичні послуги.

*Модель СОЗ орієнтована на ринок* притаманна для менш розвинених країн. Така система пропонує широкий спектр послуг, спостерігається високий рівень їх якості, що стимулює конкуренцію серед надавачів медичних послуг.

Але в державі немає достатньої кількості ресурсів для створення масової медичної допомоги, тому пацієнти повинні платити за процедури з власної кишені. Без достатньої кількості фінансових ресурсів бідні не можуть дозволити собі відповідну медичну допомогу [45; 57].

Останнім часом низка дослідників пропонує доповнити цю класифікацію. Наприклад, Н. В. Філіпова, Ю. М. Левчук, О. О. Вороніна, О.О. Лісовська [2; 21; 45], вивчаючи трансформаційні зміни, які відбуваються в сучасному світі та СОЗ, пропонують виділяти чотири типи таких систем. У таблиці 1.1 наведено основні їх характеристики.

Таблиця 1.1 – Характерні особливості моделей системи охорони здоров'я [45]

| Назва моделі | Модель Бісмарка                                                                                                                                       | Модель Беверіджа                                                                                                                                      | Модель Національного здоров'я                                                                                                                  | Модель прямої оплати                                                                                                                               |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Особливості  | Фінансування: Внески від і роботодавців і працівників. Обов'язкове страхування. Множинні страхові організації. Приватні некомерційні медичні установи | Фінансування: Внески від і роботодавців і працівників. Обов'язкове страхування. Множинні страхові організації. Приватні некомерційні медичні установи | Гібридна модель (елементи Беверіджа і Бісмарка). Фінансування: Податки та страхові внески. Може включати приватні та державні медичні установи | Без страхової системи. Оплата послуг безпосередньо пацієнтами. Висока частка витрат лягає на пацієнта                                              |
| Країни       | Німеччина, Японія, Франція, та інші країни Західної Європи                                                                                            | Велика Британія, Ірландія, Нова Зеландія, Куба, Швеція та інші країни Північної Європи                                                                | Канада, Тайвань, Австралія                                                                                                                     | Поширена в багатьох країнах з розвиваючою економікою, де відсутні широко доступні системи страхування або державного фінансування охорони здоров'я |

Отже, пропонується виокремити іще один вид моделей – *національну модель медичного страхування*, яка поєднує елементи моделей Бісмарка і Беверіджа. Як і в моделі Беверіджа, уряд виступає єдиним платником медичних

процедур, і, як і в моделі Бісмарка, постачальники послуг є приватними. Універсальне страхування не приносить прибутку і не відмовляє в медичній допомозі при скаргах. Баланс між державним страхуванням та приватною практикою дозволяє лікарням зберігати незалежність, а також зменшує внутрішні ускладнення із страховими полісами. Фінансові бар'єри для лікування, як правило, низькі, і пацієнти можуть обрати своїх медичних працівників. Як і модель Беверіджа, ця система надає населенню більшість медичних процедур незалежно від рівня доходу [57].

Утім аналіз практики функціонування світових СОЗ свідчить, що такий поділ є здебільшого теоретичними, і в кожній країні поєднуються характеристики різних моделей. Також на ці процеси впливають підходи до реалізації публічної влади та механізми управління СОЗ.

Під публічним управлінням сферою ОЗ Д. О. Самофалов пропонує розуміти «розбудову орієнтованої на пацієнта систему, здатну забезпечити справедливе загальне охоплення послугами охорони здоров'я всього населення країни [40]».

До основних функцій публічного управління сферою ОЗ Б. Логвиненко пропонує відносити:

- окреслення напрямів реалізації норм чинного медичного законодавства;
- захист прав пацієнтів;
- удосконалення та стовідсоткове упровадження електронного обміну даними в медичній діяльності;
- забезпечення доступності ресурсів державної та комунальної форм охорони здоров'я;
- формування єдиного медичного простору України [22].

Спрямування публічної політики на зміцнення та підтримання громадського здоров'я значно впливає на цілі, форми і методи роботи, які застосовують органи публічної влади, заклади та установи СОЗ для її реалізації.

Міжнародними урядовими організаціями, які суттєво впливають на

формування національної політики у сфері ОЗ України є: ВООЗ, Світовий банк та Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS).

ВООЗ – це міжнародна організація національних держав для сприяння глобальному здоров'ю, до складу якої входять 192 уряди. Основними цілями та функціями ВООЗ є:

- 1) розробка спільних міжнародних рішень та цілей для критичних викликів у секторі ОЗ;
- 2) встановлення міжнародних норм та стандартів, надання технічних вказівок та порад країнам-членам щодо зміцнення здоров'я (наприклад, класифікації хвороб і причин смерті, стандартів медичного забезпечення, лікування та ліків);
- 3) допомога країнам у розробці політичних стратегій та концепцій громадського здоров'я для досягнення цих цілей і впровадження норм і стандартів;
- 4) боротьба з інфекційними та неінфекційними захворюваннями (наприклад, COVID-19, ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та малярією, ліквідація віспи, розробка програм вакцинації) тощо [17].

UNAIDS – провідна організація ООН у боротьбі з ВІЛ/СНІДом, створена для нормативного та стратегічного регулювання всебічної, скоординованої боротьби в глобальному масштабі з епідемією ВІЛ і СНІДу та її наслідками. UNAIDS разом з ЮНІСЕФ і Світовим банком реалізують Багатонаціональну програму протидії ВІЛ/СНІДу (MAP).

На національному рівні в Україні сформовано багаторівневу СОЗ. До її складу як суб'єктів управління можна віднести такі органи публічної влади: Верховну Раду України, Президента України, Кабінет Міністрів України (далі – Кабмін), Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ), Національну службу здоров'я України (далі – НСЗУ), Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (далі – Держліксслужба), які формують і забезпечують правове, організаційне та фінансове регулювання питань державної політики у сфері ОЗ.

Відповідно до положень статті 13 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» [26] Верховна Рада України формує основи державної політики СОЗ шляхом закріплення законодавчих засад ОЗ, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, установлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм з охорони здоров'я. Для вирішення питань формування державної політики в галузі ОЗ у Верховній Раді України створюються відповідні комітети, комісії, інші дорадчі та експертні органи, до складу яких входять провідні фахівці та представники громадськості.

Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, бере участь у формуванні державної політики з охорони здоров'я та застосовує інші важелі впливу, передбачені Конституцією України, на належне функціонування і розвиток галузі.

Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення державних цільових програм, забезпечує проведення єдиної науково-технічної політики, створює економічні, правові та організаційні механізми, які стимулюють ефективну діяльність СОЗ, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), спрямовує і координує діяльність спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади у сфері ОЗ, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я [26].

МОЗ як спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади в СОЗ забезпечує реалізацію державної політики в цій сфері в межах визначених положенням повноважень [34].

Його основні завдання полягають у формуванні державної політики у сфері ОЗ, забезпеченні розвитку та фінансуванні (через гарантії) медичних послуг, контроль якості ліків і виробів, розвиток медичної освіти та науки, а також координація заходів у надзвичайних ситуаціях та психологічна підтримка ветеранів і цивільних в умовах війни.

На регіональному рівні забезпечують реалізацію державної політики у сфері ОЗ Верховна Рада Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські ради, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, управління та департаменти охорони здоров'я обласних і Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. Вони спрямовують свою діяльність на реалізацію таких заходів, як:

- захист прав і свобод людини і громадянина у сфері ОЗ;
  - здійснення контролю за додержанням державного законодавства з питань ОЗ, материнства і дитинства;
  - проведення державної політики та виконання загальнодержавних програм з охорони здоров'я, розроблення та виконання державних цільових програм розвитку ОЗ відповідних адміністративно-територіальних одиниць;
  - організацію медичної просвіти населення і пропаганду принципів здорового способу життя;
  - визначення у проектах відповідних бюджетів видатків на ОЗ;
  - розроблення проектів програм соціального та економічного розвитку у сфері ОЗ і подання їх на затвердження відповідній раді;
  - ужиття заходів щодо розвитку і оптимізації мережі ЗОЗ та ін.
- [26; 34].

Органи місцевого самоврядування – сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи, а також районні та обласні ради, які представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст у сфері ОЗ застосовують такі механізми управління охороною здоров'я, як:

- формування мережі ЗОЗ комунальних некомерційних підприємств (їх утворення, реорганізація, ліквідація), призначення керівників та здійснення оперативного управління;
- виділення коштів на утримання ЗОЗ, закупівлю медичного обладнання, ремонти наявних будівель та споруд, а також передання комунальним закладам ОЗ нових для здійснення їх статутної діяльності;
- забезпечення доступності медичного обслуговування на відповідній

території;

- забезпечення надання населенню всіх видів медичної допомоги, планування розвитку оптимізації мережі ЗОЗ, сприяння пріоритетному розвитку закладів первинної медико-санітарної допомоги;
- розроблення місцевих цільових програм у сфері ОЗ;
- реєстрація відповідно до законодавства статутів (положень) ЗОЗ незалежно від форм власності;
- забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення;
- сприяння роботі асоціацій, неприбуткових організацій, інших громадських організацій, які проводять свою діяльність у сфері ОЗ;
- ужиття у разі надзвичайної ситуації техногенного, природного, соціально-політичного, воєнного характеру необхідних заходів для забезпечення врятування життя людей, захисту їх здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя тощо [26; 34].

Також активну роль у формуванні та реалізації державної політики у сфері ОЗ є консультативно-дорадчі органи та громадські організації. Наприклад, до низки консультативно-дорадчих органів, створених при МОЗ можна віднести:

- колегію МОЗ України, до повноважень якої віднесено ухвалення рішень щодо перспектив і ключових напрямів діяльності МОЗ України [34];
- клініко-експертну комісію МОЗ України, яка колегіально розглядає звернення фізичних та юридичних осіб за конкретними випадками у закладах охорони здоров'я;
- медичну раду закладу охорони здоров'я України, до повноважень якої віднесено здійснення внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування;
- Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, яка надає пропозиції щодо визначення пріоритетів та

забезпечення реалізації державної політики з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу та ін. [1].

Громадські організації (далі – ГО) також відіграють важливу роль в управлінні охороною здоров'я в Україні, виступаючи як партнери влади, адвокати пацієнтів та реалізатори проєктів, що охоплюють профілактику, освіту, підтримку медперсоналу та надання послуг для вразливих груп, долаючи виклики фінансування та бюрократії через спільну роботу з державою та міжнародними донорами.

Найбільшою за чисельністю складовою СОЗ є об'єкти управління. Ними у цій системі виступають ЗОЗ, тобто медичні заклади державної форми власності, підпорядковані МОЗ, і медичні заклади комунальної власності, підпорядковані органам місцевого самоврядування, а також медичні заклади приватної форми власності, які діють за єдиними в сфері ОЗ стандартами і протоколами.

Утім, якщо розглядати СОЗ у цілому як об'єкт публічного управління, то варто звернути увагу на багатофакторність впливу на систему охорони здоров'я та громадське здоров'я в сучасних умовах

Л. Р. Криничко, досліджуючи трансформаційні зміни, які відбуваються в системі публічного управління охороною здоров'я у зв'язку з переходом до Концепції формування громадського здоров'я як системної профілактики захворювань, зміцнення здоров'я та покращення якості життя населення, наголошує на зміні ролі та функцій держави у забезпеченні високого рівня громадського здоров'я, на міждисциплінарний характер вироблення політики у цій сфері, потребу врахування політичних, юридичних, економічних, соціальних та управлінських чинників при її формуванні [19].

Науковиця, досліджуючи міждисциплінарні взаємодії в сфері державного управління системою охорони здоров'я (табл. 1.2), наголошує на необхідності їх урахуванні при формуванні стратегії розвитку галузі та подальших змінах, зумовлених новими викликами і загрозами сучасності, як, наприклад, світові пандемії, надзвичайні ситуації, збройні конфлікти тощо.

Таблиця 1.2 – Матриця міждисциплінарної взаємодії в сфері державного управління системою охорони здоров'я [19]

|                               |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Об'єкти                       | Громадське здоров'я                                                                                                                                                  | Система охорони здоров'я                                                                                                                                     |
| Характеристики                | Юридичні                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                              |
| Об'єкт                        | Конституційне право людини на здоров'я                                                                                                                               | Система охорони здоров'я є об'єктом правового регулювання                                                                                                    |
| Прояв в державному управлінні | Державне управління має забезпечити виконання конституційного права людини на здоров'я                                                                               | Державне управління системою охорони здоров'я може реалізуватися через правовий механізм                                                                     |
| Характеристики                | Соціологічні                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                              |
| Об'єкт                        | Громадське здоров'я є об'єктом соціального дослідження як за якісними так і кількісними показниками, що характеризує стан суспільства                                | Соціологія вивчає вплив системи охорони здоров'я на стан громадського здоров'я                                                                               |
| Прояв в державному            | Державно-управлінські рішення в сфері охорони здоров'я приймаються на основі соціологічних досліджень якісних та кількісних показників громадського здоров'я         | Соціологічні дослідження дозволяють оцінити ефективність державно-управлінських рішень щодо охорони здоров'я                                                 |
| Характеристики                | Економічні                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                              |
| Об'єкт                        | Громадське здоров'я виступає складовою людського капіталу та трудового потенціалу як об'єктів економічних систем та фактором їх розвитку                             | Система охорони здоров'я є об'єктом фінансування, а діяльність суб'єктів системи є об'єктом менеджменту                                                      |
| Прояв в державному            | Громадське здоров'я може виступати фактором, що впливають на державно-управлінські рішення, а також визначальним детермінантом в формуванні системи охорони здоров'я | Система охорони здоров'я формується та управляється державним управлінням, а державно-управлінські рішення приймаються органами центральної виконавчої влади |

Отже, як об'єкт публічного управління система охорони здоров'я України є комплексною системою, що охоплює мережу медичних установ, органи управління, фінансування та правове регулювання з метою забезпечення права громадян на якісну медичну допомогу, що реалізується через формування публічної політики, розробку законодавства, стратегічне планування та впровадження реформ, які спрямовані на підвищення ефективності, доступності та соціальної безпеки. Це складний механізм, що потребує

постійної модернізації, відповідності світовим стандартам та забезпечує конституційні права громадян.

## **1.2 Сутність та напрями публічного управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні**

Сьогодні здоров'я населення набуває безпрецедентного значення для поступального розвитку суспільства, забезпечення його політичної стабільності, прогресу в соціально-економічній, науковій, інтелектуальній, оборонній, культурній сферах, стає обов'язковою передумовою реалізації життєвої програми кожної людини, підвищення добробуту та якості життя. Забезпечення належного рівня здоров'я населення є пріоритетним завданням будь-якої держави та її СОЗ.

У сучасних умовах перед СОЗ світу постають непрості завдання збалансування задоволення зростаючих потреб у медичній допомозі, з одного боку, та стабілізації чи стримуванні зростання витрат на охорону здоров'я – з іншого. Це вимагає або вдосконалення їх структурно-функціональних моделей, або створення принципово нових, що відповідали б нинішнім вимогам [23].

У зв'язку з цим у багатьох європейських країнах здійснюється переоцінка національних систем охорони здоров'я та доцільності застосування існуючих моделей фінансування. Процеси реформування медичної галузі стосуються нормативного, економічного, організаційного, управлінського та інших аспектів діяльності. При цьому намагання досягти кращої результативності та ефективності поєднуються з дотриманням етичних імперативів.

Розв'язання зазначених проблем у різних країнах здійснюється з урахуванням соціально-економічних, демографічних, медико-організаційних, територіальних та інших особливостей, національних традицій тощо [23].

Основним інструментом, який використовують для провадження таких

змін є реформа системи охорони здоров'я (далі – РСОЗ), тобто діяльність, що пов'язана зі змінами політики та інститутів охорони здоров'я, через які вона реалізується. Отже, ключовими елементами РСОЗ є структурні зміни, модернізація цілей і політики в галузі ОЗ з подальшими інституціональними перетвореннями [23].

З кінця 2014 року із прийняттям Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років у нашій державі було впроваджено нові стратегічні підходи задля підвищення якості медичних послуг та медичного обслуговування. Відбувся перехід на нову модель ОЗ та систему закупівель медичних послуг.

Першим було ухвалено Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення своєчасного доступу пацієнтів до необхідних лікарських засобів та медичних виробів шляхом здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі» [29]. Його прийняття дозволило повністю змінити систему державних закупівель лікарських засобів шляхом дерегуляції фармацевтичного ринку, підвищення прозорості держзакупівель, спрощення реєстрації, запровадження механізму субвенцій регіонам для фінансування СОЗ, скасування ліцензування імпорту фармінгредієнтів. А також надало можливість зрушити з місця процес передачі закупівельної функції від МОЗ на міжнародні організації, нівелювати корупційну складову тендерних процедур та в найкоротші терміни забезпечити пацієнтів необхідними та якісними ліками.

Крім того, у 2015 році було затверджено нові правила ліцензування медичної практики; підготовлено пакет реформаторських законів щодо автономії медичних закладів та зміни системи фінансування медичних закладів; проведено аудит та підготовлено нормативну базу для створення Центру громадського здоров'я; розпочато реалізацію спільного зі Світовим банком проекту, спрямованого на інвестування в розвиток охорони здоров'я у 8 областях країни [44].

Отже, для успішної реалізації реформи було започатковано законотворчу роботу й активне формування нормативно-правової бази, яка створювала умови для реалізації новацій.

Уже у 2016 році Кабінетом Міністрів України було затверджено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я [36] та Концепцію розвитку громадського здоров'я [37].

Згідно з Концепцією про реформування фінансування... [36] закріплювалася модель національного солідарного медичного страхування з 100% покриттям громадян, що дозволяло акумулювати кошти в державному бюджеті й через створеного єдиного національного замовника, урегульовувати відносини між лікарями й пацієнтами, планувати та закуповувати медичні послуги для громадян, контрахувати медичні заклади, оцінювати й контролювати якість послуг, підтримувати електронну систему збору та обміну медичною інформацією тощо. Крім того, державою запроваджувався гарантований пакет медичної допомоги – чітко визначений набір медичних послуг та ліків, право на отримання якого матимуть усі без винятку громадяни України.

Концепцією розвитку громадського здоров'я в Україні [37] передбачалася суттєва зміна сутності функціонування СОЗ, коли відповідальність за стан здоров'я покладається не на лікаря чи ЗОЗ, а в першу чергу, на людину. Тому основні напрями реалізації цієї Концепції стосувалися збереження та зміцнення здоров'я населення через профілактику хвороб, пропаганду здорового способу життя та покращення якості життя. Їх втілення передбачалося через впровадження 10 оперативних функцій ВООЗ, включаючи епідеміологічний нагляд, управління ризиками, покращення інфраструктури та підвищення обізнаності суспільства, з метою збільшення тривалості життя та зниження смертності від неінфекційних захворювань.

У 2017 р. було прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [31], яким було запроваджено гарантований пакет медичних послуг під назвою Програма медичних гарантій

(далі – ПМГ) і створено Національну службу здоров'я України (далі – НСЗУ) як стратегічного закупівельника послуг для цієї програми. Цим законом закладалися основи того, що з часом ПМГ буде розширюватися і зрештою охопить всі види медичної допомоги, а фінансування охорони здоров'я перейде від кошторисного фінансування до методів фінансування, орієнтованих на результат, що забезпечить краще узгодження надаваних медичних послуг з потребами пацієнтів.

У цей же час постановою Кабміну було затверджено вимоги до надавачів медичних послуг [32], завдяки чому розпочався процес автономізації ЗОЗ зі зміною принципів їх управління. Він полягав у перетворенні бюджетних установ у комунальні підприємства, що дозволяло їм мати більшу фінансову та управлінську самостійність. Ініціаторами реорганізації виступали власники (органи місцевого самоврядування), які могли як ініціювати перехід до статусу комунального підприємства, так і повертати медзаклади до статусу бюджетних.

Уже в липні 2018 року НСЗУ уклала перші договори з автономізованими надавачами ПМД на основі капітаційної ставки. Громадяни отримали право вільного вибору лікаря. Державні та приватні надавачі ПМД отримали рівні можливості для надання послуг у рамках ПМГ. А з квітня 2019 року НСЗУ почала адмініструвати реімбурсацію (відшкодування вартості) лікарських засобів за електронним рецептом [43].

Крім того, в СОЗ за цей час відбулися й інші значущі зрушення в реалізації системних реформ в ОЗ: затверджено Концепцію розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [33], прийнято закони України: «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [30], «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [35]. Вони засвідчили про глибокі інституціональні та структурні перетворення в СОЗ, спрямовані на поліпшення здоров'я населення та задоволення його потреб у медичній допомозі.

Зокрема, для проведення структурних реформ розмежовано три рівні надання медичної допомоги (первинний, вторинний, третинний, поділ на які залежить від складності та тяжкості проблем зі здоров'ям, які вирішуються, а також від характеру взаємовідносин між пацієнтом і надавачем медичної допомоги); зосереджено фінансові ресурси для надання медичної допомоги на відповідних рівнях; переглянуто і підвищено вимоги до ліцензування та акредитації ЗОЗ, здійснення деформалізації цих процесів.

Це дозволило раціоналізувати планування мережі закладів, усунути невинуватену фрагментацію СОЗ та створити управлінські механізми для вирішення проблем реструктуризації мережі ЗОЗ, зокрема, функціональної диференціації стаціонарів залежно від інтенсивності надання госпітальної допомоги, підвищити доступність вторинної медичної допомоги за рахунок її регіональної екстериторіальності та забезпечення можливості вибору медичного закладу для отримання допомоги, привести видатки на медикаменти та харчування в установах, що надають вторинну спеціалізовану медичну допомогу, до єдиних нормативів тощо.

У результаті для більш ефективного та справедливого використання публічних ресурсів запроваджені нові фінансові механізми та методи оплати надавачам послуг. У закладах, які автономізувались та уклали договори з НСЗУ, відбувся перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення). Таким чином, гроші почали реально «ходити за пацієнтом», а не за інфраструктурою ЗОЗ [43].

Ще у 2018 році в контексті процесу децентралізації державної влади та реформи місцевого самоврядування було розпочато формування госпітальних округів. Зокрема, у ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [26] встановлено, що з метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню створюється госпітальний округ.

Під госпітальним округом (далі – ГосО) пропонується розуміти

сукупність ЗОЗ та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території [26]. Законом також передбачено, що у межах ГосО визначаються опорні ЗОЗ, а порядок створення госпітальних округів та перелік опорних ЗОЗ затверджуються Кабміном.

Згідно з постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» [8] метою їх створення визнано кращу організацію та наближення до людей спеціалізованих медичних послуг, оскільки, мешканці територіальних громад потребують не лише первинної медичної допомоги, а й надання спеціалізованої у стаціонарних умовах. А це вже питання наявної медичної інфраструктури вторинного рівня. Особливо гостро ці питання постали після передачі ЗОЗ вторинного рівня з районної у комунальну власність територіальних громад, яка відбулась після укрупнення районів відповідно до постанови Верховної Ради України «Про утворення та ліквідацію районів» [39].

Частиною третьою ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», також визначено, що мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням планів розвитку госпітальних округів, потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення його належної якості, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів, а існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [26].

Однак у зв'язку зі стрімким зменшенням кількості населення, низькою народжуваністю, постійним виїздом громадян за кордон демографічна ситуація в державі погіршується. Отже, знову постає питання про приведення у взаємну відповідність кількості ЗОЗ із чисельністю споживачів послуг і потребами у їх наданні та медичної допомоги.

Тому в 2023 році інституційні реформи продовжено. У «Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення

їх меж», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України [7] вперше використано термін «спроможна мережа», тобто мережа надавачів медичних послуг, що забезпечує медичне обслуговування у межах відповідного ГосО, зокрема під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного чи воєнного стану, та дає можливість організувати належну якість такого обслуговування.

Передбачається, що до складу спроможної мережі включається перелік таких обов'язкових закладів.

*Надкластерні ЗОЗ* – це високоспеціалізовані лікарні в Україні, які надають допомогу при найскладніших і рідкісних захворюваннях, працюючи як головні центри в госпітальних округах для дорослих, дітей, а також мають спеціалізацію в онкології, кардіології, психіатрії та інших напрямках, забезпечуючи найвищий рівень медичних послуг у рамках реформи спроможної мережі закладів.

*Кластерні ЗОЗ* – це багатoproфільні лікарні середнього рівня спроможності в межах госпітальних округів, які забезпечують населення необхідною стаціонарною допомогою за основними напрямками (терапія, хірургія, гінекологія, педіатрія тощо), але для складних випадків пацієнти скеровуються до більш потужних надкластерних лікарень; їхня мережа створюється для оптимізації надання допомоги та відповідає потребам населення конкретного кластеру.

*Загальні ЗОЗ* – це багатoproфільні лікарні, які забезпечують базову стаціонарну допомогу для населення громади (або кількох громад) в рамках спроможних мереж, надаючи допомогу за основними напрямками (терапія, хірургія, анестезіологія, неврологія, травматологія) та стабілізуючи стан пацієнта перед його маршрутизацією до більш спеціалізованих (кластерних) закладів.

*Надавачі первинної медичної допомоги* (далі – ПМД) – це медичні заклади (комунальні підприємства, ФОП) та лікарі (сімейні лікарі, терапевти, педіатри), що надають першу, базову медичну допомогу, діагностику, лікування, профілактику та направляють до вузьких спеціалістів, є першою ланкою, з

якою пацієнт контактує.

*Медицина катастроф* – це спеціалізована галузь медицини, що займається організацією та наданням екстреної медичної допомоги великій кількості постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій (далі – НС) техногенного, природного характеру або воєнних дій, а також розробляє заходи з профілактики та ліквідації медичних наслідків таких подій, працюючи в умовах «один лікар – багато хворих». В Україні це напрям роботи Державної служби медицини катастроф, що координується Українським науково-практичним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф при Міністерстві охорони здоров'я України.

Отже, в Україні суттєво змінено конфігурацію надання і отримання медичної допомоги. Тому громадянам для отримання медичних послуг і допомоги потрібно зважати на таку технологію роботи СОЗ.

1) Відповідно до ст. 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я медична допомога громадянин може надаватися:

- за місцем знаходження, проживання (перебування) пацієнта;
- в амбулаторних умовах;
- в умовах денного стаціонару;
- у стаціонарних умовах.

2) За медичними показаннями одночасно з наданням медичної допомоги пацієнту надається реабілітаційна допомога у встановленому законодавством порядку [26].

3) Відповідно до ст. 35-2 Основ законодавства України про охорону здоров'я [26], спеціалізована медична допомога – медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики – сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів.

4) Надання спеціалізованої медичної допомоги забезпечують заклади

охорони здоров'я в стаціонарних та амбулаторних умовах.

5) Межами госпітального округу, в яких він функціонує, є Автономна Республіка Крим, області, мм. Київ та Севастополь.

6) Межами госпітального кластеру, в яких він функціонує, є район.

7) Кожен вид ЗОЗ має перелік мінімальних (базових) напрямів медичного обслуговування, затверджений МОЗ, що включає стандарти медичної допомоги, клінічні протоколи та переліки послуг, що входять до Програми медичних гарантій.

Інституційні зміни в СОЗ активно супроводжуються цифровізацією внутрішніх процесів СОЗ та взаємодії ЗОЗ із пацієнтами тощо.

На виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» у 2018 році ухвалено постанову Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [6] та низку інших підзаконних нормативно-правових актів, у яких розкрито роль і основні етапи запровадження електронної СОЗ (далі – ЕСОЗ, e-Health) і цифрових інструментів для її розвитку.

За період свого існування ЕСОЗ, ідея якої почала втілюватися ще у 2016 р., значно трансформувалася і сьогодні є потужною інформаційною системою, яка сприяє формуванню прозорості надання послуг, контролю за їх якістю та створенню єдиного медичного інформаційного простору.

Це складна багатокомпонентна інформаційно-телекомунікаційна система, що сформована з електронних та програмних продуктів, які взаємодіють на різних рівнях, і забезпечують автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією в електронному вигляді [46].

Метою створення ЕСОЗ є підвищення якості та доступності медичних послуг, розширення прав і можливостей пацієнтів, забезпечення їх безперервної медичної допомоги та безпеки, підвищення ефективності управління та використання ресурсів, а також високий рівень поінформованості населення щодо питань здорового способу життя, профілактики захворювань та доступу до медичної допомоги [46].

До її компонентів можна віднести центральну базу даних (далі – ЦБД) та медичні інформаційні системи (далі – МІС), між якими забезпечено автоматичний обмін даними через відкритий програмний інтерфейс (API).

До складу інших інформаційно-телекомунікаційних систем, які працюють в ЕСОЗ є:

- інформаційно-комунікаційна система донорства крові (єКров);
- електронна система управління запасами лікарських засобів та медичних виробів (e-Stock);
- інформаційно-аналітична система «MedData»;
- електронна система безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я (БПР);
- єдина державна інформаційна система трансплантації (ЄДІСТ);
- електронна система епідеміологічного нагляду (ЕСЕН);
- інформаційна система «Моніторинг соціально значущих хвороб» (ІС СЗХ) та ін. [46]

Доступ до відомостей із ЦБД відбувається через МІС, створені приватними підприємствами. Завдяки цьому користувачі системи – пацієнти, лікарі, аптечні працівники, керівники закладів – отримали конкурентний вибір електронних послуг, належну технічну та консультаційну підтримку щодо роботи в системі. Ключові дані зосереджені в ЦБД, тому жоден важливий запис не буде втрачено через зміну МІС. Інформація у ЦБД показує цілісну картину надання медичних послуг для всієї країни, що дозволяє аналізувати та передбачати необхідні медичні послуги для населення [46; 49].

Отже, цифрові системи і технології стали важливим компонентом реформування і удосконалення СОЗ. Вони підвищують рівень доступності надання послуг, сприяють зростанню оперативності ухвалення рішень, дозволяють удосконалювати облік та обмінюватися важливою інформацією, що дає можливість спрогнозувати і підвищити захист від загроз здоров'ю на різних рівнях управління.

Під час воєнного стану СОЗ працює в умовах адаптації та викликів,

зосереджуючись на функціонуванні ЕСОЗ попри кібератаки, переміщення медичного персоналу, населення та пошкодження інфраструктури. Основні реформаторські дії включають підтримку роботи ЕСОЗ (виписка рецептів, обмін даними), розробку пакетів меддопомоги, яку закуповує НСЗУ для надання медичної допомоги військовим і цивільним, які отримали вибухові травми, потребують медико-соціальної та психологічної реабілітації.

Для подальшого удосконалення роботи вітчизняної СОЗ необхідно постійно здійснювати моніторинг її стану, врахування нових викликів та загроз, щоб підвищити стійкість і працездатність у нових умовах.

## **РОЗДІЛ 2**

### **АНАЛІЗ РЕФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У ПУБЛІЧНОМУ УПРАВЛІННІ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

#### **2.1 Оцінка стану публічного управління системою охорони здоров'я в Україні**

Реформування СОЗ в Україні, розпочате у 2015 році, не було призупинене повномасштабною війною 24 лютого 2022 року. І хоча цей день розділив багато подій в державі на до і після, СОЗ України продовжує працювати. Однак, аналізуючи її стан, доводиться часто порівнювати не скільки темпи трансформаційних змін, що призвели до удосконалення якості послуг, доступності їх надання, підвищення рівня забезпечення ЗОЗ сучасним обладнанням, а те, як проведені реформи дозволили системі вистояти, які корисні напрями діяльності доцільно продовжувати розвивати, щоб розвивати стійкість до роботи в надзвичайних обставинах.

Сьогодні українська СОЗ функціонує в умовах численних криз: воєнної, кадрової, матеріально-технічної, фінансової, соціальної тощо.

За даними Міністерства розвитку громад та територій (далі – Мінрозвитку) від початку війни і станом на кінець листопада 2024 року СОЗ зазнала прямих збитків від руйнувань об'єктів ОЗ на суму \$4,3 млрд. За цей період було пошкоджено або зруйновано щонайменше 1554 ЗОЗ, до яких віднесено лікарні, поліклініки, стоматології, консультативно-діагностичні центри, амбулаторії, центри крові, медичні кабінети, лабораторії, медичні склади, бюро судмедекспертиз тощо [15].

Ці пошкодження об'єктів сфери ОЗ складають 2,5% від загальної вартості втрат України. У таблиці 2.1 наведено кількісні дані про пошкодження та руйнування медичної мережі.

Таблиця 2.1 – Інформація про пошкодження мережі ЗОЗ [15].

| Види втрат                                                                   | Первісна кількість, од. | Зруйновано, од. | Пошкоджено, од. |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|-----------------|
| Лікарні                                                                      | 1 135                   | 126             | 389             |
| Поліклініки, стоматології, діагност. центри                                  | 1 138                   | 48              | 109             |
| Амбулаторії                                                                  |                         | 111             | 354             |
| Центри крові                                                                 | 28                      | 4               | 6               |
| Інше (медкабінети, лабораторії, медсклади, гуртожитки, бюро судмедекспертиз) |                         | 140             | 267             |
| <b>Всього</b>                                                                | <b>2301</b>             | <b>429</b>      | <b>1125</b>     |

За типами об'єктів охорони здоров'я внаслідок війни найбільше зруйновано чи пошкоджено лікарень (515 од.) та амбулаторій (465 од.), при цьому лікарняні заклади складають 70% вартості всіх пошкоджень галузі. Майже половина прямих збитків галузі ОЗ зосереджена в трьох областях – Донецькій, Миколаївській та Харківській [15]. Утім незважаючи на війну ЗОЗ України продовжують функціонувати, рятувати життя і надавати медичну допомогу та послуги. За даними МОЗ станом на кінець 2024 року мережа ЗОЗ налічувала 971 одиниць, у яких розгорнуто 214 695 ліжок (табл. 2.2) [14].

Таблиця 2.2 – Мережа закладів охорони здоров'я України станом на кінець 2024 р. [14]

| Назва ЗОЗ                       | Кількість, од. | Кількість розгорнутих ліжок, од. |
|---------------------------------|----------------|----------------------------------|
| 1                               | 2              | 3                                |
| Обласні лікарні                 | 25             | 18 228                           |
| Дитячі обласні лікарні          | 23             | 8 104                            |
| Міські лікарні                  | 448            | 93 100                           |
| Дитячі міські лікарні           | 28             | 4 383                            |
| Міські лікарні швидкої допомоги | 13             | 9 377                            |
| Госпіталі ІГВ                   | 20             | 4 898                            |
| Спеціалізовані лікарні          | 80             | 13 477                           |
| Інфекційні дорослі лікарні      | 15             | 2 568                            |
| Інфекційні дитячі лікарні       | 3              | 510                              |

Продовження таблиці 2.2

| 1                                     | 2          | 3              |
|---------------------------------------|------------|----------------|
| Туберкульозні диспансери для дорослих | 4          | 821            |
| Офтальмологічні лікарні               | 2          | 373            |
| Відновлювальні лікарні                | 16         | 2013           |
| Інші лікарні                          | 40         | 7192           |
| Центральні районні лікарні            | 163        | 27 192         |
| Районні лікарні                       | 45         | 4 672          |
| Дільничні лікарні                     | 2          | 20             |
| Пологові будинки                      | 42         | 5 101          |
| Клініки НДІ                           | 15         | 3 965          |
| Лепрозорії                            | 1          | 50             |
| Психіатричні лікарні                  | 35         | 18 456         |
| Наркологічні лікарні                  | 2          | 410            |
| Лікарні «Хоспіс»                      | 7          | 220            |
| Інші лікарні                          | 22         | 3 042          |
| <b>Всього:</b>                        | <b>971</b> | <b>214 695</b> |

Якщо проаналізувати ці дані, то можна визначити, що найбільша кількість ЗОЗ зосереджена у Харківській (69 од.), Дніпропетровській (68 од.), Львівській, Одеській (по 56 од.) областях та м. Київ (54 од.). Втім, якщо звернути увагу на кількість розгорнутих ліжок, то картина дещо змінюється. Найбільше – у Дніпропетровській (21 34 од.), Харківській (16 588 од.) областях, м. Києві (16 386 од.), Львівській (13 907 од.) та Одеській областях (12 566 од.).

Також аналіз динаміки кількості ЗОЗ за останні 3 роки свідчить про їх невинне зменшення (рис. 2.1). Така ситуація впливає і на персонал.

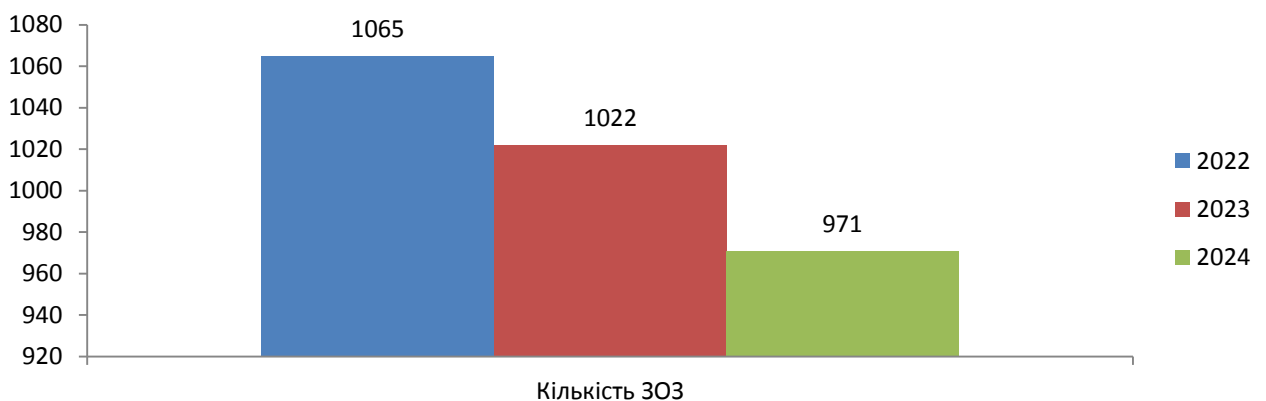


Рисунок 2.1 – Динаміка зміни кількості закладів охорони здоров'я в Україні у 2022-2024 рр. [12–14]

Станом на кінець 2024 року в ЗОЗ України було відкрито близько 99 389,4 штатних посад лікарів та 160 774,50 – посад середнього медичного персоналу. Однак зайнятими були 79 697,55 посад лікарів (80,2 %) і 137 577,75 посад середнього медперсоналу (85,6%). Порівняльний аналіз кількісного складу медичних працівників за 3 останні роки (табл. 2.3) свідчить, що у 2024 році було збільшено кількість штатних одиниць лікарів і медсестер у ЗОЗ. Однак вони не були зайнятими. Тому можна відзначити, у 2024 році спостерігається найбільша різниця за 3 роки війни – 1,5% між наявними вакансіями і зайнятими посадами. Це може показувати те, що попри намагання МОЗ і Уряду покращити умови праці фахівців, підвищити престижність професії, зайнятість у медичній сфері знижується, і свідчить про продовження кадрової кризи, особливо висококваліфікованих фахівців у ЗОЗ України, яких бракує майже 20%.

Таблиця 2.3 – Порівняльний аналіз зайнятого медичного персоналу станом на кінець 2022-2024 рр. [12–14]

|                                | 2022            |           |      | 2023            |           |      | 2024            |           |      |
|--------------------------------|-----------------|-----------|------|-----------------|-----------|------|-----------------|-----------|------|
|                                | посад за штатом | зайнятих  | %    | посад за штатом | зайнятих  | %    | посад за штатом | зайнятих  | %    |
| лікарів                        | 98045,05        | 80290,75  | 81,8 | 94789,9         | 77467,65  | 81,7 | 99389,4         | 79697,55  | 80,2 |
| середнього медичного персоналу | 168362,0        | 147393,35 | 87,5 | 155393,5        | 136108,85 | 87,6 | 160774,50       | 137577,75 | 85,6 |

Протягом минулого року в лікарні різних типів звернулося 7 399 027 пацієнтів, у тому числі жителів сільської місцевості – 7 399 027 осіб, отримали допомогу в поліклінічних закладах – 77 569 615 осіб, 796 321 пацієнтів лікарі відвідали вдома. Це свідчить, що попри війну і кризи ЗОЗ продовжують виконувати свою місію [14].

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [7] у державі сформовано спроможну мережу лікарень. У 19 областях та місті Києві до спроможної мережі включено 583 лікарні, з яких 135 – надкластерні, 166 –

кластерних та 282 – загальні медзаклади. Також до мережі входить 2 537 надавачів первинної медичної допомоги та 25 центрів екстреної медичної допомоги. Такий розподіл орієнтований на те, що найпростіші захворювання лікуватимуться якомога ближче до пацієнта, в загальних лікарнях. А у разі складніших проблем зі здоров'ям – пацієнт направлятиметься у кластерні та надкластерні лікарні, які надаватимуть високоспеціалізовані послуги. До завершення війни спроможна мережа не впроваджуватиметься у Запорізькій, Донецькій, Луганській, Херсонській, Миколаївській областях та на території АР Крим. Однак протягом 6 місяців після припинення воєнного стану ці регіони мають подати пропозиції щодо визначення спроможної мережі закладів охорони здоров'я [42].

Аналіз даних СОЗ свідчить, що система поступово адаптується і реагує на виклики і загрози. Велика заслуга цьому – запровадження ЕСОЗ, її цифрових сервісів та модулів, які в умовах пандемії та повномасштабної війни були доопрацьовані і приносять велику користь пацієнтам, медикам, ЗОЗ та й системі в цілому, дозволяючи акумулювати, систематизувати інформацію про потреби і проблеми функціонувати, приймати зважені рішення.

Сьогодні ЕСОЗ об'єднує понад 35 мільйонів пацієнтів, сотні тисяч медичних працівників, сотні сервісів та десятки операторів медичних інформаційних систем, що надають сервіси для лікарів та пацієнтів.

Завдяки роботі ЕСОЗ реалізуються такі пацієнтські послуги:

- електронні декларації;
- електронні направлення;
- електронні рецепти на препарати в межах урядової програми реімбурсації «Доступні ліки»;
- електронні рецепти на антибіотики;
- медичні висновки про народження дитини та послуга «Малютко»;
- медичні висновки про тимчасову непрацездатність та електронні лікарняні;
- COVID-сертифікати [10].

ЕСОЗ стала корисною не тільки пацієнтам, а й сприяла удосконаленню діяльності ЗОЗ та керівництва ними. Наприклад, одним із позитивних надбань стало створення у 2020 році MedData – інформаційно-аналітичного ресурсу для обміну інформацією щодо залишків лікарських засобів та медичних виробів. Під час першої хвилі COVID-19 було скасовано збір заявок у паперовому вигляді та введено інструмент MedData як основний. Під час повномасштабного вторгнення росії були розроблені додаткові модулі, за допомогою яких фіксується попит на ті чи інші медичні препарати, медичні вироби, і ці дані можуть у залежності від ситуації корегуватися. Представники департаментів охорони здоров'я, координатори гуманітарної допомоги бачать і фіксують у системі потреби всіх закладів і при надходженні допомоги розподіляють її, орієнтуючись на потреби і профіль закладу [41].

У 2024 році розпочав роботу Єдиний портал вакансій у сфері ОЗ – сучасний онлайн-ресурс для пошуку роботи та добору персоналу, створений на платформі Дія.Engine. Інформацію про вакансії розміщують самі ЗОЗ, що гарантує її актуальність. Пошук роботи можна здійснювати за спеціальністю, регіоном або типом посади. Для подання заявки необхідна реєстрація та авторизація за допомогою електронного підпису. В умовах кадрового дефіциту портал є зручним інструментом для розміщення ЗОЗ вакансій та проведення конкурсів на посади. Крім того, це значно заощаджує час на пошук фахівців, посилює прозорість конкурсного відбору та зменшує адміністративне навантаження [11], посилює безпековий чинник – можна взяти участь у кадрових процесах дистанційно.

Паралельно з Єдиним порталом вакансій упроваджено електронну систему безперервного професійного розвитку (далі – БПР), яка автоматизує ключові процеси підвищення кваліфікації медичних працівників. У ній зберігається інформація про провайдерів, освітні заходи, нараховані бали та формується електронне портфоліо кожного фахівця навантаження [9]. Це дозволяє медикам постійно підвищувати рівень фахової майстерності, набувати нових умінь та навичок, що є надзвичайно важливо в період подолання кризи і

роботи в надзвичайних умовах.

Якщо узагальнити, то дослідження змін, які відбулися в СОЗ України в результаті реформування, вказує на те, що головними напрямками її трансформації є:

1) Забезпечення доступності медичної допомоги на основі:

- створення мережі первинної медичної допомоги (забезпечення доступності амбулаторно-поліклінічних закладів для всіх жителів громад; укомплектування амбулаторно-поліклінічних закладів кваліфікованими медичними кадрами; оснащення амбулаторно-поліклінічних закладів сучасним обладнанням;

- розвитку мобільної медичної допомоги (забезпечення наявності мобільних бригад швидкої медичної допомоги; оснащення мобільних бригад швидкої медичної допомоги сучасним обладнанням; розширення спектра послуг, які надаються мобільними бригадами швидкої медичної допомог);

- формування спроможної мережі ЗОЗ (утворення госпітальних округів для формування рівного доступу пацієнтів до якісного надання медичної допомоги; ефективне використання висококваліфікованих кадрів та високоточного обладнання;

- цифровізація і використання телемедицини (стабілізація та розвиток електронної системи охорони здоров'я; використання штучного інтелекту, технологій обробки великих даних (Big Data); інтеграція медичних даних з іншими державними реєстрами; впровадження телемедичних консультацій; використання телемедицини для моніторингу стану пацієнтів).

2) Покращення якості медичної допомоги:

- впровадження нових методів діагностики та лікування (забезпечення медичних установ сучасним діагностичним обладнанням; навчання медичних працівників новим методам діагностики та лікування; впровадження протоколів надання медичної допомоги, заснованих на доказовій медицині);

- підвищення кваліфікації медичних працівників (забезпечення можливостей для постійного навчання та підвищення кваліфікації медичних

працівників; участь медичних працівників у науково-практичних конференціях та семінарах; обмін досвідом з медичними працівниками з інших регіонів);

- здійснення контролю за якістю медичної допомоги (проведення регулярних перевірок медичних установ; аналіз показників якості медичної допомоги; застосування санкцій до медичних установ, які надають неякісну медичну допомогу).

3) Ефективне використання ресурсів охорони здоров'я:

- впровадження програм управління якістю (розробка та впровадження програм управління якістю медичної допомоги; застосування методів економії ресурсів; моніторинг ефективності використання ресурсів);

- використання інформаційних технологій (впровадження електронних медичних записів; використання комп'ютерних програм для ведення обліку медичних послуг; застосування телемедицини для скорочення витрат на транспортні послуги);

- залучення приватного сектору (державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я; залучення приватних інвестицій у розвиток охорони здоров'я; використання приватних медичних послуг для розвантаження державних медичних установ).

4) Залучення громадськості до управління охороною здоров'я:

- створення громадських рад з питань охорони здоров'я (залучення представників громадськості до процесу прийняття рішень у сфері охорони здоров'я; контроль за діяльністю органів влади та медичних установ; проведення громадських слухань з питань охорони здоров'я);

- інформування населення про питання охорони здоров'я (проведення інформаційних кампаній з питань здорового способу життя; розповсюдження інформаційних матеріалів про доступні медичні послуги; проведення просвітницької роботи з питань профілактики захворювань);

- заохочення громадян до участі в управлінні охороною здоров'я (залучення громадян до волонтерської діяльності в медичних установах; збір коштів на розвиток охорони здоров'я) та ін.

Отже, трансформація СОЗ спрямована на створення стійкої, ефективної системи, орієнтованої на пацієнта, що відповідає європейським стандартам, попри виклики війни.

## **2.2 Зарубіжний досвід реформування систем охорони здоров'я**

Аналіз результатів функціонування у надзвичайних умовах війни і забезпечення розвитку вітчизняної СОЗ, свідчить про невпинне бажання українців сформувати комфортну, доступну і високоефективну систему, в якій громадяни отримуватимуть медичні послуги високої якості. В сучасних умовах світові СОЗ орієнтовані на розвиток громадського здоров'я та максимальне наближення послуг до пацієнта. Тому доцільно проаналізувати зарубіжні підходи і моделі, які використовуються для формування сталих, справедливих і результативних СОЗ, особливо в умовах криз, децентралізації та зростання ролі місцевого самоврядування.

СОЗ у різних країнах функціонує на основі усталених моделей, які забезпечують ефективне надання медичних послуг з урахуванням рівня складності, інтегрованості, пацієнтоорієнтованості та участі громади. В сучасній практиці виділяють кілька ключових підходів:

- рівневу модель медичного обслуговування;
- моделі інтегрованого надання медичних послуг;
- моделі, що орієнтовані на громаду,
- пацієнтоцентричні та пацієнтоорієнтовані моделі [24].

Зокрема, рівнева модель медичного обслуговування (Primary–Secondary–Tertiary–Quaternary care) нагадує ту, яка формується в Україні. Вона розглядається як ієрархічна система поділу медичних послуг за ступенем складності їх надання:

- первинний рівень допомоги – базові послуги, профілактика,

скринінги, ведення хронічних захворювань;

- вторинний рівень допомоги – консультації вузьких спеціалістів, планова госпіталізація;

- третинний рівень допомоги – складні хірургічні втручання, реанімація, високоспеціалізоване лікування;

- четвертинний рівень допомоги – експериментальні, високотехнологічні втручання (генотерапія, протонна терапія тощо) [52].

Модель інтегрованого надання послуг (Managed Care, IDS, ACO, Integrated Care) забезпечує координацію між рівнями допомоги та оптимізацію витрат й використання ресурсів. Вона має такі складові:

- медичне страхування з акцентом на контроль витрат і побудову якісних мереж постачальників;

- координацію між медичними та соціальними службами (як наприклад, застосовується у США, Великій Британії);

- об'єднання медичних закладів, відповідальних за клінічні та фінансові результати лікування [24; 4850; 55; 61].

Моделі, орієнтовані на громаду (англ. «Community-Engaged / Community-Based Models»), передбачають активну участь жителів у плануванні, моніторингу та реалізації медичних програм, залучення неурядових організацій та громадських рад до стратегічного управління медичними послугами, що реалізуються лікувально-профілактичними закладами територіальних громад [54].

Метою пацієнтоцентричних та пацієнтоорієнтованих моделей (англ. «Value-Based Care», «Case Management», «PCMH») є підвищення ефективності та якості обслуговування громадян на рівні територіальних громад. Особливості цих моделей полягають в такому:

- догляд, що базується на цінностях (Value-Based Care) – передбачає фінансування, що орієнтується на результати лікування, а не обсяг послуг;

- персональне ведення (Case Management) – пропонує індивідуальний супровід пацієнта з хронічними або складними станами;

– орієнтація на пацієнта (Patient-Centered Medical Home) – є моделлю мультидисциплінарної команди, яка забезпечує безперервну і скоординовану допомогу [53; 63]

На рівні територіальних громад ці моделі є взаємодоповнюючими і можуть бути адаптовані й сконструйовані у залежності від особливостей, стратегічного бачення розвитку і можливостей кожної з них.

Міжнародний досвід демонструє, що ефективність ОЗ зростає за умов інтеграції медичних, соціальних і управлінських послуг на локальному рівні. Україна може адаптувати окремі елементи цих моделей, враховуючи досвід Великої Британії, Бразилії та Фінляндії, відповідно до потреб територіальних громад.

З 2022 року у *Великій Британії* впроваджено офіційну інтегровану модель догляду – Integrated Care System (далі – ICS). Вона передбачає тісну співпрацю між службами охорони здоров'я, соціального захисту та місцевими органами влади. ICS відповідає за планування, ресурсне забезпечення та забезпечення рівного доступу до послуг на місцевому рівні [62].

*Бразилія* є одним із лідерів зі впровадження моделі сімейної медицини, орієнтованої на профілактику та соціальні фактори здоров'я (Programa Saúde da Família) [24].

*Фінська* модель передбачає створення районних систем добробуту (Wellbeing Services Counties), що об'єднують первинну медичну допомогу, соціальні послуги, психосоціальну підтримку населення. Це забезпечує безперервність обслуговування та фінансову стабільність регіональної системи [24].

Дослідження зарубіжного досвіду також свідчить, що останнім часом такими міжнародними організаціями як ООН, ЄС, ВООЗ, Світовим банком та Європейським банком реконструкції та розвитку (далі – ЄБРР) значна увага приділяється аналізу та дослідженню ефективності механізмів публічного управління СОЗ, їх здатності створювати умови не тільки для розвитку системи, а і їх соціальна спрямованість [47].

Наприклад, цікавим є досвід *Японія* в якій існує чотири рівні управління ОЗ: уряд, префектури, медичні центри та місцеві (міські та сільські) органи влади. Їхню діяльність координує Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту населення. У структурі органів місцевого самоврядування створюються департаменти охорони здоров'я, які відповідають за управління місцевими програмами розвитку охорони здоров'я. Префектури та великі муніципалітети створюють медичні центри (кожен центр обслуговує приблизно 100 000 жителів), які фінансуються як державними, так і місцевими органами влади. Варто додати, що для Японії характерна «сильна» система публічного управління сфери фінансування охорони здоров'я та медичного страхування [4].

Основними установами, пов'язаними з системою охорони здоров'я Японії, є: Бюро політики у сфері охорони здоров'я, Бюро медичних послуг, Бюро фармацевтичної продукції і продовольчої безпеки, Бюро трудових стандартів, Соціальне забезпечення і Бюро жертв війни, Бюро здоров'я і добробуту для літніх людей, Бюро медичного страхування і Бюро пенсійного забезпечення. Близько 90% витрат громадян на охорону здоров'я покриває державна система медичного страхування [25]. Також у цій державі введено заборону на доходи страхових компаній за медичні послуги, а також обмеження на оплату праці лікарів, які допускають серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів [20].

У *Сполучених Штатах Америки* (далі – США) первинну медичну допомогу зазвичай надають лікарі первинної ланки, які працюють окремо або в групах. Лікарі загальної практики становлять третину від загальної кількості лікарів країни. Більшість приватних терапевтів працюють у невеликих клініках із менш ніж 5 співробітниками. Пацієнти можуть обрати лікаря з електронної мережі зареєстрованих постачальників послуг. Дослідники і пацієнти вказують на основний недолік державного управління цією СОЗ – висока вартість медичної допомоги [28].

У *Німеччині* система управління ОЗ базується на добре структурованому

медичному страхуванні, що включає державне медичне страхування (близько 89% населення), приватне страхування (9%), отримання медичної допомоги за спеціальними державними програмами (наприклад, військові, поліцейські – 2%). Фактичний внесок основного страхування до загальних витрат на охорону здоров'я становить понад 60% [27]. Основним джерелом фінансування ОЗ в Німеччині є регіональні та федеральні лікарняні фонди (gesetzliche Krankenkassen), які збирають внески та фінансують охорону здоров'я на рівні державного соціального забезпечення. Усі лікарні є неприбутковими організаціями, які зобов'язані сплачувати членські внески та мають право визначати розміри, необхідні для покриття витрат. До переваг німецької системи охорони здоров'я можна віднести високу якість медичної допомоги, сучасне медичне обладнання в профілактичних закладах, відповідну кваліфікацію медичного персоналу і, головне, доступність медичної допомоги для всіх [16]. Система медичного страхування надає населенню широкий спектр безкоштовних послуг, включаючи амбулаторне та стаціонарне лікування, надання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, оплату проїзду до медичного закладу.

За результатами рейтингу ВООЗ країною з найкращими умовами для забезпечення доступності та ефективності надання медичних послуг є *Франція*. У цій країні базовий рівень загального обов'язкового соціального страхування забезпечується через систему страхових фондів, переважно прив'язаних до місця роботи. Формально ці фонди є приватними компаніями, але вони «жорстко» регулюються та контролюються державою [27].

Лікарні у Франції поділяються на державні та приватні, які можуть бути комерційними та некомерційними. Завдяки вдосконаленій системі медичного страхування вони однаково доступні та відрізняються наданням медичних послуг. В державі багато функціонує великих науково-дослідних установ, що лікують одночасно. Практично всі лікарні належать до муніципалітетів міст та підпорядковуються адміністративним радам під головуванням мерів [20].

Отже, зарубіжний досвід реформування СОЗ демонструє різні моделі

(державні, страхові, приватні), зосереджується на фінансуванні (через податки чи страхування), доступності (первинна ланка, цифровізація, сільська медицина), якості (мотивація лікарів) та універсальному покритті. Організація трансформаційних процесів різними державами також свідчить, що в цілому реформування і запровадження певної моделі СОЗ вимагають політичної волі, фінансів та врахування місцевих особливостей.

Також аналіз наукових досліджень свідчить, що реформування національних систем охорони здоров'я (далі – НСОЗ) у Європі були зумовлені низкою чинників:

- невинним зростанням фінансових витрат на медичну допомогу унаслідок старіння населення,
- збільшенням обсягів хронічних захворювань та інвалідності;
- впровадженням нових методів і технологій лікування;
- нових очікувань суспільства;
- необхідністю посилення здатності НСОЗ покращити здоров'я населення згідно з цілями ВООЗ [3].

У зв'язку з цим було застосовано низку таких заходів:

- виокремлено ПМД і визначено її як основу НСОЗ – широко доступну і найменш витратну, здатну забезпечити масову профілактику хронічних захворювань та інвалідності, спроможну лікувати хвороби і протидіяти їх поширенню;
- запроваджено механізми ощадливого витрачання коштів і підвищення спроможності до якісного надання медичної допомоги в умовах ринку;
- запроваджено механізм децентралізованого управління і фінансування, що дозволило раціоналізувати розподіл ресурсів; залучити місцеву владу і населення до вирішення проблем надання місцевої медичної допомоги; сприяти її покращенню і забезпечити рівність доступу до неї; делегувати прийняття політичних рішень на місцевий рівень; забезпечити вищий рівень гнучкості, швидкості реакції, ефективності у вирішенні проблем і

відповідальності місцевої влади [3].

Однак було виявлено, що такий підхід має свої загрози. Він ослаблює вплив центральної влади, тому може бути використаним не в усіх аспектах: є корисним і життєво спроможним тільки за наявності професійно підготовлених кадрів. І навпаки, недоцільний для застосування при прийнятті стратегічних рішень щодо принципів і ресурсів ОЗ, громадської безпеки, моніторингу, оцінювання і аналізу стану здоров'я і роботи органів управління тощо.

Крім того, перешкодами для успішної реалізації реформ може бути неправильний вибір часу для її проведення, протидія незацікавлених груп, ресурсне обмеження та нестача підготовлених кадрів [3].

### РОЗДІЛ 3

## ОСНОВНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РЕФОРМУВАННЯМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### **3.1 Сучасні тенденції розвитку публічного управління системою охорони здоров'я: інвестування у стійкість**

Демократичні країни світу не мають досвіду функціонування в умовах затяжної довготривалої руйнівної війни. Тому пандемія COVID-19 стала для них справжнім потрясінням, яке спонукало до перегляду організації, діяльності та управління національними системами охорони здоров'я. У зв'язку з цим широкого застосування набули технології та інструменти антикризового управління для того, щоб забезпечити реалізацію нової глобальної мети функціонування НСОЗ – формування її стійкості до майбутніх викликів, загроз, потрясінь, таких як пандемії, економічні кризи, наслідки зміни клімату, збройні конфлікти тощо.

Неготовність країн Організації економічного співробітництва та розвитку (далі – ОЕСР) до пандемії зумовила необхідність перегляду ними напрямів інвестування. Одним із ключових було обрано розвиток стійкості НСОЗ, яка б сприяла формуванню здатності мінімізувати негативні наслідки криз, якомога швидше відновлюватися й адаптуватися, щоб стати більш продуктивними та підготовленими, а подальшу діяльність зробити менш руйнівною і дороговартісною.

Нові кризи можуть серйозно випробувати світову спільноту. Наприклад, розвинулися внаслідок набуття стійкості організму до антимікробних препаратів; через збройні конфлікти; зміни клімату; фінансові кризи; біологічні, хімічні, кібер- та ядерні загрози; екологічні катастрофи та соціальні

заворушення. Хронічні стресові фактори такі, як старіння та демографічні зміни, теж створюють проблеми для СОЗ та посилюють вплив криз.

Розбудова стійкості НСОЗ ще ніколи не була такою актуальною. Адже стійкість передбачає набагато більше, ніж просто планування кризи. Вона допомагає поглинати потрясіння та прискорює відновлення. Важливо, що можна підвищити стійкість СОЗ, вивчаючи досвід, який призводить до кращої адаптації в умовах кризи.

На думку фахівців [56], після подолання пандемії COVID-19 цей досвід стосується:

- необхідності збільшення кількості місць в інтенсивній терапії (підвищено на 8%);
- перегляду пріоритетності в наданні медичної допомоги (на першому місці – інтенсивна терапія, тоді як інші види медичної допомоги, наприклад, планова хірургія – можуть бути відкладені);
- покращення доступності та своєчасності надання медичних даних;
- підвищення гнучкості й та оперативності діяльності медичного персоналу;
- сприяння появі нових моделей догляду та збільшенню кількості важливих видів діяльності, таких як інтенсивна терапія та вакцинація;
- трансформації телемедицини;
- збільшення частки дорослих, які отримали медичну консультацію онлайн або по телефону;
- збільшення витрат на профілактику ведення здорового способу життя тощо.

Пандемії та інші кризи перевантажують і виснажують медичних працівників та працівників довгострокового догляду, що може призводити до масового відтоку кадрів і посилити навантаження на тих, хто залишається в системі, розтягувати ресурси, необхідні для надання високоякісної медичної допомоги, до суттєвого зростання потреб відновлення психічного здоров'я.

В умовах кризи СОЗ потребують додаткового інвестування. Тому розумні

витрати важливо спрямовувати на зміцнення громадського здоров'я та профілактику, збільшення персоналу, створення запасів товарів екстреної допомоги, збільшення доступності ліжок у відділеннях інтенсивної терапії та використання даних для кращого прийняття рішень, спостереження та досліджень. Підвищення стійкості систем охорони здоров'я вимагає щорічних цільових інвестицій.

Тому можна навести декілька концептуальних положень як рекомендацій, що сприятимуть підвищенню стійкості СОЗ [56]. Вони ґрунтуються на тому, що перетворення мають бути узгодженими та перспективними, вирішувати не лише поточні проблеми, а й передбачати майбутні виклики, забезпечуючи наявність фізичних ресурсів, даних, механізмів управління та фінансування.

1. Зміцнення здоров'я населення: вразливі верстви населення створюють вразливі системи охорони здоров'я.

Максимізація здоров'я людей до кризи мінімізує шкоду для населення, зменшуючи ризик смерті та довгострокових проблем зі здоров'ям. Це також може зменшити попит на невідкладні медичні послуги під час шоку від кризи, що приносить користь усім. Пропаганда здоровішого способу життя та вирішення ширших детермінант поганого здоров'я, включаючи бідність та безробіття, мають вирішальне значення для пом'якшення впливу майбутніх потрясінь на СОЗ.

Сильна система первинної медичної допомоги, що пропонує універсальне медичне страхування, допомагає покращити здоров'я до кризи. Врахування питань психічного здоров'я при плануванні готовності до криз та реагування має бути обов'язковою. Покращення здоров'я населення є економічно ефективним, і ці інвестиції покращать як добробут суспільства, так і його стійкість.

2. Сприяння утриманню та найму робочої сили: персонал є ключем до забезпечення стійкості системи.

Нестача робочої сили становить одну з найбільших загроз для стійких СОЗ. У контексті пандемії обмеження робочої сили виявилось більш серйозним

викликом, ніж наявність лікарняних ліжок. Пропорційно більша кількість працівників у сфері ОЗ та соціального забезпечення дозволяє отримувати кращі результати щодо подолання кризи.

Важливо також цінувати працівників першої лінії, зокрема медсестер та працівників догляду, і вводити додаткові посади у період пандемій та криз. Збільшення інвестицій в утримання та наймання персоналу дозволяє зробити відновлення пацієнтів менш обтяжливим та покращувати гнучкість робочої сили для подолання майбутніх потрясінь.

3. Сприяння збору та використанню даних: без правильних даних особи, що приймають рішення, діють наосліп.

Інформація про стан СОЗ завжди є надзвичайно цінною для своєчасного ухвалення рішень. Тому не зважаючи на вид і обсяги поширення кризи, інформаційне забезпечення є надзвичайно, а іноді й життєво важливим, для її успішного подолання. Краще використання даних та інструментів для їх перетворення на практичну інформацію має вирішальне значення для спостереження за новими загрозами та для забезпечення кращої картини здоров'я.

Для цього важливим є розвиток цифрової інфраструктури, міжвідомчої координації та обміну даними в режимі реального часу. Адже пов'язані дані та своєчасність їх надходження можуть значно покращити реагування на кризу, дозволяючи ухвалювати своєчасні та обґрунтовані рішення. Тому покращення звітності, зрозумілості визначених показників, за якими дані збираються, окреслення часових меж для своєчасності збору даних сприяють кращому аналізу та вибору політики, дозволяють більш ефективно використовувати ресурси. Ці досягнення необхідно консолідувати та розвивати для покращення реагування на майбутні кризи.

Інвестування в цифрову інфраструктуру між кризами також покращує роботу СОЗ. Для прогнозування і подолання майбутніх криз дані необхідно збирати та пов'язувати з чинниками, які існують поза СОЗ, враховуючи взаємозалежності, що виникають під час кризи.

4. Сприяння міжнародній співпраці: реагування буде кращим разом, ніж поодиноко.

Глобальна мобільність та зв'язок мають значні переваги, але можуть посилити потрясіння. Міжнародне прийняття рішень на початку пандемії COVID-19 було ускладнено, а швидкість реагування була скомпрометована. Потужніша міжнародна система спостереження з постійним збором інформації, оцінкою ризиків та швидкою координацією дій могла б сприяти швидшому реагуванню та подолання проблеми.

Безпрецедентний успіх та швидкість розробки вакцини проти COVID-19 врятували мільйони життів. Було виділено величезне державне фінансування для досліджень, розробок та виробничих потужностей, але розподіл вакцин був нерівномірним. Невдача у завершенні розробки вакцин проти попередніх спалахів коронавірусу (важкий гострий респіраторний синдром у 2003 році та близькосхідний респіраторний синдром у 2015 році) була втраченою можливістю.

Тому пріоритетність інновацій шляхом державної підтримки досліджень і розробок, а також вивчення нових стимулів може допомогти підготувати світову спільноту до низки загроз, таких як стійкість до антимікробних препаратів, зміна клімату та пандемії. Сьогодні недостатньо створено організаційних і правових умов для передачі технологій та управління інтелектуальною власністю щодо медичних технологій, які наразі виробляються, необхідно приділити увагу розробці нових міжнародно скоординованих підходів.

Надійні системи управління, механізми зобов'язань, що підлягають виконанню, та стабільне довгострокове фінансування можуть сприяти справедливому розподілу та використанню основних продуктів, таких як засоби індивідуального захисту та вакцини, а також глобальних суспільних благ, таких як медичні спостереження. Розробляти глобальні інструменти для подолання пандемій – нові цілі ініціативи ВООЗ та Фонду пандемії, тому необхідно сприяти цій співпраці і підтримувати. Однак ініціативи повинні виходити за

рамки пандемій, мають стосуватися досліджень і інших кризових загроз, щоб мати можливість враховувати і вирізувати ширший спектр ризиків. Без прогресу глобальні виклики призведуть до більших збоїв та нерівності.

5. Сприяння стійкості ланцюгів постачання: отримання продуктів та послуг тоді і там, де вони потрібні.

Постачання медичних виробів перешкоджало початковій реакції на пандемію. Майже всі країни ОЕСР повідомили про труднощі з отриманням засобів індивідуального захисту, а також матеріалів для тестування та апаратів штучної вентиляції легень. Брак засобів індивідуального захисту був руйнівним. Міжнародна торгівля сприяла значному збільшенню доступності вакцин та основних медичних виробів пізніше під час пандемії, але бар'єри в торгівлі перешкоджали розподілу. Складність визначення постачання та країн, залучених до ланцюгів проходження товарів, матеріалів, обладнання, призвела до недооцінки ризику.

Тому для кращої оцінки ризиків та підготовки до криз потрібно удосконалювати логістику, збирати детальнішу інформацію про постачання, постачальників та країни походження готової продукції, а також ключові ресурси. Обмежена кількість постачальників товарів першої необхідності є ключовою вразливістю. Хоча країни диверсифікують свої ланцюги постачання таких товарів, ризики залишаються. Міжнародна співпраця щодо накопичення запасів та розподілу дефіцитних товарів сприятиме більш справедливим та ефективним реагуванням. Для тих технологій, які корисні під час кризи, забезпечення достатніх виробничих потужностей слід поєднувати із зобов'язаннями постачальників, щоб забезпечити доступ там, де він найбільше потрібний. Інвестування в більш стійкі ланцюги постачання не лише покращить результати під час криз, але й сприятиме передбачуваності та надійності в періоди збоїв.

6. Сприяти управлінню та довірі: без довіри реагування всього суспільства є менш ефективним.

Структури управління повинні відображати реальність того, що все

суспільство залучене до подолання великих потрясінь. Існує взаємозалежність між сектором охорони здоров'я і рештою суспільства. Прикладом у контексті пандемії був сектор довгострокового догляду, який сильно постраждав. До квітня 2022 року третина (34%) усіх сукупних смертей від COVID-19 у 25 країнах ОЕСР була серед мешканців закладів довгострокового догляду. Близько 20% людей похилого віку, які отримували особистий догляд від фахівців або родичів (які проживають поза їхнім домогосподарством), регулярно повідомляли про відмову від догляду або відкладення його у 2021 році у 23 країнах ОЕСР. Підвищена інтеграція довгострокового догляду з охороною здоров'я та чітке включення до планування кризових ситуацій покращать результати реагування при подальших потрясіннях.

Довіра до інституцій необхідна для реагування всього суспільства. Дезінформація та неправдиві дані можуть підірвати реакцію суспільства. Вкрай важливо активно протидіяти цьому, а також сприяти легітимному та прозорому прийняттю рішень. Наприклад, 19 з 23 країн ОЕСР повідомили про співпрацю зі ЗМІ для боротьби з дезінформацією та неправдивою інформацією наприкінці 2021 року. Залучення зацікавлених сторін на ранній стадії та повідомлення доказів для прийняття рішень є важливим для чіткості розуміння ситуації та однозначності сприйняття і легітимності ухвалення рішень. Це особливо актуально, коли реагування на кризи передбачає заходи обмеження свободи та зміну звичайних стандартів охорони здоров'я. За таких обставин для швидкого прийняття рішень в умовах невизначеності необхідне лідерство на найвищому рівні [56].

З огляду на численні кризи, такі як війна росії проти України, інфляційний тиск та енергетична небезпека, уряди стикаються з важким політичним вибором. Однак розумні цілеспрямовані інвестиції у стійкість СОЗ принесуть користь суспільству, забезпечивши наявність необхідних ресурсів та їхню готовність до наступної кризи. Без таких інвестицій витрати будуть більшими, а вплив на людей – іще значнішим.

### **3.2 Концептуальна основа для розробки стратегії розвитку охорони здоров'я на місцевому рівні**

Реформи децентралізації були запроваджені багатьма країнами і суттєво вплинули на підхід до організації управління у сфері ОЗ. У світовій практиці пандемія COVID-19 показала велике значення того, яку роль відіграють місцеві органи влади у підтримці й формуванні громадського здоров'я.

Фактично, місцеві владні інституції несуть відповідальність за те, щоб взяти на себе ініціативу з багатьох питань, які впливають на здоров'я людей, враховуючи їхню близькість до них, у тому числі й за рішення щодо землекористування, екології, формування культури підприємництва та розвитку інших сфер життєдіяльності громади.

Стан здоров'я та охорона здоров'я глибоко залежать від інших сфер життєдіяльності людини, наприклад, освіти, житла, зайнятості, екологічної політики та інших факторів, які допомагають формувати здоров'я та благополуччя людей. Саме такий підхід закладено у Стратегії розвитку охорони здоров'я України на період до 2030 року (далі – Стратегія) [38]. Він отримав назву «біопсихосоціальний підхід» і зазначений як одна з ключових цінностей та керівних правил формування та реалізації Стратегії. У ньому наголошується, що «соціальні, економічні, культурні фактори і детермінанти здоров'я та благополуччя (чиста вода, санітарія, харчування, умови проживання тощо), інші немедичні аспекти, що можуть впливати на здоров'я, процеси захворювання, одужання і реабілітації, організацію надання медичної допомоги та догляду, повинні бути враховані [38]».

До цього часу стратегічне планування розвитку ОЗ на місцевому рівні (та й не тільки) здійснювалося відокремлено, суто в межах галузі, без врахування (або при незначному врахуванні) інших чинників, які разом впливають на стан здоров'я людей та громад. Тому сьогодні цей підхід є дуже актуальним для громад, які розробляють стратегії розвитку охорони здоров'я в контексті

відбудови і відновлення після деокупації. Отже, підхід, закладений у Стратегії, дозволяє розширити і сформувавши новий погляд у громаді на питання підтримання, покращення та збереження здоров'я її жителів. А це потребує зміцнення взаємодії та співпраці між різними групами місцевих зацікавлених сторін.

У цьому контексті у 2021 році ВООЗ запустила Європейську програму роботи на 2020–2025 роки – «Об'єднані дії заради кращого здоров'я» (EPW), що є новим напрямом політики, яка визначає чотири ініціативи щодо сприяння змінам для всіх держав-членів, спрямовані на забезпечення загального медичного страхування, покращення захисту свого населення від надзвичайних ситуацій у сфері ОЗ та побудову здорових громад за допомогою відповідних заходів у сфері ОЗ та державної політики, що забезпечують здорове життя та благополуччя для всіх у будь-якому віковому діапазоні [60].

Такий підхід дозволяє забезпечити реалізацію концепції «Здоров'я в усіх політиках», яка підкреслює необхідність зміцнення здоров'я в контексті того, де громадяни живуть або працюють, шляхом залучення всіх сфер політики та міжгалузевих мереж. Крім того, концепція «Здоров'я для всіх» підкреслює важливість справедливого розподілу ресурсів для ОЗ та забезпечення доступності основних медичних послуг для всіх [60].

У цьому контексті місцева влада набуває особливого значення, враховуючи, що кожна місцевість має свій власний культурний устрій, який може впливати на політичну, соціальну та медичну культуру її зацікавлених сторін, що стає надзвичайно важливим у розробці місцевої політики у сфері ОЗ. Крім того, надання більших повноважень органам місцевої влади дозволяє оперативніше реагувати на місцеві потреби та цінності, підтримувати розробку політики ОЗ, яка узгоджується з різними зацікавленими сторонами та надає їм можливість, що сприяють посиленню залучення громадян до участі в управлінні та зміцненню соціального капіталу.

Більше того, місцеві органи влади надають необхідну підтримку громадському здоров'ю та прагнуть створювати умови для здоровішого

способу життя і сприяти міжсекторальній діяльності для досягнення більшої справедливості в ОЗ. У цьому сенсі місцеві органи влади мають необхідний набір інструментів (плани, програми, порядки денні, стратегії), спрямованих на вирішення існуючих потреб на місцевому рівні з міждисциплінарної точки зору.

Однак, незважаючи на теоретичну актуальність цих питань, у місцевих органах влади часто бракує інформації щодо практичної розробки та умов успіху місцевої політики щодо зміцнення здоров'я та профілактики захворювань.

Пропонується зосередити діяльність місцевих органів влади на чотирьох основних напрямках, які включають:

- сприйняття очікувань;
- настанови і передові практики;
- територіальний аналіз;
- стратегічні орієнтири [60].

Використання такого підходу дозволить місцевим органам влади разом з місцевими зацікавленими сторонами бути проактивними, а не реактивними, готуватися до майбутнього, допомагати визначати напрямки та робити внесок у розробку реалістичного плану дій відповідно до бачення та місії щодо підтримки здоров'я і благополуччя місцевої громади.

Перший етап зосереджений на виробленні бачення та місії, яких орган місцевого самоврядування (далі – ОМС) хоче досягти щодо здоров'я та благополуччя у громаді. Це «сприйняття очікувань» передбачає розуміння місцевою владою причин розробки стратегії ОЗ та інтерпретацію власних очікувань на основі збору інформації про особливості очікувань від розробки стратегії жителями. Цей етап спрямований на досягнення консенсусу місцевої влади з громадою, що є результатом взаємної рефлексії та концептуалізації. Тож важливо залучити до роботи на цьому етапі низку політичних діячів, технічних спеціалістів ОМС, відповідальних за взаємодію з громадськістю та управління СОЗ, представників головних місцевих зацікавлених сторін, щоб

забезпечити комплексність результатів та врахування різноманітних точок зору щодо роботи, яка має бути виконана.

Другий етап включає визначення та обговорення з ОМС проєкту орієнтовних рекомендацій, які можуть окреслити теми, можливості та перешкоди, пов'язані з розробкою стратегії ОЗ на місцевому рівні. Рекомендації повинні висвітлювати основні суспільні проблеми, пов'язані зі сферою ОЗ, створюючи можливість зосередитися на темах, прямо та опосередковано пов'язаних зі здоров'ям та благополуччям у різних міжнародних контекстах. Це сприятиме процесу навчання керівників місцевих органів влади, технічних спеціалістів та інших місцевих зацікавлених сторін щодо того, як вирішувати питання здоров'я та благополуччя з точки зору немедичних працівників.

Третій етап стосується територіального контексту, що досліджується. Він включає збір та аналіз вторинних даних, картографування та врахування голосів громади та основних місцевих зацікавлених сторін. Цей процес участі необхідно проводити для покращення аналізу місцевих особливостей та дослідження потенційних відповідей у сфері охорони здоров'я. Він також дозволяє будувати зв'язки між громадянами та стимулює дискусію про здоров'я, вплив на всі його складові та прояви здоров'я, знову створюючи умови для колективного процесу навчання. Цей процес участі може включати кілька інструментів, зокрема інтерв'ю, фокус-групи, методи номінальних груп та застосування анкет. Вибір інструментів для використання завжди залежить від учасників та контексту.

Четвертий етап полягає у визначенні стратегічних орієнтирів, цілей та плану дій. Успіх формування стратегії ОЗ значно залежить від рівня відданості цим орієнтирам. При цьому політична воля відіграє життєво важливу роль у впливі на окремих осіб та місцевих учасників, охоплюючи принцип «здоров'я в усіх сферах політики» та забезпечуючи ресурси для впровадження. Це означає, що політики повинні бути готові брати участь у всьому процесі. Однак план дій може бути реалізований лише за умови безпосередньої участі всіх зацікавлених

сторін у розробці та впровадженні стратегії ОЗ. У цьому сенсі критично важливо розвивати та підтримувати місцевий потенціал та співпрацю, постійно створюючи чіткі канали для інформування, координації та співпраці, а також регулярного спілкування.

ОМС можуть відігравати вирішальну роль у цьому процесі. Наприклад, через такі форми роботи:

- демонструючи сильну політичну волю та лідерство, надаючи пріоритет здоров'ю та зобов'язавшись дотримуватися цілей і керівних принципів, викладених у стратегії ОЗ;
- інтегруючи питання ОЗ у різні сектори та політику, тим самим сприяючи цілісному підходу до формування і підтримки здоров'я населення, створюючи механізми моніторингу та оцінки ефективного використання ресурсів;
- сприяючи активізації участі зацікавлених сторін, створюючи платформи для співпраці, консультацій та діалогу;
- беручи участь у ефективних комунікаційних кампаніях для підвищення обізнаності громадськості про стратегію розвитку ОЗ та її цілі, що допоможе навчати та інформувати громадськість про важливість стратегії та заохочувати її підтримку.

Для підвищення успішності розробки та реалізації даного підходу, наповнення проєкту орієнтовних рекомендацій конкретними заходами доцільно ознайомитися з міжнародними прикладами (як-от, «Здоров'я-2020»; «Здоров'я-2021»; «Здорові міста: ефективний підхід до світу, що швидко змінюється»), стратегіями, що розроблялися у деяких європейських країнах (наприклад, Іспанії, Австралії, Великій Британії, Франції) та Сполучених Штатах Америки. Це дозволить краще структурувати стратегію і деталізувати запропоновані ідеї при впровадженні.

Однак, варто враховувати, що на різних етапах участі громадян (особливо під час аналізу) можуть виявитися перешкоди. Наприклад, участь може обмежуватися нормами, передбаченими законодавством, невідповідністю

(застаріванням) нормативно-правових актів новим умовам розвитку громад і СОЗ, або перевантаженістю участі населення у різних заходах і процесах, які можуть дублюватися і не давати видимих результатів, що може призводити до формування недовіри громадян до цього етапу, типу процесів чи успішності/доцільності розробки стратегії загалом.

Тому ОМС має продумувати і застосовувати інструменти мотивації, орієнтовані на залученість жителів до участі, стимулювання їх включеності у процеси консультування. Люди повинні бачити результативність цих процесів, що їхня думка цінна, почута, важлива, її врахували, вона вплине на їхнє особисте та колективне життя. Такий підхід сприятиме формуванню довіри у громадян, розвитку потреби у зворотному зв'язку, сприятиме формуванню співвідповідальності та співучасті у процесах місцевого значення. Тому активній взаємодії, стратегічним комунікаціям потрібно навчати і фахівців органів місцевої влади, і громадян.

У цьому контексті ОМС доцільно продумати ключові напрями взаємодії, визначитися, як лідери громадської думки можуть допомогти іншим жителям долучатися до розробки та втілення стратегії, прийняття рішень з урахуванням точок зору різних стейкхолдерів. У майбутньому зібрані ідеї можуть ставати пілотними проектами, які сприятимуть і розширюватимуть можливості реалізації стратегії.

Добре організована комунікація, адаптована до різних цільових аудиторій, є надважливою, як і обмін інформацією, прозорість процесу взаємодії та прийняття рішень. У цілому вони сприятимуть успішній спільній роботі та дозволять підготувати стратегію розвитку ОЗ у громаді як спільний документ, що стане не тільки планом реальних дій, а й реальних результатів.

## ВИСНОВКИ

1. Установлено, що як об'єкт публічного управління система охорони здоров'я України є комплексною системою, що охоплює мережу медичних установ, органи управління, фінансування та правове регулювання з метою забезпечення права громадян на якісну медичну допомогу, що реалізується через формування публічної політики, розробку законодавства, стратегічне планування та впровадження реформ, які спрямовані на підвищення ефективності, доступності та соціальної безпеки.

2. Визначено, що реформування публічного управління системою охорони здоров'я – це діяльність, пов'язана зі змінами політики та інститутів охорони здоров'я, через які вона реалізується. До основних напрямів реформування системи охорони здоров'я в Україні можна віднести такі: розмежування рівнів медичної допомоги, фінансування через Програму медичних гарантій, залучення приватного сектору, цифровізацію, розбудову інфраструктури (особливо в сільській місцевості), модернізацію управління, підвищення якості послуг та забезпечення доступу до ліків з акцентом на первинній медичній допомозі, екстреній допомозі та профілактиці, що реалізується через розширення ролі Національної служби здоров'я України, Центру громадського здоров'я, Міністерства охорони здоров'я України та органів місцевого самоврядування.

3. Виявлено, що основні результати реформи публічного управління системою охорони здоров'я в Україні включають:

- фінансові зміни (здійснено перехід до моделі «гроші йдуть за пацієнтом»; упроваджено реімбурсацію (відшкодування вартості ліків), підвищено доступність до ліків та лікування);
- цифровізацію (успішне інтегрування Електронної системи охорони здоров'я та інших сервісів, що спростило контроль та облік медичних послуг, взаємодію лікарів, пацієнтів, постачальників, виробників ліків та обладнання);
- автономізацію медичних закладів (отримано більше управлінської та

фінансової самостійності, що дозволило ефективніше розпоряджатися ресурсами);

– покращення доступності надання медичної допомоги на всіх рівнях (запроваджено вільний вибір сімейного лікаря пацієнтом, здійснено розподіл надання допомог у залежності від складності лікування, сформовано кластери і госпітальні округи) та ін.

4. З'ясовано, що системи охорони здоров'я у різних країнах функціонують на основі усталених моделей, які забезпечують ефективне надання медичних послуг з урахуванням рівня складності, інтегрованості, пацієнтоорієнтованості та участі громади. Виявлено, що ефективність охорони здоров'я зростає за умов інтеграції медичних, соціальних і управлінських послуг на локальному рівні.

5. Обґрунтовано доцільність в умовах зростаючих викликів і загроз запроваджувати в систему охорони здоров'я технології та інструменти антикризового управління, розвивати її стійкість через пошук додаткового інвестування і запровадження розумних витрат; приділення більшої уваги питанням зміцнення громадського здоров'я та профілактики; постійний аналіз кількості, якості та стану персоналу, його збільшення у період подолання кризових станів; створення запасів товарів екстреної допомоги; збільшення доступності ліжок у відділеннях інтенсивної терапії; використання даних для кращого прийняття рішень; здійснення лікування на засадах доказової медицини; розширення міжнародного співробітництва тощо.

6. Запропоновано в основу розробки стратегії розвитку охорони здоров'я на місцевому рівні покласти мультидисциплінарний підхід, який потребує врахування усіх чинників на рівні громади, від яких залежить стан здоров'я жителів (екологію, зайнятість, освіту, житло, міжгалузеву взаємодію тощо); залучити до процесу підготовки, розробки та реалізації стратегії не тільки медичних фахівців, а й місцеві органи влади, громадськість і всіх, хто в стратегії зацікавлений, поєднувати стратегічний і проєктний підходи, проактивні інструменти й методи антикризового управління.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аніщенко М. А. Сфера охорони здоров'я як об'єкт публічного управління. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. № 34. С. 31–37.
2. Вороніна О. О. Впровадження Беверіджської моделі фінансування охорони здоров'я: перспективи та загрози для України. *Збірник наукових праць Черкаського державного технологічного університету. Серія: Економічні науки*. 2019. № 52. С. 80–86.
3. Вошко І. Особливості реформування систем охорони здоров'я в країнах Європи. *Актуальні проблеми державного управління*. 2021. №2 (83). С. 64–68.
4. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Юридичні науки*. 2016. № 4. С. 122–125.
5. Громадське здоров'я: підручник для студентів вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузева [та ін.]. Вінниця: Нова Книга, 2013. 560 с.
6. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 04.12.2025).
7. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 04.12.2025).
8. Деякі питання створення госпітальних округів: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. № 1074. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 04.12.2025).

04.12.2025).

9. Електронна система безперервного професійного розвитку. *Міністерство охорони здоров'я України*: веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-bezperervnogo-profesijnogo-rozvitku> (дата звернення: 04.12.2025).

10. Електронна система охорони здоров'я. *Міністерство охорони здоров'я України*: веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 04.12.2025).

11. Єдиний портал вакансій у сфері охорони здоров'я. *Міністерство охорони здоров'я України*: веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/yediniy-portal-vakansij-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya> (дата звернення: 04.12.2025).

12. Звіт про мережу та діяльність медичних закладів за 2022 рік. Медична статистика ЦГЗ. Міністерство охорони здоров'я України: веб-сайт. URL: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-1> (дата звернення: 04.12.2025).

13. Звіт про мережу та діяльність медичних закладів за 2023 рік. Медична статистика ЦГЗ. Міністерство охорони здоров'я України: веб-сайт. URL: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-1> (дата звернення: 04.12.2025).

14. Звіт про мережу та діяльність медичних закладів за 2024 рік. Медична статистика ЦГЗ. Міністерство охорони здоров'я України: веб-сайт. URL: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-1> (дата звернення: 04.12.2025).

15. Звіт про прямі збитки інфраструктури від руйнувань внаслідок військової агресії росії проти України станом на листопад 2024 року / Д. Андрієнко, Д. Горюнов, Н. Грудова та ін. Київ: Мінрегіон, USIAD, UKID, EF, KSE, 2025. 28 с.

16. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія та право*. 2015. № 1(20). URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf>

(дата звернення: 04.12.2025).

17. Кібець-Пашутіна Д. В., Головатенко М. Ю. Міжнародні урядові організації в системі глобального управління охорони здоров'я: провідна роль всесвітньої організації охорони здоров'я. *Аналітично-порівняльне правознавство*: електрон. вид. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/a8aaacaa-c11d-4b26-953b-e322da5f7fa4/content> (дата звернення: 04.12.2025).

18. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 04.12.2025).

19. Криничко Л. Р. Охорона здоров'я як об'єкт державного управління. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2019 р. № 1 (65). С. 179–188.

20. Кузьменко Г. О. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022. Т. 33 (72). № 3. С. 113–119.

21. Лісовська О. О. Теоретичні засади функціонування моделей фінансування системи охорони здоров'я. *Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування*. 2020. Вип. 4. С. 96–103.

22. Логвиненко Б. Основні функції публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні. *Національний юридичний журнал: теорія і практика*. Грудень, 2017. С. 55–58.

23. Мишанич Г. І., Нетяженко Н. В. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я. *Внутрішня медицина*. 2007. №6 (6). URL: <https://www.mif-ua.com/archive/article/3618> (дата звернення: 04.12.2025).

24. Монастирський Г. Л., Демчишин Я. М. Зарубіжні моделі управління системами охорони здоров'я: можливості та виклики для територіальних громад України. *Публічне управління і політика*. 2025. № 7–8. URL: <https://www.eu-scientists.com/index.php/pmap/article/view/318/307> (дата звернення: 04.12.2025).

25. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони

здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1–2. С. 25–32.

26. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (04.12.2025).

27. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> (дата звернення: 04.12.2025).

28. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. С. 25. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses\\_2017\\_14\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7) (дата звернення: 04.12.2025).

29. Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення своєчасного доступу пацієнтів до необхідних лікарських засобів та медичних виробів шляхом здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі: Закон України від 19.03.2015 р. № 269-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/269-19#Text> (дата звернення: 04.12.2025).

30. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги: Закон України від 07.07.2011 р. №3611-УІ. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text> (дата звернення: 04.12.2025).

31. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 04.12.2025).

32. 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 березня 2018 р. № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-п#n9> (дата звернення: 04.12.2025).

33. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року : Закон України від 22.01.2010 р. № 1841-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-17#Text> (дата звернення: 04.12.2025).

34. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 04.12.2025).

35. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 07.07.2011 р. №3612-IV. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text> (дата звернення: 04.12.2025).

36. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 04.12.025).

37. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 04.12.2025).

38. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 р. № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text> (дата звернення: 04.12.2025).

39. Про утворення та ліквідацію районів: Постанова Верховної Ради України від 17.07.2020 р. № 807-IX. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text> (дата звернення: 04.12.2025).

40. Самофалов Д. О. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2020. Вип. 1 (44). С. 92–99.

41. Система Meddata. *Міністерство охорони здоров'я України*: веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/sistema-meddata> (дата звернення: 04.12.2025).

42. Спроможна мережа медзакладів. *Міністерство охорони здоров'я України*: веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/spromozhna-merezha> (дата звернення: 04.12.2025).

43. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року: проєкт Міністерства охорони здоров'я і Міжсекторальної робочої групи від 23.02.2022 р. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%204.2022.pdf> (дата звернення: 04.12.2025).

44. Україна 2015-2016: випробування реформами (аналітичні оцінки). *Разумков центр*: веб-сайт. URL: [https://razumkov.org.ua/uploads/article/2015-2016\\_Pidsumky.pdf](https://razumkov.org.ua/uploads/article/2015-2016_Pidsumky.pdf) (дата звернення: 04.05.2025).

45. Філіпова Н. В., Левчук Ю. М. Світові моделі системи охорони здоров'я, адаптація в Україні та вплив на тривалість життя. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, Публічне управління та адміністрування*. 2024. №11. URL: <https://reicst.com.ua/pmtl/article/view/2024-11-02-07/2024-11-02-07> (дата звернення: 04.12.2025).

46. Цифрова трансформація охорони здоров'я України. *Міністерство охорони здоров'я України*: веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/cifrova-transformaciya-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini-2> (дата звернення: 04.12.2025).

47. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток* : електрон. вид. 30.11.2018. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=1337>

(дата звернення: 04.12.2025).

48. Barnett M. L., Song, Z. Bitton A. Rose S., Landon B. E. Gatekeeping and patterns of outpatient care post healthcare reform. *American Journal of Managed Care*. 2018. № 24(10). P. e312–e318. URL: [https://ajmc.s3.amazonaws.com/\\_media/\\_pdf/AJMC\\_10\\_2018\\_Barnett%20final.pdf](https://ajmc.s3.amazonaws.com/_media/_pdf/AJMC_10_2018_Barnett%20final.pdf) (дата звернення: 04.12.2025).

49. eHealth. *Вільна енциклопедія*: веб-сайт. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/EHealth> (дата звернення: 04.12.2025).

50. Frazier D., Lewis D. Reimbursement. In K. Jacobs (Ed.), *Management and administration for the OTA: Leadership and management skills* (pp. 51–64). Routledge. 2025. URL: <https://doi.org/10.4324/9781003524946-4> (дата звернення: 04.12.2025).

51. Giardino A. P., De Jesus O. Managed care. In StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. 2025. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33232080> (дата звернення: 04.12.2025).

52. Hopayian K. Health Care Systems: Primary, Secondary, Tertiary and Quaternary Care. *Journal of Family Medicine & Medical Science Research*. 2022. №11(4). P. 100–133. URL: <https://www.longdom.org/open-access-pdfs/health-care-systems-primary-secondary-tertiary-and-quaternary-care.pdf> (дата звернення: 04.12.2025).

53. Hughes P. M., Graaf G., Thomas K. C. The NSCH patient-centered medical home scale: A measurement history, critique, and commentary. *Children's Health Care*. 2025. № 54(2). P. 237–259. URL: <https://doi.org/10.1080/02739615.2023.2233431> (дата звернення: 04.12.2025).

54. Nass S. J., Amankwah F. K., DeVoe J. E., et al. (Eds.). *Ending unequal treatment: Strategies to achieve equitable health care and optimal health for all*. Washington, DC: National Academies Press (US). 2024. URL: <https://doi.org/10.17226/27820> (дата звернення: 04.12.2025).

55. Polakoff D., Smolkin A. Breaking down health care insurance from HMO to PPO and beyond. In M. K. Sethi & W. H. Frist (Eds.), *An introduction to health*

policy: A primer for physicians and medical students (pp. 37–52). New York, NY: Springer. 2013. URL: [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7735-8\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7735-8_4) (дата звернення: 04.12.2025).

56. Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. Report. *OCED Health Policy Studies*: веб-сайт. URL: [https://www.oecd.org/en/publications/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience\\_1e53cf80-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience_1e53cf80-en.html) (дата звернення: 04.12.2025).

57. Reshota Nina. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. *Ingenius*: веб-сайт. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny> (дата звернення: 04.12.2025).

58. Robinson S. K., Meisner M., Phillips R. L. Jr., et al. (Eds.). Implementing high-quality primary care: Rebuilding the foundation of health care. Washington, DC: National Academies Press (US). 2021. URL: <https://doi.org/10.17226/25983> (дата звернення: 04.12.2025).

59. Rotenstein L. S., Dusetzina S. B., Keating N. L. Out-of-pocket spending not associated with oral oncolytic survival benefit. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. 2018. № 24(6). P. 494–502. URL: <https://doi.org/10.18553/jmcp.2018.24.6.494> (дата звернення: 04.12.2025).

60. Santinha Gonçalo, Fernandes Alexandre, Oliveira Rafaela Pacheco Rocha Nelson. Designing a Health Strategy at Local Level: A Conceptual Framework for Local Governments. *Public Health*. 2023. № 20(13). URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph20136250> (дата звернення: 04.12.2025).

61. Singer S. J., Enthoven A. C., Garber A. M. Health care financing and information technology: A historical perspective. In E. H. Shortliffe & J. J. Cimino (Eds.), *Biomedical informatics: Computer applications in health care and biomedicine* (pp. 793–828). New York, NY: Springer. 2006. URL: [https://doi.org/10.1007/0-387-36278-9\\_23](https://doi.org/10.1007/0-387-36278-9_23) (дата звернення: 04.2025).

62. Thomson L. J., Chatterjee H. J. Barriers and enablers of integrated care in the UK: A rapid evidence review of review articles and grey literature 2018–2022.

*Frontiers in Public Health*. 2024. (11). 1286479. URL: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1286479> (дата звернення: 04.12.2025).

63. Van Hoorn E. S., Ye, L., Van Leeuwen N., Raat H., Lingsma H. F.. Value-based integrated care: A systematic literature review. *International Journal of Health Policy and Management*. 2024. №(13). P.80–83. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2024.8038> (дата звернення: 04.12.2025).