

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
ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО РЕГУЛЮВАННЯ
СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Виконав студент 2 курсу,
групи ЗПУА-3-24
Спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
Освітньо-професійної програми
«Публічне управління та
адміністрування»
_____Юрій ГРУШКА

Науковий керівник роботи:
доктор наук з державного
управління, професор
_____Юрій КУЦ

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, УМОВНИХ ПОЗНАК, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1 Ключові характеристики державної діяльності у сфері охорони здоров'я	7
1.2 Світові практики у сфері публічного управління системою охорони здоров'я	15
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	25
2.1 Законодавчі засади регулювання системи охорони здоров'я в Україні.....	25
2.2 Сфера охорони здоров'я України в умовах війни	36
РОЗДІЛ 3 ПРІОРИТЕТИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	46
3.1 Кадровий потенціал та стратегічний резерв охорони здоров'я Україні.....	46
3.2 Стратегічні напрями післявоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я	54
ВИСНОВКИ	64
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, УМОВНИХ ПОЗНАК, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ

ДІЯ – український державний сервіс взаємодії «Держава і я»

ЄДЕБО – Єдина державна електронна база з питань освіти

ЗВО – Заклад вищої освіти

ЗСУ – Збройні сили України

МВС – Міністерство внутрішніх справ України

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ОТГ – Об'єднана територіальна громада

СБУ – Служба безпеки України

СОЗ ООН – Спеціалізовані установи та організації ООН

ВСТУП

Актуальність теми. В умовах трансформацій у системі охорони здоров'я України, а також у контексті післявоєнної відбудови, особливої важливості набуває впровадження ефективних напрямів державного управління зазначеної сфери. Саме результативність системи охорони здоров'я цілком обумовлена раціональною структуризацією та реалізацією управлінських рішень на всіх рівнях її ієрархії.

Охорона здоров'я визначається стратегічною сферою публічного управління, що пояснюється низкою ключових факторів. Вона формує основу людського капіталу країни, а також є важливим індикатором її не тільки соціального, а також економічного та екологічного розвитку. Стан здоров'я населення має всебічний вплив, оскільки охоплює та визначає всі без винятку аспекти суспільного життя. Всі учасники соціальних відносин – від окремих громадян, суспільства та держави до суб'єктів господарювання і громадських організацій об'єднані загальним інтересом навколо зміцнення громадського здоров'я.

Індивідуальний стан здоров'я, як й громадський безпосередньо обумовлені умовами життєдіяльності. Ці умови включають спосіб життя, генетичні чинники, стан навколишнього середовища, а також загальний рівень розвитку медичної галузі. Безумовно, в таких умовах охорона здоров'я стає надзвичайно актуальним об'єктом державної політики та управління.

А вивчення стратегічних аспектів державного управління процесами саме післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я зумовлена необхідністю у формуванні комплексної, перспективної візії її розвитку. Державна політика регулювання системи охорони здоров'я розглядається як ключовий елемент для забезпечення національних інтересів та як фундамент здоров'я кожного окремого громадянина.

Питання розвитку системи охорони здоров'я та пріоритетні напрями її

післявоєнної відбудови стали об'єктом ретельного вивчення серед українських та міжнародних науковців, а саме: Є. Бородін, З. Бурик, С. Вовк, Н. Дацій, Н. Дідик, І. Драган, О. Кіян, Ф. Криничко, С. Кучеров, Л. Моїсєєва, В. Огнєв, Н. Орлова, О. Я. Радиш, Сіделковський, М. Співак, С. Червяк, С. Чупріна, І. Чухно, В. Юнгер та ін.

Попри великий обсяг наукових досліджень, присвячених охороні здоров'я, ця сфера зберігає свою динамічність. Це, у свою чергу, викликає нагальну необхідність у науковому пошуку та розробці нових шляхів до формування й реалізації ефективної державної політики, а також визначило актуальність і практичну значущість даного магістерського дослідження, дозволило сформулювати його мету, визначити основні завдання та висновки.

Мета магістерського дослідження полягає в обґрунтуванні теоретичних положень та визначені напрямів державної політики щодо регулювання сфери охорони здоров'я.

Відповідно до мети, були визначені та сформульовані наступні *завдання*:

- охарактеризувати ключові аспекти державної діяльності у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати особливості міжнародних практик регулювання відносин у сфері охорони здоров'я;
- дослідити стан національної системи охорони здоров'я в умовах війни;
- визначити пріоритети кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- окреслити стратегічні напрями післявоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я.

Об'єктом магістерського дослідження є суспільні відносини, що виникають у процесі регулювання розвитком сфери охорони здоров'я України.

Предметом – державна політика щодо регулювання сфери охорони здоров'я.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та завдань дослідження, автором застосовано комплекс загальнонаукових і спеціальних

методів аналізу, що включає: методи порівняльного аналізу та синтезу – при дослідженні аспектів здійснення політики регулювання державою відносин на сучасному етапі розвитку національної системи охорони здоров'я; метод логічного узагальнення, що дозволив об'єктивно проаналізувати специфіку міжнародного досвіду з питань публічного управління системою охорони здоров'я; логіко-діалектичний метод дозволив з'ясувати сутність та змістовність основних понять магістерського дослідження; методи системного аналізу та синтезу при визначенні негативного впливу на розвиток системи охорони здоров'я. Серед низки спеціальних методів наукового пізнання використані методи статистичного та графічного аналізу.

Інформаційно-емпіричною та нормативно-правовою основою дослідження стала система нормативно-правових актів (Конституція, закони, укази Президента, постанови Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України та Національної служби здоров'я України), а також статистичні джерела і міжнародні практики, що демонструють можливість імплементації кращого світового досвіду щодо регулювання сфери охорони здоров'я.

Наукова новизна даної роботи полягає в теоретико-методологічному обґрунтуванні пріоритетних напрямів національної політики державного регулювання сфери охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних положень та висновків полягає у їхній можливості використання національними публічно-управлінськими інституціями та закладами медичної сфери для розроблення пріоритетів оновлення системи охорони здоров'я. Також результати можуть бути застосовані в науково-дослідній діяльності та методичному забезпеченні навчального процесу з дисциплін публічного управління та державного регулювання медичною сферою.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Ключові характеристики державної діяльності у сфері охорони здоров'я

Здоров'я громадян – це не лише запобіжні засоби хворобам, травматизму, смертності, інвалідності, а також постійна позитивна популяризація здорового способу та належних умов життя, збереження безпечного довкілля для прийдешніх поколінь. Тому, саме здоров'я громадян України є складовою державної політики у сфері охорони здоров'я. Поширення інфекційних захворювань і мінно-вибухових травм, погіршення психічного стану населення та інше – це негативний вплив на здоров'я українців, масштаби якого сьогодні складно повною мірою оцінити. Саме в таких обставинах уповноважені державні органи мають не лише зменшувати потенційні ризики для громадського здоров'я, а й своєчасно запобігати та реагувати на потенційні загрози, що стосуються здоров'я населення.

Держава виступає як головний засіб реалізації спільної волі та інтересів громадян. Державне управління, в свою чергу, має вирішальне значення для організації та регулювання економічних, адміністративних, соціальних, культурних та інших питань суспільного життя населення. Таким чином структура, цілі, функції та повноваження цього складного й багатогранного інституту постійно не тільки змінювалися, а й розвивалися. Від виникнення національних держав і сучасних форм державного та політичного устрою вплив держави охоплював усі сфери життя людини, тим самим визначаючи структуру, підходи, методи, а також форми певної взаємодії внутрішніх і зовнішніх управлінських механізмів[22].

Отже, трансформаційні процеси, що відбуваються в системі охорони

здоров'я України, особливо сьогодні в умовах триваючої війни, насамперед мають бути направлені на оновлення законодавчої бази, ухвалення загальнонаціональної доктрини збереження здоров'я українського народу та стратегічних кроків подальшого розвитку дієвої системи охорони здоров'я. Наразі, не тільки збереження здоров'я громадян, а й фізичне виживання нації, є питаннями надзвичайно важливими. Тому для України реалізація вищезазначених завдань у контексті сучасних викликів і ризиків, спричинених військовим вторгненням Російської Федерації та територію нашої країни, є надзвичайно актуальним [16].

Система охорони здоров'я як складний соціальний інститут, ефективність якого визначається раціональною організацією процесів на всіх рівнях управління. Теоретичне осмислення принципів публічного управління у сфері охорони здоров'я, в свою чергу, формує певну основу для вдосконалення практичних шляхів управління зазначеною галуззю.

Сфера охорони здоров'я, не тільки для України, а й у світі загалом, є критично важливою галуззю, яка направлена на забезпечення стабільного та ефективного функціонування національної економіки, підтримку обороноздатності держави, а також сприянню збереження та відтворення людського потенціалу на високому рівні.

Тому, дослідження проблематики охорони здоров'я та розуміння сутності поняття «охорони здоров'я» дозволить державним органам влади сконцентрувати зусилля на впровадження комплексу заходів для вирішення правових, політичних, соціально-економічних, фінансовий, медичних та іншого характеру питань, що, в свою чергу, буде сприяти досягненню стратегічної мети та виконанню завдань, поставлених у сфері охорони здоров'я [66].

Поняття системи охорони здоров'я національним законодавством визначається як «сукупність дій, спрямованих на те, щоб сприяти збереженню та розвитку фізіологічних, психологічних функцій, підтримувати дієвий рівень працездатності та соціальної активності, забезпечуючи при цьому найбільшу біологічно можливу тривалість життя індивіда» [38].

Науковець Марина Білінська зазначає, що державне управління у сфері охорони здоров'я – є цілісною системою національних рішень і зобов'язань, які направлені не тільки на збереження та зміцнення питань благополуччя громадян фізичного та психічного характеру, а також й на вирішення питань що стосуються соціального добробуту населення [3].

Саме об'єднання науковців, фахівців у галузі медицини, соціальної сфери, економіки та представників громадських розглядається як система охорони. З державного, приватного, традиційного, а також неформального секторів складається на даному етапі розвитку національна система охорони здоров'я, яка, в свою чергу, реалізує певні ключові функції, а саме: надання медичних послуг, залучення ресурсів, управління фінансовими потоками та адміністративне забезпечення функціонування системи [37].

Науковець С. Вовк зазначає, що система охорони здоров'я має бути не тільки чутливою до потреб населення, а й справедливою з фінансових питань. Відповідно до твердження дослідника, основний тягар відповідальності за ефективну роботу системи охорони здоров'я лежить на державних структурах, а саме на уряді країни. Тому вкрай важливе, аби всі рівні управління від районів до медичних установ застосовували досконалі управлінські методи для гарантування якісних та ефективних результатів [9].

Фахівець у галузі політичної науки у сфері охорони здоров'я М. Співак взагалі пропонує ввести до понятійно-категоріального апарату поняття «державна політика здоров'я збереження», під яким розуміє певну систему принципів та пріоритетних напрямів діяльності держави, яка фокусується питаннях збереження й зміцнення здоров'я населення, а також на питанні забезпечення безпеки України. Саме здоров'я збереження науковець визначає процесом, який направлений на збереження і зміцнення здоров'я людини, крім того який направлений на зміцнення сфер індивіда емоційно-психологічних, фізичних та інтелектуальних питаннях. Крім того зазначений процес має спрямування на цінність власного здоров'я і здоров'я оточуючих, а також на загальне усвідомлення особистої відповідальності людини за її здоров'я та

усвідомлення кожною особою персональної відповідальності за власний фізичний, тобто стан здоров'я [63, с. 461].

Управління системою охорони здоров'я є складним і особливим завданням, через те, що зазначена сфера з внутрішньою автономією є різноманітною та комплексною. Такі фактори диктують особливі вимоги до публічного управління. Охорона здоров'я є певною основою державної соціальної політики, тим самим вказуючи на важливу роль [74].

З. Гладун представляє аналіз сфери державного управління в контексті охорони здоров'я, наголошуючи на необхідності комплексного підходу, який враховує потенційні довгострокові наслідки для суспільного добробуту [22]. В цьому випадку для того, щоб максимально ефективно використовувати бюджетні кошти та забезпечувати якісне надання медичних послуг, необхідно зважено оцінювати ризики та аналізувати можливі недоліки у прийнятті рішень.

Л. Криничко вважає, що система охорони здоров'я однією з невід'ємною складовою економічного розвитку країни та наголошує на наступних позиціях:

- як система економічного управління сфера охорони здоров'я функціонує на національному, регіональному та місцевому рівнях;
- система охорони здоров'я фінансується з державного та місцевого бюджетів;
- економічні теорії вивчають систему охорони здоров'я як ринок медичних послуг, що надаються як державними так і приватними закладами медичної сфери.
- заклади охорони здоров'я, через свою автономність, як суб'єктів господарської діяльності, є об'єктами менеджменту;
- медичні послуги є одними із складових ринку суспільних/соціальних послуг [26].

Проведений в останні роки науковцями аналіз системи охорони здоров'я України виявлено низку ключових проблем, що, в свою чергу, знижують її спроможність ефективно забезпечувати у зазначеній сфері потреби громадян. Але не зважаючи на постійну підтримку зазначеної сфери залишаються деякі

чинники, які перешкоджають її повноцінному функціонуванню, а саме:

- недосконала організаційна модель надання послуг у сфері охорони здоров'я;
- застарілий стан інфраструктури медичних закладів;
- низький рівень використання ресурсів приватного медичного сектору, включаючи лікарів-підприємців, лікарів-підприємців, які мають ліцензію на діяльність;
- прямий вплив військових дій;
- необхідність післявоєнного відновлення [5; 71; 62].

Можна зазначити, що кардинальних змін потребує як система закладів охорони здоров'я, так й доступність та якість послуг для споживачі. Зміни мають бути направлені на перегляд існуючих структур управління зазначеною галуззю, а також на вирішення питання щодо запровадження інноваційних підходів для об'єктивної оцінки якості надання послуг у медичній сфері [10].

Для вітчизняної сфери охорони здоров'я протягом багатьох років було притаманним відсутність єдиної на нормативному рівні визначеної системи громадського здоров'я, яка спроможна була б ефективно реагувати на виклики, особливо ті, що спостерігаються протягом останніх років.

Україна успадкувала радянську модель Семашка, де ключові принципи її визначалися в питаннях безкоштовної медицини для всіх громадян, фінансуванні з державного бюджету, управлінні з центру, ієрархічної системи (від фельдшерів до всесоюзних інститутів). Тому можна зазначити, що система охорони здоров'я на момент здобуття незалежності України зберіглася майже без змін, тим самим сформувавши застарілу зазначену систему. Система охорони здоров'я за цією моделлю була абсолютною державною власністю та повним бюджетним фінансуванням, та з пріоритетом лікування в стаціонарі, тобто госпітально-орієнтованою. Тому при демонстрації низької ефективності управління переважно зазначена модель зосереджувалася на вже лікуванні наявних, здебільшого нескладних, гострих випадках, а не на профілактичних заходах потреб громадського здоров'я. Внаслідок чого український уряд втрачає

контроль і можливість системно протидіяти зростанню рівня неінфекційних захворювань серед населення.

Як зазначають фахівці, витрати на медичну допомогу, які стосуються захворюваності, становлять до 50 відсотків від загального обсягу витрат, тоді як немедичні витрати, наприклад, через втрати доходів унаслідок хвороб або передчасної смертності, – навпаки більше 50 відсотків. Саме такий показник вказує на потребу у впровадженні системного підходу до управління сферою охорони здоров'я та розробленні ефективних шляхів регулювання з боку держави [22].

Управлінська унікальність сфери охорони здоров'я впливає з її глибоко соціального характеру та особливостей функціонування медичних установ, і вимагає відповідної модифікації класичних управлінських методик. Оскільки медичні послуги, як кінцевий результат діяльності сфери охорони здоров'я, передбачають нерозривну взаємодію з пацієнтом, це, в свою чергу, вимагає від керівництва гнучких, етично та соціально чутливих та обґрунтованих рішень. Охорона здоров'я є невід'ємною частиною сфери соціальних послуг, тому й зазначена галузь має розглядатися з гуманітарним контекстом [9]. Міністерство охорони здоров'я України та Центр громадського здоров'я є ключовими фігурами в реалізації вітчизняної державної політики з питань громадського здоров'я. Центр громадського здоров'я, в свою чергу, поєднує в собі функції профілактичної установи та координатора стратегічних ініціатив. Для вирішення питання щодо посилення превентивних заходів та наближення послуг, які стосуються сфери охорони здоров'я до населення Концепцією передбачено створення регіональних центрів громадського здоров'я. Як зазначає Ф. Криничко діяльність зазначених центрів має ґрунтуватися на міжсекторальній взаємодії, зокрема через формування міжвідомчих дорадчих органів, особливо сьогодні, коли постійно зростають ризики для національної безпеки [27].

Одним із головних політичних орієнтирів країн Європейського Союзу є забезпечення громадського здоров'я населення, що відповідає розширеному

трактуванню поняття здоров'я, закріпленому у Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я, яке значно ширше, ніж просто відсутність хвороб чи фізичних недоліків, тобто стану «повного фізичного, психічного та соціального благополуччя». Приєднання України до зазначеного основоположного міжнародного документа відбулося у квітні 1948 року й тільки у 1992 році, після проголошення незалежності, отримала статус повноправного члена Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Такий приклад визначення здоров'я, на нашу думку, чітко фокусується на цілісному підході, де соціальний отримує абсолютно рівнозначне значення поряд із традиційними фізичними та психологічними компонентами, що, в свою чергу, беруться до уваги соціально-економічні умови життєдіяльності людини, які є прямо впливають, особливо зараз, на її загальний стан.

Саме зараз, коли люди, які продовжують жити в Україні, знаходяться в затяжній соціальній кризі, перед урядом постає критична необхідність у реформації сфери охорони здоров'я задля побудування дієздатної, високоякісної та функціонально стійкої національної моделі медичного забезпечення [18].

Тривалий історичний період, а особливо в останні роки формувалася проблема відсутності чіткої нормативної моделі української системи громадського здоров'я, яка змогла б забезпечити певні суспільні виклики адекватним та результативним реагуванням.

Таким чином виникає потреба фундаментальної трансформації наявної системи, на яку впливають комплекс вагомих чинників, а саме:

- Євроінтеграційні зобов'язання через укладення Угоди про асоціацію з Європейським Союзом – перехід до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я;
- Глобальна криза спричинена світовою пандемією COVID-19, яка, в свою чергу допомогла виявити структурні та організаційні недоліки системи;
- Технологічна еволюція, а саме впровадження в усіх сферах суспільного життя цифрових технологій, що, в свою чергу, у сфері охорони здоров'я призвело до необхідності розвитку електронних медичних сервісів;

– Повномасштабне вторгнення Російської федерації на територію нашої країни призвело до безпрецедентного кількості загроз, які охоплюють питання фізичного знищення інфраструктури медичних закладів, різкого зростання кількості мінно-вибухових поранень, катастрофічних екологічних втрат та значного погіршення ментального здоров'я громадян [16].

Ключовим стратегічним ресурсом держави має бути зміцнення та всебічне покращення фізичного і психічного здоров'я громадян. Тому державна політика у сфері охорони здоров'я спрямовується на цей ресурс і виражена системою національних рішень та зобов'язань та направлена на координацію взаємозалежних заходів з політичних, економічних, правових, культурних, наукових, соціальних та безпосередньо медичних питань. Зазначене охоплює не лише традиційні медичні та профілактичні дії, а також й гуманітарну складову, яка включає не тільки збереження генофонду, а й накопичення та збереження інтелектуального потенціалу нації, відображення відповідальності перед сучасниками та поколіннями у майбутньому. Таким чином, гуманістична спрямованість державної політики у сфері громадського здоров'я визначається досягненням певного балансу інтересів між особистістю та суспільством, що і є фундаментом цих стратегічних рішень [11].

Крім внутрішніх викликів, євроінтеграційні процеси вимагають перегляду поточної практики та розробки нових напрямів для повноцінної інтеграції української системи охорони здоров'я у європейський медичний простір.

Як зазначається, забезпечення здоров'я громадян є пріоритетним питанням державної соціальної політики в усіх розвинутих країнах, і йому приділяється значна увага у світовій та європейській медичній практиці.

Зокрема, нова європейська політика у сфері здоров'я вимагає стратегічних дій, а саме:

- критичного аналізу чинних механізмів управління охороною здоров'я;
- удосконалення політики у цій сфері;
- розвитку структур громадського здоров'я.

- пріоритетності у питанні надання первинної медико-санітарної допомоги;
- впливовості на провідні фактори ризику [1].

1.2 Світові практики у сфері публічного управління системою охорони здоров'я

Сьогодні, можна зазначити, що у сучасному світі не існує жодної держави, раціональною, стійкою та бездоганно організованою системою охорони здоров'я. Майже всі країни світу прагнуть вибудувати власну національну модель охорони здоров'я, що б відрізнялася ефективними та якісними медичними послугами, з налагодженими механізмами їх фінансування. З такими показниками, як тривалість життя населення, рівень смертності, результативність боротьби як із хронічними, так і з інфекційними захворюваннями система охорони здоров'я в Україні помітно поступається системам розвинених держав.

В Україні, значно витрачаючи кошти на медицину, не простежується забезпечення покращення стану національної системи охорони здоров'я. Під час реформування системи охорони здоров'я виявилось ціла низка проблем, які охоплюють наступні питання: неефективна державна політика, масштабні корупційні ризики та обмежена здатність перетворювати систему охорони здоров'я відповідно до міжнародних стандартів.

Таким чином, сучасна національна модель охорони здоров'я показала себе застарілою, яка містить багато системних недоліків та гостро потребує комплексної модернізації, яка була б на рівні зі світовими тенденціями розвитку охорони здоров'я та розвивалася на успішному досвіді провідних країн.

Надання медичних послуг у світовій практиці направлено на реалізацію гуманітарних, людино-орієнтованих питань глобального економічного зростання і соціального розвитку, які направлені на якість людських ресурсів та сприяння реалізації основного права людини на здоров'я та довголіття [69]. Такі провідні

міжнародні організації, як Європейський Союз, Європейський банк реконструкції та розвитку, Всесвітня організація охорони здоров'я, Організація Об'єднаних Націй, Світовий банк все більше останнім часом приділяють увагу саме ефективності формування шляхів у сфері охорони здоров'я, через використання їх для оцінки загального рівня розвитку різних світових держав.

Як зазначає дослідниця Яремчук О., саме соціальна сфера та формування існуючої системи охорони здоров'я має бути невід'ємною складовою ефективного розвитку держави. Яремчук О. наголошує, що саме Японія, Німеччина та США є лідерами за основними такими показниками здоров'я, а саме: очікувана тривалість життя та дитяча смертність [77].

Японія є однією з країн, що заслуговують на увагу, в якій охорона здоров'я взагалі управляється на чотирьох рівнях, а саме: національний (уряд), префектура, рівень медичних центрів та місцевий. Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту населення Японії, в свою чергу забезпечує координацію системи. Департаменти, засновниками яких виступають органи місцевого самоврядування, управляють місцевими програмами. Фінансування державного та місцевого бюджетів отримують медичні центри, створені на рівні префектур та великих муніципалітетів. На сто тисяч мешканців розраховано, приблизно один центр. Також потрібно зазначити, що Японія всьому світу відома, як країна з сильною моделлю публічного управління, особливо з питань фінансування медичного обслуговування та страхування [211].

Науковець Г. Муляр, як і дослідниця О. Яремчук акцентують на тому, що в Японії система охорони здоров'я має тісний зв'язок з роботою місцевих органів влади. Незважаючи на те, що послуги з охорони здоров'я в країні вважаються не дешевими, майже 90 відсотків витрат громадян все ж таки покривається державною системою медичного страхування [33].

У 1984 р. відбулося злиття кількох програм і нині функціонує дві програми: державна та громадська. Страхуванню підлягають усі працівники на підприємствах із чисельністю працюючих 5 і більше осіб, а також члени їх родин. Розмір страхового внеску визначається із стандартного заробітку, що

корегується кожного місяця. Страхові компанії проводять також медичне страхування на добровільній основі для покращення якості обслуговування, використання інноваційних медичних технологій та медикаментів [80].

Система медичного страхування Японії передбачає обов'язкове страхування всього населення та тристороннім фінансуванням від громадян роботодавців та надання державних субсидій, тому її можна вважати прикладом моделі Бісмарка [61]. З 1984 року, після проведеної реформи, яка була направлена на консолідацію програм, система охорони здоров'я складається з державної та громадської гілок, що є основними. Обов'язковість страхування є обов'язковим на підприємствах де чисельність працюючих від п'яти осіб, причому застраховані мають бути не тільки працівники цього підприємства, а й члени їхніх родин. Розмір внеску залежить від заробітної плати працюючого й може коригуватися кожного місяця. Крім того, страховими компаніями громадянам пропонуються послуги з добровільного медичного страхування, що, в свою чергу, розширює покриття послуг, підвищує якість обслуговування, а також дає можливість використовувати інноваційні ліки та технології [17]. В той же час уряд країни забороняє доходи страхових компаній за надання медичних послуг та вводить певні обмеження на оплату праці лікарів, які під час своєї практики мають постійні серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів [28].

Система охорони здоров'я Японії вважається однією з найкращих у світі з медичним страхуванням, охоплюючи всіх громадян країни та безкоштовним доступом до медичних установ. Функціонування системи надання медичної допомоги за принципом «вільного доступу» забезпечує споживачам послуг медичної сфери повну свободу вибору медичного закладу на всій території країни з можливістю вирішення частоти візитів до лікаря, не зважаючи на їх статус, діагноз чи вид страхування, але з підтвердженням страхування. Таким чином, пацієнт отримує необхідні послуги у разі хвороби чи травми за фіксованим внеском, а страхове покриття, в свою чергу. В свою чергу, страхове покриття медичних послуг є комплексним, включаючи майже п'ять тисяч

медичної, стоматологічної допомоги та ліки. Додаткова оплата починається для пацієнта при зверненні до закладів третинної допомоги без відповідного направлення від лікаря первинної або вторинної ланки [33].

Фінансування охорони здоров'я у Сполучених Штатах Америки досягає майже світового максимуму (16,4% ВВП), але, в той же час, не забезпечує ефективного та якісного доступу до медичних послуг для всіх громадян. Висока ціна медичної допомоги є суттєвою центральною проблемою в країні. Таким чином, можна зазначити, що медичне страхування приватного характеру не завжди економічно виправдано, оскільки провокує серйозні фінансові розбіжності у зазначеній сфері. Не дивлячись на те, що держава покриває більшість послуг медичного характеру, все ж таки близько 90 відсотків американців користуються приватними страховими послугами, витрачаючи на це понад десяти відсотків від родинного доходу [29].

В той же час, у 2020 році фінансування сфери охорони здоров'я України досягало тільки позначки менше 4 % від валового внутрішнього продукту.

Поява такого комплекс факторів, як недоступність вартості страхових полісів, втрата зайнятості або відсутність права на страхові субсидії призвели у 2018 році до того, що більше 15 відсотків громадян США не мали медичного страхування. Єдиною можливістю незастрахованих американців було отримання послуг в некомерційних медичних установ та відділень екстреної допомоги. Однак, в таких закладах якісної та повної медичної послуги зазвичай громадянин не міг отримати через те, що в медичні працівники таких закладів часто тільки робили оцінку та стабілізувати стан пацієнта, не забезпечуючи його повне лікування [81].

Перші недержавні соціальні фонди виникли у Сполучених Штатах Америки на початку ще дев'ятнадцятого століття, застосовуючи певну модель корпоративного управління своїм капіталом. Саме особисті внески застрахованих осіб стали основою цього страхування. Сума страхування розраховувалася на підставі розширеного аналізу рівня доходу, персональних ризикових факторів, які включали в себе вікові питання, спосіб життя, професію

та на підставі демографічних показників, включаючи тривалість життя та період післяпенсійного доживання [70].

Отже об'єднання централізованого страхового фонду та мереж приватних страховиків життя та здоров'я – це модель системи медичного страхування у США, якій відповідальність за адміністрування та розподіл акумульованих коштів між страховими організаціями згідно з визначеними законом розрахунками несе Центральний фонд. Зазначений принцип страхування фінансує ключові державні програми, які охоплюють понад 20 відсотків громадян, а саме:

- особи від 65 років;
- громадяни, які мають важкі хвороби;
- малозабезпечені, жінки і діти з малозабезпечених сімей.

Більше 50 % населення США мають медичне страхування завдяки працевлаштуванню, тобто застраховані через роботодавця і тільки два відсотки за місцем роботи застраховані за добровільними корпоративними програмами. Страхове покриття працівників промисловості, державних службовців, діячів профспілок та тих хто працює на повну ставку вважається найкращим. Тому можна зробити висновок, що працевлаштування та звільнення з роботи для громадян США вирішує наявність чи втрату медичного страхування [17].

Якщо звернути увагу на організацію первинної медичної допомоги в США, то побачимо, що її забезпечують лікарі саме первинної ланки, тобто лікарі загальної практики, які працюють як окремо, так і в груповій практиці. Такі лікарі становлять третину від усієї лікарської спільноти. Також потрібно акцентувати, що більшість приватних терапевтів працюють у малих клініках, в яких до п'яти осіб персоналу. Система США, як і в Україні дозволяє пацієнтам обирати свого лікаря самостійно та вільно, не прив'язуючись до місця проживання, користуючись електронним реєстром тільки зареєстрованих постачальників медичних послуг.

Однак, сучасний стан розвитку медичного забезпечення у США є незадовільним для більше 80 відсотків американців. Як зазначає науковець

В.Костюк, це вказує на необхідність проведення фундаментальної реформи або реструктуризації існуючих механізмів управління охороною здоров'я країни [26].

Отже, система охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки вважається однією з високовартісною, де витрати на одного громадянина складають більше 7000 тисяч доларів на рік, що перевищує середній показник серед розвинених країн світу. Тому, запровадження приватного медичного страхування, як показує досвід США, як основного фінансового джерела, може спричинити значний фінансовий дисбаланс в системі охорони здоров'я [39].

Управління охороною здоров'я Німеччини, на нашу думку, заслуговує на увагу через добре організоване медичне страхування, яке, в свою чергу, поділяється на державне обов'язкове та приватне. Майже 90 відсотків громадян країни користуються саме державним страхуванням і тільки майже 9 відсотків – приватним, інші (поліція, військові) користуються медичним страхуванням через спеціальні програми держави. Шістдесят відсотків основного страхування це внесок у загальні витрати галузі, а 40 відсотків – це надходження від пенсійних фондів, державного бюджету та страхування професійних ризиків [28].

Богатокомпонентність системи медичного страхування в Німеччині охоплює такі головні напрямки, як виготовлення ліків, амбулаторна допомога, на яке витрачається 40% загальних коштів, спеціальні програми фінансування для осіб, які виключені з обов'язкової системи страхування, а також медичне обслуговування безпосередньо на підприємствах, що становить трохи більше 4% від усіх галузевих витрат [76].

Керівництво системою охорони здоров'я Німеччини на федеральному рівні покладено на Федеральне міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення та визначається у розробці політики медичного страхування на державному рівні.

Лікарняні фонди регіонального та федерального рівнів в основному фінансують німецьку систему охорони здоров'я завдяки внескам та

забезпечуючи покриття в рамках державного соціального страхування. Також потрібно зазначити, що всі лікарні є неприбутковими, сплачуючи членські внески та маючи повноваження щодо встановлення тарифів, необхідних для відшкодування своїх витрат.

Крім того, варто звернути увагу на існування професійних об'єднань (Асоціації лікарів) в системі обов'язкового медичного страхування Німеччини серед лікарів та психотерапевтів, які надають послуги за обов'язковим медичним страхуванням. В свою чергу стоматологи, що працюють у цій системі, створюють окремі Асоціації стоматологів.

Таким чином на федеральному рівні усі ключові медичні спеціалісти (стоматологи, фармацевти, лікарі та психотерапевти) повинні бути членами регіональних професійних палат в обов'язковому порядку. Компетенція цих палат включає питання нагляду за дотриманням професійних стандартів, обов'язкового контролю за нормами радіаційного та рентгенівського випромінювання, професійного визнання та проведення експертиз, оцінки та арбітражу у справах про неправомірну діяльність. Також потрібно зазначити, що

Слід зазначити, що утворені регіональні палати є основою для, відповідно, утворення федеральних палат на центральному рівні [78].

В свій час Федеральним Міністерством охорони здоров'я (BMG) було ініційовано форум-майданчик для структурованого обміну ідеями «Цифрове здоров'я 2025» для узгоджень та реалізацій стратегічного проекту з питань перспективам діджиталізації. Залучення надавачів медичних послуг, страховиків, представників пацієнтів, науковців, промисловців та державних суб'єкти, а також практичних фахівців з великим досвідом у сфері оцифрування, тобто експертів з усіх сфер потрібно було для [79].

Німецька модель охорони здоров'я відрізняється, наприклад, від українською, такими перевагами, як високий рівень обслуговування пацієнтів, сучасне технічне оснащення медичних закладів, відповідна кваліфікація працівників медицини, а також універсальний доступ до медичних послуг [21].

Пропонуємо розглянути, на нашу думку, ще один цікавий приклад, що стосується фінансування надання медичних послуг первинною ланкою в Хорватії. Взагалі послуги медичної сфери в світі мають власні особливості.

Фінансова модель первинної медичної допомоги у Хорватії є змішаною, передбачаючи фіксований та змінний характер виплат для практик первинної медичної допомоги. Фіксована частина, в свою чергу, поділяється ще на дві, а саме: постійне фінансування практики (*Hladni pogon*) та капітаційна ставка (*Glavarina*).

Таким чином, перша – покриває експлуатаційні витрати (комунальні послуги) та забезпечує заробітну плату медичного працівника сестри первинної медичної допомоги (близько 2200 євро щомісяця), що регулюється законом і може мати збільшення за рахунок коефіцієнтів за роботу, а також обов'язкових виплат, наприклад, премій до Різдва та Дня Святого Миколая.

Друга частина – формується в межах 20-25% доходу практики і залежить від чисельності та структури населення, яке обслуговується, а також місцевості, в якій надаються послуги [73].

Сімейні лікарі Хорватії первинної допомоги можуть розраховувати ще на додаткові кошти за обслуговування певних груп населення, а змінна частина виплат прив'язана до виконання процедур діагностичного та терапевтичного характеру, які класифікуються за рівнями від яких залежать надбавки до фіксованої частини виплат (табл. 1.1).

Також хорватські лікарі мають стимулювання яке передбачає отримання балів за безперервний професійний розвиток та прямий канал впливу на систему, подаючи свої пропозиції до Палати лікарів та до національного страхового органу групи рівних, який є аналогом Національної служби здоров'я України.

Таким чином, можна зазначити, що система охорони здоров'я Хорватії свідчить про низку відмінних рис у наданні медичних послуг, які полягають в обов'язковому безперервному навчанні фахівців, людиноцентричному підході на первинній ланці з девізом «на первинному рівні ми лікуємо пацієнта, а на

вторинному чи третинному рівні – лікують хворобу», змішаному фінансуванні де кошти надходять обох бюджетів: з державного і місцевого [33].

Цікавим для України є також вивчення моделі системи охорони здоров'я Великої Британії з центральним фінансуванням де кошти розподіляються через управлінську вертикаль, надходячи з державного бюджету. Що, в свою чергу сприяє стримуванню зростання витрат на послуги медичної сфери. Однак, система характеризується також певними недоліками, які визначаються в тенденції до монополізації та відсутності вільного вибору медичного закладу чи лікаря для споживача медичних послуг.

Таблиця 1.1 – Змінні виплати, які отримують практики первинної медичної допомоги в Хорватії

Рівень діагностичних процедур	Оплата у %	Назва послуги	Примітка
0	Не оплачується	Вимірювання АТ, ваги, зросту, об'єму стегна	Базові маніпуляції
1	10% від капітаційної ставки	Надання рекомендацій, проведення профілактичних бесід, виписування рецептів і направлень	За умови повного виконання
2	Додаткова стаття оплати	Близько 200 процедур (включно з ЕКГ)	
3	Додаткова стаття оплати	Спеціалізовані діагностичні обстеження (наприклад УЗД)	

Система же страхування здоров'я діє на принципах солідарності, а страхові компанії та страхувальники здійснюють фінансовий контроль. В свою чергу, фінансування забезпечується за рахунок внесків підприємців, внесків працівників із зарплати та державних субсидій. Національна служба охорони здоров'я (NHS) виступає головним гравцем у наданні медичних послуг та звітує перед Департаментом охорони здоров'я.

Національна служба охорони здоров'я у Великій Британії забезпечує своїх

громадян майже повним спектром послуг медичних сфери, стаціонарними препаратами та іншими витратами, надаючи їх безкоштовно. Малозабезпечені та соціально вразливі групи забезпечені додатковими преференціями з боку уряду країни з питань охорони здоров'я. Так, особи віком понад шістдесят років, діти до шістнадцяти років, студенти до дев'ятнадцяти років, інваліди війни, особи з особливими хворобами та військові пенсіонери повністю звільнені від сплати за ліки.

Велика Британія, на думку дослідниці А. Денисової, змогла досягти створення медичної галузі без участі страхових компаній-посередників, досягши одного з найвищих рівнів ефективності серед країн світу.

Аналіз зарубіжного досвіду підтверджує можливість ефективної інтеграції окремих напрацювань у національну систему, а саме:

- використання ключових переваг системи Великої Британії: простоту та доступність медичних послуг, суворий контроль за ефективністю розподілу фінансових ресурсів;
- розвиток системи охорони здоров'я має фокусуватися на наданні послуг для індивідуального та громадського здоров'я, а на якість зазначених послуг впливає медичний персонал, ефективність використання обладнання, ліків тощо та наявність сучасної фізичної та цифрової інфраструктури;
- первинна медична допомога має бути першою на шляху вдосконалення.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Законодавчі засади регулювання системи охорони здоров'я в Україні

Стратегія державної політики охорони здоров'я має бути орієнтована на збереження та зміцнення усіх аспектів здоров'я громадян (фізичного, психічного, соціального), що передбачає, в свою чергу, пошук шляхів для підвищення тривалості та якості життя. При цьому пріоритетність має бути направлена на профілактику захворювань та подовження періоду активного життя, а також працездатного віку. Тому універсальний доступ до ефективних якісних медичних послуг забезпечить в повній мірі права на здоров'я громадян.

Кожна особистість має природне право на здоров'я яке тісно пов'язано з охороною здоров'я. Як наслідок, кожна сфера регулюється, й сфера охорони здоров'я не виняток, за допомогою великої кількості нормативно-правових актів. Тому таке право на життя та охорону здоров'я вимагає від держави законодавчо гарантування умов для забезпечення надійної та ефективної системи медичних послуг в Україні. Сьогодні проблемними питаннями виступають окремі норми чинного законодавства, які в повній мірі не відповідають сучасним потребам забезпечення цього права, через що ускладняється практична їх реалізація.

Після оголошення Акту незалежності у 1991 році уряд України був зобов'язаний оперативно приймати нові нормативно-правові акти, спрямовані на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я. Також потребувало розроблення нових умов оплати праці персоналу медичної сфери з урахуванням умов ринкової економіки задля стимулювання підвищення якості та ефективності їхньої роботи.

Таким чином, з прийняттям постанови Кабінету Міністрів України у березні 1993 року було запроваджено нову систему оплати праці. Можна зазначити, що саме цей підзаконний нормативно-правовий акт став відправною точкою для формування державної політики правового регулювання галузі.

Втім, першим законом, при важких соціально-економічних умовах, незалежної України у сфері охорони здоров'я можна вважати Закон що стосується протидії поширенню хвороб, які зумовлені вірусом імунодефіциту та правового і соціального захисту людей з імунодефіцитом [50].

На початковому етапі незалежності простежувалася нерегульованість багатьох проблемних аспектів охорони здоров'я через відсутність розвиненої ринкової економіки в країні. Саме це вимагало від уряду формування певного конкурентного середовища для всіх без винятку суб'єктів медичної галузі.

З метою забезпечення державної політики, Кабінетом Міністрів України затверджується у 1992 році Положення про Міністерство охорони здоров'я та задля правового регулювання відносин у зазначеній сфері приймається у грудні того ж року Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [38], який не дивлячись на його часткову невідповідність реаліям того часу, став фундаментом для закріплення охоронної функції держави та гарантій права громадян на захист здоров'я.

Прийняття Законів з питань фізичної культури і спорту [58], а також забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення (втратив чинність) вказує на специфічність система охорони здоров'я, яка вимагає застосування різноманітних нормативних актів, що, в свою чергу регулюють суспільні відносини і мають комплексний вплив на стан зазначеної галузі.

У 1995 році було прийнято Закон України, який стосувався донорства крові та її компонентів, а у 2020 році був замінений Законом «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові» [42]. Крім того, у цей час перед урядом країни постає проблема у вирішенні питань пов'язаних з питання з правовим регулюванням лікарських засобів, а саме: створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією. Тому в квітні 1996 року

ухвалюється Закону України «Про лікарські засоби» [48].

Отже, можна зробити висновок, що нормативно-правові акти, які були прийняті в період з 1991 року по 1996 рік стали певною правовою підставою для гарантування права громадян на охорону здоров'я, Таким чином, зазначений період можна вважати першим етапом правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я.

Початком нового етапу у державотворенні, гарантуючи права та свободи громадян, у тому числі й право на охорону здоров'я можна вважати 1996 рік з прийняттям Конституції України [38].

Саме прийняття Основного Закону стало двигуном для нового етапу розвитку правовідносин у сфері охорони здоров'я, закріплюючи базові цінності життя і здоров'я в прийнятих у подальшому нормативно-правових актах, що, в котрий раз, підтверджує критично важливу роль держави у регулюванні сфери медицини [32].

Аналізуючи законодавчі, а також підзаконні акти, ухвалені з 1991 року по 1999 рік, тобто після прийняття Конституції, можна стверджувати, що вони були спрямовані на реалізацію конституційних гарантій права людини на життя та здоров'я, а сфера охорони здоров'я регулювалася широким спектром нормативно-правових актів різної галузевої приналежності. Тому зазначений період чітко відокремлюється як наступний – другий етап правового регулювання охорони здоров'я в Україні.

Виданий Указ Президента України з питань підвищення якості медичного обслуговування та соціального захисту був направлений на створення реєстру закладів охорони здоров'я (зокрема, у сільській місцевості), а також на формування аптечної мережі для забезпечення ліками за пільговими цінами ветеранів війни та праці.

Затвердження Концепції розвитку охорони здоров'я, в свою чергу визначало наступні стратегічні напрями у сфері охорони здоров'я:

- гарантування доступної кваліфікованої медичної допомоги;
- впровадження нових, ефективних напрямків управління та

фінансування;

- створення умов для здорового способу життя [40].

Впровадження Концепції розвитку охорони здоров'я розпочало новий етап нормативно-правового регулювання охорони здоров'я в Україні.

Далі, для розвитку ідей, закладених у Президентській Концепції, було прийнято постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки» [49], розробка якої ґрунтувалася на ключових принципах державної політики та Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Також у цей період запроваджуються державні фінансові механізми, які позитивно вплинули, особливо, на працівників охорони здоров'я сільської місцевості та які давали їм право на отримання земельної ділянки на безоплатній основі у приватну власність.

Таким чином період з 2000 по 2014 роки можна вважати третім етапом, який ознаменований імплементацією Концепції розвитку, програми «Здоров'я нації» (2002–2011 рр.), а також впровадженням реформ в системі охорони здоров'я.

З 2015 року в системі охорони здоров'я розпочинається четвертий етап.

Комплексне реформування української системи охорони здоров'я розпочинається у 2015 році введенням медичної субвенції, тобто запровадженням механізму цільового фінансування з державного бюджету [13]. В Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я була закріплена концептуальна основа, а у 2017 році прийнято ключова законодавча зміна, яка була направлена на фінансові гарантії медичного обслуговування населення з боку держави [55; 47]. Кінець 2017 року визначається створенням Національної служби здоров'я України, якій було делеговано функцію єдиного державного закупівельника медичних послуг [57].

Основні етапи та нормативно-правові акти даного періоду, що сформували ключову основу перебудови системи охорони здоров'я, представлені в Таблиці 2.1, в якій наочно ілюструється процес інституційних та

фінансових змін четвертого етапу становлення та розвитку системи охорони здоров'я.

Таблиця 2.1 – Нормативно-правове забезпечення становлення та розвитку системи охорони здоров'я у період 2015-2019 років

Тип нормативно-правового акту	Назва нормативно-правового акту	Результат
Постанова Кабінету Міністрів України	Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам (2015)	Перехід до програмно-цільового методу розподілу бюджетних коштів завдяки фінансуванню на основі міжбюджетних трансфертів
	Про затвердження порядку створення госпітальних округів (2016)	Створення госпітальних округів
	Про утворення Національної служби здоров'я України (2017)	Визначення національної служби здоров'я України як центрального органу, який відповідає за адміністрування та фінансування медичних послуг
Наказ Міністерства охорони здоров'я	Про затвердження примірного положення про госпітальний округ (2017)	Регулювання діяльності госпітальних округів
Закон України	Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості (2017)	Організація медичної допомоги в селах і селищах
	Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення (2017)	Перехід на оплату за послуги, що відповідає принципу «гроші йдуть за пацієнтом»
Наказ Міністерства охорони здоров'я	Про затвердження Порядку вибору лікаря та декларація (2018)	Перехід до контрактних відносин (декларування) між пацієнтом і лікарем
Постанова Кабінету Міністрів України	Деякі питання електронної системи охорони здоров'я (2018)	Діджиталізація медичного сектору через створення Електронної системи охорони здоров'я
	Деякі питання створення госпітальних округів (2019)	Формування структури госпітальних округів, виходячи з їхньої функціональної здатності

Період з 2015 по 2019 роки в становленні та розвитку системи охорони здоров'я дослідниця З. Бурик класифікує за такими критеріями, а саме:

- 2015-2017 роки – підготовча частина до основної реформи системи

охорони здоров'я;

- 2018-2019 роки – проведення реформи первинної медичної.

Основною метою даної реформи було змінити модель фінансування медичних закладів де на первинному рівні фінансування здійснюється на основі декларації між пацієнтом і лікарем, а на вторинному рівні – за надану медичну послугу [47].

Стратегічною основою національної реформи стала Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на 2015–2020 рр. [34], що була затверджена програмою Кабінету Міністрів України та з часом розвинута в пізнішому Указі Президента України «Про Стратегію сталого розвитку «Україна–2030» [54].

Потрібно зазначити, що орієнтиром для медичної реформа виступила європейська програма «Європейська стратегія здоров'я–2020» [64], а сама реформа була однією з частин Стратегії сталого розвитку «Україна–2020» [53].

Діяльність Національної служби здоров'я України ініціювала певні суттєві трансформації в національній системі охорони здоров'я. Одним із важливих аспектів зазначених змін стало реформування саме медичних установ, які були перетворені, в свою чергу, на комунальні некомерційні підприємства. Таким чином, заклади отримали право на самостійне вирішення фінансових і кадрових питань, а також на формування політики і внутрішньої організаційної структури. Автономізація медичних закладів дала змогу їм отримати значні фінансові ресурси для надання медичних послуг на підставі контрактів, укладених із Національною службою здоров'я України, яка зберегла за собою контролюючу функцію за виконанням умов цих контрактів.

В цей період паралельно з імплементацією Закону про державні фінансові гарантії [47] триває процес впровадження електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ/eHealth), правові основи якої були закладені постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» у 2018 році [12]. Таким чином, запровадження електронної системи охорони здоров'я забезпечило можливість посилення контролю за наданням

послуг медичної сфери.

Електронна система охорони здоров'я має двокомпонентну архітектуру, забезпечуючи при цьому інтеграцію користувачів, а також їхню взаємодію за допомогою медичних інформаційних систем (далі – МІС) з центральною базою даних (далі – ЦБД). В цій архітектурі центральна база даних виступає централізованим хабом для зберігання та обробки медичних даних, а медичні інформаційні системи – певним інтерфейсом, що з'єднує користувача з центральною базою даних (рис. 2.1).

Врегулювання існуючих проблем, щодо державних фінансових гарантій, доступності медичної та екстреної допомоги, формування замовлень, забезпечення ресурсами з кадрових, фінансових, матеріально-технічних питань та вимог до якості харчових продуктів, стало гострою причиною необхідності перегляду та внесення змін до чинного законодавства.

Як результат, у грудні 2019 року було ухвалено Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я», після якого. Прийняття якого підсумувало наступний – четвертий етап правового регулювання розвитку охорони здоров'я в незалежній Україні [44].

Наприкінці 2019 року розпочинається спалах коронавірусної хвороби, яка не оминула життя і здоров'я громадян майже всього світу.

Задля протидії пандемії COVID-19 у травні 2020 року Верховна Рада ухвалює Закон України, який спрямовується на підвищення спроможності системи охорони здоров'я протидіяти зазначеній хворобі. Цим законодавчим актом було визначено такі напрями:

- механізм забезпечення тестування для виявлення коронавірусної хвороби;
- впровадження обмежувальних та інших заходів реагування при виявленні хвороби;
- зобов'язання щодо прийняття підзаконних нормативно-правових актів для реалізації положень Закону [43].

Закон був направлений на визначення завдань для Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я щодо забезпечення всіх необхідних заходів для протидії поширенню хвороби [43].



Рисунок 2.1 – Структура та основні завдання електронної системи охорони здоров'я [6]

На цей час розбалансована системи та низька ефективність управління медичною галуззю призвели до відсутності уніфікованого медичного простору і неоднорідності статусів медичних закладів, що, в свою чергу, стали перешкодою для планування та певним чином погіршили доступність і якість медичних послуг для населення.

Тому ухвалення у вересні 2021 року Указу Президента України, яким введено в дію рішення Ради національної безпеки і оборони України про невідкладні заходи щодо забезпечення громадян медичною допомогою та покращення стану системи охорони здоров'я [52].

З початком вторгнення Російської Федерації на територію нашої країни та запровадження військового стану в Україні Міністерство охорони здоров'я терміново публікує Наказ, який стає фундаментом діяльності національної системи охорони здоров'я та яким затверджуються Тимчасові заходи для забезпечення готовності закладів медицини до надання допомоги постраждалим внаслідок військової агресії.

Ключовими пріоритетами медичної галузі були визначені наступне:

- нарощування потужностей для госпіталізації;
- посилення хірургічного кадрового потенціалу через збільшення кількості команд для роботи з постраждалими;
- використання цифрових засобів для інформування населення про послуги медичної сфери;
- підтримка невідкладної допомоги критично важливим категоріям пацієнтів, а саме: вагітним, новонародженим, онкохворим [59].

Воєнний стан зумовив необхідність для уряду України ухвалення відповідних управлінських рішень у сфері медицини. Зокрема, було створено Міжвідомчу координаційну раду функцією, якої стало забезпечення охорони ментального здоров'я та психосоціальної підтримки громадянам, які постраждали від російської збройної агресії [56].

3 часом у 2023 році відбулася презентація онлайн-мапи закладів

медицини, що надають послуги саме з ментального здоров'я. З цією ідеєю виступили Національна служба здоров'я України, Координаційний центр з психічного здоров'я (при Кабінеті Міністрів) та Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні. На зазначеній мапі відображені всі медичні установи, які уклали договір із Національною службою здоров'я України на надання психологічної та психіатричної допомоги громадянам здоров'я [35].

Масове внутрішнє переміщення населення внаслідок військових дій вимагала від уряду України негайного управлінського реагування в частині надання первинної медичної допомоги. Наказом Міністерства охорони здоров'я було забезпечено облік внутрішньо переміщених осіб, що звертаються за медичною допомогою. Крім того урядові програми сфокусувалися на реабілітаційних заходах у сфері охорони здоров'я. Постановою Кабінету Міністрів України були: визначений порядок фінансування, затверджений державний типовий план реабілітації для осіб із обмеженими можливостями та закріплений обов'язок надання реабілітаційної допомоги всіма, без виключно, закладами медицини, а також поза ними [14; 15].

Навіть в умовах воєнного стану, уряд країни усвідомлював про необхідність зміцнення здоров'я населення, що потребувало комплексу питань з організаційно-правових, економічних та соціальних рішень, а основними завданнями було забезпечення повноцінного функціонування саме системи громадського здоров'я та унормування роботи військово-лікарських комісій. Задля вирішення поставлених завдань у 2022 та 2023 роках ухвалюються Закони України «Про систему громадського здоров'я» та «Про внесення зміни до статті 70 Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо особливостей створення та роботи військово-лікарських комісій» [51; 46].

Закон «Про систему громадського здоров'я» визначає переорієнтацію з лікування хвороб на їхню профілактику та стимулювання здорового способу життя, а також вакцинацію та ранню діагностику визначає найефективнішими інструментами профілактики. Отже, формування громадського здоров'я офіційно пов'язується з його детермінантами, тобто направленість на

економічні, індивідуальні, соціальні та екологічні чинників, що впливають на стан здоров'я населення взагалі [4].

Попри воєнні дії на території нашої країни, реформування медичної сфери в Україні не припиняється. У липні 2022 року приймається рішення про утворення госпітальних округів, які, в свою чергу, були поділені на кластери для оптимізації фінансових та людських ресурсів. Як зазначив міністр В. Ляшко інфраструктурний етап медичної реформи було завершено у 2023 році, незважаючи на військовий стан [45; 68].

Відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України у січні 2025 року затверджується Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року, головна мета якої полягає у забезпеченні добробуту і здоров'я громадян через розбудову ефективної, стійкої та доступної системи медичної сфери, яка орієнтована на потреби кожного громадянина. Базовими принципами Стратегії визначені фокус на потребах пацієнта, інклюзивність, досягнення максимальної ефективності, розвиток кадрів, стимулювання розвитку медичного персоналу, застосування доказової медицини та ІТ, а також тісне співробітництво з громадськістю [65; 72].

Отже, п'ятий етап (2020 р. до теперішнього часу) характеризується впровадженням заходів спроможності системи охорони здоров'я України протидіяти поширенню коронавірусної хвороби, наданням первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану.

Отже, впровадження заходів протидії COVID-19 та надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану можна віднести до кризового управління і підвищення спроможності системи охорони здоров'я з 2020 року до тепер та визначити цей період п'ятим етапом становлення та розвитку національної системи охорони здоров'я.

Таким чином, проведене дослідження правового регулювання розвитку охорони здоров'я в Україні дало підстави для формування ключових періодів, які визначаються:

- 1991–1995 роки – формуванням базової законодавчої основи;

- 1996–1999 роки– конституційним закріпленням гарантій.
- 2000–2014 роки – стратегічним розвитком (початок реформи);
- 2015–2019 роки – впровадженням фінансових гарантій;
- 2020 – дотепер –адаптацією до кризових викликів.

2.2 Сфера охорони здоров'я України в умовах війни

Уже понад десятиліття населення України переживає низку серйозних криз. Починаючи з анексії Кримського півострова та воєнного конфлікту на сході, що розпочалися у 2014 році, наша держава зіткнулася з людськими втратами, гуманітарною, економічною кризою та кризою внутрішнього переміщення.

Згодом коронавірусна хвороба COVID-19 та пов'язаний із нею економічний спад призвели до безпрецедентного всебічного карантину. Що, в свою чергу створило значний тиск на матеріальне становище громадян України.

Катастрофа гуманітарного характеру розпочалася 24 лютого 2022 року із військовим вторгненням на територію України Російської Федерації. Військові дії стали причиною загибелі, поранень та масштабного переміщення населення з південних і східних областей на західні території країни або взагалі до сусідніх держав. Житлові фонди та цивільна інфраструктура зазнали значних пошкоджень та руйнувань.

Четвертий рік війни в Україні тестує систему охорони здоров'я на її здатність до ефективності та стійкості. Також постійне зростання кількості постраждалих серед мирного населення, знищення медичних установ і виснаження фінансових запасів супроводжуються загрозливими змінами у демографічній та епідеміологічній картині.

Через що ускладняється контроль над хронічними захворюваннями, різко зростає попит на реабілітацію, особливо на підтримку психічного здоров'я, а також виникають нові, неявні ризики. Аналізуючи поточну ситуацію, можна сказати, що погляд на статистику є, певним чином, оманливим, оскільки

справжні наслідки конфлікту для здоров'я нації набагато масштабніші, ніж це зафіксовано в офіційних даних.

Постійне посилення бойових дій має критичний вплив на цивільне населення. З лютого 2022 року до липня 2025 року Офіс Верховного комісара ООН з прав людини зафіксував в Україні майже 48000 постраждалих серед мирних жителів. Із цього числа 13,5 тисяч осіб загинили, а трохи більше 34000 отримали поранення. У 2025 році кількість жертв суттєво зросла: тільки протягом перших двох кварталів було зареєстровано майже 3000 загинилих та більше 4000 поранених.

Одночасно із цим збільшується число нападів саме на медичну інфраструктуру. Всесвітня організація охорони здоров'я підтвердила більше 2500 випадків атак на об'єкти медичної системи (лікарні, амбулаторії, пологові, поліклініки тощо) у період з лютого 2022 року по серпень 2025 року. Серед них: майже 2200 припали безпосередньо на медичні заклади, а 470 – на медичний транспорт. Тільки протягом дев'яти місяців 2025 року офіційно зафіксовано більше 380 нападів на медичні установи.

Отже, загальна кількість медичних закладів, які постраждали від повномасштабної агресії сусідньої країни, становить 2176 одиниць. Сумна картина збитків охоплює і транспорт екстреної допомоги, а саме: майже 280 автомобілів повністю виведено з ладу, 131 – пошкоджено, і 80 одиниць були захоплені [19].

Актуальні відомості про стан медичних установ, які розташовані на тимчасово окупованих територіях, отримати на цей час неможливо.

На сьогоднішній день повністю відновлено близько 660 об'єктів, тоді як ще майже 320 об'єктів мають часткове відновлення. До цієї групи входять медичні заклади, які розташовані на деокупованих територіях, а також ті, що зазнали мінімальних пошкоджень, тобто розбиті вікна, порушення цілісності фасадів або зруйновані дахи тощо [19].

Варто зазначити, що на переважній більшості пошкоджених об'єктів процес надання медичних послуг не припиняється. Отже понад 1400 установ

продовжують функціонувати у повному або частковому режимі, а решта закладів були переміщені в інші приміщення.

Атаки на медичні установи нашої країни мають тривалі наслідки, що виходять за межі лише збитків матеріального характеру. Сумарні втрати медичної інфраструктури оцінюються більше ніж півтора мільярда доларів США, тоді як передбачувані потреби на відбудову сягають майже 20 мільярдів доларів США. Однак, реальна вартість вимірюється не тільки фінансовими показниками.

Планомірне знищення лікарень та автомобілів невідкладної допомоги в Харківському, Донецькому та Запорізькому регіонах, які є прифронтовими, обмежує доступ населення до життєво необхідних медичних послуг. Це, своєю чергою, спричиняє підвищення рівня захворюваності та показників смертності.

Внаслідок тривалої воєнної агресії мільйони українських громадян були змушені покинути свої домівки цілими сім'ями. Згідно з наявною інформацією, більше 5,5 мільйона осіб отримали статус взагалі біженців, тоді як майже 4 мільйона є внутрішньо переміщеними особами. Таке масове переміщення створює, в свою чергу, додаткове інтенсивне навантаження на медичні системи громад-реципієнтів, яким тепер необхідно надавати допомогу значно збільшеній кількості жителів [20].

Особливі труднощі з доступом до медичних послуг виникають саме у внутрішньо переміщених осіб. За результатами опитування більше 10 відсотки ВПО не мають інформації про місце розташування свого сімейного лікаря, тоді як серед непереміщених громадян цей показник становить трохи менше – 8 відсотків.

Масштабний постійний рух великої кількості людей із прифронтових зон, де система охорони здоров'я була певним чином дезорганізована, до безпечніших регіонів України, може спричинити зниження рівня охоплення, наприклад, вакцинацією та поширення інфекційних захворювань. Це, в свою чергу, може сформувати складну ситуацію для громадського здоров'я, яка буде вимагати більш ретельного контролю та адаптованих заходів гуманітарного

реагування.

За даними проведеного дослідження команди Inweb, використовуючи інструмент Google Market Explorer та дані DOC.UA, яка досліджувала активність пацієнтів у 2022, 2023 і 2024 роках можна прослідити географію записів до лікаря у деяких містах України.

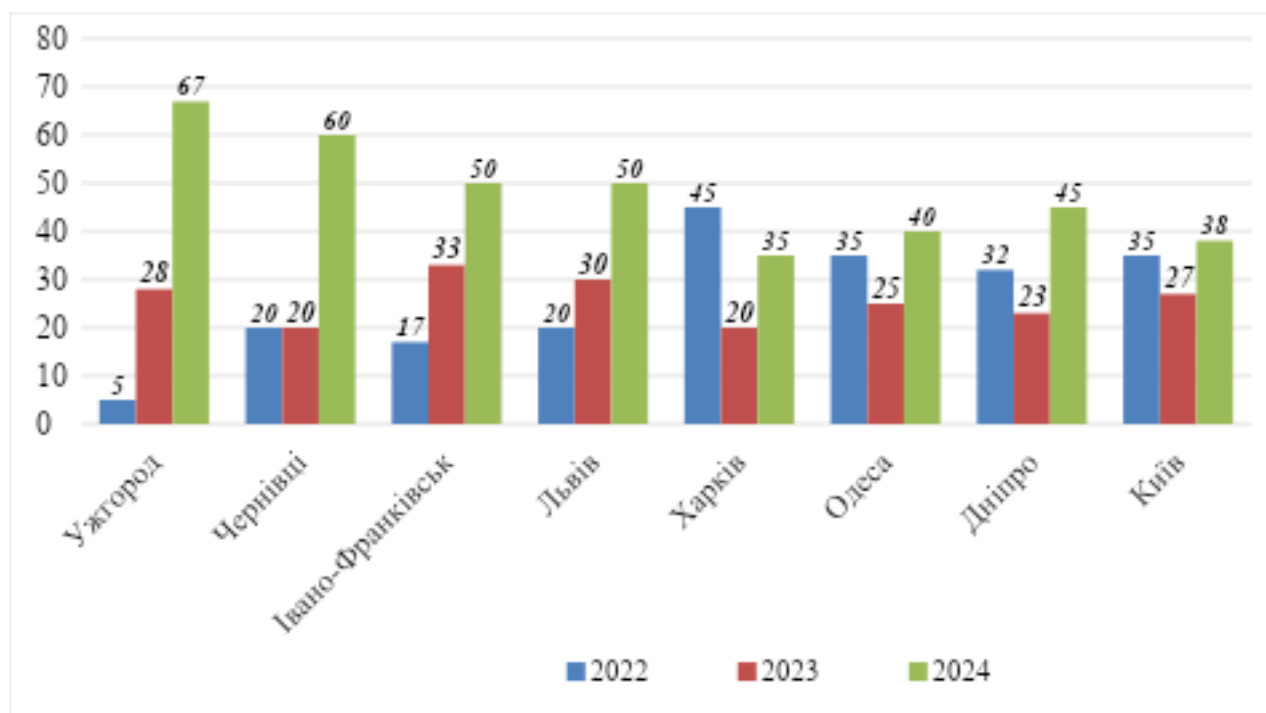


Рисунок 2.2 – Зміна географії записів до лікаря населення з 2022 по 2024 роки у % [72].

Водночас, у 2024 році частка записів у великих містах – Києві, Харкові, Дніпрі та Одесі або залишилася на майже на тих же показниках, як і у 2022–2023 роках, або трохи скоротилася. Це явище безпосередньо пов’язане зі змінами в демографічній структурі, спричиненими саме війною. Натомість, західні регіони демонструють інтенсивне зростання активної пацієнтської бази порівняно з 2022 роком, а саме:

- Львів — кількість активних пацієнтів збільшилася втричі;
- Івано-Франківськ та Чернівці — зафіксовано двократне зростання;
- Ужгород — показники зростання досягли майже дев’ятикратного збільшення.

За даними каталогу YC.Market на 2024 рік, в Україні діяли майже 90000 медичних закладів, із них: більше 47 тисяч – юридичні особи (компанії); 41 317 – фізичні особи-підприємці.

Варто зазначити, що найбільше медичних закладів працюючих представлено у центрі та на заході країни:

- Київ — 17,099 тисяч
- Харкові — 3,943 тисячі;
- Одесі — 3,821 тисячі;
- Львові — 3,499 тисячі;
- Дніпрі — 3,326 тисячі [31].

Протягом 2024 року Київ зберіг першість за загальною кількістю медичних записів – 52 відсотка від усіх звернень по країні припадало саме на столицю. Цей показник значно перевищує результати інших великих міст, а саме:

- Дніпро генерує 11 відсотків від загальної кількості звернень;
- Одеса становить 9 відсотків;
- Львів та Харків мають по 5 відсотків;
- Київська область забезпечує ще 4 відсотки звернень, а решта регіонів формують показники у межах 2–3 відсотків.

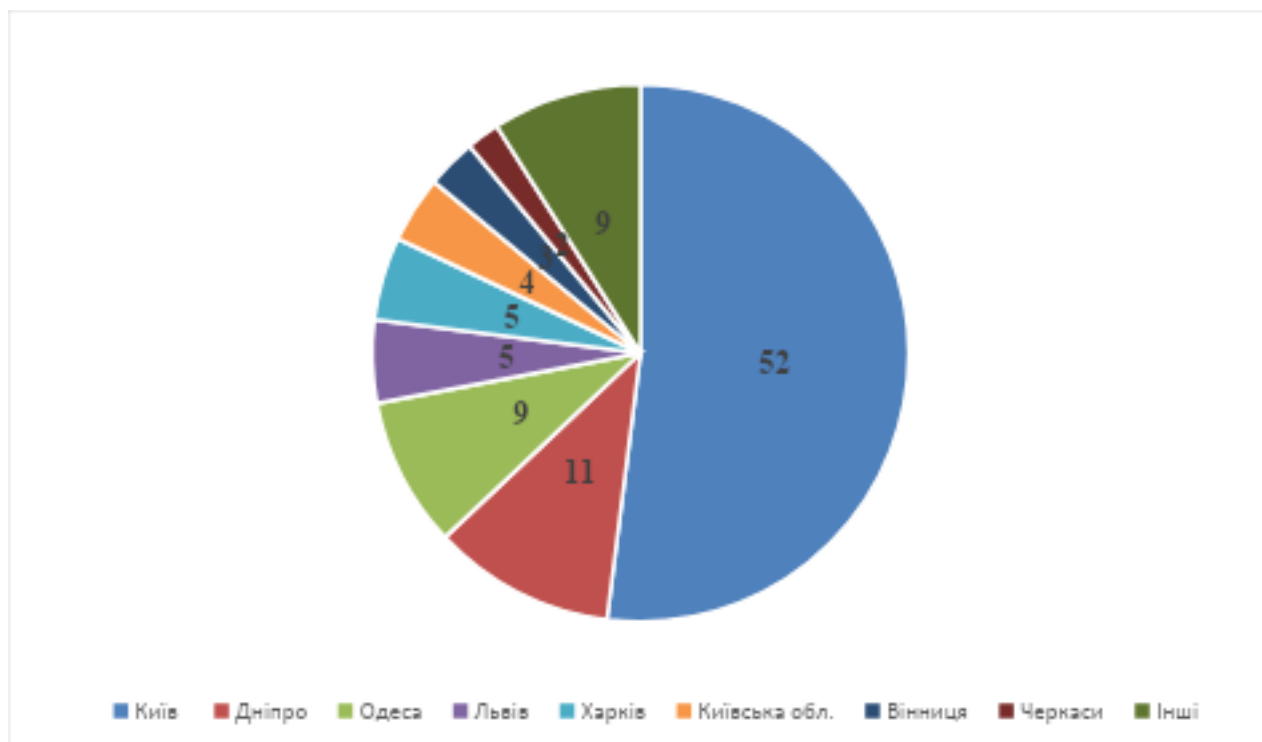


Рисунок 2.3 – Кількість записів лікарів по містах України у % [31]

За інформацією Міністерства юстиції України, протягом 2024 року було зафіксовано майже 500000 смертей проти 177 678 народжень. Хоча порівняно з 2023 роком смертність скоротилася на 0,2%, а народжуваність – на 5,6%, регіональні дані демонструють ще більш тривожну картину.

Звіт за 2024 рік виявляє колосальні регіональні диспропорції у співвідношенні смертності до народжуваності. При загальнонаціональному показнику 2,83:1, у прифронтових областях він суттєво зростає:

- Харківська область – 4,55:1
- Сумська область – 4,74:1
- Запорізька область – 4,76:1
- Донецька область – 8,49:1

Найбільш критичним є співвідношення на Херсонщині, де на одне народження припадає дванадцять смертей. Цей демографічний дисбаланс яскраво свідчить про старіння та виснаження населення. Молоді сім'ї та особи з дітьми переважно виїжджають, тоді як ті, хто залишається, це часто саме люди похилого віку, які не можуть, або не хочуть евакуюватися, або ж ті, хто

проживає на окупованих територіях [41].

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько половини українців мають проблеми із психікою через війну. Також, як зазначено у звіті, майже 85% усіх летальних випадків у країні спричинені неінфекційними захворюваннями.

Станом на кінець 2024 року 68% громадян України відзначали погіршення свого самопочуття порівняно з періодом до повномасштабного вторгнення у 2022 році. Найчастіше реєструвалися саме на:

- проблеми з психічним станом – стосуються 47% опитаних;
- розлади психіки – фіксуються у 43%;
- неврологічні порушення – виявлені у 38%.

Нагадаємо, згідно з іншим дослідженням, задоволеність українців власним психологічним станом постійно знижується. Так, у 2022 році цей показник був більше 40%, а на початку 2025 року впав до 35%. Найчастіше люди скаржаться на сильну втому, напругу, роздратованість та відчуття страху [67].

Незважаючи на значне зростання потреби у психологічній допомозі — з 41% у 2022 році до 71% у 2025 році — лише 13% населення фактично звертається за професійною підтримкою.

Серед головних перешкод визначають дефіцит кваліфікованих спеціалістів, соціальну стигматизацію, пошкодження інфраструктури та обмежену досяжність послуг. Статистика підтверджує це: амбулаторну допомогу у сфері ментального здоров'я надають лише 13 відсотків медичних закладів, а стаціонарну — менше 1 відсотка.

Такий розрив призводить до відкладання початку лікування, накопичення супутніх проблем та хронізації психічних розладів. У кінцевому підсумку, це негативно відбивається на соціальній та економічній стійкості держави.

Результати соціологічних опитувань показують, що майже 90 відсотків дорослого населення України перебуває у стані постійного стресу та нервового напруження.

Головними каталізаторами цього стану є війна (79%) та фінансові негаразди (53%). Найбільш схильними до вразливості групами визначено:

- Внутрішньо переміщені особи (82%);
- Люди з інвалідністю (44%);
- Безробітні громадяни (56%) [67].

Протягом першого року повномасштабного вторгнення чисельність медичних працівників в Україні скоротилася на 15%. Дослідження Українського центру охорони здоров'я (УНС), зазначає, що найбільший спад зафіксовано серед молодшого медичного персоналу.

Тенденція до зменшення середнього та молодшого медперсоналу спостерігалася ще у довоєнний період через те, що країни Європи, зокрема Польща, проявляла зацікавленість у працевлаштуванні вже підготовлених українських медичних фахівців. Сукупна кількість медиків в Україні (включаючи лікарів, середній та молодший персонал) знизилася майже на 14% у 2022 році порівняно з 2021 роком.

Крім того, станом тільки на кінець лютого 2023 року у сусідній країні офіційно було працевлаштовано майже 2,5 тисячі лікарів та більше ніж 1050 медсестр і санітарок [7].

Медична система також відчуває гостру нестачу лікарського персоналу. Понад половина лікарів належать до вікової групи старше 50 років, що генерує ризик втрати висококваліфікованих кадрів у найближчій перспективі. За приблизними оцінками, щороку систему залишають близько 5 тисяч лікарів та 11 тисяч медичних сестер.

На поточний момент в Україні загальнонаціонально спостерігається дефіцит медичних працівників. Зокрема, лікарні Харківської області відчувають нестачу більше 3200 лікарів.

Найбільший попит у регіоні фіксується серед анестезіологів, ортопедів та фахівців лабораторної діагностики.

Нестача також охоплює молодший медичний персонал. Наразі задіяно трохи більше 13 тисяч штатних одиниць, але відкритими залишаються майже

4000 вакансії.

Найкритичніший дефіцит анестезіологів спостерігається в:

- Чугуївському районі (65% нестачі);
- Ізюмському районі (55%);
- Екстрених відділеннях області (58%).

Схожа ситуація і серед ортопедів:

- Валки (72%);
- Золочів (65%);
- Краснокутськ (55%).

Подібна нестача фахівців стосується й працівників лабораторної діагностики:

- Невідкладна допомога (77%);
- Золочів (66%);
- Шевченкове (61%);
- Балаклія (57%).

Крім того, наразі виявлено брак лікарів, які спеціалізуються на реабілітації. Це охоплює такі посади: Психологи та психотерапевти; лікарі фізичної та реабілітаційної медицини (керівники команд, відповідальні за організацію роботи та виконання індивідуального плану відновлення); фізичні терапевти (не є лікарями, але сприяють поверненню рухових функцій); протезисти-ортезисти; медичні сестри з реабілітації; ерготерапевти (фахівці, які відновлюють побутові навички після травм); терапевти мови і мовлення; асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів [2].

Таким чином, Міністерство охорони здоров'я прогнозує дефіцит кадрів на світовому рівні до 2030 року. У зв'язку з цим потрібно вже зараз діяти і починати працювати над розробленням стратегії для належного забезпечення системи охорони здоров'я необхідним персоналом.

Система охорони здоров'я нашої країни наразі функціонує під екстремальним тиском. Найбільш відчутні труднощі фіксуються у прифронтових регіонах, де від 44% до 57% опитаних повідомляють про

ускладнення доступу до медичних послуг. Основними перепонами для отримання допомоги є висока ціна медикаментів, проблеми з транспортним сполученням та руйнування медичних установ.

У період із 2022 по 2024 рік реальні сукупні видатки на охорону здоров'я скоротилися на майже на 23%%, оскільки бюджетні кошти були переорієнтовані на потреби оборони та безпеки. Це зменшення призвело до скорочення цільової аудиторії гуманітарних програм із трьох мільйонів до трохи більше двох мільйонів осіб, незважаючи на те, що 9,3 мільйона людей були ідентифіковані як такі, що потребують допомоги. Таким чином, фінансові обмеження викликають каскадний ефект, підриваючи не лише невідкладне гуманітарне реагування, але й довготривалу стійкість усієї медичної системи.

Таким чином, можна визначити ключові проблеми доступності медичного обслуговування в умовах воєнного стану:

- кадровий дефіцит: гостра нестача медичного персоналу;
- руйнування інфраструктури: знищення та виведення з ладу медичних установ;
- географічна ізоляція: інфраструктурна недосяжність медичних закладів для жителів сільської місцевості;
- бар'єри для ВПО: проблеми з документацією та недостатня інформованість внутрішньо переміщених осіб про доступність медичних послуг, що створює ризики для громадського здоров'я.
- дисбаланс фінансування: неефективний розподіл бюджетних коштів між первинною та вторинною медичною допомогою на користь останньої, що обмежує доступ широких верств населення до первинної ланки;
- фінансова нестача: хронічне недофінансування галузі охорони здоров'я;
- висока вартість: надмірна ціна медичних послуг.

РОЗДІЛ 3

ПРІОРИТЕТИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Кадровий потенціал та стратегічний резерв охорони здоров'я України

Кадровий потенціал, особливо в системі охорони здоров'я, є вирішальним чинником, через залежність від нього кінцевого результату діяльності всієї системи охорони здоров'я, що охоплює індивідуальне та громадське здоров'я. В умовах військової агресії з боку Російської Федерації проблема значно посилилася, хоча була на порядку денному й до війни.

Як зазначають науковці, ще у 2021 році, система охорони здоров'я відчувала гострий дефіцит кваліфікованих медичних кадрів. Згідно з прогнозами, якщо тенденція до скорочення кадрового потенціалу медичної сфери збережеться, до 2030 року, рівень укомплектованості лікарями становитиме лише 75 відсотків, а середнім/молодшим персоналом будуть трохи більше 70 відсотків від необхідної кількості. Фактично, ще до початку повномасштабного вторгнення сусідньої країни простежувався дефіцит вакансій та сягав майже 13 тис. посад [8].

Сьогодні потреба в медичних кадрах, особливо на територіях, де ведуться бойові дії, суттєво зросла. Проте, потрібно зазначити, що проблема кадрового забезпечення охорони здоров'я є глобальною і стосується багатьох мирних світових країн, де було загострено різними пандеміями останніх десятиліть. Експерти в зазначеній сфері підкреслюють, що розбудова високоефективної системи охорони здоров'я, яка здатна гарантувати своєчасну та високоякісну медичну допомогу, є необхідною умовою для забезпечення високого рівня життя в будь-якій державі. Водночас, скорочення кількості медичного персоналу простежується на даний час у багатьох розвинених країнах [60].

Наслідками цього є погіршення організації обслуговування, зниження доступності допомоги та збільшення тривалості очікування для пацієнтів.

Таким чином, виникає нагальна потреба у дослідженні проблем кадрового забезпечення, зокрема, розробці стратегічних положень відновлення кадрового потенціалу системи в повоєнний період.

Кадровий потенціал у системі охорони здоров'я є ключовим чинником для забезпечення її життєздатності та досягнення її стратегічних цілей. Саме якість кадрового складу безпосередньо впливає на такі критерії медичних закладів, а саме: безпечність, стійкість та адаптивність, а також на результативність надання якісних медичних послуг. Персонал, в свою чергу, виступає як такий індикатор надійності, що формує довіру населення, держави та інвесторів, і впливає на репутаційні ризики.

Кадри являються не тільки головними чинниками з питань життєдіяльності системи охорони здоров'я, а й важливою ресурсною складовою. Надання належного рівня медичних послуг залежить від комплексу показників, таких як: рівень кваліфікації персоналу, його оптимальний розподіл, створення відповідних умов діяльності, прозорість оплати праці та достатнє матеріально-технічне забезпечення трудового процесу. Міжнародна спільнота експертів з зазначених сфері також вказує на необхідність формування контингенту кваліфікованих фахівців задля мінімізації ризиків на шляху досягнення глобальних цілей охорони здоров'я. Таким чином, ефективна кадрова політика однозначно повинна бути спрямована на покращення результативності на всіх рівнях медичної сфери, виходячи з її реальних потреб. А сама актуалізація проблеми кадрового забезпечення в умовах сьогодення, тобто війни обумовлена: міграційними процесами (внутрішніми та зовнішніми), погіршенням психологічного клімату серед населення взагалі, втратами медичного персоналу (загибель), а також переорієнтацією функціоналу системи [25].

Війна зараз та її майбутні наслідки зумовили нагальну необхідність отримання оперативної інформації про медичний персонал та його фахову

спроможність. Така інформація є важливою не тільки для воєнних потреб, а також для забезпечення медичних послуг цивільному населенню, особливо на територіях, які перебувають або під загрозою бойових дій.

Відповідно, після повномасштабного вторгнення ворожих сил на територію України у 2022 році питання створення Єдиної інформаційної системи «Національний реєстр лікарів України» стало актуальним. Особливо пріоритетним стало внесення даних про фахівців за спеціальностями з медицини, стоматології, медичної психології та педіатрії [75].

Єдина інформаційна система, а саме Реєстр лікарів має функціонувати як ключовий інструмент для регулювання міграційних процесів серед персоналу медичної сфери.

На процес міграції, особливо в перші роки повномасштабного вторгнення, спричинивши відтік медичних працівників, а для пацієнтів це означало – втрату доступу до спеціалізованих послуг у низці регіонів, неможливо було оперативно реагувати через брак такого реєстру або інших засобів управління людським капіталом.

Таким чином, у системі охорони здоров'я Національний реєстр лікарів України є критично необхідним елементом у воєнний час, а також для повоєнного відновлення системи для управління кадровим потенціалом і формування надійного кадрового резерву медичних фахівців.

Формування та подальше використання Реєстру лікарів вимагає залучення певних суб'єктів державної політики, а також та громадянського суспільства.

Залучення основних учасників цього процесу можна розподілити за етапами, а саме: стратегії, розробки, експлуатації (використання), які в свою чергу поділяються на регуляторів, надавачів послуг, навчальні структури, кінцеві користувачі (рис.3.1).

На нашу думку, «Національний реєстр лікарів України» буде створено як базу даних профілів лікарів за комбінованим формуванням, а саме:

- 1) шляхом самостійного внесення даних лікарем;
- 2) внесення інформації закладами охорони здоров'я;

3) внесення інформації закладами освіти [75].

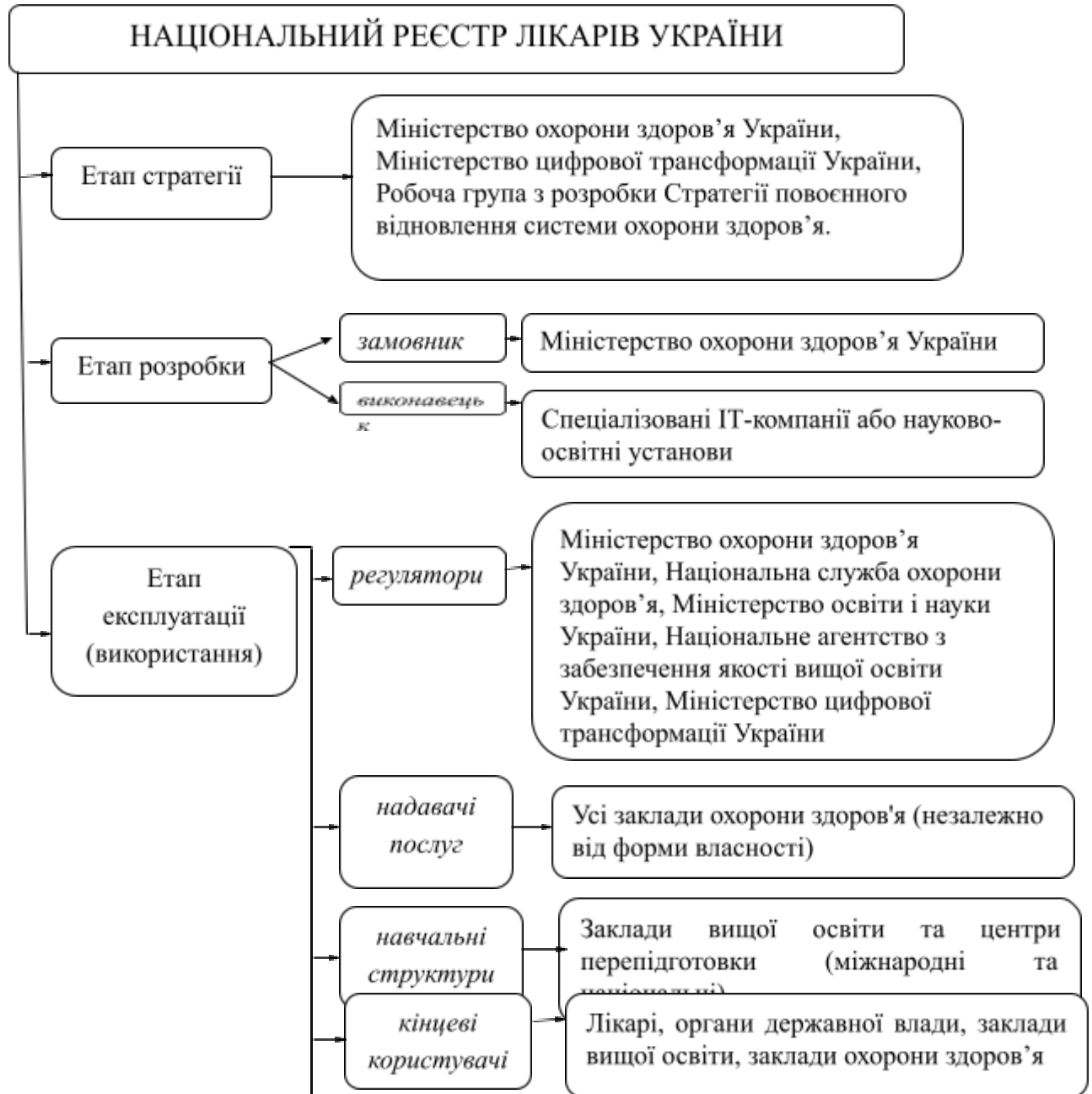


Рисунок 3.1 – Суб'єкти процесу формування інформаційного реєстру
«Національний реєстр лікарів України»

Таким чином, основною функцією профілю – розкриття даних про професійну діяльність лікаря, із завантаженням в реєстр підтверджувальних документів, які підлягають, в свою чергу обов'язковій верифікації з боку визначених регуляторних суб'єктів.

Складові, які впливають на формування інформаційної системи

«Національний реєстр лікарів України» визначаються в наступному (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 – Складові інформаційного реєстру «Національний реєстр лікарів України»

Складова інформаційної системи	Зміст складової		Характеристика складової
Внесення інформації	Інформація про особу (особисті дані, доступ до яких обмежений)		Профіль лікаря: дані про професійну активність
	Дані про освіту (спеціальність, ЗВО, рік)		
	Дані про професійну діяльність		
	Дані про професійну активність, в т.ч. наукову		
	Дані про підвищення кваліфікації		
	Можливі сфери роботи в медицині		
Верифікація інформації	Тренінгові центри при ЗОЗ; Міжнародні освітні центри; Підтверджуючі документи		Процедура перевірки інформації
	Підтверджуючі документи		
	Заклади охорони здоров'я, МОЗ, управління ОЗ		
	Заклади вищої освіти: дані ЄДЕБО та/ або архівів		
	Центри надання адміністративних послуг або Сервіс ДІА		
Доступ до реєстру	Встановлення рівня доступу до інформації	А – повний доступ	Алгоритм доступу до реєстру
		Б – обмежений доступ до пошукової системи	
		В – обмежений доступ до конкретних профілів лікарів	
		Г – обмежений доступ до інформації в профілі	
	Реєстрація:	користувач реєстру	
		суб'єкт підтвердження даних	
		суб'єкт внесення даних	
Напрями пошуку	За сферами роботи		Алгоритм пошуку, групування та аналізу інформації
	За спеціальністю		
	За закладом вищої освіти		
	За персональними даними		

Національний реєстр лікарів України як стратегічний інструмент, потенціал якого можна розширити, на нашу думку, буде виступати ключовим елементом післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я, призначення якого будуть визначені в наступних ключових завданнях:

- оперативному зборі, оцінці та аналізу інформації про кадровий потенціал;
- оперативній мобілізації медиків для подолання надзвичайних ситуацій;
- формуванні державного замовлення на підготовку лікарів за дефіцитними на той час освітніми програмами;
- створенні кадрових резервів різних рівнів;
- забезпеченні внутрішньої мобільності вузькопрофільних фахівців;
- сприянні оперативної організації консилиумів, консультацій та фахових обговорень.

В свою чергу, адміністрування інформаційної системи «Національний реєстр лікарів України» пропонується закріпити, наприклад, за Департаментом цифрової трансформації Міністерства охорони здоров'я України.

Акумуляування даних в цьому Реєстрі, визначить ключову інформаційну основу для формування багаторівневого кадрового резерву системи охорони здоров'я. Отже, наступним кроком є пропонуємо вивчення питання запровадження багаторівневого кадрового резерву системи охорони здоров'я.

Такий кадровий резерв системи охорони здоров'я може бути надійним інструментом в управлінні галуззю медицини та призначений для оптимізації управління кадрами, оперативного реагування на дефіцит персоналу, коригування навчання фахівців та протидії загрозам, особливо на рівні національної безпеки.

Якщо резерв розглядати з питання національної безпеки, то його роль є вирішальною та набуває критичного значення для:

- швидкого розгортання військових та цивільних мобільних госпіталів;
- кадрового оновлення на постійній основі в усіх ключових відомствах, включаючи Збройні сили України, Міністерство внутрішніх справ та Службу безпеки України.

Вперше Л. Криничко в своїй монографії розглядає питання формування

такого резерву системи охорони здоров'я [20]. Також вченим запропоновано резерв чотирьох рівнів, який включає наступні категорії:

- керівні кадри державного управління системою охорони здоров'я;
- керівні кадри закладів охорони здоров'я;
- медичні кадри певного регіону;
- мобілізаційний резерв медичного персоналу.

Відповідно до пропозиції науковця, кожен рівень кадрового резервування має чітко визначені вимоги та суб'єктів, відповідальних за його реалізацію та забезпечують безперервність оновлення повного кадрового складу, підвищення ефективності використання вже існуючого кадрового потенціалу, а також системну підтримку реформаційних процесів у визначеній галузі.

На нашу думку, саме багаторівневий кадровий резерв системи охорони здоров'я має враховувати воєнні дії сьогодення та відігравати ключову роль у стратегії саме післявоєнного відновлення медичної галузі. Проте, вже зараз, в умовах війни з Російською Федерацією, існує певна нагальна потреба у посиленні кадрового потенціалу через залучення працівників медицини. Крім того, формування кадрового резерву за територіальною ознакою, забезпечить гнучке реагування у випадках окупації та бойових дій.

Таким чином, кадровий багаторівневий резерв дозволить дуже швидко замінювати, а також оновлювати не тільки медичний персонал, а й управлінський, слугувати базою де якісно підготують потрібних фахівців через механізми кадрового резервування.

Кадровий резерв системи охорони здоров'я, з огляду сьогодні на вимоги війни та подальшого відновлення, пропонується формувати, дотримуючись чіткої багаторівневої структури, а саме на резерв, який:

- забезпечує кадрами систему управління охороною здоров'я на усіх, без виключно, адміністративних рівнях – Національний;
- державний (НСЗУ, МОЗ);
- регіональний (обласні та районні управління охорони здоров'я);
- місцевий (міські управління охорони здоров'я та управління

охорони здоров'я ОТГ).

Таким чином, Національний рівень кадрового резерву охоплює забезпечення кадрової стійкості у системі управління охороною здоров'я на всіх адміністративних ланках від центрального до місцевого.

Наступний рівень резерву надає можливість сформувати резерв управлінських кадрів саме для закладів охорони здоров'я, а завданнями зазначеного резерву є:

- формування мережі закладів охорони здоров'я, класифіковані за рівнями та видами послуг на: екстрену, первинну, спеціалізовану, паліативну допомога, реабілітацію, а також допомогу дітям, (до 16 років) та вагітним/породіллям;
- відновлення мережі закладів охорони здоров'я на деокупованих та ризикових територіях, тобто головною метою є відновлення медичних послуг в усіх регіонах від екстреної та первинної до спеціалізованої та паліативної;
- визначення чітких вимог до всіх керівних посад, а саме від гендиректора до заступника головного лікаря, а також до осіб, що включаються до зазначеного резерву;
- визначення особливих вимог до посад, а також врахування психологічного портрету, фізичної та спеціальної фізичної підготовки претендентів. Саме забезпечення таких критеріїв зможе слугувати запорукою при досягненні безпечності, адаптивності та стійкості системи охорони здоров'я в умовах протидії військовій агресії сусідньої країни.

Наступний резерв медичних працівників буде базуватися на «Національному реєстрі лікарів України» та формуватися такими критеріями, як медичні спеціальності та види надання медичної допомоги. Потрібно акцентувати, що формування даного включає навчання резервістів як в межах медичних спеціальностей, так і психологічними та фізичними характеристиками, а також за підготовкою лікарів надавати послуги в умовах надзвичайних ситуацій.

Отже, формування та використання кадрового резерву системи охорони

здоров'я має базуватися на таких фундаментальних засадах:

- відкритий доступ (з урахуванням захисту персональних даних) до інформації про резерв;
- створення єдиної ІТ-системи «Кадрові резерви СОЗ», синхронізованої з «Національним реєстром лікарів України»;
- підвищення кваліфікації та перепідготовка на постійній основі резервістів у співпраці з освітніми та зарубіжними центрами;
- обов'язковість включення психологічної та спеціальної фізичної підготовки;
- автономність (обмеження стороннього впливу) та аполітичність при формуванні та використанні резерву;
- заборона обмеженості при включенні до резерву (відповідність вимогам);
- запровадження чіткого механізму виключення з резерву (як за власним бажанням, так і через невідповідність вимогам).

3.2 Стратегічні напрями післявоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я

Реалізація соціальної функції держави у всьому світі відбувається через систему охорони здоров'я, яка базується на двох важливих складових: інтелектуальному капіталі та інфраструктурі, забезпечуючи якість та ефективність моделі надання медичних послуг. Однак, військова агресія сусідньої країни завдала значної шкоди інфраструктурі медичної системи. Це стосується не тільки територій, які розташовані безпосередньо біля лінії фронту, але й інших регіонів, які зазнали, наприклад, ударів балістичними, крилатими ракетами та іншими видами безпілотних літальних апаратів. Тому, відновлення критичної інфраструктури є важливою умовою для реалізації стратегічних цілей повоєнного відновлення охорони здоров'я.

Отже процес відновлення має проходити за двома паралельними

векторами, а саме:

- по-перше – відновлення надання медичних послуг на певних територіях;
- по-друге – забезпечення адаптивності, безпечності та стійкості системи охорони здоров'я (включно із закладами), що є основою для якісних та ефективних медичних послуг.

Складність процесу повоєнного відновлення інфраструктури полягає в становленні оцінки завданих війною збитків і визначенні реальної потреби у відновленні медичних послуг на конкретних територіях.

Крім того, для ефективної повоєнної відбудови критичної інфраструктури системи охорони здоров'я. Разом з тим, ефективність відбудови критичної інфраструктури медичної галузі визначається через доцільність такого відновлення в різних регіонах України. Саме це і є основою забезпечення справедливості в реалізації функції держави соціального характеру в частині надання медичних послуг.

Тому основою післявоєнного відновлення зазначеної інфраструктури має сприяти досягненню визначення стратегічних цілей:

- відновлення інфраструктури: проведення відбудови об'єктів системи охорони здоров'я, які зазнали руйнувань або пошкоджень внаслідок військової агресії Росії проти України;
- реінтеграція послуг: повне відновлення системи надання послуг медичної сфери саме на деокупованих територіях та в регіонах, найбільш постраждалих внаслідок бойових дій;
- якісна модернізація: оновлення механізму реалізації медичних послуг на засадах підвищення якості та ефективності;
- структурна модернізація: реорганізація структури системи охорони здоров'я на рівні держави та регіонів, які будуть відповідати відповідає післявоєнним вимогам;
- підвищення адаптивності: адаптивність високого рівня системи охорони здоров'я, а також її окремих структурних елементів;

- гарантування стійкості системи охорони здоров'я перед впливом внутрішніх і зовнішніх ризиків та загроз;
- забезпечення безпеки всіх структурних компонентів системи охорони здоров'я.

Таким чином, існує необхідність у визначенні напрямів процесу післявоєнного відновлення та забезпечення запуску нової системи охорони здоров'я з її ключовими властивостями. Сам процес відновлення критичної інфраструктури характеризується як динамічний, непростий і чутливий до впливу чинників внутрішнього та зовнішнього середовища. Через те, що потрібно гарантувати високий рівень громадського здоров'я на всій території країни, а також терміново відновлювати медичну допомогу на деокупованих і прифронтових територіях, простежується особлива складність зазначеного процесу.

Таким чином, напрями відбудови пошкодженої інфраструктури після російсько-української війни та відновлення надання медичних послуг у деокупованих і постраждалих регіонах — мають рухатися синхронно. Наприклад, прифронтові та звільнені території країни потребують, перш за все, відновлення доступу до медичної допомоги, а вже після цього розвитку інфраструктури нової системи. Реалізація саме такого підходу дозволяє зміцнити обороноздатність регіонів, покращити громадське здоров'я, що в майбутньому призведе до зниження соціального навантаження на державу та стимулюватиме економічний розвиток.

Процес відбудови зруйнованої та пошкодженої медичної інфраструктури має включати наступні етапи для отримання якісного результату:

- проведення аудиту та ідентифікації – всебічна оцінка інфраструктурних втрат і чітке визначення об'єктів, що потребують першочергового відновлення;
- запровадження Порядку та співпраці – розробка певного механізму відновлення інфраструктури в контексті формування нової мережі закладів медичної сфери з використанням державного майна закладами приватної форми

власності;

- встановлення вимог до якості – обов'язковість вимог при будівництві, модернізації та ремонтних робіт об'єктів, що гарантують такі властивості, як безпечність, адаптивність та стійкість системи;

- запровадження оптимізації ресурсів – визначення інфраструктурних об'єктів, відновлення яких не планується через функціональну недоцільність або відсутність фінансового забезпечення;

- визначення стратегічної відповідності – формування вимог до медичної інфраструктури, яка буде відповідати післявоєнним потребам не тільки державі, а й суспільству та новій мережі закладів охорони здоров'я.

На підставі сказаного вище, відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я має супроводжуватися властивості, необхідними для забезпечення її безпечності, адаптивності та стійкості, а також забезпечувати післявоєнний запит з боку суспільства на отримання якісних та ефективних медичних послуг, які будуть відповідати міжнародним стандартам.

Процес повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я вимагає визначення та залучення великого контингенту таких суб'єктів, як органи державного управління різних гілок влади, а також міжнародні урядові та неурядові організації, інститути громадянського суспільства, приватний бізнес та інших учасників суспільних відносин.

Саме на органи державного управління покладаються функції з реалізації цілей відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, основним завданням, яких є нормативно-правове забезпечення етапу відбудови та подальшу експлуатацію відновлених об'єктів.

Оцінка інфраструктурних втрат внаслідок бойових дій та окупації територій країни є однією із критично важливих складових процесу відновлення. Для об'єктивного оцінювання та визначення реальних потреб медичної інфраструктури пропонується класифікувати їх за двома категоріями: щодо яких інформація про втрати існує, та щодо яких ця інформація відсутня. Саме такий підхід може бути визначальним як з позиції загальної оцінки

інфраструктурних наслідків, так і для визначення етапів відновлювальних робіт. А дані з бухгалтерського обліку та фінансової звітності мають бути основними інформаційними джерелами для оцінки, але за умови доступу до пошкодженого чи зруйнованого об'єкта суб'єкти державного управління.

Отже, наявність труднощів доступу до пошкоджених об'єктів медичної сфери може призвести нестачі об'єктивних відомостей щодо інфраструктурних втрат. Тому, враховуючи цю проблему пропонується типологізувати території з обмеженим або повним блокуванням доступу наступним чином:

- території, що перебувають під окупацією і є зонами бойових дій;
- прифронтові території, які недоступні для органів публічної влади;
- території, що перебувають під окупацією, але бойові дії не проводились.

В той же час, інформація про інфраструктурні втрати не є, на нашу думку, вагомою для ухвалення оперативних і тактичних рішень публічного управління, проте вона є критично важливою саме для визначення напрямів, роботи міжнародного кримінального суду, визначення репараційних виплат післявоєнного відновлення. Оскільки, оцінюючи такі втрати, не можна ґрунтуватися тільки на бухгалтерських документах, вирішення цієї проблеми може бути у впровадженні застосування сучасних інноваційних технологій, які, в свою чергу, дозволяють отримати інформацію про фізичний стан інфраструктурного об'єкта системи охорони здоров'я для подальшого аналізу та визначення втрат. Тоді інформаційними джерелами можуть слугувати:

- звітні дані щодо фінансової діяльності та бухгалтерського обліку медичних закладів у разі доступності до них (фінансова документація);
- акти, що підтверджують переоцінку інфраструктурних об'єктів, якщо наявні відповідні дані бухгалтерського обліку (документи про оцінку);
- відомості, отримані шляхом супутникового спостереження за територіями (дистанційний моніторинг);
- дані, надані військовою розвідкою України та розвідувальними органами країн-партнерів (спеціалізована інформація).

З огляду на це, пропонується використовувати наступні методи державними контролюючими та правоохоронними органами для оцінки інфраструктурних втрат:

- дистанційний аналіз: безпечно та дистанційно завдяки супутниковим знімкам можна визначати рівень (частковий або повний) руйнування об'єкта інфраструктури. Але сьогодні правового дозволу на використання зазначеного методу не існує;

- використання розвідданих: необхідність використання даних воєнної розвідки або розвідки інших служб для оцінки ступеня руйнування об'єктів. Зважаючи на те, що ця інформація має гриф «секретно», її використання дозволене лише в інтересах медичних сил збройних Сил України. Але при забезпеченні комплексного інформаційного супроводу процесів можливість розсекречення окремих частин розвідувальних даних має місце.

На нашу думку, необхідно унормувати використання передових дослідницьких методик, розробивши офіційно ухвалюючи Методику оцінки збитків інфраструктурних об'єктів, до яких блокований доступ через тимчасову окупацію або через значну небезпеку, спричинену бойовими діями [19].

Необхідність ідентифікації з питання потреби у відбудові є основною умовою певного механізму післявоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я. Через недоцільність з різного роду причин відновлення всіх інфраструктурних об'єктів виникає потреба у встановленні чітких критеріїв, які слугуватимуть певною основою для визначення пріоритетної потреби у відновленні тих чи інших об'єктів (рис. 3.2).

Пропонуємо усі критерії визначення потреби у відбудові інфраструктури системи охорони здоров'я поділити за наступними двома групами:

1. Формування потреби, що відповідає суспільному та публічному запиту післявоєнного періоду.

У майбутньому в наслідок наслідків російсько-української війни сформується особлива потреба в певних видах медичної допомоги.

Тривалий стрес, присутність на постійній основі надзвичайних ситуацій,

втрата близьких, а також фінансові труднощі для сімей – ці фактори спричиняють невідкладну потребу у наданні психологічної допомоги та підтримки громадянам.

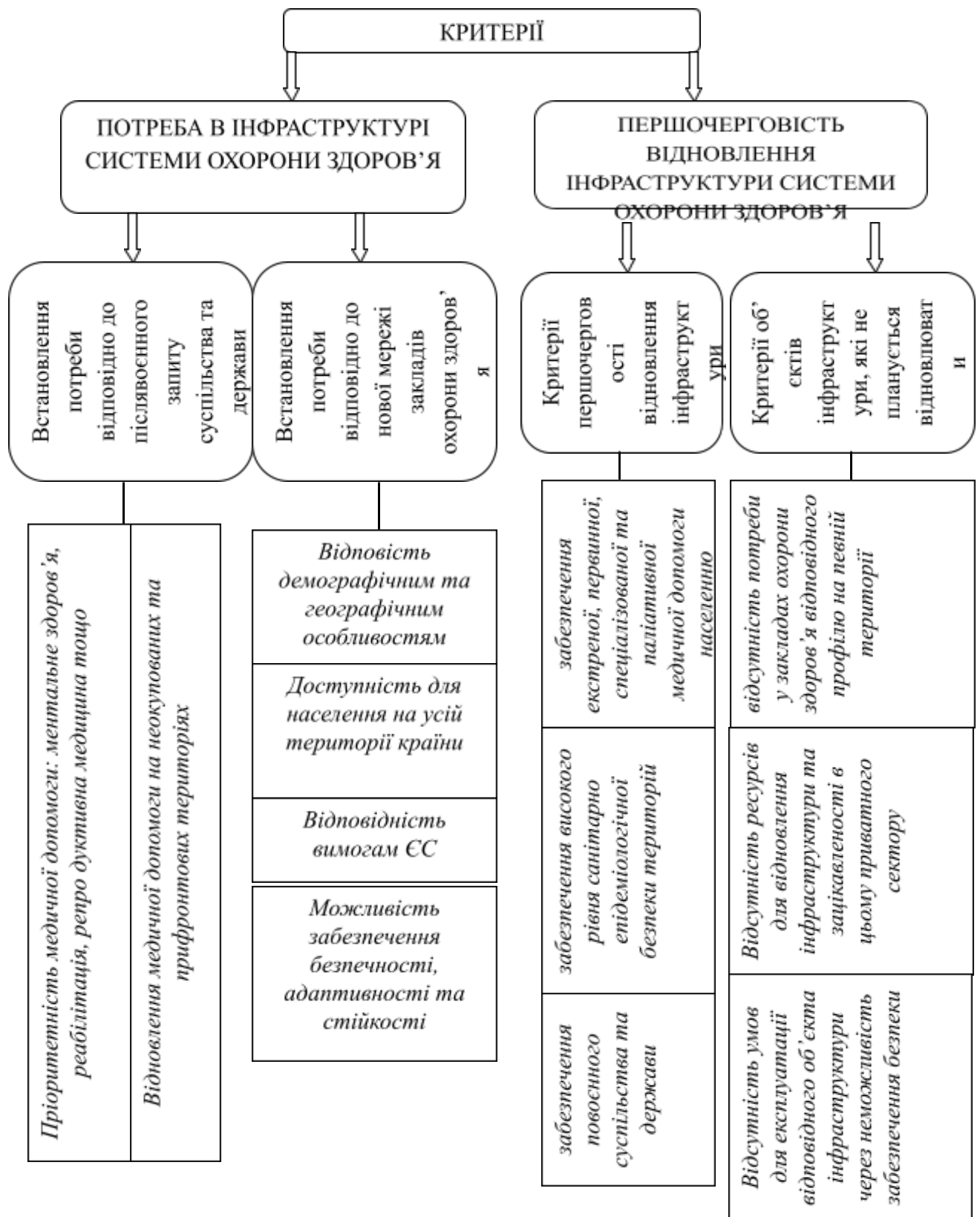


Рисунок 3.2 – Критерії визначення потреби у відновленні інфраструктури

системи охорони здоров'я

Тому завдяки такому комплексу заходів можна забезпечити підвищення рівня ментального здоров'я окремих осіб і, як наслідок, громадського здоров'я суспільства в цілому. В свою чергу, відбудована зазначена інфраструктура сприятиме частково реалізації програм держави із підтримки ментального здоров'я населення.

Через бойові дії прифронтових територіях та авіаудари по всій території України страждає працездатність. Реабілітаційна допомога в період воєнного стану та післявоєнного відновлення буде займати одне із пріоритетних місць серед медичної допомоги включаючи медичні, фізичні, психологічні, соціальні питання тощо. В той же час, без сумніву ключове місце займе також репродуктивна медицина, оскільки втрата репродуктивної функції в поточних умовах суспільного розвитку є частим випадком.

2. Встановлення потреби у відбудові, відповідно до моделі нової медичної мережі, вимагає застосування сукупності певних критеріїв:

- за географічними та демографічними характеристиками: визначення кількості, профілю та розрахункового потенціалу ліжко-місць медичних установ відповідно до чисельності мешканців даної громади чи регіону;
- за дотриманням вимог Європейського Союзу: гармонізація мережі закладів охорони здоров'я з основними рекомендаціями та стандартами ЄС;
- за фізичною доступністю медичних послуг для громадян по всій країні: відсутність обмежень для окремих категорій населення через розміщення об'єктів оновленої системи охорони здоров'я;
- за ключовими характеристиками: забезпечення стійкості, безпечності та адаптивності медичних закладів.

Вище сформовані критерії оцінки потреби у післявоєнному відновленні об'єктів охорони здоров'я слід доповнити критеріями пріоритетного планування відбудови з наступним групуванням:

1. Критерії першочерговості відновлення об'єктів системи охорони здоров'я:

- доступність до невідкладної, базової, профільної та паліативної медичної допомоги громадянам, що є фундаментальною умовою для реалізації соціальних зобов'язань держави;
- відбудова інфраструктури, яка сприятиме мінімізації ризиків, пов'язаних із санітарно-епідеміологічною безпекою регіонів;
- задоволення потреб суспільства у післявоєнний час з питань ментального здоров'я, комплексних реабілітаційних заходів та репродуктивної медицини.

2. Критерії закладів системи охорони здоров'я, які не планується відновлювати:

- недоцільність відновлення медичних монопрофільних об'єктів на конкретній території. Пріоритетність має бути на відновлення багатoproфільних закладів, але з визначенням одного чи кількох напрямів спеціалізованої та паліативної допомоги із особливою державною підтримкою. А вибір цих напрямів визначається комплексом певних факторів: територіальними, природними, демографічними, економічними та соціальними характеристиками конкретного регіону;
- відсутність необхідних ресурсів для відбудови інфраструктури та низька зацікавленість приватного бізнесу долучатися до відновлювальних робіт. Через кризовий стан приватного сектору та брак бюджетних коштів деякі об'єкти інфраструктури, що не мають першочергового значення, не будуть відновлені взагалі;
- брак необхідних умов для експлуатації відповідного інфраструктурного об'єкта медичної системи через неможливість гарантувати безпеку. Відновлювальні роботи та мають відбуватися виключно на територіях, де реально досягти необхідного рівня безпеки, а також при подальшій експлуатації такого об'єкта.

На підставі вищенаведених критеріїв оцінювання та відновлення інфраструктури, досліджуваної системи встановлено, що основні напрями відбудови пошкоджених і зруйнованих об'єктів інфраструктури є:

- ремонтні роботи – відновлення техніко-технологічних характеристик об'єкта. Цей підхід переважно використовується для об'єктів інфраструктури, які зазнали пошкоджень унаслідок воєнних дій і можуть використовуватися за призначенням у майбутньому;

- модернізація – це роботи з покращення функціональних характеристик усього інфраструктурного об'єкта або його окремих компонентів. Через авіаудари, артилерійські обстріли або техногенні аварії, спричинені війною, деякими об'єктами втрачено можливість їх використання без проведення будівельних робіт;

- будівництво – зведення нових об'єктів, реконструкція, розширення чи добудова існуючого об'єкта.

- Потреба у нових спорудах виникає через повне знищення старих або необхідність створення нових, з гарантуванням високого рівня безпеки для персоналу й пацієнтів та здатністю до швидкої адаптації й оперативного відновлення в умовах надзвичайних ситуацій;

- демонтаж — це часткове або повне знесення об'єкта інфраструктури через неможливість використання його у майбутньому повного зруйнування.

Таким чином, проведене дослідження обґрунтовує комплексні напрями державного регулювання процесами відбудови після війни, які складаються з:

- формування алгоритму оцінювання, який включає організаційні засади та інноваційні методики розрахунку інфраструктурних збитків із застосуванням сучасних інформаційних та космічних технологій;

- запровадження системи критеріїв для визначення нагальної потреби у відновленні об'єктів системи охорони здоров'я;

- визначення стратегічних векторів та інструментарію післявоєнної відбудови інфраструктури медичної системи.

ВИСНОВКИ

У даному магістерському дослідженні вирішені науково-теоретичні завдання, що полягають в обґрунтуванні напрямів удосконалення та модернізації окремих аспектів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я України. Отримані у процесі дослідження результати зумовили формулювання наступних висновків:

1. *Охарактеризовані* ключові аспекти державної діяльності у сфері охорони здоров'я.

Здійснено опрацювання ключових характеристик державної діяльності у сфері охорони здоров'я шляхом уточнення ключових характеристик змістовного навантаження основних понять: «охорони здоров'я», «державна система охорони здоров'я», «державна політика у сфері охорони здоров'я», «громадське здоров'я».

Наголошено, що здоров'я громадян є тією невід'ємною та фундаментальною складовою державної політики, яка розглядається як ключовий стратегічний ресурс і елемент національної безпеки. Саме держава відповідає за формування системи охорони здоров'я, охоплюючи не лише запобігання хворобам і лікування, але й постійну популяризацію здорового способу життя та збереження сприятливого довкілля. Цілісна система рішень державної політики у сфері охорони здоров'я вимагає цілісного гуманітарного підходу, оскільки її ефективність не тільки спрямовується на досягнення соціального добробуту громадян, а й безпосередньо впливає на національну економіку та обороноздатність країни.

З'ясовано, що внаслідок військової агресії Російської Федерації Україна зіткнулася з безпрецедентним комплексом певних загроз, які включають не тільки фізичне знищення громадян, інфраструктури, та зростання травматизму, але й катастрофічне погіршення ментального здоров'я населення. Такі умови вимагають від уряду держави не лише зменшення поточних ризиків, а й

стратегічних кроків, які мають бути спрямовані на фізичне виживання нації та збереження її інтелектуального потенціалу, що, в свою чергу, зобов'язує державні органи до оперативного реагування та оновлення законодавчої бази, щоб забезпечити стійкість і адаптивність системи.

Визначено, що госпітально-орієнтована модель виявила свою неефективність, зосереджуючись на лікуванні, а не на профілактиці та потребах громадського здоров'я через недосконалість організаційної структури та зниження якості послуг. Тому фундаментальна трансформація системи охорони здоров'я має бути направлена за двома основними векторами: євроінтеграційні зобов'язання (перехід до європейських стандартів, пріоритетність первинної допомоги) та необхідність післявоєнного відновлення. А стратегічне направлення ключових пріоритетів державної діяльності сьогодні охоплює такі головні напрями: формування єдиної системи громадського здоров'я для посилення превенції, критичний перегляд існуючих управлінських механізмів, а також забезпечення фінансової справедливості та чутливості системи до потреб усіх громадян. Концептуальною основою цієї реформації є впровадження ефективної державної політики на збереження здоров'я, яка інтегрує фізичне, психічне та соціальне благополуччя.

2. *Здійснено аналіз* світових практик публічного управління у сфері охорони здоров'я, який підтверджує, що прагнення до ефективності, якості медичних послуг та налагоджених механізмів фінансування сфери охорони здоров'я є глобальною тенденцією.

Зазначено, що світова практика демонструє різнонаправленість моделей, кожна з яких має свої певні переваги та недоліки, але спрямована на реалізацію саме людино-орієнтованого підходу та основного права людини на здоров'я. Так визначено, що Японія й Німеччина є лідерами за показниками здоров'я, побудувавши свою систему на обов'язковому медичному страхуванні з тристороннім фінансуванням (громадяни, роботодавці, державні субсидії), У Великій Британії запроваджена централізована державна модель з центральним фінансуванням із державного бюджету, перевагою якої є доступність і суворий

контроль за розподілом ресурсів.

За результатом аналізу зарубіжного досвіду *визначено* ключові напрями для інтеграції та вдосконалення української системи охорони здоров'я:

- направленість на первинну медичну допомогу шляхом стимулювання процесів надання якісних медичних послуг, безперервного професійного розвитку фахівців та реалізацію людиноцентричного підходу на первинному рівні у вигляді змішаного фінансування як у Хорватії;
- забезпечення фінансової доступності і контролю, а саме простоти, доступності та суворого контролю за ефективністю розподілу фінансових ресурсів;
- гарантування якості послуг, що залежить від кваліфікації медичного персоналу, ефективного використання обладнання, ліків та наявності сучасної фізичної та цифрової інфраструктури.

Встановлено, що універсальний доступ, фінансова справедливість та пріоритет превентивних заходів на первинній ланці *запропоновано* адаптувати їх до національних реалій для побудови ефективної та стійкої системи охорони здоров'я України.

3. *Здійснено дослідження* стану національної системи охорони здоров'я в умовах війни.

Встановлено, що сфера охорони здоров'я України демонструє певну стійкість навіть у найскладніших умовах. Проте значні випробування, такі як події 2014 року, пандемія COVID-19 та, найбільш руйнівне, повномасштабне військове вторгнення у 2022 році сусідньої держави, та ігнорування проблем загрожують колапсом системи, особливо у довгостроковій перспективі. Тому проведений наліз функціонування сфери охорони здоров'я України дозволяє *визначити* наступні кризи:

- повномасштабне вторгнення призвело до безпрецедентного руйнування медичної інфраструктури: понад 2000 закладів зазнали пошкоджень або знищення, а збитки оцінюються мільярдами доларів, що впливає на доступність до медичних послуг (у Східних і Південних регіонах доступ до

послуг катастрофічно обмежений, тоді як навантаження на систему охорони здоров'я в західних навпаки зросло в рази через внутрішню міграцію населення;

- наявність демографічної кризи, спричинена значним перевищенням рівня смертності над народжуваністю (в середньому у 3 рази по країні), а у прифронтових зонах досягає критичного співвідношення 12:1;

- наявність кадрової кризи, спричинений внутрішньою та зовнішньою міграцією, мобілізацією фахівців медичної галузі. Особливо критичною є нестача вузьких спеціалістів (анестезіологи, хірурги, реабілітологи) у постраждалих регіонах, що ставить під загрозу надання невідкладної допомоги;

- поява кризи ментального здоров'я через війну кардинально змінила епідеміологічну картину в Україні. За статистичними даними сьогодні потребують психологічної підтримки більше 70 відсоток населення, при фактичному зверненні лише 13 відсотків. Такий дисбаланс створює ризик відкладених соціальних наслідків.

4. *Визначені пріоритети кадрової політики у сфері охорони здоров'я.*

Доведено, що запровадження єдиної інформаційної системи «Національний реєстр лікарів України» та, особливо наразі, є критично необхідним кроком для розвитку кадрового потенціалу післявоєнної системи охорони здоров'я, що дає змогу вирішити наступні питання:

- отримати реальні дані про кількість, спеціалізацію та локацію фахівців, що є важливими в умовах активних внутрішніх та зовнішніх міграційних процесів, а також загибелі медичного персоналу.

- забезпечити прозорість даних про освіту та професійний розвиток через інструменти перевірки, які мінімізують репутаційні ризики та підвищують довіру до системи взагалі;

- створити аналітичну базу медичного персоналу для формування державних замовлень на підготовку фахівців дефіцитних спеціальностей та планування післявоєнного відновлення мережі закладів.

Крім того, *запропоновано* створення стратегічного кадрового резерву

управлінців для мереж надання медичної допомоги різних рівнів, не тільки для установ на деокупованих та територіях з можливими бойовими діями. Цей резерв передбачає чітке встановлення вимог до зазначених посад, обов'язковим включенням оцінки психологічного портрету претендентів та їхньої спеціальної фізичної підготовки.

5. *Окреслено* стратегічні напрями післявоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я.

Зазначено, що відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я є складним стратегічним процесом, який направлений на вирішення об'єктивної оцінки наслідків військової агресії та визначення нагальної потреби у відновленні об'єктів медичної галузі в постраждалих регіонах, забезпечуючи основні вимоги до нової системи охорони здоров'я, а саме: безпечність, стійкість та високу адаптивність до внутрішніх і зовнішніх ризиків.

Запропоновано поділ критеріїв для ідентифікації та визначення першочерговості відновлення зазначених об'єктів на такі групи:

— критерії за демографічними та географічними особливостями, забезпечуючи доступність якісних послуг для населення всіх регіонів країни та адаптування до вимог Європейського Союзу. А також, забезпечуючи задоволення післявоєнних потреб в питаннях ментального здоров'я, комплексної реабілітації та репродуктивної медицини, які стали критичними внаслідок війни;

— критерії за першочерговістю та недоцільністю відновлення, де першочерговість направлена на доступність до невідкладної, базової та паліативної допомоги з мінімізацією санітарно-епідеміологічних ризиків. Недоцільність відновлення передбачає пріоритетність відбудови багатопрофільним закладам, ніж монопрофільних.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андреев Є.В. Розвиток понятійно-категоріального апарату реформування національної системи охорони здоров'я. *Економіка, управління та адміністрування*. 2025. 1(111). С. 242–249.
2. Бикова Л. Медзакладам Харківщини не вистачає понад 3 000 лікарів. 2023. URL: <https://gwaramedia.com/medzakladam-kharkivshchyny-ne-vystachaie-mayzhe-polov-upu-personalu/> (дата звернення: 06.10.2025).
3. Білинська М. М. Визначення потреб у навчанні керівників сфери охорони здоров'я України. *Medical Perspectives*. 2020. Vol. 25, № 3. С. 56–64.
4. Бойко С. Тенденції розвитку системи охорони здоров'я в умовах децентралізації. НІСД. 2024. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/tendentsiyi-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh> (дата звернення: 16.09.2025).
5. Бородин Є., Моїсєєва Л. Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління. Державна політика у сфері боротьби з туберкульозом: світовий досвід. *Аспекти публічного управління*. 2022. Т. 10, № 4. С. 13–22.
6. Бурик З. Реформа системи охорони здоров'я в сучасних умовах. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*, 2025. №11, С. 27–46. URL: <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2025-11-27-46>.
7. В Україні скоротилась кількість медиків: кого бракує у галузі і скільки знайшли роботу в Польщі. 2023. URL: <https://medicine.rayon.in.ua/news/598908-v-ukraini-skorotilas-kilkist-medikiv-kogo-brakue-u-galuzi-i-skilki-znayshli-robotu-v-polshchi> (дата звернення: 06.10.2025).
8. Власенко Р.В. Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я. *Національний інститут стратегічних досліджень*. С. 1–9. URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf> (дата звернення: 16.09.2025).

9. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія. Кривий Ріг : ДДУУ : Вид. РА Козлов, 2017. 315 с.
10. Гайдученко С., Кондратенко Н., Коляда Т. Модернізація кадрових механізмів управління системою охорони здоров'я: виклики та перспективи в Україні. *Суспільство та національні інтереси*. 2024. № 8(8). С. 45–52.
11. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : *Юридичні науки*. 2016. № 4. С. 123.
12. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України № 411 від 25.04.2018. Дата оновлення: 04.02.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 16.09.2025).
13. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Постанова КМУ № 11 від 23.01.2015. Дата оновлення: 26.03.2009. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/11-2015_%D0%BF (дата звернення: 16.08.2025).
14. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану: наказ міністерства охорони здоров'я від 17.03.2022 р. № 496. Дата оновлення: 11.11.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text> (дата звернення: 15.11.2025).
15. Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 16.12.2022 р. № 1462. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 28.08.2025).
16. Дідик Н. Державна політика у сфері громадського здоров'я: трансформація векторів в умовах воєнного стану. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2024. Т. 35 (74), № 2. URL: https://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2024/2_2024/10.pdf (дата звернення: 07.08.2025).

17. Драган І., Даций Н., Орлова Н. Світовий досвід реалізації державної політики фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я та надання медичних послуг. *Публічне управління та місцеве самоврядування*. 2023. № 3. URL: <https://surl.li/gnvuxb> (дата звернення: 21.07.2025).

18. Замчий С. Інституційні засади формування та реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. *Державне будівництво*. 2023. № 1 (33). URL: <https://periodicals.karazin.ua/db/article/download/22964/21007> (дата звернення: 21.08.2025).

19. Захаров О. Криза охорони здоров'я в Україні: виклики, руйнування та парадоксальна статистика. *Humanitarian Media Hub*. 2025. URL: <https://hmh.news/17309/kryza-ohorony-zdorovya-v-ukrayini-vyklyky-rujnuvannya-ta-paradoksalna-statystyka/> (дата звернення: 06.11.2025).

20. Звіт про внутрішні переміщення населення в Україні. опитування загального населення. 2024. Раунд 16. URL: https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd11461/files/reports/IOM_UKR_GPS_Internal%20Displacement%20Report_Round%2016_UA_June%202024.pdf (дата звернення: 06.09.2025).

21. 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: 16.08.2025).

22. Кіян О. С. Науково-теоретичні засади дослідження механізмів державного та громадського управління охороною здоров'я. *Public Health Journal*. 2025. № 7. С. 125–133.

23. Конституція України, прийнята Верховною Радою України 28.06.1996 № 254к/96-ВР. Дата оновлення: 01.01.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення 21.10.2025).

24. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах

європейської орієнтації. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент. 2017. Вип. 24(2). С. 40. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11 (дата звернення: 17.08.2025).

25. Криничко Л. Р. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 3. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2011> (дата звернення: 06.09.2025).

26. Криничко Л.Р. Теорія та методологія державного управління в сфері охорони здоров'я: монографія. Житомир : Вид. О.О. Євенок, 2020. 348 с. URL: <https://surl.lu/khjdsn> (дата звернення: 21.08.2025).

27. Криничко Ф. Удосконалення механізмів державної політики у сфері громадського здоров'я. *Право та державне управління*. 2021. № 2. URL: http://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2021/20.pdf (дата звернення: 14.08.2025).

28. 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. Том 33 (72). № 3. URL: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2022/3_2022/19.pdf (дата звернення: 17.08.2025).

29. Куценко, А. О. (2025). Зарубіжний досвід публічного управління сферою охорони здоров'я. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*, (16). <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2025-16-02-20> (дата звернення: 17.09.2025).

30. Кучеров С., Радиш Я. Теоретичні засади дослідження системи публічного управління у сфері громадського здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 13-14. С. 110–116. URL: https://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2024/2_2024/10.pdf (дата звернення: 21.08.2025).

31. Медичні заклади України. YC.Market. URL: <https://catalog.youcontrol.market/medychni-zaklady> (дата звернення: 06.10.2025).

32. Мельник О. Конституція України як основне джерело права соціального забезпечення: сутність, ознаки та перспективи. Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія «Право». 2015. № 2 (12). С. 1–15.

33. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1-2.

34. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років/Міністерства охорони здоров'я України. Київ, 2014. 41 с.

35. НСЗУ: Презентовано онлайн-мапу мед закладів, де можна отримати психологічну та спеціалізовану допомогу з ментального здоров'я. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/nszu-prezentovano-onlain-mapu-medzakladiv-de-mozhna-otrymaty-psykholohichnu-ta-spetsializovanu-dopomohu-z-mentalnoho-zdorovia> (дата звернення 01.09.2025).

36. Огнєв В.А., Чухно І.А. Громадське здоров'я: змістовно-управлінський аспект. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 3 (50). С. 58–61.

37. Орлова Н., Драган І. Реалізація механізмів державного управління у реформуванні охорони здоров'я України. *Наукові перспективи*. 2023. № 10(40). С. 78–85.

38. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. Дата оновлення 27.09.2025. URL: <https://ukc.gov.ua/knowledge/osnovni-pryntsypy-ohorony-zdorov-ya/> (дата звернення: 28.09.2025).

39. 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 (дата звернення: 16.08.2025).

40. Правило О.І. Правове регулювання охорони здоров'я в Україні.

Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство». 2024.

№ 3. URL: <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/308382> (дата звернення 01.10.2025).

41. Прасад А. Смертність в Україні майже втричі перевищила народжуваність у 2024-му. *Журнал Forbes Ukraine*. 2024. URL: <https://forbes.ua/news/smertnist-v-ukraini-mayzhe-utrichi-perevishchila-narodzhuvanist-u-2024-mu-31012025-26762> (дата звернення: 06.10.2025).

42. Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові: Закон України від 30.09.2020р. № 931-IX. Дата оновлення: 30.10.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-20#Text> (дата звернення: 01.11.2025 р.).

43. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з метою підвищення спроможності системи охорони здоров'я України протидіяти поширенню корона вірусної хвороби (COVID-19): Закон України від 07.05.2020 № 587-9. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-20#Text> (дата звернення: 11.08.2025).

44. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я: Закон України від 20.12.2019 № 421-20. Дата оновлення: 31.12.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20#Text> (дата звернення: 03.08.2025).

45. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 р. № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення: 15.08.2025).

46. Про внесення зміни до статті 70 Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо особливостей створення та роботи військово-лікарських комісій: Закон України від 02.05.2023 р. № 3079-IX. Дата оновлення: 02.05.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3079-20#Text> (дата звернення: 15.08.2025).

47. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України № 2168 VIII від 19.10.2017. Дата оновлення:

31.10.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 03.11.2025).

48. Про лікарські засоби: Закон України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР.
Дата оновлення: 03.07.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 01.10.2025 р.).

49. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки : постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. № 14. Дата оновлення: 01.11.2011. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF#Text> (дата звернення 01.08.2025).

50. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ): Закон України від 12.12.1991 № 1972-12. Дата оновлення : 01.10.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text> (дата звернення: 15.08.2025 р.).

51. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 р. № 2573-IX. Дата оновлення: 01.01.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 15.09.2025).

52. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою: Указ Президента України від 18.08.2021 р. № 369/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20#Text> (дата звернення: 25.08.2025).

53. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text> (дата звернення: 16.01.2025).

54. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2030»: Указ Президента України від 30 вересня 2019 р. № 722/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text> (дата звернення: 16.01.2025) (дата звернення: 03.09.2025).

55. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони

здоров'я: Розпорядження КМУ № 1013-р від 30.11.2016. Дата оновлення: 31.11.2016. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016_%D1%80#Text (дата звернення: 16.10.2025).

56. Про утворення Міжвідомчої координаційної ради з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України: постанова Кабінету Міністрів України від 07.05.2022 р. № 539. Дата оновлення: 05.09.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/539-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 11.09.2025).

57. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова КМУ № 1101 від 27.12.2017. Дата оновлення: 31.12.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 03.11.2025).

58. Про фізичну культуру і спорт: Закон України від 04.12.1993 № 3808-XII. Дата оновлення: 12.10.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12#Text> (дата звернення: 15.10.2025 р.).

59. Рябчук О. О. Нормативно-правове забезпечення охорони здоров'я в Україні в умовах воєнного стану. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*. Серія 18 : Право : зб. наук. праць / М-во освіти і науки України, Укр. держ. ун-т імені Михайла Драгоманова. Одеса : Видавничий дім «Гельветика». 2024. Випуск 42. С. 46-53.

60. Сабецька Т.І. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*. 2022. Випуск 40. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1466/1411> (дата звернення: 15.08.2025).

61. Сазонець І.Л., Зима І. Я. Дослідження проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 21. С. 109–113.

62. Сіделковський О. Л. Суб'єкти формування та реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Публічне право*. 2020. № 1. С. 116–123.

63. Співак М. В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна: монографія. Київ: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України; Видавництво «Логос», 2016. 536 с.

64. Стартувала загальнодержавна програма «Здоров'я-2020: український вимір». URL: <https://med.oits.pro/2017/10/19/startuvala-zagalnoderzhavna-program> . (дата звернення: 16.09.2025).

65. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#n17> (дата звернення: 28.08.2025)

66. Терзі О.О. Визначення поняття «охорона здоров'я». Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2018. Серія ПРАВО. Випуск 51. Том 2. С. 46-49. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/fcfb5366-7d12-4567-b0a3-b693fb0d9b5a/content> (дата звернення: 21.08.2025).

67. Три роки війни: зростаючий попит на підтримку психічного здоров'я, лікування травм і реабілітацію. 2025. URL: <https://www.who.int/czechia/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation> (дата звернення: 06.10.2025).

68. Устінов О. Реформи в медицині проводяться попри війну | Український Медичний Часопис. Український Медичний Часопис – новини медицини і здоров'я. Медична практика в Україні. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-249318-reformi-v-meditsini-vidbuvayutsya-ne-divlyachis-na-vijnu> (дата звернення: 30.08.2025).

69. Федоренко Т. А. Міжнародні стандарти партисипаторної демократії як підґрунтя забезпечення участі громадськості в державному управлінні у сфері охорони здоров'я в Україні. Вісник Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Серія : *Державне управління*. 2017. № 3. С. 95–102.

70. Ханіна О.І. Державно-управлінські впливи формування здорового

способу життя. Актуальні проблеми психології в умовах політичної та економічної нестабільності : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., Дніпро, 21 грудня. 2022 р. Дніпро, 2022. С. 94–97.

71. Червяк С. Новітня система суб'єктів формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2024. № 1. С. 162–168.

72. Чуприна С. Механізми реалізації державної політики охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції. *Київський економічний науковий журнал*. 2025. № 10. С. 141-146. URL: <https://doi.org/10.32782/2786-765X/2025-10-18> (дата звернення: 28.08.2025).

73. Шипов Ю. Зарубіжний досвід публічного управління щодо надання медико-соціальних послуг: імплементація в українське середовище. *Економіка та суспільство*, 2025. (71). URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-71-116> (дата звернення: 20.09.2025 р.).

74. Юнгер В.І. Понятійно-категоріальний апарат державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Держава та регіони. Серія: Публічне управління та адміністрування 2024. № 2. С. 201-208.

75. Юнгер В.І. Формування та використання «Національного реєстру лікарів України». *Публічне управління і адміністрування в Україні*. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2024. № 39. С. 286-289.

76. Якість життя населення України та перші наслідки війни / Черенько Л.М., Полякова С.В., Шишкін В.С., Реут А.Г., Крикун О.І., Когатько Ю.Л., Заяць В.С., Клименко Ю.А.; Нац. акад. наук. Укр., Ін-т демогр. та соц. дослідж. ім.М.В. Птухи. — Київ, 2023. Електронне видання. URL: https://www.idss.org.ua/arhiv/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D1%96%D1%8F_%D1%8F%D0%BA%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C.pdf (дата звернення: 20.09.2025 р.).

77. 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: 20.07.2025).

78. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Dossier Gesundheitspolitik. Das Gesundheitswesen in Deutschland. Ein Überblick. 22.09.2017 Jahr. URL: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/251612/gesundheitswesen-im-ueberblick> (дата звернення: 17.09.2025 р.).

79. E-Health – Digitalisierung im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative.html> (дата звернення: 17.09.2025 р.).

80. Japan Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 8 No. 1. 2022. URL: <https://www.ecoi.net/en/document/202218.html> (дата звернення 29.11.2024).

81. Medicaid - basic Health Program/ URL: <https://www.medicaid.gov/basic-health-program/index.html> (дата звернення 29.10.2025).