МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІНЖЕНЕРНИЙ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ІМ. Ю.М. ПОТЕБНІ

Кафедра управління та адміністрування

Кваліфікаційна робота(проєкт)

магістр
(рівень вищої освіти)

НА ТЕМУ: УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

Виконав: студент другого курсу, групи 8.2813-2
Спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
(код і назва спеціальності)

освітньої програми Публічне управління та адміністрування
(назва освітньої програми)
Катрич Єгор Володимирович
(ініціали та прізвище)

Керівник: Ажажа М.А., професор кафедри управління та адміністрування, доктор наук з державного управління
(посада, вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)
Рецензент Фурсін О.О., доцент кафедри управління та адміністрування, кандидат наук з державного управління
(посада, вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Запоріжжя
2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М. Потебні
Кафедра управління та адміністрування
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
(код та назва)
Освітня програма Публічне управління та адміністрування

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри д.філос.н.,
проф.Воронкова В.Г. _____
«___» _____ 2024 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ (ПРОЄКТ) СТУДЕНТОВІ (СТУДЕНТЦІ)

Катрич Єгор Володимирович
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи (проєкту) *Удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні*
керівник роботи *Ажажа М.А., професор кафедри управління та адміністрування, доктор наук з державного управління*
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)
затверджені наказом ЗНУ від «22» 02.2024 року № 365-С
2.Строк подання студентом роботи 01 грудня 2024 р.
3.Вихідні дані до роботи *1. Формування плану. 2. Формування гіпотези дослідження. 3. Аналіз літературних джерел за останні п'ять років. 5. Методологія дослідження.*
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) *1. Теоретико-методологічні засади організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні. 2. Аналітико-дослідницькі виміри напрямів удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні.*
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Ажажа М.А., професор кафедри управління та адміністрування, доктор наук з державного управління	01.10.24	
Розділ 2	Ажажа М.А., професор кафедри управління та адміністрування, доктор наук з державного управління	01.12.24	
Нормоконтроль	Венгер О.М., к.п.н., доц. кафедри управління та адміністрування		

7. Дата видачі завдання 30 червня 2024 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	З'ясувати теоретичні засади організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні	15.09.24	
2	Сформувати понятійно-категоріальний апарат організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні	01.10.24	
3	Розкрити методи організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні	15.10. 24	
4	Виявити діагностику проблем організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні	30.10.24	
5	Дослідити напрями удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні	17.11.24	
6	Запропонувати інструменти організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні	25.11.24	
7	Обґрунтувати складові організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні	30.11.24	
8	Розробити практичні рекомендації щодо удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні	02.12.24	

Студент _____ Є. В. Катрич
(підпис) (ініціали та прізвище)

Керівник роботи (проєкту) _____ М.А.Ажажа
(підпис) (ініціали та прізвище)

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.М.Венгер
(підпис) (ініціали та прізвище)

АНОТАЦІЯ

Катрич Єгор Володимирович. Удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні.

Кваліфікаційна робота для здобуття ступеня вищої освіти магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», науковий керівник Ажажа М.А. Запорізький національний університет. Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні. Кафедра управління та адміністрування, 2024.

В кваліфікаційній роботі розглянуто теоретико-методологічні засади організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні. Розглянуто особливості напрямів удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні. Певна увага приділяється виявленню перспектив і недоліків напрямів удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні.

Ключові слова: МЕДИЧНА ДОПОМОГА, МІСЦЕВИЙ РІВЕНЬ, ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МЕХАНІЗМ, РЕФОРМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я, ДОСТУПНІСТЬ, ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, МІСЦЕВЕ САМОВРЯДУВАННЯ, ФІНАНСУВАННЯ, ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ

ABSTRACT

Katrych Yehor. Improving the Organizational Mechanism of Medical Care Provision at the Local Level.

Qualifying work for obtaining a master's degree in higher education, specialty 281 «Public management and administration», supervisor Achacha M. Zaporizhzhia National University. Engineering Educational and Scientific Institute named after Y. Potebny. Department of management and administration, 2024

In the qualification work, the theoretical and methodological foundations of the organizational mechanism for providing medical care at the local level are examined. The features of approaches to improving the organizational mechanism for providing medical care at the local level are considered. Particular attention is paid to identifying the prospects and shortcomings of approaches to enhancing the organizational mechanism for delivering medical care at the local level.

Keywords: MEDICAL CARE, LOCAL LEVEL, ORGANIZATIONAL MECHANISM, HEALTHCARE REFORM, ACCESSIBILITY, QUALITY OF MEDICAL SERVICES, LOCAL SELF-GOVERNMENT, FINANCING, DECENTRALIZATION.

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

1.1. Теоретичний аналіз організаційного механізму функціонування закладів охорони здоров’я

1.2. Особливості організаційного механізму функціонування закладів охорони здоров’я

1.3. Зарубіжний досвід надання медичної допомоги

1.4. Особливості реформи системи охорони здоров’я в Україні

Висновки до першого розділу

РОЗДІЛ 2. АНАЛІТИКО-ДОСЛІДНИЦЬКІ ВИМІРИ НАПРЯМІВ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

2.1. Нормативно-правове забезпечення розвитку охорони суспільного здоров’я

2.2. Підготовка менеджерів у галузі охорони суспільного здоров’я як напрям удосконалення організаційного механізму закладів охорони здоров’я

2.3. Практичні рекомендації щодо удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні

Висновки до другого розділу

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

ВСТУП

В умовах сучасних соціально-економічних викликів і процесів децентралізації в Україні питання удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні набуває особливої ваги. Ефективність системи охорони здоров'я суттєво впливає на якість життя населення, а також на стабільність розвитку регіонів. Недоліки в організації надання медичної допомоги, зокрема нерівномірність доступу до медичних послуг, недостатнє фінансування і низька ефективність управління, потребують розробки нових підходів. Тема є актуальною в контексті виконання державних стратегій та реформ, орієнтованих на забезпечення рівного доступу громадян до якісної медичної допомоги.

Сучасна успішна країна характеризується здатністю органів державного управління створювати найсприятливіші умови для функціонування суб'єктів економічних відносин і забезпечувати комфортне життя своїм громадянам. Розвиток ринкових відносин визначив нагальність трансформації системи управління для всіх учасників економіки, що досягається шляхом упровадження ефективних організаційно-управлінських підходів, моделей і технологій, які гарантують стабільний розвиток у довгостроковій перспективі. Однак система управління в закладах охорони здоров'я, які також є суб'єктами економічних відносин, здебільшого зосереджена на вирішенні поточних завдань. Це означає, що ключовим пріоритетом є забезпечення стійкого функціонування та розвитку лише в короткостроковій перспективі. Досягнення цього можливе за умов належної підтримки з боку державних органів управління, а також формування сприятливого бізнес-середовища, яке стимулює розвиток. У цьому контексті особливого значення набуває ефективна взаємодія між органами державного управління у сфері охорони здоров'я та іншими державними (регіональними, місцевими) структурами, бізнесом, громадськими організаціями і

суспільством загалом.

Проблеми управління закладами охорони здоров'я стали особливо актуальними у зв'язку з реформуванням галузі. Трансформація системи охорони здоров'я торкається кожного громадянина, оскільки її основна мета – забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг для всіх мешканців України. Реформа спрямована на те, щоб переорієнтувати систему, ставлячи пацієнта у центр уваги. Майбутнє бачення системи охорони здоров'я після завершення реформування передбачає створення ефективної, доступної та сучасної системи, яка відповідає реальним потребам населення. Основними завданнями є підвищення рівня та якості життя громадян шляхом розширення доступності, покращення якості та безпеки медичної допомоги, забезпечення продуктивної зайнятості працівників у цій галузі, покращення рівня їх соціального захисту, а також розвиток і оптимізація системи соціальної підтримки.

Дослідженням змісту організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні та його компонентів присвятили свої роботи такі вітчизняні науковці, як Е. Афонін, О. Базарна, М. Білинська, І. Бедрик, Ю. Бережна,О. Богомолець,О. Босак, Л. Буравльов, О. Вашев, А. Дєгтяр, В. Дзюндзюк, В. Єлагін, Ю. Іванов, Т. Камінська, Д. Карамишев, О. Корвецький, О. Краснова, А. Колодій, М.Латинін, В. Мамонова, В. Мартиннко, Н. Мєзєнцева,О. Мельниченко, З. Надюк, О. Оболенський, Я. Радиш, О. Рогова, В. Рудий, Г. Слабкий, Н. Статівка, Н. Солоненко, Ю. Сурмін, С. Стеценко, І. Чухно, Н. Федак та ін.

Об'єкт дослідження – система організації надання медичної допомоги на місцевому рівні.

Предмет дослідження – організаційні механізми, принципи та методи, що забезпечують ефективність надання медичної допомоги на місцевому рівні.

Мета дослідження: розробити рекомендації та пропозиції щодо удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на

місцевому рівні з урахуванням сучасних викликів, принципів децентралізації та потреб населення.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі основні завдання:

– провести теоретичний аналіз організаційного механізму функціонування закладів охорони здоров'я;

– розглянути особливості організаційного механізму функціонування закладів охорони здоров'я;

– проаналізувати зарубіжний досвід надання медичної допомоги;

– дослідити особливості реформи системи охорони здоров'я в Україні;

– провести дослідження нормативно-правового забезпечення розвитку охорони суспільного здоров'я;

– визначити підготовку менеджерів у галузі охорони суспільного здоров'я як напрям удосконалення організаційного механізму закладів охорони здоров'я

– надати практичні рекомендації щодо удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні.

У ході дослідження застосовано низку загальнонаукових методів і підходів, зокрема: теоретичний аналіз літературних джерел з управління охороною здоров'я та інновацій; компаративний аналіз міжнародного досвіду щодо організаційних механізмів надання медичної допомоги на місцевому рівні; метод моделювання для розробки інноваційного підходу до організаційного механізму надання медичних послуг на місцевому рівні; емпіричні методи (опитування, статистичний аналіз) для оцінки ефективності запропонованих рішень; монографічний метод, що дозволив ґрунтовно дослідити теоретико-методичні засади організаційного механізму; методи аналізу та синтезу, індукції й дедукції, які використовувалися для постановки проблеми, вивчення та деталізації об'єкта дослідження; статистичний та техніко-економічний аналіз для узагальнення факторів і показників функціонування організаційного механізму; методи експертних оцінок та аналізу ієрархій для оцінки стратегічних аспектів організаційного механізму;

системний аналіз для дослідження організаційно-методичних засад; а також графічний метод для наочного представлення теоретичних і практичних результатів.

Інформаційна база дослідження включає фундаментальні положення сучасної економічної теорії та державного управління, результати наукових праць українських і зарубіжних дослідників, нормативно-правові акти України (закони, постанови, урядові рішення) з питань організації медичної допомоги на місцевому рівні, офіційні статистичні дані та первинні матеріали, зібрані автором під час дослідження.

Наукова новизна роботи полягає у впровадженні комплексного підходу до формування організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні. Цей підхід враховує особливості місцевого самоврядування, сучасні виклики та потреби в охороні здоров’я, що дозволяє розробити більш адаптивні та ефективні рішення для управління в цій сфері.

Практичне значення отриманих результатів полягає у наданні конкретних рекомендацій, що створюють вагоме підґрунтя для формування організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні. Результати дослідження можуть бути використані органами місцевого самоврядування для розробки стратегій покращення надання медичної допомоги. Напрацьовані рекомендації можуть бути основою для вдосконалення регіональних програм охорони здоров’я.

Основні наукові положення дослідження викладено публікації: Катрич Є.В., Гончарова В.В., Ажажа М.А. Правові аспекти прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров’я.. Матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції за участю молодих учених та здобувачів вищої освіти «Актуальні питання суспільства у сферах екологічної та цивільної безпеки, енергозбереження, менеджменту та економіки». Запорізький національний університет. Запоріжжя: ЗНУ, 2024. 529 с. С. 254-257. URL: https://www.znu.edu.ua/ii_znu/nauka/2024/aktualni-pytannya/zbirnyk_24.pdf

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

1.1. Теоретичний аналіз організаційного механізму функціонування закладів охорони здоров’я

Актуальність дослідження полягає у тому, що підвищення ефективності та результативності реалізації державної політики в галузі охорони здоров’я досягається завдяки комунікативним проектам, які інтегрують інформаційну, комунікативну та комунікаційну складові діяльності кожного закладу охорони здоров’я (ЗОЗ). Це, у свою чергу, потребує теоретико-методологічного обґрунтування нових механізмів управління та встановлення закономірностей їх функціонування.

У методологічному аспекті актуальність дослідження обумовлена тим, що воно дає змогу:

– розробити інноваційні механізми формування взаємовідносин ЗОЗ із громадськістю;

– удосконалити чинні механізми управління шляхом впровадження сучасних форм їх реалізації;

– перерозподілити функціональні обов’язки через використання інноваційних управлінських інструментів;

– знизити витрати, пов’язані з процесами інформування.

Поняття «механізм» є базовим для багатьох наук як технічного, так і гуманітарного профілю, використовуючись у різних контекстах. У наукових трактуваннях, що стосуються державного управління, відсутнє єдине загальноприйняте визначення механізмів державного управління.

Проведений контент-аналіз тлумачень засвідчує, що основа розуміння категорії «механізм» полягає в її застосуванні в управлінській діяльності. Ця категорія розглядається як: засіб, динаміка розвитку, система, сукупність елементів управління, спосіб чи сукупність методів. Спільною рисою всіх підходів є те, що механізми спрямовані на досягнення конкретного результату та поставленої мети.

Традиційно механізми державного управління розглядаються з двох основних позицій:

1. Як сукупність елементів, що формують організаційну основу.

2. Як динаміка функціонування цих елементів, що визначається відповідно до структурно-організаційного та структурно-функціонального підходів [1].

Протягом тривалого часу поняття «механізм» трактувалося у межах механістичної парадигми. У сучасних визначеннях механізм розглядається ширше – як упорядкована система або «порядок управлінської діяльності» [3]. Щодо організації механізм може розглядатися в двох аспектах:

1. Як механізм функціонування системи, що є сукупністю принципів, законів і процедур, які регламентують взаємодію організації, забезпечуючи реалізацію управлінських рішень у цілому та в умовах реформ.

2. Як організаційний механізм упорядкування її розвитку, що передбачає послідовність етапів проєктування структур, аналізу та визначення системи цілей, а також координацію організаційних підрозділів для забезпечення функціонування системи [4].

Через ці визначення прослідковується зв’язок між організацією як системою і організацією як процесом. Цей зв’язок забезпечується відповідним організаційним механізмом, результатом якого є побудова організаційної системи (підприємства, установи, закладу, державного органу). Для такої системи характерні:

а) внутрішня узгодженість і підпорядкованість взаємодії автономних частин;

б) сукупність процесів, спрямованих на забезпечення цілісності системи та вдосконалення взаємозв'язків між її складовими, наприклад, підрозділами або функціональними сферами.

Цікавий підхід полягає в тому, що взаємовідносини суб'єкта управління з об'єктом є основою для створення факторів розвитку. У цьому контексті вводиться поняття «соціальний механізм формування та реалізації державного управління», який розуміється як «сукупність і логічний взаємозв'язок соціальних елементів, процесів і закономірностей, за допомогою яких суб'єкт державного управління (його компоненти) «схоплює» потреби, інтереси і цілі суспільства в керуючих впливах, закріплює їх у своїх управлінських рішеннях та діях і реалізує на практиці, спираючись на державну владу» [13].

Потреби суспільства в управлінні проявляються через управлінські інтереси людей, які стимулюють їх участь у формуванні та реалізації державного управління. Ці інтереси визначають управлінські цілі, що пов'язані з розробкою та реалізацією управлінських рішень, спрямованих на задоволення суспільних потреб. Далі управлінські цілі закріплюються в управлінських рішеннях і доповнюються волею суб'єктів управління, зокрема волею народу, зафіксованою у формі державної влади.

У межах наукових теорій державного управління зустрічаються також поняття «механізм держави» і «механізми управління державою». Аналіз літературних джерел показує, що терміни «механізм державного управління» та «механізм управління» здебільшого вживаються як синоніми. Однак, відповідно до Енциклопедичного словника з державного управління [2], ці поняття розрізняються. Існує два підходи до їх тлумачення:

1. У першому підході механізм розглядається як те, що приводить систему в дію. Це визначення походить із індустріальної епохи й характерне для тоталітарних систем управління, що базуються на механістичній парадигмі.

2. Другий підхід визначає механізм управління як внутрішнє

улаштування системи управління, яке регулює порядок управлінської діяльності.

Метод співставлення показує схожість у визначеннях понять «механізм державного управління» та «механізм управління», а також у їх видах і елементах. На нашу думку, ці поняття майже тотожні, що підтверджується аналізом літератури й співставленням тлумачень [13]. Проте термін «механізм державного управління» уточнює приналежність механізму до конкретної інституції.

З урахуванням того, що в науці державного управління виділяють як комплексні механізми державного управління, так і їх окремі види, аналіз літературних джерел здійснювався в кількох напрямах: концептуальному (загальному) та галузевому. При цьому аналіз концептуальних підходів було класифіковано залежно від позицій науковців, які використовувалися як основа для пояснення категорії «механізм». Метод загальнонаукового аналізу дозволив виокремити дослідження, що охоплюють загальні підходи до інтерпретації категорії «механізми» у державному управлінні, їх елементи, структуру, а також спеціальні механізми державного управління в окремих галузях.

Останні включають п’ять основних елементів: безпосередньо механізм державного управління (організаційний, соціальний, політичний, економічний, правовий, мотиваційний, комплексний); суб’єкт державного управління; вплив, що реалізується через методи, ресурси та засоби; об’єкт державного управління; та досягнуту мету (реалізований вплив). Ці елементи є взаємопов’язаними та спрямовані на досягнення цілей, забезпечуючи взаємодію між суб’єктом управління (владою) та об’єктом управління (громадськістю). Однак комунікативні проєкти не входять до переліку інструментів впливу (методів, ресурсів, засобів, інструментів, важелів, заходів).

Методи загальнонаукового аналізу, систематизації та контент-аналізу визначень категорії «механізми державного управління», а також розроблена

класифікація стали базою для створення моделі кумулятивності механізму державного управління (рис. 1.1).

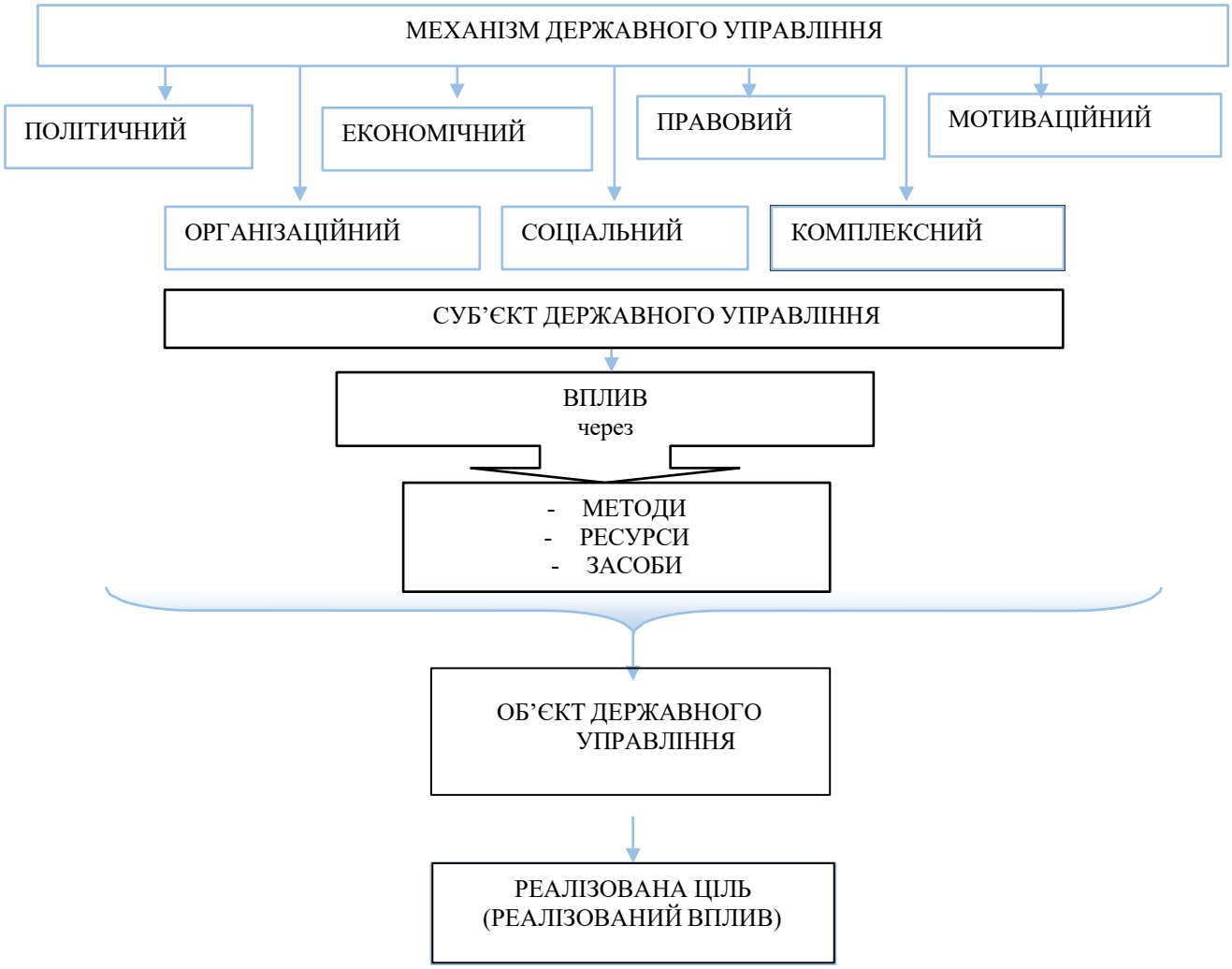


Рисунок 1.1 Модель механізму державного управління [2]

Механізми розвитку закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) можна розглядати з різних точок зору:

– вплив фінансування ЗОЗ на економічне зростання, що включає поєднання бюджетного механізму та механізму скорочення трансакційних витрат;

– фінансовий механізм як «сукупність економіко-організаційних заходів, правових та економічних форм і методів управління фінансовою діяльністю ЗОЗ, важелів і інструментів, що використовуються в процесі

формування, розподілу і використання фінансових ресурсів»;

– організаційно-інституційний механізм [4];

– комплексний механізм управління ЗОЗ через програми та проєкти розвитку.

Аналіз наукової літератури щодо механізмів державного управління загального й галузевого характеру демонструє, що запропоновані механізми певною мірою розкривають зв’язок ЗОЗ із громадськістю, оскільки майже кожна сфера спрямована на задоволення інтересів громадян або реалізацію їхніх прав. Однак на сьогодні, як у науці, так і на практиці, відсутній комплексний механізм, який би ефективно сприяв побудові взаємовідносин між ЗОЗ і громадськістю.

У цьому контексті варто звернути особливу увагу на трактування поняття «взаємовідносини». Емпіричні дослідження свідчать, що у наукових підходах нерідко відбувається синонімічне ототожнення понять «взаємовідносини» та «взаємодія». Це вказує на певну некоректність у розроблених методах налагодження взаємовідносин закладів охорони здоров’я (ЗОЗ) із громадськістю та багатовекторний характер дослідження цієї проблематики.

Таким чином, у процесі емпіричного аналізу будь-якої організації, зокрема закладу охорони здоров’я, організаційний механізм його функціонування розглядається подвійно: як упорядкована система та як процес упорядкування функціональної діяльності цієї системи. Окремої уваги потребує питання співвідношення понять «організаційний механізм функціональної діяльності закладу охорони здоров’я» та «механізм управління ним». Організаційний механізм і організація як процес впорядкування в організованих системах є, на наш погляд, підсистемою управління, яка через організаційний вплив на об’єкт управління сприяє його трансформації у бажаний стан з точки зору ефективності та результативності.

Згідно з основними концепціями комунікації влади, відносини між двома сторонами виникають лише за наявності тісного зв’язку, спільних

цінностей, взаємовигідних цілей, які підтримуються протягом тривалого часу. У сучасній комунікаційній теорії акцент робиться на формуванні стійких відносин із цільовими аудиторіями та зацікавленими сторонами [5].

На нашу думку, взаємовідносини у контексті теорії державного управління слід визначати не тільки через обмін інформацією та залучення громадськості до процесу прийняття рішень органами влади (що зазвичай враховується при розгляді взаємодії), але й через конкретні результати, які відчуває громадськість у процесі реалізації спільно ухвалених рішень.

Таким чином, на основі аналізу літератури, проведеного за принципом кумулятивності, пропонується визначення комплексного механізму державного управління для формування взаємовідносин ЗОЗ із громадськістю через комунікативні проєкти. Основою цього визначення є трактування соціального механізму формування та реалізації державного управління, а також концептуальні підходи до визначення механізмів державного управління.

1.2. Особливості організаційного механізму функціонування закладів охорони здоров’я

У лютому 2023 року Уряд України затвердив постанову Кабінету Міністрів № 174 «Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж». Цей документ передбачає «встановлює механізм функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж та механізм визначення надкластерних, кластерних, загальних та інших видів закладів охорони здоров’я, що входять до спроможної мережі закладів охорони здоров’я відповідного госпітального округу». Порядок встановлює механізм класифікації закладів охорони здоров’я на надкластерні, кластерні, загальні та інші види, що входять до

відповідного госпітального округу [45].

Спроможна мережа включає організаційно інтегровану систему надавачів первинної медичної допомоги, яка забезпечує якісну, комплексну, безперервну та пацієнт-орієнтовану допомогу, адаптовану до соціально-демографічних характеристик населення та його розселення. Постанова також регламентує порядок маршрутизації пацієнтів бригадами екстреної медичної допомоги, враховуючи пріоритетність доставки до надкластерних, кластерних та загальних закладів охорони здоров'я. Додатково визначено базові напрями медичного обслуговування, межі госпітальних кластерів, їх критерії діяльності тощо [3].

Згідно Порядку, надкластерними закладами охорони здоров'я відповідно до потреб населення у медичному обслуговуванні визначаються багатопрофільні лікарняні заклади для дорослих, багатопрофільний лікарняний заклад для дітей та заклади із розрахунку не більше одного на госпітальний округ, які виконують функцію головного центру з організації і надання медичної і реабілітаційної допомоги за такими напрямами:

–онкологічний;

–кардіологічний;

–психіатричний;

–фтизіопульмонологічний або інфекційний;

–перинатальний.

Дослідження сутнісних характеристик організації як системи та процесу, а також організаційного механізму функціонування медичного закладу потребує уточнення таких ключових компонентів: управління змістом робіт, організаційна культура, проєктування організації та техніка адміністративної діяльності. У наукових роботах зазначається, що «управління змістом робіт», розглянуте з точки зору системного підходу, визначається як одна з підсистем адміністративної діяльності організації (підприємства чи установи). У рамках цієї підсистеми здійснюються дії, спрямовані на виготовлення товарів, надання послуг та виконання робіт для

задоволення потреб споживачів» [10].

Система управління змістом робіт включає три підсистеми, які детально описують М. Макаренко та О. Махоленко:

1. Підсистема перетворення (або основна система, підсистема трансформації) виконує продуктивну роботу, що безпосередньо пов'язана з перетворенням об'єктів змісту робіт, які надходять на вхід, у кінцеві результати.

2. Підсистема забезпечення (допоміжна, підтримуюча, обслуговуюча) реалізує функції, необхідні для ефективного функціонування підсистеми перетворення.

3. Підсистема управління (керівна підсистема) отримує дані про поточний стан функціонування організації і здійснює коригування її розвитку [5].

Для прикладу, у закладі охорони здоров'я перетворювальна система приймає на вхід пацієнтів і, використовуючи наявні ресурси (лікарів, медичних сестер, медикаменти, медичне обладнання), через процес перетворення (зміст діяльності з надання медичної допомоги) досягає кінцевої мети – покращення здоров'я пацієнтів.

Підсистема забезпечення (наприклад, енергетичний блок, блок забезпечення харчування, служба постачання, складське та аптечне господарство) виконує необхідні функції, які підтримують роботу перетворювальної системи та надання медичних послуг.

Підсистема управління, що є керівною підсистемою закладу (зокрема, керівник комунального некомерційного медичного закладу, плановий відділ, фінансовий відділ, бухгалтерія), виконує адміністративні функції управління змістом робіт, контролює дотримання медичних стандартів і протоколів, а також координує діяльність установи.

З методологічної точки зору, можна стверджувати, що організаційний механізм функціонування медичного закладу як організації охоплює всі три зазначені підсистеми, забезпечуючи їхню комплексну та узгоджену роботу.

Таблиця 1.1 – Основні складові організаційного механізму надання медичної допомоги

Складові	Елементи	Характеристика
1	2	3
1. Структурно-організаційна складова	Заклади охорони здоров'я:	1. Первинна ланка (амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, центри первинної медико-санітарної допомоги). 2. Спеціалізовані (вторинна допомога) – районні лікарні, центри медичної реабілітації. 3. Високоспеціалізовані (третинна допомога) – обласні лікарні, спеціалізовані центри.
	Координація роботи між закладами	1. Зв'язок між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги. 2. Співпраця з іншими секторами (соціальні служби, громадські організації).
2. Фінансова складова	Джерела фінансування	1. Бюджетне фінансування (державний і місцевий бюджети). 2. Надходження через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) за договорами. 3. Залучення грантів, благодійної допомоги та інвестицій.
	Моделі оплати послуг	1. Оплата за обслуговування населення за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». 2. Пакети медичних послуг, що фінансуються НСЗУ.
3. Кадрова складова	Підготовка та підвищення кваліфікації	1. Розробка програм навчання для сімейних лікарів, медсестер та вузькопрофільних спеціалістів. 2. Проведення семінарів, тренінгів та сертифікацій.
	Мотивація медичного персоналу	1. Конкурентна заробітна плата. 2. Соціальні пільги (житло, програми страхування). 3. Стимулювання професійного росту.
4. Нормативно-правова складова	1. Забезпечення відповідності діяльності закладів чинному законодавству України. 2. Розробка місцевих програм охорони здоров'я з урахуванням регіональних особливостей. 3. Регулювання ліцензування і сертифікації закладів охорони здоров'я.	
5. Інфраструктурна складова	Оснащення медичних закладів	1. Сучасне обладнання для діагностики, лікування та реабілітації. 2. Інформаційно-комунікаційні технології (електронна медична карта, телемедицина).
	Логістика та транспорт	1. Служби швидкої допомоги. 2. Транспорт для обслуговування пацієнтів у сільській місцевості.
6. Інформаційно-аналітична складова	Моніторинг та аналіз здоров'я населення	Збір даних про захворюваність, доступність та якість медичних послуг.

Продовження таблиці 1.1

1	2	3
	Впровадження електронної системи охорони здоров'я	Інтеграція місцевих закладів у національну систему eHealth.
	Інформування населення	1. Проведення кампаній з профілактики захворювань. 2. Надання інформації про доступні медичні послуги.
7. Соціальна складова	1. Забезпечення доступності медичних послуг для всіх категорій населення (вразливі групи, малозабезпечені). 2. Взаємодія з громадськими організаціями та волонтерами. 3. Проведення освітніх заходів для населення щодо збереження здоров'я.	
8. Механізми контролю та управління якістю	1. Регулярний аудит і контроль якості медичних послуг. 2. Зворотний зв'язок від пацієнтів через опитування та оцінку задоволеності. 3. Впровадження стандартів надання медичної допомоги.	
9. Кризове управління	1. Розробка планів дій на випадок надзвичайних ситуацій (епідемії, війни, стихійні лиха). 2. Забезпечення резервів медикаментів, обладнання та кадрів. 3. Створення мобільних медичних бригад для обслуговування віддалених і кризових зон.	

Ці складові формують основу організаційного механізму для ефективного функціонування системи надання медичної допомоги на місцевому рівні та її адаптації до сучасних викликів.

Основою організаційного механізму є організаційна культура, яка визначається як набір ключових припущень і цінностей, що задають орієнтири для поведінки та дій членів організації [6]. Сучасна організаційна культура відіграє важливу роль у виборі організаційного механізму функціонування медичного закладу, виконуючи такі функції:

- регулятивну;
- інтеграційну;
- охоронну;
- розвивальну;
- адаптивну;
- освітню;

– орієнтаційну;

– формування іміджу організації;

– підтримання партнерських відносин;

– орієнтацію на пацієнта;

– пристосування до потреб суспільства.

Таким чином, організаційна культура є фундаментом, що забезпечує ефективне функціонування закладів охорони здоров'я, їхню адаптацію до суспільних змін та орієнтацію на задоволення потреб населення.

Організаційний механізм також включає організацію взаємодії між керівником і структурними підрозділами, між окремими підрозділами, а також між співробітниками медичного закладу. Взаємодія в межах організаційного механізму розглядається як «процес створення підприємством структури для досягнення певних цілей» [79]. У межах управлінської структури відбувається передача повноважень і відповідальності від вищого керівництва до підлеглих, структурних підрозділів і окремих працівників, а також надання інструкцій, рекомендацій чи розпоряджень.

Лінгвістичний аналіз терміна «організаційний механізм функціонування закладу» потребує уточнення поняття «функціонування». Це поняття трактується як спосіб досягнення визначених цілей через реалізацію основних, чітко визначених функцій організації [71]. Стосовно компонентів організаційного механізму функціонування медичного закладу виділяють такі ключові аспекти:

1. Формування складу і структури функціональних підрозділів.

2. Створення системи субординаційних, координаційних і реординаційних зв'язків.

3. Визначення підпорядкованості працівників керівникам структурних підрозділів, а керівників – вищому керівництву лікарні.

4. Розроблення механізму і техніки делегування повноважень.

5. Нормативне регламентування повноважень, відповідальності та

взаємодії.

6. Встановлення правил організації колективної праці й техніки комунікацій.

7. Організація роботи з документами та встановлення вимог до документування робіт.

Деталізуючи зазначені компоненти, можна стверджувати, що важливу роль у цьому відіграє організаційне проєктування як складова організаційного механізму функціонування медичного закладу. Воно реалізується через створення принципово нового об’єкта впливу або модернізацію вже існуючого.

Відповідно до позиції З. Мільнера, «організаційне проєктування як функція організації полягає у розробці таких організаційних елементів і відносин у створеній (модельованій) системі, які забезпечують високу надійність організаційного цілого» [8]. Це включає визначення пропорцій між елементами (структурними підрозділами) лікарні, планування дій і регламентування діяльності у часі, а також визначення механізмів внутрішнього функціонування. Зокрема, це розроблення положень про відділи й служби, статутної документації, посадових інструкцій, регламентів робіт, їхньої ідентифікації та документування.

О. Віханський і А. Наумов наголошують, що організаційне проєктування має враховувати не лише зміни у внутрішніх чинниках, але й стан і розвиток зовнішнього середовища [6]. У цьому контексті необхідно передбачити механізм відносин медичного закладу з владними структурами, партнерами, постачальниками, конкурентами й споживачами медичних послуг.

Оскільки об’єктом дослідження є модернізація організаційного механізму функціонування медичного закладу, що перебуває під впливом реформування системи охорони здоров’я, у подальшій частині дослідження враховуватиметься, що структурне організаційне проєктування може передбачати як часткове удосконалення системи, так і її радикальну

трансформацію чи створення абсолютно нової системи.

Важливим елементом організаційного механізму функціонування закладу охорони здоров'я є визначення переліку робіт як загалом, так і для структурних підрозділів. Цей перелік може суттєво варіювати залежно від специфіки діяльності окремих підрозділів, а також від типу закладів вторинного чи третинного рівнів охорони здоров'я. Організаційний механізм управління змістом робіт у медичних закладах включає нормування праці медичного персоналу, аналіз діяльності, планування робіт, їх документування, а також визначення та формалізацію взаємодії між різними видами робіт.

Таким чином, організаційний механізм функціонування закладів охорони здоров'я вторинного і третинного рівнів можна розглядати як багатокомпонентну систему, що поєднує системний і процесний підходи. На практичному рівні він має досліджуватись з позицій цих підходів. Як і будь-яка інша організація, підприємство чи установа, організаційний механізм медичного закладу є динамічною системою, яка перебуває під впливом численних чинників і трансформаційних змін.

На сучасному етапі найважливішими чинниками, що обумовлюють необхідність модернізації організаційного механізму закладів охорони здоров'я, є такі: зміна моделі функціонування системи охорони здоров'я; формування національного та регіонального ринків медичних послуг; диверсифікація форм власності в системі охорони здоров'я; реформування галузі; зміни в моделі фінансування; удосконалення інформаційно-аналітичного супроводу медичних послуг; інституційна трансформація.

Одним із ключових факторів є перехід від моделі Семашко-Бевериджа, яка передбачає домінування держави, фінансування з бюджету та надання безкоштовної медичної допомоги (хоча б формально). Цей перехід супроводжується необхідними змінами в організаційному механізмі, зокрема:

1. Виокремлення організації надання медичної допомоги.

2. Виокремлення організації надання медичних послуг.

У нормативно-правовій базі вже закріплено розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга». Медична допомога належить до сфери неринкових відносин між лікарем і пацієнтом та надається в державних і комунальних закладах. Водночас медична послуга є товаром на ринку медичних послуг і класифікується за розділом КВЕД «Охорона здоров'я і соціальна допомога» [9].

Розвиток національного і регіонального ринків медичних послуг створює конкуренцію між провайдерами послуг різних організаційно-правових форм, включаючи державні й комунальні некомерційні підприємства. Це зумовило:

1. Необхідність зміни статусу закладів охорони здоров'я на комунальні некомерційні підприємства (КНП) і зміни статусу їхніх керівників.

2. Запровадження маркетингових технологій в управлінні закладами, диверсифікацію джерел фінансування, освоєння методів сегментації ринку медичних послуг як з погляду попиту, так і пропозиції.

Зміни у середовищі функціонування медичних закладів підвищують їхню вразливість до кризових явищ, що актуалізує потребу впровадження антикризових технологій і систем управління якістю в організаційний механізм.

Починаючи з 2019 року, заклади охорони здоров'я, які отримали статус некомерційних підприємств, представлені:

– закладами первинної медичної допомоги (центри ПМСД, сімейні амбулаторії);

– закладами, що забезпечують стаціонарну або амбулаторну вторинну допомогу (дільничні лікарні, центральні районні лікарні, багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, консультативно-діагностичні центри, спеціалізовані медичні центри, диспансери);

– університетськими та клінічними лікарнями;

– закладами екстреної медичної допомоги;

– закладами медичної реабілітації;

– хоспісами;

– аптеками.

Відповідно, організаційний механізм цих закладів залежить від специфіки їхньої діяльності та продуктів, які вони надають. Це обумовлює особливості його модернізації, які можуть суттєво відрізнятися.

Окрім надання закладу охорони здоров’я статусу некомерційної (неприбуткової) організації, перетворення бюджетних установ у такий тип підприємств передбачає дві важливі зміни: запровадження моделі їх автономії та ліквідацію інтегрованої моделі розподілу ресурсів, з подальшим впровадженням моделі контрактних відносин між владою та медичними закладами (підприємствами). Відповідно, організаційний механізм функціонування медичного закладу повинен орієнтуватися на впровадження договірних відносин між постачальниками медичних послуг і модель закупівлі медичних послуг. Успіх модернізації в цій частині буде залежати від послідовності та системності реформаційних заходів.

Зміни, пов'язані з модернізацією організаційного механізму функціонування закладу охорони здоров’я, зокрема, включають створення електронного реєстру пацієнтів і укладення декларацій з пацієнтами, що вимагало зміни системи інформаційного забезпечення та характеру комунікацій з владою, пацієнтами та всередині медичних закладів. Запровадження декларацій з пацієнтами покращило функціонування центрів первинної медико-санітарної допомоги та організацію надання медичних послуг у закладах другого і третього рівнів охорони здоров’я. Внаслідок цих змін модернізації потребують ті елементи організаційного механізму, які регулюють відносини закладів охорони здоров’я з органами влади в частині фінансування медичних послуг. Особливості цих змін полягають у тому, що:

а) гроші йдуть за пацієнтом, тобто фінансування надається тій лікарні, яку обирає пацієнт, за умови наявності скерування від сімейного лікаря;

б) державні і комунальні медичні заклади, які внесені в Єдиний державний реєстр, функціонують згідно з затвердженим порядком реалізації

Програми державних гарантій медичного обслуговування.

Це обумовлює необхідність побудови такого організаційного механізму, який би забезпечував здатність працювати в умовах конкуренції, забезпечення високого рівня якості медичних послуг, впровадження інноваційних методик лікування, сучасної організаційної культури та високого професіоналізму медичного персоналу. Дослідники, що вивчають модернізацію організаційного механізму функціонування медичних закладів, відзначають необхідність впровадження нових продуктів (розширення та диверсифікація видів медичних послуг), маркетингових інновацій (створення власних моделей медичних закладів та рекламної діяльності), а також ресурсних інновацій (вибір матеріально-технічних, людських, інформаційних та організаційних ресурсів) [39]. Одним із важливих аспектів є також розвиток приватного підприємництва в медичній сфері.

Трансформація організаційного механізму функціонування закладів охорони здоров’я відбувається під впливом прийняття нормативно-правових актів і нових методик лікування, а також змін в організації виробничих процесів. Ключовим документом для змін у системі охорони здоров’я є Стратегія розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року [11, 12, 13, 14]. Проте на сьогодні, на відміну від центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), немає єдиного нормативно-правового акта, що регулює організаційний механізм закладів охорони здоров’я вторинного та третинного рівнів медичної допомоги. Специфіка діяльності закладів другого і третього рівнів охорони здоров’я полягає в багатопрофільності продукту та методик лікування, що використовуються, а також у різноманітності змісту робіт, виконуваних у різних медичних установах, таких як дитячі клінічні лікарні чи спеціалізовані онкологічні центри. У зв'язку з цим важливе значення для організації діяльності медичних закладів мають методичні рекомендації, методики лікування та клінічні протоколи.

1.3. Зарубіжний досвід надання медичної допомоги

Реформування національних систем охорони здоров’я є актуальним завданням для багатьох країн світу. Незважаючи на різноманітність моделей організації цієї сфери, кожна країна має вагомі причини для вдосконалення, а інколи й для докорінних змін у підходах до її функціонування.

Українські реформи у сфері охорони здоров’я також не передбачають повної відмови від загальнодержавної системи та запровадження обов’язкового державного медичного страхування. Водночас вони поступово відходять від централізованого державного контролю, орієнтуючись на ринкову основу як ключову тенденцію.

На цьому тлі заслуговують на увагу не лише досвід європейських країн, але й реформи у США, в яких активно обговорюється можливість впровадження універсальної державної системи охорони здоров’я, побудованої за принципом «єдиного платника». Такий підхід передбачає вирішення проблем американської медицини через націоналізацію медичного страхування, яке сьогодні базується на приватних страхових фондах.

Американська система охорони здоров’я, визнана зразком ринкової моделі, на яку орієнтуються багато країн, має суттєві недоліки, що змушують уряд переглядати її концептуальні засади. Незважаючи на те, що США витрачають на охорону здоров’я більше, ніж будь-яка інша країна (як у перерахунку на ВВП, так і на душу населення), ці витрати не завжди є ефективними. З одного боку, збільшення витрат може бути позитивним явищем, оскільки медичні послуги є «нормальним товаром», попит на який зростає разом із доходами населення. З іншого боку, через нерівномірний розподіл фінансового навантаження вони стають значним тягарем для споживачів і корпорацій.

Державні програми, такі як Medicare (для людей старше 65 років) і Medicaid (для малозабезпечених), створюють величезну заборгованість, яку

доведеться погашати майбутнім поколінням. При цьому значна кількість американців залишається без медичного страхування, що створює серйозні труднощі для цих громадян [46].

Хоча американська система здатна забезпечити високий рівень медичних послуг, цей показник є нерівномірним. Багато людей стикаються з труднощами у доступі до медичної допомоги відповідної якості. Пацієнти та медичні установи також потребують більше корисної інформації для ухвалення рішень.

Експерти зазначають, що витрати на надання медичної допомоги незастрахованим громадянам значно перевищують витрати, які можна було б уникнути за умов запровадження системи обов'язкового медичного страхування. У межах такої системи фінансування медичних послуг здійснювалося б через податки, а не через прямі платежі та приватне страхування. Приватні страхові програми могли б залишатися лише для покриття додаткових послуг, які не входять до державного плану.

Проте, аналізуючи досвід країн із державними системами охорони здоров'я, стає зрозуміло, що вони стикаються зі своїми проблемами: зростанням витрат, нормуванням послуг, дефіцитом сучасних технологій та низькою ефективністю. Ті країни, які успішно уникли цих проблем, змогли це зробити завдяки відмові від жорсткого державного контролю та переходу до ринкових механізмів.

Таким чином, вирішення проблем американської системи охорони здоров'я не повинно полягати в її повному одержавленні. Натомість, варто враховувати міжнародний досвід, який демонструє недоліки централізованих систем і переваги свободи вибору та надання більш ефективних послуг споживачам.

Як зауважує відомий дослідник Майкл Теннер, майже всі системи охорони здоров'я у світі стикаються з проблемами зростання витрат і обмеженої доступності медичних послуг для окремих верств населення. Універсальної моделі організації охорони здоров'я не існує, оскільки рівень

централізації, регулювання, розподілу витрат серед громадян і роль приватного страхування суттєво відрізняються в різних країнах. Водночас, аналіз загальних тенденцій розвитку національних систем охорони здоров'я дозволяє зробити кілька важливих висновків [40]:

1. Наявність медичного страхування не гарантує повного доступу до послуг охорони здоров'я. У багатьох країнах страховка поширена на все населення, однак доступ до медичних послуг часто регулюється, а пацієнти можуть чекати на лікування тривалий час.

2. Зростання витрат на охорону здоров'я характерне для багатьох країн, включаючи США. Попри те, що в інших країнах ці витрати становлять менший відсоток ВВП, вони також зростають, спричиняючи дефіцит бюджету, підвищення податків і скорочення соціальних виплат.

3. У країнах із переважним державним контролем над охороною здоров'я громадяни частіше стикаються з «листами очікування», нормуванням послуг і обмеженнями у виборі лікарів.

4. Найбільш ефективні системи охорони здоров'я досягають успіху завдяки відмові від централізованого державного контролю та використанню ринкових механізмів, таких як конкуренція, розподіл витрат, ринкове ціноутворення та свобода вибору для споживача.

США активно реалізовували реформу системи охорони здоров'я ObamaCare, проте значна частина її положень була скасована у 2017 році. Як наслідок, у 2020 році, під час пандемії COVID-19, значна кількість американців залишилися без страхового покриття для лікування навіть важких станів.

Досвід країн Європейського Союзу, особливо Франції, демонструє, що соціальні системи охорони здоров'я можна вдосконалювати як у межах бюджетного фінансування, так і через соціальне медичне страхування. Україні належить визначити свій підхід: зберегти бюджетну модель, запровадити обов'язкове медичне страхування чи створити змішану систему, подібну до французької. Важливо також чітко розмежувати послуги, які

фінансуються з бюджету, і ті, що оплачуються через страхові фонди, щоб уникнути плутанини й зловживань [55].

Французька система охорони здоров'я розвивається вже понад століття і була визнана ВООЗ найкращою у світі в 2000 році. Вона забезпечує доступ громадян до традиційних медичних послуг та інноваційних методів лікування. Система медичного страхування Франції є компромісом між британською моделлю, яка обмежує свободу вибору, та американською, яка вважається соціально несправедливою через значну кількість незастрахованих осіб.

Французи мають право вибору як лікарів, так і закладів охорони здоров'я. Водночас незалежно від політичної ситуації, уряд Франції завжди захищає національну систему охорони здоров'я, вважаючи її оптимальним поєднанням солідарності, лібералізму та плюралізму.

У Франції медичне страхування є складовою системи соціального забезпечення. Воно фінансується за рахунок податків на заробітну плату, які є пропорційними прибутковим податкам, а після останніх реформ також за рахунок непрямих податків на алкогольні та тютюнові вироби. На початку XXI століття уряд Франції ухвалив низку нових законодавчих актів, які дозволили системі охорони здоров'я надавати додаткову допомогу громадянам, що потребують щоденного догляду, а також компенсувати витрати, пов'язані з медичними випадками, незалежно від встановлення факту лікарської помилки [28]. Ці нововведення суттєво доповнили перелік вже гарантованих прав громадян, таких як компенсація у разі вагітності, оплата профілактичних заходів, медичне забезпечення для працівників і студентів, безкоштовна організація планування сім'ї та систематичний скринінг для ранньої діагностики захворювань.

Таким чином, система національного медичного страхування у Франції функціонує за рахунок змішаного фінансування: обов'язкових податків на заробітну плату та загальних державних фондів. Невелика частка медичних послуг фінансується приватними страховими компаніями. Розмір страхового

покриття автоматично збільшується зі зростанням потреб у ньому. При цьому держава не встановлює мінімальної суми виплат за страховкою, а кількість доступних лікарських засобів перевищує аналогічні показники більшості країн Європейського Союзу. Пацієнти з інвалідністю або хронічними захворюваннями звільнені від сплати додаткової страховки за умови звернення до лікарів, які приймають оплату у вигляді компенсації національного медичного страхування. Якщо ж пацієнти звертаються до лікарів, які не практикують такий спосіб розрахунку, додаткові витрати покриваються іншими передбаченими урядом джерелами [31]. Таким чином, навіть при державному забезпеченні пацієнти у Франції мають доступ до надзвичайно широкого вибору медичних послуг, що відповідає високим європейським стандартам.

Усі медичні заклади Франції поділяються на три основні категорії: державні лікарні, приватні клініки та благодійні організації. Починаючи з 1985 року, державні лікарні фінансуються переважно (до 91%) коштами фондів медичного страхування, обсяги яких визначаються на основі даних за попередній рік. Сучасна загальнонаціональна медична інформаційна система дозволяє враховувати точні показники навантаження на окремі клініки, оцінювати продуктивність їхніх підрозділів і, виходячи з цього, коригувати обсяги фінансування. Вартість медичних послуг встановлюється спеціальним комітетом на основі макроекономічних показників (інфляція, економічне зростання) та соціально-політичної ситуації. Медичні чинники, як-от фінансування нових технологій, враховуються значно рідше. Усі державні лікарні підпорядковуються Міністерству охорони здоров’я, яке також призначає керівників цих закладів [40].

На відміну від інших європейських країн, таких як Великобританія, Німеччина чи Нідерланди, Франція відмовилася від двох ключових підходів, які популярні під час реформування медичного сектору: права споживача на широкий вибір і цінової конкуренції між локальними фондами медичного страхування, які укладають вибіркові договори з медичними установами [25].

Це рішення ґрунтується на переконанні, що конкуренція неминуче призводить до приватизації, що суперечить принципу солідарності у наданні медичних послуг. Принцип солідарності передбачає взаємодопомогу між здоровими й хворими, багатими й бідними, працездатними та людьми з фізичними обмеженнями. Ідеалістичний підхід, що нагадує радянську ідеологію, відображається у встановленні страхових внесків залежно від платоспроможності, а не ступеня ризику. Іншими словами, заможна молода людина платить за страховку більше, ніж літній громадянин із хронічними захворюваннями. Такий підхід є повною протилежністю комерційним моделям, що домінують у сучасній світовій практиці.

Особливістю системи охорони здоров'я у країнах Скандинавського регіону є високий рівень координації, що здійснюється на різних рівнях та має численні форми реалізації. Хоча в деяких аспектах побудови системи охорони здоров'я країни цього регіону використовують подібні підходи, існують і значні відмінності. Зокрема, рівень загальнодержавної координації у Фінляндії та Швеції є значно нижчим порівняно з іншими країнами регіону.

Існуюча система охорони здоров'я стикається з багатьма викликами, пов'язаними з координацією, серед яких – розподіл бюджетних асигнувань та функціональних обов'язків усередині державних медичних закладів, впровадження програм лікування хронічних захворювань (наприклад, діабету), забезпечення взаємодії між рівнями первинної та вторинної медичної допомоги, а також гарантування громадянам права вибору постачальників соціальних медичних послуг.

Водночас спільними пріоритетами функціонування національних систем охорони здоров'я у країнах Скандинавії залишаються: координація діяльності лікарень та визначення їх спеціалізацій, взаємодія між службами загальної практики і спеціалізованими медичними центрами, організація медичної допомоги пацієнтам із онкологічними захворюваннями, координація допомоги хворим із хронічними захворюваннями (зокрема, діабетом), а також надання довгострокової медичної підтримки людям

похилого віку.

Систему охорони здоров’я в регіоні можна охарактеризувати як трипаратизм, де взаємодіють медичне забезпечення, медичне страхування та сам пацієнт. У межах цієї тристоронньої структури здійснюються фінансові потоки, а також обмін послугами. Населення сплачує за медичні послуги у формі податків або страхових внесків, а також безпосередньо оплачує послуги в ролі пацієнтів. Медичні заклади надають послуги та отримують оплату від пацієнтів і страхових організацій. Роль державних регуляторів полягає у прийнятті рішень, запровадженні контрольних механізмів та регулюванні функціонування системи охорони здоров’я.

Характерною ознакою системи охорони здоров’я країн Скандинавії є поєднання загальнообов’язкового медичного страхування, фінансування із державних і місцевих бюджетів та додаткового приватного страхування. Фінансові потоки від пацієнтів до постачальників послуг коригуються державними органами на центральному рівні (наприклад, у Фінляндії) або децентралізовано (у Швеції). Постачальниками послуг виступають як заклади первинної допомоги, так і спеціалізовані установи, доступ до яких часто має обмеження.

За легкими проблемами зі здоров’ям пацієнти звертаються до багатопрофільних фахівців первинної допомоги, у разі серйозних травм – до універсальних лікарень, створених на базі університетів, а за потреби – до вузькопрофільних спеціалістів. Однак для пацієнтів із хронічними захворюваннями потрібна комплексна координація роботи багатьох медичних закладів.

Основними механізмами координації у країнах Скандинавії є пряме регулювання на рівні системи, співфінансування медичного забезпечення (за рахунок держави, страхування і приватних внесків), чітка організація ієрархічної структури, а також розвинені професійні мережі.

У Данії більшість лікарень належить місцевим громадам і перебуває під управлінням органів місцевого самоврядування. Загальнодержавну

координацію здійснює Агентство з охорони здоров'я та лікарських засобів, яке визначає стандарти діяльності лікарень. Медичні установи надають загальні послуги (90% обсягу) та вузькоспеціалізовані, розподілені за рівнями складності. Четвертий рівень передбачає лікування за кордоном у надзвичайно складних випадках.

Система медичних закладів Фінляндії структурована у вигляді 21 незалежного округу, кожен з яких має повноваження приймати управлінські рішення стосовно інвестицій у будівництво необхідної інфраструктури, закупівлю обладнання та медикаментів. Водночас певні аспекти регулюються національним рівнем під керівництвом профільного міністерства. Міністерство охорони здоров'я Фінляндії здійснює нагляд за п'ятьма державними багатопрофільними лікарнями та низкою закладів вузької спеціалізації. Воно також визначає стандарти якості медичних послуг і запроваджує норми функціонування, такі як мінімальна кількість пологів (1000 на рік в одній лікарні) для збереження дозволу на надання таких послуг.

В Ісландії система охорони здоров'я повністю централізована. Міністерство охорони здоров'я координує всі медичні установи, відповідає за якість їхньої роботи, акумулює та розподіляє фінансові ресурси, а також сприяє взаємодії між закладами. Невелика чисельність населення країни зумовлює специфічний підхід до координації, зокрема, вузькоспеціалізовані послуги надаються обмеженою кількістю установ. Наприклад, спеціалізовані хірургічні операції проводяться виключно в багатопрофільній лікарні Landspítali University Hospital. У 2014 році відбулося злиття регіональних медичних установ поза столицею, що поступово призвело до децентралізації управління на місцевий рівень, хоча фінансування залишилося на загальнодержавному рівні.

У Норвегії медична система має ієрархічну структуру, поділену на чотири регіональні округи, що підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я та медичних послуг. Управління інфраструктурою, інвестиціями та

іншими аспектами здійснюється місцевими органами. Міністерство має право втручатися в ухвалені рішення та їх скасовувати. У 1990-х роках відбулася масштабна реформа, зокрема злиття універсальних лікарень у Стокгольмі, Гетеборзі та Мальме, що дало змогу централізувати багатопрофільну допомогу. Причинами таких змін стали економія коштів, дефіцит кадрів і підвищення якості медичних послуг. Локальні лікарні зосереджені на планових операціях, консультаціях та догляді за людьми похилого віку, тоді як на національному рівні функціонують спеціалізовані центри, зокрема ракові.

Координація руху пацієнтів і фінансових ресурсів між первинним і спеціалізованим рівнями допомоги має важливе значення. У багатьох країнах регіону пацієнти мають спершу звертатися до первинної ланки для визначення необхідності подальших вузькоспеціалізованих процедур. Це дозволяє оптимізувати витрати пацієнтів і бюджету, а також забезпечити рівномірний розподіл послуг. Проте підвищене навантаження на первинну ланку іноді нівелює економію в спеціалізованому секторі.

У Данії та Норвегії діють суворі правила, що передбачають обов’язкове звернення до лікаря первинної ланки перед консультацією вузького спеціаліста. У Фінляндії також існує практика направлень, але пацієнти можуть обирати між державними та приватними постачальниками послуг. В Ісландії пацієнти самостійно обирають вузькопрофільних спеціалістів, використовуючи фіксовані страхові кошти.

У Швеції існує кілька систем надання медичних послуг, які варіюються залежно від регіону. Наприклад, у регіоні Скане базовий набір послуг охоплює забезпечення медикаментами, первинну допомогу та діагностику, а додаткові послуги оплачуються окремо. Страхові системи стимулюють пацієнтів регулярно відвідувати лікарів первинної ланки, знижуючи ризик серйозних захворювань і витрат на вузькопрофільну допомогу.

Діагностика та лікування онкологічних захворювань зазвичай передбачають надання багатопрофільних медичних послуг. Ефективна

координація діяльності медичних установ має ключове значення для забезпечення якісного обслуговування. У країнах Скандинавського регіону для цього застосовується модель інтегрованих мереж догляду, впроваджена вперше у 2007 році в Данії. Ця модель передбачає організоване виконання процедур діагностики, лікування та реабілітації, регламентуючи часові та організаційні межі їх реалізації. Інтегровані мережі діють на основі національних стандартів і включають контроль якості на всіх етапах лікування.

Сьогодні система охорони здоров'я Данії має 32 інтегровані мережі, які охоплюють усі медичні заклади країни. Їх діяльність контролює орган Sundhedsdatastyrelsen, який акумулює дані через Національний реєстр пацієнтів для моніторингу, аналітики та порівняльного аналізу. У Фінляндії відповідальність за онкологічних хворих покладено на муніципалітети, що зумовлює регіональні відмінності в організації процедур, оскільки єдиного регулюючого органу немає. На національному рівні видаються лише рекомендації. В Ісландії функціонують мультидисциплінарні команди, до складу яких входять онколог, хірург, радіолог та патологоанатом. Їх діяльність координується Міністерством охорони здоров'я.

У Норвегії діє 28 інтегрованих мереж, кожна з яких регламентує процедури діагностики та лікування відповідно до типу захворювання. Також регламентуються дії фахівців первинної допомоги та їх взаємодія зі спеціалізованими центрами. У Швеції з 2010 року функціонують шість регіональних онкологічних центрів, які діють під централізованим керівництвом, але мають різну специфіку програм. З 2016 року у Швеції, як і в Данії, запроваджено централізоване регулювання інтегрованих мереж.

Надання допомоги хронічно хворим вимагає координації багатьох провайдерів послуг. У Фінляндії та Швеції основну роль відіграє медичний персонал нижчого рівня, тоді як у Данії та Норвегії до роботи залучено більше фахівців, а фінансові ресурси спрямовуються на фахівців первинної допомоги. У Фінляндії координацію здійснюють місцеві лікарні та

муніципалітети, за підтримки санітарних центрів та відділень професійної допомоги. Уряд затвердив основні вимоги до таких послуг у 2013 році.

В Ісландії діють три незалежні суб'єкти: ендокринологічне відділення центральної лікарні, центри первинної допомоги та приватні фахівці. Пацієнти самостійно обирають постачальника послуг, але централізованого контролю якості немає. У Норвегії відсутня чітка координація між первинною та спеціалізованою допомогою, кожна установа працює за власною програмою. У Швеції функціонує національний реєстр якості медичних послуг, а на регіональному рівні координуються всі залучені медичні працівники. У Данії система регулювання цієї сфери перебуває на етапі формування, чітких механізмів ще не розроблено.

Координація довгострокової допомоги літнім людям. У сучасних умовах демографічних змін, які характерні для багатьох промислово розвинених країн, особливо важливими є питання координації довгострокової допомоги літнім людям. Зниження народжуваності, збільшення тривалості життя, підвищення його якості та старіння населення вимагають особливої уваги до цього аспекту як до невід'ємної складової ефективної системи охорони здоров'я. Такі тенденції спостерігаються і в країнах Скандинавського регіону.

Система довгострокової допомоги має враховувати, що основними її користувачами є люди похилого віку, які часто страждають на численні хронічні захворювання, потребують регулярних медичних оглядів та нерідко стикаються з гострими станами, що вимагають госпіталізації. Ці особливості диктують необхідність створення ефективних координаційних механізмів у системі довгострокової допомоги.

У зв'язку з багатопрофільністю послуг і важко прогнозованим попитом на них, координація покликана забезпечити високу якість обслуговування, ефективне використання ресурсів і цільове їх розподілення.

У Данії відповідно до Закону про консолідацію соціальних послуг кожна літня особа з фізичними або психологічними порушеннями має право

на отримання допомоги, проживання, догляду та лікування у спеціалізованих закладах, підконтрольних муніципалітетам. Медичний догляд регулюється Законом про охорону здоров'я, а реабілітація після виписки з лікарні також входить до зони відповідальності муніципалітетів. У рамках регіонів укладаються угоди про координацію між муніципалітетами та лікарнями.

У Фінляндії довгострокова допомога надається через приватні структури, медсестринські будинки, центри первинної медичної допомоги та стаціонарні відділення медичних центрів. Муніципалітети регулюють діяльність усіх постачальників послуг, а гостра медична допомога забезпечується районними лікарнями. Практика надання послуг відрізняється в залежності від регіону: великі муніципалітети (наприклад, Kainuu, Eksote) беруть на себе всю відповідальність за медичні та соціальні послуги, тоді як у менш густонаселених районах ця сфера часто передається приватним структурам. Загальнонаціональної системи координації немає, однак у кожному регіоні діють власні норми та вимоги.

В Ісландії всі медичні заклади, включаючи медсестринські будинки та реабілітаційні відділення, перебувають під централізованим регулюванням і фінансуються державою. Реабілітаційні послуги за межами лікарень координуються неприбутковими організаціями, які укладають контракти з національним бюро медичного страхування. Догляд за літніми людьми вдома фінансується місцевими бюджетами та координується муніципалітетами. Співпраця між медсестринськими будинками та лікарнями дозволяє підтримувати якість послуг.

У Норвегії довгострокова допомога фінансується з місцевих бюджетів, а медичні послуги – державою. З 2012 року лікарні та муніципалітети зобов'язані укладати угоди про співпрацю для покращення координації послуг.

У Швеції організація та фінансування довгострокової допомоги повністю покладається на муніципалітети, які працюють у тісній співпраці з медичними закладами. Така модель зменшує навантаження на центри

первинної допомоги. Водночас проблемою є практика «блокування» ліжко-місць у лікарнях за угодами між муніципалітетами та лікарнями, що потребує оптимізації для підвищення ефективності.

Загалом, попри наявність спільних рис, системи охорони здоров'я в різних країнах Скандинавського регіону мають свої особливості. Усі вони спрямовані на забезпечення високої якості життя та доступу до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього стану здоров'я чи фінансових можливостей.

Механізм прямого регулювання є характерною рисою всіх країн Скандинавського регіону, хоча ступінь координації в системі охорони здоров'я в кожній із них має свої особливості. Наприклад, у Швеції та Фінляндії спостерігається низький рівень загальнонаціональної координації інфраструктури медичних закладів. В Ісландії цей показник є найнижчим серед країн регіону щодо взаємодії між первинною та спеціалізованою медичною допомогою. У Швеції фінансові потоки залежать від рівня координації між первинною та спеціалізованою медичною допомогою, тоді як у Данії та Норвегії поширене пряме регулювання у сфері медичних і соціальних послуг.

Пріоритетним напрямком для розвитку системи охорони здоров'я в країнах Скандинавії є діагностика і лікування ракових захворювань. Це обумовлено високими рівнями їх поширення серед населення регіону. У переліку п'яти країн із найвищими показниками захворюваності на рак Данія займає перше місце (338,1 випадків на 100 тисяч населення), за нею йдуть Франція (324,6), Австралія (323,0), Бельгія (321,1) та Норвегія (318,3). У Данії, Норвегії та Швеції цей напрямок регулюється централізовано, а порушення встановлених процедур карається адміністративними штрафами.

У сфері координації діагностики та лікування хронічних захворювань національні системи залишаються слабкими. Регулювання в основному здійснюється на регіональному рівні, а контроль за якістю послуг практично відсутній.

Щодо довгострокового догляду, зокрема за літніми людьми, існують труднощі з гнучкістю та оперативністю національних систем регулювання. У Данії, Норвегії та Швеції догляд розділений між довгостроковими медичними послугами та лікарняною допомогою. Координація здійснюється на основі договірної системи між державою, регіональними лікарнями та муніципалітетами з метою підвищення ефективності. У Фінляндії та Швеції спостерігається найнижчий рівень координації та значна децентралізація управління через переважання приватної власності медичних закладів та оплату послуг пацієнтами. Цей підхід базується на ринковій конкуренції, де вибір постачальників здійснюється самими пацієнтами.

Таким чином, координаційні механізми та побудова інтегрованих мереж є найбільш дієвими методами досягнення цілей превентивної моделі загального добробуту, яка передбачає справедливий розподіл ресурсів, охорону здоров’я для всіх членів суспільства та низьку вартість медичних і соціальних послуг. Проте емпіричні дослідження [6] вказують на низьку результативність таких підходів. Інтегровані мережі, які поєднують фінансові потоки та надають комплексні послуги, не демонструють суттєвого покращення стану здоров’я населення, зменшення частоти звернень до медичних закладів чи скорочення витрат на їх утримання.

Нерівномірний розподіл фінансів часто спричиняє конфлікти в межах професійних груп, що ускладнює ефективну реалізацію та подальшу реструктуризацію національних систем охорони здоров’я. Відсутність достатніх механізмів контролю якості медичних послуг, а також стандартизованих методик оцінки ефективності координаційних моделей унеможливлює як аналіз існуючих систем, так і розробку пріоритетних напрямків їхнього вдосконалення.

1.4. Особливості реформи системи охорони здоров’я в Україні

Процес впровадження та реалізації стратегії розвитку підприємства безпосередньо залежить від змін та чинників, які виникають у зовнішньому та внутрішньому середовищах, і мають вплив на його діяльність. Стратегічний розвиток закладів охорони здоров’я (ЗОЗ) став особливо важливим з 2015 року, коли в Україні була прийнята Програма діяльності Кабінету Міністрів та Стратегія сталого розвитку «Україна 2020», в яких були визначені напрямки державної політики у медичній сфері. Попри наявність солідної теоретико-методологічної бази, розробленої як вітчизняними, так і міжнародними науковцями, питання стратегічного планування та його практичної реалізації залишаються невирішеними.

З 2015 року система охорони здоров’я в Україні знаходиться в процесі реформ, що передбачають кардинальні зміни, зокрема, впровадження передового досвіду з найуспішніших країн, заснованого на доказовому менеджменті, а також політика євроінтеграції. Серед основних цілей реформи були визначені покращення показників здоров'я населення, підвищення фінансової доступності медичних послуг, а також забезпечення готовності системи охорони здоров’я ефективно реагувати на кризові ситуації. Таблиця 1.2 надає детальну інформацію про основні досягнення у цій сфері в період з 2015 по 2022 рік.

Реформа в системі охорони здоров’я в Україні здійснюється у кілька етапів. Перший етап включав реформування первинної медичної допомоги та створення інституту сімейних лікарів, який на сьогодні надає близько 80% медичних послуг. Другий етап був спрямований на реформування стаціонарів та спеціалізованої допомоги, а третій – на реорганізацію державних медичних центрів та науково-медичних інститутів.

Таблиця 1.2 – Результати трансформації у сфері охорони здоров'я за період з 2015 по 2022 роки

Рік	Основні результати трансформації
2016	Засновано державну установу «Центр громадського здоров'я».
2017	Започатковано програму «Доступні ліки» для зменшення витрат пацієнтів.
2018	Реорганізація закладів первинної медичної допомоги в комунальні некомерційні підприємства (КНП).
2018	Засновано державне підприємство «Медичні закупівлі України».
2018	Зареєстрована Національна служба здоров'я України (НСЗУ).
2018	Впроваджено електронну систему охорони здоров'я eHealth 24/7.
2019	Розвиток паліативної медичної допомоги.
2020	Запуск Програми медичних гарантій на рівні вторинної медичної допомоги.
2020	Плани розвитку охорони психічного здоров'я та підключення до НСЗУ 3095 медичних надавачів.
2020	Близько 30 млн українців уклали декларації з лікарями первинної ланки.
2022	Зарплата медичних працівників до 13 тис. грн, лікарів до 20 тис. грн.
2022	Створено декілька рівнів лікарень: надкластерні, кластерні, загальні.

Від 2016 по 2018 рік реформа здійснювалася під керівництвом Уляни Супрун, що не обійшлося без перешкод та труднощів. Профспілки медичних працівників активно протестували проти змін, а деякі політики, зокрема Ольга Богомолець, називали медичну реформу «початком геноциду». Крім того, в період реалізації першого етапу реформи багато науковців вказували на її повільний темп та недостатнє фінансування, що ставало серйозною проблемою для забезпечення необхідного рівня медичних послуг.

Після перетворення ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства (КНП) на керівників автономізованих закладів лягла велика відповідальність, зокрема, у питаннях управління змінами. Більшість керівників відчували труднощі у подальшому управлінні та функціонуванні організацій. Стратегічне планування стало необхідним для розвитку цих закладів. На думку науковців, стратегічне планування є однією з найважливіших функцій сучасних організацій, оскільки воно дозволяє залучити співробітників до процесу управління. Водночас, після реорганізації, нові елементи організаційної структури КНП з'являються лише

фрагментарно, і їх вплив на функціонування закладів медицини вторинного рівня поки що не є повноцінним.

Проблеми КНП включають потребу в модернізації матеріально-технічної бази, недостатню оптимізацію документообігу, а також відсутність достатнього забезпечення ресурсами. Поширення пандемії COVID-19 призвело до тимчасового припинення другого етапу реформи, що також відклало важливі ініціативи, включаючи закупівлю вакцин і ліквідацію санітарної служби.

Негативні наслідки, зокрема звільнення медичних працівників і закриття лікарень, супроводжували реформу. Під час пандемії країна також втратила значну частину медичних кадрів, що ще більше ускладнило ситуацію. Відтак, на сьогодні необхідно продовжити роботу над стратегічними планами розвитку КНП, у тому числі вдосконалюючи організаційне планування та підвищуючи ефективність управлінських процедур.

Більшість медичних установ в Україні все ще мають застарілі структури, організаційні моделі та системи мотивації персоналу. Однак поточні зміни вимагають від керівництва медичних закладів адаптації до нових умов, гнучкості, здатності швидко аналізувати ситуацію та приймати рішення, а також прогнозувати і використовувати зовнішні тенденції на свою користь. Організації стикаються з політичною нестабільністю, економічними змінами і все більш непередбачуваними процесами ухвалення рішень [14].

Сфера охорони здоров’я потребує значного фінансування. Впровадження стратегічного планування сприяло змінам у підходах до фінансування цієї галузі. З 2015 року в Україні запроваджено цільове фінансування медичних закладів з державного і місцевих бюджетів, а іноді й з обох [15]. У 2017 році ухвалено законодавчі та нормативні акти, що повинні були забезпечити реалізацію реформи. Однак залишається невирішеним питання балансу між державними гарантіями безоплатної медичної допомоги і здатністю держави покривати витрати на їх надання. Для новостворених

комунальних некомерційних підприємств (КНП) важливо знаходити фінансування для покращення матеріально-технічної бази і залучення висококваліфікованих фахівців. Залежно від ресурсів і технічної оснащеності укладаються договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), яка оплачує їхню роботу, ліки та витратні матеріали. Чим краща оснащеність, тим більше оплачених пакетів і, відповідно, краще фінансування. [16].

У 2019 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) разом з Світовим банком здійснила аналіз реформи фінансування охорони здоров'я в Україні за 2016–2019 роки, щоб запропонувати рекомендації для подальших кроків. Останні літературні джерела вказують на те, що кардинальні зміни в медичній сфері України за допомогою лише державного фінансування неможливі [17, 18, 19]. Обговорюється також питання залучення приватного капіталу, хоча послуги в нових приватних медичних центрах і кабінетах залишаються недоступними для більшості населення. Тому виникає потреба в розробці нових механізмів фінансування. Автори [19] пропонують звернути увагу на фінансово-кредитні установи, які можуть акумулювати кошти економічних суб'єктів і ефективно використовувати їх, зокрема для охорони здоров'я.

У 2022 році черговим викликом для медичної системи України стало повномасштабне вторгнення Росії. Згідно з доповіддю українського Центру охорони здоров'я, оприлюдненою в квітні 2023 року [20], попри економічний спад на 30 %, медична галузь вистояла. Материнська та малюкова смертність не перевищила рівні 2021 року, однак виникли нові проблеми: демографічна криза, зростання фінансової неспроможності населення, порушення доступу до медичних послуг на звільнених територіях, падіння охоплення вакцинацією та зменшення кількості пологів. Зросла кількість інфарктів та інсультів порівняно з 2021 роком, скоротилися обсяги фармацевтичного ринку і подорожчали ліки. З початком війни понад 1000 медичних закладів були пошкоджені, а 144 зруйновані повністю, що потребує близько 40 млрд грн на відновлення медичної галузі.

Після завершення національної стратегії реформування охорони здоров'я у 2020 році виникла необхідність розробки нової стратегії, що ускладнилося пандемією COVID-19. Для вирішення актуальних проблем було видано Указ Президента України від 18 серпня 2021 року №369/2021 «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою». У лютому 2023 року Міністерство охорони здоров'я України затвердило Стратегію розвитку охорони здоров'я України до 2030 року [21]. Ця стратегія включає 3 стратегічні цілі, 11 оперативних завдань та 137 підзавдань. Основні цілі стосуються забезпечення всебічного доступу населення до якісних медичних послуг, зміцнення політики і спроможності інститутів національної системи охорони здоров'я, а також створення умов для розвитку і реалізації потенціалу медичних установ. Очікувані результати включають збільшення тривалості життя на 3 роки, зниження материнської і дитячої смертності, зменшення передчасної смертності від неінфекційних захворювань, зниження інвалідності від захворювань, що можна попередити, а також зменшення споживання тютюну, алкоголю і солі.

Таким сином, Стратегія реформування охорони здоров'я, яка діяла в Україні з 2015 по 2020 рік, загалом змінила медичну сферу і мала як позитивні, так і негативні наслідки. Зміни були необхідні, оскільки євроінтеграційний курс вимагає відповідності стандартам ЄС у медицині. В процесі реформи було закладено фундамент для подальших трансформацій, але для їх успішного завершення необхідно продовжити вдосконалення управлінської моделі медичних установ, зокрема фінансування, яке залишається головним викликом.

У 2023 році загальні витрати на охорону здоров'я склали 206,8 млрд гривень, із яких 176,1 млрд гривень виділено з державного бюджету, включаючи трансферти. Основними напрямами фінансування стали:

–142,7 млрд грн – реалізація програми медичних гарантій, що дозволяє забезпечити надання необхідних медичних послуг, розвиток реабілітаційних

послуг, психологічної підтримки, а також розширення програми реімбурсації лікарських засобів і медичних виробів;

–10 млрд грн – централізовані закупівлі ліків, медичних виробів і сучасного обладнання;

–3,8 млрд грн – посилення епідемічного нагляду за інфекційними та неінфекційними захворюваннями.

Також передбачено збереження мінімальної заробітної плати лікарів на рівні не менше 20 тис. грн, а для середнього медичного персоналу – 13,5 тис. грн. Ця норма поширюється також на фармацевтичних працівників і фахівців з реабілітації [2].

–згідно з аналітичним оглядом державного бюджету України у сфері охорони здоров'я, підготовленим експертами Українського центру охорони здоров'я (UHC), основою політики у 2023 році мали стати раціональне використання ресурсів, що потребує таких заходів;

–відновлення фінансування за моделлю «гроші йдуть за пацієнтом» з 1 січня 2023 року для всіх медичних закладів, за винятком тих, які знаходяться у зоні активних бойових дій або на щойно деокупованих територіях;

–активне формування спроможної мережі медичних закладів, зокрема через об'єднання медичних установ у містах, створення територіальних медичних об'єднань або інших форм об'єднання закладів;

–залучення міжнародної фінансової допомоги через окремий механізм для покриття можливого дефіциту ліків у програмах державних закупівель та амбулаторних препаратів у рамках Програми медичних гарантій (ПМГ);

–запровадження політики раціональних закупівель і призначення ліків у стаціонарних медичних закладах, включаючи: об'єднання закупівель через ДП МЗУ (Медичні закупівлі України) та встановлення жорстких вимог Національної служби здоров'я України (НСЗУ) до використання лікарських засобів із Національного переліку [9].

У звіті «Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні», підготовленому Світовим банком та Європейським регіональним бюро

Всесвітньої організації охорони здоров’я, наголошено на важливості ефективного використання ресурсів. Для цього НСЗУ необхідно:

– розвивати систему внутрішнього контролю та дисципліни, щоб запобігти перевищенню бюджету та недоцільному використанню коштів як з боку самої НСЗУ, так і законтрактованих медичних закладів;

– забезпечити надійність бюджету шляхом використання точних даних і методів для прогнозування попиту, розрахунку вартості послуг у межах гарантованого пакета медичних послуг (ПМГ) і формування реалістичних бюджетних пропозицій.

Уряд, зі свого боку, за поданням Міністерства охорони здоров’я (МОЗ) і Міністерства фінансів (Мінфін), має забезпечити реалістичність затвердженого бюджету для видатків на ПМГ. НСЗУ, у свою чергу, продовжує вдосконалювати процедури та заходи внутрішнього контролю для мінімізації ризиків помилок і шахрайства під час подання заяв на виплати.

Внутрішній контроль, впроваджений Національною службою здоров’я України (НСЗУ), охоплює такі елементи:

1. Незалежні перевірки та складання балансів. НСЗУ здійснює незалежні аудити та формує баланси, частина з яких затверджується Міністерством охорони здоров’я (МОЗ) і Міністерством фінансів (Мінфін). Це відбувається в рамках бізнес-процесів, які охоплюють усі етапи закупівель – від укладання договорів до оплати та обліку. Усі внутрішні процеси документуються.

2. Оперативний сектор внутрішнього аудиту. Цей підрозділ підпорядковується генеральному директору НСЗУ та відповідає за перевірку роботи систем внутрішнього контролю, забезпечення їх ефективності, а також розслідування випадків шахрайства та корупції. Судові органи залишаються відповідальними за розслідування кримінальних справ.

3. Програма боротьби з шахрайством. Управління цією програмою здійснює оперативний сектор внутрішнього аудиту. У межах програми використовується автоматизований моніторинг, який базується на

алгоритмах виявлення потенційно шахрайських заяв на виплати. Наприклад, система аналізує дані про надмірне призначення ліків, шахрайські заяви на виплати за рецептами та штучне збільшення кількості пацієнтів первинної ланки. Також здійснюється моніторинг випадків шахрайства та неналежного надання медичних послуг у спеціалізованих стаціонарах для пацієнтів із розповсюдженими станами, такими як інсульт, інфаркт міокарда, онкологічні захворювання та складна неонатологічна допомога. Наразі триває розробка алгоритмів для інших видів спеціалізованої допомоги.

4. Автоматизований моніторинг та візити до медичних закладів. Автоматизований моніторинг має доповнюватися виїздами до медичних установ для розслідування виявлених випадків. Частоту таких візитів рекомендується збільшити. Для ефективної реалізації цього підходу необхідно посилити роботу п’яти міжрегіональних департаментів НСЗУ, а також ухвалити підготовлені проєкти підзаконних актів, які стануть правовою основою для застосування санкцій та штрафів щодо постачальників послуг.

Крім того, НСЗУ слід розробити реєстр ризиків, що включатиме стратегічні, фінансові, операційні та репутаційні ризики, а також відповідні заходи ризик-менеджменту. Цей реєстр має регулярно переглядатися підрозділом внутрішнього аудиту для забезпечення актуальності та ефективності управління ризиками [8].

Таким чином, реформа системи охорони здоров’я в Україні, що розпочалася у 2015 році, стала одним із найважливіших процесів, спрямованих на модернізацію та адаптацію медичної сфери до сучасних викликів. Ця реформа була зумовлена потребою у забезпеченні доступності та якості медичних послуг, а також інтеграції до європейської системи охорони здоров’я.

Висновки до першого розділу

На основі аналізу реформ системи охорони здоров'я в Україні у контексті сучасних викликів можна зробити кілька ключових висновків.

1. Система охорони здоров'я України з 2015 року перебуває у процесі реформування, яке є важливою частиною політики євроінтеграції. Ці зміни спрямовані на покращення якості медичних послуг, зростання показників здоров'я населення, забезпечення фінансової доступності медичної допомоги, а також на підвищення ефективності реагування на кризові ситуації. Впроваджена стратегія реформ 2015–2020 років мала фундаментальний вплив, заклавши основу для майбутніх перетворень, хоча залишила як позитивні, так і негативні наслідки.

2. Реформа була розділена на три основні етапи: первинна медична допомога: створення інституту сімейних лікарів, який охоплює більшість медичних послуг; стаціонарна допомога: реформування закладів вторинного рівня; спеціалізована допомога: реорганізація науково-медичних інститутів.

3. Введення моделі фінансування «гроші йдуть за пацієнтом» стало революційним кроком, спрямованим на забезпечення конкуренції між медичними установами. Попри це, збереження балансу між державною підтримкою та автономією медичних закладів залишається викликом. Бюджет у 2023 році передбачає значні витрати на медицину, включаючи програми реімбурсації, реабілітацію, централізовані закупівлі ліків і обладнання.

4. Автономізація закладів охорони здоров'я через їхнє перетворення в комунальні некомерційні підприємства (КНП) є важливим кроком у реформі. Однак це створює потребу у вдосконаленні управлінських процесів, включаючи стратегічне планування, оптимізацію документообігу, модернізацію матеріально-технічної бази та впровадження інновацій.

Першочергові цілі реформи полягали в підвищенні ефективності медичних послуг, зміцненні системи фінансування та створенні умов для

реагування на кризові ситуації. Основні етапи трансформації охоплювали реформування первинної медичної допомоги, стаціонарної допомоги, а також реорганізацію державних медичних центрів та науково-медичних установ.

Одним із ключових елементів реформи стало впровадження інституту сімейних лікарів, які тепер надають 80% медичних послуг, та створення комунальних некомерційних підприємств (КНП) для автономізації закладів охорони здоров'я. Важливим кроком було впровадження Програми медичних гарантій та електронної системи eHealth, які забезпечили прозорість фінансування й підвищили ефективність роботи закладів.

Попри успіхи, реформа зіткнулася з численними викликами. Зокрема, пандемія COVID-19 і повномасштабна війна Росії проти України у 2022 році стали серйозними перешкодами для реалізації реформи. Було пошкоджено понад 1000 медичних закладів, значна кількість медичних працівників залишила країну, а фінансова неспроможність населення ускладнила доступ до медичних послуг.

Питання фінансування залишалося центральною проблемою реформи. Модель «гроші йдуть за пацієнтом», що запроваджена НСЗУ, виявила потребу в модернізації матеріально-технічної бази та підвищенні кваліфікації персоналу. Залучення приватного капіталу та міжнародної допомоги було запропоновано як потенційні шляхи вирішення фінансових труднощів.

У 2023 році була затверджена нова стратегія розвитку охорони здоров'я до 2030 року, яка передбачає збільшення тривалості життя, зниження смертності та інвалідності, а також зменшення шкідливих звичок серед населення.

Таким чином, реформа системи охорони здоров'я в Україні, незважаючи на труднощі, заклала основу для подальшої модернізації медичної сфери. Однак для її успішного завершення необхідно забезпечити фінансову стабільність, зміцнити кадровий потенціал і створити ефективну систему управління.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІТИКО-ДОСЛІДНИЦЬКІ ВИМІРИ НАПРЯМІВ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

2.1. Нормативно-правове забезпечення розвитку охорони суспільного здоров'я

Стабільна та ефективна нормативно-правова база, яка відповідає сучасним умовам, є невід'ємною складовою будь-якої цивілізованої держави. Законодавство виступає ключовим інструментом державного регулювання суспільного життя, за допомогою якого держава забезпечує виконання своїх рішень усіма суб'єктами суспільних відносин. Як зазначають О. Вашев, О. Рогова та інші науковці, саме правові механізми реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я можуть стати визначальними для процесів реформування медичної галузі. У перспективі це сприятиме функціонуванню системи охорони здоров'я України відповідно до європейських стандартів соціальної правової держави [15].

Згідно зі статтею 5 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «охорона здоров'я - загальний обов'язок суспільства та держави. Державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення і окремих осіб, у межах своєї компетенції надавати допомогу особам, які її потребують за станом здоров'я, особам з інвалідністю та потерпілим від нещасних випадків, сприяти працівникам органів і закладів охорони здоров'я в їх діяльності, а також виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я» [25]. Державна політика

в Україні спрямована на збереження та зміцнення здоров'я нації, що включає не лише пропаганду здорового способу життя, але й реформування системи охорони здоров'я. Основна мета трансформації полягає у забезпеченні рівного доступу громадян до якісних медичних послуг і переорієнтації системи охорони здоров'я на потреби пацієнтів.

Розвиток недержавного сектора охорони суспільного здоров'я надає державі значні переваги. Це включає скорочення витрат із державного бюджету, залучення інвестицій, розвиток конкуренції серед медичних установ і персоналу, що позитивно впливає на якість надання медичних послуг. Крім того, приватний сектор зменшує навантаження на державні установи, обслуговуючи громадян, які готові самостійно оплачувати медичні послуги.

Згідно зі статтею 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «органи державної влади та органи місцевого самоврядування сприяють розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності» [25]. Щороку Міністерство охорони здоров'я України видає понад дві тисячі ліцензій на медичну практику фізичним та юридичним особам [16]. Приватні медичні заклади надають послуги на платній основі, проте їх господарська діяльність відповідає тим самим нормативам, що й у державних чи комунальних установах.

В Україні розвивається муніципальне право, яке регулює місцеве самоврядування. Значна частина повноважень у сфері охорони здоров'я належить міським головам і радам, адже більшість медичних закладів перебуває в комунальній власності. Тому реформування муніципального управління стає важливим напрямком у контексті загального реформування системи охорони здоров'я [16].

Приватні медичні установи підпадають під ті самі законодавчі вимоги, що й державні, хоча на практиці контроль з боку державних органів часто буває суворішим. Додаткові обмеження, наприклад щодо видачі лікарняних листів або використання певних лікарських засобів, також створюють нерівні

умови для приватного сектора.

Зважаючи на викладене, важливим є аналіз законодавства, що регулює діяльність недержавного сектора охорони здоров'я. Стаття 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає «охорону здоров'я як систему заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи - підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни» [25].

Цей огляд демонструє важливість сучасного нормативно-правового забезпечення для розвитку охорони суспільного здоров'я, зокрема в аспекті діяльності приватного сектора, та визначає напрями подальших досліджень у цій сфері.

Державна політика у сфері охорони здоров'я ґрунтується на ряді принципів, що знайшли своє відображення в зазначеному вище базовому законі:

1. Визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямком діяльності суспільства і держави, розглядаючи його як один із ключових факторів виживання та розвитку українського народу.

2. Дотримання прав і свобод людини у галузі охорони здоров'я із забезпеченням відповідних державних гарантій.

3. Забезпечення загальнодоступності медичної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я.

4. Відповідність завдань охорони здоров'я соціально-економічному й культурному розвитку суспільства, забезпечення їх наукової обґрунтованості, матеріально-технічної та фінансової підтримки.

5. Орієнтація на сучасні стандарти здоров’я та медичної допомоги, поєднання національних традицій і досягнень із найкращими світовими практиками.

6. Децентралізація державного управління у сфері охорони здоров’я, розвиток самоврядування та автономності працівників цієї сфери на правовій і договірній основі.

Як і в інших розвинених країнах, в Україні право на охорону здоров’я закріплене в Основному Законі – Конституції. Стаття 49 Конституції України гарантує кожному право на охорону здоров’я, медичну допомогу і медичне страхування. Окрім цієї статті, є й інші конституційні положення, які прямо чи опосередковано стосуються сфери охорони здоров’я, втілюючи найкращі зразки міжнародно-правових актів у галузі прав людини.

Конституція визначає загальні концептуальні засади регулювання відносин у сфері охорони здоров’я. Їх деталізація здійснюється через низку нормативно-правових актів, зокрема закони України, постанови Верховної Ради, укази й розпорядження Президента України, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, нормативні акти центральних органів виконавчої влади, а також міжнародні угоди, які підписала Україна.

Варто зазначити Міжнародний пакт про економічні, соціальні й культурні права (1966 року). У його статті 12 закріплено право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного й психічного здоров’я. У пункті 4 Загальних зауважень №14 до права на здоров’я, прийнятих Комітетом з економічних, соціальних і культурних прав, наголошується, що це право охоплює основоположні чинники здоров’я, такі як харчування, житло, доступ до безпечної питної води, належні санітарні умови, здорові умови праці та довкілля.

Основні засади нормативно-правового забезпечення охорони здоров’я в Україні охоплюють шість основних документів, поданих у таблиці 2.1, а також низку підзаконних актів.

Таблиця 2.1 – Засади нормативно-правового регулювання охорони здоров’я в Україні

Документ	Сфера регулювання
Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я»	Визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості. Визначає державну політику у сфері охорони здоров’я, структуру прав, обов’язків громадян, державні гарантії, правовий статус медичних працівників тощо.
Кримінальний кодекс України	Регулює кримінально-правові аспекти, зокрема ненадання допомоги, порушення прав на безоплатну допомогу. Регламентує кримінально-правові аспекти в сфері охорони здоров’я (стаття 139 «Ненадання допомоги хворому медичним працівником», стаття 140 «Неналежне виконання професійних обов’язків медичним або фармацевтичним працівником», стаття 145 «Незаконне розголошення лікарської таємниці», стаття 184 «Порушення права на безоплатну медичну допомогу»).
Цивільний кодекс України	Встановлює право на охорону здоров’я (стаття 283), медичну допомогу (стаття 284), медичну інформацію (стаття 285), медичну таємницю (стаття 286).
Кодекс законів про працю України	Регулює норми праці й відпочинку, норми про охорону праці (створення безпечних і нешкідливих умов праці, видача молока і лікувально-профілактичного харчування, обов’язкові медичні огляди працівників певних категорій, переведення на легшу роботу за станом здоров’я тощо). У Кодексі також регламентуються особливості праці жінок, визначено умови праці молоді й інше
Сімейний кодекс України	Визначає питання, пов’язані зі шлюбом (шлюбний вік -ст.22, визначає осіб, які не можуть перебувати у шлюбі між собою – ст.26); гарантує державну охорону сім’ї, дитинства, материнства і батьківства – ст.5); закріплює обов’язок наречених повідомити один одного про стан свого здоров’я (стаття 30) тощо
Бюджетний кодекс України	Регулює фінансові відносини у сфері охорони здоров’я, розподіл видатків на державному та місцевому рівнях. Стаття 87 закріплює видатки, що здійснюються з Державного бюджету (на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу, санітарно-реабілітаційну допомогу, та інші програми у галузі охорони здоров’я). Видатки з місцевих бюджетів визначені у статтях 89 та 90 Бюджетного кодексу, зокрема: на амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, дільничні лікарні тощо); програми медико-санітарної освіти, первинну медичну допомогу і т. ін.

Таким чином, нормативно-правова база в Україні забезпечує комплексний підхід до регулювання сфери охорони здоров’я, враховуючи міжнародні стандарти та національні особливості.

Основним спеціалізованим законодавчим актом у сфері охорони здоров’я України, який можна назвати своєрідною «медичною конституцією», є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» [25]. Цей документ відображає державну політику в галузі охорони здоров’я, визначає права громадян на охорону здоров’я та їхні обов’язки, встановлює державні гарантії юридичного захисту цих прав, а також інтегрує політику світової спільноти у відповідній сфері. Закон регулює питання проведення медичних експертиз, гарантує охорону здоров’я матері та дитини, визначає правовий статус медичних і фармацевтичних працівників, а також охоплює інші аспекти життєдіяльності в цій сфері.

Зокрема, стаття 6 цього Закону регламентує право кожної людини на охорону здоров’я, враховуючи конституційні гарантії та міжнародні стандарти. Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає:

а) життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини;

б) безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;

в) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає;

г) безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;

д) кваліфіковану медичну та реабілітаційну допомогу із забезпеченням належного рівня захисту персональних даних, включаючи вільний вибір лікаря та фахівця з реабілітації, вибір методів лікування та реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря та фахівця з реабілітації, вибір закладу охорони здоров’я, а також доступ до необхідних лікарських засобів та медичних виробів у порядку, встановленому законодавством;

е) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;

є) участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в сфері охорони здоров'я;

ж) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;

з) можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;

и) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;

і) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;

ї) оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;

й) можливість проведення незалежної медичної експертизи відповідного типу у разі незгоди громадянина з висновком державної медичної експертизи, застосування до нього запобіжного заходу як до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, примусових заходів медичного характеру, примусового лікування, примусової госпіталізації та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров’я порушуються права громадянина України на охорону здоров’я;

к) право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду;

л) інформування про доступні медичні та реабілітаційні послуги із застосуванням телемедицини і телереабілітації;

Законами України можуть бути визначені й інші права громадян у сфері охорони здоров'я.

Громадянам України, які перебувають за кордоном, гарантується право на охорону здоров'я у формах і обсязі, передбачених міжнародними договорами, в яких бере участь Україна [25].

Закон встановлює правові, організаційні, економічні й соціальні засади охорони здоров’я в Україні, зокрема наголошуючи на попереджувально-профілактичному характері заходів, а також на комплексному соціальному, екологічному й медичному підході. Такі принципи особливо важливі для громадського здоров’я.

Однак, незважаючи на це, правові норми часто залишаються декларативними. Однією з основних проблем є відсутність ефективно функціонуючої системи охорони здоров’я [11].

Окремі напрямки охорони здоров’я регулюються спеціальними законами, що стосуються донорства, психічної допомоги, боротьби з тютюнопалінням тощо. Значний досвід накопичено в питаннях запобігання інфекційним захворюванням, боротьби з ними та законодавчого врегулювання відповідних питань. Вони регламентуються законами щодо захисту населення від інфекційних хвороб, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, проведення програм імунопрофілактики, а також протидії ВІЛ/СНІДу й туберкульозу.

Проте це законодавство потребує вдосконалення. Зокрема, необхідно узгодити його з актуальною редакцією Міжнародних медико-санітарних правил ВООЗ та реформувати систему екстреного реагування на спалахи інфекцій. Пандемія COVID-19 яскраво продемонструвала слабкі місця як української, так і міжнародної практики боротьби з подібними явищами.

З метою підвищення якості медичної допомоги, а також для оцінки професійного рівня лікарів, їхньої відповідності кваліфікаційним вимогам проводиться атестація медичних працівників. Цей процес регламентується Наказом Міністерства охорони здоров’я України від 19.12.1997 № 359 (із змінами) [57].

Законодавча база у сфері охорони здоров’я в Україні є доволі широкою.

Однак, як зазначає І. Биля-Сабадаш, необхідно оптимізувати кількість нормативно-правових актів, уніфікувати їх у рамках укрупнених документів, що дозволить уникнути дублювання та полегшить застосування правових норм [9].

На недостатню впорядкованість законодавства звертають увагу й інші дослідники, такі як В. Огнєв та І. Чухно. Вони підкреслюють, що чинні правові норми є занадто загальними й потребують деталізації для створення дієвого механізму управління системою громадського здоров'я [66].

Таким чином, нагальною є необхідність функціонування єдиного правового поля в системі охорони громадського здоров'я України. Важливим кроком у цьому напрямку може стати розробка Кодексу «Про охорону здоров'я населення», який систематизував би всі відповідні відносини. Багато розвинених країн, таких як Австрія, США, Франція, Італія, Іспанія, вже мають у своєму законодавстві подібні медичні кодекси, що регулюють стосунки між медичними працівниками, пацієнтами, адміністрацією закладів охорони здоров'я та державними органами.

На сьогодні державні установи мають значно кращі умови для функціонування та розвитку, ніж приватні заклади. Це стосується передусім законодавчого регулювання їхньої діяльності, дозвільної системи, переваг у ліцензуванні, акредитації тощо. Наприклад, приватні медичні заклади стикаються з певними обмеженнями у своїй професійній діяльності, такими як використання наркотичних засобів, видача лікарняних листків, надання послуг екстреної медичної допомоги тощо. Більше того, на приватні медичні заклади чиниться додатковий адміністративний тиск через надмірну бюрократію в системі контролю та регулювання. В результаті, приватні медичні установи змушені працювати в складніших умовах, адже вони позбавлені пільг чи бюджетних дотацій, на відміну від державних структур.

Розглядаючи нормативно-правове забезпечення функціонування системи охорони здоров'я в Україні загалом, варто зазначити, що недержавний сектор також регулюється низкою додаткових нормативних

актів. Зокрема, Господарський кодекс України визначає основи господарської діяльності та регулює відносини між суб'єктами господарювання. Відповідно до статті 3, підприємницька діяльність здійснюється для досягнення економічних і соціальних результатів та одержання прибутку, а суб'єкти підприємництва визнаються підприємцями. Однак господарська діяльність може бути й некомерційною, тобто такою, що не спрямована на отримання прибутку.

Закон України «Про підприємництво» регулює підприємницьку діяльність, зокрема у сфері медичних послуг. Проте такі напрямки, як паліативна допомога, залишаються недостатньо врегульованими. Наприклад, лише після трагедій у Харкові (2021 рік) та Києві (2016 рік), пов'язаних із пожежами у будинках для літніх людей, це питання привернуло увагу законодавців.

Податковий кодекс України встановлює правила сплати податків та зборів, визначає права та обов'язки платників податків, повноваження контролюючих органів, а також регулює відповідальність за порушення податкового законодавства.

Для здійснення певних видів діяльності підприємці мають отримати ліцензію. Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» визначає перелік діяльностей, які підлягають ліцензуванню, і встановлює порядок отримання ліцензії, державний контроль у цій сфері та відповідальність за порушення. Наприклад, ліцензуванню підлягають виробництво лікарських засобів, торгівля ними, а також медична практика.

Важливим елементом державного контролю є акредитація закладів охорони здоров'я. Вона підтверджує, що заклад відповідає вимогам для надання медичних послуг належного рівня. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів №765, акредитація проводиться раз на три роки незалежно від форми власності закладу.

Крім того, рекламна діяльність, зокрема реклама лікарських засобів, регламентується Законом України «Про рекламу», який визначає специфічні

вимоги до рекламування медичних товарів, послуг і методів лікування.

Окрему увагу слід приділити реформі медичної сфери, яка, як зазначають дослідники, більше зосереджена на зміні фінансових механізмів, ніж на покращенні якості медичних послуг. Зокрема, реформа передбачає автономізацію медичних закладів, що передбачає перехід їх до статусу комунальних некомерційних підприємств. Для цього необхідно отримати нові ліцензії та інші дозвільні документи, що ускладнює процес для керівників закладів та новостворених територіальних громад.

Підсумовуючи, слід зазначити, що нормативно-правова база у сфері охорони здоров'я в Україні здебільшого формувалася в період становлення недержавного сектору. І хоча вона не перешкоджає роботі приватних медичних закладів, однак не сприяє їхньому активному розвитку. Для ефективного функціонування цього сектору необхідно вдосконалити законодавчі акти, особливо ті, що регулюють державно-приватне партнерство та організаційно-правову форму комунальних закладів. У перспективі також варто розглянути законодавче врегулювання діяльності благодійних фондів, які могли б відігравати важливу роль у наданні безоплатних медичних послуг окремим категоріям населення.

2.2. Підготовка менеджерів у галузі охорони суспільного здоров'я як напрям удосконалення організаційного механізму закладів охорони здоров'я

Ефективне управління закладом охорони здоров'я є можливим лише за наявності висококваліфікованого менеджера. Це твердження підтримують як керівники медичних установ, так і звичайні лікарі – як прихильники медичної реформи, так і її критики. Останні, до речі, вказують на відсутність належного менеджменту як одну з головних причин невдач у реалізації «медичного дива». Недостатня увага до кадрових питань у сфері охорони

здоров’я на сьогодні є настільки ж значущою проблемою, як і недофінансування чи недосконаліть правової бази.

У своїх дослідженнях О. Баєва підкреслює, що лише за умови раціонального керівництва можливе ефективне використання внутрішніх ресурсів у системі охорони здоров’я. Компетентний менеджер здатен визначити оптимальні напрями розвитку підприємства навіть за умов обмежених ресурсів, тоді як некомпетентний керівник навряд чи досягне успіху, навіть маючи доступ до фінансування та консалтингу.

Ще у 2002 році, в Концепції розвитку охорони здоров’я населення України, затвердженій Указом Президента № 1313/2002 від 7 грудня, підкреслювалася необхідність реформування медичної та фармацевтичної освіти. Зокрема, йшлося про впровадження нових спеціальностей, таких як менеджер і економіст у сфері охорони здоров’я. Реалізація Концепції реформи національної системи охорони здоров’я актуалізувала необхідність розвитку управлінського потенціалу в цій сфері [59].

Ця позиція знайшла відображення в нормативних актах, які регулюють кадрове забезпечення галузі. Наприклад, Наказом МОЗ України від 31 жовтня 2018 року № 1977 внесено зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Відповідно до них, керівники закладів охорони здоров’я – директори або генеральні директори – виконуватимуть лише управлінські функції та займатимуться адміністративною діяльністю, тоді як медичні питання залишатимуться у компетенції медичного директора [55].

Нові кваліфікаційні вимоги визначають освітній рівень керівників медичних установ залежно від їхніх повноважень. Починаючи з 2022 року, кандидати на посади керівників, які не мають освіти у сфері «Публічне управління та адміністрування», зобов’язані її здобути додатково.

На практиці керівниками медичних проєктів або комерційних медичних установ можуть бути як лікарі, що поєднують адміністративну діяльність із медичною практикою, так і фахівці без медичної освіти, але з

наміром займатися підприємницькою діяльністю в цій сфері. Проте жоден із цих варіантів сам по собі не гарантує успішного функціонування медичного підприємства.

Менеджери в галузі медицини повинні володіти навичками планування потреб медичного закладу у фінансових, матеріальних та трудових ресурсах, бізнес-планування, впровадження інноваційної політики, забезпечення рентабельності й конкурентоспроможності установи. Такі функції не можуть ефективно виконуватися медичними фахівцями, які не мають управлінської підготовки, або менеджерами, не обізнаними зі специфікою медичної галузі [3].

З огляду на це, актуальною є подальша розбудова інституту менеджменту у сфері охорони громадського здоров'я в Україні. Узагальнення досвіду та наукових розробок у цій сфері свідчить про поступовий розвиток системи підготовки управлінців у сфері охорони здоров'я. Ця система охоплює три основні напрями освітньої з підготовки управлінців для сфери охорони здоров'я

1. Спеціалізація та підвищення кваліфікації лікарів за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я».

2. Підготовка магістрів державного управління, орієнтованих на сферу охорони здоров'я.

3. Підготовка менеджерів, що спеціалізуються у галузі охорони здоров'я.

Розгляньмо детально кожний із цих напрямів.

1. Спеціалізація та підвищення кваліфікації лікарів за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я».

Підготовка керівників лікувально-профілактичних закладів у цьому напрямі в Україні організована поетапно:

– дипломна освіта: лікарі отримують базову підготовку на медичних факультетах закладів вищої освіти (ЗВО) III-IV рівнів акредитації за навчальними планами, орієнтованими на підготовку фахівців загальної

практики;

– інтернатура: проходження інтернатури за однією з лікарських спеціальностей;

– практичний досвід: набуття досвіду роботи у лікувально-профілактичних закладах;

– спеціалізація: завершальним етапом є спеціалізація за циклом підготовки «Організація і управління охороною здоров'я».

Програма підготовки майбутніх керівників охоплює шість основних блоків:

1. Соціальна медицина.

2. Менеджмент у сфері охорони здоров'я.

3. Культура управління.

4. Економічні основи менеджменту.

5. Правові аспекти управління.

6. Управління підсистемами охорони здоров'я.

2. Підготовка магістрів державного управління у сфері охорони здоров'я – реалізується Національною академією державного управління при Президентові України та її регіональними інститутами (відповідно до Указу Президента від 5 листопада 2020 року [56]).

Програма підготовки спрямована на формування компетентностей у таких напрямах:

–стратегія і політика державного управління в охороні здоров'я;

–сучасні підходи до публічного управління, що враховують усі рівні адміністративної системи;

–інноваційні аспекти охорони здоров'я, зокрема: розвиток первинної медико-санітарної допомоги; роль місцевого самоврядування у забезпеченні охорони здоров'я; просування здорового способу життя (Health life style) та сприяння здоров'ю (Health promotion).

3. Підготовка менеджерів, орієнтованих на галузь охорони здоров'я.

Особливий акцент робиться на формуванні інституту менеджерів, які

працюють у сфері охорони здоров’я. Такі фахівці повинні:

– розвивати приватну інфраструктуру охорони здоров’я;

– впроваджувати системи медичного страхування;

– забезпечувати функціонування галузі на принципах: багатоукладної економіки з багатоканальним фінансуванням; поєднання державних гарантій із демонополізацією; заохочення підприємництва та конкуренції.

Для задоволення потреб у фахівцях з медичного менеджменту у закладах вищої освіти України здійснюється підготовка за рівнями «бакалавр» та «магістр».

Основний принцип цієї підготовки – поступове освоєння знань, коли студенти:

1. Опановують теоретичні й практичні аспекти медицини.

2. Продовжують навчання за спеціальністю «Менеджмент організацій» із професійним спрямуванням «Медичний менеджмент» [4].

Крім того, в Україні діє система вдосконалення професійної майстерності фахівців із організації та управління охороною здоров’я.

Ключові заходи включають тематичні курси, присвячені таким актуальним питанням:

– менеджмент і маркетинг у сфері охорони здоров’я;

– економічні аспекти охорони здоров’я;

– організація первинної медико-санітарної допомоги;

– надання медичних послуг сільському населенню;

– інформаційне забезпечення системи охорони здоров’я.

Фахівці також проходять передатестаційні цикли кожні п’ять років, що дозволяє:

– поглиблювати знання та навички у сфері організації і управління охороною здоров’я;

– оцінювати рівень компетенцій відповідно до вимог кваліфікаційної характеристики.

Досвід свідчить, що курси, які пропонуються в закладах

післядипломної освіти, здебільшого забезпечують лише теоретичну підготовку в межах стислої програми. Основним їхнім недоліком є відсутність практичного інструментарію та навичок управління закладом, який вирішує одночасно два ключових завдання: надання якісної медичної допомоги населенню та забезпечення економічної життєздатності установи.

Такі управлінські навички сьогодні потрібні не лише керівникам приватних медичних закладів, але й головним лікарям державних, комунальних, казенних та академічних установ. Це пов'язано з тим, що за традицією, яка залишилася з радянської системи охорони здоров'я, керівниками бюджетних закладів зазвичай призначають осіб із медичною освітою. Для умов СРСР така система була виправданою: керівник добре знав медичну специфіку закладу, який очолював. Однак і до сьогодні більшість керівників закладів охорони здоров'я залишаються представниками цієї системи.

Головним недоліком такої підготовки кадрів є відсутність економічного компонента. У радянській моделі він обмежувався лише дотриманням виділеного бюджету. У сучасних умовах, коли фінансування не покриває потреби закладів, а ринкові відносини розвиваються стихійно, управлінські та економічні знання стають не лише бажаними, але й критично необхідними.

Під час підготовки фахівців у сфері менеджменту охорони здоров'я особливу увагу слід приділяти таким знанням і навичкам:

- розробка стратегічних і оперативних планів діяльності закладу на ринку медичних послуг;
- організація технологічних процесів медичного обслуговування;
- управління матеріально-технічною базою;
- забезпечення охорони праці;
- розробка стратегій та управління рекламною діяльністю;
- аналіз бухгалтерської та статистичної звітності підрозділів;
- оцінка ефективності діяльності закладу в умовах конкуренції.

У Національному університеті «Києво-Могилянська академія» з 2004 року функціонує магістерська програма з «Менеджменту організацій і адміністрування в охороні здоров'я». Програма, розроблена спільно з фахівцями Маастрихтського університету, спрямована на підготовку медичних менеджерів на основі немедичної освіти. Випускники програми мають комплексне системне бачення управління закладами охорони здоров'я, проте їх кількість обмежена – до 12 осіб щороку. Попри затребуваність таких фахівців, вони рідко обіймають керівні посади через інертність системи, яка ще не адаптувалася до сучасних реалій.

Подібні програми запроваджені також в інших закладах, наприклад, в Українському католицькому університеті та Національному університеті «Острозька академія». Водночас Міжрегіональна академія управління персоналом формує академічні групи з абітурієнтів, які вже мають медичну освіту. Студенти цього закладу приходять із певним обсягом знань і практичних навичок, які поглиблюються під час навчання.

Черкаський інститут управління забезпечує підготовку бакалаврів за спеціальністю «Менеджмент організацій» із професійним спрямуванням «Менеджмент у сфері охорони здоров'я». Навчальна програма передбачає комплекс дисциплін, що охоплюють гуманітарні, економічні, правові, медичні аспекти управління закладами охорони здоров'я.

Таким чином, підготовка менеджерів у галузі охорони здоров'я в Україні набуває системності, поєднуючи теоретичні знання та практичні навички, необхідні для ефективного управління закладами охорони здоров'я в умовах реформ.

Опанувавши теоретичні знання та здобувши практичні навички, фахівець повинен бути здатний:

– здійснювати оперативне та стратегічне планування, фінансування і матеріально-технічне забезпечення діяльності лікувально-профілактичних установ (ЛПУ);

– забезпечувати ведення обліку та складання звітності в ЛПУ;

– організовувати та контролювати технологічний процес надання медичних послуг населенню;

– проводити маркетингові дослідження й організовувати ефективну рекламну діяльність установ охорони здоров'я;

– вирішувати питання кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я;

– складати бізнес-плани для проектів у галузі охорони здоров'я;

– здійснювати контроль і розрахунки за надані медичні послуги;

– аналізувати вплив зовнішніх факторів на результати діяльності ЛПУ;

– визначати та впроваджувати оптимальні моделі співпраці із зовнішніми суб'єктами, враховуючи правові та організаційні аспекти діяльності ЛПУ.

Особливий акцент у підготовці таких фахівців робиться на формуванні економічного мислення, необхідного для ефективного управління закладами охорони здоров'я в умовах ринкових відносин. Тривале ігнорування економічного підходу призвело до відсутності єдиної методології викладання економіки охорони здоров'я. Водночас позитивним прикладом є досвід Донецького державного університету управління, який розробив комплексну програму з організації та управління ресурсами в регіональній системі охорони здоров'я.

Програма складається з чотирьох основних модулів:

1. «Соціальні передумови трансформації економіки регіону»;
2. «Забезпечення балансу між демографічними показниками та ресурсами для праці в сфері охорони здоров'я»;
3. «Менеджмент фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я»;
4. «Управління основними ресурсами медичних установ».

З 1999 року підготовка магістрів зі спеціалізації «Управління охороною здоров'я» здійснювалась у Національній академії державного управління при Президентові України та її регіональних інститутах. Нині така підготовка триває в межах спеціальності «Публічне управління», включаючи

дисципліни, такі як «Управління охороною громадського здоров'я», «Публічне управління у сфері охорони здоров'я», «Політика в охороні здоров'я», «Стратегічне управління в охороні здоров'я» тощо.

Варто відзначити, що медичні заклади вищої освіти України також активно готують майбутніх фахівців до управлінської діяльності. Наприклад, у Харківському національному медичному університеті викладається понад 20 дисциплін управлінського циклу, серед яких «Публічне адміністрування», «Управління трудовими ресурсами», «Економіка і фінансування у сфері охорони здоров'я», «Менеджмент інноваційних проектів», «Публічні закупівлі» тощо.

Таким чином, розбудова системи підготовки менеджерів у сфері охорони суспільного здоров'я є нагальною потребою, що підтверджується дослідженнями науковців, думками фахівців-практиків та регуляторними документами. Ураховуючи різнорідність підготовки здобувачів, введення «курсу вирівнювання» для набуття базових знань у галузях медицини та економіки є необхідністю. Хоча це й потребує збільшення тривалості навчання, такий підхід дозволить уникнути дублювання раніше засвоєних знань.

Досвід співпраці з міжнародними організаціями та створення спільних медичних установ і представництв фармацевтичних компаній в Україні демонструє попит на фахівців зі знанням специфіки галузі. Тому до навчальних програм варто додати дисципліни, пов'язані з основами міжнародної економічної діяльності.

2.3. Практичні рекомендації щодо удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні

Як вже згадувалося в попередніх підрозділах, медична реформа,

ініційована Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [37], спрямована на зміну фінансування системи охорони здоров'я. Основною метою реформи є перехід від системи фінансування «за стіни» до персоніфікованої оплати «за пацієнта», що означає, що одна з головних стратегічних цілей реформи полягає в тому, щоб оплата за медичні послуги базувалася на результатах діяльності постачальників послуг. Для досягнення цієї мети необхідно змінити характер відносин між постачальниками медичних послуг та їх замовниками, якими виступають відповідні органи, що управляють бюджетними коштами.

Замість командно-адміністративної моделі, яка існувала до цього, повинна бути впроваджена контрактна модель, де взаємовідносини регулюються договорами. Згідно з такою моделлю, замовник бюджетних коштів виступає як третя сторона-платник, яка діє в інтересах пацієнтів, а заклад охорони здоров'я або лікар, який має ліцензію на медичну практику, буде постачальником послуг.

Реформа охоплює всі види і форми медичних установ та підприємств, включаючи державні та недержавні, але на практиці вона, зокрема, найбільше стосується недержавного сектора, зокрема комунальних медичних установ, які поступово набувають статусу некомерційних підприємств. У зв'язку з цим, в межах роботи доцільно детальніше зупинитися на вдосконаленні механізмів публічного управління саме в комунальних закладах, як складовій частині недержавного сектору. Така увага обумовлена тим, що ці заклади виконують функцію первинної ланки медичного обслуговування населення, і якість їхніх послуг, що є однією з основних цілей реформування, залежить від ефективності організації роботи, кадрового забезпечення та фінансування.

Аналіз наукових джерел, а також дослідження вітчизняних і зарубіжних експертів дозволяють виділити кілька можливих шляхів вирішення проблеми ефективності роботи комунальних закладів охорони здоров'я в Україні, зокрема три основні варіанти розвитку ситуації:

1. Впровадження автономізації закладів охорони здоров’я.

2. Збереження поточної політики щодо медичних установ, яка існувала до початку реформ.

3. Приватизація медичних закладів [11].

Для того щоб обґрунтувати найкращу альтернативу для вирішення проблеми неефективності роботи мережі комунальних закладів охорони здоров’я в Україні, проводяться різноманітні дослідження як вітчизняними, так і зарубіжними фахівцями.

Основні висновки цих досліджень свідчать про те, що для успішного впровадження моделі взаємовідносин, визначеної Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», необхідно надати комунальним закладам охорони здоров’я управлінську та фінансову автономію. Це може бути досягнуто шляхом реорганізації, зокрема шляхом перетворення таких закладів у комунальні некомерційні підприємства. Така реорганізація дозволить закладам збільшити свою самостійність у господарських і управлінських питаннях, а також стимулюватиме покращення якості медичних послуг та підвищення економічної ефективності.

Комунальне некомерційне підприємство – це підприємство, створене за рахунок майна територіальної громади для виконання завдань, визначених його статутом, без мети отримання прибутку [68]. Проте це не означає, що підприємство не може отримувати доходи, оскільки ці кошти спрямовуються виключно на виконання статутних завдань. Наприклад, підприємство може придбати нове медичне обладнання або преміювати лікаря без порушення принципів некомерційності.

Головною перевагою такого підприємства є більша автономія керівника у прийнятті управлінських рішень. Закон надає керівникові право самостійно затверджувати штатний розклад, відкривати рахунки в банках та ухвалювати рішення в межах, визначених статутом. Крім того, підприємство діє на підставі фінансового плану, в межах якого самостійно управляє своїми

ресурсами, отриманими від Національної служби здоров’я України (НСЗУ).

Таке підприємство зацікавлене в економії на другорядних витратах (наприклад, утеплення фасадів або придбання енергозберігаючого обладнання) та зосереджується на якісному медичному обслуговуванні пацієнтів. Загальний принцип: якісніше медичне обслуговування – більше пацієнтів – більше фінансування [58].

Отже, серед головних переваг, які надає комунальному медичному закладу статус некомерційного комунального підприємства, слід виокремити наступні:

1. Керівник підприємства отримує значно більше повноважень, ніж керівник бюджетної установи, щодо управління активами й фінансами, формування кадрової політики, визначення внутрішньої структури організації.

2. Керівник може самостійно визначати форми оплати праці персоналу, що дозволяють закону.

3. Фінансування підприємства здійснюється не через постатейний кошторис, а на основі власного фінансового плану, що забезпечує більш ефективне використання коштів.

4. Комунальні підприємства мають право відкривати рахунки в будь-якому банку.

5. Вони можуть створювати об’єднання з іншими закладами, що також функціонують як підприємства, з метою перерозподілу функцій та оптимізації використання ресурсів.

6. Комунальні підприємства можуть залучати лікарів-фізичних осіб-підприємців, які мають ліцензію на медичну практику.

Ці переваги допоможуть не лише покращити розвиток самого підприємства, але й, що найголовніше, підвищити якість та доступність медичних послуг для населення.

Для успішного реформування комунальних закладів охорони здоров’я та управління цими процесами з боку публічної влади доцільно

застосовувати комплексний підхід і механізм управління (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Алгоритм запровадження механізму публічного управління розвитком недержавного сектора охорони суспільного здоров'я

Етап	Процеси
1	2
1. Аналіз та оцінка поточного стану недержавного сектора	• провести аудит існуючих недержавних медичних закладів та організацій; • визначити основні проблеми, бар'єри та перспективи розвитку; • оцінити потреби населення у медичних послугах, які надаються недержавним сектором; • вивчити успішні практики публічно-приватного партнерства (ППП) у сфері охорони здоров'я;
2. Розробка нормативно-правової бази	• підготувати законодавчі та нормативні акти, що сприятимуть регулюванню і підтримці недержавного сектора охорони здоров'я; • забезпечити правове регулювання умов для залучення інвестицій, ППП та створення сприятливого середовища для бізнесу; • розробити механізми ліцензування, акредитації та контролю якості послуг недержавного сектора;
3. Інтеграція недержавного сектора в загальну систему охорони здоров'я	• визначити ролі та функції недержавних медичних закладів у національній системі охорони здоров'я; • запровадити механізми співпраці з державними установами, такими як НСЗУ; • розробити систему єдиного обліку медичних послуг, що включатиме державні та недержавні заклади;
4. Формування фінансово-економічного механізму	• запровадити моделі співфінансування державою та приватними структурами послуг, які надаються населенню; • створити стимули для інвестування в охорону здоров'я (податкові пільги, державні гранти, кредити); • визначити прозорі механізми розподілу бюджетних коштів для недержавного сектора;
5. Запровадження інструментів публічного контролю та прозорості	• розробити систему моніторингу та оцінки діяльності недержавних закладів; • забезпечити прозорість фінансових потоків через публічні звіти; • впровадити механізми залучення громадськості до оцінки якості медичних послуг;
6. Стимулювання розвитку кадрового потенціалу	• розробити програми підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників для недержавного сектора; • створити умови для залучення молодих фахівців, зокрема через систему грантів і стажувань; • запровадити механізми підтримки професійного розвитку працівників у недержавних установах;

Продовження таблиці 2.2

1	2
7. Інформаційна кампанія	• провести роз'яснювальну роботу серед населення щодо переваг недержавних медичних закладів; • запустити просвітницькі програми для підприємців, які бажають працювати у сфері охорони здоров'я; • висвітлювати успішні кейси функціонування недержавного сектора;
8. Запровадження механізмів співпраці через ППП	• визначити пріоритетні напрямки для співпраці (наприклад, реабілітація, первинна медична допомога); • створити умови для укладання угод між державою і приватними структурами; • розробити стандартні контракти для ППП у сфері охорони здоров'я;
9. Оцінка результатів та коригування механізму	• встановити індикатори оцінки ефективності впровадженого механізму; • регулярно проводити моніторинг результатів і вносити корективи до стратегії; • оцінити вплив механізму на доступність, якість і ефективність медичних послуг;
10. Створення умов для сталого розвитку	• запровадити довгострокові програми підтримки та розвитку недержавного сектора; • забезпечити інституційну підтримку через створення відповідних державних органів або структур; • постійно вдосконалювати механізм на основі зворотного зв'язку з громадськістю та недержавними організаціями.

Такий алгоритм дозволить забезпечити ефективну інтеграцію і розвиток недержавного сектора охорони суспільного здоров'я, підвищуючи доступність і якість медичних послуг.

Важливо зазначити, що на різних етапах реформування системи охорони здоров'я склад комплексного механізму управління з боку публічної влади буде змінюватися, оскільки кожен етап вимагає нових завдань і методів реалізації. До того ж, недержавний сектор охорони здоров'я складається з різних елементів (приватні заклади, комунальні підприємства, підприємці, некомерційні інститути тощо), і методи впливу на їх розвиток з боку публічної влади також можуть відрізнятися. У першому розділі надано основні складові комплексного механізму публічного управління розвитку недержавного сектора охорони здоров'я, серед яких такі конкретні механізми, як організаційний, правовий, економічний, адміністративний, політичний, мотиваційний, інституційний та інші.

З огляду на це пропонується такий алгоритм для застосування комплексного підходу і механізму публічного управління розвитком недержавного сектора охорони здоров'я на прикладі управління комунальними підприємствами в системі охорони здоров'я.

Мета – поліпшення роботи комунальних закладів охорони здоров'я шляхом зміни їх організаційно-правового статусу для забезпечення доступних та якісних медичних послуг для громадян.

Завдання:

– забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою, що відповідає реальним потребам суспільства та принципам рівності та справедливості;

– пошук механізмів для забезпечення прозорості роботи медичних закладів, викорінення неофіційних платежів та корупційних схем;

– створення ефективної системи управління інформацією;

– розробка ефективних методів управління та фінансування медичних установ.

З огляду на ці завдання, у складі комплексного механізму публічного управління розвитком комунальних закладів охорони здоров'я на етапі реформування доцільно використовувати такі конкретні механізми: організаційний, правовий, фінансово-економічний, адміністративний, інституційний, інформаційний та інші.

1. Організаційний механізм можна уявити як структурно-функціональну схему органів публічної влади, відповідальних за реформування. Основними методами управлінського впливу будуть функції органів та їх завдання, які можуть коригуватися в майбутньому. До цього механізму відноситься також організація навчання для управлінців та менеджерів охорони здоров'я, кадрові призначення керівників, фінансування навчання за рахунок громади тощо. Керівники закладів обиратимуться через конкурс і укладатимуть контракти з власниками закладів, що дозволить забезпечити прозорі умови для прийняття на роботу та стане основою для

контрактних відносин у медичній сфері.

2. Правовий механізм забезпечує нормативно-правову базу для цих процесів, надаючи методичні рекомендації та підтримку з питань перетворення медичних закладів з бюджетних установ у некомерційні підприємства.

Сьогодні існує значна кількість методичних рекомендацій і навчальних програм для представників органів місцевого самоврядування, керівників місцевих органів управління охороною здоров'я, медичних закладів, а також депутатів місцевих рад, які відповідають за підготовку та прийняття рішень щодо зміни господарсько-правового статусу комунальних закладів охорони здоров’я шляхом їх реорганізації (перетворення) з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства згідно з чинним законодавством України.

Основні моменти нормативно-правового забезпечення включають:

1. Чинне законодавство України дозволяє власникам публічних закладів охорони здоров’я (територіальним громадам, які здійснюють право комунальної власності через місцеві ради) перетворювати свої заклади охорони здоров’я (ЗОЗ), що мають статус бюджетних установ, на комунальні унітарні некомерційні підприємства. Для впровадження цих організаційно-правових змін не потрібне погодження Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я чи інших органів державної влади.

2. Перетворення ЗОЗ на комунальні некомерційні підприємства сприяє зростанню їх господарської та фінансової автономії, а також підвищенню гнучкості управління. Це створює стимули для покращення якості медичного обслуговування населення та одночасно підвищує економічну ефективність використання активів.

3. Перетворення ЗОЗ на комунальні некомерційні підприємства дозволяє уникнути надмірного податкового навантаження на ці заклади та запобігає їх банкрутству або скороченню мережі комунальних ЗОЗ.

4. Після перетворення комунальні ЗОЗ не можуть бути приватизовані,

оскільки закон забороняє такі дії. Процес перетворення може тривати до трьох місяців, трудові відносини з працівниками продовжуються, а звільнення можливе лише у випадку скорочення штату. Окремі працівники можуть бути переведені на інші посади або переміщені в інші підрозділи за потреби.

3. Фінансово-економічний механізм публічного управління передбачає, що джерелами фінансування перетвореного в комунальне некомерційне підприємство ЗОЗ можуть бути як бюджетні кошти, так і кошти юридичних та фізичних осіб. Крім того, фінансування може здійснюватися через договори з місцевими органами влади та іншими ЗОЗ. Перетворене підприємство не буде платником податку на прибуток або на нерухомість, тобто перетворення не призводить до негативних податкових наслідків. Медична субвенція може надходити через місцевий бюджет за програмно-цільовим методом. Також можливі податкові канікули для новоствореного закладу на п'ятирічний період.

4. Інформаційний механізм полягає в створенні ефективної системи управління інформацією, включаючи єдиний реєстр лікарень, лікарів та приватних закладів, а також розбудову якісної статистичної інформації через систему «електронне здоров'я». Важливо, щоб система мала належну статистичну інформацію та можливості для премодерації відгуків пацієнтів.

5. Механізм громадського контролю передбачає створення наглядових рад для здійснення контролю за медичною та фінансово-господарською діяльністю закладів. Основними функціями таких рад є контроль за діяльністю керівництва закладів охорони здоров’я, фінансуванням та майном, що належить закладам.

За таких умов мінімізується ймовірність корупційних дій, оскільки пацієнти будуть знати, на що витрачаються державні кошти, лікарі матимуть всі необхідні ресурси для ефективної роботи, а громадськість зможе контролювати фінансові потоки.

Таким чином, основною метою управління є м’яке і ефективне

проведення реформ. Для цього слід використовувати комплексний підхід, який включає такі конкретні механізми: організаційний, правовий, фінансово-економічний, інформаційний, інституційний та громадського контролю.

Водночас на сучасному етапі реформування важливим завданням є формування позитивної громадської думки та довіри до медичних закладів. Громадська думка щодо системи охорони здоров'я в Україні не відображає реального становища, оскільки спостерігається низька довіра як до лікарів, так і до всієї системи охорони здоров'я. Більшість громадян через нерозуміння суті реформи не вимагають від влади конкретних дій щодо покращення медичної допомоги, що в свою чергу не сприяє реформуванню. Через відсутність значних реформ у галузі за останні роки люди втратили інтерес до змін або підтримки ініціатив у цій сфері.

Нерішучість до змін серед зацікавлених сторін (стейкхолдерів) є суттєвою перешкодою для реалізації реформ. Наразі лише мала кількість людей готові активно працювати над покращенням ефективності медичних закладів. Ключові стейкхолдери не є лідерами змін, оскільки між ними відсутня належна комунікація. Крім того, органи влади не надають достатньої інформації про свої рішення та діяльність.

Низький рівень довіри може зменшити ефективність реформування комунальних закладів охорони здоров'я. Довіра займає друге місце серед чинників, що впливають на успішність змін, тому до переліку механізмів публічного управління варто додати ще один механізм – механізм безпосередньої участі всіх зацікавлених сторін у процесі прийняття рішень.

Цей механізм передбачає, що усі стейкхолдери можуть брати участь у формуванні та реалізації управлінських рішень, що підвищить рівень довіри та покращить результати співпраці. Визначення ролі та прав зацікавлених сторін дозволить ефективно впроваджувати зміни в систему охорони здоров'я.

До ключових стейкхолдерів, які мають прямий або опосередкований

вплив на діяльність комунальних закладів охорони здоров’я, відносяться: Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, комітет Верховної Ради з питань охорони здоров’я, Міністерство охорони здоров’я України, місцеві органи управління, Міністерство фінансів України, міжнародні організації, органи місцевого самоврядування, місцеві громади, вищі навчальні заклади, громадські організації, науковці, приватні заклади охорони здоров’я, лікарі, пацієнти та інші. Важливо розуміти, що стейкхолдери можуть впливати на політику й розвиток комунальних підприємств як зовнішньо, так і внутрішньо. У розробці стратегії розвитку необхідно враховувати інтереси всіх зацікавлених сторін для досягнення головної мети – забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою.

Також важливо враховувати внутрішній вплив таких груп, як керівники медичних підприємств, лікарі та пацієнти. Керівники медичних установ, володіючи управлінськими навичками, можуть ефективно розподіляти ресурси, а приватні медичні заклади створюють конкуренцію для державних і комунальних установ, що стимулює підвищення якості послуг. Приватні ЗОЗ мають досвід автономної роботи, що може бути корисним при впровадженні автономізації в державних і комунальних медичних установах.

Мотивація лікарів безпосередньо залежить від рівня заробітної плати, дисципліни та конкуренції. Низька оплата праці призводить до розвитку корупційних схем, а відсутність конкуренції знижує бажання до самовдосконалення, що обмежує розвиток медичної науки та знижує якість послуг.

Низька довіра пацієнтів до медичних закладів призводить до поширення самолікування або відмови від лікування, що негативно впливає на загальний стан здоров'я населення.

Механізм безпосередньої участі може допомогти зменшити непередбачувані наслідки та залучити більше зацікавлених сторін до процесу реформування медичних закладів, які надають послуги безпосередньо громадянам. Цей механізм визначає коло стейкхолдерів і їх інтереси для

проведення ефективних реформ.

Запровадження превентивних заходів для контролю впливу зовнішніх факторів на систему охорони здоров’я дозволить мінімізувати спротив з боку політичних кіл, адже часто існують міфи щодо автономізації медичних закладів. До таких заходів належать:

– підвищення мотивації медичних працівників через підготовку менеджерів, управлінців і делегування повноважень;

– активне інформування громадськості про зміни в системі та сутність реформи;

– визначення періоду адаптації при переході до нової організаційно-правової форми.

Отже, на сучасному етапі реформування комунальних закладів необхідно застосовувати комплексний механізм публічного управління їх розвитком. Цей механізм включає організаційний, правовий, фінансово-економічний, інформаційний, громадський контроль, безпосередню участь та інші заходи для покращення роботи комунальних медичних установ і забезпечення доступних та якісних медичних послуг для громадян.

Висновок до другого розділу

Законодавство виступає ключовим механізмом державного регулювання у сфері охорони здоров’я. Воно забезпечує виконання державних рішень, спрямованих на поліпшення здоров’я нації, запобігання захворюванням, гарантування доступу до якісних медичних послуг і дотримання прав громадян у сфері охорони здоров’я.

Основним документом у сфері охорони здоров’я є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я». Він закріплює принципи, на яких будується система охорони здоров’я, права та обов’язки громадян і медичних працівників, механізми реалізації державної політики та міжнародні стандарти.

Приватні медичні заклади підпадають під ті самі законодавчі вимоги, що й державні, проте часто стикаються з додатковими обмеженнями. Це стосується, наприклад, можливостей використання певних лікарських засобів, видачі лікарняних листків і надання екстреної допомоги. Однак приватний сектор зменшує навантаження на державну систему, сприяє конкуренції та підвищує якість медичних послуг, що вимагає створення рівних умов для його функціонування.

Проблеми існуючого законодавства: наявність надмірно декларативних норм, які не мають чітких механізмів реалізації; недостатнє законодавче врегулювання окремих напрямків, зокрема паліативної допомоги та діяльності благодійних фондів; відсутність єдиного кодексу, який би систематизував правові норми в сфері охорони здоров'я, ускладнює управління системою та її адаптацію до сучасних викликів.

Україна активно інтегрує міжнародні принципи, закріплені в таких документах, як Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, що сприяє забезпеченню прав громадян на охорону здоров'я відповідно до найкращих світових практик.

Ефективне функціонування системи охорони здоров'я значною мірою залежить від рівня підготовки управлінських кадрів. Розбудова інституту менеджменту в галузі охорони здоров'я стала актуальним напрямом реформ, оскільки компетентний менеджер є ключовою ланкою у реалізації стратегічних завдань закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). У сучасних умовах дефіцит кваліфікованих управлінців виявляється не менш значущою проблемою, ніж недостатнє фінансування чи недосконаліть нормативно-правової бази.

Сучасні реалії вимагають підготовки фахівців, які здатні планувати ресурси, впроваджувати інноваційні підходи, забезпечувати конкурентоспроможність закладу та ефективно управляти матеріально-технічною базою. Відсутність необхідних управлінських навичок у керівників ЗОЗ негативно позначається на якості медичних послуг і

економічній життєздатності установ.

Існуючі програми забезпечують базову підготовку, але часто позбавлені практичного компоненту, необхідного для роботи в умовах ринкових відносин. Це обумовлює потребу у вдосконаленні освітніх програм шляхом включення курсів із стратегічного планування, фінансування, управління якістю, маркетингу, аналізу ефективності діяльності та міжнародної співпраці.

Запровадження навчальних програм на основі співпраці з міжнародними університетами (наприклад, програми в НаУКМА) демонструє успішність інтеграції передових практик. Однак, через інертність системи такі фахівці поки що недостатньо залучені до управління медичними закладами.

Вдосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні є важливою складовою загальної реформи охорони здоров’я в Україні. Комплексний підхід, який включає організаційний, правовий, фінансово-економічний, інформаційний механізми, а також активну участь громадськості, дозволить створити сучасну, конкурентоспроможну та орієнтовану на пацієнта систему медичного обслуговування.

Реформа системи охорони здоров’я в Україні, спрямована на забезпечення доступності та якості медичних послуг, вимагає вдосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги, особливо на місцевому рівні. Основним завданням є перехід від адміністративно-командної моделі до контрактної, де фінансування медичних закладів базується на результатах їхньої діяльності.

ВИСНОВКИ

Реформа системи охорони здоров’я в Україні є багатогранним і поступовим процесом, що потребує системного підходу, інтеграції інновацій, підвищення якості управління та залучення ресурсів, спрямованим на створення ефективної, доступної та пацієнтоорієнтованої моделі медичних послуг. Незважаючи на значні виклики, включаючи фінансові, інституційні та політичні, реформа вже продемонструвала важливі результати, які закладають фундамент для подальших змін та адаптації до сучасних викликів. Впровадження реформи, яке почалося з 2015 року, базувалося на Стратегії сталого розвитку «Україна 2020» і програмі діяльності Кабінету Міністрів. Реформа охопила як організаційні, так і фінансові аспекти системи охорони здоров’я, зокрема через запровадження сучасних підходів до управління медичними установами.

Одним із ключових аспектів реформи стало створення спроможної мережі закладів охорони здоров’я, включаючи запровадження госпітальних округів і кластерів. Це дозволило розмежувати заклади за їх функціональним призначенням (надкластерні, кластерні, загальні) та підвищити ефективність медичних послуг. Крім того, значна увага була приділена первинній ланці медичної допомоги, що стало основою для реформування спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги.

Запровадження програми медичних гарантій та електронної системи охорони здоров’я eHealth значно покращило доступність і прозорість медичних послуг. Відбулася реорганізація закладів первинної медичної допомоги в комунальні некомерційні підприємства (КНП), що надало закладам автономію в управлінні ресурсами та можливість працювати в конкурентних умовах.

Використання автоматизованих систем моніторингу, внутрішнього аудиту та боротьби з шахрайством у Національній службі здоров’я України

(НСЗУ) є важливим елементом забезпечення прозорості фінансових потоків. Прогресивні заходи, такі як розробка реєстрів ризиків і впровадження ризик-менеджменту, посилюють ефективність системи.

Фінансування стало ще однією важливою складовою реформи. Перехід на модель «гроші йдуть за пацієнтом» забезпечив прямий зв'язок між обсягом наданих послуг і фінансовим забезпеченням медичних установ. Проте, реформу супроводжували виклики, такі як недостатнє фінансування, нерівномірний розподіл ресурсів і проблеми з забезпеченням кадрів.

Завдяки реформі було покращено доступ до паліативної допомоги, реабілітаційних послуг та психічного здоров'я, а також розширено програму реімбурсації лікарських засобів. Разом з тим, потреба в модернізації матеріально-технічної бази та розвитку інновацій залишилася актуальною.

Повномасштабне вторгнення Росії стало серйозним випробуванням для системи охорони здоров'я, завдавши значних збитків інфраструктурі охорони здоров'я та погіршивши доступність медичних послуг. Втрати інфраструктури, демографічна криза, порушення доступу до медичних послуг та економічні труднощі посилили нагальність реформ. Водночас, галузь змогла вистояти завдяки підтримці держави та міжнародних партнерів.

Ключовим документом для подальшого розвитку стала Стратегія охорони здоров'я до 2030 року, яка спрямована на забезпечення якісної та доступної медичної допомоги; підвищення професійного рівня медичних працівників; інтеграцію інноваційних технологій та зниження рівня передчасної смертності збільшення тривалості життя; зниження смертності від неінфекційних хвороб; зменшення інвалідності та впровадження інтегрованих моделей медичних послуг. Стратегія передбачає тісну взаємодію державних і приватних медичних закладів, залучення міжнародних ресурсів та впровадження інноваційних підходів у лікуванні та організації роботи медичних установ.

На основі аналізу зарубіжного досвіду надання медичної допомоги,

висновки можна сформулювати наступним чином:

1. Кожна країна використовує власну модель організації системи охорони здоров'я, залежно від історичних, економічних і культурних факторів. Попри значну різницю у підходах, всі країни прагнуть до вдосконалення своїх систем, що забезпечують баланс між якістю, доступністю та ефективністю медичних послуг.

2. Американська система охорони здоров'я, орієнтована на ринкові механізми, демонструє високий рівень медичних послуг, але страждає від нерівномірного доступу до них і високих витрат для споживачів. Державні програми, такі як Medicare і Medicaid, частково компенсують недоліки, однак потребують суттєвого доопрацювання. Французька система, базована на соціальному страхуванні, забезпечує доступність послуг для всіх громадян. Її відмінною рисою є компроміс між державним фінансуванням і приватними страховими внесками. Ця система є прикладом ефективного поєднання солідарності та свободи вибору пацієнта.

3. Системи охорони здоров'я у країнах Скандинавії характеризуються високим рівнем координації між різними рівнями надання послуг, інтеграцією фінансових потоків та орієнтацією на довгостроковий догляд. Особливий акцент зроблено на підтримку літніх людей і пацієнтів із хронічними захворюваннями, що досягається через національні стандарти якості та інтегровані мережі догляду.

4. Виявлено проблеми і виклики зарубіжних систем: зростання витрат на охорону здоров'я є спільним викликом для більшості країн, незалежно від моделі фінансування; у країнах із централізованими системами, як-от у Великій Британії, спостерігаються довгі «листи очікування» та обмежений доступ до деяких послуг; у системах із переважанням ринкових механізмів, таких як у США, основною проблемою є висока вартість медичних послуг для населення.

5. Зарубіжний досвід свідчить про відсутність універсальної моделі організації охорони здоров'я. Для України важливо знайти баланс між

державним фінансуванням, соціальним страхуванням та ринковими механізмами. Французький і скандинавський підходи можуть бути корисними з огляду на їхню ефективність у забезпеченні доступу до медичних послуг і використанні інноваційних методик.

6. Для ефективного реформування української системи охорони здоров'я потрібно враховувати особливості національної економіки, демографічні виклики та соціальні потреби. Стратегія розвитку має базуватися на: запровадженні змішаної моделі фінансування; застосуванні інноваційних підходів до організації медичних послуг; розробці чітких стандартів і методик для моніторингу якості та ефективності послуг.

Таким чином, аналіз зарубіжного досвіду допомагає визначити пріоритетні напрями реформування, які забезпечать довгострокову стійкість і результативність системи охорони здоров'я України.

Для покращення нормативно-правового забезпечення необхідно: розробити Кодекс «Про охорону здоров'я населення», який би систематизував діюче законодавство; врегулювати діяльність благодійних фондів і запровадити механізми державно-приватного партнерства; оптимізувати кількість нормативно-правових актів для зменшення дублювання і спрощення їхнього застосування; створити рівні умови для функціонування державного та приватного секторів у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, нормативно-правова база України вже закладає основи для ефективного функціонування системи охорони здоров'я. Проте її вдосконалення, орієнтоване на міжнародні стандарти та національні особливості, є важливим кроком для забезпечення стабільності та стійкості галузі.

Пропонуємо наступні рекомендації щодо вдосконалення підготовки менеджерів: розробка єдиної програми підготовки фахівців з медичного менеджменту, яка б охоплювала всі аспекти управління, включаючи фінансовий, правовий, організаційний і соціальний; впровадження «курсів

вирівнювання» для здобуття базових знань у медицині або економіці залежно від попередньої освіти; додавання дисциплін, пов'язаних із міжнародною економічною діяльністю, що відповідає сучасним викликам глобалізації; створення умов для практичної підготовки на базі державних і приватних медичних установ.

Підготовка менеджерів у сфері охорони здоров'я є фундаментальною умовою ефективного функціонування медичних закладів. Удосконалення організаційного механізму ЗОЗ через розвиток управлінського потенціалу сприятиме підвищенню якості медичних послуг, оптимізації ресурсів і впровадженню інновацій. Інтеграція міжнародного досвіду, системність підходів до навчання та розвиток економічного мислення в управлінців стануть запорукою успішності реформ у медичній сфері України.

Ключовими напрямами удосконалення організаційного механізму є:

1. Перетворення комунальних закладів охорони здоров'я у некомерційні підприємства, що дозволяє медичним закладам отримувати фінансову і управлінську автономію, що сприяє підвищенню якості медичних послуг, економічній ефективності, а також стимулює інновації в роботі.

2. Удосконалення організаційного механізму потребує застосування структурно-функціональних схем, які включають: нормативно-правове регулювання процесів реорганізації медичних установ; залучення бюджетних та позабюджетних коштів, створення стимулів для інвестицій, запровадження прозорих механізмів фінансування; формування єдиного реєстру лікарень, електронного обліку пацієнтів, інформування населення; створення наглядових рад для моніторингу діяльності закладів і управління фінансами.

3. Реформування комунальних медичних закладів потребує формування позитивної громадської думки через: інформаційні кампанії щодо переваг реформи; залучення громадськості та зацікавлених сторін до прийняття рішень; врахування інтересів пацієнтів, лікарів, місцевих органів влади, бізнесу та міжнародних організацій.

4. Мотивація медичних працівників та управлінців: створення системи підготовки менеджерів у сфері охорони здоров’я; запровадження стимулюючих механізмів оплати праці, що сприяють підвищенню продуктивності та якості медичних послуг.

5. Превентивні заходи для подолання опору реформам: забезпечення періоду адаптації для переходу до нових організаційно-правових форм; мінімізація ризиків завдяки детальному плануванню, пілотним проєктам та громадському обговоренню.

Запровадження зазначених рекомендацій сприятиме поліпшенню доступності та якості медичних послуг; підвищенню ефективності використання фінансових і матеріальних ресурсів; формуванню прозорої та орієнтованої на пацієнта системи охорони здоров’я; створенню стійкої довіри громадськості до медичних закладів.

Таким чином, реформа системи охорони здоров’я в Україні є безпрецедентним кроком до створення сучасної європейської моделі медичних послуг. Водночас для її успішної реалізації потрібні подальші системні зміни, спрямовані на підвищення якості медичних послуг, забезпечення стійкості фінансування та подолання викликів, спричинених економічними та політичними факторами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алькема В.Г., Сумець О.М., Кириченко О.С. Менеджмент закладу охорони здоров'я: навч. посібник. К: ВНЗ «Університет економіки та права» «КРОК», 2023. 255 с. URL: https://library.krok.edu.ua/media/library/category/navchalni-posibniki/alkema_0036.pdf

2. Аналітичний огляд державного бюджету України 2023: охорона здоров’я. URL: https://drive.google.com/file/d/1fA2PHb_ZnEgELT9x_1LeIklhkOSymifn/view

3. Бабченко, В.Л., Андрушко, О.Г. Пріоритетні напрями реформування галузі охорони здоров’я у Житомирській області. *Економіка, управління та адміністрування.* 2019. № 3(89). URL: http://ema.ztu.edu.ua/article/view/185113.

4. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров’я : навч.-метод. посібник. К.: МАУП, 2007. 328 с. URL: https://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya.

5. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров’я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134–140. DOI: 10.32702/2306- 6814.2020.2.134

6. Бойко І.В. Єдиний медичний простір у механізмі гарантій права людини на здоров’я. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2021. №1. С.150-153.

7. Бойко О.А., Кривченко Г.Г. Плюси і мінуси медичної реформи в Україні. Матеріали науково-практичної конференції «Теоретичні та практичні застосування результатів сучасної науки» 7 квітня 2023 року, м. Одеса. С. 207-209.

8. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров’я. Херсон: Олди-плюс, 2020. 391 с.

9. Борщ В.І. Управлінський капітал в системі охорони здоров’я: теорія і

методологія: дисерт. На здобуття наук. ступеня д-ра екон. наук: спец. 08.00.03. Чернігів, 2020. 552 с.

10. Бричко А.М. Ефективність управління персоналом як один із етапів ведення власної справи (на прикладі закладів охорони здоров'я). *Економіка та суспільство.* 2022. № 6. URL: https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1159/1117

11. Бричко А.М., Лукаш С.М. Мінімізація ризиків інноваційного розвитку бізнесу (на прикладі закладів охорони здоров'я). *Економіка, управління та адміністрування.* 2021. № 4(98). С. 37–41. URL: https://doi.org/10.26642/ema- 2021-4(98)-37-414.

12. Брітченко І.Г., Князевич А.О. Контролінг : навч. посіб. / І. Г. Брітченко, А. О. Князевич. Рівне : Волинські обереги, 2015. 280 с.

13. Вакуленко О., Жаліло Л., Комарова Н. Законодавче та нормативне забезпечення діяльності з формування здорового способу життя URL: http://www.health.gov.ua/Publ/conf.nsf/50e0ce97d91c75b3c2256d8f0025c386/39db46894f4d5a16c2256ddc003c6a90?OpenDocument

14. Вашев О. Є., Мазурок О. В. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я. Теорія *та практика державного управління.* 2015. Вип. 1. С. 101-106.

15. Вашев О. Є., Рогова О. Г., Пустовойт Т. Б. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. *Теорія та практика державного управління.* 2014. Вип. 4. С. 197-204.

16. Височанський В., Мешко Є. Особливості стратегічного планування в сфері охорони здоров'я в громадах. *Децентралізація*. URL: https://decentralization.gov.ua/news/13828

17. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 39-46.

18. Галай В.О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в

Україні. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2022. № 6. С. 189 – 194.

19. Геноцид розпочався: українців знищать по закону. *Українська правда, блог Ольги Богомолець*. 19 жовтня 2017. 20:30.

20. Граціотова Г. О., Ясіновська М. О. Управління персоналом та підвищення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції. 2020. № 6(52). С. 25-34.

21. Гущук І.В. Розбудова системи захисту громадського здоров'я в контексті Доктрини «Україна-2030». Україна 2030: Консолідація мислення – консолідація дій. К., 2018. С. 40. URL: https://eprints.oa.edu.ua/7106/1/Hushchuk%20%28Guschuk%29.pdf

22. Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами до 2025 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua

23. Державні установи Міністерства охорони здоров'я України. URL: http://medforum.in.ua/partnery-gosudarstvennye-uchrezhdeniya-ministerstva-zdravoohraneniya-ukrainy/

24. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2015 року № 1. *Мінфін.* URL: https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/gov/expens

25. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: урок для України. URL: http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/

26. Дубина М., Забаштанський М., Роговий А. Роль Фінансово-кредитних установ у стратегічному розвитку сфери охорони здоров'я. 2020. № 4(24). С. 64 – 73.

27. Економіка охорони здоров'я[Текст]: [Підручник]/За заг. ред. д. мед. н., проф. Парія В. Д.; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Житомир:, 2021. 288 с. URL: http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/7397/1/%D0%95%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%96%D0%BA%D0%B0%20%D0%BE%

D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8%20%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F.pdf

28. Енциклопедія державного управління. у 8 т. Т. 1. Теорія державного управління. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-редкол.: Ю.В. Ковбасюк (голова) та ін. К.: НАДУ, 2011. 747 с.

29. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text

30. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text

31. Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text

32. Карамишев Д. В. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: від соціального діалогу до суспільного консенсусу. URL : http://www.kbuapa/e-book/tpdu/2013-4/doc/1/01.pdf

33. Катрич Є.В., Гончарова В.В., Ажажа М.А. Правові аспекти прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.. Матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції за участю молодих учених та здобувачів вищої освіти «Актуальні питання суспільства у сферах екологічної та цивільної безпеки, енергозбереження, менеджменту та економіки». Запорізький національний університет. Запоріжжя: ЗНУ, 2024. 529 с. С. 254-257. URL: https://www.znu.edu.ua/ii_znu/nauka/2024/aktualni-pytannya/zbirnyk_24.pdf

34. Конституція України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text

35. Квіташвілі О. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. URL: http://healthsag.org.ua/wp-content/ uploads/201/11/strategiya-UKR.pdf

36. Коваленко С. Війна поставила перед системою охорони здоров'я нові виклики. *Голос України*. 14 лютого 2023 р. URL:

http://www.golos.com.ua/article/368390

37. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 № 322-VIII. URL : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/322-08

38. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я: моногр.; Б.А. Брич, Л. В. Ліштаба, П. П. Микитюк. Теронопіль: ТНЕУ, 2018. 192 с.

39. Кошова С., Михальчук В., Радиш Я. Єдиний медичний простір України – нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток.* 2021. №9. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=2203

40. Кравчук І. І., Присяжнюк О. Ф., Веселовський О. Б. Удосконалення управління персоналом закладів охорони здоров'я. *Ефективна економіка.* 2020. № 2. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7626

41. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4. С. 5 – 11.

42. Лопушняк Г.С., Іваненко Є.О. Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації Стратегії сталого розвитку «Україна-2020». *Соціально-трудові відносини: теорія та практика*. 2017. №1. С.61 – 79.

43. Матеріали Національної ради з відновлення України від наслідків війни. Проект Плану відновлення України Матеріали робочої групи «Охорона здоров'я». URL: https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/recoveryrada/ua/health-care.pdf

44. Медична реформа. *Урядовий портал*. URL: https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/ rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya

45. Медичний менеджмент: зб. наук. ст. студентів заоч. форми навч. / відп. ред. А. М. Бідюк. Київ: Держ. торг.-екон. ун-т, 2023. 98 с. URL: https://knute.edu.ua/file/MjkwMjQ=/fd83ab3ac2cb571df7cfdda36d348c74.pdf

46. Мельник А. Ф., Мельник Ю. В. Трансформація регіональних ринків медичних послуг в умовах інституційних реформ в Україні. *Вісник*

Чернівецького торговельного-економічного інституту. Економічні науки. Випуск II (74). Чернівці, 2019. С. 28-52.

47. Мельник А., Богач Ю. Модернізація організаційного механізму функціонування закладів вторинного і третинного рівнів охорони здоров'я. *Вісник Тернопільського національного економічного університету.* 2020. Вип. 4. С. 92–113. DOI: https://doi. org/10.35774/visnyk2020.04.092

48. Мельник А., Радзивілюк Л. Імплементація стратегічного планування в практику управління сучасними медичним закладом: методологічні та прикладні аспекти. Вісник економіки. 2021. № 3. С. 66 – 83.

49. Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#n10

50. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за наук. ред. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.

51. МОЗ України: Що було, є і буде. URL : https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf

52. Надюк З.О. Державне управління інноваційним розвитком національної системи охорони здоров'я. *Державне будівництво*. 2019. № 1. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2019_1

53. Огляд медичних послуг України: розвиток приватних медичних мереж. URL: https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/obzor-medicinskih-uslug-ukrainy-razvitie-chastnyh-medicinskih-setej

54. Огнєв В. А., Чухно І. А. Громадське здоров'я: змістовно-управлінський аспект. *Україна: Здоров'я нації.* 2018. № 3 (50). С. 58-60.

55. Основи законодавства України про охорону здоров'я Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12.

56. Піроженко Н. Теоретичні засади стратегування в сфері охорони здоров'я як умови автономізації медичних закладів. *Актуальні проблеми державного управління.* 2021.№ 2. С. 33 –38.

57. Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n22

58. Порядок надання первинної медичної допомоги. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#n19

59. Порядок ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0044-21#n14

60. Порядок ведення Реєстру декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, в електронній системі охорони здоров'я. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0324-23#n22

61. Прасол В. П. Сучасний стан та особливості нормативно-правового забезпечення розвитку недержавної медицини в Україні. Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2019. №1 (55). С.220-227.

62. Прасол В.П. Упровадження комплексного механізму публічного управління розвитком недержавного сектору охорони суспільного здоров'я в Україні. Теорія та практика державного управління : зб. наук. пр. Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2020. Вип. 4 (71). С. 103-109.

63. Приятельчук О.А. Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в Скандинавському регіоні. *Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика.* 2018. Випуск № 19. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2018

64. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text

65. Про затвердження Концепції розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2002. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text

66. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги

у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.

67. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова КМУ від 2 березня 2016 р. № 285. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text

68. Про затвердження Порядку проведення внутрішнього аудиту в системі Міністерства охорони здоров'я України затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України 27.03.2012 № 207. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0207282-12#Text

69. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. *Офіційний вісник України.* 2015. № 4. С. 67.

70. Про схвалення Концепції нової системи охорони здоров'я: проєкт розпорядження Кабінету Міністрів України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/ show/1013-2016-%D1%80#Text

71. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 р. р. від 04.12.2014 р. URL: http://www.anteka.ua/ article/315522

72. Роль приватної медицини в реформі охорони здоров'я України. URL: https://apmi.com.ua/pruvatna_meducuna_v_reformi_oxoronu_zdodovja

73. Савчук Л.М. Практичні аспекти суспільного контролінгу за ходом реалізації реформ у вітчизняній системі охорони здоров'я. *Маркетинг і контролінг: сучасні виклики підприємництва,* Київ, 2017 р. URL: https://core.ac.uk/download/pdf/162592867.pdf

74. Сазонець І. Л, Зима І. Я. Визначення проблем та основних напрямків реформування системи охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток.* 2018. № 12. DOI: 10.32702/2307-2156-2018.12.2

75. Самойлик Ю. В., Погребняк Л. О. Стратегія управління розвитком

закладів охорони здоров'я в умовах глобалізаційних змін. *Інвестиції: практика та досвід.* 2020. № 19-20. С. 161-166.

76. Сафонов Ю. М., Борщ В. І. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки України*. 2019. № 8(218). С. 62-69.

77. Секторальний план заходів сфери охорони здоров'я у контексті пандемії Covid-19. Проєкт програми розвитку ООН «Кризова координація та управління в Україні». URL: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ua/Health-sector_UKR.pdf

78. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво.* 2019. № 3. С. 160-166.

79. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf

80. Струк Ю.Ю., Струк Б.О., Форкун І.В. Фінансове забезпечення охорони здоров'я. Фінансові аспекти розвитку економіки України: теорія, методологія, практика: збірник наукових праць здобувачів вищої освіти і молодих учених. Ред. кол.: Н.А. Хрущ, Р. С. Квасницька, І. В. Форкун та ін. Відп. Ред. Н.А. Хрущ. Хмельницький : ХНУ, 2020. С. 75- 77

81. Урядовий портал. https://www.kmu.gov.ua/news/proekt-stratehii-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovia-do-2030-roku-bude-finalizovanyi-do-kintsia-pershoho-kvartalu

82. Чорна В.В. Порівняльний аналіз фінансування сфери охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2021. № 1(78). С. 45 – 49.

83. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма

М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. 368 с. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf

84. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні: операційне керівництво від МОЗ. URL: https://moz.gov.ua/uk/jak-organizuvati-sistemu-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi-na-miscevomu-rivni-operacijne-kerivnictvo-vid-moz

85. Healthcare at war: The Impact of Russias fuii-scale Snvasion an the Healtcare in Ukraine. April, 2023 36 p. URL: https://drive.google.com/file/d/1dZQHg_aSdY9xlOiJwz6nM_G3fWSny3Ol/view .

86. Jelovac, I.(2014). Primary Care, gatekeeping and incentives. In A.J. Culyer (ed): Encyclopedia of Health EconomicsVolume 3(142-145).Amsterdam: Elsevier Science.

87. Mason, A., Goddard, M., Weatherly, H., and Chalkley, M.(2014). Integrating funds for health and social care: an evidence review. Journal of Health Services Research & Policy, 20.

88. Ministry of Social Affairs and the Interior(2016).Consolidation Act on Social Services, Consolidation Act no. 1093 of 5 September 2013. Available 363/consolidation-act-on-social-services.pdf (2nd March 2016).

89. Nolte, E., McKee, M., (eds). (2008).Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Open University Press, Berkshire, England.

90. Osborn, R., Moulds, D., Squires,D., Doty, M. M., Anderson, C.(2014). International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. Health Affairs,33.

91. T. Iversen et al. / Nordic Journal of Health Economics, Vol. 4 (2016), No. 1.