

**ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ**  
**ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ**  
Кафедра публічного управління та адміністрування

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
**ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР)**  
на тему: **ЕФЕКТИВНЕ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ**

Виконав: студент 639 мз групи

галузі знань:

28 Публічне управління та адміністрування  
спеціальності:

281 Публічне управління та адміністрування

Клочко Володимир Іванович

Керівник: доктор наук з державного  
управління, професор

Ємельянов Володимир Михайлович

Рецензент: доктор політичних наук,  
професор

Євтушенко Олександр Никифорович

м. Миколаїв - 2022 рік



ДОДАТКИ

.....

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Одним із чинників сталого розвитку держави є показники стану медичної галузі будь-якої країни: в сучасних соціально-економічних умовах охорона здоров'я є одним із провідних напрямів державного регулювання та пріоритетних – для подальшого реформування та трансформації. Насамперед, пріоритетність обумовлена взаємозв'язками медичної галузі із змінами ринкових, фінансово-економічних, адміністративно-територіальних механізмів публічного управління, велике навантаження та випробовування системи відбулося внаслідок початку воєнних дій та військового вторгнення на територію України, оскільки як одній із чутливих сфер до соціальних змін, медичній галузі довелося запроваджувати надшвидкими темпами заходи зі стабілізації та адаптації, аби галузь була готова до медичного забезпечення населення країни. Особливої актуальності це набуло в регіонах, на території яких розгорнулися бойові дії або які були тимчасово окуповані, до таких областей належить й Миколаївська, яка де-факто була обрана за базу магістерського дослідження, оскільки усі порівняння та визначення напрямів розвитку проводилися саме з урахуванням позицій управління закладами охорони здоров'я в цьому регіоні.

Для розбудови ефективної моделі управління медичною системою слід насамперед розпочинати з кожного закладу охорони здоров'я з метою створення засад на національному рівні для підвищення ефективності функціонування кожного з них індивідуально. Великий пласт проблем полягає в переході на інші форми управління та набуття більшої самостійності в рамках автономізації. Це викликає зміни управлінської парадигми, зважаючи на обмеженість практично усіх ресурсів закладів охорони здоров'я, особливо фінансових. Принципи управління на засадах підприємництва відтепер актуальні не тільки для медичних закладів

приватної форми власності, а й комунальних некомерційних підприємств та інших закладів охорони здоров'я.

Зазначена зміна статусу закладів та принципи підприємництва викликають необхідність запровадження нових методів та механізмів в управлінні закладами охорони здоров'я – стратегічного управління, фінансового менеджменту, бізнес-планування, управління персоналом на засадах мотивації та розвитку кар'єри, запровадження показників та індикаторів вимірювання ефективності діяльності для кожного закладу, що надає медичні послуги населенню країни. Усе це підвищує вимоги до керівників закладів охорони здоров'я, зумовлює нові підходи та нові адміністративні посади, появу нових управлінських функцій, і врешті-решт виходить за межі організації – оскільки проблемні питання, з якими стикається кожен заклад охорони здоров'я, винесені на державний та міжнародний рівень.

Актуальними питаннями є розробка та прийняття відповідних державних та муніципальних програм, які б дозволили якісно трансформувати перехід закладів охорони здоров'я на нові засади управління та фінансування. Дослідження вітчизняного та зарубіжного досвіду, аналіз та оцінка станів та передумов трансформації закладів охорони здоров'я різних регіонів та рівнів створюють засади для визначення подальших напрямів діяльності закладів, розвитку їх потенціалу та здатності до функціонування в післявоєнний період. Усе вищевикладене обумовлює концептуальну спрямованість нашого дослідження та дозволяє вести мову про запровадження принципово нових підходів до управління медичним закладом. Магістерське дослідження ґрунтується на тому, що державно-управлінські та індивідуальні особливості управління конкретним закладом охорони здоров'я є взаємопов'язаними компонентами державної політики в галузі охорони здоров'я.

Аналіз науково-теоретичної літератури на основі праць таких вчених як Баєва О.В., Білинська М.М., Гладун З.С., Грабовський В.А., Дмитрук О.В.,

Дудник С., Клименко П.М., Карамишев Д.В., Куцак Ю. Г., Мартинюк О. А., Мельник Л. А., Остапович В.М., Пашков В.М., Радиш Я.Ф., І. В. Рожкова Удовиченко Н.М. дозволив розробити наукове підґрунтя магістерського дослідження та визначити ряд проблемних питань на теоретичному рівні. Водночас дослідження практичних проблем окреслили коло важливих питань. В сукупності це надало можливості визначати подальші напрями удосконалення діяльності закладів охорони здоров'я та обумовило мету магістерського дослідження.

**Метою роботи** є визначення засад підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я України на основі теоретичних узагальнень та практичних проблем.

Для досягнення мети визначені наступні **завдання**:

- встановити характерні особливості ефективності в публічному управлінні та управлінні закладами охорони здоров'я;
- проаналізувати роль закладів охорони здоров'я в забезпеченні та наданні медичних послуг;
- окреслити основні напрями реформування в Україні та стан ефективності управління в трансформаційний період;
- дослідити адміністративну ефективність та кадрову політику в медичних закладах в умовах реформування;
- визначити проблеми та перспективи впровадження інформаційно-комунікативних технологій в діяльність закладів охорони здоров'я;
- з'ясувати напрями розвитку системи управління якістю в закладах охорони здоров'я.

**Об'єктом дослідження** є система охорони здоров'я України.

**Предметом дослідження** є ефективне управління медичними закладами.

**Методологічна основа роботи.** Теоретичну та методологічну основу магістерської роботи склали наукові праці та методичні розробки провідних вітчизняних і зарубіжних вчених з проблем управління в медичній галузі, для

чого було використано різноманітні методи наукових досліджень. Наприклад, методи експертних оцінок та аналітичні методи використовувалися при дослідженні стану розвитку вітчизняної медичної системи, на основі статистичних методів було встановлено динаміку розвитку медичної системи, визначено особливості її фінансового стану, методи порівняння дозволили вивчати зарубіжний досвід та можливості його адаптації в нашій країні. Тож в цілому методологічною основою роботи стали системний та комплексний підходи.

Інформаційною базою дослідження є основні положення законів України, указів Президента України, постанов Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я, НСЗУ, матеріали науково-дослідних організацій, документи та статистичні дані Європейського Союзу, Організації Об'єднаних Націй, національна статистична база даних та особистий досвід автора магістерського дослідження.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає у тому, що удосконалено концептуальні підходи до управління закладами охорони здоров'я в напрямку підвищення їх ефективності з урахуванням нових фінансово-економічних відносин та особливостей трансформації національної моделі охорони здоров'я.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що теоретичні узагальнення, висновки та пропозиції є певним внеском до теорії і практики публічного управління в галузі охорони здоров'я та можуть бути використані як в науковій, так і практичній діяльності.

**Робота має таку структуру:** вступ, три розділи (сім підрозділів), висновки, загальний обсяг роботи складає 88 сторінок. Список використаних джерел містить 87 найменувань, у тому числі 6 іноземною мовою.

## РОЗДІЛ 1

### ЕФЕКТИВНІСТЬ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ОСНОВНІ ПІДХОДИ

#### 1.1. Ефективність в публічному управлінні та управлінні закладами охорони здоров'я

Система публічного управління в сфері охорони здоров'я є надскладною, тому в наукових працях часто застосовують системний підхід для дослідження її суб'єктів, об'єктів, методів, принципів організації та функціонування, факторів та чинників впливу. Системний підхід також використовують для дослідження ефективності публічного управління в медичній галузі та як підґрунтя для запровадження менеджменту закладів охорони здоров'я державної та приватної форми власності.

Заклади охорони здоров'я є основними суб'єктами управління в системі охорони здоров'я на низовому рівні, тобто вони безпосередньо створюють та надають медичні послуги та співпрацюють з громадянами на відміну від інших суб'єктів управління. Медичні системи як напрям діяльності держав та реалізації їх соціальних функцій посідають перше місце в забезпеченні належного рівня життя, збереженні здоров'я та профілактиці здорового способу життя. Здоров'я та життя населення має виняткове значення для країн, за цим критерієм (рівень розвитку медичної системи та загальний стан здоров'я населення) наразі визначають один з популярних показників у світі – індекс людського розвитку. Цей індикатор відображає з однієї сторони рівень соціально-економічного та гуманітарного розвитку будь-якої країни, з іншої – певним чином свідчить про ефективність публічного управління та державної політики в цій сфері. Медична галузь є однією з головних функцій публічного управління, яка стосується як внутрішніх, так і зовнішніх функцій управління [39, с.7].



Науковці визначають систему охорони здоров'я в Україні «як окрему галузь, яка ґрунтується на принципах ефективного управління багатьох центральних органів влади на рівні Міністерств охорони здоров'я, фінансів, економіки, праці та соціальної політики, освіти і науки, з питань надзвичайних ситуацій та інших міністерств та відомств» [2, с.31].

Основні підходи до управління медичною сферою країни пов'язані з процесами об'єктивізації системи управління системою охорони здоров'я на основі різноманітних показників, головним з яких є можливості для оцінки ефективності. На сучасному етапі питання ефективності та ефективного управління закладами охорони здоров'я є малодослідженим в теорії публічного управління та адміністрування. Ми не можемо вести мову про напрями удосконалення управління як на рівні закладів охорони здоров'я, так і на вищому – на національному рівні, не приділяючи увагу критеріям та показникам ефективності, без уявлення про ефективність функціонування системи охорони здоров'я в цілому. Отже, це питання має як теоретичне, так і практичне значення для публічного управління в галузі охорони здоров'я [2, с.32].

Найчастіше питання ефективності розглядається в економічних працях, оскільки пов'язано з такими явищами, як економічність та результативність. Тому воно не втрачає своєї актуальності й в державному управлінні. Ефективність є тією категорією управління, яка становить практичний інтерес для підприємств та організацій різних типів та напрямів діяльності, починаючи від приватних і закінчуючи органами державної влади та місцевого самоврядування [30].

Існує дуже багато трактувань та визначень ефективності як явища та категорії оцінки певної діяльності, ми ж в процесі виконання магістерського дослідження за основу приймаємо розуміння ефективності як «показника того, наскільки повно зусилля, витрачені суб'єктом управління і суспільством на розв'язання поставлених проблем, реалізовані в соціально значущих кінцевих результатах» [30]. Що стосується ефективності

публічного управління, то тут одним з найпоширеніших є розуміння цього явища як «співвідношення результатів і досягнутих суспільних цілей, результатів і використаних державних ресурсів. Ефективне управління є діяльністю з найкращими з можливих результатами задоволення суспільних потреб та інтересів в умовах регламентації ресурсів державою» [4, с.49]. Для встановлення ефективності обґрунтовуються певні показники та критерії. В теорії публічного управління та адміністрування під ними розуміють «ознаку або сукупність ознак, на підставі яких оцінюється ефективність системи управління в цілому, а також окремих управлінських рішень» [3, с.62].

Загалом ефективність публічного управління в будь-якій сфері визначається на основі досягнення або недосягнення встановлених цілей, що відображені в державній політиці та публічному управлінні відносно будь-якої галузі. В теорії соціального управління обґрунтовано формулу для визначення ефективності управління:  $E_f = P/C$ , де  $E_f$  – ефективність,  $P$  – результат,  $C$  – ціль [30]. Водночас варто сказати, що поняття ефективності управління закладами охорони здоров'я та медичної ефективності слід відрізнити. Оскільки медична ефективність не зовсім підпадає під економічну категорію з відповідними показниками у сфері матеріально-технічного виробництва, оскільки стосується надання послуг.

Наприклад, система охорони здоров'я є такою системою, що навіть показники висококваліфікованої праці і сучасного медичного обладнання можуть призвести до так званого «нульового» або взагалі негативного результату. Медичне забезпечення та надання медичних послуг слугують індикаторами соціального та економічного розвитку галузі та впливу на загальний суспільний розвиток. Натомість заклади охорони здоров'я набагато краще можна оцінити, розглядаючи їх як підприємства, що надають певний вид послуг. А такому контексті заклади охорони здоров'я більше розглядають з економічної точки зору, як суб'єкти функціонування в системі ринкових відносин будь-якої країни [33, с.274]. Таким чином, йдеться про

різну ефективність, проте це не виключає взаємозв'язків та взаємовпливів між цими двома видами ефективності.

Ефективність системи охорони здоров'я виражається ступенем її впливу на збереження і поліпшення здоров'я громадян, підвищення продуктивності праці, скорочення витрат на медичну галузь та соціальне страхування, збільшення приросту національного доходу та ін. [30].

В теорії публічного управління та адміністрування ефективність управління в галузі охорони здоров'я, що також включає ефективність управління на рівні окремо взятих закладів охорони здоров'я визначають на основі певних критеріїв та показників, які стосуються особливостей якоїсь частини процесу медичної діяльності, виділяють основні групи критеріїв, як зображено в таблиці 1.1 [30]

**Таблиця 1.1.**

**Напрями для визначення ефективності системи охорони здоров'я**  
[30]

<b>Напрямок</b>	<b>Характеристика</b>
По виду ефективності	медична, соціальна, економічна
За рівнем	рівень роботи лікаря; рівень роботи підрозділів; рівень роботи медичних закладів; рівень роботи галузі охорони здоров'я; рівень народного господарства
По етапах або розділами роботи	на етапі попередження захворювання; на етапі лікування захворювання; на етапі реабілітації
За обсягом роботи	ефективність лікувально-профілактичних заходів; ефективність медико-соціальних програм
За способом вимірювання результатів	через зниження втрат ресурсів; через економію ресурсів; через додатково отриманий результат; інтегрований показник, який враховує всі результати
За витратами	за витратами суспільної праці; сумарний показник за витратами живої і суспільної праці
За формою показників	нормативні показники здоров'я населення; показники трудових витрат; вартісні показники

Якщо розглядати заклади охорони здоров'я як суб'єкти управління в ринкових відносинах, то ефективність передбачає встановлення не тільки економічних показників та критеріїв, а й також медичних та соціальних, що значно ускладнює цей процес та становить його специфіку, на відміну від інших галузей народного господарства [8, с.136]. Також при аналізі державної політики в галузі охорони здоров'я та оцінці діяльності конкретного закладу охорони здоров'я пріоритетними вважаються медична та соціальна ефективність і вже потім – економічна. Але ці три види ефективності розглядаються тільки комплексно, оскільки кожна окрема не може надати уявлення про ефективність діяльності закладу охорони здоров'я в медичній системі країни [8, с.136].

Розглянемо більш детально, що являє собою медична ефективність. Науковці визначають її як «ступінь досягнення медичного результату: відносно одного конкретного хворого це одужання або поліпшення стану здоров'я, відновлення втрачених функцій окремих органів і систем. На рівні закладів охорони здоров'я і галузі в цілому медична ефективність вимірюється безліччю специфічних показників: питома вага вилікуваних хворих, зменшення випадків переходу захворювання в хронічну форму, зниження рівня захворюваності населення. Медична ефективність відображає ступінь досягнення поставлених завдань діагностики та лікування захворювань з урахуванням критеріїв якості, адекватності та результативності. Медичне втручання може бути більш результативним, якщо науковий рівень і практика його проведення забезпечують найкращий результат медичної допомоги при найменших витратах всіх видів ресурсів. Але навіть при ідеальній якості медичної праці може бути не досягнута кінцева мета – здоров'я людини» [8, с.137].

Також обґрунтування медичної ефективності тісно пов'язано з тим, що прийняті лікувальні або профілактичні заходи можуть бути не вигідні з суто економічних позицій, проте вони мають бути вжиті у відповідності до соціальної та гуманітарної політики держави, оскільки вимагають досягнення

певних соціальних цілей та ефектів. Наприклад, при лікуванні хворих з розумовою відсталістю соціальний та медичний ефекти будуть зрозумілі, проте економічний ефект буде нульовим. Або при використанні інтенсивної терапії та реанімації досягається медичний та соціальний ефект щодо збереження життя людині, водночас, така особа в подальшому може стати інвалідом та втратити працездатність, що також в економічному плані має нульовий ефект.

Тому економічна ефективність в медичній галузі не вважається пріоритетною при запровадженні різноманітних заходів з лікування та профілактики захворювань, організації надання медичної допомоги, але вона надзвичайно важлива у встановленні пріоритетності визначення заходів та програм лікування, груп населення лікування, запровадження інших механізмів управління при обмежених фінансових та інших ресурсах, які виділяються на медичну галузь. При обґрунтуванні соціальної ефективності управління системою охорони здоров'я беруться до уваги показники продуктивності та якості наданих послуг, співвідношення створених та спожитих медичних послуг та ін.

Підвищення ефективності управління в галузі охорони здоров'я пов'язано з підвищенням ефективності діяльності медичних закладів, що визначається удосконаленням таких механізмів управління, як планування, організація, реалізація, мотивація та контроль [2, с.92]. На практиці це обумовлено прийняттям відповідних стратегічних документів з розвитку закладу, подальших програм з реалізації стратегій, удосконалення організаційних форм діяльності закладів охорони здоров'я, залучення інвестицій та технологій, забезпечення матеріально-технічними інноваціями, встановлення процедур вимірювання контролю та якості тощо.

Внутрішньо організаційна трансформація закладів охорони здоров'я обґрунтована зовнішніми та внутрішніми факторами, які впливають на систему публічного управління в країні. Найсильнішими факторами впливу на медичну систему та медичні заклади залишаються економічні. Наприклад,

в умовах нестабільних економічних відносин значно уповільнюються реформи в медичній галузі, відбувається зниження платоспроможності населення на медичні послуги та ліки, зменшення фінансування міжнародної допомоги та державних грантів та ін. [2, с.92].

Заклади охорони здоров'я як сукупність суб'єктів управління в медичній системі країни мають реалізовувати подвійну мету: перша стосується надання медичних послуг для реалізації соціальної політики та збереження здоров'я та життя громадян країни, друга – організувати діяльність закладу в найбільш економічно ефективній формі. Це є суттєвою різницею закладів охорони здоров'я та бізнес-суб'єктів національного господарства. Таким чином, заклади охорони здоров'я належать до окремої категорії державного регулювання, для них створюються відмінні умови господарювання, ніж для інших суб'єктів ринкових відносин в країні.

Напрями та механізми управління закладами охорони здоров'я визначаються та законодавчо забезпечуються державою та державною політикою в медичній галузі й відображають основні соціальні функції. В сучасній теорії публічного управління для вивчення менеджменту та механізмів діяльності державних та приватних медичних закладів застосовується системний підхід; дослідження кращих практик (best practices) для обґрунтування уніфікованих засад при типових ситуаціях, з якими стикаються усі заклади охорони здоров'я в контексті реалізації державної політики в медичній галузі [6, с.100].

Деякі вчені при дослідженнях ефективності управлінської системи пропонують поняття «механізм управління» та визначають показники, на основі яких можемо вимірювати та оцінювати практичну значущість впровадженої управлінської системи, коли «ефективність механізму управління є складовою ефективності діяльності організації» [10, с.28].

Але для медичної системи доцільно застосовувати характерні механізми управління, які мають враховувати соціальний зміст та функції самої системи та які мають власні цільові орієнтири. Результат діяльності

медичного закладу не повинен бути спрямований виключно на отримання прибутку, навіть якщо це приватний медичний заклад.

Основними механізмами управління закладами охорони здоров'я є базові механізми державного регулювання: законодавчі акти, сукупність правил та процедур діяльності, регламентація їх діяльності (також й щодо можливостей приймати самостійні управлінські рішення), економічні, фінансові, інформаційні, організаційні та інші. Також деякі вчені пропонують бачення управління у вигляді єдиного комплексного механізму управління закладами охорони здоров'я, який полягає в сукупності місії, цілей, системі обраних принципів управління, функціональна та матеріальна підсистеми, економічні та фінансові компоненти тощо [73, с.80].

З позицій менеджменту та економічних механізмів управління закладами охорони здоров'я можемо виділити два рівні цієї системи: функціональна та забезпечувальна. Для функціонального рівня характерним є регулювання надання медичних послуг, що підлягає обов'язковому ліцензуванню, а забезпечувальний рівень втілений завдяки регламентації уніфікованих клінічних протоколів з надання медичної допомоги. У сучасних реаліях координація закладів сфери охорони здоров'я відбувається водночас з трансформацією медичної системи в цілому, і пов'язана із запровадженням нових економічних засад та підвищенням ефективності управління [40].

Отже, публічне управління в медичній галузі ґрунтується на системі суб'єктно-об'єктних відносин, на основі чого розподіляються окремі функції: управління розглядається як метод та форма реалізації суспільних та державних інтересів, нормативно-правові механізми визначають організаційні та економічні механізми діяльності медичних закладів, об'єктами державного управління у сфері охорони здоров'я виступають відносини між різними органами державної влади та місцевого самоврядування та медичними закладами, а також усі суспільні відносини, які мають відношення до галузі охорони здоров'я.

Водночас при визначенні завдань та механізмів управління закладами охорони здоров'я є як уніфіковані правила та тенденції, які характерні для всієї системи, так і специфічні механізми управління, що пов'язані зі специфікою галузі та напрямками діяльності закладів охорони здоров'я, а також обумовлені територіальними, галузевими, муніципальними та іншими особливостями управління, які мають конкретний вимір в різних секторах економіки (державній, приватній, нетрадиційній медицині), але підпорядковані одній меті щодо збереження та зміцнення здоров'я населення України [40].

У сучасних наукових концепціях та підходах управлінські механізми становлять «комбінацію методів і засобів управління, що взаємопов'язані спільністю однієї мети. За допомогою сформульованих механізмів реалізується спрямованість і конкретні параметри управлінських дій. Проблематика вироблення системного механізму у сфері охорони здоров'я полягає в тому, що вона представляє собою суб'єктну структуру, що складається з державних і приватних медичних закладів України» [75, с.161].

В нашій державі соціально-економічні чинники медичної системи актуалізується питаннями діяльності закладів охорони здоров'я приватної форми власності та появою платних медичних послуг, регіональних некомерційних підприємств з визначеним цільовим напрямом у сфері медицини та охорони здоров'я [35]. При визначенні засад ефективності управління щодо розвитку зазначених напрямів медичної галузі найчастіше вдаються до зарубіжного досвіду та можливостей його адаптації в українських реаліях, але головною умовою має бути врахування розвитку громадянського суспільства, стабільності та потужності економічної системи управління в країні, бюджетного фінансування тощо [77].

В зарубіжних країнах успішні моделі функціонування медичної системи або охорони здоров'я спрямовані на досягнення ефективності в загальній управлінській орієнтації, забезпечення високого рівня охорони здоров'я для усього населення будь-якої держави. Ця сфера в провідних



країнах світу визначається як пріоритетний напрям державно-управлінської діяльності, а також певним чином регулюється в складі політики національної безпеки [39, с.11].

Водночас слід звернути увагу, що ця сфера становить особливу соціальну цінність і виступає чинником загального потенціалу держави. Тому досягнення ефективності управління має важливе значення у перспективі розвитку будь-якої країни. При чому в більшості країн світу достатньо сильно розвинуто приватну медицину та заклади охорони здоров'я приватної форми власності [39, с.14].

На сьогодні найкращим прикладом соціально-орієнтованої системи охорони здоров'я вважається американська приватна система, яка характеризується високим ступенем соціальної відповідальності бізнесу за збереження здоров'я населення. Для вітчизняних реалій мають цінність деякі американські програми медичного забезпечення:

- програма державного страхування охорони здоров'я «Medicaid» - спрямована на оплату медичних послуг, що надаються певним категоріям осіб з низьким рівнем доходів, фінансування видаткової частини покладається на уряд країни і органи публічного управління кожного штату;

- програма «Medicare» поширюється на населення з інвалідністю, а також визначених осіб, що мають право на допомогу з коштів соціального страхування, фінансується за рахунок бюджетних коштів, а також на основі добровільних страхових внесків, які в середньому покривають до 25 % витрат програми [79, с.117].

Цікавим є досвід Німеччини, де наразі триває трансформація медичної системи в контексті реалізації програми «Asklepios – лікарня майбутнього», внаслідок чого державні та приватні медичні заклади отримали можливість запровадити раціональні рішення за програмою «клініка майбутнього», що передбачає гнучкість та адаптацію будь-якого медичного закладу до визначених програмних параметрів, незалежно від його розміру та спеціалізації [79, с.117].

Загалом зарубіжний досвід публічного управління в галузі охорони здоров'я засвідчує запровадження на державному рівні принципу соціальної рівноваги, що стосуються доступності медичних послуг незалежно від можливостей населення їх оплачувати, соціального медичного страхування. І велику увагу приділено саме первинній ланці в медичній системі зарубіжних країн. Наприклад, в країнах ЄС пріоритетом розвитку системи ПМСД став принцип загальної сімейної медицини [84, с. 78]. Водночас, в Україні ці питання й досі достатньо дискусійні. Зарубіжний досвід є корисним для нашої країни з огляду на підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я на основі моделі, що поєднує державний рівень та рівень конкретного закладу охорони здоров'я. Така модель повинна розбудовуватися в контексті формування медичного інформаційного простору та медичних аналітичних систем, переорієнтації кадрової політики та адміністрування закладами охорони здоров'я, запровадженням фінансування та менеджменту в систему управління закладами охорони здоров'я.

При управлінні медичними закладами доцільно зважати на економічні методи та стимули, що дозволяють конкретизувати засади управління економікою медичного закладу [35]. Закони економіки діють хоч і не так, як в організаціях ринкового типу діяльності, проте їх слід обов'язково брати до уваги при розробці та реалізації стратегій розвитку закладів охорони здоров'я, оскільки економічна ефективність має важливе значення та вплив на усі соціальні функції медичного закладу [39, с.117]. Раціональне використання фінансових ресурсів може бути основою для визначення ефективності та результативності функціонування медичного закладу та майданчиком для збільшення матеріально-технічного та технологічного потенціалу закладу охорони здоров'я [35]. На часі джерела отримання доходів та можливості для економії витрат є основними для визначення ефективності діяльності медичного закладу. Водночас мають вплив

адміністративні методи управління охороною здоров'я, що також позначається на ефективності управління в закладах охорони здоров'я.

## **1.2. Заклади охорони здоров'я як суб'єкти надання медичних послуг**

Сьогодні термін заклад охорони здоров'я є широкоживаним в науковій та публіцистичній літературі, а також доволі часто використовується й у повсякденному житті. Вперше він був закріплений у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року [19]. Відповідно до нормативно-правового тлумачення заклад охорони здоров'я – «це підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників» (ч. 1 ст. 3 цього Закону) [19]. Це визначення декілька разів піддавалось змінам і наразі термін «заклад охорони здоров'я» згідно вищевказаного закону визначається таким чином: «це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації» [17].

Враховуючи, що в наукових джерелах існували певні дискусійні моменти щодо визначення базового поняття закладу охорони здоров'я, слід ґрунтуватися на складних характеристиках суб'єктів системи охорони здоров'я. Однією з таких характеристик є вид діяльності закладу, який може відрізнитися від інших суб'єктів права. В Основах законодавства про охорону здоров'я для узагальнення цих видів діяльності використовують поняття медичного обслуговування населення, що дає можливість визначати її саме

як господарську діяльність, оскільки, наприклад, згідно Господарського кодексу України (ч.1, ст.3) господарська діяльність здійснюється у сфері суспільного виробництва та спрямована на виготовлення та реалізацію певної продукції та надання медичних та інших послуг вартісного характеру, які мають цінову визначеність [7]. Таким чином ми можемо тлумачити заклад охорони здоров'я не тільки як юридичну особу, а й господарську організацію, як це визначається у відповідності до ч.2, ст.55 Господарського кодексу України та в теорії господарського права для окреслення суб'єктів господарювання, які мають статус юридичної особи і здійснюють господарську діяльність на території України та зареєстровані у відповідності до законодавства [7]. Але також згідно законодавства при визначенні поняття заклад охорони здоров'я також має на увазі, що таким закладом може бути відокремлений підрозділ юридичної особи. Але відокремлені підрозділи не є суб'єктами господарювання, не можуть отримувати ліцензію самостійно. Отже, заклад охорони здоров'я це швидше все ж таки юридична особа (господарська організація), яка здійснює діяльність самостійно або через відокремлений підрозділ [59, с.37].

Також слід зважати на наявність ліцензії як однієї з ознак закладів охорони здоров'я. Водночас на основі дослідження наукових праць та законодавства ми можемо помітити, що не усім закладам охорони здоров'я притаманна ця ознака. Наприклад, для здійснення деяких видів діяльності, що входять до поняття медичне обслуговування не потрібно отримання ліцензії. Наприклад, у Постанові КМУ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 2 березня 2016 року вказується, що «дія цих Ліцензійних умов не поширюється на господарську діяльність, пов'язану із здійсненням судово-медичної гістології, судово-медичної експертизи, судово-медичної імунології, судово-медичної криміналістики, судово-медичної токсикології, судово-медичної цитології, судово-психіатричної експертизи» [62].

Отже, ця вимога визначає, що окремі види діяльності не ліцензуються, про це також свідчать положення Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 2 березня 2015 року не вказується на ліцензування таких видів господарської діяльності [21]. Водночас хоча зазначені установи й не отримують ліцензію, вони позначаються саме як заклади охорони здоров'я України (в інших нормативно-правових документах, наприклад, Наказ МОЗ України від 8 травня 2018 року «Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричної експертизи» [48] та «Переліку установ, в яких проводяться судово-психіатричні експертизи» від 29 червня 2017 року [46]).

Деякі науковці пропонують визначати заклади охорони здоров'я саме як господарську організацію, господарська організація, «що здійснює медичне обслуговування населення самостійно або через її відокремлений підрозділ на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників» [60, с.7].

Окрім базових понять та термінів, звертаємо також увагу на види та типи закладів охорони здоров'я в контексті напрямів їх діяльності та послуг, які вони надають, а також зважаючи їх господарсько-правовий статус як суб'єктів господарювання. Існують різні класифікації закладів охорони здоров'я на основі різноманітних характеристик. Наприклад, О.В. Баєва надає класифікацію закладів охорони здоров'я на основі сфери діяльності та організаційно-правової форми:

1. за сферою діяльності:
  - лікувально-профілактичні заклади;
  - санітарно-профілактичні заклади;
  - фармацевтичні (аптечні) заклади;
  - інші заклади;
  - заклади медико-соціального захисту;
2. за організаційно-правовою формою:
  - державні заклади охорони здоров'я;

- комунальні заклади охорони здоров'я;
- приватні заклади охорони здоров'я;
- заклади охорони здоров'я, які діють у формі господарських товариств;
- підприємства, які засновані на власності об'єднання громадян [2, с.109-128].

Така класифікація наведена в якості прикладу, але в цілому усі класифікації більш-менш подібні. Ми б доповнили такі класифікації за можливістю отримання ліцензії на господарську діяльність, тобто такі, які діють на основі ліцензії та без ліцензії. У відповідності до нормативно-правових норм заклади охорони здоров'я діють на підставі ліцензії, крім тих, які здійснюють господарську діяльність із судово-медичної гістології, судово-медичної експертизи, судово-медичної імунології, судово-медичної криміналістики, судово-медичної токсикології, судово-медичної цитології, судово-психіатричної експертизи (абз.2 п.3 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики) [21].

Доцільно також запровадити класифікацію для закладів охорони здоров'я, які пройшли чи не пройшли акредитацію. Ця норма стосується ч. 5 ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я, в якій вказується, що заклади охорони здоров'я можуть добровільно проходити акредитацію в порядку, визначеному КМУ [19]. Також усі заклади охорони здоров'я можна класифікувати за підпорядкуванням, тобто ті, які підпорядковуються МОЗ України як центральному органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я та ті, які підпорядковуються Міністерству оборони України, Міністерству внутрішніх справ України, Службі безпеки України, Державній прикордонній службі України, Державній кримінально-виконавчій службі України та іншим військовим формуванням та правоохоронним органам спеціального призначення, які функціонують у відповідності до специфіки та особливостей, що визначаються законодавством України [42, 43, 44, 45, 51, 52].

Крім того, 6 квітня 2017 року до законодавства було внесено зміни, які стосуються класифікації закладів охорони здоров'я за такими згаданими вище підставами, як організаційно-правова форма та форма власності: у відповідності до ст.16 Основ законодавства України про охорону здоров'я за формою власності вирізняються державні, комунальні, приватні або засновані на змішаній формі власності заклади охорони здоров'я [23].

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи, а заклади комунальної власності – як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи [38]. Заклади охорони здоров'я приватної власності не обмежені у виборі організаційно-правової форми.

Таким чином, заклади охорони здоров'я це господарська організація, яка здійснює медичне забезпечення та обслуговування населення самостійно або через її відокремлений підрозділ на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

Заклади охорони здоров'я класифікують на основі таких джерел:

- за організаційно-правовою формою;
- за органом підпорядкування;
- за формою власності;
- за ознакою ліцензування господарської діяльності;
- за ознакою проходження акредитації [60, с.13].

Водночас, питання правового статусу закладів охорони здоров'я як суб'єктів господарювання в медичній сфері можуть стати предметом подальших наукових досліджень. Але в цілому наданням медичних послуг та заходи з охорони здоров'я населення здійснюють санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-профілактичні заклади.

Окрім наведених визначень та їх класифікацій є також поняття загального закладу охорони здоров'я – «багатопрофільний лікарняний заклад, що надає медичну та реабілітаційну допомогу населенню

територіальної громади або декількох громад та забезпечує базові напрями стаціонарної допомоги відповідно до переліку, визначеного КМУ, стабілізацію стану пацієнта та його маршрутизацію до кластерних та надкластерних закладів охорони здоров'я» [27].

Останні поняття відносно нові для української галузі охорони здоров'я і були запроваджені в контексті реформування. Кластерний заклад охорони здоров'я означає багатопрофільний лікарняний заклад, який повинен мати можливості для забезпечення потреб населення в медичному обслуговуванні щодо найбільш поширених та розповсюджених хвороб та станів за основними напрямками медичного забезпечення в стаціонарних умовах на території госпітального кластеру. Надкластерний заклад охорони здоров'я це також багатопрофільний заклад охорони здоров'я, який володіє необхідними ресурсами та технологіями, що орієнтовані на забезпечення медичного обслуговування населення у найбільш складних або рідкісних випадках захворювань населення всього госпітального округу у відповідності до напрямів медичного забезпечення в стаціонарних умовах у відповідності до переліку, який визначається КМУ [27].

На сучасному етапі вищим керівництвом країни приймаються рішення не тільки відбудовувати існуючі заклади охорони здоров'я, а й також розпочати черговий етап реформи медичної системи, який стосується інфраструктурного напрямку. Нова мережа закладів охорони здоров'я має розбудовуватися за принципом госпітальних округів та мати такий розподіл: надкластерні, кластерні, загальні та пункти первинної медичної допомоги. Цей принцип відомий як принцип кластеризації і знайшов своє відображення в Планах розвитку та відновлення закладів охорони здоров'я в окремих областях України [27].

Такий напрям передбачає перехід від розподілу закладів охорони здоров'я за адміністративно-територіальним принципом, коли усі вони мали приналежність до міських, районних або обласних медичних закладів до нової системи управління, яка має значні відмінності. Система розподілу



лікарень та їх фінансування, що існувала тривалий час, є застарілою, крім того, вона є продуктом радянської системи управління і не відповідає сучасним вимогам медичного забезпечення населення та реформам в інших сферах суспільного життя країни. Старий розподіл спричиняє дублювання медичних послуг, функцій закладів охорони здоров'я, уповільнює розвиток конкурентних засад діяльності в медичному просторі країни, громадянам пропонуються практично однотипні послуги відносно невисокої якості без розподілу за рівнями складності медичних випадків [61].

Система кластеризації передбачає кілька рівнів допомоги в залежності від складності кожного випадку та важкості стану пацієнта. Служба швидкої медичної допомоги повинна доправити пацієнта не до найближчої лікарні, а саме до того медичного закладу, який може надати необхідний вид медичної допомоги або послуги. Наприклад, якщо особу в разі інсульту доправити до лікарні з інсультним відділенням, а не до неврологічного відділення, то це може значно збільшити її шанси на збереження життя та здоров'я. це також стосується пацієнтів у важкому стані, яких необхідно доправляти до відділень інтенсивної терапії вищого рівня, обладнані експрес лабораторіями та діагностичними системами. Теоретично вважається, що наближення менш складних послуг до населення та концентрація високотехнологічних послуг для складних випадків мають сприяти оптимізації надання медичної допомоги [67].

Надкластерні заклади охорони здоров'я будуть максимально обладнані сучасними засобами та технологіями, вони мають бути здатними забезпечити широкий спектр медичних послуг, в такому закладі особа може отримати лікування при найбільш розповсюджених захворюваннях. Загальні заклади охорони здоров'я повинні бути здатними надавати основні медичні послуги для населення однієї чи кількох громад.

Поділ областей та їх території на госпітальні кластери надасть можливість збалансувати наслідки децентралізації, узгодити найбільш проблемні питання в плані медичного забезпечення, оскільки жителі

об'єднаних територіальних громад мають чітко знати, де їм отримувати необхідну медичну допомогу, до якого госпітального кластеру належить їх місце проживання, а керівникам ОТГ враховувати роль медичного закладу в спільній діяльності. Так зване госпітальне планування може надати територіальним громадам напрями спільної діяльності та співпраці з іншими ОТГ [27].

Подібна система госпітальних мереж функціонує в країнах ЄС і є основою для запровадження в Україні. В європейських країнах важливими для забезпечення ефективності роботи системи охорони здоров'я є наступні критерії: рівні зменшення термінів перебування у лікарні, зменшення кількості стаціонарних ліжок, покращення результатів лікування та надання медичної допомоги. В нашій країні в цьому напрямку ще потрібно зробити багато заходів з удосконалення медичної системи [81, с. 116; 86].

Також напрями реформування медичної галузі пов'язані із запровадженням страхової медицини і появою певної кількості приватних медичних закладів, що позитивно позначається на конкурентному середовищі на ринку медичних послуг, також ці тенденції сприяли підвищенню якості медичних послуг. Тому для закладів охорони здоров'я одним із важливих завдань є досягнення та утримання на високих конкурентних позиціях, що пов'язано з необхідністю запроваджувати менеджмент в практичну діяльність медичних закладів [73, с.80].

Основними показниками ефективного управління закладу охорони здоров'я можна визначити такі:

- медична ефективність – здатність задовольняти потреби споживачів шляхом надання повного спектру високоякісних медичних послуг;
- адміністративна ефективність, тобто ефективність адміністративного, фінансового, кадрового, інформаційного, комунікаційного менеджменту в управлінні установою, її підрозділами, ресурсами;

- економічна ефективність – здатність надавати медичну допомогу таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути марних витрат;
- безпека – надання медичної допомоги, яка мінімізує ризики завдати шкоду пацієнтам, у тому числі пошкоджень, яким можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок;
- результативність – досягнення найкращих результатів через надання послуг на основі наукових знань та принципів доказової медицини;
- вчасність – скорочувати час очікування та затримки як для тих, хто надає, так і для тих, хто отримує медичну допомогу;
- доступність – надання медичної допомоги, яка не відрізняється за якістю відповідно до особистих характеристик: стать, раса, національність, місце проживання або соціально-економічний статус;
- людиноцентричність – надання медичних послуг з урахуванням індивідуальних цінностей, вподобань і очікувань пацієнтів [77].

Отже, на основі дослідження засад функціонування та особливостей закладів охорони здоров'я, наукових підходів щодо розвитку медичної системи України та визначення ефективності в управлінні медичними закладами, можемо сказати, що реформування медичної галузі здійснюється у відповідності до визначених раніше етапів, хоча й повільно, але слід брати до уваги усі фактори впливу.

Окрім цього, реформування галузі ускладнювалося тим, що заклади охорони здоров'я в тому вигляді, якими вони були до початку процесів модернізації, не відповідають ринковим умовам, розвитку конкуренції, здатністю до автономії, вони тривалий час залишалися достатньо консервативними структурами в системі охорони здоров'я України. Для того, щоб вони набули реальної здатності до функціонування на ринку медичних послуг, вони повинні бути високоефективними. Ця ефективність стосується як внутрішньо-організаційної здатності до управління та менеджменту, так і у встановлення критеріїв та показників ефективності видів послуг, які

надаються будь-яким закладом охорони здоров'я. Сучасні процеси децентралізації вимагають радикальних змін й в медичній системі: нові підходи у плануванні та управлінні закладами охорони здоров'я, кластеризація, автономізація, застосування нових моделей фінансування галузі та встановлення прозорих та чітких механізмів оплати медичних послуг.

## **РОЗДІЛ 2**

### **АВТОНОМІЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

#### **2.1. Реформування системи охорони здоров'я України**

Будь-яке реформування, в тому числі й в системі охорони здоров'я, є кардинальною зміною організаційних, адміністративних та економічних принципів управління, основною причиною якої є адаптація до ринкових умов діяльності та світових стандартів та норм.

Дуже багато років медичне забезпечення залишалось безоплатним, але це тільки формально, оскільки галузь тривалий фінансувалася за рахунок державного бюджету та часто із власних ресурсів пацієнтів, при чому цей показник був на рівні середніх показників витрат на системи охорони здоров'я країн ЄС [30]. Проблемним також було питання використання фінансових ресурсів в закладах охорони здоров'я. Наприклад, щороку населення України робило відрахування в медичну галузь на суму понад 3 млрд. грн. через податки, а приблизно 640 тисяч сімей відчували фінансовий тягар внаслідок хвороби когось із членів сім'ї, оскільки вимушені самостійно оплачувати дороговартісне та більш якісне лікування та медичні послуги [53]. Ці та інші гострі проблеми охорони здоров'я зумовили більш рішучі кроки у реформуванні медичної системи.

Згідно соціологічних та інших досліджень більшість домогосподарств перед початком реформ мало сформований стійкий стереотип у зневірі щодо реформування медичної системи України, цьому сприяли прийняті раніше заходи державного регулювання, які не призводили на практиці до якихось радикальних та якісних змін медичної системи. Водночас з початком проведення трансформації та запуском першого етапу реформування, який був пов'язаний з первинною ланкою – саме тим середовищем, де надається найбільший спектр медичних послуг, кількість громадян, які зовсім втратили віру в успіх реформ, швидко скоротилася у порівнянні з попередніми роками.

Наприклад, можемо навести дані з дослідження соціологічної групи «Рейтинг», яке було проведено у 2020 році серед населення України віком від 18 років і старші в усіх областях, крім тимчасово окупованих територій Криму та Донбасу (вибіркова сукупність в обох хвилях по 2000 респондентів на основі особистого формалізованого інтерв'ю (face-to-face), терміни проведення: перший етап 14-19 липня 2020 року, другий етап 15-25 серпня 2020 року [74]. Отже, показники соціологічного дослідження засвідчили, що 36% опитаних осіб консультуються з лікарем або медичним спеціалістом із приводу стану свого здоров'я або надання будь-яких рекомендацій щодо стану свого здоров'я рідше, ніж раз на рік, 15-18% – кожен рік або півроку, 13% – принаймні раз на 3 місяці і лише 8% користуються такою послугою щомісяця [74]. У 2020 році 84% громадян вже обрали сімейного лікаря, з яким уклали відповідну декларацію, слід зазначити, що їхня кількість за два роки зросла з 63% до 84%, і лише 16% - не обрали свого сімейного лікаря. Серед тих, хто обрав сімейного лікаря – жінки середнього та старшого віку, а також ті, хто часто звертається по медичну допомогу до терапевтів [74].

Щодо визначення рівня задоволення медичними послугами та трансформацією медичної системи в Україні, то 18% скоріше задоволені проведенням медичної реформи, 64% - були скоріше незадоволені, 13% не могли сказати, що вони знають щось про медичну реформу [74]. Проведенням реформи більше задоволені молоді громадяни, ті, хто має

більші статки та є більш забезпеченими фінансово, а також ті громадяни, які часто звертаються до сімейного лікаря.

У 2020 році 60% опитаних громадян вважали, що медичні реформи повинні бути продовжені із змінами та призвести до заявлених результатів, 25% виступили її припинення, 6% - висловилися за продовження реформування без змін, при цьому 62% громадян вважали, що медична реформа в Україні має відбуватися на основі тривалих поступових змін, 29% - більше прихильні до швидких та радикальних змін [74]. Цікавою є думка щодо тривалості реформ: для успішної реалізації медичної реформи в Україні майже 40% опитаних відводять три і більше років, 21% - один рік, 9% - пів року, в цілому близько 20% вважали, що медична реформа ніколи не буде успішно реалізована в Україні [74]. Тут більш оптимістично налаштована знову вікова категорія молоді та ті, хто має родичів – медичних працівників та ті, кому сподобалася концепція реформування.

Щодо платності та безоплатності медичних послуг, то тут думки розподілилися таким чином: 60% вважали, що медичні послуги повинні бути частково платними, частково безоплатними, 33% висловилися за повністю безплатну медицину, 5% - за повністю платну [74]. За повністю безплатну медицину висловилися в основному люди старшого віку, бідніші у фінансовому плані та жителі сільських територій [74].

Що стосується оплати за надані медичні послуги, то протягом року напередодні проведення опитування 20% громадян робили подарунки лікарям у вигляді цукерок, білетів на концерт, алкоголю та інших продуктів або у вигляді грошових чи благодійних внесків на лікування, 30% - не робили жодних із вказаних дій, також 50% опитуваних не відвідували сімейного лікаря протягом попереднього року [74].

75% опитаних вважали роботу МОЗ в цілому важливою для себе і своїх родин, тільки 18% зазначили про його неважливість [74]. Але в цілому довіра до центральних органів виконавчої влади дещо зросла у порівнянні з попередніми роками, МОЗ довіряли 31% громадян, не довіряли 56%

опитаних, НСЗУ довіряли 21%, не довіряли 39% респондентів, Комітету ВРУ з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування довіряли лише 13%, не довіряли 53% [74].

Що стосується політичних питань, яке мають вплив на реформування системи охорони здоров'я України, зокрема кадрових призначень на вищі управлінські посади, то тут показники розподілилися таким чином: 8% підтримали б призначення іноземця на посаду Міністра охорони здоров'я, 62% висловилися проти цього. Таке призначення більше знаходить підтримку у молоді, та більш забезпечених осіб. 61% осіб вважали, що діяльність на той час чинного міністра охорони здоров'я У. Супрун вплинула на медичну сферу скоріше негативно, 20% - оцінили її діяльність позитивно, майже 18% - не змогли чітко визначитися. В регіональному вимірі позитивне ставлення до діяльності У.Супрун простежувалося серед мешканців Західної частини України, молодшої вікової категорії та більш заможних громадян [74].

Водночас, 70% респондентів вважали, що міністр охорони здоров'я має бути досвідченим медичним працівником, 19% опитаних громадян вважали, що він має бути швидше досвідченим менеджером правління, 24% висловилися, що міністр охорони здоров'я має створювати умови для безперешкодної роботи кредиторів та іноземного капіталу, водночас 63% зазначили, що він має регламентувати їхню діяльність. Негативний вплив на систему охорони здоров'я від частоти зміни міністрів охорони здоров'я України вбачали 70% і тільки 9% - вбачали в цьому позитивні тенденції, водночас 16% взагалі висловилися, що це не впливає на систему охорони здоров'я України [74].

60% респондентів знають або щось чули про напрями реформування системи охорони здоров'я, наприклад, про запровадження електронної системи Ehealth, збільшення та модернізацію автопарку екстреної допомоги, запровадження системи інформування населення щодо вакцинації. Про інші ініціативи проінформовані лише 1/3 респондентів, наприклад, щодо

відновлення безкоштовного тестування на гепатит та ніші хвороби, створення мережі міжрегіональних лікарень, посилення епідеміологічного контролю та нагляду, створення університетських клінік. Загалом усі визначені напрями реформування отримали підтримку у більшості респондентів, водночас найвищу підтримку знайшли ідеї оновлення автопарку і відновлення безкоштовного тестування на гепатит. Також слід додати, що переважна більшість 86% - не підтримує ідею закриття лікарень (10% висловилися за це), хоча вони й обслуговують незначну кількість пацієнтів [74].

Відчутне сприйняття реформи як населенням, так і медичними працівниками спостерігається у тих напрямках, де програми реформування вдалося запровадити відносно швидко – тобто на рівні ПМСД.

Серед основних ключових напрямів змін були передбачені такі:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- запровадження єдиного національного закупника медичних послуг;
- запровадження прозорих принципів фінансування медичних послуг для громадян;
- проведення автономізації та зміни статусу закладів охорони здоров'я;
- введення електронних сервісів при наданні медичних послуг;
- запровадження програми «Доступні ліки» [41, 57].

Розглянемо ці питання детальніше. Що стосується напрямку державного гарантованого пакета медичної допомоги, то тут було вироблено механізм, коли держава бере на себе зобов'язання щодо фінансування медичних послуг. Згідно цього напрямку, фінансування розподіляється за медичними послугами, які потребують пацієнти, у відповідності до принципів доступності, рівності, прозорості. Пакет медичної допомоги, що гарантується державою, визначається та переглядається у відповідності до пріоритетів охорони здоров'я в нашій країні і з урахуванням можливостей бюджетного фінансування.



Програма медичних гарантій або державний гарантований пакет медичної допомоги охоплює достатньо широкий спектр амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, а також включає фінансування лікарських засобів, тобто вартість цих послуг повністю оплачена Національною службою здоров'я України і пацієнт нічого не платить в такому випадку. У відповідності до законодавства існує перелік медичних послуг, які оплачуються державою у повному обсязі. Але цей список може переглядатися щороку [22, 24].

Також в межах програми медичних гарантій фінансуються послуги екстреної, первинної, амбулаторної, госпітальної та паліативної допомоги. Пацієнти за власний кошт сплачують інші види послуг: не ургентні стоматологічні послуги, послуги з естетичної медицини, звернення до лікаря без направлення та ін. [11].

Наступним напрямом реформування було впровадження окремого суб'єкта діяльності на центральному рівні виконавчої влади в медичній системі України – Національної служби здоров'я України, як розпочала свою діяльність з 30 березня 2018 року [54, 56, 64]. Завдяки НСЗУ вдалося обґрунтувати та реалізувати основний принцип реформи системи охорони здоров'я «гроші йдуть за пацієнтом», оскільки саме НСЗУ сплачує вартість реально наданих медичних послуг, цей механізм дозволив відійти від застарілої форми фінансування, тобто від моделі оплати ліжко-місць. Спочатку своєї діяльності у 2018 році було укладено договорів з понад 700 комунальними та приватними лікарнями та лікарями ФОН, які надають ПМСД. Це був унікальний досвід для нашої країни, оскільки громадяни України отримали можливість обирати лікаря у медичному закладі та укладати з ним договір про надання гарантованого пакету медичної допомоги, незалежно від форми власності. На початку роботи виникали певні труднощі інформаційного характеру, як з боку самих медичних працівників, так і пацієнтів, але проведена активна інформаційна політика щодо напрямів реформування ПМСД, запроваджено було окремий підрозділ (кол центр) у

НСЗУ, який надав роз'яснення до всіх спірних питань. На той час за перші місяці роботи НСЗУ профінансувала послуги за єдиним тарифом у сумі понад 1,6 млрд. грн. [11, 56].

Одним із фундаментальних принципів реформування медичної системи було запровадження людиноцентричного підходу, що полягає в основі фінансової моделі «гроші ходять за пацієнтом». Її зміст полягає в тому, що держава поступово відходить від механізму утримання закладів охорони здоров'я, які надають безоплатні послуги, та запроваджує механізм закупівлі медичних послуг у закладів охорони здоров'я. Держава не виділяє фінансові ресурси у відповідності до кошторисів з утримання чи інших статей діяльності медичного закладу, запроваджено механізм автономізації, коли усі медичні заклади мають функціонувати як суб'єкти господарської діяльності, які отримують фінансування за надані медичні послуги населенню країни, тобто за результати своєї діяльності. До початку 2019 року усі заклади охорони здоров'я первинного рівня перейшли на нову систему фінансування на основі співпраці та договірних засад із НСЗУ, у 2020 році цю модель було перенесено на усі інші ланки медичного забезпечення країни [68].

Наступним напрямом є автономія закладів охорони здоров'я, про яку ми частково сказали та ще будемо більш детально розглядати в третьому розділі магістерської роботи. Цей напрям є важливим, оскільки вимагає зміни підходів до ведення господарської діяльності в закладі охорони здоров'я, що ґрунтується на функціонування в системі ринкових відносин та конкуренції, а також необхідності укладати договори із НСЗУ в нормативно-правовому полі. Спільна діяльність медичних закладів та НСЗУ регулюється на контрактній основі з чітко визначеними показниками фінансування та характеристиками послуг, що надає заклад. НСЗУ таким чином стоїть на сторожі інтересів пацієнта, тобто основного платника податків, як третя сторона, що й здійснює фінансування, а медичний заклад або лікар ФОП виступає як постачальник медичних послуг. Процес автономізації закладів охорони здоров'я розпочався у 2018 році, характеризувався суперечливістю

та складнощами, багато питань було передано на рівень вирішення органів місцевого самоврядування. Постали питання матеріально-технічного забезпечення медичних закладів, зокрема, одна із проблем полягала в комп'ютерному забезпеченні, оскільки це також була умова підвищення ефективності в медичному забезпеченні та здатності для медичного закладу запровадити електронні сервіси. Адже наступний напрям реформування стосується саме переходу від паперової звітності до електронної системи e-health [63, 67].

Електронна система дозволила розвантажити медичних працівників, підвищуючи ефективність надання медичних послуг, оскільки підвищується якість та оперативність для основних процедур з надання медичних послуг. Також електронна система дозволяє уникати втрат дос'є та даних пацієнта, аналізувати інформацію про окремі види послуг в різних регіонах України, контролювати тарифи та якість медичної допомоги. У 2019 році було запроваджено нові продукти в цій системі – електронну медичну карту, електронне направлення, електронний рецепт згідно програми «Доступні ліки» [50, 63].

Ця програма також є однією із інновацій в трансформації системи охорони здоров'я України, вона була запроваджена ще у 2017 році для пацієнтів, які мали такі захворювання: діабет 2 типу, бронхіальна астма, серцево-судинні захворювання – для цих груп пацієнтів ліки видавалися безкоштовно або з невеликою доплатою на основі їх звернення до лікаря за рецептом та отримання в мережі аптечних закладів, які були включені в програму реімбурсації «Доступні ліки» [50, 63]. З 1 квітня 2019 року НСЗУ почала посилювати цю програму і лікарі перейшли на систему електронних рецептів у відповідності до цієї програми та без прив'язки до місця проживання пацієнта чи місця видачі рецепту. Таким чином, запровадження цього напрямку реформування дозволило удосконалити надання ПМСД, покращити організаційно-інформаційні можливості первинної ланки та сімейних лікарів. Таким чином закупівля лікувальних засобів стала прозорою

та зрозумілою, на основі уніфікованої моделі фінансування для усіх регіонів країни [11, 14].

Проблема закупівлі лікарських засобів та медичних виробів позначалася негативними тенденціями та характеристиками до початку реформування, існуванням корупційних зв'язків та ін. В контексті реформування передбачалося якісно змінити засади закупівельної політики, що, на нашу думку, вдалося завдяки договорам із НСЗУ та створенню національної системи закупівель [11]. У відповідності до Концепції реформування закупівель лікарських засобів та медичних виробів, допоміжних засобів, інших товарів медичного призначення, яка була прийнята 26 вересня 2018 року, було сформовано механізм забезпечення пацієнта необхідними ліками, що дозволило підвищити якість лікування та медичних послуг [70]. Кожний медичний препарат або медичний виріб із переліку централізованих закупівель може бути отриманий пацієнтом на основі включення у вартість медичної послуги, програми реімбурсації, закупівель Центральної закупівельної агенції. Слід також зазначити, що державні закупівлі лікарських засобів та медичних виробів з 2015 року здійснюються через спеціалізовані міжнародні організації Програма розвитку ООН, Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), закупівельна агенція Crown Agents (Велика Британія) [57, 80]. Це дозволило уникнути корупції в закупівлі лікарських та медичних засобів, забезпечити населення України більш якісними та життєво необхідними лікувальними засобами.

І останній напрям стосувався реформування медичної освіти, оскільки трансформація медичної системи – це комплексний процес, він обов'язково буде зачіпати усі дотичні сфери державного регулювання. Неможливо запровадити зміни в самій системі охорони здоров'я без трансформацій в системі освіти для медичної галузі. Також серед причин для реформування медичної освіти ми б зазначили ще й намагання підвищити рівень та імідж вітчизняної медичної освіти, зробити її конкурентоспроможною у підготовці

медичних працівників, що в цілому позитивно позначиться на трансформації медичної системи України.

Послідовні зміни в медичній освіті відображені у відповідній Стратегії розвитку медичної освіти, яка була розроблена МОЗ України як комплексний механізм із реалізації якісних змін в системі медичної освіти [71]. У цьому програмному документі встановлено основну мету, яка визначає необхідність побудови якісної системи вищої медичної освіти в Україні для підготовки висококваліфікованих фахівців системи охорони здоров'я у відповідності до міжнародних норм та стандартів.

В результаті реформування медичної сфери вдалося досягти значних показників в оптимізації бюджету порівняно з іншими соціальними сферами, що відображено в таблиці 2.1. [5]. Із таблиці видно, що видатки Міністерства соціальної політики у два з половиною рази перевищують видатки МОЗ. Дві третини цих видатків складає пенсійне забезпечення. Видатки Міністерства освіти і науки України також перевищують видатки МОЗ.

**Таблиця 2.1.**

**Бюджет охорони здоров'я у порівнянні із іншими соціальними галузями, (млрд.грн)**

Структура/млрд грн.	2015	2016	2017	2018	2019
МОЗ	55,58	54,01	70,23	80,91	91,69
МОН	66,29	62,39	76,06	85,82	101,85
Міністерство соціальної політики	105,78	151,95	145,22	162,86	234,40
ПФУ	94,81	143, 01	133, 69	149, 97	166,51

Є ще один аспект реформування медичної системи – це зміна ролі органів місцевого самоврядування у реалізації повноважень щодо забезпечення потреб населення в медичних послугах. У відповідності до

статті 22 Закону України «Про місцеве самоврядування», серед повноважень органів місцевого самоврядування визначаються наступні:

- управління закладами охорони здоров'я;
- організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;
- організація медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах;
- забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території;
- розвиток усіх видів медичного обслуговування та ін. [20].

Для ефективної реалізації зазначених повноважень органи місцевого самоврядування постійно стикаються з різноманітними проблемами. Наприклад, фінансування медицини з місцевих бюджетів в основному спрямовується на співоплату поточних видатків для забезпечення потреб населення у медичних послугах, водночас не виділяються кошти на розвиток комунальних закладів охорони здоров'я, підвищення кваліфікації медичного персоналу та ін.

Запровадження нової схеми фінансування системи охорони здоров'я стосується розширення повноважень органів місцевого самоврядування у медичному секторі та створення передумов для їх повноцінного виконання. За новою схемою з національного рівня буде здійснюватися фінансування програм медичних гарантій, натомість з місцевих бюджетів кошти спрямовуються на забезпечення якісної та ефективної роботи регіональної медичної системи, формування та реалізації місцевих програм в медичній галузі [49, 55].

Отже, на разі ми можемо говорити про певні здобутки у трансформації та модернізації медичної галузі: у відповідності до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки вдалося змінити схеми фінансування закладів охорони здоров'я, які надають ПМСД, запровадити у практичну діяльність принципу «гроші йдуть за пацієнтом», створити Національну службу здоров'я України – суб'єкт

державного управління, який виконує функції єдиного національного замовника медичних послуг, розпочати автономізацію медичних закладів та кластеризацію мережі закладів охорони здоров'я [56].

Усі ці заходи характеризуються позитивними рисами в цілому, попри існування й донині проблемних питань. І все ж таки реформи оцінюються суспільством більш позитивно, ніж негативно, оскільки пересічні громадяни як пацієнти закладів охорони здоров'я отримали можливість вільно обирати сімейного лікаря у медичних закладах усіх форм власності та реально безкоштовно отримувати медичні послуги, медичні працівники ПМСД отримали зростання заробітної плати практично у чотири рази. Змінилися й принципи закупівлі лікарських засобів з 2015 року (із залученням спеціалізованих міжнародних організацій), що дозволило зекономити приблизно 39% виділених бюджетних коштів [68].

Наприклад, на сьогодні наша країна забезпечена вакцинами, які необхідні відповідно до календаря щеплень, у повному обсязі. Через механізми програми реімбурсації «Доступні ліки» близько 6,6 млн українців отримали ліки на загальну вартість 1,3 млрд.грн. за понад 28 млн рецептами [80]. Було покладено початок розбудові системи громадського здоров'я, яка стосується зміщення акцентів із політики лікування на політику зміцнення здоров'я та профілактику захворювань населення. Запроваджено ряд пілотних та експериментальних проектів із розвитку екстреної медицини у 6 регіонах України, на що було виділено понад 1 млрд. грн. [80].

Проведення реформування системи охорони здоров'я відбувається в контексті міжнародних зобов'язань України та при підтримці міжнародних організацій – Світового банку, UNICEF, USAID тощо. Наприклад, зміцнення системи охорони здоров'я України шляхом запровадження реформ, є частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони.

## 2.2. Статус закладів охорони здоров'я та фінансові засади їх діяльності

Напередодні реформування дуже багато статичних та аналітичних джерел засвідчували про неефективність фінансування та господарської діяльності закладів охорони здоров'я. Наприклад, наприкінці 2015 року МОЗ оприлюднено інформацію, відповідно до якої майже 80% коштів, які держава витрачає на сферу охорони здоров'я, перенаправляються на утримання інфраструктури медичних закладів та заробітну плату медичного персоналу [57].

За цими показниками та багатьма зазначеними вище чинниками один з напрямів реформування стосується безпосередньо закладів охорони здоров'я як суб'єктів господарювання. Цей ключовий напрям реформи стосується зміни в системі фінансування медичних закладів та їх інтеграції на засади управління як самостійного суб'єкта господарювання, що виробляє та надає специфічні види послуг соціального спрямування. Також перехід на самостійність в управлінні та розпорядженні фінансовими ресурсами передбачає певну автономію закладів охорони здоров'я. І ці чинники знайшли своє відображення в медичній реформі.

Законом України №2002-VIII було передбачено зміна форми діяльності закладів охорони здоров'я і спрощений порядок їх реорганізації: державних та комунальних установ – у казенні підприємства та комунальні некомерційні підприємства, проте існуюча мережа державних та комунальних закладів охорони здоров'я не повинна бути скорочена, і медичні заклади не підлягають приватизації [23]. Цей етап реформування та зміни форми господарювання був розрахований на період до кінця 2018 року, але наприкінці 2021 року він ще остаточно не завершений по країні загалом.

Перетворення закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства також має на меті убезпечити їх від подальшої приватизації, але це при умові, якщо перетворені комунальні підприємства були внесені до



переліку об'єктів комунальної власності відповідної територіальної громади, що не підлягають приватизації, тобто за аналогією з казенними підприємствами. Таким чином, муніципальна влада повинна була розробити такий перелік та включити туди усі заклади охорони здоров'я, які перетворені або мають бути перетворені у комунальні некомерційні підприємства.

Окрім автономії зміна статусу на комунальне некомерційне підприємство сприяє гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я, стимулює їх персонал до поліпшення якості медичних послуг та медичного забезпечення пацієнтів, а керівництво спонукає до підвищення економічної ефективності використання наявних активів та ресурсів закладу [38].

Для комунального некомерційного підприємства фінансовими джерелами є бюджетні кошти, кошти юридичних та фізичних осіб, інші додаткові джерела фінансування закладу охорони здоров'я.

Слід також зазначити, що зміна статусу медичного закладу не повинна була позначитися на відносинах з працівниками реорганізованого закладу охорони здоров'я, звільнення в процесі реорганізації було можливе тільки в разі скорочення штату персоналу. В таких випадках деякі працівники були переведені на інші посади або структурні підрозділи. Механізм переходу медичного закладу у некомерційне комунальне підприємство не пов'язаний із появою негативних податкових наслідків, наприклад, у формі виникнення нових податкових зобов'язань. Створене внаслідок перетворення комунальне некомерційне підприємство не є платником податків на нерухомість та на прибуток. Особливості сплати податків для некомерційних комунальних підприємств визначаються методичними рекомендаціями МОЗ [38]. Загалом процес переходу закладу охорони здоров'я із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство може тривати протягом терміну від 6 місяців [38]. Експертами визначаються переваги від зміни статусу закладу охорони здоров'я і перехід в некомерційне підприємство, що відображено на рис.2.1. [68, 75, с.162].

Органи місцевого самоврядування мають у своїх рішеннях про перехід закладів охорони здоров'я у некомерційне комунальне підприємства мають позначати вид комунального підприємства. Згідно статті 78 Господарського кодексу України комунальні унітарні підприємства можуть поділятися на два типи підприємств:

- комунальні комерційні підприємства, що діють з метою отримання прибутку;
- комунальні некомерційні, що діють без мети отримання прибутку [7].

Майно комунальних унітарних підприємств перебуває у комунальній власності територіальної громади і закріплюється за комунальним комерційним підприємством на праві господарського відання, а за комунальним некомерційним підприємством – на праві оперативного управління.

The image shows five empty callout boxes arranged vertically. Each box consists of a light blue circular shape on the left side, which is connected to a horizontal rectangular box on the right by a thin line. These boxes are intended for the user to provide additional information or comments related to the text above.

Рис.2.1. Основні переваги від переходу у статус комунального некомерційного підприємства

Але Господарський кодекс України та Закон України «Про місцеве самоврядування» не обмежують право громад на створення таких видів підприємств, але зважаючи на соціальну роль та значення цих закладів охорони здоров'я, територіальним громадам та муніципальній владі рекомендовано все ж таки змінювати статус закладів охорони здоров'я на комунальні некомерційні підприємства, тому що це є більш прийнятний варіант для їх реорганізації та зменшення податкового навантаження на комунальні медичні заклади, посилює захисні заходи і дозволяє уникати банкрутства реорганізованих підприємств, а також їх скорочення або приватизації [7, 20].

Таким чином, у відповідності до економічних, правових та організаційних можливостей та зважаючи на критерії можливих ризиків медичні заклади у формі діяльності комунальних некомерційних підприємств займають своєрідну «золоту середину» в мережі інших бюджетних установ та комерційних підприємств. Зазначена організаційно-правова форма використовується для організації діяльності переважної більшості публічних медичних закладів в зарубіжних країнах.

Заклади охорони здоров'я у формі діяльності некомерційних комунальних підприємств цілком відповідають встановленій системі фінансування медичної галузі. У відповідності до Концепції фінансування системи охорони здоров'я України, яка була схвалена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 року, є перехід на оплату діяльності суб'єктів надання медичних послуг за конкретними результатами їх діяльності [69]. Тому з цією метою було вирішено змінити характер господарської діяльності закладів охорони здоров'я, а також врегулювати відносини між постачальниками медичних послуг та їх замовником, яким стала НСЗУ як головний розпорядник бюджетних ресурсів в медичній сфері.

Отже, на зміну адміністративно-командній моделі відносин та розподілу повноважень між цими суб'єктами управління прийшла контрактна модель, яка регулюється на договірній основі. У відповідності до цієї моделі розпорядник бюджетних коштів діє в інтересах пацієнтів як сторона платник, а заклад охорони здоров'я або лікар ФОП, який має ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики виступає як постачальник або надавач медичної послуги. Тому ці засади пов'язані з необхідністю надання закладам охорони здоров'я автономії в управлінському та фінансовому контекстах. Такі перетворення відбуваються на основі адаптації зарубіжного досвіду в систему медичного забезпечення України і передбачають перетворення медичних закладів у повноцінні суб'єкти господарювання та ринкових відносин, тобто їх перехід у державні та комунальні підприємства [69].

Діюча законодавча база України надає можливість власникам закладів охорони здоров'я в особі населення територіальної громади, від імені яких право комунальної власності реалізують органи місцевого самоврядування та їх виконавчі ради, реалізувати перехід таких закладів на інші форми господарювання, тобто від бюджетних установ перейти до статусу комунальних унітарних підприємств. Рішення про запровадження таких організаційних та правових змін приймаються на муніципальному рівні і не потребують погодження з МОЗ, КМУ або іншими органами центрального рівня, але з метою недопущення податкового навантаження на комунальні заклади охорони здоров'я та уникнення ризиків банкрутства або скорочення наявної мережі закладів охорони здоров'я, було рекомендовано перевести їх з комунальної форми власності у комунальні некомерційні підприємства.

Для усунення загроз щодо безконтрольних дій з боку керівництва медичних закладів, які надають медичну допомогу первинного, вторинного і третинного рівнів, згідно законодавства обґрунтовано запровадження спостережних рад з обов'язковим залученням представників громадського сектора та активістів [69]. На такі ради покладаються питання дотримання

прав та свобод пацієнтів, забезпечення доступності та безпеки лікування, виконання норм законодавства при здійсненні медичного обслуговування громадян та прозорості фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я.

Перехід до управління на основі автономії медичним закладам може надати ряд переваг, основна з яких стосується можливості самостійно розпоряджатися своїми активами, окреслювати пріоритети діяльності та перспективи розвитку, залучати кошти від національних та міжнародних інвесторів та донорів, переглянути систему оплати праці медичного персоналу.

Ми вже дещо зазначали про процеси кластеризації, але варто ще раз звернутися до цього процесу в контексті набуття закладами охорони здоров'я автономії в управлінні. Слід зазначити, що автономізації передувало створення госпітальних округів, які були визначені у відповідності до постанови КМУ від 30 листопада 2016 року №932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» (на разі втратив чинність) [61]. Під час визначення госпітальних округів було взято до уваги популяційні та територіальні особливості областей, географічні, демографічні, інфраструктурні, логістичні та інші [61]. Свого удосконалення поділ на госпітальні округи отримав у 2022 році, коли відбулося прийняття чергового етапу реформ, які стосувалися кластеризації закладів охорони здоров'я [27, 54, 77].

Питання автономізації закладів охорони здоров'я тісно пов'язане з необхідністю підвищення його конкурентоспроможності на ринку медичних послуг. Але при переході до автономії моделі управління медичні заклади повинні дотримуватися базових принципів – цілеспрямованості та безпека функціонування. Перший принцип пов'язаний з визначенням мети, підцілей та основних завдань діяльності медичного закладу, розробки його стратегічного плану. Основні завдання діяльності повинні відображати організаційні, технологічні та фінансово-економічні механізми діяльності

закладу охорони здоров'я. Принцип безпеки є основоположним для забезпечення надання медичної допомоги пацієнтам та першочерговим показником оцінки якості наданих послуг та функціонування медичного закладу. На практиці цей принцип пов'язаний з розробкою та реалізацією комплексних системних зусиль, що охоплюють професійні, організаційні, правові, психологічні заходи щодо підвищення рівня послуг в сфері діагностики та лікування, дотримання умов управління ризиками, що враховує також безпеку застосування лікарських засобів і використання медичного обладнання, безпеку клінічної практики, санітарно-епідеміологічний контроль, безпечний стан в закладах охорони здоров'я [27].

Вітчизняна модель фінансування галузі охорони здоров'я, починаючи з 2017 року, досягла значного прогресу внаслідок запровадження нових механізмів фінансування, що й сьогодні доводить свою ефективність у час, коли весь світ переживає кризу у сфері громадського здоров'я [24]. В Україні розвинуто достатньо гнучка організаційна структура закупівель – НСЗУ, яка є своєрідним ноу-хау в контексті реформування та сучасній управлінській моделі системи охорони здоров'я [54, 64].

Проте війна 2022 року створила значні загрози для досягнення реформування медичної галузі. Існують основні вимоги, які були виділені в рамках цієї кризи, які визначимо нижче.

Одна з таких вимог стосується механізмів планування шляхів подолання довгострокових наслідків на основі принципів всеохоплюючого доступу до послуг охорони здоров'я або так званих *universal health coverage* [81, с.117]. Цей підхід доцільно запровадити якомога швидше, оскільки досвід різних країн, які стикаються з конфліктами та надзвичайними ситуаціями, засвідчив пріоритет гуманітарних питань та реагування. Ґрунтуючись на тому, що базові потреби повинні бути задоволені, слід розробити та впровадити довгострокові програми фінансування та організацію надання медичних послуг з метою швидшого відновлення. Тому експерти рекомендують підтримувати основні принципи довоєнної системи

фінансування сфери охорони здоров'я та існуючу мережу закладів охорони здоров'я, усуваючи тенденції фрагментації [58].

Також слід спрямовувати діяльність на забезпечення доступу населення до базових медичних послуг, виробляти політику, спрямовану на подолання фінансових ризиків та труднощів під час війни. За прогнозами експертів, скоріш за все воєнний стан зупинить або навіть поверне назад прогрес України відносно запровадження системи доступу до послуг охорони здоров'я, що обумовлено погіршенням економічного стану більшості населення. Водночас адаптація та коригування фінансування у сфері охорони здоров'я може пом'якшити наслідки для тих категорій населення, які найбільше цього потребують [58].

Бюджетні ресурси доцільно розподілити за пріоритетністю та акумулювати для забезпечення доступу до якісних та доступних медичних послуг для уникнення фінансових труднощів, продовжити адаптацію до змін у фінансуванні для основних суб'єктів діяльності на ринку медичних послуг, які були розпочати до початку повномасштабного вторгнення. Вже зараз стає актуальним прийняття та розробка програм з післявоєнного відновлення, які мають корелювати з основними засадами фінансування закладів охорони здоров'я, які вдалося запровадити в контексті реформування [58].

Основні напрями фінансування системи охорони здоров'я до початку повномасштабного вторгнення були досліджені та проаналізовані в Огляді ВООЗ та Світового банку наприкінці 2020 року [76]. Перехід до фінансування сфери охорони здоров'я передбачав орієнтацію на підвищення результативності закладів охорони здоров'я. Для адаптації медичної системи до умов воєнного стану КМУ в березні 2022 року змінив способи фінансування та перейшов на глобальний місячний бюджет, який дозволив забезпечити стабільне та передбачуване фінансування [26, 54, 58]. Така політика повинна дозволити у післявоєнний період повернутися до запровадженої раніше моделі фінансування, швидко адаптувати діяльність закладів охорони здоров'я до надання якісних та доступних медичних

послуг. Сьогодні основні засади коригування моделі фінансування стосуються внутрішньої міграції, великої кількості внутрішньо-переміщених осіб, ці тенденції будуть зберігатися й у післявоєнний період. Коригування моделі фінансування медичної галузі до початку повномасштабного вторгнення було необхідним з позицій виникнення ситуацій, що швидко змінювалися в контексті інших реформ в системі публічного управління та соціально-економічного розвитку України.

На початку та протягом 2022 року КМУ сформував методи виплат на рівні первинної медичної допомоги, на рівні спеціалізованих служб, щоб забезпечити постійні та передбачувані виплати усім закладам охорони здоров'я, які були законтрактовані НСЗУ, точніше кажучи, фінансові виплати за капітаційною ставкою для закладів ПМСД та ставкою за проліковані випадки на рівні стаціонарної допомоги були замінені на глобальні бюджети за договорами закладів охорони здоров'я із НСЗУ [26]. Плановий бюджет на 2022 рік визначався у відповідності до аналітичних показників кількості наданих послуг різних видів медичної допомоги. Такий підхід надав можливість швидко забезпечити необхідними фінансовими ресурсами законтрактовані заклади охорони здоров'я, забезпечуючи заробітну плату медичному персоналу та інші необхідні витрати. Планова допомога офіційно була тимчасово припинена [1].

В результаті реформування та до початку воєнних дій на території України НСЗУ при закупівлі медичних послуг в межах країни використовувала єдиний механізм, але на разі війна торкнулась різних регіонів по-різному, тому КМУ та МОЗ можливо ще будуть переглядати й інші підходи щодо оптимізації та удосконалення фінансування закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану [1, 26]. На нашу думку, коригування договорів та моделі фінансування на рівні обласних військових адміністрацій могли б надати змогу запровадити детальний підхід з позицій методів фінансування: наприклад, глобальний бюджет можна було б скоригувати до поточної потужності медичного закладу, враховуючи, що



певна кількість персоналу звільнилася або переїхала до інших регіонів як ВПО, або наприклад, заклад охорони здоров'я зазнав значних чи незначних ушкоджень або взагалі був зруйнований. Доцільно запровадити проактивне укладання договорів, що активізує діяльність НСЗУ щодо планування та закупівлі медичних послуг на основі встановлення потреб у медичних послугах в регіональному вимірі, що відображено в Додатку А, а також в таблиці 2.2.

**Таблиця 2.2.**

**Встановлення потреб у медичних послугах в регіональному вимірі  
у відповідності до кількості ВПО**

Макрорегіон України	Розрахункова кількість ВПО на макрорегіон
західний	2,900,000
центральний	1,666,000
східний	1,472,000
північний	1,234,000
південь	519,000
місто Київ	238,000

Нові засади фінансування, автономія закладів охорони здоров'я, запровадження електронної системи охорони здоров'я, доступність послуг ПМСД в усіх регіонах сприяли якісним перетворенням в системі охорони здоров'я. ПМСД відіграє важливу роль у забезпеченні доступу до медичної допомоги під час війни та післявоєнного відновлення. Послуги ПМСД є доступним, економічно посильними і рентабельними, що надаються на усій території України. Водночас у березні 2022 року МОЗ доручило закладам ПМСД надавати безкоштовну медичну допомогу для ВПО. Через обмеження глобального бюджету надавачі медичних послуг в областях із підвищеним попитом не отримували компенсації за збільшення обсягу роботи, що зумовило появу бар'єрів для ВПО у доступі до медичної допомоги і викликало проблеми, зважаючи на велику кількість внутрішньо переміщених дітей та дорослих. Врахування руху населення матиме вирішальне значення

для фінансування лікування хронічних та небезпечних для життя захворювань. Зважаючи на рух населення, підхід до оплати цих послуг слід коригувати, виходячи із збільшення потреб в одних регіонах та зменшення потреб в інших. Тому було рекомендовано запровадити систему виплат на основі ставки за пролікований випадок.

Система охорони здоров'я залишається важливим напрямом державного регулювання, особливо в сучасних умовах воєнного стану. Видатки загального фонду державного бюджету разом з трансфертами за 6 місяців 2022 року виконані в обсязі 82,21 млрд. грн., що складає 85,7% до плану на січень – червень, або 42,5% до річного плану, зокрема у червні вони склали 13,8 млрд гривень [1]. Станом на 1 червня 2022 року обсяг видатків на охорону здоров'я за зведеним бюджетом склав 225 млрд. грн. або 4,7 % до ВВП за загальним та спеціальним фондом [54]. На реалізацію програми медичних гарантій передбачено 156,3 млрд. гривень, за шість місяців видатки за програмою виконано в обсязі 74,4 млрд. грн. або 95,6 % до плану на січень – червень, або 47,2 % до річного плану, зокрема у червні 12,2 млрд гривень [54]. Усім закладам охорони здоров'я, які надавали медичні послуги, сплачувалася максимально можлива фіксована сума коштів, незважаючи на фактично внесені записи в електронну систему охорони здоров'я. Фінансування отримали заклади ПМСД, екстрена медична допомога та 36 пакетів медичних послуг спеціалізованої медичної допомоги. Загалом це надало можливість своєчасно та в повному обсязі виплачувати заробітну плату медичним працівникам у розмірах не менше 20 тис. грн. на місяць лікарю та 13,5 тис. грн. середньому медичному персоналу [9].

У 2021 році найнижчий середній розмір заробітної плати медичних працівників був у закладах, що надають спеціалізовану медичну допомогу, а саме 14 тис. грн у лікаря та 11 тис. грн у середнього медичного персоналу [9]. У 2022 році середній розмір заробітної плати лікаря в закладах, які надають спеціалізовану медичну допомогу, підвищився для лікарів на 42% та

середнього медичного персоналу – на 31%, що відповідає вимогам щодо розміру заробітних плат медичних працівників [9].

Але зважаючи, що більшість закладів охорони здоров'я відновили внесення даних та долучилися до електронної системи охорони здоров'я й активно збільшили кількість наданих медичних послуг, КМУ прийняв рішення про повернення до процедури оплати за фактично надані медичні послуги з 01 липня 2022 року, проте в деяких регіонах, де з об'єктивних причин це неможливо, зокрема, ведуться активні бойові дії, було збережено максимально можливу суму оплат без внесення медичних записів [12, 26, 54]. Також продовжує свою дію програма реімбурсації «Доступні ліки» [65]. Отримання ліків спрощено максимально і громадяни можуть отримувати ліки за фактичним місцем свого перебування, рецепт так само можна взяти у лікаря і отримати його в аптеці, незалежно від наявності декларації з ним. За шість місяців за програмою реімбурсації було витрачено понад 1 млрд. грн., з яких понад 700 млн. грн. спрямовано на забезпечення громадян інсуліном [12, 55]. Для продовження забезпечення стабільного фінансування програми медичних гарантій йдуться перемовини з міжнародними партнерами щодо виділення фінансової допомоги для покриття цих видатків.

## **РОЗДІЛ 3**

### **НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

#### **3.1. Адміністративна ефективність та кадрова політика**

Одним із напрямків ефективного управління медичним закладом є кадрове забезпечення. Такі показники, як якість та доступність надання медичної допомоги населенню безпосередньо стосуються забезпечення медичних закладів відповідним висококваліфікованим персоналом, від їх професіоналізму.

В Україні при реформуванні медичної галузі та переході закладів охорони здоров'я на діяльність в ринкових умовах ринку та конкурентних засад, актуалізувалося питання нестачі фахівців-менеджерів в системі охорони здоров'я, які б могли приймати стратегічні рішення та брати відповідальність за стан діяльності закладу охорони здоров'я [66]. Частково такий стан справ пояснюється відсутністю системи підготовки менеджерів у галузі охорони здоров'я та необхідністю створення якісного освітнього підґрунтя з використанням позитивного зарубіжного досвіду [66].

Проблемним питанням стало те, що керівники закладів охорони здоров'я призначаються або обираються з числа практикуючих лікарів цих закладів, які мають медичну освіту та досвід, але без досвіду та навичок управління організацією, хоча й медичного напрямку. В зарубіжних країнах такі фахівці – медичні менеджери, які мають юридичну або економічну освіту, мають освіту з управління в медичній сфері [37].

Слід сказати, що в нашій країні з початку реформування тривають активні дискусії щодо статусу та вимог до навичок та досвіду керівного складу закладу охорони здоров'я, наявності відповідної освіти з управління організаціями. До початку реформування та в ході трансформації усі адміністративні та медичні функції виконує головний лікар закладу. Але ми можемо пояснити такий підхід з позицій, що заклади охорони здоров'я раніше утримувалися державою або територіальною громадою, при переході ж на нові засади управління медичним закладом та зміна статусу на комунальне некомерційне підприємство зумовлюють й нові вимоги до керівників, усе це очевидно.

Управління сучасним закладом охорони здоров'я – це дуже великий обсяг різноспрямованої роботи, який, як правило, розподіляється щонайменше на два масиви – адміністративний та медичний. В більшості зарубіжних країн ці функції покладаються на двох керівників – генерального директора закладу, який виконує ключові адміністративні повноваження, та медичний директор, на якого покладаються питання з організації та

контролю саме за медичними процесами [37].

У відповідності до етапів та напрямів реформування медичної галузі та до наказу МОЗ України від 31 жовтня 2018 року № 1977 в Україні з 1 січня 2019 року було запроваджено процедуру розмежування функцій та посад в закладах охорони здоров'я – питання медичного напрямку покладаються на медичного директора, а господарські питання – на адміністративного директора [47].

При цьому не повинно бути звільнено медичних працівників на чолі з головним лікарем, які повинні виконувати свої функції до строку закінчення дії контракту. Після цього медичні працівники повинні подавати свої кандидатури на посади генерального або медичного директора закладу охорони здоров'я на конкурсних умовах, при цьому кандидати можуть мати вищу освіту з будь-якого напрямку (медичну, економічну, юридичну, гуманітарну) і в разі успішного проходження конкурсу кандидат може обіймати посаду до 2022 року. Водночас у відповідності до зазначеного наказу МОЗ усі претенденти на зазначені посади мають здобути відповідну освіту з управління або менеджменту, в галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування» [47].

Слід зазначити, що головні лікарі, які вже уклали трудові договори до початку дії зазначеного наказу (1 січня 2019 року), будуть працювати та здійснювати керівництво адміністративними та медичними процесами у відповідності до порядку, який діяв до введення в дію наказу МОЗ №1977 і на термін, який визначено договором [47].

Отже, уповноважений орган виконавчої влади або місцевого самоврядування міг призначити на посаду головного лікаря до 31 грудня 2018 року на термін від 3 до 5 років на основі Закону України «Про Основи законодавства України про охорону здоров'я» і не вирішувати питання найму додатково медичного директора для закладу охорони здоров'я [19].

Після завершення договору, головні лікарі подаються на конкурс та можуть зайняти посаду або генерального, або медичного директора свого або

іншого закладу охорони здоров'я. Після 1 січня 2019 року такі призначення неможливі, оскільки посади головного лікаря лікувально-профілактичного закладу, головного лікаря обласної, центральної міської, міської та інших типів медичних закладів виключені з ДК 78 «Охорона здоров'я» [32]. Щодо фахівців, які працювали на посаді заступника головного лікаря з медсестринства, то до 1 січня 2019 року вони продовжували виконувати свої обов'язки. Слід додати, що з 1 січня 2019 року постала необхідність внести зміни до ДК 003:2010 «Класифікатор професій», оскільки в переліку професій відсутня посада медичного директора [32].

Що стосується приватних закладів охорони здоров'я та розповсюдження дії наказу на них, то слід сказати, що з правової точки зору заклад охорони здоров'я це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі ліцензії та професійної діяльності медичних або фармацевтичних працівників. Таким чином, заклади охорони здоров'я приватної форми власності є повноцінним суб'єктом господарювання, який забезпечує надання медичних послуг населенню на основі ліцензування діяльності та наявності відповідного фахового потенціалу. Головна відмінність між закладами охорони здоров'я комунальної/державної та приватної форми власності полягає в тому, хто є власником та яка процедура призначення працівників медичної установи. Згідно Закону України «Про Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ст.16) керівником закладу охорони здоров'я будь-якої форми власності може бути особа, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам МОЗ, призначення та звільнення з посади керівника медичного закладу здійснюється в рамках законодавства [19]. Керівники приватних закладів охорони здоров'я призначаються рішенням вищого органу управління (в разі наявності, наприклад, керівництвом ТОВ), а медичний директор може бути призначений як рішенням вищого органу управління, так і директором закладу охорони здоров'я, який відповідає за укомплектування медичного

закладу кваліфікованими спеціалістами, проводить конкурсний добір на вакантні посади закладу.

Загалом кадрові питання були достатньо проблемними в контексті реформування та до початку воєнних дій в Україні, оскільки завжди відчувався брак кваліфікованих спеціалістів. Тривалий час зберігалися тенденції щодо порушення співвідношення між медичним персоналом різних рівнів, що створювало додаткове навантаження на лікарів й негативно позначалося на ефективності медичних послуг в цілому. Ці проблеми пов'язані насамперед з відсутністю мотивації медичного персоналу, що в основному пояснюється рівнями оплати праці, високим рівнем трудової міграції, нерівномірністю розподілу соціальних гарантій між регіонами та рівнями медичної допомоги.

Кадрові проблеми в сфері охорони здоров'я обумовлені браком відповідних кваліфікованих медичних працівників, низьким рівнем укомплектованості закладів охорони здоров'я лікарськими посадами (стосується переважно вузьких спеціалізацій), нерівномірністю забезпеченням населення лікарями в регіональному вимірі, низька мотивація через недосконалу систему оплати праці, висока частка медичних працівників пенсійного віку, недосконале співвідношення між лікарями та молодшим і середнім медичними персоналом, постійна недофінансованість закладів охорони здоров'я, застарілість нормативної бази з питань кадрової політики в медичних установах [13].

За різноманітними експертними дослідженнями та прогнозами простежувалися тенденції щодо скорочення чисельності медичних працівників до 2030 року і очікувалося, що укомплектованість лікарями становитиме 75%, а середнім та молодшим медичним персоналом 74% від існуючих потреб. У 2018 році спостерігався дефіцит певних вакансій в медичній галузі в загальній кількості 12 тисяч посад [15].

Наприкінці 2021 року частка медичних працівників серед усіх кадрових ресурсів України була на відносно високому рівні і склала – 6 %, але

політика управління персоналом в медичній сфері була неефективною та демонструвала тенденції до погіршення стану, наприклад, за останні 30 років кількість лікарів та середнього медичного персоналу скоротилась у 2 та 4 рази відповідно, особливо гостро ситуація розвивалася у 2020 – 2021 роках, внаслідок кризи коронавірусу [76]. За аналітичними даними, у 2020 році звільнилося понад 35 тисяч медичних працівників, основною причиною звільнення були незадовільні умови праці, відсутність засобів індивідуального захисту, зростання робочого навантаження, застаріла матеріально-технічна база тощо. Майже 30% (за офіційними свідченнями) були інфіковані COVID-19, частина працівників пенсійного та передпенсійного віку були змушені взяти відпустки за власний рахунок через існуючі загрози для власного здоров'я [76].

На разі забезпечення медичними працівниками в цілому відповідає середньому рівню укомплектованості лікарями та середнім і молодшим медичним персоналом. У порівнянні з 2019 роком кількість лікарів знизилась на 3,5%, середнього та молодшого медичного персоналу – на 16%, в тому числі за рахунок скорочення штатних посад. Слід зважати також, що темпи зменшення кількості молодшого та середнього медичного персоналу створюють диспропорції у співвідношенні лікарів та медсестер в середньому у пропорції 1:1,25 у 2020 році в порівнянні з рекомендаціями ВООЗ 1:4. [83, 87]

Також в половині регіонів України показник кількості лікарів на 10 тисяч осіб є нижчим, ніж це визначається нормативами ВООЗ. Практично в 10 областях країни відбувається така тенденція, лише в 7 областях достатня кількість лікарів на цю кількість жителів [76].

Спостерігається стійка диспропорція між областями країни: найкраща укомплектованість лікарями зафіксована в західних регіонах України, в північних та східних областях – на рівні вище середнього, в південних та центральних областях найнижча забезпеченість лікарями та медичним персоналом середньої ланки. Також існують диспропорції на рівні місто –



сільська територія: тільки 6% лікарів та 12% спеціалістів середньої ланки працюють у сільській місцевості, де мешкає лише 29% населення [76].

За показниками 2021 року загальний обсяг дефіциту вакансій в медичній галузі становив понад 13 тисяч посад. Найвищі показники дефіциту в лікарях були зафіксовані у Львівській та Рівненській областях, Вінницькій, Житомирській, Черкаській, Полтавській та місті Києві. Але слід сказати, що проведення першого етапу реформування дозволило значно удосконалити діяльність первинної ланки, на сьогодні в країні повністю забезпечені потреби у сімейних лікарях та терапевтах. Але в різних регіонах відбувається нерівномірне навантаження на лікарів первинної ланки, дефіцит лікарів ПМСД простежується в Києві, Харківській, Кіровоградській та Миколаївській областях, надлишок – в Івано-Франківській, Львівській, Закарпатській, Чернівецькій. До кінця 2021 року МОЗ планувало відкрити понад 600 додаткових медичних закладів ПМСД, таким чином зазначені кадрові проблеми не втратили актуальності [54].

Отже, закладам охорони здоров'я в умовах автономізації доведеться самостійно вирішувати питання кадрового забезпечення та управління персоналом, залучення, зацікавлення та створення належних умов для найкращих фахівців в медичній галузі. Не тільки воєнні дії в нашій країні, наслідки подолання коронавірусної інфекції, а й загальносвітові тенденції впливають на управління персоналом окремо взятого закладу охорони здоров'я та кадрову політику в медичній сфері взагалі.

Слід розробляти та запроваджувати адаптивну та гнучку систему кадрового забезпечення, зважаючи на прогнозовані тенденції в галузі, слід розподіляти робоче навантаження між лікарями різних спеціальностей через збільшення захворювань різних типів та скорочення інших. Наприклад, за прогнозами ВООЗ до 2030 року в країнах ЄС найбільша кількість смертей буде пов'язана із неврологічними захворюваннями, онкологічними хворобами, захворюваннями сечостатевої системи, ендокринними та імунними розладами, цукровим діабетом, захворюваннями опорно-рухового

апарату (Додаток Б).

Для України актуальною є профілактика інфекційних захворювань, поява значної кількості осіб з інвалідністю, боротьба з туберкульозом, серцево-судинними та онкологічними хворобами. Втім кількість лікарів із зазначених напрямів скорочується щороку. Протягом 2021 року скоротилася кількість дерматологів – на 9%, пульмонологів – на 13%, інфекціоністів та гінекологів – на 5%, ендокринологів та невропатологів – на 3,8%, урологів – на 1,2%, і тільки кількість лікарів онкологів практично залишилася на відповідному рівні [54].

Іншим проблемним аспектом управління персоналом та тенденцією, яка має бути врахована як в діяльності закладу охорони здоров'я, так і на рівні державної політики в галузі охорони здоров'я в цілому – це питання старіння персоналу медичних закладів. За статистичними показниками, практично  $\frac{1}{4}$  або 24% лікарів та 10,5% середнього та молодшого медичного персоналу досягли пенсійного віку [76].

Майже половина лікарів (інколи зазначається, що це 70%) працюють за сумісництвом, що свідчить про необхідність посилення політики забезпечення відповідних гідних умов праці та її оплати. Навіть зважаючи, що відбувається постійне підвищення оплати праці медичних працівників, в середньому її рівень в економіці країни залишається найнижчим: понад 12 тис. грн. у червні 2021 року, що нижче за середню заробітну плату по країні на 14%, при цьому відбувається дисбаланс в оплаті праці між лікарями, які посідають адміністративні посади та тими, хто безпосередньо займається лікарською практикою [9]. Серед інших негативних тенденцій є зростання міграції медичного персоналу, найчастіше у сусідні країни, де оплата їх праці за фахом вище у 4-5 разів у порівнянні з вітчизняними реаліями (Додаток В). За експертними джерелами у 2020 році виїхало понад 67 тисяч медичних працівників.

Також відбувається й внутрішня міграція, ці процеси розпочалися до початку війни в Україні і пов'язані з переміщеннями медичних працівників із

депресивних регіонів до більш стабільних, що спричиняє значні ризики для подальшого етапу реформи в плані кластеризації закладів охорони здоров'я. Така тенденція впливає безпосередньо на дієвість охорони здоров'я на окремих територіях, скорочуються можливості надання певного виду медичних послуг. Наприкінці 2021 року тільки 30% сільських рад мали можливість забезпечити фінансування для своїх медичних закладів [76].

Аналіз основних проблем кадрового забезпечення та управління персоналом показує, що вони стосуються не тільки організації діяльності та управління в закладі охорони здоров'я, а також потребують прийняття відповідної державної політики. Необхідно розробити професійні стандарти на основі рекомендацій ВООЗ та європейських норм для підготовки медичних працівників, сформулювати уніфіковані підходи до визначення відповідності номенклатури та кваліфікаційних вимог до посад і спеціальностей [83].

На основі Постанови КМУ №725 медичні працівники високомотивовані до підвищення кваліфікації та діяльності в системі безперервної освіти [66]. На нашу думку, слід посилити перетворення в політиці управління персоналом, оновити зміст та форми підготовки керівників для системи охорони здоров'я з урахуванням дуальної освіти та альтернативних форм навчання. З урахуванням політичної, соціально-демографічної, економічної, фінансової, культурної та інформаційної ситуації питання управління персоналом в закладах охорони здоров'я постають актуально та потребують дослідження в контексті їх визнання як один із напрямів реформування.

### **3.2. Впровадження інформаційно-комунікативних систем в діяльність закладів охорони здоров'я**

Реформування медичної системи тісно пов'язано із запровадженням інформаційно-комунікаційних технологій та розвитком електронного сервісу,

що визначає ефективність управління закладами в сучасному інформаційному просторі. Запровадження комунікативних технологій дозволяє якісно змінити систему комунікації між медичними працівниками як виробниками медичних послуг та громадянами, які за ними звертаються, тобто як споживачі послуг. Дозволяє провести оформлення сторінки пацієнта з внесенням та коригуванням даних про стан його здоров'я та зміни. Це також пов'язано із підвищенням безпеки для здоров'я пацієнта та уникнення можливих факторів ризику щодо втрати документів тощо. Комунікативна модель ґрунтується на основі принципів збалансованого розвитку між трьома суб'єктами взаємодії: «послуга – постачальник – замовник», яка функціонує у зарубіжних країнах (рис.3.1.) на основі надання специфічного виду послуг [34, с.211]. Медична послуга – це продукція закладу охорони здоров'я, яка вимірюється у якісному лікуванні та поверненні до здорового стану хворого або забезпечення тривалості в досягнутих результатах лікування.

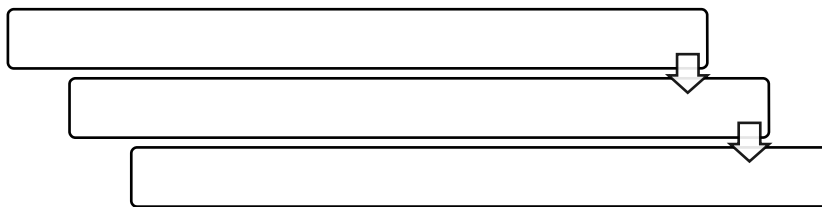


Рис.3.1. Основні суб'єкти взаємодії при комунікації в системі охорони здоров'я

Основним завданням e-Health є поліпшення інформаційного потоку на основі електронних засобів підтримки надання медичних послуг та управління системами охорони здоров'я. На рівні лікаря та пацієнта система дозволяє отримати швидкий доступ до всієї наявної інформації про пацієнта з будь-якого закладу [16]. Звичайно, що менеджмент закладів охорони здоров'я ґрунтується на інформаційних технологіях, серед яких однією з провідних є система охорони здоров'я e-Health. Ця система створила можливості для автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління

медичною інформацією, впровадження такої системи актуалізувалося у зв'язку із системними змінами в діяльності закладів охорони здоров'я, які ми розглядали вище.

Система була запроваджена в практичну діяльність закладів охорони здоров'я на основі постанови КМУ від 25 квітня 2018 року № 411 про затвердження Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, де визначено механізм функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, реєстрації користувачів, основні процедурні питання, внесення та обміну інформацією в електронній системі охорони здоров'я відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та ін. [63; 24].

Ця електронна система складається з двох основних компонентів, в якій користувач через МІС може взаємодіяти з центральною базою даних, вона складається з:

- центральної бази даних (ЦБД) – тобто інформаційно-телекомунікаційної системи, де містяться визначені на законодавчому рівні реєстри, програмні модулі та інформаційна система НСЗУ (в частині, необхідній для реалізації державних фінансових гарантій), що надає можливість створення, перегляду обміну інформацією, державними електронними інформаційними ресурсами та електронними медичними інформаційними системами;

- МІС – електронна медична інформаційна система або інформаційно-телекомунікаційна система, яка дозволяє автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати та обмінюватися інформацією в електронній формі, з центральною базою даних [18, 29].

Цілі запровадження електронної системи охорони здоров'я – мінімізувати шахрайство і корупційні схеми в медичній системі, наприклад, до початку реформування витрати бюджету на охорону здоров'я складала приблизно 51% від загального обсягу або 4% ВВП, вони склалися із

видатків закладів охорони здоров'я на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг - 74%), тому для фактичного надання послуг, тобто, лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів таких фінансових обсягів було недостатньо [18]. Серед інших цілей впровадження електронного сервісу ми можемо визначити й інші, які відображені на рис 3.2.

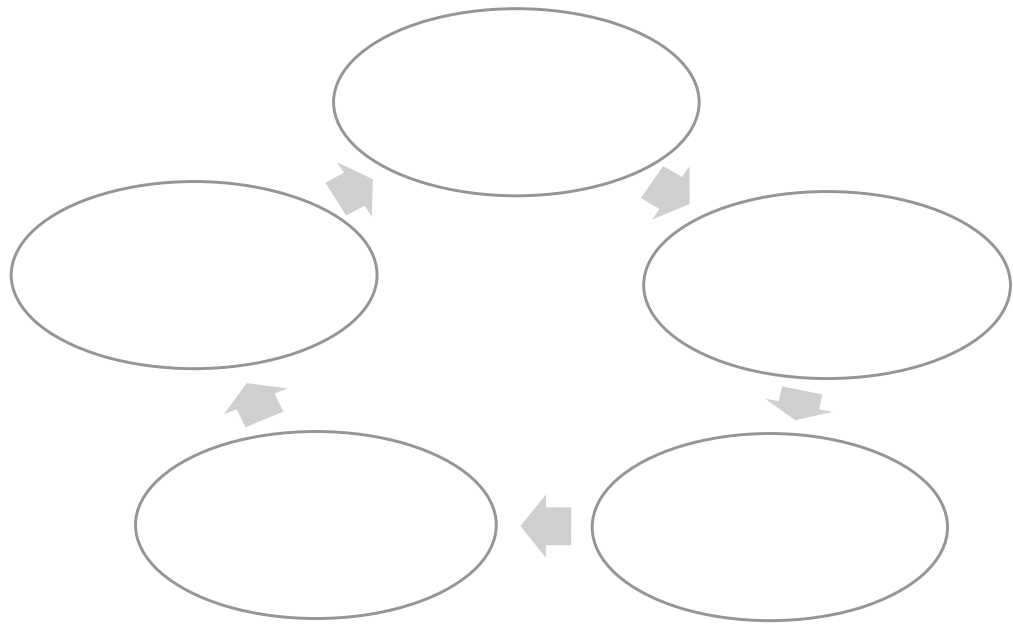


Рис.3.2. Основні цілі впровадження електронного сервісу в медичну галузь України

«Електронне здоров'я» – складна система, яка поступово впроваджується протягом декількох років, на перших етапах вона охопила первинну ланку медичної галузі – сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів [12, 16]. Пацієнти повинні були укласти декларації з обраними лікарями, а лікарі – реєструвати ці декларації в системі e-Health. Таким чином, держава отримала можливість сплачувати конкретно визначеному лікарю за візит кожного пацієнта, а пацієнт отримав гарантовані державою безкоштовні медичні послуги. Таким чином на основі системи електронне здоров'я було практично реалізовано принцип «гроші ходять за пацієнтом». В майбутньому e-Health система дасть можливість кожному швидко отримати свою медичну

інформацію, а лікарям – правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров'я пацієнта. Відпадає необхідність в паперових медичних картах і друкованих довідках, лікарі виписують електронні рецепти, які не можна ні втратити, ні підробити. Система e-Health містить всю медичну історію пацієнта, яка доступна як пацієнту, так і його лікарям [12].

В результаті система публічного управління та адміністрування в галузі охорони здоров'я має чітке розуміння, як використовуються державні кошти та визначає подальші напрями спрямування бюджетних витрат з метою їх оптимізації та досягнення ефективності в розподілі фінансових джерел держави, ключові ролі основних суб'єктів управління та запровадження електронного сервісу в медичну систему України відображені на рис.3.3. Внаслідок цього населення України отримало можливості для більш якісних та ефективних медичних послуг, а закладам охорони здоров'я вдалося значно модернізувати свою діяльність.

Основні функції з управління сервісом та головним адміністратором центральної бази даних електронної системи здоров'я є державне підприємство «Електронне здоров'я», діяльність якого регламентується у відповідності до Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я та на основі постанови КМУ від 25 квітня 2018 року №411 [16, 63]. Сучасні заклади охорони здоров'я України знаходяться в постійній комунікації та взаємодії з такими суб'єктами: органи державної влади та місцевого самоврядування, громадяни як споживачі медичних послуг, громадський сектор, який є може проявляти свою активність у вигляді наглядових чи спостережних рад при закладах охорони здоров'я [31, с.134].

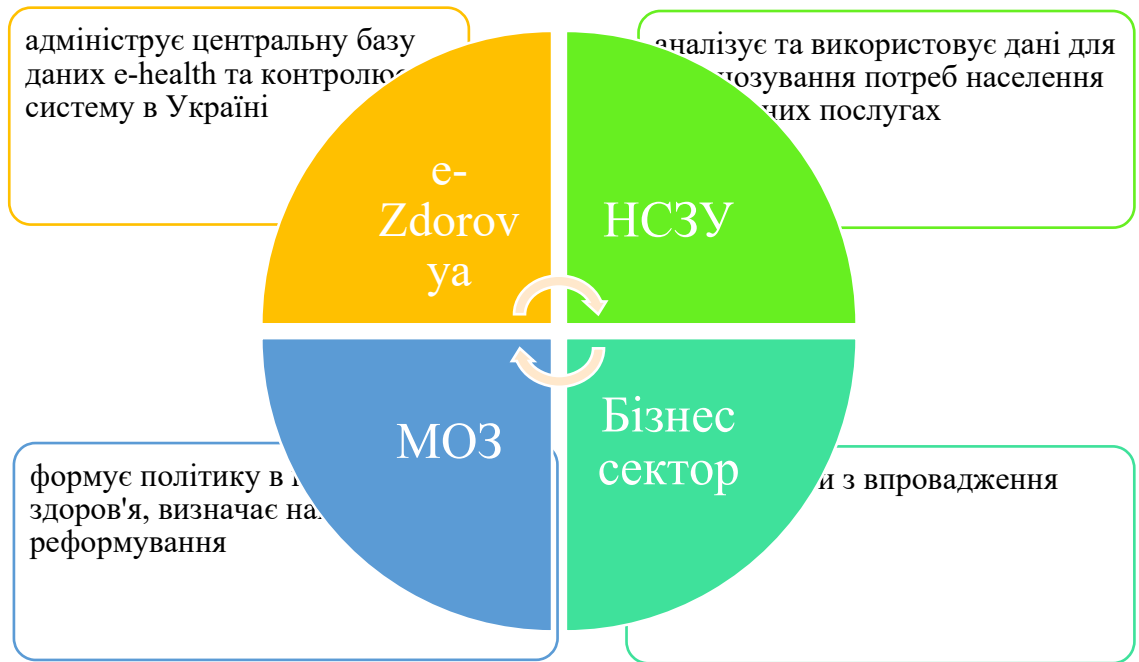


Рис.3.3. Основні функції суб'єктів управління електронним сервісом

До процесів комунікації залучені керівники та співробітники закладів охорони здоров'я, комунікація та комунікативні зв'язки виявляються на різних рівнях управління закладом: всередині самої організації, між керівником та медичним персоналом, а також між персоналом закладу та зовнішнім середовищем. Звичайно, що сьогодні комунікація може бути ефективною тільки при наявності зворотніх зв'язків між усіма сторонами. Слід зважати, що медична галузь має як внутрішні, так і зовнішні інформаційні середовища, це дозволяє виділяти внутрішні та зовнішні комунікаційні зв'язки. Внутрішні комунікаційні зв'язки належать до внутрішньо-організаційних джерел комунікації і реалізуються у вигляді інформації між керівником та персоналом. Їх особливістю є наявність прямого та зворотного напрямів. Прямий зв'язок виявляється у формі розпоряджень та наказів від керуючої до керованої сторони. Зворотні канали зв'язку реалізуються у формі звітності про діяльність і надходять від керованої до керуючої сторони. Що стосується зовнішніх комунікаційних зв'язків, то вони утворюються для комунікації із зовнішнім середовищем, наприклад, для інформування між закладом та органами публічного



управління та адміністрування, громадські організації та населення [31, с.134]. Інформаційно-комунікаційне забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я є необхідною умовою ефективного функціонування та діяльності в умовах ринку та підвищення конкурентоспроможності, воно дозволяє:

- забезпечити функціонування інформаційної системи та системи управління медичним закладом;
- налагодити ефективну взаємодію в середині закладу, між різноманітними підрозділами, персоналом;
- підтримувати взаємодію з органами публічного управління та громадськістю;
- встановити комунікативні зв'язки з населенням з метою організації більш ефективного надання медичних послуг;
- оптимізувати діяльність у взаємовідносинах з безпосередніми споживачами медичних послуг – основними пацієнтами закладу.

Це передбачає запровадження єдиної інформаційно-комунікативної системи медичного закладу, що охоплює два великі компоненти: інформаційний та комунікативний. Управління інформаційною підсистемою передбачає роботу з інформацією, аналіз та систематизація медичних даних, їх обробка та зберігання. Управління комунікативною підсистемою передбачає направленість на цільову аудиторію та виявлення проблемних питань, що дозволяє приймати більш ефективні рішення. Основними принципами реалізації та розвитку цієї системи є такі: інформатизація та комп'ютеризація закладу охорони здоров'я, запровадження уніфікованої системи документообігу; забезпечення отримання чіткої та якісної статистичної інформації [28, с.208]. Управління в закладах охорони здоров'я з урахуванням інформаційно-комунікативної діяльності передбачає такі напрями: створення реєстру медичних документів та електронного документообігу, запровадження автоматизації для більшості даних, забезпечення сучасними електронними технологіями та обладнанням та ін.

### 3.3. Управління якістю в медичному закладі

Також важливе значення для забезпечення повноцінної діяльності закладу охорони здоров'я має впровадження системи управління якістю. В теорії та практиці управління якістю визначається як «система, яка встановлює та регулює політику, цілі, обов'язки, процеси планування, способи контролю, забезпечення та поліпшення якості медицини» [36, с.75].

При організації системи управління якістю існують різноманітні моделі та їх характеристики в різних країнах, оскільки не прийнято єдиної стандартизації саме в цьому напрямку діяльності закладів охорони здоров'я. найкраще себе зарекомендували методики аудиту та оцінки результату проведеного аудиту медичного закладу [72, с.5].

Якість медичної допомоги та методики її вимірювання на сьогодні є найбільш обговорюваним питанням при формуванні та реалізації державних політики в галузі охорони здоров'я. Це питання посідає важливе місце на порядку денному на державному, європейському та міжнародному рівнях. Водночас це передбачає створення прозорих та вимірюваних процесів в організації діяльності медичного закладу, що має враховувати як його специфіку, так й індивідуальні відмінності громадян, що звертаються. Це створює деякі проблеми при обранні методів, які використовуються для проведення аудитів та контролю процесів управління якістю. На разі якість медичних послуг, які надаються громадянам, гарантується різними способами, тому при розробці методики оцінки в медичній галузі виникають певні проблеми, що окреслені в таблиці 3.1. [86, с.921]

Виникає необхідність у розробці та обґрунтуванні спеціальних методів та засобів, які можуть надати керівникам медичних закладів та лікарям можливості підвищити якість надання медичних послуг та забезпечити медичні послуги більш високого рівня та якості.

Таблиця 3.1.

**Основні проблеми, які доцільно враховувати при розробці та запровадженні систем управління якістю в закладах охорони здоров'я**

<b>Проблема</b>	<b>Описання</b>	<b>Способи регулювання</b>
Забезпечення прав пацієнтів	Багато країн мають правову ситуацію в галузі охорони здоров'я, яка не є регульованою для пацієнтів. Громадянин, його тіло і особистість, практично не мають законодавчого захисту, порівняно із законодавством по захисту його майна.	Наприклад, вирішенням цього питання у Франції та Нідерландах, було введення нового положення в цивільні кодекси і «законодавство з біоетики». Фінляндія, Швеція, Данія і Бельгія створили законодавчі ініціативи з метою визначення конкретних прав пацієнтів. Великобританія намагається врегулювати це питання опублікованим «Статутом пацієнтів»
Основи управління якістю закладу	Існує безліч концепцій і методів, які стосуються управління якістю, систем якості та їх визначення. Складність порівняння результатів визначення рівня якості полягає у наявності відмінностей базових принципів різних методологій.	Застосування загальноприйнятих концепцій дозволяє медичним установам використовувати одну базову модель задля досягнення взаєморозуміння з питань якості національного і міжнародного рівнів.
Вимоги до якості послуг охорони здоров'я	Оцінка якості вимагає визначення процедур, які будуть використовуватися при проведенні аудитів та регулювання видачі медичних ліцензій.	На діяльність з підтримки стандартів якості можна впливати через законодавство, наприклад, шляхом визначення ознак кваліфікації фахівця або акредитації медичного закладу. Потрібно налагодити управління якістю в роботі з постачальниками медичних послуг.
Системи покращення якості	Поліпшення якості повинно бути засноване на фактичних даних. Галузі науки, що займаються медициною і медичними послугами, мають створювати великий обсяг інформаційних матеріалів щодо доказових методів надання медичних послуг.	Необхідно дотримуватися загальних принципів ведення, фіксації та обробки результатів досліджень. Проведення аналізу методологій з позиції споживача і медичного працівника за допомогою різних методів визначення якості, які будуть сприяти тому, щоб продукція охорони здоров'я стала більш прозорою.
Методики забезпечення якості	Необхідність формування загальних вимог для визначення рівня якості та стандартів надання медичної допомоги, визначення рівня відхилень від цих стандартів. Потреба забезпечення об'єктивності оцінки якості медичної допомоги.	Створення базових принципів створення методик управління якістю медицини. Методики вдосконалення процесів необхідно засновувати на принципах вирішення проблем: після визначення проблеми, метою стає накопичення фактичної інформації за допомогою відповідних показників та їх подальший аналіз.

Аналіз основних причин, які зумовлюють підвищену увагу до системи управління якістю в закладі охорони здоров'я, дозволяє їх систематизувати і визначати основні з них:

- зростання довіри та прихильності пацієнтів до якісного медичного обслуговування та медичного закладу, який надає кваліфіковані медичні послуги;
- існування суттєвих відмінностей у стандартах надання медичної допомоги;
- наявність інформаційних показників про прогалини в медичних системах;
- зростання інтересу населення та суспільства до прозорих та підзвітних систем;
- необхідність координації медичних послуг, які надаються закладами охорони здоров'я різних форм власності, включаючи приватні медичні заклади;
- потреба у створенні систем контролю під час пандемій або інших спалахів епідемій (або інших надзвичайних ситуацій);
- можливості для поліпшення результатів лікування пацієнтів в контексті підвищення управління якістю [36, с.76; 86, с.921].

Також якість часто розглядають як триєдиний компонент управління закладом охорони здоров'я, який ґрунтується на таких складових: експертиза, контроль та менеджмент якості [85, с.5]. Проведення експертизи дозволяє отримати відповіді на питання, що саме оцінювати або які елементи системи підлягають оцінці, для чого підбирається відповідна методологія. Контроль пов'язаний з питаннями – на якому рівні має проводитися оцінка якості, які для цього обираються параметри та стандарти.

І нарешті – менеджмент якості стосується кола питань щодо обрання найкращої моделі якості для конкретного закладу охорони здоров'я, що деталізується у пошуку інструментів та методів, які слід застосовувати. На основі зарубіжного досвіду щодо зовнішнього експертного оцінювання систем якості в закладах охорони здоров'я можна виділити такі моделі та організації, які є їх розробниками та використовують наведені механізми в професійній діяльності:

- некомерційний європейський фонд з управління якістю (Бельгія): запропоновано для оцінки діяльності закладу охорони здоров'я застосовувати систему EFQM, яка є своєрідним засобом самооцінки рівня управління якістю на основі причинно-наслідкового зв'язку. Модель оцінки якості дозволяє медичним закладам обирати заходи з удосконалення діяльності. Ґрунтується схемі: структура – процес – результат;

- міжнародна спільна комісія (США): запропоновано систему JCI як систему стандартів для проведення аудиту, контролю якості та безпеки функціонування закладу охорони здоров'я. Ця організація займається акредитаціями медичних закладів в США та за кордоном та проводить навчання щодо вимог по своїй акредитації. Система управління якістю зосереджена на питаннях форми доступу пацієнтів, можливості щодо безперервного догляду за пацієнтом, ведення звітності та оцінка усіх процесів та процедур роботи закладу, оцінка розпорядження основними ресурсами, які наявні в медичній установі, умови дотримання прав пацієнтів та працівників;

- національна служба охорони здоров'я (Велика Британія): ця служба здійснює контроль та нагляд за наданням медичної допомоги, а також проводить акредитацію закладів охорони здоров'я. Ключовими показниками є орієнтація на пацієнта та механізмах його взаємодії із закладом охорони здоров'я, комплексно оцінюється діяльність кожного закладу охорони здоров'я;

- міжнародна організація зі стандартизації – система управління якістю на об'єктах промисловості, яка була адаптована для закладів охорони здоров'я. Ця система ґрунтується на підходах всезагального менеджменту та дозволяє проводити сертифікацію медичних закладів на основі міжнародних стандартів якості серій ISO 9000, 9001, 9004, спрямовані на задоволення потреб споживачів. Зазначені стандарти якості дозволяють медичним закладам пройти сертифікацію аудиторами [85, с.5].

Більшість країн ЄС (Італія, Іспанія, Угорщина, Фінляндія, Люксембург, Нідерланди) застосовують у своїй діяльності для визначення якості закладу охорони здоров'я модель EFQM. Медичні заклади Франції, Німеччини, Польщі сертифіковані за стандартами ISO. Серед країн, які використовують цей стандарт, найбільш деталізовано його в рекомендаціях із сертифікації медичних закладів в Австралії. На разі це єдина країна, яка запровадила стандарт якості в національну систему охорони здоров'я – «Керівництво по використанню стандарту ISO 9001-2000 в галузі охорони здоров'я». В документі конкретизуються вимоги для медичних закладів усіх типів, рівнів та форм власності [82, с.72].

В інших країнах користуються власними моделями та системами сертифікації для закладів охорони здоров'я, але це ключові питання функціонування медичної системи країн. І хоча різниця може бути суттєвою, усі установи та уряди співпрацюють над питаннями стандартизації медичних послуг та систем охорони здоров'я. Наприклад, клінічні індикатори якості застосовуються у всіх країнах – учасниках ОЕСР, хоча ця методика зазнає критики [82, с.72].

В цілому системи управління якістю в медичній галузі спрямовані на підвищення рівня безпеки та здоров'я пацієнтів, обґрунтування організаційних та координаційних механізмів роботи медичної установи.

Стандартизація закладів охорони здоров'я та підвищення управління якістю є одним із напрямів державних політик провідних країн світу та міжнародних організацій, оскільки забезпечення належного медичного обслуговування є державною відповідальністю. Актуальною є співпраця урядів та міжнародних організацій з вироблення універсальних механізмів стандартизації діяльності медичних закладів, але питання достатньо складне.

Також варто брати до уваги й рівні закладів охорони здоров'я. В першому розділі було визначено, що лікарні міського та сільського рівні мають відмінності в управлінні та функціонуванні, що знаходить своє

відображення в законодавчому врегулюванні їх трансформації та подальшого розвитку.

Наприклад, можна навести Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (було прийнято у 2018 році), який спрямований на підвищення якості та ефективності медичного забезпечення жителів сільської місцевості і який стосується діяльності органів місцевого самоврядування та їх очільників, громадськості та громадських об'єднань, інших неурядових структур, наукових установ, міжнародних організацій [25]. В цьому документі визначено, що розуміється під поняттям сільської місцевості – тобто усі території поза межами міст Києва та міст обласного значення.

На разі спільна діяльність суб'єктів управління спрямована на дослідження потреб кожної конкретної територіальної громади щодо медичного забезпечення на засадах географічних особливостей та соціально-демографічного стану. Мета закону підвищити ефективність управління закладами охорони здоров'я на основі запровадження ефективного та прозорого отримання та використання фінансових ресурсів, створити прозорі механізми для залучення інвестицій в післявоєнний період [25].

Питання підвищення ефективності управління та підвищення якості надання медичних послуг повинно бути увагою для місцевої спільноти, для чого мають утворювати відповідні ради та запроваджуватися інші механізми співпраці, в більшості громад було прийнято відповідні стратегічні документи і програми щодо подальшого розвитку та підвищення ефективності управління в медичній галузі, як приклад такої програми наведено Додаток Г. Мережа медичних закладів в селах буде модернізуватися за рахунок комунальних закладів, так і приватної форми власності.

## ВИСНОВКИ

В результаті проведеного дослідження було виконано поставлені завдання та досягнуто мету щодо визначення засад підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я України на основі теоретичних узагальнень та практичних проблем. Виконання поставлених завдань дозволило сформулювати наступні висновки та пропозиції.

1. Встановлено характерні особливості ефективності в публічному управлінні та управлінні закладами охорони здоров'я: основним підходом до управління медичною галуззю є об'єктивізація системи охорони здоров'я на основі різноманітних показників, провідне місце серед яких посідають механізми оцінки ефективності. Не можна обґрунтовувати механізми удосконалення управління в медичній галузі без встановлення критеріїв та показників ефективності, без визначення самого поняття ефективності та її видів і класифікацій. Тому це питання достатньо актуальне в теорії та практиці публічного управління. На основі наукових джерел ми можемо сказати, що ефективність управління закладами охорони здоров'я та медична ефективність це різні поняття, хоча взаємопов'язані та взаємодоповнювані. Наприклад, поняття медичної ефективності не зовсім підпадає під економічну категорію, оскільки стосується надання послуг. Ефективність закладів охорони здоров'я є більш вимірюваною з точки зору економіки та господарської діяльності медичного закладу. Медичне забезпечення та надання медичних послуг є показниками соціального та економічного розвитку галузі. Натомість заклади охорони здоров'я набагато краще можна оцінити, розглядаючи їх як підприємства, що надають певний вид послуг.

На разі внутрішньо-організаційні трансформації закладів охорони здоров'я обумовлена зовнішніми та внутрішніми факторами впливу, найсильнішими з яких є фінансово-економічні. Кращим прикладом зарубіжного досвіду для України ми б назвали модель соціально-орієнтованої



системи охорони здоров'я США на основі програм державного страхування охорони здоров'я «Medicaid» та «Medicare», цікавим також є досвід Німеччини, де за основу взято модель «Asklepios – лікарня майбутнього».

2. Проаналізовано роль закладів охорони здоров'я в забезпеченні та наданні медичних послуг: заклади охорони здоров'я це господарська організація, яка здійснює медичне забезпечення та обслуговування населення самостійно або через її відокремлений підрозділ на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників, їх класифікують за організаційно-правовою формою; за органом підпорядкування; за формою власності; за ознакою ліцензування господарської діяльності; за ознакою проходження акредитації.

На сучасному етапі поняття закладу охорони здоров'я зазнало деяких змін в контексті реформування і визначається як багатопрофільний лікарняний заклад, що надає медичну та реабілітаційну допомогу населенню територіальної громади або декількох громад та забезпечує базові напрями стаціонарної допомоги відповідно до переліку, визначеного КМУ, стабілізацію стану пацієнта та його маршрутизацію до кластерних та надкластерних закладів охорони здоров'я. Система кластеризації передбачає кілька рівнів допомоги в залежності від складності кожного випадку та важкості стану пацієнта. Визначено, що наближення менш складних послуг до пацієнта та концентрація високотехнологічних послуг для складних випадків мають сприяти оптимізації надання медичної допомоги. Також розподіл території на госпітальні кластери сприятиме процесам децентралізації та допоможе вирішити найбільш проблемні питання. Така система функціонує в ЄС і є основою для запровадження в Україні.

3. Окреслено основні напрями реформування в Україні та стан ефективності управління в трансформаційний період: аналіз експертних оцінок з реформування та трансформації галузі свідчить про зростання сприйняття змін як населенням, так і медичними працівниками, особливо що стосується первинної ланки. Серед основних елементів, які підлягали змінам

були наступні: впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; запровадження єдиного національного закупника медичних послуг; запровадження прозорих принципів фінансування медичних послуг для громадян; проведення автономізації та зміни статусу закладів охорони здоров'я; введення електронних сервісів при наданні медичних послуг; запровадження програми «Доступні ліки», які були реалізовані достатньо успішно. Також важливим напрямом було реформування медичної освіти, оскільки складно запровадити зміни в самій системі охорони здоров'я без трансформацій освіти для медичної галузі.

4. Реформування медичної галузі безпосередньо стосується закладів охорони здоров'я та зміни їх статусу як суб'єктів господарювання, що обумовлено змінами в системі фінансування та інтеграції у ринкові умови господарювання, що також передбачає їх автономізацію. У відповідності до Закону України №2002-VIII було передбачено зміну форми діяльності закладів охорони здоров'я і спрощений порядок їх реорганізації, водночас існуюча мережа державних та комунальних закладів охорони здоров'я не повинна бути скорочена, а також визначалося, що медичні заклади не підлягають приватизації. Цей етап реформування планувалося реалізувати до кінця 2018 року, але на практиці наприкінці 2021 року він ще остаточно не реалізований на національному рівні. Зміна статусу на комунальне некомерційне підприємство сприяє гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я, стимулює їх персонал до поліпшення якості медичних послуг та медичного забезпечення пацієнтів, а керівництво спонукає до підвищення економічної ефективності використання наявних активів та ресурсів закладу. На разі заклади охорони здоров'я у формі діяльності некомерційних комунальних підприємств цілком відповідають встановленій системі фінансування медичної галузі у відповідності до Концепції фінансування системи охорони здоров'я України. Система закладів охорони здоров'я також відповідає принципам всеохоплюючого доступу до послуг охорони здоров'я або так званих *universal health coverage*, які, як засвідчує зарубіжний досвід,

підвищує пріоритет гуманітарних питань та реагування, що є актуальним для України в період воєнного стану та післявоєнний період відбудови. Цей принцип стосується створення можливості для доступу більшої частини населення до медичних послуг.

5. Що стосується фінансової системи, то бюджетні ресурси доцільно розподілити за пріоритетністю та акумулювати для забезпечення доступу до якісних та доступних медичних послуг для уникнення фінансових труднощів, продовжити адаптацію до змін у фінансуванні для основних суб'єктів діяльності на ринку медичних послуг, які були розпочати до початку повномасштабного вторгнення. Вже зараз стає актуальним прийняття та розробка програм з післявоєнного відновлення, які мають корелювати з основними засадами фінансування закладів охорони здоров'я, які вдалося запровадити в контексті реформування. На нашу думку, коригування договорів та моделі фінансування на рівні обласних військових адміністрацій могли б надати змогу запровадити детальний підхід з позицій методів фінансування: наприклад, глобальний бюджет можна було б скоригувати до поточної потужності медичного закладу, враховуючи, що певна кількість персоналу звільнилася або переїхала до інших регіонів як ВПО, або наприклад, заклад охорони здоров'я зазнав значних чи незначних ушкоджень або взагалі був зруйнований. Доцільно запровадити проактивне укладання договорів, що активізує діяльність НСЗУ щодо планування та закупівлі медичних послуг на основі встановлення потреб у медичних послугах в регіональному вимірі.

6. Досліджено адміністративну ефективність та кадрову політику в медичних закладах в умовах реформування: Якісних змін також зазнали й кадрові питання, оскільки керівники закладів охорони здоров'я призначаються або обираються з числа практикуючих лікарів цих закладів, вони мають медичну освіту та досвід, але без досвіду та навичок управління організацією, хоча й медичного напрямку. В зарубіжних країнах такі фахівці – медичні менеджери, які мають юридичну або економічну освіту, мають

освіту з управління в медичній сфері. В Україні з початку реформування тривають активні дискусії щодо статусу та вимог до навичок та досвіду керівного складу закладу охорони здоров'я, наявності відповідної освіти з управління організаціями. До початку реформування та в ході трансформації усі адміністративні та медичні функції виконує головний лікар закладу. Але ми можемо пояснити такий підхід з позицій, що заклади охорони здоров'я раніше утримувалися державою або територіальною громадою, при переході ж на нові засади управління медичним закладом та зміна статусу на комунальне некомерційне підприємство зумовлюють й нові вимоги до керівників, усе це очевидно. У відповідності до етапів та напрямів реформування медичної галузі та до наказу МОЗ України від 31 жовтня 2018 року № 1977 в Україні з 1 січня 2019 року було запроваджено процедуру розмежування функцій та посад в закладах охорони здоров'я – питання медичного напрямку покладаються на медичного директора, а господарські питання – на адміністративного директора.

Що стосується приватних закладів охорони здоров'я та розповсюдження дії наказу на них, то слід сказати, що з правової точки зору заклад охорони здоров'я це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі ліцензії та професійної діяльності медичних або фармацевтичних працівників. Таким чином, заклади охорони здоров'я приватної форми власності є повноцінним суб'єктом господарювання, який забезпечує надання медичних послуг населенню на основі ліцензування діяльності та наявності відповідного фахового потенціалу.

Загалом кадрові питання були достатньо проблемними в контексті реформування та до початку воєнних дій в Україні, оскільки завжди відчувався брак кваліфікованих спеціалістів, існують показники, що свідчать про порушення балансу між медичним персоналом різних рівнів, що створює додаткове навантаження на лікарів й негативно позначається на ефективності

медичних послуг в цілому. Ці проблеми пов'язані насамперед з відсутністю мотивації медичного персоналу, що в основному пояснюється рівнями оплати праці, високим рівнем трудової міграції, нерівномірністю розподілу соціальних гарантій між регіонами та рівнями медичної допомоги.

За оцінками простежувалися тенденції щодо скорочення чисельності медичних працівників до 2030 року і очікувалося, що укомплектованість лікарями становитиме 75%, а середнім та молодшим медичним персоналом 74% від існуючих потреб. У 2018 році спостерігався дефіцит певних вакансій в медичній галузі в загальній кількості 12 тисяч посад. Також в половині регіонів України показник кількості лікарів на 10 тисяч осіб є нижчим, ніж це визначається нормативами ВООЗ. Практично в 10 областях країни відбувається така тенденція, лише в 7 областях достатня кількість лікарів на цю кількість жителів. Слід зважати, що в умовах автономії закладам охорони здоров'я доведеться самостійно вирішувати питання кадрового забезпечення та управління персоналом, залучення, зацікавлення та створення належних умов для найкращих фахівців в медичній галузі. Не тільки воєнні дії в нашій країні, наслідки подолання коронавірусної інфекції, а й загальносвітові тенденції впливають на управління персоналом окремо взятого закладу охорони здоров'я та кадрову політику в медичній сфері взагалі. Іншим проблемний аспект в управлінні персоналом – це старіння персоналу медичних закладів. За статистичними показниками, практично  $\frac{1}{4}$  або 24% лікарів та 10,5% середнього та молодшого медичного персоналу досягли пенсійного віку.

7. Визначено проблеми та перспективи впровадження інформаційно-комунікативних технологій в діяльність закладів охорони здоров'я: Сучасні заклади охорони здоров'я реалізують свої повноваження на основі інформаційних технологій, серед яких основну позицію посідає система охорони здоров'я e-Health, яка створила можливості для автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією, впровадження такої системи актуалізувалося у зв'язку із

системними змінами в діяльності закладів охорони здоров'я. Внаслідок запровадження електронної системи органи публічного управління та адміністрування в галузі охорони здоров'я отримали чітке уявлення, яким чином витрачаються державні кошти, що дозволило визначати подальші напрями спрямування бюджетних витрат з метою їх оптимізації та досягнення ефективності витрачання бюджетних ресурсів. Населення України отримало більші можливості для ефективних медичних послуг, а заклади охорони здоров'я модернізували свою діяльність.

Що стосується налагодження комунікативних зв'язків закладів охорони здоров'я, то вони існують на різних рівнях управління закладом: всередині самої організації, між керівником та медичним персоналом, а також між персоналом закладу та зовнішнім середовищем, комунікація є ефективною тільки при наявності зворотніх зв'язків між усіма сторонами. Слід зважати, що медична галузь має як внутрішні, так і зовнішні інформаційні середовища, це дозволяє виділяти внутрішні та зовнішні комунікаційні зв'язки. Внутрішні комунікаційні зв'язки належать до внутрішньо-організаційних джерел комунікації і реалізуються у вигляді інформації між керівником та персоналом. Зовнішні комунікаційні зв'язки утворюються для інформування між закладом та органами публічного управління та адміністрування, громадськими організаціями та населенням. Інформаційно-комунікаційне забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я є необхідною умовою ефективного функціонування та діяльності в умовах ринку та реалізується у вигляді створення веб-сайтів закладів охорони здоров'я.

8. З'ясовано напрями розвитку системи управління якістю в закладах охорони здоров'я: Питання якості медичної допомоги та методики її вимірювання є актуальним питанням при формуванні та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я, про свідчать вітчизняні, європейські та міжнародні дослідження та досвід. Якість передбачає створення прозорих та вимірюваних процесів в організації діяльності медичного закладу, що має

враховувати як його специфіку, так й індивідуальні відмінності пацієнтів. Основні проблеми пов'язані з відсутністю уніфікованої системи вимірювання якості діяльності закладів охорони здоров'я у зв'язку із неможливістю їх запровадити в різних країнах через різні вимоги та умови функціонування закладів охорони здоров'я. Ми можемо виділити чотири основні системи управління якістю: некомерційний європейський фонд з управління якістю (Бельгія), міжнародна спільна комісія (США, національна служба охорони здоров'я (Велика Британія), міжнародна організація зі стандартизації. В інших країнах користуються власними моделями та системами сертифікації для закладів охорони здоров'я, але це ключові питання функціонування медичної системи країн. І хоча різниця може бути суттєвою, усі установи та уряди співпрацюють над питаннями стандартизації медичних послуг та систем охорони здоров'я. Наприклад, клінічні індикатори якості застосовуються у всіх країнах – учасниках ОЕСР, хоча ця методика критикується.

В цілому системи управління якістю в медичній галузі спрямовані на підвищення рівня безпеки та здоров'я пацієнтів, обґрунтування організаційних та координаційних механізмів роботи медичних закладів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз виконання державного та місцевих бюджетів за 9 місяців 2022 року: Децентралізація, офіційний веб-сайт // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://decentralization.gov.ua/news/15748>
2. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. Київ: МАУП, 2007. - 328 с.
3. Бутко М. П., Колоша В. П., Попело О. В. Особливості локалізації економічного простору регіонів в умовах децентралізації владних повноважень // Економіка України. - 2019. - № 1. - С. 60-74.
4. Бутко М., Тульчинський Р. Принципи становлення нового регіоналізму з використанням системного підходу // Проблеми і перспективи економіки та управління: науковий журнал. - 2018. - № 2 (14). - С.49-56.
5. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. Програмний документ для підтримки діалогу щодо підготовки бюджету на 2021 рік // Електронний ресурс – [Режим доступу]: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf)
6. Гладун З.С. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу // Право України. - 2003. - № 6. - С.100-105.
7. Господарський кодекс України: Закон України від 16 січня 2003 р. №436-IV // Відомості Верховної Ради України. 2003. № 18. Ст. 144
8. Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я / В. А. Грабовський, П. М. Клименко // Вісник



Національної академії державного управління при Президентові України. – 2014. – № 3. – С. 136-142.

9. Державна служба статистики України : Середня заробітна плата за видами економічної діяльності // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <http://www.ukrstat.gov.ua/express/expr2021/06/76.pdf>

10. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.

11. Державне підприємство «Медичні закупівлі України»: основні функції та засади діяльності // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://medzakupivli.com/uk/pro-mzu/pro-nas>

12. Державна платформа E-zdorovya: офіційний веб сайт // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://ezdorovya.ua/>

13. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www: http://rev.kpu.zp.ua/journals/2018/5\\_10\\_uk/33.pdf](http://www: http://rev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf).

14. ДП Медичні закупівлі: звіт про закупівлі у 2020 році // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://web.archive.org/web/20210607093714/https://drive.google.com/file/d/196Eqf1lfp1zJR2JdxCjLHcjrqjZIFAlD/view>

15. Дудник С. Кадрова криза медичній галузі України не загрожує? // Ваше здоров'я. – 2018. Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://www.vz.kiev.ua/kadrova-kryza-medychnij-galuziukrayiny-ne-zagrozhuje>

16. Електронна система охорони здоров'я в Україні: цифрова трансформація системи охорони здоров'я: офіційний веб-сайт // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://ehealth.gov.ua/>

17. Енциклопедичний тлумачний словник фармацевтичних термінів: навчальний посібник / І.М. Перцев, Є.І. Світлична, О.А. Рубан та ін; за ред. проф. В.П. Черниха. Вінниця: Нова книга, 2014. - 824 с.

18. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhливosti-mis>.

19. Закон України від 19 листопада 1992 року №2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» // Відомості Верховної Ради України. 1993. №4. Ст.19

20. Закон України від 21 травня 1997 року №280/97-ВР «Про місцеве самоврядування в Україні» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/280/97-%D0%B2%D1%80>

21. Закон України від 2 березня 2015 року «Про ліцензування видів господарської діяльності» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>

22. Закон України від 25 грудня 2015 року №922-VIII «Про публічні закупівлі» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/922-19>

23. Закон України від 06 квітня 2017 року № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://www.apteka.ua/article/409524>

24. Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2168-19>

25. Закон України від 14 листопада 2017 року №2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

26. Закон України від 29 липня 2022 року №2494-ІХ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану» //

Електронний ресурс – [Режим доступу]:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2494-20#Text>

27. Закон України про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : проект від 12 листопада 2021 року №6306 // Електронний ресурс – [Режим доступу]:  
[http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=73194](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=73194)

28. Інформаційно-комунікативна діяльність органів публічної влади : монографія / В.С. Куйбіда, О. В. Карпенко, О.В. Риженко [та ін.] ; за заг. ред. В.С. Куйбіди, О.В. Карпенка. – 2-е вид., допов. та перероб. – Київ : ЦП «Компринт», 2019. – 358 с.

29. Інформація: її властивості та види // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.compiko.lviv.ua/wpcontent/uploads/tip/tip2.pdf>.

30. Карамишев Д.В., Удовиченко Н.М. Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах // Наукові записки, вип.19, 2016 29 ресурс] // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2008-1/doc/2/03.pdf>

31. Карпенко О. Інформаційно-комунікативна діяльність виконавчих органів місцевих рад в Україні / О. Карпенко, А. Дуда // Ефективність державного управління. – 2017. – № 4 (53). Ч.1. – С. 133-140.

32. Класифікатор процесій ДК 003:2010: затверджено Наказом Держспоживстандарту від 28 липня 2010 року №327 // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va327609-10#Text>

33. Кримчак Л.А. Інформаційне забезпечення управління економічною безпекою зовнішньоекономічної діяльності вітчизняних підприємств / Л.А. Кримчак // Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. – 2018. – № 6. – Т. 1. – С. 274-276.

34. Кримчак Л.А. Удосконалення інформаційної складової економічної безпеки зовнішньоекономічної діяльності вітчизняних підприємств у контексті реалізації основних положень постмитного аудиту / Л.А. Кримчак, Є.М. Рудніченко // Бізнес Інформ. – 2019. – № 7. – С. 211-216.

35. Куцак Ю. Г. Фінансування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <http://www.Medecine.com/>

36. Мартинюк О. А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах / О. А. Мартинюк, Н. Ф. Курдибанська // Причорноморські економічні студії. - 2016. - Вип. 6. - С. 75-79.

37. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі // Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11 / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1336>.

38. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства: схвалені МОЗ України протоколом №9 від 14 квітня 2017 року // Електронний ресурс – [Режим доступу]: [http://medlib.dp.gov.ua/jirbis2/images/BOOK\\_full/metodychni-recomendacii-moz.pdf](http://medlib.dp.gov.ua/jirbis2/images/BOOK_full/metodychni-recomendacii-moz.pdf)

39. Минцберг Г. Что не так в здравоохранении? Мифы. Проблемы. Решения (Н. Брагиной, Е. Погосян, пер.с англ.). – Манн, Иванов и Фербер. – 2017.

40. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль – Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 року // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf>

41. На шляху до здоровішої України. Прогрес у досягненні Цілей Сталого Розвитку у галузі охорони здоров'я – 2020 // WHO. – 2021. Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340956/WHO-EURO-2021-1523-41273-58139-ukr.pdf>.

42. Наказ Адміністрації державної прикордонної служби України від 11 грудня 2012 року №1066 «Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Державної прикордонної служби України» // Офіційний вісник України. - 2013. - №100. - Ст.4095

43. Наказ Міністерства внутрішніх справ України від 14 червня 2017 року №507 «Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України» // Офіційний вісник України. 2017. №59. Ст.1812 (Із змін.).

44. Наказ Міністерства оборони України від 23 березня 2017 року №168 «Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України» // Офіційний вісник України. 2017. №38. Ст.1216

45. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року №385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» // Офіційний вісник України. 2002. №46. Ст. 211.

46. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 червня 2017 року №722 «Про організацію служби судово-психіатричної експертизи» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: [http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20170629\\_722.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20170629_722.html)

47. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 року №1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорони здоров'я» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1977282-18#Text>

48. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 8 травня 2018 року №865 «Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричної експертизи» // Офіційний вісник України. 2018. №53. Ст.1872

49. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року №589 «Про уповноваження державного підприємства «Медичні закупівлі України» на виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://web.archive.org/web/20210607151714/https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-28022020--589-pro-upovnovazhennja-derzhavnogo-pidприємства-medichni-zakupivli-ukraini-na-vikonannja-program-ta-zdijsnennja-centralizovanih-zahodiv-z-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja>

50. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 18 жовтня 2021 року №2243 «Про затвердження Порядку ведення Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я в електронній системі охорони здоров'я» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1632-21#Text>

51. Наказ Міністерства юстиції України від 21 березня 2013 року №499/5 «Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» // Офіційний вісник України. 2013. №25. Ст.854

52. Наказ Служби безпеки України від 28 листопада 2007 року №852 «Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Служби безпеки України» // Офіційний вісник України. 2007. №93. Ст.3421

53. Науковий менеджмент в медицині // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://angioveritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment>.

54. Національна служба здоров'я України: офіційний веб сайт // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://nszu.gov.ua/>

55. Національна агенція «Медичні закупівлі України»: напрями діяльності та передумови формування // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://uk.wikipedia.org/wiki>

56. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 років // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>

57. Основні результати діяльності МОЗ у 2015 році для створення сучасної системи охорони здоров'я, яка працює на благо громадян України // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://www.slideshare.net/MinistryOfHealthOfUkraine/2015-55991377>

58. Особливості бюджетного процесу в умовах воєнного стану: Децентралізація : офіційний веб-сайт // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://decentralization.gov.ua/news/14654>

59. Остапович В.М. Особливості адміністративно-правового статусу закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу постраждалим внаслідок чорнобильської катастрофи // Правове регулювання економіки. - 2015. - №15. - С. 35-48.

60. Пашков В.М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.04. «Господарське право, господарсько-процесуальне право». НЮАУ імені Ярослава Мудрого. - Харків, 2010. - 37 с.

61. Постанова Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року №932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів»: втратив чинність // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF#Text>

62. Постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 року №285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» // Офіційний вісник України. 2016. №30. Ст.1184

63. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року №411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>

64. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року №1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» //

Електронний ресурс – [Режим доступу]:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

65. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 липня 2021 року №854 «Деякі питання реімбурсації лікарських засобів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/854-2021-%D0%BF#Text>

66. Постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 року №725 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#n8>

67. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні»: Постанова Верховної Ради України від 21 квітня 2016 року №1338-VIII // Відомості Верховної Ради України. 2016. №21. Ст.450 (Із змін.).

68. Продовження медичної реформи: що зміниться у 2019 році? // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://yur-gazeta.com/prodovzhennya-medichnoyi-reformi-shcho-zminitsya-u-2019-roci.html>.

69. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>

70. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 серпня 2017 року №582-р «Про схвалення Концепції реформування закупівель лікарських засобів та медичних виробів, допоміжних засобів, інших товарів медичного призначення» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/582-2017-%D1%80#Text>

71. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 року №95-р «Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні» //



Електронний ресурс – [Режим доступу]:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-%D1%80#Text>

72. Система управління якістю в медицині: Практичні роботи [Електронний ресурс] : навч. посіб. для студ. спеціальності 163 «Біомедична інженерія» / О. К. Білошицька; КПІ ім. Ігоря Сікорського. – Електронні текстові дані (1 файл: 2,13 Мбайт). – Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2021. – 63 с.

73. Смирнов С. О. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я / С. О. Смирнов, В. Г. Бикова // Управління розвитком. – 2016. – № 3. – С. 78-83.

74. Соціологічна група «Рейтинг» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://ratinggroup.ua/research/ukraine/>

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

76. Україна-2020-2021: не виправдані очікування, неочікувані виклики // Центр Разумкова. – 2021. Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://razumkov.org.ua/uploads/other/2021-pidsumki-prognozi-ukr-eng.pdf>

77. Устінов О. В. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. Український медичний часопис // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://www.umj.com.ua/article/127584>.

78. Фірсова О.Д. Механізми геоінформаційного забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні : дис. ... к-та екон. наук : 25.00.02 / Фірсова Оксана Дмитрівна. – Київ, 2016. – 219 с.

79. Юринець З. В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України / З.В. Юринець, О.А. Петрух // Інвестиції: практика та досвід. 2018. – № 22. – С. 116-121.

80. Як працює програма реімбурсації «Доступні ліки» з оновлених переліком лікарських засобів // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://medplatforma.com.ua/article/1975-yak-pratsyu-programa-rembursats-dostupn-lki-z-1-jovtnya>

81. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід / Т. М. Ямненко // Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. – 2018. – № 2. – С. 116-120.

82. Donahue K&V Anostenberg, P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. International Journal for Quality in Quality and accreditation in health care. AGlobalreview (Качество и аккредитация в здравоохранении). - ВООЗ. Женева, 2003. - 209 с.

83. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 // WHO. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>

84. Integrated care models: an overview WHO Regional Office for Europe : Proceedings of the Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health (2016).

85. Klazinga N. (2000) Reengineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in Western European health care systems. International Journal for Quality in Quality of Care: a process for making strategic choices in health systems / World Health Organization. Geneva, 2006. - 38 p.

86. Legido-Quigley, H., McKee, M., Walshe, K., Suñol, R., Nolte, E., & Klazinga, N. (2008). How can quality of health care be safeguarded across the European Union? BMJ, 336 (7650), 920-923. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2335269/-models-overview.pdf>

87. Nursing Personnel Convention, 1977 (No. 149). Convention concerning Employment and Conditions of Work and Life of Nursing Personnel. Geneva: International Labour Office; 1977 ([http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312294](http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312294)).

