Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий інститут публічного управління та адміністрування

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра публічного управління та адміністрування

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри публічного
управління та адміністрування
_____ О.Н. Євтушенко
“____” _____2024 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему: **ЗМІНА ПІДХОДІВ У ПУБЛІЧНОМУ УПРАВЛІННІ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ**

Керівник: кандидат наук з державного управління, доцент Шульга Анастасія Алімівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: доктор наук з державного управління, професор Андріяш Вікторія Іванівна

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав: студент VI курсу 639МЗ групи Радов Денис Георгійович

(П.І.Б.)

Спеціальності: 281 «Публічне управління та адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП: «Управління закладами охорони здоров’я»

Миколаїв – 2024 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ 3
ВСТУП 4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ закладами охорони здоров'я 7
1.1. Поняття і сутність публічного управління закладами охорони здоров'я 7
1.2. Принципи та структурні елементи публічного управління закладами охорони здоров'я 13
1.3. Нормативне забезпечення публічного управління закладами охорони здоров'я 19
РОЗДІЛ 2. ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙСЬКОВО-РЕФОРМАТОРСЬКИХ ЗМІН 29
2.1. Створення госпітальних округів: можливості та ризики таких змін 29
2.2. Механізми державного регулювання надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я 38
2.3. Управління персоналом в закладах охорони здоров'я 47
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....58
3.1. Впровадження системи електронного управління закладами охорони здоров'я 58
3.2. Запровадження державно-приватного партнерства як один із напрямів посилення ефективності публічного управління закладами охорони здоров'я 64
ВИСНОВКИ 72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 76
ДОДАТКИ 86

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ –	Всесвітня організація охорони здоров’я
ЗОЗ –	заклад охорони здоров’я
ДПП –	державно-приватне партнерство
МДР –	механізм державного регулювання
МОЗ –	Міністерство охорони здоров’я України
НМД –	надання медичної допомоги
МП –	медична послуга
ООН –	Організація Об’єднаних Націй
ПУ –	публічне управління
УпрП –	управління персоналом

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Здоров’я є благом кожної людини та, водночас, потребою, при незадоволенні якої втрачають значення інші суспільні цінності. Збереження здоров’я є однією із з цілей розвитку суспільства будь-якої країни, прогрес якого нерозривно пов’язаний із цим благом. Зважаючи на це, держави приділяють особливу увагу сфері охорони здоров’я та управлінню нею. Ключове місце у цьому контексті займає ПУ ЗОЗ, які безпосередньо надають послуги по здоров’язбереженню.

Тривале реформування вітчизняної медичної сфери, пандемія COVID-19, повномасштабна війна в Україні поставили серйозні виклики перед державою. При цьому зараз, коли відбувається відтік кваліфікованих медичних й управлінських кадрів, знищуються об’єкти сфери охорони здоров’я та інші об’єкти критичної інфраструктури, гострої необхідності набуває питання підвищення ефективності ПУ ЗОЗ. Адже від злагодженої роботи чинної влади, ЗОЗ та представників громадськості залежить забезпечення належного функціонування вказаних закладів та якісного і доступного здійснення ними медичного обслуговування громадян, надання їм медичних і відповідних публічних послуг в умовах воєнного стану та окупації значної території України.

Враховуючи зазначене питання зміни підходів у ПУ ЗОЗ в умовах сучасності є вкрай важливим та актуальним, яке потребує розроблення науково обґрунтованих та дієвих практичних рекомендацій.

Стан наукової розробки теми. Загальні засади ПУ ЗОЗ відображено у працях: В. Андріяш, М. Білинської С. Булеци, П. Гуржія, І. Лопушинського, В. Приходька, Л. Руснака, Р. Салтмана, І. Солоненка, О. Шамича, А. Шульги та інших дослідників. Дослідженням окремих аспектів ПУ ЗОЗ займаються: А. Барзилович, О. Берназюк, В. Борщ, І. Дубок, О. Євтушенко, Д. Карамишев, О. Мартякова, Л. Прокопець, М. Стовбан, А. Струве, Д. Турчак та інші

науковці. Однак, незважаючи на значну кількість праць з питань управління ЗОЗ, на сьогодні відсутні ґрунтовні дослідження управління такими закладами в умовах військово-реформаторських змін.

Метою роботи є дослідження трансформаційних змін у ПУ ЗОЗ України в умовах сучасності.

Зазначена вище мета досягається постановкою таких *завдань*:

- розглянути теоретико-правові засади ПУ ЗОЗ;
- окреслити можливості та виявити ризики створення госпітальних округів;
- охарактеризувати МДР надання МП в ЗОЗ;
- проаналізувати УпрП в ЗОЗ;
- запропонувати напрями удосконалення ПУ ЗОЗ.

Об'єктом роботи є ПУ у сфері охорони здоров'я.

Предметом роботи є ПУ ЗОЗ.

Методи дослідження. Методологічну основу роботи складають різні загальнонаукові та спеціальні методи дослідження. Наприклад, формально-логічний метод було використано щоб розкрити зміст основних понять дослідження. За допомогою причино-наслідкового аналізу окреслено можливості та виявлено ризики створення госпітальних округів. На основі системного і правового методів охарактеризовано МДР надання МП в ЗОЗ. За допомогою структурно-функціонального методу проаналізовано УпрП в ЗОЗ. Використання системно-аналітичного методу дало змогу запропонувати напрями удосконалення ПУ ЗОЗ. На основі методів узагальнення і ґрупування зроблено відповідні висновки дослідження.

Наукова новизна дослідження. Дана робота є самостійною науковою працею у галузі ПУ, в якій автором отримано науково-обґрунтовані результати, що розкривають трансформаційні зміни у ПУ ЗОЗ України в умовах сучасності. Основні положення роботи, що окреслюють її наукову новизну, полягають: у формулюванні способів усунення можливих ризиків створення госпітальних округів в Україні; в означені напрямів удосконалення

ПУ ЗОЗ в умовах військово-реформаторських змін.

Практичне значення одержаних результатів. Результати проведеного дослідження можуть бути використані: у практичній діяльності медико-управлінських кадрів та представників публічно-владного сектору, щодо здійснення управління ЗОЗ; у науково-дослідній діяльності для вироблення дієвих способів підвищення ефективності ПУ ЗОЗ; у навчальному процесі для підготовки управлінських кадрів.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та висновки дослідження апробовано у формі однієї доповіді на XXVII Всеукраїнській щорічній науково-методичній конференції «Могилянські читання – 2024: досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти» (м. Миколаїв, 6-10 листопада 2024 р.).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, що об’єднують у собі вісім підрозділів, висновків, списку використаних джерел та восьми додатків. Загальний обсяг роботи становить 93 сторінки, основного тексту – 75 сторінок. Список використаних джерел нараховує 87 найменувань. Робота містить 11 рисунків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття і сутність публічного управління закладами охорони здоров'я

Перш ніж вести мову про управління ЗОЗ варто звернути увагу на те, що собою являють такі категорії як «управління» «управління закладами», «здоров'я» та «охорона здоров'я».

Термін «управління» за своєю суттю з одного боку є простим й однозначним, а з іншого – має стільки тлумачень, в залежності від того, що саме ми вкладаємо у це поняття.

Найширше визначення даного поняття представлено у філософському словнику, в якому воно трактується як «елементарна функція організованих систем різної природи (біологічних, соціальних, технічних), яка забезпечує збереження їх певної структури, підтримку режиму діяльності, реалізацію програми, мети діяльності» [80, с. 704].

На думку В. Гончарова та О. Додонова, управління є «процесом координації різних видів діяльності з урахуванням їхніх цілей, умов виконання, етапів реалізації» [10, с. 17]. У свою чергу, О. Сардак вважає, що управління являє собою сукупність взаємопов'язаних між собою різних елементів конкретної організації, котрі одночасно взаємодіють між собою та зовнішнім середовищем на основі оптимального використання наявних ресурсів з метою досягнення відповідної мети [71, с. 29].

Більш детально розкривають зміст досліджуваного поняття Я. Берсуцький та М. Лепа, стверджуючи, що управління – це «цілеспрямований безупинний соціально-економічний та організаційно-технічний процес

взаємодії управляючої системи на конкретний об’єкт, який здійснюється за визначеною технологією за допомогою методів і технічних засобів щодо цілей досягнення техніко-економічних і соціальних показників» [4, с. 14].

Отже, управління можна загально розуміти не лише як процес, але як і систематизовану діяльність (цілеспрямований вплив), яка здійснюється між суб’єктом і об’єктами управління, що дозволяє досягнути визначених результатів (див. Рис. 1.1).

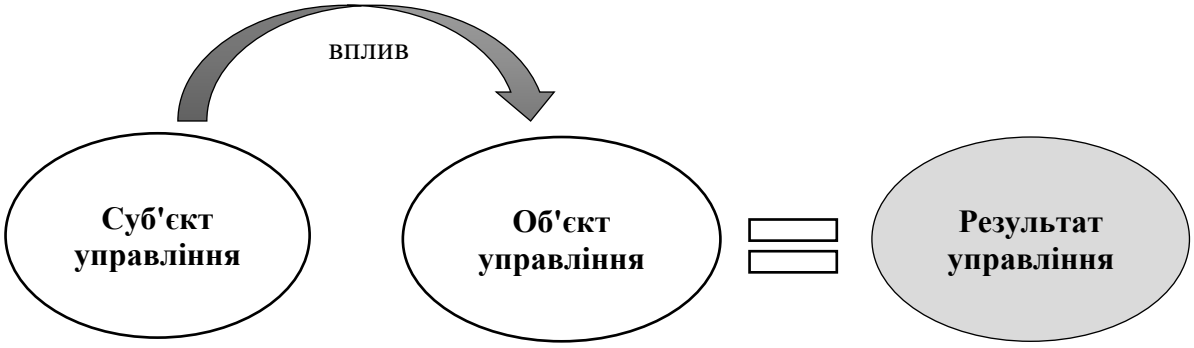


Рис. 1.1. Суть управління як діяльнісного процесу

Управління будь-якими закладами загально можна визначити як діяльність керівництва організації, що спрямована на розробку концепції і стратегій політики, методів й інструментів управління. Іншими словами, це системний, покроково спланований вплив на створення умов нормального функціонування закладів та використання потенціалу робочої сили, через системне та комплексне використання різних економічних, соціальних, мотиваційних й інших заходів [83, с. 36].

У сучасній науковій літературі можна зустріти різновекторне тлумачення досліджуваного терміну. Одна група авторів акцентує увагу на організаційному боці процесу управління закладами, оперуючи ціллю та методами, за допомогою яких можна досягти цих цілей. Прибічники іншого підходу роблять наголос саме на змістовній частині, що відображує функціональний бік управління. Прихильники третього підходу взагалі вважають, що управління закладами – це комплексна, прикладна наука про

економічні, організаційно-управлінські, технологічні, правові й особистісні/групові фактори, засоби і методи впливу на організацію для результативного досягнення її цілей [85, с. 63]. Типовим прикладом першого підходу у визначені управління закладами, що свого часу надав В. Галенко, є: «комплекс взаємопов'язаних економічних, організаційних та соціально психологічних методів, що забезпечують ефективність трудової діяльності та конкурентоспроможності організацій» [9, с. 7]. Другий підхід відображається у трактуванні цього поняття О. Гугул, який вважає, що управління закладами є «сукупністю способів, прийомів та методів впливу, спрямованих на виявлення та розкриття потенційних можливостей організації на основі розширення компетенцій працівників, підвищення якісних характеристик персоналу з метою досягнення високого рівня соціально-економічного розвитку організації» [12, с. 196].

Окремо хотілося б навести позицію В. Петюха з досліджуваного питання, який виокремив два підходи у визначенні управління закладами, що представлені на Рис. 1.2 [35, с. 23-24].

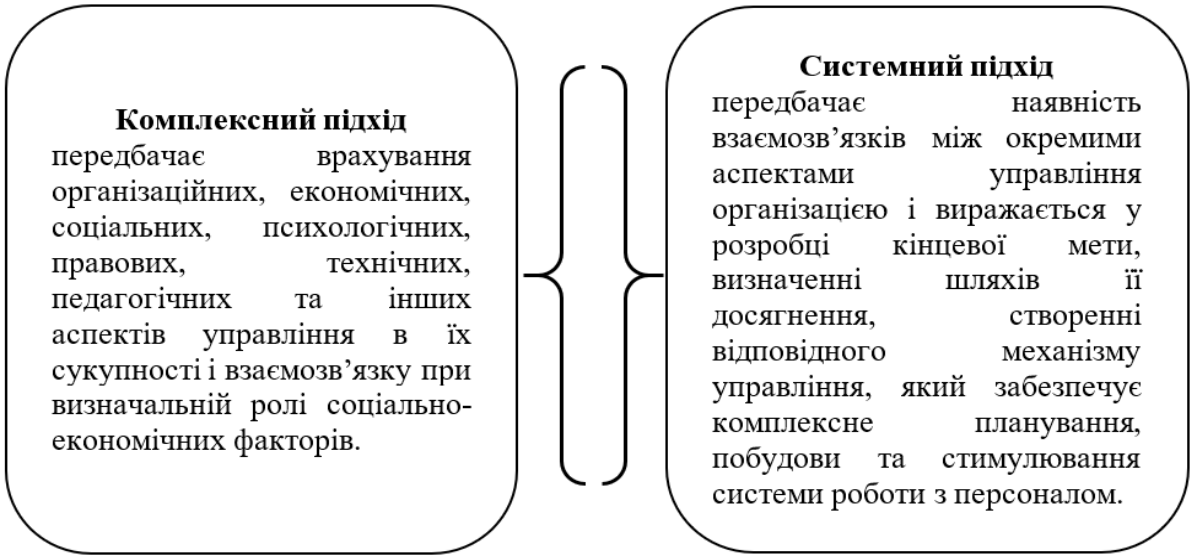


Рис. 1.2. Наукові підходи до трактування поняття «управління закладами»

Цікавим на наш погляд є наукова позиція І. Продан, який стверджує, що управління закладом є «цілісною системою, яка поєднує об'єкт і суб'єкт, а

також функції управління, що реалізуються застосуванням певних методів та інструментів» [65, с. 64].

Крім наведених вище трактувань досліджуваного поняття, є й інші визначення, що мають певні відмінності. Однак, можна виділити три основні риси, що об'єднують більшість тлумачень даного терміну та складають основу процесу управління будь-якими закладами, у тому числі ЗОЗ (див. Рис. 1.3).

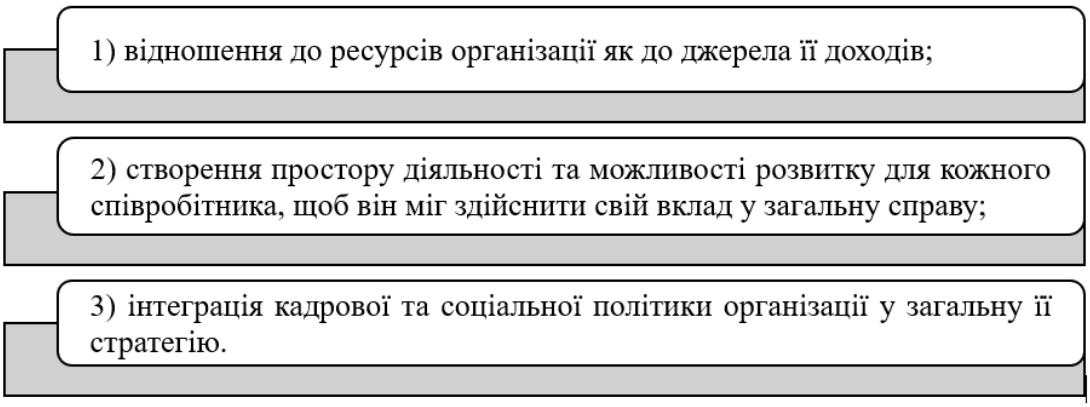


Рис. 1.3. Ключові риси, що розкривають суть управління закладами

Однозначно й вичерпно розкрити зміст поняття «здоров'я» неможливо, оскільки воно є дещо умовним і об'єктивно встановлюється за сукупністю різноманітних показників із урахуванням статевого та вікового факторів, а також кліматичних і географічних умов. На сьогодні в сучасній науково-практичній літературі міститься майже п'ятсот визначень цього поняття.

Якщо тлумачити поняття «здоров'я» виключно з наукової позиції, то більшість іноземних науковців визначають здоров'я «як функціонування психіки і тіла людини – не тільки відсутність хвороб (болю та безсилля), а й наявність у неї достатньої кількості енергії, ентузіазму і настрою для виконання чи завершення справи» [77]. У свою чергу, вітчизняні дослідники наголошують на тому, що здоров'я – це «максимально досяжний та оптимальний фізичний і психічний стан людського організму, який є необхідним для забезпечення біологічного існування, здатності до тривалого активного життя й відтворення здорового покоління» [81, с. 90].

У Статуті ВООЗ прописано, що здоров'я – це «не тільки відсутність

хвороб або фізичних дефектів, а і стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя» [75]. Також закріплено, що здоров'я – це «нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією, повною узгодженістю при функціонуванні всіх органів та систем, рівновагою поміж організмом і зовнішнім середовищем при відсутності хворобливих проявів» [75]. Розширюючи нормативне визначення цього поняття, ВООЗ акцентує увагу на тому, що поряд із традиційними критеріями здоров'я – фізичним (соматичним) і душевним (психічним), повинно обов'язково враховуватись і спосіб життя людини, який може бути обумовлений різними чинниками (рівень освіти, рівень матеріального забезпечення, умови життя, соціальне оточення тощо).

Згідно з вітчизняним законодавством, здоров'я – це «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад» [34].

Отже, зважаючи на викладене, можна узагальнити, що здоров'я – це стан нормального функціонування живого організму і його здатність перебувати в рівновазі з навколишнім природнім середовищем. Для людини здоров'я є індикатором її гарного самопочуття та нормального і повноцінного життя. Більш того, здоров'я є важливим соціальним й економічним фактором, від рівня якого значно залежать економічні, людські, інфраструктурні й інші ресурси, а також фізичний, духовний і морально-психологічний потенціал всього суспільства.

Окремо варто підкреслити, що здоров'я є невід'ємним правом кожної людини, важливість забезпечення якого зростає щороку, особливо у XXI ст., коли у демократичному світі є місце незаконним військовим вторгненням та різноманітним терористичним актам, що наносять непоправну шкоду здоров'ю або просто позбавляють його людини.

Сьогодні право на охорону здоров'я задекларовано на світовому рівні у статуті ВООЗ, з урахуванням цього численні міжнародні і регіональні організації, а також більшість держав у своїх правовстановлюючих документах

закріпили право на охорону здоров'я. Як наслідок, гарантування й охорона вказаного права стало пріоритетом у сфері глобального розвитку, що знайшло своє відображення у Цілях сталого розвитку, затверджених у 2015 р. ООН.

Відповідно до ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII, охороною здоров'я є «система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [34].

Із наукової точки зору, охорона здоров'я тлумачиться як «суспільне благо, коли НМД кожній людині має важливе значення для суспільства загалом» [26, с. 132]. У свою чергу, така позиція у більшості країн Європи стала частиною традиційного консенсусу щодо важливості дотримання принципу солідарності та всеохоплюючого доступу населення до ресурсів охорони здоров'я [70, с. 245].

Переважна більшість вітчизняних дослідників, зокрема Д. Карамишев, визначають охорону здоров'я як «систему заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного характеру, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я кожного громадянина, надання йому адекватної медичної допомоги у разі погіршення або втрати здоров'я» [25, с. 236]. У свою чергу, на думку Л. Руснака, охороною здоров'я є «система способів, засобів і методів, здійснюваних органами державної влади, органами місцевого самоврядування, а також кожною фізичною особою окремо, реалізація яких покликана зміцнювати (якщо це не є можливим, – зберігати на такому самому рівні), розвивати та відновлювати рівень фізичного й психічного стану організму людини» [69, с. 111]. Натомість, С. Булеца тлумачить даний термін як «виявлення, попередження та припинення захворювань, рання діагностика, лікування, покращення стану хворої людини, попередження погіршення самопочуття шляхом профілактичних оглядів та лікування, професійний

догляд, піклування, медична реабілітація, забезпечення хворого ліками та іншими засобами лікування» [6, с. 39].

Отже, охорона здоров'я представляє собою комплексну, організаційно продуману систему суспільно-державних заходів, орієнтованих на захист і відновлення здоров'я. Відповідно сфера охорони здоров'я – це одна із важливих складових частин суспільного устрою, регулювання якої спрямована на збереження і зміцнення здоров'я нації на усіх рівнях.

Враховуючи вищевикладене та об'єднуючи у собі визначення досліджуваних понять можна окреслити, що собою являє ПУ ЗОЗ. Це цілеспрямована діяльність публічно-владних установ й менеджерів вищого рівня, керівників таких закладів і відповідних їх внутрішніх служб/відділів із функціонування ку самих ЗОЗ, а також із забезпечення соціально значущих результатів їх діяльності, завдяки максимальному й ефективному використанню наявних у них ресурсів (фінансових, трудових, матеріально-технічних, природніх тощо), виявленню, розвитку та реалізації особистісних здібностей і якостей, професійного потенціалу персоналу ЗОЗ, а також формуванню їх відповідних мотиваційних установок.

1.2. Принципи та структурні елементи публічного управління закладами охорони здоров'я

Будь-яке управління, у тому числі й управління ЗОЗ, ґрунтується на певних принципах – ідеях, керівних засадах, дотримання яких є запорукою максимально ефективного і результативного досягнення поставленої мети.

Безпосередньо управління ЗОЗ базується на загальних і спеціальних принципах. До загальних принципів можна віднести:

- законність управління;
- публічність та гласність управління;

- справедливість і рівність при здійсненні керування;
- оперативність та водночас стабільність управління;
- результативність керування;
- системність щодо сприймання об’єктів управління, а також факторів (зовнішніх та внутрішніх), які на них впливають;
- політична неупередженість при здійсненні управління, що означає унеможливлення впливу будь-яких політичних/економічних сил на цей процес. А також означає, що при зміні вищого адміністративно-політичного корпусу країни не повинно змінюватись керівництво ЗОЗ;
- гуманізм, суть якого полягає у застосуванні індивідуального підходу при здійсненні управління, а також сприйманні кожного працівника як унікальної особистості, котрий є фахівцем «своєї справи» та володіє великим і багатогранним потенціалом;
- поєднання принципів єдиноначальності (керівництву надаються широкі управлінські повноваження за обов’язкової умови несення персональної відповідальності за результати власної роботи) та колегіальності (керування здійснюється не однією особою, а групою осіб, наділених рівними правами при вирішенні організаційних питань і прийнятті управлінських рішень; при такому керівництві враховується колективна думка (з урахуванням принципу більшості) та використовується метод громадського обговорення);
- поєднання централізованого і децентралізованого управління;
- плановість й ефективність менеджменту [13, с. 32].

Спеціальними принципами управління ЗОЗ є:

- науковість (використання досягнень науки і техніки щодо дослідження функціонування ЗОЗ та усіх процесів пов’язаних із ними);
- економічна обґрунтованість розподілу праці та поділу посадових обов’язків;
- професіоналізм – передбачає наявність у керівництва ЗОЗ та працівників органів влади необхідної освіти, досвіду і професійних навиків для здійснення ефективного і раціонального управління такими закладами;

- дотримання службової, фінансової та правової дисципліни, що забезпечує чітку організованість і нормальні умови функціонування ЗОЗ;
- єдність/згуртованість керівництва і персоналу – спільне об’єднання зусиль для оперативного й ефективного вирішення проблем і практичних задач ЗОЗ;
- оптимальне поєднання й узгодження приватних і публічних інтересів [13, с. 32-33];
- пріоритетність збереження й відновлення здоров’я населення по всім напрямах роботи ЗОЗ і відповідних органів влади;
- взаємна залежність і відповідальність територіальних громад, спільнот та окремих осіб за їх діяльність чи бездіяльність щодо управління ЗОЗ (тобто солідарне управління) [58].

Окремо хотілося б зазначити, що враховуючи те, що Україна інтегрується у європейський простір, роблячи для цього ряд дій нормативного і практичного характеру, зокрема, адаптує систему ПУ ЗОЗ до міжнародних стандартів, то, на наш переконання, таке управління має базуватися на п’яти стовпах, що представлені на Рис. 1.4.

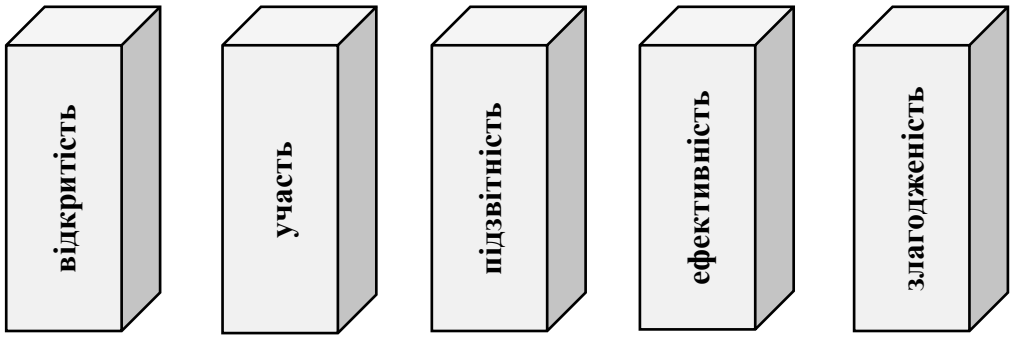


Рис. 1.4. Керівні засади сучасного ПУ ЗОЗ

Отже, ПУ ЗОЗ ґрунтується на загальних і спеціальних принципах, визнаних світовою спільнотою і закріплених у національному законодавстві. Дотримання цих принципів є основою ефективного управління зазначеними закладами і запорукою їх якісного функціонування.

Якщо говорити про структурні елементи ПУ ЗОЗ, то перш за все,

хотілося б вказати мету такого управління та окреслити особливості функціонування ЗОЗ, наявність яких і обумовлюють необхідність здійснення відповідного управління, яке б це все враховувало.

Ключовою метою ПУ ЗОЗ є створення потрібної бази для нормального функціонування таких закладів, забезпечення кваліфікованими кадрами та організація раціональної їх «експлуатації», а також досягнення ефективності і позитивного ступеня динамічності роботи ЗОЗ.

Вважаємо, що для успішного досягнення вказаної мети, необхідно обов'язково враховувати особливості, які притаманні ЗОЗ. Це такі особливості як:

- бюджетний характер фінансування (хоча в останній час масового розвитку набувають приватні медичні кабінети і медичні установи, котрі надають широкий спектр МП, у тому числі операційного характеру);
- відмінність цілей роботи ЗОЗ від цілей функціонування інших підприємств, установ та організацій;
- складність виміру результатів діяльності ЗОЗ через обмеженість застосування кількісних показників та важкості визначення міри соціально корисливого ефекту від їх роботи;
- високий рівень автономності лікарів. Це означає, що лікарі самостійно обирають методи та способи лікування із переліку офіційно затверджених протоколів лікування. До речі, такий стан речей знижує можливості контролю керівників за їх діяльністю;
- невід'ємність соціальної складової роботи комерційних ЗОЗ від ключової мети їх діяльності – отриманням прибутку [14, с. 112];
- відсутність здорової конкуренції між медичним персоналом, оскільки у більшості випадків методи і способи лікування обговорюються разом із колегами;
- необхідність врахування медичним персоналом особливостей пацієнтів (вікових, статевих, релігійних, етнічних, фізіологічних), які не повинні стати підставою для відмови у наданні МП;
- надвисока інтенсивність праці та наявність різних

стресоутворюючих факторів. Тобто великі об’єми роботи у ЗОЗ при незначній кількості медперсоналу, непередбачувана кількість, складність й інтенсивність ургентних випадків;

- залежність успіху роботи ЗОЗ від рівня пристосування до внутрішнього та зовнішнього середовища. Це обумовлює необхідність у зміні типів і механізмів управління, застосуванні таких організаційних інструментів, які б дозволяли виявляти проблеми та моделювати дієві способи їх вирішення;
- планування роботи ЗОЗ враховує особливості медико-профілактичної діяльності та охоплює як незначні, так і тривалі проміжки часу;
- можливість кооперування (об’єднання) різних відділів ЗОЗ для досягнення певної мети [1, с. 87].

ПУ ЗОЗ є складним процесом, який поділяється на певні фази (стадії) та має чітко вибудовану структуру, що разом із методами й інструментами в сукупності складає його систему.

Основними компонентами ПУ ЗОЗ є [29]:

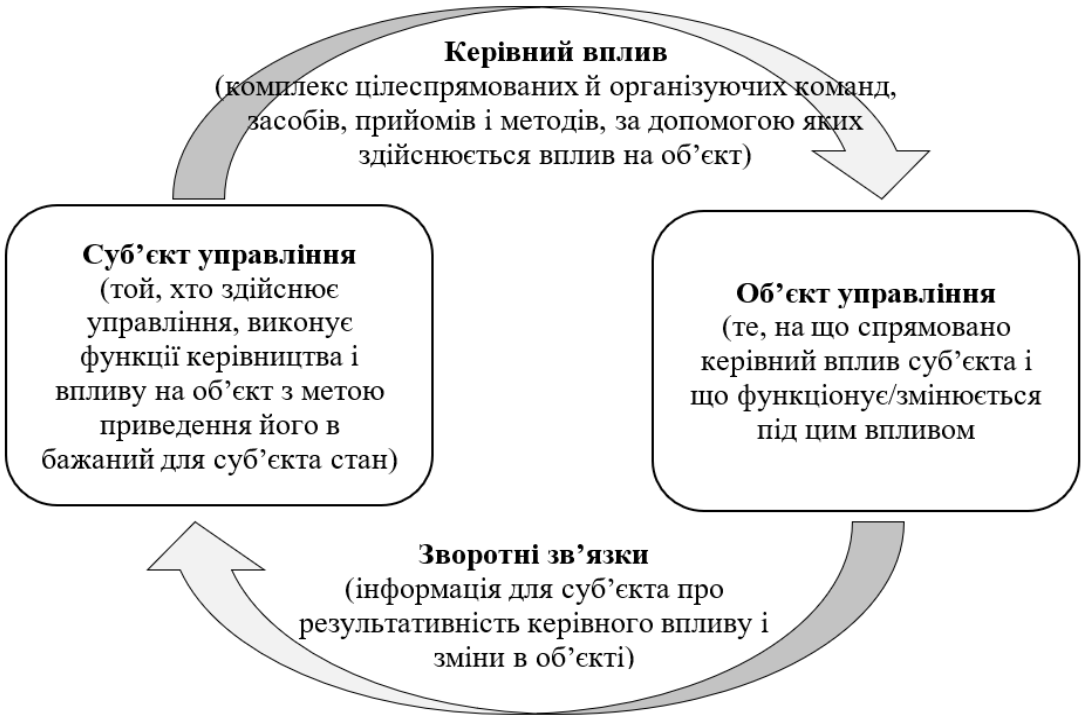


Рис. 1.5. Основні компоненти ПУ ЗОЗ

ПУ ЗОЗ може мати різну організаційно-управлінську структуру, яка зумовлена характером діяльності і специфікою функціонування відповідних закладів й органів влади (див. Рис. 1.6).

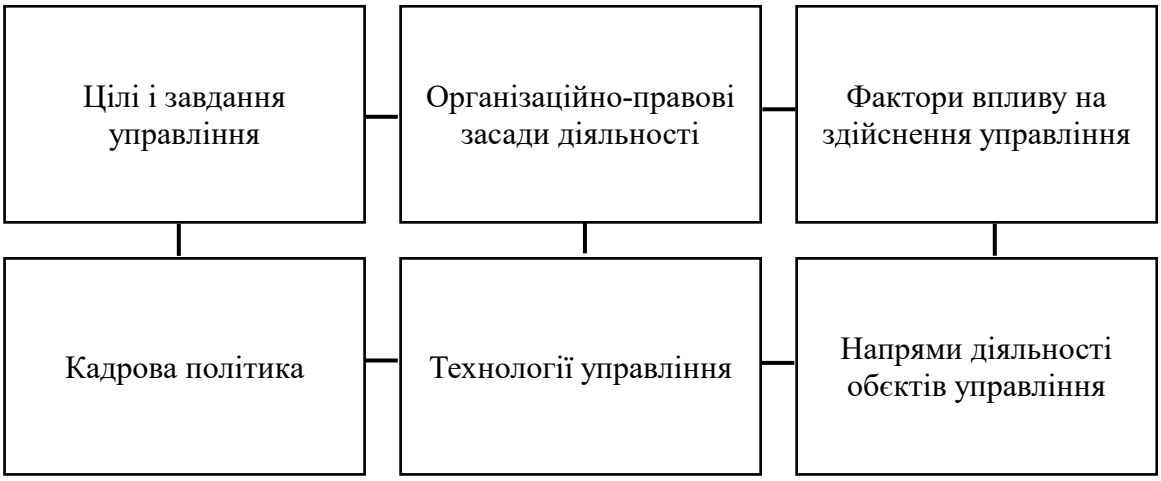


Рис. 1.6. Організаційна структура ПУ ЗОЗ

Отже, ґрунтуючись на викладеному можна зробити висновок, що ПУ ЗОЗ ґрунтується на загально-правових і спеціальних принципах, визнаних світовою спільнотою та закріплених у національному законодавстві нашої держави. Управління такими закладами складається із декількох компонентів, основними з яких є суб’єкт та об’єкт управління, керуючий влив та зворотні зв’язки. При цьому враховуючи специфіку сфери охорони здоров’я, ПУ вказаними закладами має організаційну структуру – шість взаємодіючих та пов’язаних між собою «блоків».

1.3. Нормативне забезпечення публічного управління закладами охорони здоров'я

Сьогодні нормативне забезпечення ПУ ЗОЗ представлено численною кількістю правових актів, що приймалися уповноваженими на це органами влади у різні проміжки часу, з метою врегулювання питань щодо ефективного здійснення управління такими закладами. Останні майже десять років до цих актів вносились численні зміни, з урахуванням здійснення децентралізації ПУ, пандемії COVID-19, повномасштабного вторгнення росії в Україну. Розглянемо деякі з них більш детально.

Базовим законом, в якому закладені основи ПУ ЗОЗ є Конституція України, в якій чітко прописано, що саме держава створює умови для якісного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. В її положеннях також визначено, що існуюча мережа лікувальних закладів в країні не може бути скорочена, і держава сприяє їх розвитку незалежно від форми власності [27].

Поряд із дотриманням положень Основного Закону країни ПУ ЗОЗ здійснюється з обов'язковим врахуванням норм міжнародного права. Ці норми закріплені у численних актах світового рівня, що стосуються тих чи інших питань ПУ ЗОЗ, більшу частину з яких ратифіковано Верховною Радою України. Це такі документи як: Положення Статуту ВООЗ (1946 р.); Люблянська хартія з реформування охорони здоров'я (1996 р.); Міжнародні медико-санітарні правила (2005 р.); Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну (2006 р.); Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я (2011 р.) й ін.

У листопаді 1992 р. народні депутати проголосували за прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», що стало революційним кроком у питанні державного регулювання сферою охорони здоров'я. Цей законодавчий акт визначає «правові, організаційні,

економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулює суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості» [34]. Іншими словами, даний Закон є «флагманом» у питанні здійснення ПУ ЗОЗ, оскільки містить загальні положення, що стосуються функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я та водночас розширює норми Конституції України, зокрема ст. 49.

Маючи потужну правову основу – Конституцію України, ратифіковані міжнародні акти та, прогресивний на той час для нашої держави, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», – народні депутати приймають законодавчі акти, котрі тим чи іншим чином врегульовують питання ПУ ЗОЗ. Це такі акти як (перераховані нижче в хронологічному порядку – за датою їх прийняття):

- Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 р. № 1645-III, який окреслює «правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, спрямованої на запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізацію та ліквідацію їх спалахів та епідемій, встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб» [48];
- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII, який «визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (МП) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій» [39];
- Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14 листопада 2017 р. № 2206-VIII,

який «визначає правові, економічні та організаційні засади і напрями регулювання розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості для забезпечення гарантій рівного доступу громадян до якісного та ефективного медичного обслуговування» [55];

- Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 1 липня 2022 р. № 2347-IX, який був прийнятий під час війни з метою стабілізації ситуації щодо управління ЗОЗ в умовах війни і розширення можливостей якісного НМД. Ці зміни в основному вносились у два законодавчі акти – «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», розширюючи їх зміст [38];
- Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 6 вересня 2022 р. № 2573-IX, із прийняттям якого втратив чинність ключовий закон щодо здійснення ПУ ЗОЗ – «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», що діяв майже тридцять років. Новий Закон, який вступив у дію більше ніж через рік (1 жовтня 2023 р.), дозволяє створити комплексну систему громадського здоров'я в Україні та у подальшому включити її до європейської мережі відповідно до світових вимог і стандартів. Цей Закон «гарантує кожній людині безпечні для здоров'я і життя харчові продукти, питну воду, довкілля, умови праці, навчання, виховання, побуту, дозвілля, відпочинку». Водночас він зобов'язує людей піклуватися про своє здоров'я та здоров'я своїх дітей, не завдаючи при цьому шкоду здоров'ю інших, займатись гігієнічним вихованням тощо [56]. Окрім того, цим актом передбачено функціонування головної експертної установи – «Центр громадського здоров'я МОЗ України». На регіональному рівні відповідними ключовими інституціями є центри контролю та профілактики хвороб, які виконують функції щодо протидії спалахам інфекційних хвороб, реагування на надзвичайні ситуації, забезпечують епідеміологічний нагляд та організовують проведення імунопрофілактики населення. Також до функціоналу цих установ відноситься профілактика неінфекційних

захворювань (наприклад, інсультів, інфарктів, онкологічних захворювань тощо) та впровадження програм ментального здоров'я (див. Додаток А) [8].

З-поміж підзаконних правових актів, що врегульовують питання здійснення ПУ ЗОЗ можна виокремити (перераховані нижче в хронологічному порядку – за датою їх прийняття):

- Постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» від 15 липня 1997 р. № 765, що закріплює порядок «визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам» [46]. У цьому документи окрім умов й порядку здійснення акредитації ЗОЗ, міститься заява про проведення такої акредитації та перелік обов'язкових документів, що додаються до неї, зразки акредитаційного сертифікату та заяви про його переоформлення. Важливо відмітити, що з урахуванням війни в Україні, у положення цієї постанови були внесені зміни, відповідно до яких «на територіях, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих росією, акредитація ЗОЗ не проводиться протягом періоду тимчасової окупації, бойових дій та 6 місяців з визначеної дати припинення бойових дій на відповідних територіях; акредитаційний сертифікат ЗОЗ, строк дії якого закінчився у період воєнного стану або за 3 місяці до дня введення воєнного стану, продовжує діяти до завершення 12 місяців з визначеної дати припинення бойових дій на відповідних територіях» [46];

- Постанову Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» від 20 червня 2000 р. № 989, з прийняттям якої уперше було запропоновано комплексний підхід до вдосконалення первинного рівня НМД [50]. Для виконання положень цієї постанови того ж року МОЗ видало наказ № 214 «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини», в якому прописані штатні

нормативи і табелі оснащення ЗОЗ, закріплено номенклатура і типові положення сімейних амбулаторій [43];

- Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, яка спрямована на «реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянинові України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя» [51]. До речі, цей документ заклав управлінську основу для сучасного НМД на засадах саме сімейної медицини відповідно до світових стандартів;

- Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005, який був підписаний з метою «забезпечення ефективного розвитку системи охорони здоров'я, збереження генофонду нації, проведення глибоких структурних змін у медичній галузі, запровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу» [53]. У цьому документі містяться перелік завдання уряду, МОЗ, Раді міністрів АРК, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям, направлених на вирішення питань реформування системи охорони здоров'я населення, зокрема, в аспекті: 1) розроблення і фінансування загальнодержавних програм у відповідній сфері; 2) запровадження сучасних фінансово-економічних механізмів і засобів у діяльність ЗОЗ; 3) здійснення комплексу заходів стосовно підвищення рівня забезпечення населення доступною медичною допомогою та лікарськими засобами, особливо у сільській місцевості, а також удосконалення системи профілактичних медичних оглядів населення тощо [53];

- Постанову Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17 лютого 2010 р. № 208, якою затверджені «Основні концептуальні напрямки реформування системи

охорони здоров’я». У цьому документі: визначено стратегічні перетворення у вітчизняній системі охорони здоров’я; окреслено механізми оптимізації здійснення медичного обслуговування; встановлено критерії класифікації ЗОЗ за рівнями НМД (первинний, вторинний і третинний) та прописано порядок направлення пацієнтів до відповідного рівня ЗОЗ; запропоновано методичні рекомендації самоврядним органам влади стосовно спеціалізації ЗОЗ і оптимізації їх мережі, створення міжрайонних об’єднань вказаних закладів; сформульовано рекомендації щодо реорганізації ЗОЗ. Особлива увага звертається на активізацію роботи центрів здоров’я, розробку програми забезпечення медичних працівників житлом та службовим транспортом, посилення відповідальності за якість НМД [19];

- Наказ МОЗ «Стандарти акредитації закладів охорони здоров’я» від 14 березня 2011 р. № 142, яким визначено «вимоги до процесу, умов та результатів медико-санітарної допомоги у закладі охорони здоров’я» [74];
- Наказ МОЗ «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров’я в Україні на період до 2020 року» від 1 серпня 2011 р. № 454, метою якої є «визначення основних підходів та механізмів до створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню» [41];
- Постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 2 березня 2016 р. № 285, яка закріплює «організаційні, кадрові і технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов’язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, а також визначають вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики» [42]. У положення цієї Постанови було внесено ряд змін, з урахуванням військової агресії проти України з боку росії та інших країн, дружніх до неї;
- Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення

Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р, відповідно до положення якого «метою реформи фінансування системи охорони здоров’я є створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, справедливий розподіл публічних коштів тощо» [57];

- Наказ МОЗ «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» від 22 лютого 2019 р. № 446, що регламентує два види атестації медпрацівників: на присвоєння кваліфікаційної категорії та на підтвердження відповідної категорії [15];

- Указ Президента України «Про тимчасову робочу групу з питань реформування системи охорони здоров’я» від 21 лютого 2020 р. № 55/2020, відповідно до якого створено тимчасову робочу групу з питань реформування системи охорони здоров’я. Ця група має проаналізувати реалізацію існуючих державних гарантій медичного обслуговування населення та готовність ЗОЗ до цього; внести пропозиції щодо фінансування, удосконалення системи підготовки і безперервного професійного навчання медпрацівників, збільшення обсягів фонду оплати праці тощо [63];

- Указ Президента України «Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров’я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників» від 18 червня 2021 р. № 261/2021, який підписаний «з метою подальшого розвитку системи охорони здоров’я, підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров’я та впровадження реальних інструментів щодо покращення управлінської діяльності у таких закладах, створення умов для ефективного використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів, розвитку медичного самоврядування, посилення ролі професійних спілок у питаннях захисту трудових прав медичних працівників» [49]. Безпосередньо у цьому документі акцент зроблено на фінансовому аспекті фінансування ЗОЗ та достойної оплати праці медперсоналу;

- Постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я» від 14 липня 2021 р. № 725, в якій визначено «основні засади здійснення безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» [45].

Є ряд питань пов'язаних із ПУ ЗОЗ, які на сьогодні потребують нормативного врегулювання, враховуючи це, окремими народними депутатами та представниками уряду на чолі із прем'єр-міністром, були подані до парламенту декілька законопроєктів. Серед таких документів можна виокремити:

- Проєкт Закону України «Про засади державної політики охорони здоров'я» від 17 липня 2015 р., головною метою прийняття якого є запровадження єдиного підходу «охорона здоров'я у всіх політиках держави» до соціально-гуманітарних, організаційно-правових та фінансово-економічних засад публічної політики охорони здоров'я як важливої частини національної безпеки України. Окрім того прийняття цього законопроєкту спрямоване на «наближення законодавчих і нормативних актів до вимог Європейського Союзу стосовно управління закладами охорони здоров'я, зміцнення інституційного потенціалу та взаємодії із зацікавленими сторонами з метою поліпшення здоров'я і підвищення рівня добробуту людей» [66]. Вважаємо, що цей документ є сучасним правовим підґрунтям здійснення ПУ ЗОЗ, оскільки визначає засади та напрями такого управління. Його прийняття сприятиме комплексному формуванню ефективної системи ПУ ЗОЗ, заснованої на європейських цінностях;

- Проєкт Закону України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні» від 25 грудня 2023 р., метою розроблення якого є «закріплення на законодавчому рівні статусу самоврядних організацій, їх місця і ролі у системі управління медичними та фармацевтичними професіями та загалом сферою охорони здоров'я; впровадження з урахуванням вітчизняного та міжнародного досвіду моделі медичного та фармацевтичного

самоврядування, яка надасть можливість суб'єктам господарської та професійної діяльності здійснювати саморегулювання медичної діяльності і створить законодавчі підстави для делегування лікарям, фармацевтам та іншим медичним працівникам, об'єднаним у самоврядні організації, окремих функцій, які на сьогодні здійснюються органами державної влади; врегулювання питання захисту прав та інтересів як представників медичних та фармацевтичних професій, так і пацієнтів» [67]. Законопроєкт передбачає формування п'яти палат – організацій професійного самоврядування: 1) лікарів сімейної медицини; 2) лікарів-спеціалістів; 3) стоматологів; 4) сестер медичних/братів медичних; 5) фармацевтів. При цьому, враховуючи те, що створення самоврядування – це тривалий процес, до нього спершу «долучаться професійні групи, що найбільш до цього готові, – стоматологи та фармацевти, всі інші фахівці доєднаються лише після утворення та пілотування перших двох палат» [7]. Переконані, що прийняття парламентом цього документу закладе підвалини для створення реального й дієвого професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я, що суттєвим чином відобразиться на ефективності управління ЗОЗ.

Окремо варто зазначити, що місцеві державні адміністрації та самоврядні органи влади, як суб'єкти ПУ ЗОЗ, також, у межах своєї компетенції, приймають нормативні акти, що направленні на забезпечення функціонування відповідних закладів.

Отже, зважаючи на викладене, можна підсумувати, що нормативне забезпечення ПУ ЗОЗ представлене чималою кількістю правових актів, положення яких ґрунтуються на Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я та відповідних міжнародних документах. Це законодавчі та підзаконні акти (загальнодержавного і регіонального/локального рівня), які приймалися у різні часові проміжки та, до положень яких вносяться зміни, що враховують актуальну ситуацію в Україні.

Висновки до Розділу 1

ПУ ЗОЗ є цілеспрямованою діяльністю публічно-владних установ й менеджерів вищого рівня, керівників таких закладів і відповідних їх внутрішніх служб/відділів із функціонування ку самих ЗОЗ, а також із забезпечення соціально значущих результатів їх діяльності.

Таке управління, яке ґрунтується на загально-правових і спеціальних принципах, визнаних світовою спільнотою та закріплених у національному законодавстві нашої держави. Управління такими закладами складається із декількох компонентів, основними з яких є суб'єкт та об'єкт управління, керуючий влив та зворотні зв'язки. При цьому враховуючи специфіку сфери охорони здоров'я, ПУ вказаними закладами має організаційну структуру – шість взаємодіючих та пов'язаних між собою «блоків».

Нормативне забезпечення ПУ ЗОЗ представлене чималою кількістю правових актів, положення яких ґрунтуються на Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я та відповідних міжнародних документах. Це законодавчі та підзаконні акти, до положень яких вносяться численні зміни, що враховують актуальну ситуацію в Україні.

РОЗДІЛ 2
ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙСЬКОВО-РЕФОРМАТОРСЬКИХ ЗМІН

2.1. Створення госпітальних округів: можливості та ризики таких змін

Наприкінці листопада 2019 р. Кабінет Міністрів України прийняв Постанову № 1074 «Деякі питання створення госпітальних округів», якою затвердив порядок створення госпітальних округів – територій, у межах яких забезпечується «надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги» [34].

Передумовами створення таких округів в України стало забезпечення отримання мешканцями громад територіально й фінансово доступної та якісної меддопомоги, шляхом організації існуючої мережі ЗОЗ та фізичних осіб-підприємців, які мають право на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також прагнення громад та в цілому держави ефективно використовувати наявні ресурси у медичній сфері. Відповідно необхідно було змінити існуючий підхід до фінансування ЗОЗ та спрямовувати пацієнтів до тих лікарень, які мали максимально ефективний ресурс – кадровий, інфраструктурний, матеріально-фінансовий, організаційно-управлінський тощо. Оскільки хвору людину лікує не ліжко, а висококваліфікований і вмотивований лікар, забезпечений усім необхідним: сучасним медичним устаткуванням, інструментарієм, новітніми високодієвими препаратами, належним чином обладнаним приміщенням (кабінетом, операційною) тощо. Адже останні п'ятнадцять років наша держава зіштовхується із проблемою, коли медичний працівник із високим професійним рівнем втрачає свої

навички і здібності, так як вони є не затребувані або не можуть бути реалізовані у повній мірі, тому що немає ані умов для проведення високотехнологічних операцій (чи інших медичних маніпуляцій), ані потоку пацієнтів із складними проблемами зі здоров'ям. Як наслідок втрачає і держава, яка підготувала такого спеціаліста, і громада, в якій він працює [11].

Враховуючи вищезазначене, питання створення госпітальних округів гостро постало перед вищим керівним корпусом нашої держави. У результаті в березні 2017 р. за розпорядженням МОЗ у тринадцяти областях України були вже затверджені госпітальні округи. Однак, зважаючи на те, що в нашій державі на той час ще не була завершена адміністративна реформа і не всі територіальні громади об'єдналися, створення таких округів сповільнювалось.

З урахуванням іноземного досвіду, для кожного госпітального округу в регіонах проводились розрахунки кількості прикріпленого населення (тих, хто підписав із сімейними лікарями декларації), ліжкового фонду, числа госпіталізацій, пологів, операцій (стаціонарних і амбулаторних) та радіусу медобслуговування. Паралельно представниками профільного міністерства проводилась велика роз'яснювальна робота з медичною спільнотою щодо переваг змін, які відбудуться у результаті організаційно-адміністративних змін.

Планувалось сформувати від 3 до 5 округів в кожній області, в яких функціонуватиме, як мінімум, одна багатопрофільна лікарня інтенсивної терапії I чи II рівня, яка може обслуговувати орієнтовно 120-200 тис. осіб. При цьому ставилась основна вимога до організації інфраструктури в окрузі – можливість дістатися до ЗОЗ не більш ніж за одну годину з найвіддаленішої точки в його межах. Інші лікарні округу мали перепрофілюватись на реабілітаційні чи хоспісні центри (заклади, в яких надається паліативна допомога пацієнтам, які мають смертельні захворювання), жіночі консультації або амбулаторії тощо (див. Додаток Б). Тобто в ході медичної реформи змінювалась лише спрямованість медичних закладів, логістика і рух пацієнтів. Відповідно найпотужніші медичні заклади набули статусу лікарень

інтенсивного лікування. Щодо лікарень планового лікування, то враховувались наявні в них потужності/ресурси та потреби/запити у лікуванні. Так, наприклад, у тих медичних закладах, де добре організовані хірургічні відділення, безпечні умови для проведення оперативних втручань, усі зусилля (фінансові, кадрові, інфраструктурні) спрямовуються на підтримання і розвиток хірургічного напрямку. У свою чергу, в медичних закладах, де сильні пологові відділення, чи травматологія або педіатрія, спрямується зусилля на укріплення і розвиток відповідних напрямків [11].

Окрім того, зважаючи на те, що долю медичних закладів вирішують винятково територіальні громади, місцеві ради кожного округу мали створити власні госпітальні ради.

Відповідно до наказу МОЗ «Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ» від 20 лютого 2017 р. № 165, такі ради є дорадчими органами, створеними учасниками відповідного округу для виявлення проблем, недоліків у роботі ЗОЗ, координації дій, розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на госпітальному рівні публічної політики у сфері охорони здоров'я, а також стосовно організації і фінансування меддопомоги в округах [47]. Іншими словами, госпітальні ради мають визначати проблемні питання, координувати дії і виступати консультативними органами та певною базою для співпраці між медпрацівниками і владою. До складу таких рад можуть входити посадові особи органів місцевого самоврядування, місцеві видатні медичні працівники та представники громадськості (див. Додаток В).

Отже, госпітальні округи не є окремими організаційно-правовими рівнями організації виконавчої чи самоврядної влади або окремими суб'єктами господарювання із провадження медичної практики. Це певний медичний простір, що охоплює мережу різнопрофільних ЗОЗ пов'язаних між собою, які найефективніше можуть задовольнити потреби мешканців відповідної території у вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі. Відповідно у межах одного госпітального округу забезпечується:

- здійснення публічної політики у сфері охорони здоров’я;
- постійна взаємодія суб’єктів госпітального округу;
- поступове формування спроможної мережі госпітального округу для гарантованого державою своєчасного доступу населення до якісної медичної допомоги;
- раціональне використання наявних ресурсів системи охорони здоров’я та інвестицій для формування спроможної мережі госпітального округу;
- транспортна доступність до ЗОЗ, що забезпечують НМД;
- модернізація системи НМД [11].

Поряд з усіма перевагами від здійснення медичної децентралізації та безпосередньо формування госпітальних округів і створення госпітальних рад, такі зміни спричинили неоднозначну реакцію в українському суспільстві. Насамперед, це було пов’язано з тим, що більшість мешканців областей країни побоювались закриття медичних установ у їхньому регіоні, а медичні працівники – втрати роботи. Таким чином, виникали певні міфи, що заважали здійсненню адміністративно-медичних перетворень (див. Додаток Г). Існували й інші чинники, що впливали на успішне завершення другого етапу медичної реформи. Зокрема, це такі ключові чинники як: 1) інфраструктурний (стан та якість наявної медичної, транспортної й іншої інфраструктури ЗОЗ); 2) фінансово-економічний (незадовільний рівень економічного розвитку країни та доходів населення, низькі обсяги забезпечення ЗОЗ усіма необхідними фінансовими ресурсами); 3) науково-технічний (відсутність сучасних технологій та інноваційних підходів в управлінні); 4) організаційний (низький рівень організаційного й кадрового забезпечення); 5) географічний (локалізація ЗОЗ та забезпеченість природними ресурсами); 6) соціальний (демографічна криза, низький рівень освіченості членів суспільства та їх правової культури); політичний (постійна зміна вектору розвитку вітчизняної сфери охорони здоров’я) [76, с. 253].

Враховуючи все це, запуск третього етапу медичної реформи, а також повномасштабне вторгнення російських військ на територію України, урядом

було прийнято рішення дещо змінити підхід до формування й функціонування госпітальних округів. У лютому 2023 р. уряд видав Постанову № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі ЗОЗ» (у свою чергу, Постанова № 1074 «Деякі питання створення госпітальних округів» втратила чинність). Затверджений Порядок «встановлює механізм функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів і встановлення їх меж та механізм визначення надкластерних, кластерних, загальних й інших видів ЗОЗ, що входять до спроможної мережі ЗОЗ відповідного госпітального округу» [18].

За новим підходом, межами госпітальних округів, в яких вони функціонують є АРК, області, міста Київ та Севастополь. Відповідно вся мережа ЗОЗ у вказаних адміністративно-територіальних одиницях об’єднуються в один госпітальний округ. У свою чергу, госпітальні округи поділяються на менші частини – госпітальні кластери, територіальними межами яких є райони.

Відтепер ЗОЗ, в залежності від виду медичної допомоги, яка в них надається, поділяються на три рівні: надкластерні, кластерні та загальні ЗОЗ (див. Додаток Д). Ці заклади, разом із надавачами МП та центрами екстреної меддопомоги і медицини катастроф із пунктами постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, входять до складу спроможної мережі ЗОЗ. Такою мережею є загальна сукупність усіх надавачів МП, котрі забезпечують медобслуговування у межах відповідних округів, зокрема, під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного чи воєнного стану та можуть організувати належну якість такого обслуговування, його своєчасність і доступність для населення, а також ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів. Спроможна мережа затверджується Головою Ради міністрів АРК, головами обласних державних адміністрацій, очільниками Київської чи Севастопольської міських державних адміністрацій за погодженням із МОЗ. Одночасно із цим затверджується і плани розвитку госпітальних округів за погодженням із вказаним міністерством, які переглядаються не рідше ніж один раз на три роки [18].

Згідно з позицією уряду, у межах одного госпітального округу має функціонувати один надкластерний ЗОЗ, а у межах одного госпітального кластеру – кластерний ЗОЗ, які розташовуються в адміністративних центрах відповідно області і району. При цьому кластерний заклад може знаходитись і в іншому населеному пункті району, якщо необхідно задовольнити потреби населення у мінімальному (базовому) медичному обслуговуванні. У госпітальному кластері може бути визначено і більше ніж один кластерний ЗОЗ із розрахунку не менше ніж 120 тис. осіб, що обслуговуються кожним кластерним ЗОЗ (в обласних центрах, містах із населенням понад 300 тис. осіб та м. Києві кількість таких закладів визначається із розрахунку один заклад на 150 тис. осіб), з урахуванням територіальної доступності населення до меддопомоги та спроможності таких закладів її надати відповідно до базового переліку напрямів медичного обслуговування [18].

Загальні ЗОЗ надають меддопомогу мешканцям однієї чи декількох територіальних громад у межах одного госпітального кластеру за чітко визначеними критеріями (див. Додаток Е).

Підсумовуючи вище викладене, можна узагальнити, що створення госпітальних округів є одним із важливих кроків у реформуванні вітчизняної системи охорони здоров’я, перевагами функціонування яких є:

- покращення управління ЗОЗ на регіональному рівні. Адже новостворена система ЗОЗ разом із госпітальними округами передбачає формування оптимального керівництва із чітким розподілом професійних обов’язків та відповідальності. Вважаємо, що у порівнянні зі старою системою це дасть змогу підвищити ефективність і дієвість управління, а також сприятиме досягненню кращих результатів у найкоротші терміни;
- запровадження єдиної інформаційної системи (створення єдиного загальнонаціонального медичного простору), що дасть змогу більш чітко організовувати документообіг у ЗОЗ, зберігати й обробляти інформацію стосовно пацієнтів і їх захворювань, формувати необхідну реальну статистику. Водночас, запровадження такої системи сприятиме підвищенню не тільки

ефективності управління ЗОЗ, але й покращенню громадської думки стосовно якості й доступності НМД та здійснення медичного обслуговування загалом;

- оптимізація системи фінансування сфери охорони здоров'я, що у результаті має призвести до суттєвого покращення інфраструктури у цій сфері, якісного, сучасного технічного забезпечення ЗОЗ, полегшення доступу незахищених верств населення до необхідних лікарських засобів, забезпечення фінансової доступності до різних МП тощо [76, с. 251-252]. При цьому, ми вважаємо, що покращення фінансового забезпечення ЗОЗ суттєво знизить рівень ймовірності виникнення таких ризиків як: недостатня кількість кваліфікованого медичного персоналу; значна залежність від фінансових субсидій; високий рівень плинності кадрів; недостатність забезпечення засобами медичного призначення та поставок відповідних товарів і послуг.

Разом із тим, незважаючи на зазначене, деякі науковці і практики говорять про те, що функціонування госпітальних округів може викликати певні ризики, які негативно позначаться на ефективності управління ЗОЗ. Це такі ризики як:

- неготовність системи первинної і екстреної меддопомоги до виконання покладених на них завдань (проведення профілактичної роботи серед населення і НМД, які цього потребують на догоспітальному етапі);
- позбавлення ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу, додаткових джерел фінансування, у той час, коли існує гостра потреба у великих обсягах бюджетування на їх переоснащення та впровадження сучасних інноваційних медичних технологій, а також на перепідготовку медичних кадрів;
- несприйняття деякими членами суспільства трансформаційних змін у вітчизняній сфері охорони здоров'я, а також значний супротив і протистояння окремих представників місцевої влади здійсненню реформуванню медичної галузі;
- застосування традиційних підходів до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами;

- нестача достатньої кількості кваліфікованих медико-управлінських кадрів, підготовлених до очолювання ЗОЗ у нових умовах, а також відповідної нормативної бази, що чітко визначає межі їх компетенції;
- неоднорідність у розподілі і професійній структурі фахівців охорони здоров'я (скупчення кваліфікованих кадрів у великих містах та водночас їх відсутність у регіонах, особливо віддалених; неспіврозмірне співвідношення лікарів і медсестр; дисбаланс фахівців загальної практики і вузьких спеціалістів та ін.);
- поява негативного кадрового балансу – значне старіння працівників сфери охорони здоров'я та водночас відсутність притоку молодих кваліфікованих фахівців;
- відсутність реальної мотивації та зацікавленості працівників сфери охорони здоров'я у поліпшенні результатів своєї роботи [76, с. 251-252].

Відповідно з метою усунення зазначених ризиків пропонуємо:

- на усіх рівнях надати належне фінансове, матеріально-технічне, транспортне, кадрове й інше необхідне забезпечення для здійснення успішного завершення реформування медичної галузі;
- підготувати систему первинної та екстреної медичної допомоги до виконання покладених на них завдань і функцій у рамках медичної реформи;
- внести зміни у вітчизняну нормативну базу, враховуючи умови дії воєнного стану в Україні та після його скасування з метою максимально ефективного функціонування госпітальних округів та дієвого управління ЗОЗ;
- знайти додаткові джерела фінансування ЗОЗ та створити можливості для їх залучення/використарння;
- проводити масштабну інформаційну кампанію серед населення щодо необхідності реформування вітчизняної системи охорони здоров'я; налагодити комунікаційні зв'язки між представниками влади, споживачами і надавачами МП;
- створити дієві мотиваційні важелі впливу на медпрацівників фінансового, соціально-побутового, культурного й іншого характеру;

- організувати та фінансово забезпечити доступну, сучасну і якісну професійну підготовку керівних кадрів й інших працівників медичних закладів;
- змінити підхід до надання МП в ЗОЗ. При цьому окрім територіально-транспортної та фінансової доступності отримання послуги варто враховувати: умови надання й отримання МП; часові обмеження у наданні МП; неупереджене та політкоректне ставлення до отримувача МП з боку фахівця, який її надає.

Отже, госпітальні округи є інструментами співробітництва територіальних громад для ухвалення рішень стосовно закладів вторинної медичної допомоги серед міст обласного значення, районів та самих об'єднаних громад, використання яких на сьогодні обґрунтовується тим, щоб сформувати спроможну мережу ЗОЗ в Україні. Іншими словами, такі округи орієнтовані на упорядкування мереж ЗОЗ, усунувши медичний, інфраструктурний та кадровий дисбаланс, зробити її територіально-транспортно та фінансово доступною і зручною для людей, водночас спонукати медичний персонал до підвищення рівня фаховості та якості обслуговування. Однак, незважаючи на законодавче закріплення медичної децентралізації та прогресивні позиції уряду щодо реформування сфери охорони здоров'я, функціонування госпітальних округів може спричинити виникнення певних ризиків, до усунення яких необхідно підходити оперативно та комплексно з метою запобігання негативних наслідків у майбутньому.

2.2. Механізми державного регулювання надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я

Враховуючи надважливе значення життя і здоров'я людини, доступ до МП має бути забезпечений на державному рівні. Та не всі науковці сучасності погоджуються із цим. Окремі з них вважають, що цього робити не варто, тому що держава жодним чином не може контролювати зв'язок між медичним обслуговуванням та життям/смертю тієї чи іншої людини, а такі погані звички як куріння, споживання спиртного, вживання наркотичних чи психотропних речовин, переїдання/недоїдання, час роботи/навчання тощо, що прямо впливають на стан здоров'я і якість життя особи, не залежать від рішень держави та її адміністративного впливу [73, с. 211]. Разом із тим, є група дослідників, які переконані у тому, що кожна людина, незважаючи на її матеріальне положення, повинна мати гарантоване державою право на певний мінімальний рівень охорони власного здоров'я [86, с. 135]. Адже, обсяг споживання людиною МП не може визначатися рівнем її платоспроможності чи положенням у суспільстві. Це особливо очевидно, коли для порятунку життя людини потрібна термінове медичне втручання. Навіть у США, де охорона здоров'я функціонує переважно на платно-приватній основі, особи з гострими розладами здоров'я, які не застраховані, отримують безкоштовну медичну допомогу. У таких випадках лікування хворих здійснюється на основі солідарної системи.

Отже, в сучасній системі охороні здоров'я не може бути виключно приватно-ринкових відносин. Оскільки повністю уникнути використання заходів державного регулювання надання МП неможливо. У той же час, щоб держава не була монополістом у питанні наданні МП, існують певні межі її втручання, визначити які можна за критеріями представленими на Рис. 2.1.

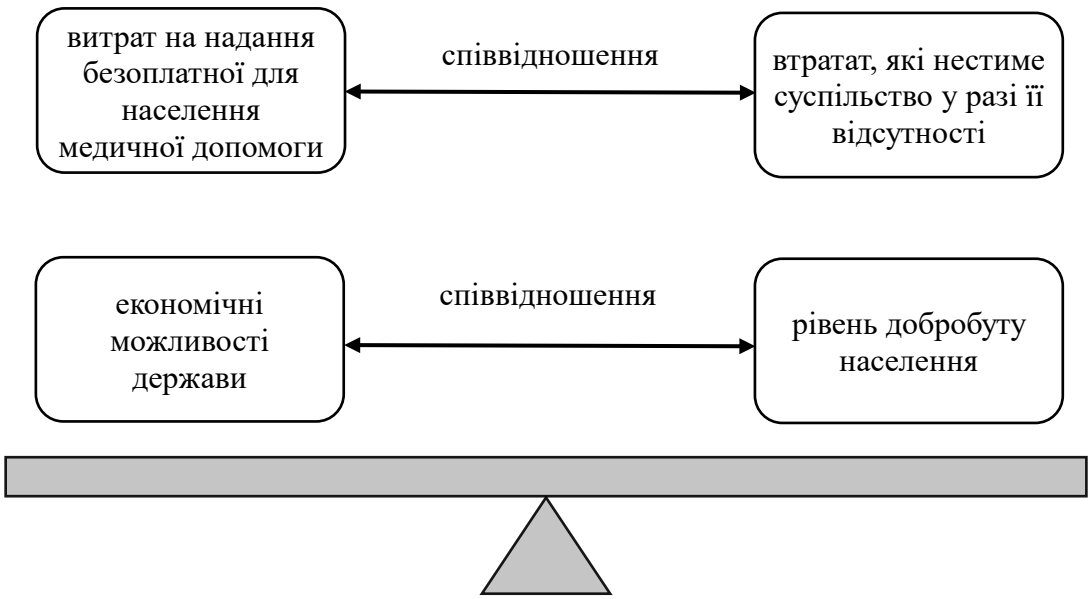


Рис. 2.1. Критерії визначення меж державного регулювання надання МП

При цьому для того, щоб надання МП на комерційній основі негативно не позначилось на національній системі охорони здоров'я та на здоров'ї людини в цілому, повинно бути застосовано дієвий господарський механізм функціонування вказаної системи, який складається із чотирьох взаємопов'язаних між собою елементів (див. Рис. 2.2) [2, с. 87].

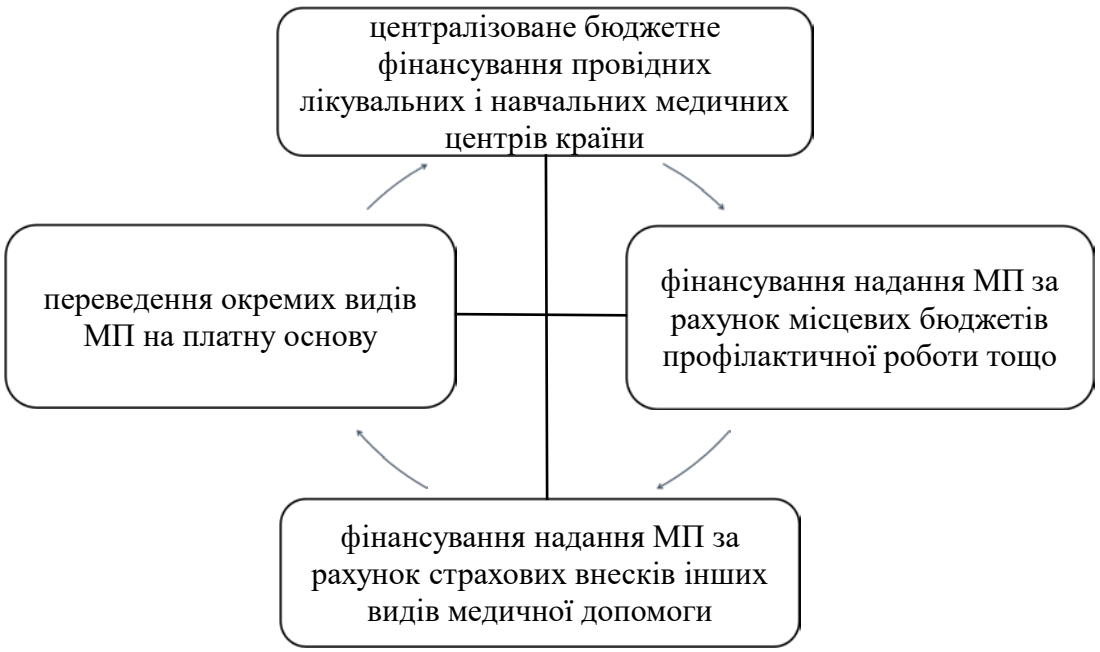


Рис. 2.2. Елементи господарського механізму функціонування системи охорони здоров'я

Виходячи із вищезазначеного можна зробити висновок, що держава має здійснювати регулювання надання МП. Для здійснення цього кожна держава використовує власні механізми впливу.

На сьогодні в наукових колах немає єдиної позиції щодо трактування поняття «механізм регулювання». Безпосередньо з позиції науки ПУ таким механізмом є «сукупність функцій, етапів і послідовних процедур регуляторного впливу на організаційну систему, що супроводжується досягненням певного результату цього впливу, який може бути зіставлений з індикаторами-показниками для визначення рівня досягнення управлінських (програмних) цілей функціонування системи» [37, с. 7].

Усі механізми регулювання загально можна поділити на три види (див. Рис. 2.3). І залежно від того, які саме проблеми виникають і як вони вирішуються із застосуванням того чи іншого механізму регулювання, вони можуть бути складними – комплексними, і включати в себе декілька самостійних механізмів або використовуватись поодинці.

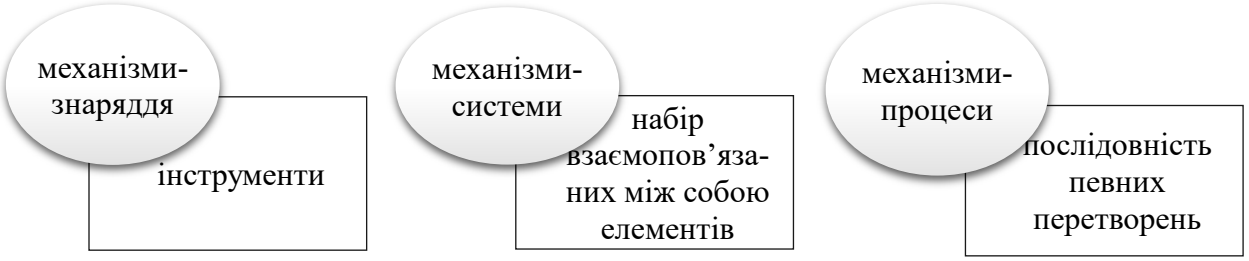


Рис. 2.3. Види механізмів регулювання

Якщо говорити про МДР, то вони переважно є комплексними і складаються із:

- економічного механізму (МДР бюджетною, банківською, інвестиційною, інноваційною, кредитною, податковою, страховою та іншою діяльністю);
- правового механізму (нормативно-правові акти різного рівня: закони і постанови парламенту, укази голови днржави, постанови і

розпорядження уряду, інші підзаконні нормативні акти органів публічної влади, у тому числі методичні рекомендації, роз'яснення, інструкції).

- організаційного механізму (правовий статус суб'єктів та об'єктів державного регулювання, їх цілі, завдання, функції, організаційна структура, методи управління, а також результати їх функціонування);
- політичного механізму (механізми формування політики у сфері охорони здоров'я, а також економічної, соціальної, бюджетної, інвестиційної, освітньої та інших видів державної політики);
- мотиваційного механізму (сукупність організаційно-управлінських та соціально-економічних стимулів, що спонукають працівників показувати найкращі результати в роботі).

МДР надання МП є складовою частиною МДР сферою охорони здоров'я. Ключовою метою таких механізмів є забезпечення доступності та якості надання МП населенню країни, а також забезпечення принципів доброчесної, вільної конкуренції на ринку праці і відповідних послуг [2, с. 87]. Для реалізації цього держава визначає стратегічні цілі, завдання, принципи й основні напрями регуляторної політики. Відповідно держава може створити окрему організацію, наприклад національну регуляторну комісію, яка регулює процес ціноутворення, встановлюючи граничні верхні та нижні межі цін на МП (або їх рентабельність), а також узгоджує розміри бюджетного фінансування надавачів МП.

До стратегічних завдань, що деталізують мету МДР надання МП і послідовно виконуються протягом коротко- та середньострокових періодів часу, належить:

- дотримання базисних принципів державної політики з питань регулювання діяльності надання МП, а також системи охорони здоров'я загалом, розробки і виконання ключових рішень у сфері медицини;
- втілення стратегічних рішень щодо ресурсного забезпечення суб'єктів надання МП (наприклад, підготовка професійних кадрів, ліцензування провадження господарської діяльності з медичної практики,

будівництво/реконструкція ЗОЗ, придбання медичного устаткування, здійснення наукових досліджень та ін.);

- виконання заходів із регулювання, що стосуються безпеки отримання МП населенням країни, захисту громадських інтересів, використання нових лікарських засобів і методів лікування, а також акредитації ЗОЗ, котрі надають МП;

- здійснення моніторингу, оцінювання та аналізу як стану здоров'я населення, так і роботи ЗОЗ державної і комунальної форм власності, а також інших суб'єктів, котрі надають МП на комерційній основі [2, с. 87].

З-поміж тактичних завдань МДР надання МП у ЗОЗ можна виокремити:

- визначення та аналіз потреб населення у МП (у їх різновидах, кількості, об'ємах, тривалості надання тощо);

- забезпечення рівного доступу до якісних МП різних верств населення у необхідний час та у необхідному для людей обсязі;

- моніторинг ринку надання МП із метою його безперервного вдосконалення;

- контроль над ціноутворенням за надання тих чи інших МП – за потреби встановлення нижньої та верхньої граничної межі вартості наданої послуги; розроблення методик і рекомендацій із розрахунку цін;

- недотримання окремих норм Бюджетного кодексу України щодо нецільового використання бюджетних коштів, взяття до сплати зобов'язань понад затверджені асигнування [82, с. 455];

- чітке планування (короткострокове, середньострокове та довгострокове) роботи ЗОЗ;

- контроль якості надання послуг на основі зібраних даних, зворотного зв'язку від пацієнтів, отриманих статистичних показників, результатів розгляду скарг і звернень громадян, здійснення планових і позапланових перевірок, атестацій тощо;

- забезпечення збору й аналізу необхідної інформації для ресурсного планування діяльності з надання МП в різних ЗОЗ;

- надання МП із профілактики і діагностування хвороб, окремих з них – на безкоштовній основі;
- технічне оновлення і модернізація медичного устаткування і приладдя, впровадження інноваційних медтехнологій;
- опосередковане регулювання діяльності учасників суміжних ринків, наприклад, контроль якості за лікарськими засобами, що використовуються/приймаються під час надання МП, установ-лення обмежень чи заборон використання нелегітимних медичних препаратів;
- контроль відповідності рівня кваліфікації кадрів, які працюють у сфері надання МП і заходи щодо його підвищення;
- нормативно-правове забезпечення сфери надання МП у ЗОЗ, робота над його вдосконаленням;
- створення вільної і доброчесної конкуренції на медичному ринку;
- адаптація вітчизняної системи охорони здоров'я до умов сучасності – повномасштабна війна та відповідні її наслідки (окупація та мінування значної території, міграція населення, відтік медичних кадрів, руйнування інфраструктури, необхідної для здійснення медичного обслуговування);
- регулювання діяльності державних і приватних страхових організацій з позиції споживачів та держави як регуляторного центру розподілу ресурсів [2, с. 88-89].

Якщо розглядати надання МП як певну систему взаємодії соціальних і державно-управлінських інститутів, то суб'єкти, котрі здійснюють діяльність, пов'язану з наданням таких послуг, з одного боку функціонують у системі відносин інститутів державно-комунальної і приватної медицини та суспільно-громадського інституту. Останній інститут уособлює населення країни як споживача МП, котрий має власні потреби для підтримки свого здоров'я та, відповідно, висуває певні вимоги/запити. А з іншого боку, суб'єкти, котрі надають МП функціонують у системі окремого публічного регуляторного інституту, функції якого нині виконують підрозділи МОЗ. Національна система охорони здоров'я є також інститутом, але більш

масштабним, в якому перетинаються взаємозв'язки між усіма перерахованими інститутами [2, с. 88].

Одним із завдань МОЗ є розроблення пріоритетних напрямів реформування існуючої системи охорони здоров'я в нашій державі. На реалізацію цього, у серпні 2014 р., вказане міністерство ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. Ця Стратегія формує контекст, бачення, принципи, пріоритети, задачі та основні подальші кроки реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, формує підґрунтя для розробки якісної політики та прийняття ефективних управлінських рішень. Метою цього документа є визначення ключових проблем діючої системи охорони здоров'я, дієвих шляхів їх вирішення для формування нової державної політики у відповідній сфері, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження новітніх фінансових механізмів [33].

У свою чергу, підрозділи МОЗ забезпечують розроблення інструментів ефективного функціонування системи медичного обслуговування, програм державних замовлень, здійснюють діяльність із планування і прогнозування, стандартизації, сертифікації та атестації, а також забезпечують усіма необхідними ресурсами ЗОЗ і здійснюють контроль за процесом надання ними МП. Це такі підрозділи як: Директорат стратегічного планування та координації, Департамент громадського здоров'я, Департамент МП, Департамент цифрових трансформацій в охороні здоров'я, Департамент високотехнологічної медичної допомоги та інновацій тощо. Окрім того, у складі МОЗ для обговорення важливих питань розвитку медичної сфери можуть на тимчасовій основі утворюватися відповідні колегії та вчені медичні ради [44].

Окремими регуляторними функціями щодо надання МП, на основі нової Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, займається створена у 2017 р. Національна служба здоров'я України. Ця служба є «центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується урядом через Міністра охорони здоров'я, який реалізує

державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення» [64]. Враховуючи правовий статус вказаної публічно-владної установи, на неї покладено виконання специфічних завдань щодо фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я. Безпосередньо Національна служба здоров'я виконує функції замовника МП і лікарських засобів за програмою медичних гарантій, реалізуючи державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Ця Служба тісно взаємодіє з іншими державними органами і службами, тимчасовими, консультативними, дорадчими й іншими допоміжними інституціями, органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян, відповідними органами іноземних держав і міжнародних організацій, а також із різними підприємствами, установами й організаціями [64].

З-поміж основних важелів держави, що регулюють надання МП у ЗОЗ є: регулювання цін на надання МП; надання податкових і митних пільг на медпрепарати; розроблення і встановлення критеріїв якості надання МП, а також нормативів і стандартів якості лікарських засобів і медичного обладнання; встановлення рівня кваліфікації медпрацівників ЗОЗ та вимог до процедури їх атестації; створення умов для ефективної приватизації державного майна чи оренди об'єктів державної власності, що стосуються сфери охорони здоров'я; забезпечення мотивації, морально-психологічного стимулювання і співробітництва персоналу ЗОЗ тощо. При цьому, як наголошує В.І. Андріяш, більшість із перерахованого повинно бути обов'язково включено урядом до переліку робіт й послуг, котрі є обов'язковими для проходження сертифікації. Такий підхід, на думу дослідниці, «дозволить підвищити ефективність контролю щодо якості медичної допомоги під час здійснення приватної підприємницької діяльності медичними організаціями будь-якої форми власності» [1, с. 706].

Більшість науковців у сфері ПУ звертає увагу на те, що особливості сектору надання МП у ЗОЗ зумовлюють специфіку формування ціни на такі послуги. Враховуючи це, зважена державна політика ціноутворення на

надання МП має передбачати як сам процес установлення цін на вказані послуги, так і управлінсько-регулюючу діяльність щодо їх надання за різних обставин і ситуацій під впливом внутрішніх і зовнішніх факторів. Такими факторами можуть бути: конкуренція, інфляція, зниження купівельної спроможності громадян тощо [22, с. 9].

На кінець хотілося б зазначити, що для того, щоб МДР надання МП у ЗОЗ ефективно «працювали» має бути створена людиноцентриська, міцна і водночас гнучка система нормативного забезпечення діяльності відповідних суб'єктів та об'єктів регулювання. Цю систему необхідно інтегрувати до складу МДР надання МП. Відповідно такі механізми повинні містити:

- організаційно-правові способи регулювання діяльності суб'єктів надання МП;
- систему регуляторних нормативних актів, що є правовою основою функціонування ЗОЗ та інших суб'єктів підприємницької діяльності у сфері надання МП;
- комплексну систему забезпечення роботи суб'єктів надання МП та всіх інфраструктурних елементів системи надання медичного обслуговування населення країни;
- принципи, важелі, функції управління ЗОЗ;
- теоретико-методологічний інструментарій, що складається із основних методів, методик й інструментів ПУ ЗОЗ та регулювання діяльністю з надання МП.

Отже, МДР надання МП у ЗОЗ є комплексом послідовних заходів, процедур й інструментів регулюючого впливу на матеріально-економічну та організаційно-правову систему надання таких послуг, як однієї із важливих складових управління ЗОЗ. На сьогодні ці заходи представленні у вигляді правового, інституційного, організаційно-адміністративного, фінансово-економічного, інформаційно-комунікаційного, політичного й інших механізмів.

2.3. Управління персоналом в закладах охорони здоров'я в умовах реформування медичної сфери та воєнного стану

Для ефективного і сталого розвитку будь-якої сфери діяльності необхідна злагоджена і результативна система УпрП, котра дає змогу якісно і продуктивно використовувати наявні людські ресурси для досягнення поставленої мети. Саме ці ресурси здатні активізувати всі інші види ресурсів.

Якщо говорити про сферу охорони здоров'я, то головна роль в успішній організації діяльності медичних закладів відводиться їх працівникам. Адже персонал є одним із найважливіших ресурсів будь-якої організації, необхідних для досягнення всіх її цілей і задач. До речі, цей термін є ширшим за поняття «кадри», оскільки об'єднує як постійних, так і тимчасових працівників, представників кваліфікованої та некваліфікованої праці [72, с. 547].

На жаль, традиційний підхід до УпрП, що наразі використовується у вітчизняних ЗОЗ не дає бажаного результату, а інколи призводить до застою чи дезорганізації в самій структурі управління відповідними закладами. Та перш ніж вести мову про недоліки в системі УпрП у ЗОЗ за сучасних умов, розглянемо більш детально що собою являє така система.

На разі відсутнє єдине бачення поняття «управління персоналом» у категоріальному апараті науки ПУ. Загально воно визначається як спрямована діяльність керівництва організації на розробку концепції, стратегій кадрової політики, методів й інструментів управління людськими ресурсами. Це системний, поетапно організований вплив на персонал через систему різних взаємопов'язаних соціально-економічних і морально-психологічних заходів, спрямованих на створення умов для нормального розвитку і використання потенціалу робочої сили в організації.

Одні дослідники у трактуванні поняття «управління персоналом» акцентують увагу на організаційному боці процесу управління, оперуючи ціллю та методами, за допомогою яких можна досягти цих цілей; інші роблять наголос

на змістовній частині, що відображує функціональний бік управління; треті взагалі вважають УпрП комплексною прикладною наукою про організаційно-економічні, адміністративно-управлінські, технічні, технологічні, правові, групові й особистісні чинники, засоби і методи впливу на персонал для підвищення ефективності в досягненні цілей організації [9, с. 7].

Окремо хотілося б навести думку В. Петюха з досліджуваного питання, який виокремив системний та комплексний підходи до визначення УпрП, що представлена на Рис. 2.4. [35, с. 23-24].

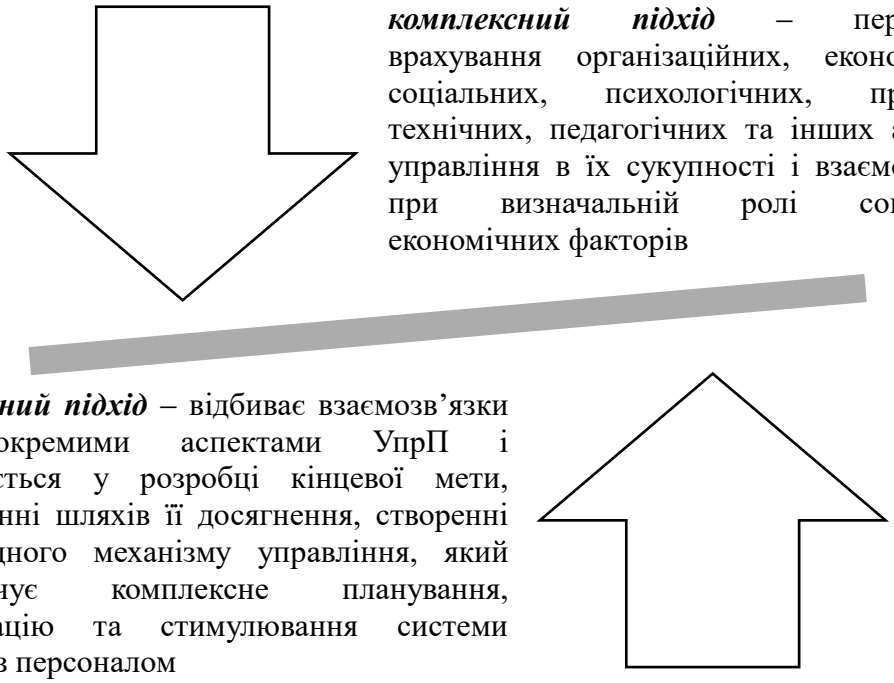


Рис. 2.4. Наукові підходи до визначення УпрП

Цікавим також, на наш погляд, є визначення О. Гугул, який вважає, що УпрП є «сукупністю способів, прийомів та методів впливу, спрямованих на виявлення та розкриття потенційних можливостей працівника на основі розширення компетенцій, підвищення якісних характеристик персоналу з метою досягнення високого рівня соціально-економічного розвитку організації» [12, с. 196]. У свою чергу, І. Продан стверджує, що класичне УпрП є «цілісною системою, яка поєднує об'єкт і суб'єкт, а також функції

управління, що реалізуються застосуванням певних методів та інструментів, проте інноваційне управління персоналом має характерні особливості – кінцевий результат діяльності, а саме не лише активізацію можливостей і потенціал, а також стимулювання інноваційної поведінки» [65, с. 64].

Крім ведених визначених досліджуваного поняття, існує ще багато інших, що мають змістовні відмінності. Проте, можна виділити три основні риси, що об'єднують більшість визначень даного терміну та, на наш погляд, складають основу процесу УпрП. По-перше, це відношення до людських ресурсів як до джерела доходів; по-другу, створення простору для роботи та розвитку кожного співробітника; по-третє, інтеграція кадрової і соціально-фінансової політики організації у загальну її стратегію діяльності.

Зважаючи на викладене ми можемо говорити про те, що УпрП у ЗОЗ є цілеспрямовано діяльністю керівництва таких закладів і відповідних служб із формування та розвитку колективу медпрацівників, а також із забезпечення соціально значущих результатів його діяльності завдяки виявленню та реалізації особистісних здібностей і якостей, професійного потенціалу та морально-мотиваційних установок кожного фахівця з метою отримання найкращих результатів їх професійно-трудової діяльності та продуктивного досягнення цілей функціонування ЗОЗ. Відповідно, ключовою метою УпрП у вказаних закладах є створення необхідної бази для наповнення кваліфікованими кадрами та організування ефективного їх використання, а також забезпечення морального, духовного і професійного розвитку кадрів.

Хотілося б звернути увагу на те, що вирішальну роль у здійсненні УпрП у ЗОЗ відіграють методи управління, які спрямовують діяльність персоналу на вирішення поставлених перед ним завдань. Такими методами є:

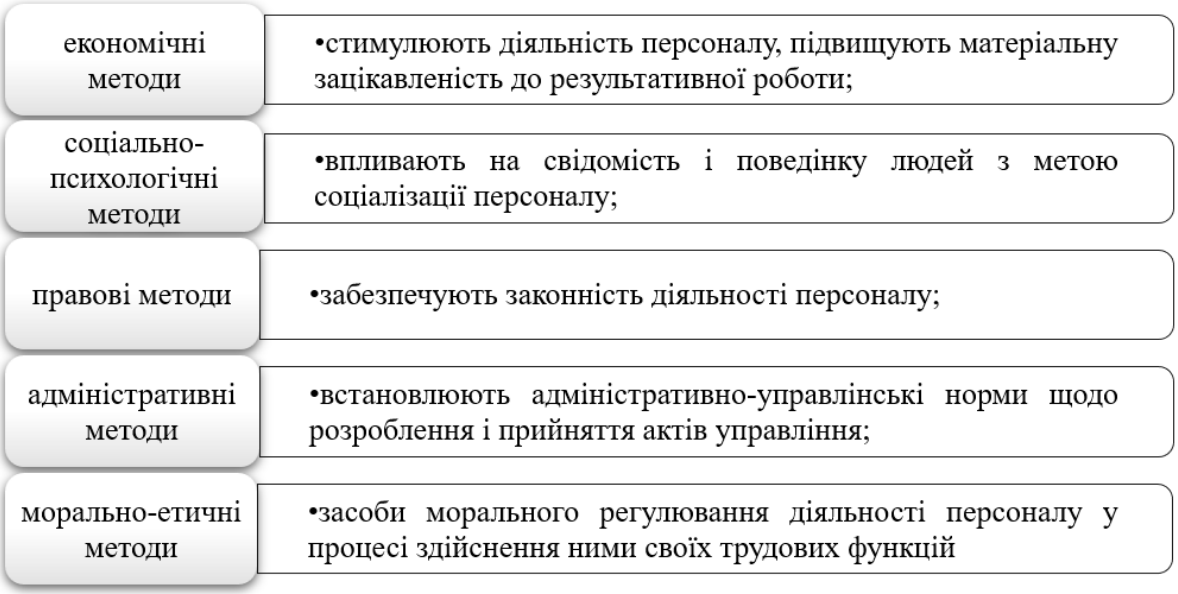


Рис. 2.5. Методи УпрП у ЗОЗ

Якщо повернутися до проблем у сучасній системі УпрП у ЗОЗ (кадровий дефіцит, фахові та територіальні диспропорції медичних кадрів тощо), то вони є актуальними не лише для Україна, а й для багатьох країн (нині у світі не вистачає в середньому 7,2 млн. фахівців медичної сфери). Свого часу, з метою вирішення зазначених проблем ВООЗ було розроблено Глобальну стратегію для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси 2030 роки, в якій визначено чотири ключові цілі (див. Додаток Ж) та підготовлено доповідь Комісії високого рівня ООН з питань зайнятості у сфері охорони здоров'я та економічного зростання «Робота в інтересах здоров'я та розвитку: інвестиції трудові ресурси охорони здоров'я». Ці два документи містять чіткий постулат про те, що «інвестиції в кадри охорони здоров'я будуть сприяти покращенню показників здоров'я та економічного розвитку і що їх не варто відносити до контрольованих витрат» [84].

Стосовно України, то жоден нормативний акт, що стосується політики УпрП у ЗОЗ, не містить цілісної стратегічної програми, яка передбачала б вирішення проблем кадрового забезпечення, концептуальних задач, механізмів та інструментів реалізації політики УпрП у ЗОЗ, хоча в них частково відображено окремі аспекти УпрП [68, с. 268]. Професійні стандарти

медичних кадрів не відповідають сучасним міжнародним вимогам та не дають змоги сформувати єдині методи встановлення нормативів, щоб вони сприяли раціональному, з економічної точки зору, використанню кадрових ресурсів у ЗОЗ. Окрім того, потребують удосконалення нормативні акти, що стосуються номенклатури спеціальностей та посад сфери охорони здоров'я і відповідних кваліфікаційних вимог до них. У той же час, необхідно переглянути, на наш погляд, вже застарілі стандарти моніторингової системи оцінки якості роботи медпрацівників, механізми прогнозування і планування кількості працівників у ЗОЗ. І це все при тому, що працівники ЗОЗ і майбутні медичні кадри мають додатковий тиск через необхідність адаптації до змін, які відбуваються в умовах повномасштабної війни та проведення реформи охорони здоров'я.

До проблем УпрП у ЗОЗ відноситься також і питання мотивації їх праці, в умовах нестачі кваліфікованих кадрів, старіння працівників та високої плинності кадрів працездатного віку. Враховуючи події за останній роки в Україні та у світі, зокрема, залучити для роботи здібних, професійно підготовлених медичних кадрів стає все більш проблематично. Очевидно, що для підвищення ефективності роботи такої категорії працівників в нашій державі потрібно покращення мотивації їх праці, матеріального і морального стимулу, що сприятиме комплексній їх самореалізації на робочому місці, підвищенню рівня професійної свідомості, бажанню працювати на державу і населення України, в цілому, а також доброчесно, якісно й оперативно виконувати трудові обов'язки.

Одним із потужних мотиваційних важелів впливу на роботу будь-якого працівника, у тому числі і медпрацівника, є заробітна плата. Цікаво, що до останнього часу розмір середньомісячної заробітної плати медичного персоналу був найнижчим серед заробітних плат інших бюджетних працівників в нашій державі. Так, наприклад, у 2019 р. середньомісячна заробітна плата працівників сфери охорони здоров'я становила трохи більше 10 тис. грн. (у 2020 р. – 10,6 тис. грн.), порівняно з більше ніж 11,1 тис. грн. у сфері освіти (у 2020 р. – більше 11,2 тис. грн.) та майже 12 тис. грн. у

сфері мистецтва, спорту, розваг та відпочинку (у 2020 р. – майже 12,3 тис. грн.). Безпосередньо середньомісячна заробітна плата лікарів у 2019 р. становила 19 тис. грн., медсестер – 11 тис. грн., інших працівників ЗОЗ 6 тис. грн. [23, с. 24-25].

Враховуючи такі цифри, кадровий голод та непрофесійність у вітчизняних ЗОЗ, Президент України видав у червні 2021 р. Указ № 261/2021 «Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності ЗОЗ та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників», на виконання якого уряд через півтора роки – 13 січня 2023 р. прийняв Постанову № 28 «Деякі питання оплати праці працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я». Цим документом Кабінет Міністрів України встановив нові фінансові гарантії для медиків, виділяючи окремо медиків, які надають спеціалізовану та екстрену медичну допомогу в зоні активних бойових дій та на прифронтових територіях (див. Таблиця 2.1) [17]. Тим самим зробивши значний крок до збереження кадрового потенціалу на таких територіях.

Таблиця 2.1

Мінімальний рівень заробітної плати медиків, які працюють на відповідній території України повний робочий день

Категорія працівників / **Тип території**	на мирних територіях	на територіях можливих бойових дій	на територіях активних бойових дій
для лікарів, фармацевтів, професіоналів у галузі охорони здоров'я та професіоналів з вищою немедичною освітою у галузі охорони здоров'я	20 тис. грн.	23 тис. грн.	28 тис. грн.
для медсестер та медбратів	13 тис. 500 грн.	15 тис. грн.	18 тис. грн.
для молодших медпрацівників	8 тис. грн.	8 тис. грн.	9 тис. грн.

Хотілося б підкреслити, що встановлений урядом рівень заробітної плати не є фіксованим і може бути збільшений керівником ЗОЗ шляхом встановлення доплат та надбавок з урахуванням складності, відповідальності

й умов виконуваної роботи, кваліфікації працівника, результатів його роботи. Тобто, якщо медичний працівник проявляє себе максимально якісно й ефективно, то він може отримати відповідну грошову винагороду. І це класна мотивація для співробітників та наочний показник для керівника закладу. Водночас, варто враховувати те, заробітна плата медпрацівників базується на єдиній сітці оплати праці. Такий тип оплати праці є фіксованим, а отже, не залежить від якості й обсягу наданих МП та медичної допомоги, тому персонал ЗОЗ отримує фіксований розмір заробітної плати навіть якщо він не виконав певного обсягу роботи. Зважаючи на такі умови, якість медичного обслуговування буде знижується, оскільки у працівників немає прагнення докладати більше зусиль під час здійснення ними діагностично-лікувальної діяльності та необхідного догляду за пацієнтами. Отже, у зв'язку з цим виникає необхідність у зміні підходу оплати праці медичних кадрів, який, на наш погляд, має передбачати об'єктивне оцінювання керівником результатів роботи своїх підлеглих та містити мотиваційну складову.

Не зважаючи на вагоме значення матеріального стимулювання роботи медичних кадрів, є й інші способи, які також заохочують до збільшення продуктивності і підвищення якості роботи. Це такі способи як: залучення персоналу до процесу управління ЗОЗ; формування сприятливого (здорового) психологічного клімату в колективі; створення умов для підвищення рівня кваліфікації працівників; формування здорової конкуренції – побудова такого середовище, в якому співробітники можуть розвиватись і підніматись по кар'єрним сходам тощо.

Окремо хотілося б звернути увагу на такий спосіб мотивації медичних кадрів як заохочення, завдяки застосуванню яких вирішуються певні завдання. Це такі завдання як: висока оцінка діяльності медичного працівника; стимулювання розвитку медичної діяльності; покращення трудової дисципліни та ін. В основу інституту заохочень покладена потреба кожної людини у визнанні, на що, власне, і спрямовано заохочення. Виходячи із цього, можна стверджувати, що заохочення впливає на внутрішній світ людини,

дозволяє реалізувати медичному працівникові його суб'єктивні, насамперед, нематеріальні, потреби.

З урахуванням зазначеного, вважаємо, що сучасна система мотивації праці персоналу ЗОЗ має будуватися виходячи з аналізу їх потреб, враховувати професійні, вікові та інші особливості співробітників, а також бути гнучкою – оперативно адаптовуватись до зовнішніх змін.

До проблем УпрП у ЗОЗ відноситься і планування людських ресурсів. Фундаментальним у процесі визначення потреб у персоналі в системі охорони здоров'я є: знання про поточну ситуацію стану робочої сили, оцінювання поточного попиту і доступності медичного персоналу, а також визначення майбутніх потреб для вирішення конкретних завдань МОЗ, яке займається загальним плануванням на національному рівні.

Ще однією проблемою є існуюча нині процедура відбору і найму кадрів у ЗОЗ – оцінювання лише кваліфікації працівника, залишаючи без уваги інші характеристики претендента на посаду [5, с. 75]. У свою чергу, діяльність кадрових служб ЗОЗ часто обмежується виключно вирішенням питань прийняття/звільнення працівників, оформленням кадрової документації. До того ж у ЗОЗ відсутні відділи (спеціалісти), які б займались плануванням кар'єри медичних працівників, розробкою системи підвищення рівня їх кваліфікації чи перепрофілювання. Враховуючи все це, ми вважаємо, що недостатня робота з кадрами є однією із ключових причин неефективності системи УпрП у ЗОЗ.

Отже, враховуючи зазначене можна узагальнити, що основними недоліками УпрП у ЗОЗ є:

- недосконала система підготовки медичних кадрів, яка не відповідає сучасним міжнародним вимогам;
- недостатнє ресурсне забезпечення підготовки медичних кадрів;
- відсутність уніфікованої системи оцінки якості й ефективності кадрової роботи, що призводить не тільки до зниження рівня УпрП, але й до появи незацікавленості медичних кадрів у результатах своєї професійної

діяльності;

- неефективність планування людських ресурсів у сфері охорони здоров'я;

- низький рівень мотивації і соціального захисту медичних працівників.

З огляду на вказані проблеми пропонуємо наступні напрями оптимізації процесу УпрП у ЗОЗ в умовах військово-реформаторських змін:

- відбір і працевлаштування фахівців за допомогою спеціально створеної методики, яка дозволяє враховувати їх професійні якості (знання, уміння, навички), особистісні характеристики, соціально-демографічні показники, соціально-побутові потреби й особливості фізичного розвитку, а також оцінювати дотримання норм (стандартів) кількості і якості праці та вимог технології трудового процесу;

- трудова адаптація працівників ЗОЗ – здійснення комплексу заходів, спрямованих на найшвидше пристосування новопризначеного фахівця до умов праці, соціального оточення, займаної посади та власного робочого місця;

- планування кар'єри – забезпечення просування по службовій «драбині» за чітко визначеною схемою замість стихійного переміщення персоналу;

- трудова мотивація персоналу – впровадження заходів спрямованих на залучення, реалізацію, розвиток та утримання висококваліфікованих кадрів, а також мотивування фахівців на розкриття власних прихованих здібностей (якостей). Це такі заходи як: використання морально-психологічних і матеріальних способів трудової мотивації медпрацівників; створення такої форми оплати праці, яка дозволить значною мірою відійти від поширеного у даний час принципу матеріальної зацікавленості («пропрацював більше – отримав більше») і наблизитися до принципу матеріальної залежності («скільки заробив – стільки й отримав») [5, с. 77-78];

- фахова підготовка медичних кадрів та підвищення рівня їх кваліфікації – створення доступних та рівноправних умов для отримання

медичними кадрами професійних знань, необхідних для їх трудової діяльності. При цьому така підготовка повинна бути спрямована на забезпечення принципу безперервності професійного навчання. Насамперед, це мають враховувати керівники ЗОЗ як у власній кадровій політиці та стратегії, адже методи розвитку кадрів можуть стати дієвим мотиваційним інструментом. Наприклад, підвищення кваліфікації, участь у міжнародних і національних конференціях, перепідготовка можуть здійснюватися за рахунок ЗОЗ для тих працівників, які показують найкращі показники роботи за підсумками атестації кадрів;

- запровадження принципів командної роботи у процесі здійснення медичного обслуговування. Одним із завдань керівників ЗОЗ є забезпечення сприятливого (здорового) психологічного клімату та командного духу у таких закладах з метою формування згуртованого трудового колективу. Це дасть змогу підвищити якість їх роботи, економічність і доцільність їх функціонування. Зокрема, мають застосуватися психологічні інструменти побудови команд, методи профілактики емоційного вигорання, а також методи побудови відносин «лікар – пацієнт», «лікар – середній і молодший персонал», «лікар – керівник» [5, с. 77-78].

Отже, на сьогодні УпрП у ЗОЗ не є досконалим та потребує суттєвої трансформації, враховуючи повномасштабну війну в Україні та наслідки від неї, а також незавершеність медичної реформи. Пропонуємо такі зміни впровадити за наступними напрямами: відбір і найм персоналу; трудова адаптація і мотивація персоналу; планування професійної кар’єри; фахова підготовка медичних кадрів та підвищення рівня їх кваліфікації; організація та посилення командної роботи.

Висновки до Розділу 2

Госпітальні округи є інструментами співробітництва об’єднаних територіальних громад для ухвалення рішень стосовно закладів вторинної медичної допомоги серед міст обласного значення, районів та самих громад, існування яких на сьогодні обґрунтовується тим, щоб сформувати спроможну мережу ЗОЗ в Україні та усунути фінансовий, інфраструктурний і кадровий дисбаланс в сфері медичного обслуговування. Однак, незважаючи на законодавче закріплення медичної децентралізації та прогресивні позиції уряду щодо реформування сфери охорони здоров’я, функціонування госпітальних округів може спричинити певні ризики, до усунення яких необхідно підходити оперативно та комплексно з метою запобігання негативних наслідків у майбутньому.

МДР надання МП у ЗОЗ є комплексом послідовних заходів, процедур й інструментів регулюючого впливу на матеріально-економічну та організаційно-правову систему надання МП, як однієї із важливих складових управління ЗОЗ. На сьогодні ці заходи представленні у вигляді правового, інституційного, організаційно-адміністративного, фінансово-економічного, інформаційно-комунікаційного, політичного й інших механізмів.

На сьогодні УпрП у ЗОЗ не є досконалим та потребує суттєвої трансформації за такими напрямами: 1) відбір і найм персоналу; 2) трудова адаптація і мотивація персоналу; 3) планування професійної кар’єри; 4) фахова підготовка медичних кадрів та підвищення рівня їх кваліфікації; 5) організація та посилення командної роботи.

РОЗДІЛ 3
УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Впровадження системи електронного управління закладами охорони здоров'я

Сьогодні електронне управління, або ще як його називають – електронне врядування, не викликає подив у суспільстві та є звичним «інструментом» при здійсненні організаційно-управлінської діяльності.

За визначенням Світового банку електронне врядування (управління) означає «використання державними органами інформаційних технологій, здатних створити умови для громадян, бізнесу, урядових організацій, за яких розширюється спектр державних послуг громадянам, покращуються взаємовідносини влади і бізнесу, зростає можливість доступу до інформації» [87, с. 78].

З позиції науки ПУ електронне управління розглядається як:

1) форма організації ПУ за допомогою інтеграції держави та її публічно-владного апарату у цифровий простір;

2) спосіб надання державою публічних послуг населенню та юридичним особам;

3) механізм організації публічної комунікації органів ПУ між собою та з фізичними і юридичними особами;

4) діяльність уряду та інших органів ПУ, інтегрована в мережу Інтернет [3, с. 33].

Одним із елементів здійснення електронного управління є надання електронних послуг, впровадження яких набуває все більшої популярності серед населення та є пріоритетним напрямом розвитку України протягом останніх років.

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про електронні довірчі послуги», електронною послугою є «будь-яка послуга, що надається через інформаційно-телекомунікаційну систему» [40]. Такі послуги полегшують повсякденне життя громадян, дозволяють заощадити час, папір та інші ресурси, необхідні для їх надання, забезпечують прозорість контактів між владою і громадянами. Окрім того, завдяки електронним послугам вирішується низка важливих питань, таких як: ефективність, безперервність, оперативність, доступність та зручність у питанні наданні публічних послуг.

Значний внесок у розвиток електронних публічних послуг в Україні було зроблено у 2010 р. зі схваленням урядом Концепції розвитку електронного урядування в Україні, в якій прописувались такі завдання як: «підвищення якості та доступності державних послуг громадян, надання дистанційних державних послуг для юридичних і фізичних осіб, створення єдиної міжвідомчої автоматизованої інфраструктури для інформаційної взаємодії державних органів та органів місцевого самоврядування» [59].

У 2017 р. уряд затвердив нову Концепцію розвитку електронного урядування в Україні, в якій акцентувалася увага на «можливостях посилення функціонування електронного урядування та зниження витрат органів влади за рахунок принципів нормативно-правового регулювання «цифровий за замовчуванням», «одноразове введення інформації» та «сумісність за замовчуванням» [60].

Наступними кроками стало прийняття низки нормативно-правових актів: «Стратегія реформування державної служби та служби в органах місцевого самоврядування в Україні до 2017 р.»; «Регламент організації взаємодії органів виконавчої влади в електронній формі»; «Типова інструкція з діловодства в міністерствах, інших центральних та місцевих органах виконавчої влади»; «Типова інструкція з документування управлінської інформації в електронній формі та організації роботи з електронними документами в діловодстві, електронного міжвідомчого обміну»; «Концепція розвитку системи електронних послуг в Україні»; «Концепція Державної

цільової програми створення та функціонування інформаційної системи надання адміністративних послуг на період до 2017 р.» та ін. Окремо варто виділити Постанову уряду № 1137 «Питання Єдиного державного веб-порталу електронних послуг та Єдиного державного порталу адміністративних послуг», котра передбачає створення та подальше функціонування нового порталу Дія (абревіатура від «Держава і я») [36]. Цей вебпортал був розроблений Міністерством цифрової трансформації України і офіційно запущений у 2020 р. Портал Дія, основне завдання якого є надання електронних послуг через електронний кабінет громадянина-користувача, став універсальною точкою доступу громадян і бізнесу до всіх електронних публічних послуг за єдиними стандартами [30, с. 120].

Завершальним етапом регулювання сфери надання електронних публічних послуг, у межах реалізації урядом стратегії цифровізації публічних послуг, стало прийняття 15 липня 2021 р. Закону України «Про особливості надання публічних (електронних публічних) послуг» № 1689-IX. Суть цього Закону полягає у максимальній відмові у сфері ПУ від паперового документообігу [54]. Відтепер тягар з оброблення та пошуку інформації і документів, потрібних для надання публічних послуг покладено на суб'єкти, які мають таки послуги надавати, тим самим спрощено процес отримання послуг для їх одержувачів.

Для реалізації положень вказаного Закону, який певною мірою має декларативний характер, уряд розробив і затвердив низку підзаконних нормативних актів, зокрема, з урахуванням повномасштабної війни в Україні. Це, наприклад, такі акти як: Постанова № 263 «Деякі питання забезпечення функціонування інформаційно-комунікаційних систем, електронних комунікаційних систем, публічних електронних реєстрів в умовах воєнного стану» від 12 березня 2022 р.; Постанова № 868 «Про затвердження Порядку надання електронних публічних послуг в автоматичному режимі» від 5 серпня 2022 р.; Розпорядження № 1191-р «Про затвердження плану заходів на 2023 рік щодо переведення публічних послуг в електронну форму» від 23 грудня 2022 р.

Враховуючи зазначене можна говорити, що із розвитком електронного управління відбувається оцифровізація процесу надання публічних послуг із використанням технологій Інтернет. Розширюється перелік публічних послуг, які можна отримати через смартфон не виходячи із дому. Не стала винятком і сфера охорони здоров'я, яка зазнає суттєвих перетворень з метою, насамперед, забезпечення прозорості, якості та результативності управління ЗОЗ.

У революційному для вітчизняної сфери охорони здоров'я Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» закладено основи для здійснення електронного управління ЗОЗ. Безпосередньо введено такі поняття як «електронна система охорони здоров'я», «центральна база даних», «електронна медична інформаційна система», «електронний кабінет», «електронна медична картка» та інші терміни, що використовуються при здійсненні електронного управління [39].

Через півроку уряд прийняв Постанову № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я», якою затвердив Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я та Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я. Перший Порядок визначає механізм функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в електронній системі охорони здоров'я відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», а другий – встановлює механізм та визначає обсяг опублікування інформації з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я.

У вказаній Постанові зазначено, що функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я впроваджуються відповідно до етапів реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення згідно з Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [16].

Наприкінці 2020 р. Кабінет Міністрів України видав Розпорядження

«Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я» з метою «формування різних умов та засад розвитку е-здоров'я в Україні, що сприятиме підвищенню якості та доступності МП, розширенню прав і можливостей пацієнтів, підвищенню ефективності управління та використання ресурсів, високому рівню поінформованості населення щодо питань здорового способу життя, профілактики захворювань тощо» [61]. Реалізація положень цієї Концепції дасть змогу суттєво вдосконалити вітчизняну систему медичного обслуговування, створити умови для розвитку ІТ-інновацій у медичній галузі та розбудувати систему електронного управління ЗОЗ (див. Додаток К).

Окремої уваги у контексті впровадження і подальшого здійснення електронного управління ЗОЗ заслуговує розробка та запровадження системи «E-Health» – електронної системи охорони здоров'я. Це екосистема «гармонічних та взаємоприйнятних інформаційних відносин усіх учасників медичного середовища держави, які базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи МП, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу та медичну освіту, знання та дослідження» [61]. Система E-Health забезпечує обмін медичною інформацією та реалізацію програми медичних гарантій населенню. Ця система складається із Центральної бази даних, адміністратором якої є державне підприємство «Електронне здоров'я» та електронних медичних інформаційних систем, які дають змогу автоматизувати роботу ЗОЗ із центральною базою даних [21].

Впровадження електронної системи охорони здоров'я здійснюється за активної участі:

- МОЗ, який безпосередньо формує нормативно-правову базу та контролює впровадження системи «E-Health»;
- НСЗУ, яка відповідає за впровадження електронної системи охорони здоров'я та є адміністратором Центральної бази даних;

- «eZdorovya» – унікальна державна ІТ-компанія, яка відповідає за цифрову трансформацію вітчизняної системи охорони здоров'я. Ця компанія адмініструє та здійснює технічну підтримку центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, розбудовує телемедичну платформу в Україні, створює портали для цифрової трансформації, формує інформаційні системи і рішення для національних проєктів, а також займається адмініструванням і побудовою ІТ-інфраструктури МОЗ. Основними цілями системи «eZdorovya» є: 1) забезпечити прозорість фінансування національної системи охорони здоров'я; 2) забезпечити можливість поступового переходу процесу надання публічних послуг у сфері охорони здоров'я в електронний формат; 3) сформувати певне бізнес-середовище для створення нових електронних сервісів, за допомогою яких будуть надаватися публічні послуги у сфері охорони здоров'я; 4) створити простір для інновацій в медицині та в системі управління сферою охорони здоров'я, а також сприяти розвитку медичного іт-ринку. До речі, за даними офіційного державного порталу «eZdorovya» станом на 1 липня 2024 р. до системи «E-Health» вже підключились: більше 16 тис. ЗОЗ, понад 35 млн громадян та 400 тис. медичних фахівців та працівників аптек;
- бізнес-структури, що відповідає за ведення електронних медичних інформаційних систем [21].

Наразі головною метою уряду є перехід до «Цифрової держави», де 100% публічних послуг будуть надаватися в режимі онлайн. Відповідно головним пріоритетом уряду у сфері охорони здоров'я є впровадження електронної системи охорони здоров'я та повноцінне її використання громадянами країни. Ця система дозволяє пацієнтам зручно та якісно отримувати послуги у сфері охорони здоров'я, а також забезпечує лікарів необхідним доступом до медичних даних пацієнтів, а керівників ЗОЗ – максимальною аналітичною інформацією для прийняття відповідних управлінських рішень. До речі, першим значним результатом роботи цієї системи стало підвищення впевненості громадян у наданні якісних публічних

послуг у сфері охорони здоров’я.

На сьогодні електронна система охорони здоров’я є найбільшою ІТ-системою країни. Вона стрімко розвивається, дозволяє позбутися паперових медичних карток та легко зберігати й аналізувати всю необхідну медичну інформацію. Так, наприклад, станом на 1 липня 2024 р. кількість внесених електронних медичних записів у систему E-Health сягнула двох мільярдів для майже 35 млн пацієнтів [21].

Отже, в Україні відбувається активне впровадження системи електронного управління ЗОЗ, що є значним кроком до прозорості, ефективності та доступності функціонування вітчизняної систем охорони здоров’я. Застосування такої системи управління значно сприяє заощадженню ресурсів, насамперед, часу та коштів, ілюструє реальний стан речей в медичній галузі (рівень напливу хворих та поширеності різних захворювань, потреби лікарень та пацієнтів тощо), забезпечує оперативне адміністрування у ЗОЗ, спрощує процедури постачання медичного обладнання і препаратів лікарням та пацієнтам, а також надання й отримання публічних послуг у сфері охорони здоров’я, шляхом їх цифровізації.

3.2. Запровадження державно-приватного партнерства як один із напрямів посилення ефективності публічного управління закладами охорони здоров’я

Сьогодні, коли в Україні триває майже третій рік війна, постійний брак коштів спонукає до пошуку альтернативних джерел фінансування вітчизняної сфери охорони здоров’я. У світі таким джерелом все частіше стає ДПП.

У широкому розумінні таке партнерство є сукупністю форм довгострокової взаємодії держави і бізнесу для вирішення суспільно значущих проблем на паритетних засадах. У вузькому значенні – це «конкретні проекти,

що реалізуються спільно державними органами і приватними компаніями на об'єктах державної та муніципальної власності» [20, с. 139]. Це твердження більше деталізує Д. Турчак, який стверджує, що ДПП є «юридично оформлена система економічних відносин між державою (муніципалітетом) та приватним підприємцем, предметом якої виступають об'єкти державної та/або комунальної власності, а також послуги, що виконуються державними і муніципальними органами, організаціями, установами і підприємцями» [79, с. 128].

Безпосередньо ДПП у системі охорони здоров'я з одного боку, дозволяє державі зменшити тягар витрат бюджету на проведення внутрішньої соціальної політики та покращення стану об'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, а з іншого – ефективно реалізовувати свої функції через контроль, регулювання і дотримання інтересів громадян. Відповідно метою ДПП у сфері охорони здоров'я є підвищення якості МП, забезпечення високої ефективності бюджетного фінансування та функціонування за рахунок залучення ресурсів у партнерів.

Питання впровадження й застосування ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні регулюють такі нормативні акти як: Закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державно-приватне партнерство», «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про публічні закупівлі»; Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства»; Розпорядження уряду «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я»; Накази Міністерства економіки України «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо застосування Методики виявлення ризиків здійснення ДПП, їх оцінки та визначення форми управління ними», «Про затвердження Методики аналізу ефективності здійснення державно-приватного партнерства» та ін.

ДПП, як одному із напрямів посилення ефективності ПУ ЗОЗ,

притаманні такі специфічні ознаки як:

1) заборона скорочення існуючої мережі державних і комунальних ЗОЗ, шляхом передання їх у відання приватному партнеру;

2) особлива структура сторін партнерських відносин, оскільки одна сторона повинна бути представлена на рівні МОЗ (для об'єктів державної власності, котрі знаходяться у його віданні) або на рівні органів місцевого самоврядування (для об'єктів комунальної власності, котрі знаходяться у їх віданні), а інша сторона – будь-яка юридична чи фізична особа;

3) необхідність збалансування соціальної і комерційної складової частини партнерських відносин (наприклад, повернення інвестиційних коштів приватного партнера здійснюється за рахунок надання платних МП населенню);

4) конституційні обмеження щодо платності послуг у ЗОЗ державної та комунальної форми власності, вичерпність переліку платних МП, які надаються у таких закладах [32].

Впровадження ДПП у сфері охорони здоров'я в Україні ґрунтується на принципах:

- законності та інституціональності – рівність перед законом усіх партнерів; рівнозначне отримання взаємної вигоди; незмінність договірних відносин та визнання партнерами розподілених між ними прав, обов'язків та відповідальності;
- прозорості – надання публічно-владними структурами повної інформації щодо розвитку медичної сфери інвесторам, концесіонерам (підприємцям, які на підставі договору отримали концесію), усім зацікавленим сторонам (стейкхолдерам), зокрема, громадським організаціям;
- змагальності – створення для усіх потенційних приватних партнерів рівноправних умов залучення до партнерства через оголошення відповідних тендерів;
- відповідальності і підзвітності – наявність економічно-правової, соціальної, соціально-екологічної відповідальності усіх партнерів перед

громадськістю, а також наявність відповідних взаємних зобов'язань, які визначені у договірному порядку;

- зрозумілості і передбачуваності – формулювання умов партнерства через механізм договірних відносин у системі кооперованих зв'язків (організації відносин з метою досягнення спільних цілей або задоволення сумісних потреб), а також забезпечення можливості їх виконання без суттєвих змін в організаційно-інституціональному середовищі;

- врахування галузевої специфіки – автори проєктів ДПП мають обов'язково зважати на особливості функціонування медичної галузі;

- економічної і фінансової сталості – визначається рівнем надання МП та ступенем задоволеності ними, що створюються у результаті партнерства, а також задовільними наслідками в інших суспільних сферах;

- гнучкості – забезпечення можливості швидкого реагування на проблеми у сфері охорони здоров'я на основі підприємницького підходу;

- соціальної рівноправності – забезпечення рівноправного доступу всіх людец (особливо малозабезпечених верств населення) до якісного й належного медичного обслуговування [79, с. 129].

До напрямів взаємодії держави та приватного сектору у контексті встановлення і налагодження партнерських відносин у сфері охорони здоров'я можна віднести наступне.

1. У виробничій сфері охорони здоров'я за приватним сектором залишається: фармацевтична діяльність, виготовлення медичного обладнання й устаткування, інструментів, засобів та допоміжних матеріалів медичного призначення (наприклад, меблі, медичний одяг, засоби особистого захисту тощо), а також питання ремонтно-будівельних робіт та реконструкції ЗОЗ.

2. У невиробничій сфері охорони здоров'я за приватним сектором залишається: засоби масової інформації медичного профілю, нетрадиційна і народна медицина, первинна (наприклад, приватні медичні кабінети); вторинна та третинна медична допомога (діагностика, лікування чи надання паліативної допомоги у приватній клініці), медичне страхування, медичні

фірми-посередники і консультанти, санаторно-курортні послуги (оздоровлення і реабілітація), медичні дослідження, наука й освіта (наприклад, створення спеціальних навчальних закладів (чи відкриття на базі профільних освітніх закладів відповідних спеціальностей, написання освітніх програм) підготовки управлінських кадрів для сфери охорони здоров'я); профілактична медицина (фізична реабілітація, лікувально-профілактичне харчування, засоби індивідуального захисту тощо).

3. Державний сектор утримує первинну (медико-санітарна допомога, інститут сімейного лікаря), екстрену медичну допомогу та медицину катастроф; медичне забезпечення оздоровлення дітей, вагітних, пенсіонерів та інвалідів; санаторно-курортне оздоровлення після складних операції та захворювань (реабілітація); контроль та управління сферою охорони здоров'я [31, с. 39-40]. Також державний сектор утримує донорську службу, проте разом у співпраці із приватним сектором. Так, у лютому 2019 р. уряд видав розпорядження «Про схвалення Стратегії розвитку національної системи крові на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації», метою якої є забезпечення рівноправного та своєчасного доступу пацієнтів до якісних і безпечних компонентів донорської крові у достатній кількості. Ця Стратегія передбачає залучення приватного бізнесу та громадськості для розвитку національної системи крові як «складову частину системи громадського здоров'я, що на загальнодержавному рівні повинна забезпечити обіг компонентів донорської крові» [62].

Сьогодні впровадження ДПП у вітчизняній сфері охороні здоров'я зумовлено розвитком договірної економіки, появу якої спричинили ринкові «провали», а саме зростання ризиків недобросовісної конкуренції, байдужість до соціальних питань, орієнтир виключно на платоспроможних громадян, відсутність реального державного контролю за якістю медобслуговування. З іншого боку, поява приватних суб'єктів у сфері охороні здоров'я є цілком закономірним прагненням до використання конкурентних стимулів у цій сфері, яка тривалий час була надцентралізованою. Метою таких дій є зменше-

ння несправедливого розподілу суспільних ресурсів, який не враховує реальні інтереси і потреби громадян, бюрократизму і волюнтаризму та, водночас, збільшення мотивації до впровадження нових медичних технологій [24].

Відповідно активне застосування ДПП у процесі здійснення ПУ ЗОЗ може сприяти досягненню цілей, поставлених перед урядом щодо здоров'язбереження, а саме: зниження смертності від керованих причин, підвищення рівня народжуваності, покращення медичного обслуговування, забезпечення доступності МП, збільшення тривалості життя та, як наслідок, загальне поліпшення стану здоров'я населення країни.

Окрім того, перевагами такого партнерства є можливість залучення коштів приватних інвесторів для розвитку державних і комунальних ЗОЗ, збереження майна у комунальній чи державній власності (наприклад, діє пряма заборона на приватизацію закладу), передача новостворених і придбаних у рамках ДПП об'єктів у державну чи комунальну власність, підвищення якості МП, а також збільшення розміру заробітної плати медичним працівникам. Вважаємо, що розвиток взаємодії державного і приватного сектора надасть можливість суттєво поліпшити ситуацію у вітчизняній сфері охорони здоров'я шляхом: оптимізації бюджетних видатків, раціонального використання наявних ресурсів, посилення ефективності ПУ ЗОЗ, покращення якості медичного обслуговування.

Досвід багатьох країн світу вже показав реальну ефективність від партнерських відносин між державною та приватним сектором у сфері охорони здоров'я. Так, наприклад, у Великій Британії дефіцит бюджетних коштів та суперечливий досвід масової приватизації призвів до появи приватної фінансової ініціативи. За 20 років її існування було реконструйовано 107 лікарень і збудовано 130 об'єктів охорони здоров'я, більшість з них перебувають в управлінні приватних інвесторів. Через деякий час цей досвід успішно перейняли такі держави як Німеччина, Швеція, Австралія, наразі він поширюється вже у Китаї, Кореї, Філіппінах, Сінгапурі. Зокрема, в Австралії розвинена практика участі приватних компаній в

реконструкції, управлінні та будівництві медичних закладів. Уряд цієї країни обрав єдиного приватного оператора для проектування, будівництва й управління новими медичними закладами та пропонує інвесторам п'ятнадцятирічні контракти під зобов'язання не створювати штучних обмежень для доступності медичної допомоги. Завдяки цьому витрати держави на будівництво лікувальних установ зменшилися на 20%, натомість кількість обслуговуваних пацієнтів зросла на 30% [78].

Іноземний досвід впровадження ДПП у сфері охорони здоров'я свідчить про його різновекторність: проектування, будівництво, експлуатація та управління інфраструктурою ЗОЗ; надання МП; розробка, виробництво і поширення нових лікарських препаратів чи вакцин, нової медичної техніки, інструментів, обладнання тощо. Вважаємо, що в Україні доречно застосовувати такий підхід в управлінні ЗОЗ, зокрема, щодо надання медичних (наприклад, лабораторні дослідження) і не МП (наприклад, комунально-господарських послуг, організації харчування у ЗОЗ, транспортних послуг, збору, знешкодження, транспортування та розміщення медичних відходів). На таких засадах може бути також побудоване технічне обслуговування медобладнання й інформаційних систем (наприклад, електронна реєстратура).

В Україні партнерські відносини між державою та приватним сектором у сфері охорони здоров'я можуть базуватися на підставі договорів у рамках публічних закупівель, договорів оренди державного та комунального майна, інвестиційних договорів, договорів про спільну діяльність, концесійних договорів тощо. До речі, відповідно до концесійного договору уповноважений орган виконавчої влади чи орган місцевого самоврядування надає на платній, строковій основі суб'єктові підприємницької діяльності право створити чи побудувати об'єкт концесії або суттєво його поліпшити та/або здійснювати його управління/експлуатацію відповідно до Закону України «Про концесію» від 3 жовтня 2019 р. № 155-IX, з метою задоволення громадських потреб [52]. Проте, саме проєкти ДПП вважаються оптимальним способом довгострокової співпраці, що задовольняє інтереси обох сторін.

На кінець хотілося б зазначити, що активне впровадження в Україні ДПП у сфері охорони здоров'я підвищить рівень децентралізації й автономності управління ЗОЗ, стане передумовою для залучення додаткових ресурсів, використання новітніх медичних технологій та форм лікування, а також вирішить інші медико-соціальні проблеми в державі.

Отже, запровадження ДПП є одним із напрямів посилення ефективності ПУ ЗОЗ в Україні. Таке партнерство базується на залученні різних видів ресурсів, котрі спрямовуються на реалізацію спільних проєктів держави і представників приватного сектору у сфері охорони здоров'я. У результаті такої співпраці покращиться якість медичного обслуговування населення і з'явиться доступність дорогих видів лікування, розшириться можливість вибору пацієнтами ЗОЗ, підвищиться рівень кваліфікації медперсоналу тощо.

Висновки до Розділу 3

В Україні відбувається активне впровадження системи електронного управління ЗОЗ, що є значним кроком до прозорості, ефективності та доступності функціонування вітчизняної систем охорони здоров'я. Застосування такої системи управління значно сприяє заощадженню ресурсів, ілюструє реальний стан речей в медичній галузі, забезпечує оперативне адміністрування у ЗОЗ, спрощує процедури постачання медичного обладнання і препаратів лікарням та пацієнтам, а також надання й отримання публічних послуг у сфері охорони здоров'я, шляхом їх цифровізації.

ДПП є взаємодією органів публічної влади і представників приватного сектору, яка спрямовується на реалізацію спільних проєктів у сфері охорони здоров'я. Дана форма відносин оформлюється на чітко встановлений термін і передбачає спільне фінансування і поділ ризиків. У результаті такої співпраці посилюється ефективність ПУ ЗОЗ.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі досліджено трансформаційні зміни у ПУ ЗОЗ України в умовах сучасності та сформульовано наступні висновки і пропозиції:

1. ПУ ЗОЗ являє собою цілеспрямовану діяльність публічно-владних установ й управлінців вищого рівня, керівників таких закладів і відповідних їх внутрішніх служб (відділів) із формування, функціонування і розвитку самих ЗОЗ, а також із забезпечення соціально значущих результатів їх діяльності, завдяки максимальному й ефективному використанню наявних у них ресурсів, виявленню та реалізації особистісних здібностей і якостей, професійного потенціалу та мотиваційних установок персоналу вказаних суб'єктів управління. Така діяльність ґрунтується на загальних і спеціальних принципах, визнаних світовою спільнотою і закріплених у національному законодавстві. Переконані, що комплексне, а не вибіркове додержання таких принципів наблизило б вітчизняну сферу охорони здоров'я на кілька кроків вперед до формування дійсно сучасної, доступної, клієнтоорієнтовної, ефективної й структурно-організованої системи охорони здоров'я в Україні.

ПУ зазначеними закладами складається із декількох компонентів, основними з яких є суб'єкт і об'єкт управління, керуючий влив, зворотні зв'язки та має чітко визначену організаційну структуру.

Нормативне забезпечення ПУ ЗОЗ представлене великою кількістю правових актів, положення яких ґрунтуються на Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я та відповідних міжнародних документах. Це законодавчі та підзаконні акти (загальнодержавного і регіонального/локального рівня), які приймалися у різні часові проміжки та, до положень яких вносились зміни, що враховували актуальну ситуацію в країні. На жаль, сьогодні є окремі питання ПУ ЗОЗ в умовах війни, які потребують додаткового нормативного врегулювання.

2. Госпітальні округи є інструментами співробітництва громад для ухвалення рішень стосовно закладів вторинної медичної допомоги серед міст обласного значення, районів та самих об’єднаних громад, використання яких наразі обґрунтовується тим, щоб сформувати спроможну мережу ЗОЗ в Україні, усунувши медичний, інфраструктурний та кадровий дисбаланс, зробити її територіально-транспортно та фінансово доступною і зручною для людей. Однак, незважаючи на законодавче закріплення медичної децентралізації та прогресивні позиції уряду щодо реформування сфери охорони здоров’я, функціонування госпітальних округів може спричинити виникнення певних ризиків, для усунення яких потрібно:

- забезпечити необхідним матеріально-фінансовим, інфраструктурним і кадровим забезпеченням для успішного реформування медичної галузі;
- завершити трансформування системи первинної та екстреної медичної допомоги;
- внести усі необхідні зміни у нормативну базу, враховуючи умови дії воєнного стану в Україні та після його скасування, з метою максимально ефективного функціонування госпітальних округів та дієвого управління ЗОЗ;
- передбачити можливість залучення додаткових джерел фінансування ЗОЗ;
- проводити масштабну роз’яснювальну роботу серед населення та налагодити комунікаційні зв’язки/канали між учасниками ПУ ЗОЗ;
- створити дієві мотиваційні важелі впливу на медичних працівників;
- організувати та фінансово забезпечити доступну, сучасну і якісну професійну підготовку керівних кадрів та інших працівників ЗОЗ;
- переглянути підхід до надання МП у ЗОЗ.

3. МДР надання МП у ЗОЗ є комплексом послідовних заходів, процедур й інструментів регулюючого (регуляторного) на матеріально-економічну та організаційно-правову систему надання МП, як однієї із

важливих складових управління ЗОЗ. На сьогодні ці заходи представленні у вигляді правового, інституційного, організаційно-адміністративного, фінансово-економічного, інформаційно-комунікаційного, політичного й інших механізмів. Застосування цих механізмів, які тісно взаємопов'язані між собою і витікають один із одного, направлено на забезпечення доступності та якості надання МП населенню.

4. УпрП у ЗОЗ є цілеспрямовано діяльністю керівництва таких закладів і відповідних служб із формування та розвитку колективу медпрацівників, а також із забезпечення соціально значущих результатів його діяльності завдяки виявленню та реалізації особистісних здібностей і якостей, професійного потенціалу та морально-мотиваційних установок кожного фахівця з метою отримання найкращих результатів їх професійно-трудової діяльності та продуктивного досягнення цілей функціонування ЗОЗ. На сьогодні таке управління не є досконалим та потребує суттєвої трансформації, враховуючи повномасштабну війну в Україні та наслідки від неї, а також незавершеність медичної реформи. Пропонуємо такі зміни впровадити за наступними напрямами: відбір і найм персоналу; трудова адаптація і мотивація персоналу; планування професійної кар'єри; фахова підготовка медичних кадрів та підвищення рівня їх кваліфікації; організація та посилення командної роботи. Окрім того, необхідно змінити підхід до оплати праці медичних кадрів, який, на наш погляд, має передбачати об'єктивне оцінювання керівником результатів роботи своїх підлеглих та містити мотиваційну складову. Переконані, що це дасть змогу зацікавити працівників у досягненні ними значних кількісних і якісних показників, а також посиленні їх персональної відповідальності стосовно надання МП.

5. ПУ ЗОЗ в Україні здійснюється в умовах постійних змін і перетворень, а останні майже три роки ще в умовах повномасштабної війни. Враховуючи таку ситуацію та соціальну надважливість нормального функціонування сфери охорони здоров'я, необхідно удосконалювати ПУ вказаними закладами, шляхом:

- активного впровадження системи електронного управління ЗОЗ, що є значним кроком до прозорості, ефективності та доступності функціонування вітчизняної систем охорони здоров'я. Вважаємо, що застосування такої системи управління значно сприятиме заощадженню ресурсів, оперативному адмініструванню у ЗОЗ, спрощенню процедури надання публічних послуг у сфері охорони здоров'я через їх цифровізації;

- посилення державно-приватних партнерських відносин. У результаті такої співпраці ЗОЗ стануть конкуренто-спроможними на ринку як суб'єкти надання послуг по здоров'язбереженню. Оскільки покращиться якість медичного обслуговування, з'явиться доступність дорогих видів лікування, розшириться можливість вибору пацієнтами медичних закладів, підвищиться рівень кваліфікації медичного персоналу, модернізується система надання публічних послуг у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андріяш В.І., Козлова Л.В., Малікіна О.А., Полякова О.А. Публічне управління та регіональний розвиток. 2020. № 9. С. 689-713.

2. Барзилович А.Д. Механізми державного регулювання надання медичних послуг в Україні. Публічне управління у сфері державної безпеки та митної справи. 2020. № 1(24). С. 86-90.

3. Берназюк О.О. Електронне урядування як особлива форма публічного управління: поняття та проблеми запровадження. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2019. Вип. 55. Том 2. С. 32-35.

4. Берсуцький Я.Г., Лєпа М.Н., Берсуцький А.Я. та ін. Прийняття рішень в управлінні економічними об’єктами: методи та моделі. Донецьк: Південно-Схід ЛТД, 2002. 276 с.

5. Борщ В.І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров’я. Економіка та управління національним господарством. 2019. Вип. 1(69). С. 73-79.

6. Булеца С.Б. Деякі аспекти поняття права на охорону здоров’я, медичну допомогу та біоетики в Україні, Словаччині та Угорщині. Матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції 19-20 квітня 2007, м. Львів. С. 38-44.

7. Верховна Рада в першому читанні прийняла закон про самоврядування у сфері охорони здоров’я [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://medplatforma.com.ua/news/79040-verkhovna-rada-v-pershomu-chitanni-priynyala-zakon-pro-samovryaduvannya-u-sferi-okhoroni-zdorovya.

8. Вступив в дію Закон про систему громадського здоров’я. Що зміниться? [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://moz.gov.ua/uk/vstupiv-v-diju-zakon-pro-sistemu-gromadskogo-zdorovja-scho-zminitsja.

9. Галенко В.П. Управління персоналом і ефективність підприємств. К: Основа, 1994. 54 с.

10. Гончаров В.М., Додонов О.В., Кириченко І.А. та ін. Управління персоналом: конспект лекцій. Ч. 1: навч. посіб. Донецьк: СПД Купріянов В.С., 2008. 148 с.

11. Госпітальні округи утворені. Що далі? [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.vz.kiev.ua/gospitalni-okrugy-utvoreni-shho-dali/.

12. Гугул О.Я. Теоретичні засади управління розвитком персоналу. Інноваційна економіка. 2013. № 6(44). С. 194-198.

13. Гуржий П.О. Концептуальні засади системи менеджменту в закладах охорони здоров'я. Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету. 2022. № 1(4). С. 30-37.

14. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. За заг. ред. М.М. Білинської, Я.Ф. Радиша. Ч. 1. К.: НАДУ, 2013. 396 с.

15. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 р. № 446 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text.

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

17. Деякі питання оплати праці працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 13 січня 2023 р. № 28 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/28-2023-%D0%BF#Text.

18. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#n13.

19. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я:

Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2010 р. № 208 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF#Text.

20. Дубок І.П. Сутність та особливості державно-приватного партнерства. Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. 2014. Вип. 2. С. 139-149.

21. Електронна система охорони здоров'я в Україні. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://ehealth.gov.ua/.

22. Євтушенко О.А. Механізми державного управління ціноутворенням в охороні здоров'я: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02; Донецький державний університет управління. Донецьк, 2006. 22 с.

23. Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації». Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». К., 2020. 135 с.

24. Камінська Т.М. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/14519/1/Kaminska_3-5.pdf.

25. Карамишев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): Монографія. Харків: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.

26. Карамишев Д.В. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали XII Всеукраїнської науково-практичної конференції 17-18 квітня 2018 р., м. Львів. С. 129-136.

27. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141.

28. Кравченко М.В. Задоволення потреб державних службовців як

один із чинників успішного впровадження нової управлінської ідеології. Вісник УАДУ. 2013. № 1. С. 95-101.

29. Лакуста Т.В. Організація системи управління персоналом на підприємствах АПК [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/16572/1/%D0%9B%D0%B0%D0%BA%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%20%D0%A2.%D0%92.pdf.

30. Лопушинський І.П., Клюцевський В.І., Момоток О.М. Особливості надання публічних (електронних публічних) послуг в умовах воєнного стану в Україні. Наукові інновації та передові технології. 2023. № 4(18). С. 110-123.

31. Мартякова О.В. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я. Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. 2011. № 13. С. 37-43.

32. Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf.

33. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf.

34. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ст. 19.

35. Петюх В.М. Управління персоналом: Навч.-метод. посіб. для самост. вивч. дисц. К.: КНЕУ, 2000. 124 с.

36. Питання Єдиного державного веб-порталу електронних послуг та Єдиного державного порталу адміністративних послуг: Постанова Кабінету Міністрів України від 4 грудня 2019 р. № 1137 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1137-2019-%D0%BF#Text.

37. Приходько В.П. Механізм державного регулювання та управління економічною безпекою. Інвестиції: практика та досвід. 2013. № 15. С. 6-8.

38. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 1 липня 2022 р. № 2347-IX. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text.

39. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. Відомості Верховної Ради України. 2018. № 5. Ст. 31.

40. Про електронні довірчі послуги: Закон України від 5 листопада 2017 р. № 2155-VIII. Відомості Верховної Рад України. 2017. № 45. Ст. 400.

41. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 1 серпня 2011 р. № 454 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text.

42. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text.

43. Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 вересня 2000 р. № 214 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0214282-00#Text.

44. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text.

45. Про затвердження Положення про систему безперервного

професійного розвитку працівників сфери охорони здоров’я: Постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text.

46. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров’я: Постанова Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text.

47. Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ: Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 20 лютого 2017 р. № 165 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17#Text.

48. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645-III. Відомості Верховної Ради України. 2000. № 29. Ст. 228.

49. Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров’я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників: Указ Президента України від 18 червня 2021 р. № 261/2021 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/261/2021#Text.

50. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я: Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/989-2000-%D0%BF#Text.

51. Про Концепцію розвитку охорони здоров’я населення України: Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text.

52. Про концесію: Закон України від 3 жовтня 2019 р. № 155-IX. Відомості Верховної Ради України. 2019. № 48. Ст. 325.

53. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я населення: Указ Президента України від 6 грудня 2005 р.

№ 1694/2005 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005#Text.

54. Про особливості надання публічних (електронних публічних) послуг: Закон України від 15 липня 2021 р. № 1689-IX [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1689-20#Text.

55. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14 листопада 2017 р. № 2206-VIII. Відомості Верховної Ради України. 2018. № 5. Ст. 32.

56. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 6 вересня 2022 р. № 2573-IX. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#n840.

57. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text.

58. Про схвалення Концепції розвитку громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#n8.

59. Про схвалення Концепції розвитку електронного урядування в Україні: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13 грудня 2010 р. № 2250-р [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2250-2010-%D1%80#Text (втратило чинність 20 вересня 2017 р.).

60. Про схвалення Концепції розвитку електронного урядування в Україні: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 вересня 2017 р. № 649-р [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/649-2017-%D1%80#Text.

61. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р

[Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text.

62. Про схвалення Стратегії розвитку національної системи крові на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 лютого 2019 р. № 120-р [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/120-2019-%D1%80#Text.

63. Про тимчасову робочу групу з питань реформування системи охорони здоров'я: Указ Президента України від 21 лютого 2020 р. № 55/2020 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/55/2020#Text.

64. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text.

65. Продан І.Р. Становлення системи управління персоналом підприємства на інноваційних засадах. Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. 2013. Вип. 776. С. 61-66.

66. Проект Закону України «Про засади державної політики охорони здоров'я» від 17 липня 2015 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=56118.

67. Проєкт Закону України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні» від 25 грудня 2023 р. № 10372 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/CardByRn?regNum=10372&conv=9.

68. Прокопець Л.В., Тодоріко І.М. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я. Демографія, економіка праці, соціальна економіка. 2020. Вип. 42. С. 267-272.

69. Руснак Л.М. Правова природа поняття «охорона здоров'я». Прикарпатський юридичний вісник. 2019. Вип. 1(26). С. 109-112.

70. Салтман Р., Фігейрас Дж. Реформи системи охорони здоров’я у Європі: аналіз сучасних стратегій. К.: Осови, 2000. 423 с.

71. Сардак О.В. Управління персонал-маркетингом: теорія та методологія: дис. … д-ра екон. наук, спец. 08.00.04 «Економіка та управління підприємствами». Донецьк: Донецький нац. ун-т економіки і торгівлі ім. М. Туган-Барановського, 2012. 408 с.

72. Словник іншомовних слів / за ред. О.С. Мельничука. 2-е вид., випр. і доп. К.: Головна редакція «Українська радянська енциклопедія» (УРЕ), 1985. 966 с.

73. Солоненко І.М., Андрейко М.М., Юсипів Р.В. Основні засади стійкого фінансування та ефективної діяльності галузі охорони здоров’я в Україні. Матеріали наук.-практ. конф. «Стратегія реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населення України на засадах медичного страхування». Ірпінь; К., 2021. С. 210-213.

74. Стандарти акредитації закладів охорони здоров’я: Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 14 березня 2011 р. № 142 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0680-11#Text.

75. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров’я від 22 липня 1946 р. Офіційний веб-портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_599.

76. Стовбан М.П., Толстанов О.К., Гбур З.В. Основні фактори впливу на розвиток ефективної взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. Український журнал медицини, біології та спорту. 2020. № 4(26). Том 5. С. 248-255.

77. Струве А. Медична реформа: уроки французької системи охорони здоров’я. Ваше здоров’я. 2015. № 11. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.vz.kiev.ua/medichna-reforma-urocuzkoyi-sistemi-oxoroni-zdorovya/.

78. Тернова С.І. Коли ДПП стане реальністю в українській медицині? Ваше здоров’я. 2021. 24 травня [Електронний ресурс]. Режим доступу:

https://www.vz.kiev.ua/chomu-derzhavno-pryvatne-partnerstvo-omynaye-vitchyznyanu-sferu-ohorony-zdorov-ya/.

79. Турчак Д.В. Суть та значення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Публічне управління та адміністрування в Україні. 2019. Вип. 10. С. 127-131.

80. Філософський енциклопедичний словник / В.І. Шинкарук (гол. редкол.) та ін. К.: Інститут філософії імені Григорія Сковороди НАН України: Абрис, 2002. 742 с.

81. Шамич О.М. Поняття та структура природного права людини на охорону здоров'я. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. 2014. № 11. С. 75-92.

82. Шульга А.А., Білоус С.П. Проблеми ефективного здійснення державного фінансового контролю в Україні на сучасному етапі та способи його удосконалення. Публічне управління та регіональний розвиток. 2018. № 2. С. 445-471.

83. Шатун В.Т. Основи менеджменту: Навч. посіб. Миколаїв: Вид-во МДГУ ім. Петра Могили, 2006. 376 с.

84. Щодо методики проведення розрахунку потреби у кадрах у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://medosvita.info/2021/01/10/%D1%83/.

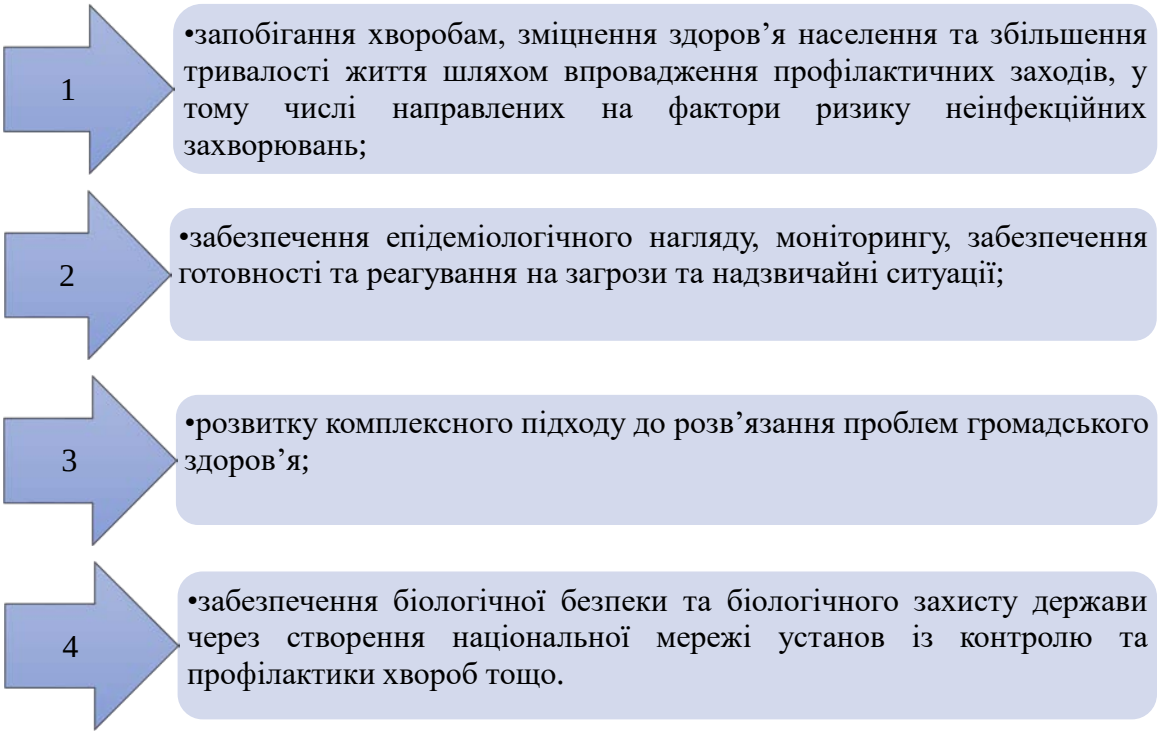
85. Юрій М.І. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. Актуальні проблеми економіки. 2019. № 8. С. 62-69.

86. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy. 2021. № 56. P. 121-204.

87. UN global e-government survey 2016: E-government in support of sustainable development. Egovernment survey. UN. N. Y., 2016. 242 p.

Додаток А

Основні напрями посилення системи охорони здоров'я відповідно до Закону України «Про систему громадського здоров'я»



Додаток Б

Умови формування і функціонування госпітальних округів в Україні

Додаток В

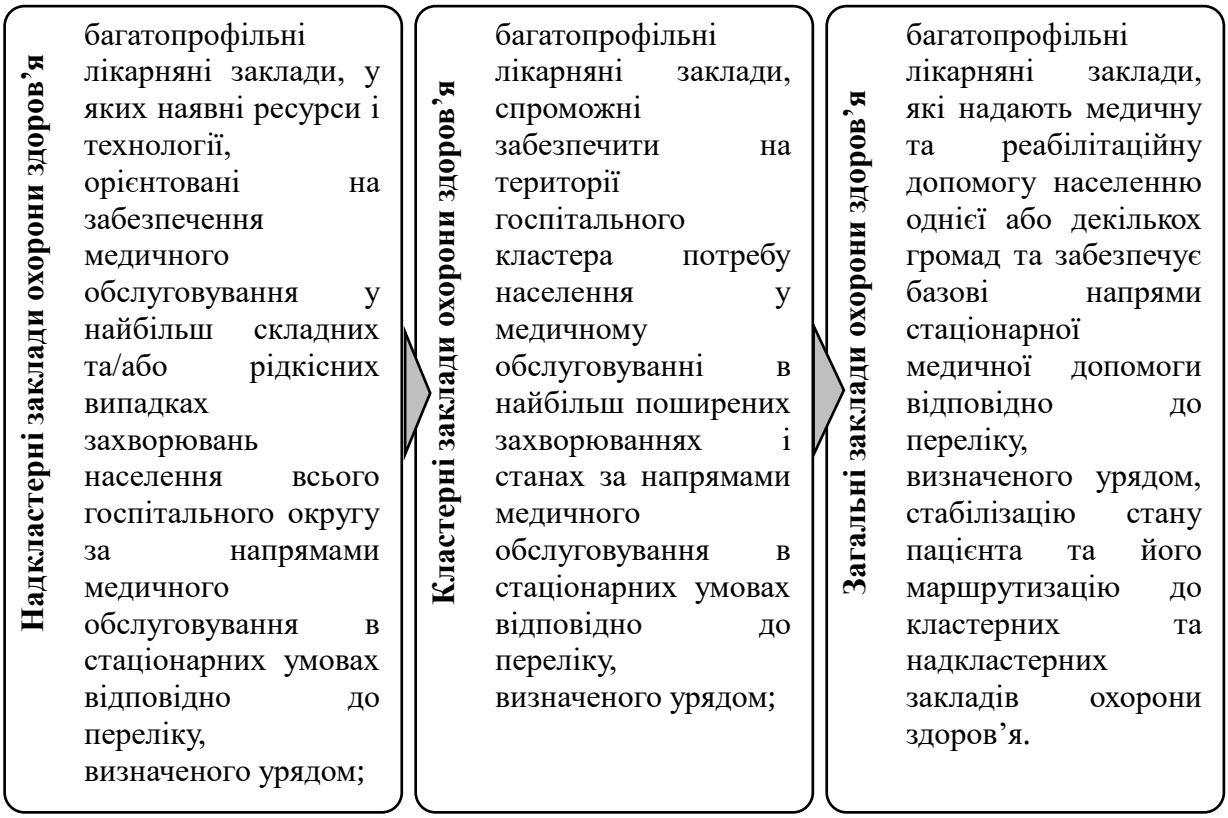
Госпітальні ради в Україні

Додаток Г

Міфи та правдиві факти про госпітальні округи в Україні

Додаток Д

Рівні закладів охорони здоров'я відповідно до третього етапу медичної реформи



Додаток Е

Критерії, які висуваються до функціонування загальних закладів охорони здоров'я

Додаток Ж

Ключові цілі Глобальної стратегії ВООЗ для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси 2030 роки

Додаток К

Очікуванні результати від реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я [61]

- удосконалити нормативно-правове забезпечення розвитку е-здоров'я;
- підвищити якість, безпечність та доступність медичних послуг;
- забезпечити розширення прав і можливостей пацієнтів, надання їм безперервної медичної допомоги, що сприятиме покращенню показників здоров'я населення України;
- забезпечити дебюрократизацію, адміністративне спрощення та зручні умови роботи для надавачів медичних послуг;
- сформувати єдиний медичний інформаційний простір та забезпечити інтероперабельність, інтегрованість і гармонійний взаємозв'язок із суміжними сферами;
- забезпечити інтеграцію до світового медичного інформаційного простору;
- створити умови для розвитку IT-інновацій, використання переваг обробки великих даних та інтелектуальних систем для прогнозування потреб охорони здоров'я, планування ресурсів у сфері;
- зміцнити кадровий потенціал у сфері охорони здоров'я та підвищити рівень цифрової компетентності медичних працівників;
- підвищити ефективність управління сферою та використання ресурсів;
- залучити громадян до піклування про власне здоров'я та контролю за якістю надання медичних послуг;
- підвищити прозорість і публічну доступність узагальнених даних щодо розвитку е-здоров'я;
- поліпшити інвестиційну привабливість, діловий клімат та конкурентоспроможність держави.