

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ "ЛЬВІВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА"

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЮКАЛО МАРІЯ ВАСИЛІВНА

УДК: 351.77:614]-044.247

ДИСЕРТАЦІЯ
РОЗВИТОК МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ
ОБСЛУГОВУВАННЯМ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ЗАСАДАХ
ІНТЕГРАЦІЙНОГО ПІДХОДУ

281 – публічне управління та адміністрування

28 – публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



М. В. ЮКАЛО

Науковий керівник: Худоба Олександра Василівна, доктор наук з державного управління, професор

АНОТАЦІЯ

Юкало М. В. Розвиток механізмів публічного управління медичним обслуговуванням населення України на засадах інтеграційного підходу. – кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування – Національний університет “Львівська політехніка”, Міністерство освіти і науки України, Львів, 2025.

У першому розділі дослідження *“Теоретико-правові основи публічного управління медичним обслуговуванням населення на засадах інтеграційного підходу”* розглянуто концептуальні положення інтеграції медичних послуг, особливості управлінських процесів у сфері охорони здоров’я та нормативно-правове забезпечення медичного обслуговування населення. Розкрито сутність інтеграційного підходу, який спрямований на координацію між різними рівнями медичної допомоги, міжсекторальну взаємодію та використання інноваційних моделей управління для підвищення ефективності системи охорони здоров’я. Доведено, що інтеграція сприяє оптимізації ресурсів, усуненню дублювання функцій та покращенню якості медичних послуг. В управлінському аспекті розглянуто наукові підходи до організації медичного обслуговування з акцентом на стратегічному управлінні, цифрових технологіях та адаптації до викликів, зокрема в умовах війни. Проведено аналіз сучасного наукового дискурсу щодо інтегрованих систем медичного обслуговування, який свідчить про щораз більшу увагу до мультидисциплінарного підходу та міжсекторального співробітництва. Нормативно-правове забезпечення досліджено в контексті його впливу на процеси реформування медичної галузі. Визначено основні правові акти, що регламентують інтеграційні процеси, вказано на прогалини в законодавстві, які можуть уповільнювати імплементацію ефективних управлінських рішень.

У другому розділі *“Інструменти міжсекторальної реалізації ресурсних механізмів публічного управління медичним обслуговуванням населення”*

зосереджено увагу на комплексному підході до інтеграції інформаційного, кадрового та фінансового механізмів, а також питання розвитку медичного туризму як додаткового джерела фінансування медичної галузі. Сфокусовано увагу на вдосконаленні інформаційного забезпечення охорони здоров'я, яке включає інтеграцію електронних медичних записів, розширення можливостей аналітичних систем та підвищення рівня цифрового управління. Оптимізація інформаційних потоків дозволяє покращити взаємодію між державним і приватним секторами та сприяє прийняттю обґрунтованих управлінських рішень. Кадровий механізм досліджено в контексті дефіциту медичних кадрів та необхідності створення стимулюючих умов для професійного розвитку фахівців. Проаналізовано інструменти інтеграції медичних працівників, що сприяють підвищенню їхньої мобільності, міжсекторальній співпраці та ефективному використанню наявного кадрового потенціалу. Фінансовий механізм розглянуто крізь призму його адаптивності до сучасних викликів, спричиненими, зокрема, умовами війни. Акцент зроблено на необхідності залучення додаткових ресурсів, розвитку міжнародного співробітництва та впровадження прозорих механізмів розподілу фінансів. Медичний туризм проаналізовано як чинник, що може сприяти модернізації медичних установ та підвищенню якості послуг, але за умови збалансованого підходу з метою уникнення негативних наслідків для національної системи охорони здоров'я.

Третій розділ *“Інноваційні підходи до стратегічного планування медичного обслуговування на засадах комплексної інтеграції”* присвячений аналізу інноваційних підходів до стратегічного планування медичного обслуговування з акцентом на комплексну інтеграцію ресурсів, управлінських механізмів і фінансових інструментів. Досліджено перспективи застосування інтеграційних моделей, що сприяють підвищенню ефективності медичних послуг та раціональному використанню наявних ресурсів.

Особлива увага приділена ефективності адаптації міжнародного досвіду щодо забезпечення стійкості системи охорони здоров'я. Доведено, що застосування стратегічних механізмів прогнозування потреб населення дозволяє

оптимізувати медичні ресурси, забезпечити рівномірний розподіл послуг і врахувати специфічні виклики, зокрема у сфері високотехнологічної медицини. Важливим аспектом є необхідність розроблення методичних підходів до оцінки потреби в окремих видах медичної допомоги, що дозволить ефективно розподіляти державне фінансування та сприяти розвитку критично важливих напрямів охорони здоров'я. Акцентовано на досвіді Великої Британії щодо формування інтегрованої мережі медичних послуг, яка забезпечує ефективну взаємодію між рівнями медичної допомоги, підвищує якість та доступність медичних послуг. Аналіз свідчить, що адаптація британських підходів до українського контексту може сприяти підвищенню ефективності використання ресурсів, покращенню координації між медичними закладами та оптимізації системи фінансування охорони здоров'я. Здійснено прогнозування потреб населення у медичному обслуговуванні як ключовому інструменту для стратегічного планування та оптимізації ресурсного забезпечення. Особливий акцент зроблено на необхідності розроблення методики оцінки потреби в допоміжних репродуктивних технологіях (ДРТ), що дозволить сформувати більш точні механізми державного фінансування та підтримки цієї сфери. Такий підхід є вкрай важливим у контексті демографічних викликів і потребує системного впровадження для забезпечення доступності репродуктивної медицини. Обґрунтовано роль публічно-приватного партнерства (ППП) у розвитку медичного обслуговування. Доведено, що використання PPP сприяє мобілізації додаткових фінансових і технологічних ресурсів, необхідних для модернізації медичної інфраструктури, розширення доступу до якісних послуг і покращення їхньої якості. У цьому контексті британський досвід є цінним орієнтиром для України, оскільки демонструє ефективні моделі взаємодії держави та бізнесу у сфері охорони здоров'я.

Ключові слова: публічне управління, управління системою охорони здоров'я, медичні послуги, інтеграція, інформаційний механізм, фінансовий механізм, медичне обслуговування, державно-приватне партнерство, стратегічне планування, медичний туризм, соціально-економічні виклики.

SUMMARY

Yukalo M. V. Development of public administration mechanisms for healthcare services in Ukraine based on an integrative approach. Qualifying scientific work on the rights of manuscript.

Thesis for a candidate degree of Doctor of Philosophy, specialty 281 – Public management and administration. – Lviv Polytechnic National University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Lviv, 2025.

The first chapter of the study "Theoretical and legal foundations of public governance in medical services based on an integration approach" examines the conceptual principles of medical service integration, the specific features of management processes in the healthcare sector, and the regulatory framework for medical service provision. The essence of the integration approach is revealed, focusing on coordination between different levels of healthcare, intersectoral interaction, and the use of innovative management models to enhance the efficiency of the healthcare system. It is proven that integration contributes to resource optimization, eliminates functional duplication, and improves the quality of medical services.

From a managerial perspective, the study explores scientific approaches to the organization of medical services, emphasizing strategic management, digital technologies, and adaptation to challenges, particularly in wartime conditions. A review of contemporary scientific discourse on integrated healthcare systems indicates increasing attention to a multidisciplinary approach and intersectoral collaboration. The regulatory framework is examined in the context of its impact on healthcare sector reforms. Key legal acts regulating integration processes are identified, and gaps in legislation that may hinder the implementation of effective management decisions are highlighted.

The second chapter "Instruments for intersectoral implementation of resource mechanisms in public governance of medical services" focuses on a comprehensive approach to integrating informational, human resource, and financial mechanisms, as well

as the development of medical tourism as an additional source of healthcare financing. Attention is given to improving health information systems, including the integration of electronic medical records, expanding the capabilities of analytical systems, and enhancing the level of digital governance. Optimizing information flows allows for improved interaction between the public and private sectors and facilitates informed managerial decision-making.

The human resource mechanism is examined in the context of the shortage of medical personnel and the need to create stimulating conditions for professional development. The study analyzes integration tools for medical professionals that enhance their mobility, foster intersectoral cooperation, and ensure the efficient use of available human resources. The financial mechanism is considered through the lens of its adaptability to modern challenges, particularly those arising from wartime conditions. Emphasis is placed on the necessity of attracting additional resources, developing international cooperation, and implementing transparent financial distribution mechanisms.

A separate focus is given to the efficient use of public funds and collaboration with the private sector within the framework of public-private partnerships. Medical tourism is analyzed as a factor that can contribute to the modernization of medical institutions and the improvement of service quality, provided that a balanced approach is taken to avoid negative consequences for the national healthcare system.

The third chapter "Innovative approaches to strategic planning of medical services based on comprehensive integration" is dedicated to analyzing innovative approaches to strategic planning in medical services, focusing on the comprehensive integration of resources, management mechanisms, and financial instruments. The study examines the prospects of applying integration models that enhance the efficiency of medical services and ensure the rational use of available resources.

Particular attention is given to the effectiveness of adapting international experience to ensure the resilience of the healthcare system. It is demonstrated that the application of strategic forecasting mechanisms for population needs allows for the

optimization of medical resources, the equitable distribution of services, and the consideration of specific challenges, particularly in high-tech medicine.

An important aspect is the need to develop methodological approaches for assessing the demand for specific types of medical care, which would enable the efficient allocation of public funds and foster the development of critically important healthcare sectors. Special attention is given to the experience of the United Kingdom in forming an integrated healthcare service network, which ensures effective coordination across healthcare levels, improves quality, and increases the accessibility of medical services. The analysis indicates that adapting the UK's approaches to the Ukrainian context could enhance resource efficiency, improve coordination among medical institutions, and optimize healthcare financing.

Forecasting population healthcare needs is identified as a key tool for strategic planning and resource optimization. Special emphasis is placed on the need to develop a methodology for assessing the demand for assisted reproductive technologies, which would enable the establishment of more precise public funding mechanisms and support for this sector. This approach is particularly critical in the context of demographic challenges and requires systematic implementation to ensure the accessibility of reproductive medicine.

The role of public-private partnerships (PPP) in the development of medical services is substantiated. It is proven that the use of PPP contributes to mobilizing additional financial and technological resources necessary for modernizing medical infrastructure, expanding access to high-quality services, and improving their quality. In this context, the British experience serves as a valuable reference for Ukraine, demonstrating effective models of state-business interaction in healthcare.

Keywords: public governance, healthcare system management, medical services, integration, informational mechanism, financial mechanism, medical service provision, public-private partnership, strategic planning, medical tourism, socio-economic challenges.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, у яких опубліковані основні результати дисертації

Публікації у наукових фахових виданнях України

1. Юкало М.В. Етичні засади формування державної політики організації надання медичних послуг. 2021. Демократичне врядування. Вип 2 (28). Взято з: <https://science.lpnu.ua> (DOI: <https://doi.org/10.33990/2070-4038.28.2021.250441>).
2. Юкало, М. В. (2023). Інновації у правовому механізмі публічного управління державно-приватним партнерством у галузі охорони здоров'я в Україні. *Ефективність державного управління*, 3(76/77), 57–61. Взято з: <https://doi.org/10.36930/507609>
3. Юкало, М. В. (2024). Нормативно-правовий механізм організації медичного обслуговування населення в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування* №4 (43) 2024. Взято з: <http://www.customs-admin.umsf.in.ua/archive/2024/4/17.pdf>
4. Худоба, О. В., Юкало, М. В. (2024). Управлінські аспекти інтеграції медичної статистики та інформаційних систем для ефективного планування ресурсів в системі охорони здоров'я. *Економічний простір* № 196/2024 р. Взято з: <https://economic-prostir.com.ua/article/196-upravlinski-aspekty-integracziyi-medychnoyi-statystyky-ta-informacziynyh-system-dlya-efektyvnogo-planuvannya-resursiv-v-systemi-ohorony-zdorovya/>

Особистий внесок автора: обґрунтовано роль інформаційних систем у стратегічному плануванні ресурсів системи охорони здоров'я, запропоновано підходи до удосконалення інформаційного забезпечення для підвищення ефективності управлінських рішень.

Внесок Худоби О. В.: систематизовано чинники, що впливають на ефективність використання інформаційних ресурсів, та визначено напрями їх оптимізації для підтримки прийняття управлінських рішень; сформульовано пропозиції щодо впровадження сучасних ІТ-рішень для підвищення прозорості та оперативності планування в системі охорони здоров'я.

Публікації у періодичному науковому виданні іншої держави, яке входить до Організації економічного співробітництва та розвитку та/або Європейського Союзу, яке індексується у наукометричній базі Web of Science

5. Kalashnyk, N., Yukalo, V., Yukalo, M., Meduna, B., & Hukova-Kushnir, H. (2022). Changing public policy emphasis: Aspects of ethics and publicity in health care. *AD ALTA: Journal of Interdisciplinary Research*, 12(1), 240–243. Retrieved from http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/120125/papers/A_43.pdf

Особистий внесок автора: дослідження розвитку механізмів публічного управління медичним обслуговуванням, зокрема, як державні органи можуть сприяти підвищенню якості медичних послуг через прозорість у фінансуванні, раціональне використання ресурсів та модернізацію системи охорони здоров'я; аналіз викликів реформування галузі в контексті пандемії COVID-19; дослідження державного фінансування медичних послуг, розподілу коштів через Національну службу здоров'я України та переходу до моделі «гроші йдуть за пацієнтом».

Внесок Медуни Б.: дослідження принципу публічності в управлінських рішеннях, обґрунтування його важливості у сфері публічного управління та медичного обслуговування; аналіз способів забезпечення громадського доступу до інформації про реформування системи охорони здоров'я, включно з оцінкою правових нововведень, прогнозами експертного середовища та міжнародним досвідом; дослідження проблеми врівноваження публічності та права громадян на приватність, що є ключовим аспектом у регулюванні державних механізмів медичного обслуговування; дослідження ефективності правових інструментів, що забезпечують публічність у сфері охорони здоров'я (зокрема залучення громадськості до процесу прийняття управлінських рішень та їхньої оцінки).

Внесок Калашник Н.: аналіз публічного управління у сфері охорони здоров'я, обґрунтування необхідності збалансованого врахування інтересів різних соціальних груп; дослідження взаємозв'язків між державним регулюванням, приватними медичними ініціативами та потребами населення; висвітлення

проблеми забезпечення рівного доступу до медичних послуг, особливо в умовах реформування системи охорони здоров'я, зокрема децентралізації.

Внесок Юкало В.: дослідження біоетичних аспектів у сфері медичних послуг, з акцентом на важливості дотримання етичних норм у прийнятті державно-управлінських рішень щодо охорони здоров'я, зокрема розвитку програм допоміжних репродуктивних технологій; дослідження питання балансу між правом громадян на доступ до медичної допомоги та моральними аспектами надання послуг, зокрема в контексті надання платних медичних послуг; аналіз міжнародних підходів до біоетики, включно з положеннями Міжнародного кодексу медичної етики, що регламентують відповідальність лікарів перед пацієнтами, колегами та суспільством.

Внесок Гукової-Кушнір Г.: аналіз взаємозалежності між рівнем підготовки медичних кадрів та ефективністю реформування системи охорони здоров'я в Україні; обґрунтування необхідності удосконалення програм підготовки лікарів відповідно до європейських стандартів та підвищення професійних вимог до медичного персоналу; аналіз механізмів державного регулювання професійної сертифікації лікарів та заходів для забезпечення їхньої постійної кваліфікаційної підготовки).

6. Yukalo, V., & Yukalo, M. (2020). Right to Health under the Pandemic Conditions: Individual - State Cooperation and Interconnectedness. *Postmodern Openings*, 11(1Supl2), 177-187. Взято з: <https://doi.org/10.18662/po/11.1sup2/> 150

Особистий внесок автора: проаналізовано інформаційний механізм публічного управління медичним обслуговуванням населення у контексті пандемії COVID-19, обґрунтовано необхідність інтеграції державного та приватного секторів для забезпечення доступності медичних послуг та мінімізації дискримінаційних бар'єрів.

Внесок Юкало В.: розкрито концептуальні засади співпраці індивіда та держави у реалізації права на охорону здоров'я в умовах пандемії; обґрунтовано підходи до мінімізації соціальних ризиків та дискримінаційних бар'єрів при наданні медичних послуг; визначено принципи забезпечення доступності та рівності в

охороні здоров'я через ефективну комунікацію, правові гарантії та соціальну відповідальність держави у кризових ситуаціях.

Опубліковані праці апробаційного характеру

7. Юкало М.В. Надання медичних послуг населенню на регіональному рівні. Розвиток публічного управління в Україні [Текст] : матер. наук.- практ. конф. за міжнар. уч. (23 – 24 квітня 2020 р., м. Львів) / за наук. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2020. – 304 с. – ISBN 978-617-644-053-6 С. 197-200

8. Yukalo Maria. Changing the policy of medical ethics in the provision of paid services. 3-rd *International Ethics Congress* October 10-12, 2021 Ankara, Turkey. pp. 124-125

9. Юкало М.В. Зміни в етичній інфраструктурі надання медичних послуг у контексті воєнних дій в Україні. Перспективи розвитку науки і практики публічного управління України в пост воєнний період [Текст]: матер. наук.-практ. конф. (12 травня 2022 р., м. Львів) / за наук. ред. проф. П. М. Петровського. – Львів: НУ “Львівська політехніка”, 2022. – 88 с. С. 78-80

10. Юкало М.В. Роль приватних надавачів медичних послуг в реорганізації системи охорони здоров'я. Європейська інтеграція та трансформація публічного врядування в Україні: матер. наук.-практ. конф. (19 квітня 2024 р., м. Львів) / упорядн.: Буник М. З., Бліщук К. М., Федорчак О. В, Худоба О. В. – Львів: НУ “Львівська політехніка”, 2024. – 282 с.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	14
ВСТУП.....	15
 РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ НАСЕЛЕННЯ НА ЗАСАДАХ ІНТЕГРАЦІЙНОГО ПІДХОДУ.....	23
1.1. Концептуальні положення інтеграційного підходу до організації медичного обслуговування населення.....	23
1.2. Управлінський вимір медичного обслуговування населення в науковому дискурсі	46
1.3. Нормативно-правове забезпечення медичного обслуговування населення.....	58
Висновки до розділу 1.....	74
 РОЗДІЛ 2. ІНСТРУМЕНТИ МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕСУРСНИХ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ НАСЕЛЕННЯ.....	77
2.1. Механізм інформаційної взаємодії в публічному управлінні медичним обслуговуванням	77
2.2. Правові інструменти кадрового механізму в медичному обслуговуванні.....	89
2.3. Адаптація механізму фінансування медичного обслуговування до умов воєнного стану.....	107
2.4. Медичний туризм як інтегруючий фактор розширення доступу до медичного обслуговування через розвиток ресурсних механізмів...	126
Висновки до розділу 2.....	144

РОЗДІЛ 3. ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НА ЗАСАДАХ КОМПЛЕКСНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ.....	148
3.1. Формування інтегрованої мережі медичного обслуговування: британський досвід для України.....	148
3.2. Прогнозування потреб населення у медичному обслуговуванні для оптимізації ресурсного забезпечення, інтеграції медичних послуг та розвитку системи охорони здоров'я.....	175
3.3. Удосконалення механізмів публічно-приватного партнерства для інтеграції ресурсів у розвиток медичного обслуговування.....	197
Висновки до розділу 3.....	214
ВИСНОВКИ.....	217
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	222
ДОДАТКИ.....	255

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	—	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДГСП (VCSE)	—	організація добровільного громадського та соціального підприємництва
ДРТ	—	допоміжні репродуктивні технології
ЕСОЗ	—	електронна система охорони здоров'я
ІМД	—	інтегрована медична допомога
ІРО	—	інтегрована рада обслуговування
ІСР	—	інтегровані стратегії розвитку
ІММО	—	інтегровані мережі медичного обслуговування
МІС	—	медичні інформаційні системи
МОЗ	—	Міністерство охорони здоров'я України
НСЗУ	—	Національна служба здоров'я України
ПМСД	—	первинна медико-санітарна допомога
РІМО	—	ради інтегрованого медичного обслуговування
ЦБД	—	центральна база даних
СQC	—	комісія з якості догляду
HW Alliance	—	Альянс здоров'я та добробуту
NHS (National Health Service)	—	Національна служба охорони здоров'я (Велика Британія)

ВСТУП

Актуальність теми зумовлена комплексною трансформацією сфери охорони здоров'я, що відбувається в умовах воєнного стану, децентралізації та впровадження нових управлінських підходів, які за останнє десятиліття посилювалися під впливом зовнішніх і внутрішніх криз. Починаючи з пандемії COVID-19, українська система охорони здоров'я опинилася під подвійним тиском – епідеміологічним і воєнним. Повномасштабна війна, що супроводжується руйнуванням інфраструктури, переміщенням населення та загрозами для медичного персоналу, додатково загострила системні недоліки, виявлені ще в мирний час. У цих умовах постало нагальне питання про ефективність механізмів публічного управління сферою охорони здоров'я, їхню здатність до швидкого реагування, стійкість і взаємодію на всіх рівнях – від центральної влади до громад.

Реалії сьогодення вимагають переосмислення базових підходів до публічного управління медичною галуззю. Саме інтеграційний підхід дає змогу розглядати систему охорони здоров'я як комплексну взаємопов'язану мережу, де важливою є не лише ефективність кожного її елементу, а й якість взаємодії між ними. Це стосується як співпраці між державними структурами та органами місцевого самоврядування, так і між медичними установами різного профілю, секторами фінансування, джерелами даних, інституціями з соціального захисту та громадськими організаціями. Такий підхід узгоджується з глобальними тенденціями і принципами «здоров'я у всіх політиках», і рекомендований ВООЗ як ефективний.

Проблеми координації, дублювання функцій, нерівномірного фінансування, неузгодженості статистичних показників та складності планування послуг на рівні громад потребують вирішення через впровадження єдиних, прозорих і гнучких механізмів управління. У центрі таких змін повинна бути інформаційна інтеграція – можливість безперервного обміну достовірними даними між усіма рівнями управління та секторами. Її доповнюють кадрова і фінансова інтеграція, що дозволяють здійснювати оперативний перерозподіл ресурсів відповідно до

актуальних потреб населення, уникати дублювання послуг та мінімізувати регіональні диспропорції.

Реалізація інтеграційного підходу також відкриває можливості для стратегічного розвитку охорони здоров'я з урахуванням міжнародного досвіду. Успішні моделі партнерства між державою, місцевим самоврядуванням і приватними інвесторами дозволяють не лише модернізувати медичну інфраструктуру, а й розвивати пріоритетні напрями, зокрема в галузі реабілітації, психічного здоров'я, допоміжних репродуктивних технологій. З огляду на демографічну кризу, яку загострила війна, особливу актуальність набуває впровадження нових механізмів оцінки потреб населення у медичних послугах, що враховують як поточну, так і перспективну потребу, у тому числі на рівні територіальних громад.

У науковій площині проблема інтеграції механізмів публічного управління медичним обслуговуванням населення є недостатньо розробленою. Попри наявність праць, присвячених окремим реформам, типам управлінських рішень або секторальним моделям, системний і міждисциплінарний аналіз публічного управління у сфері охорони здоров'я з урахуванням інтеграційного підходу в умовах війни та децентралізації практично відсутній. Саме це і формує високий ступінь наукової, практичної й соціальної значущості дослідження. Йдеться не лише про теоретичне осмислення сучасних процесів, а й про пошук прикладних рішень для зміцнення стійкості медичної системи України та її здатності адаптуватися до складних викликів.

У цьому контексті актуальним завданням є розроблення та впровадження ефективних механізмів публічного управління медичним обслуговуванням населення, які ґрунтуються на принципах інтеграції, міжвідомчої взаємодії та цифрової трансформації, що дозволить підвищити доступність, якість і стійкість системи охорони здоров'я України.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження проведено в межах науково-дослідних робіт Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при

Президентіві України, зокрема за темою: “Об’єднані територіальні громади: концепція відповідальності та спроможності” (ДР №0119U100911, ДО №0221U103957), у якій авторка як виконавець досліджувала вплив соціально-економічних чинників на розвиток медичних послуг на рівні громади; Інституту адміністрування, державного управління та професійного розвитку Національного університету «Львівська політехніка» за темою: «Наукові засади забезпечення сталого розвитку територіальних громад і територій в умовах національних викликів та повоєнного відновлення України» (ДР № 0124U000016), в межах якої авторкою розроблено та запропоновано: концептуальну модель інтегрованого підходу до публічного управління системою медичного обслуговування у процесі сталого розвитку територіальних громад, яка враховує взаємозв’язок медичних, соціальних та адміністративних механізмів у контексті децентралізації та післявоєнного відновлення інфраструктури громад.

Мета і завдання дослідження. Мета дослідження полягає в обґрунтуванні теоретичних засад і розробці практичних пропозицій, спрямованих на вдосконалення механізмів публічного управління стратегічним розвитком медичного обслуговування населення України.

Для досягнення визначеної мети сформовано такі завдання:

- проаналізувати теоретико-правові засади публічного управління медичним обслуговуванням населення, дослідивши сутність основних понять і визначень, що використовуються в процесі нормування його правових та організаційних аспектів;
- обґрунтувати інтеграційний підхід до розвитку ресурсних механізмів публічного управління медичним обслуговуванням населення та проаналізувати його вплив на взаємодію між публічним і приватним секторами;
- визначити напрями удосконалення функціональних механізмів публічного управління медичним обслуговуванням, зосереджуючи увагу на інформаційній взаємодії, кадровому забезпеченні та фінансуванні з урахуванням сучасних умов воєнного стану;

- визначити напрями розширення можливостей медичного туризму як інструменту залучення додаткових ресурсів у систему медичного обслуговування населення через застосування інноваційних рішень у сфері інформаційного, кадрового та фінансового забезпечення;
- розробити методику комплексної оцінки потреб населення у медичному обслуговуванні, з урахуванням її значення для визначення пріоритетних напрямів розвитку системи охорони здоров'я;
- сформулювати інноваційні напрями до стратегічного планування медичного обслуговування населення, спрямовані на покращення доступності та якості медичних послуг.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, що виникають в процесі медичного обслуговування населення.

Предмет дослідження – механізми публічного управління розвитком медичного обслуговування населення на засадах інтеграційного підходу в Україні.

Методологія дослідження розглядалася як сукупність наукових підходів і методів, що гарантували досягнення визначених у дисертації мети й завдань, спрямованих на управління стратегічним розвитком медичного обслуговування у теоретичному та прикладному вимірах.

Методологічною основою дослідження став системний підхід, що дав змогу розглянути керуючу систему і керовані підсистеми як цілісний комплекс організації медичного обслуговування; компаративний та логіко-семантичний методи слугували дослідженню категорійно-понятійного апарату дисертаційного дослідження.

Методологія дослідження ґрунтується на поєднанні теоретичного та емпіричного рівнів аналізу, що забезпечило цілісне осмислення механізмів публічного управління стратегічним розвитком системи медичного обслуговування населення в Україні. На теоретичному рівні дослідження було зосереджене на аналізі трансформацій у сфері охорони здоров'я в умовах децентралізації, війни та зростаючої потреби у міжсекторальній взаємодії. Вивчення сучасної наукової літератури й міжнародного досвіду, зокрема моделей

інтегрованих систем медичного обслуговування у Великій Британії, V, дозволило виокремити напрямки адаптації найкращих практик до українських реалій. Застосовано такі методи, як аналіз, індукція, узагальнення, контент-аналіз нормативно-правових актів, а також прогностичний метод, який дозволив оцінити потенційний вплив запропонованих рішень на стійкість системи охорони здоров'я.

На емпіричному рівні дослідження здійснено аналіз практичних аспектів функціонування управлінських механізмів на національному та місцевому рівнях. Використано статистичні методи для оцінки демографічної ситуації, динаміки захворюваності, кадрового забезпечення та фінансових показників, а також метод семантичного аналізу – для вивчення впливу інформаційного середовища на ухвалення рішень у сфері охорони здоров'я. Ефективність запропонованої інтегративної моделі оцінювалася за допомогою методу експертних оцінок, що надало можливість врахувати думку практиків охорони здоров'я та представників органів публічної влади.

Джерельну базу дослідження склали чинні законодавчі та нормативно-правові акти України, офіційні статистичні матеріали МОЗ, НСЗУ та Державної служби статистики, аналітичні документи органів охорони здоров'я, а також публікації ВООЗ, Європейського Союзу, ООН. У роботі широко використано наукові публікації вітчизняних і зарубіжних авторів, що дозволило обґрунтувати практичні рекомендації та забезпечити високий ступінь достовірності отриманих результатів. Методологія дослідження поєднує академічну ґрунтовність із прикладним спрямуванням, створюючи підґрунтя для стратегічного реформування системи медичного обслуговування населення.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у вирішенні актуального наукового завдання – розроблення ефективних механізмів публічного управління медичним обслуговуванням населення на засадах інтеграції, міжвідомчої взаємодії та цифрової трансформації, що сприятимуть підвищенню доступності, якості та стійкості системи охорони здоров'я України. Найсуттєвіші результати, які містять наукову новизну та виносяться на захист, полягають у такому:

Уперше:

- обґрунтовано інтеграційний підхід до розвитку механізмів публічного управління медичним обслуговуванням населення, що передбачає їх комплексне поєднання з метою посилення взаємодії та підвищення ефективності співпраці між суб'єктами публічного та приватного секторів сфери охорони здоров'я;

- запропоновано комплексну методику оцінки потреб населення у медичному обслуговуванні на основі інтегрованого показника, сформованого шляхом моніторингу широкого спектра даних за ключовими пріоритетами охорони здоров'я; особливу увагу приділено визначенню потреби в допоміжних репродуктивних технологіях як стратегічному напрямі демографічної політики держави. Такий підхід забезпечує можливість оцінки ефективності управлінських рішень, прогнозування потреб у медичних послугах і ресурсах, а також проведення міжрегіонального та динамічного аналізу.

Удосконалено:

- понятійний апарат у сфері управління системою охорони здоров'я, зокрема запропоновано авторські визначення таких основних термінів, як “медичне обслуговування”, “інтегрована мережа медичного обслуговування” та “медична послуга” з врахуванням норм чинного законодавства для уникнення правових колізій, а також в науковий обіг введено нові терміни: “кадрова інтеграція,” “інформаційна інтеграція”, “фінансова інтеграція” та “міжсекторальна інтеграція,” які розширюють традиційні уявлення про співпрацю та координацію функціонування різних секторів системи охорони здоров'я;

- підходи до управління системою охорони здоров'я через розвиток медичного туризму, який запропоновано класифікувати на два види: альтернативний та вимушений. Така диференціація дає змогу чітко визначити цілі, стратегії та напрями управлінських заходів, спрямованих на зміцнення стійкості та підвищення якості медичних послуг, а також на інтеграцію додаткових ресурсів у національну систему охорони здоров'я, що сприятиме її фінансовій та інфраструктурній стійкості;

– правові інструменти кадрового механізму в медичному обслуговуванні населення, зокрема обґрунтовано доцільність запровадження ліцензування лікарів, що, на відміну від чинних норм, сприятиме розвитку кадрового потенціалу, посиленню конкуренції серед медичних фахівців, а отже, підвищенню якості медичного обслуговування.

Набули подальшого розвитку:

– теоретичні положення публічного управління розвитком інтегрованих мереж медичного обслуговування на основі врахування концепції загального охоплення медичними послугами ВООЗ під час стратегічного планування, які, на відміну від існуючих, акцентують увагу на необхідності комплексного підходу до забезпечення доступності, якості та ефективності медичних послуг для всіх верств населення.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що основні положення та результати дослідження, сформульовані висновки, наукові рекомендації можуть слугувати базисом для розробки інноваційних механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні. Вони дозволяють поглибити знання про зміст процесів регулювання приватним сектором, досягнення балансу інтересів між зацікавленими суб'єктами публічно-управлінських відносин у цій сфері, тому будуть корисними у публічному обговоренні законопроектів щодо державного регулювання різних аспектів державно-приватної взаємодії, підготовці лекційних курсів із публічного управління та адміністрування, реформування галузі охорони здоров'я, правознавства та інших суспільних дисциплін.

Окремі положення дисертаційної роботи використано в практичній діяльності різних установ: Виконавчий комітет Стрийської міської ради (довідка від 29.01.2025 року № 03-20/47-1; Львівського регіонального клінічного перинатального центру (довідка від 06 січня 2025 року) та державної установи “Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України” (довідка від 18.02.2025 №873/01)

Теоретичні положення та розробки в межах дослідження, зокрема ті, що характеризують його наукову новизну та практичне значення результатів, отримані автором особисто.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та висновки дисертаційного дослідження були представлені у доповідях та обговоренні на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях: “Розвиток публічного управління в Україні (23 - 24 квітня 2020 р., м. Львів); “Перспективи розвитку науки і практики публічного управління України в поствоєнний період” (12 травня 2022 р., м. Львів); II International Scientific and Practical Conference “World science priorities” (February 02 - 03, 2023, Vienna. Austria); Міжнародна науково-практична конференція “Глобалізаційні виклики: урядування майбутнього” (26-27 травня 2023 року, м.Київ); International Conference on Global Practice of Multidisciplinary Scientific Studies-IV. (April 28- 30, 2023 Turkish Republic of Northern Cyprus).

Публікації. Теоретичні та практичні результати дослідження висвітлено у 10 наукових публікаціях. Основні результати висвітлено в 6 статтях, із яких: 4 опубліковано у виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії Б; 2 статті – в періодичному науковому виданні інших держав, які входять до Організації економічного співробітництва та розвитку та/або Європейського Союзу, з наукового напрямку, за яким підготовлено дисертацію здобувача, та які індексуються у наукометричній базі Web of Science, 4 матеріалів тез доповідей на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях.

Структура дисертації обумовлена метою дослідження і складається із переліку умовних скорочень, вступу, 3 розділів, які включають 9 підрозділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг становить 283 сторінки, із них 203 сторінки основного тексту, що приблизно дорівнює 8 авторських аркушів. Робота містить 14 таблиць, 14 рисунків, 9 формул та 7 додатків, список використаних джерел містить 289 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ НАСЕЛЕННЯ НА ЗАСАДАХ ІНТЕГРАЦІЙНОГО ПІДХОДУ

1.1. Концептуальні положення інтеграційного підходу до організації медичного обслуговування населення

Системи охорони здоров'я відіграють фундаментальну роль у збереженні здоров'я населення та забезпеченні стабільного функціонування суспільства [265]. Потреби в охороні здоров'я за останні 100 років зазнали значної еволюції, оскільки соціальні та медичні трансформації визначають нові очікування населення стосовно доступності, якості та впровадження інновацій у медичні послуги [102]. Люди прагнуть не лише доступу до якісних медичних послуг у різноманітних формах, але й забезпечення фінансового захисту від витрат, пов'язаних із лікуванням. Сучасні системи охорони здоров'я функціонують у все більш складних умовах, оскільки повинні враховувати низку інших чинників, таких як зміни клімату та забруднення довкілля, що безпосередньо впливають на стан здоров'я людей [6].

Взаємодія громадян із системою охорони здоров'я не обмежується лише отриманням медичних послуг як пацієнтами. Вони також активно фінансують цю систему, покриваючи витрати на лікування власним коштом або за рахунок страхових внесків та соціальних відрахувань [40]. Навіть непрямі внески у формі податків, частина яких спрямовується на фінансування системи охорони здоров'я, створюють важливий зв'язок між нею та населенням. У цьому контексті критично важливим є те, як система охорони здоров'я задовольняє потреби громадян та як ефективно вона акумулює і використовує фінансові ресурси, водночас мінімізуючи фінансові ризики для пацієнтів. Однак не менш значущим є те, наскільки система відповідає очікуванням пацієнтів щодо своєчасного та якісного надання послуг [267].

Задоволення потреб пацієнтів вимагає оперативної діагностики та лікування без значних затрат часу, що не тільки покращує медичні результати, але й економить їхній час, зменшуючи стрес і занепокоєння. Пацієнти також очікують забезпечення конфіденційності та можливості брати участь у прийнятті рішень, що стосуються їхнього здоров'я [11]. Вони прагнуть мати можливості вибору місця лікування та постачальника медичних послуг, а не бути пасивними отримувачами рішень, продиктованих виключно медичними установами. Проте ці очікування не завжди реалізуються, що призводить до зростання суспільного невдоволення управлінням та фінансуванням медичних послуг.

Незадоволення населення є симптомом серйозніших проблем систем охорони здоров'я різних країн [28]. Головною метою цих систем є забезпечення здоров'я і добробуту громадян, аби кожен мав змогу брати активну участь у соціальному та економічному житті, перебуваючи у стані гармонійного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Водночас системи охорони здоров'я стикаються з дедалі більшими навантаженнями, намагаючись гарантувати доступність і високу якість медичних послуг, контролюючи при цьому витрати. Таке навантаження посилюється зміною структури захворювань, обумовлених здебільшого збільшенням хронічних недуг, що потребують тривалого лікування, постійного медичного спостереження та значних ресурсів системи охорони здоров'я. Додатковими чинниками є зростання попиту на медичні послуги, впливом фінансових криз та демографічними зрушеннями, зокрема старінням населення. До цього ж додаються наслідки міграційних процесів, спричинених політичною та соціально-економічною нестабільністю [8].

У такій ситуації особливо важливо, щоб системи охорони здоров'я були спроможні ефективно реагувати на нові реалії. Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ці системи повинні виконувати чотири основні функції, які тісно взаємопов'язані та забезпечують ефективність, стійкість і доступність медичних послуг для всіх громадян [275].

Першою і центральною функцією є надання медичних послуг і товарів, яке забезпечує реалізацію основної місії охорони здоров'я – збереження і зміцнення

здоров'я населення, запобігання захворюванням та забезпечення доступу до якісного лікування, медико-соціальний догляд за хворими з хронічними захворюваннями, забезпечення реабілітаційної та паліативної допомоги. Ця функція реалізується на всіх рівнях медичної допомоги – від первинної до спеціалізованої, що гарантує доступність основних послуг та ефективність лікувальних заходів [85]. Вона дає змогу забезпечувати безперервність догляду за пацієнтами та здійснювати моніторинг стану їхнього здоров'я протягом усього циклу лікування [33].

Другою пріоритетною функцією системи охорони здоров'я є забезпечення фінансування її діяльності. Стабільне, обґрунтоване, рівноправне та соціально орієнтоване фінансування лежить в основі доступності медичних послуг і гарантує можливість пацієнтів отримати необхідне лікування незалежно від свого матеріального стану. Цей процес охоплює збір доходів із різних джерел, таких як страхові чи соціальні внески, податкові надходження, акумулювання ресурсів та розподіл коштів між надавачами послуг [43]. Закупівля медичних товарів і послуг має бути ефективною, тобто раціональною, прозорою та економічно обґрунтованою, щоб уникнути дефіциту необхідних матеріалів, обладнання та ліків, а також забезпечити оптимальний розподіл ресурсів. Такий підхід до фінансування є запорукою справедливого доступу до медичної допомоги та мінімізації фінансового ризику для пацієнтів.

Третя функція полягає у генерації ресурсів, що передбачає створення та зміцнення матеріально-технічної бази, розвиток людського капіталу та впровадження інновацій. Цей напрям охоплює підготовку висококваліфікованих фахівців, зокрема лікарів, середнього медичного та іншого персоналу, необхідного для функціонування системи охорони здоров'я [56]. Крім того, він передбачає забезпечення їхнього постійного професійного розвитку, організацію безперервного навчання, спрямованого на вдосконалення знань і навичок відповідно до сучасних стандартів медичної практики [65].

Генерація ресурсів також зосереджується на розвитку наукових досліджень і впровадженні нових медичних технологій, що підвищують ефективність

лікування та адаптацію системи до сучасних змін. В умовах війни та післявоєнного відновлення цей аспект набуває особливого значення через кадровий дефіцит та руйнування інфраструктури [115].

Четвертою, але не менш важливою, функцією є управління системою охорони здоров'я (stewardship), яка охоплює всі аспекти стратегічного керування та координації. Ця функція забезпечується встановленням пріоритетів, формуванням політик, регулюванням та контролем за дотриманням стандартів [157]. Управління спрямоване на впровадження ефективних реформ, створення коаліцій із зацікавленими сторонами та забезпечення підзвітності. Саме від ефективного управління залежить, наскільки добре система реагує на зміни, інтегрує інновації та адаптується до нових викликів.

Взаємозв'язок та узгодженість між цими функціями забезпечують основу для функціонування системи охорони здоров'я, яка є ефективною, тобто здатною оптимально використовувати ресурси для досягнення найкращих результатів, та справедливою, тобто такою, що гарантує рівний доступ до якісних медичних послуг для всіх верств населення [34]. Без належної реалізації кожної з цих функцій система не здатна повною мірою виконувати свою місію – забезпечення здоров'я та добробуту населення. Важливим аспектом є також координація між різними інституціями – державними органами та органами місцевого самоврядування, надавачами медичних послуг, громадськими організаціями та приватними закладами – задля досягнення спільних цілей.

Ефективне управління передбачає наявність чітко окреслених політичних принципів, які визначають пріоритети розвитку, стратегічні напрями та інструменти реалізації політики у медичній галузі. Такі засади забезпечують узгодженість дій, спрямованих на досягнення конкретних результатів, і дозволяють оптимально використовувати ресурси для сталого розвитку системи [103].

Ефективна система охорони здоров'я повинна також мати властивості стійкості та адаптивності. Стійкість системи охорони здоров'я характеризується її здатністю прогнозувати потенційні загрози, запобігати їхньому виникненню,

адаптуватися до нових змін і швидко відновлювати своє функціонування після кризових ситуацій.

Останніми роками необхідність підвищення стійкості систем охорони здоров'я особливо актуалізується через зростання частоти та масштабів надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я [282]. Пандемія COVID-19 стала потужним каталізатором усвідомлення критичної важливості стійкості системи охорони здоров'я, продемонструвавши як її ключові переваги, так і численні вразливі аспекти.

У жовтні 2021 року Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оприлюднила свою позицію щодо побудови стійких систем охорони здоров'я для досягнення універсального охоплення медичними послугами та забезпечення здоров'я населення під час пандемії та в майбутньому [280]. Ці рекомендації мають на меті допомогти державам створити системи, здатні не лише реагувати на кризи, але й забезпечувати якісну та доступну медичну допомогу в умовах непередбачуваних потрясінь.

До прикладу, поряд із глобальними ініціативами ВООЗ, регіональні офіси, національні органи влади та міжнародні агенції також ухвалили низку резолюцій і стратегій, що визначають стійкість як пріоритетний напрям розвитку охорони здоров'я [233]. Звіт Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) за 2023 рік визначив недостатній рівень інвестицій як одну з основних вразливостей більшості систем охорони здоров'я. У документі наголошується на необхідності щорічних інвестицій у розмірі 1,4% від валового внутрішнього продукту з метою посилення стійкості системи охорони здоров'я [232]. Без належного фінансування системи охорони здоров'я втрачають здатність оперативно реагувати на кризи, що знижує їхню ефективність і здатність захистити населення.

Системи охорони здоров'я мають адаптуватися не лише до нових епідемій, а й до інших стресових факторів, як-от зміни клімату та наслідки військових конфліктів [261]. Такі чинники спричиняють навіть більш руйнівний вплив на

функціонування системи охорони здоров'я та рівень благополуччя населення, ніж пандемії.

Досвід України свідчить, що стійкість не виникає автоматично внаслідок збільшення фінансування чи інфраструктурних змін – її потрібно цілеспрямовано формувати з урахуванням особливостей місцевого контексту та специфіки загроз [123]. Це передбачає впровадження гнучких інституційних моделей, які дозволяють швидко мобілізувати ресурси та залучати партнерів із різних секторів.

Стійкість системи охорони здоров'я визначається її спроможністю, охоплюючи інституції, інфраструктуру та населення, прогнозувати, запобігати, підготовлюватися, адаптуватися до потрясінь і відновлювати свою функціональність після них. Ця характеристика передбачає здатність забезпечувати надання якісних медичних послуг на всіх рівнях відповідно до потреб населення, навіть за умов значних змін. Важливим аспектом стійкості є здатність управлінських органів та аналітичних структур вивчати досвід функціонування системи, а також переймати найкращі практики інших країн для постійного вдосконалення механізмів управління та реагування [34]. Це забезпечує не лише оперативність адаптації до змін, але й формує підґрунтя для інноваційного розвитку.

Звертаємо також увагу: стійкість системи охорони здоров'я повинна розвиватися не лише у періоди криз, але й у стабільні часи, що дозволяє заздалегідь підготуватися до потенційних загроз. Вона охоплює всі етапи управління — від профілактичних заходів і підготовки до реагування на виклики та відновлення після кризових ситуацій [137]. Це передбачає проактивний підхід, який полягає у своєчасному прогнозуванні ризиків, мінімізації їхнього впливу на населення та забезпеченні безперервності медичних послуг. Такий підхід дає змогу не лише швидко адаптуватися до нових викликів, але й системно вдосконалювати управлінські процеси, базуючись на попередньому досвіді та об'єктивних аналітичних даних.

Акцент на розвитку стійкості системи охорони здоров'я у стабільні періоди підкреслює важливість підготовки до потенційних загроз і забезпечення її

здатності діяти на випередження. Для більш глибокого розуміння цього процесу варто розглянути ключові характеристики, які визначають ефективність системи у кризових умовах. Однією з таких характеристик є “усвідомленість”, що полягає у здатності системи ідентифікувати та оцінювати ризики, а також виявляти нові можливості для вдосконалення [271]. Цей підхід передбачає активний моніторинг факторів, що впливають на здоров'я населення, і прогнозування потенційних загроз, що дозволяє діяти на випередження та зменшувати їхній вплив.

Іншою важливою характеристикою є “мобілізація”, яка відображає здатність системи оперативно залучати та координувати ресурси, забезпечувати інституційну підтримку та активізувати партнерські ініціативи для ефективного реагування на виклики. Мобілізація передбачає узгоджену взаємодію між державними і недержавними суб'єктами, а також залучення міжнародних партнерів, що сприяє швидкому й скоординованому подоланню кризових ситуацій [233].

“Різноманітність” системи означає здатність надавати широкий спектр медичних послуг, що відповідають потребам населення як у стабільних, так і в кризових умовах. Така гнучкість дозволяє системі адаптуватися до нових викликів, забезпечуючи безперервність надання допомоги навіть за складних обставин. Нарешті, “трансформація” — це здатність системи навчатися на досвіді попередніх криз, адаптуватися до нових викликів та використовувати набуті знання для підвищення своєї ефективності у майбутньому [255]. Цей підхід забезпечує стійкий розвиток системи охорони здоров'я та підвищує її здатність протистояти новим загрозам.

Ключовою є також “управлінська спроможність” — здатність ухвалювати своєчасні й стратегічні рішення для ефективного управління ризиками та мінімізації їх негативних наслідків. Це включає створення гнучких управлінських механізмів та розробку чітких протоколів реагування. “Інтеграція” є ще одним важливим аспектом: вона охоплює поєднання заходів у галузі громадського здоров'я, профілактики та безпеки для розробки цілісної стратегії реагування на

надзвичайні ситуації [280]. Це дає змогу уникати дублювання зусиль і підвищує ефективність надання медичних послуг.

Зусилля, спрямовані на підвищення стійкості, без системного усунення основних прогалин у функціонуванні системи охорони здоров'я можуть дати лише тимчасові результати й призвести до довгострокових витрат. Такий фрагментарний підхід, який іноді називають “поганою стійкістю”, продемонстрував свою неефективність у попередніх надзвичайних ситуаціях, зокрема під час спалаху вірусу Ебола (2014–2016) та пандемії COVID-19 [238]. Висновки з цих криз доводять: стійкість має бути інтегрованою в усі процеси та структури системи охорони здоров'я, а не додаватися як тимчасовий елемент лише у відповідь на кризи. Ефективна стійкість вимагає проєктування, перепроєктування та постійного розвитку системи, щоб вона могла адаптуватися до змінних умов та функціонувати стабільно в довгостроковій перспективі.

Попри численні досягнення, система охорони здоров'я України все ще стикається з багатьма проблемами, серед яких – недостатня інтеграція між різними рівнями медичної допомоги, нерівномірний доступ до послуг у міських і сільських регіонах, обмежене фінансування та недосконалість системи первинної медико-санітарної допомоги. Зазначені чинники значно знижують спроможність системи охорони здоров'я реагувати на нові небезпеки.

Розвиток стійкості системи охорони здоров'я є безперервним процесом, що потребує активної участі та взаємодії всіх зацікавлених сторін як всередині, так і поза межами медичної галузі. Для досягнення цієї мети ефективні програми та політики повинні ґрунтуватися на інтегрованому підході, який розглядає систему охорони здоров'я як єдине ціле, а не як сукупність окремих елементів. Особливо актуальним цей підхід є в умовах війни в Україні, коли медичні потреби населення швидко змінюються та зростають, а здатність системи оперативно реагувати на кризи стає ключовою умовою її ефективності. Інтегрований підхід відіграє важливу роль у формуванні стійкості системи, яка є основою для забезпечення універсального доступу до медичних послуг і гарантування безпеки здоров'я населення [282].

Подальший розвиток стійкості системи охорони здоров'я вимагає інтеграції всіх її елементів – від локальних медичних закладів до національних органів управління. Не менш важливим є міжсекторальний підхід, який об'єднує зусилля системи охорони здоров'я із суміжними секторами, такими як соціальний захист та освіта. Такий підхід підсилює здатність суспільства ефективно реагувати на небезпеки та сприяє комплексному підходу до покращення здоров'я населення.

Таким чином, стійкість стає не просто вимогою часу, а необхідною умовою для ефективного функціонування та довгострокового розвитку системи охорони здоров'я. Цей підхід допомагає уникати роздрібненості програм, підвищує ефективність управлінських процесів та сприяє досягненню низки глобальних цілей сталого розвитку [244]. Інтеграція ресурсів, координація дій і постійне вдосконалення забезпечують можливість створення стійкої системи, яка здатна реагувати на будь-які загрози та підтримувати здоров'я населення в довгостроковій перспективі.

Незважаючи на базові принципи, система охорони здоров'я України стикається з численними перешкодами, які підривають її здатність ефективно функціонувати та задовольняти потреби суспільства. Відсутність системності та послідовності в управлінських рішеннях ускладнює реалізацію стратегічних цілей і адаптацію до сучасних умов. Хоча загальні витрати на утримання системи охорони здоров'я є значними, суттєву частину з них населення змушене покривати власним коштом. Унаслідок цього система не лише неспроможна адекватно реагувати на зростання захворюваності, але й не забезпечує належного фінансового захисту громадян від надмірних витрат на лікування. За даними ВООЗ, сучасний стан здоров'я населення України характеризується високими показниками захворюваності та смертності, низькою очікуваною тривалістю життя та обмеженим доступом до якісної медичної допомоги [283]. Це підкреслює нагальну потребу у здійсненні системних змін, спрямованих на зміцнення стійкості системи, забезпечення її доступності та створення умов для сталого розвитку.

Однією з головних проблем, які зумовлюють такі перешкоди, є відсутність чітко визначених напрямів розвитку та параметрів функціонування системи

охорони здоров'я. Ця невизначеність обумовлена низкою факторів, які можна узагальнити наступним чином:

1. Недостатнє фінансування медичних послуг та підготовки медичних кадрів зумовлює високий рівень незадоволеності населення системою охорони здоров'я, що негативно позначається на стані громадського здоров'я та уповільнює розвиток людського потенціалу. Така ситуація призводить до зниження довіри громадян до системи охорони здоров'я та підриває впевненість у здатності держави ефективно виконувати свою соціальну функцію;

2. Система охорони здоров'я та стан громадського здоров'я в Україні залишаються недостатньо узгодженими з іншими державними політиками, що призводить до фокусування на подоланні наслідків замість розвитку системи профілактики. Такий підхід сприяє зростанню навантаження на систему охорони здоров'я, яка протягом усього періоду незалежності України демонструє ознаки тривалої кризи, що характеризується постійним недофінансуванням, неефективністю управління, низькою доступністю та якістю медичних послуг, а також відсутністю належної інтеграції із суміжними секторами. Відсутність координації між системою охорони здоров'я та іншими галузями, такими як соціальний захист і освіта, значною мірою впливає на такі показники, як тривалість життя та рівень смертності, за якими Україна суттєво поступається європейським країнам.

3. Фрагментарність та незавершеність реформ у сфері охорони здоров'я значно впливають на якість медичних послуг і загальну ефективність функціонування системи охорони здоров'я. Війна ще більше загострює ці проблеми через знищення медичної інфраструктури, дефіцит медичних кадрів та зміну потреб населення, зокрема зростання кількості поранень, травм і психічних розладів. У таких умовах система охорони здоров'я стикається з необхідністю переосмислення пріоритетів та прискорення реформ, що мають забезпечити її адаптацію до сучасних умов. Забезпечення стійкості системи охорони здоров'я вимагає комплексного підходу, спрямованого на розвиток реабілітаційних послуг, підтримку психічного здоров'я та інтеграцію медичних послуг для ветеранів і

внутрішньо переміщених осіб. Розробка цілісних, завершених реформ, адаптованих до реалій воєнного часу, є критично важливою для забезпечення доступності та якості медичних послуг.

4. Неузгодженість між реформою охорони здоров'я та децентралізацією призводить до суперечливих управлінських рішень, які ускладнюють реалізацію реформаторських заходів відповідно до стратегічних цілей розвитку системи охорони здоров'я. Децентралізація спрямована на наближення медичних послуг до населення та підвищення їхньої доступності для громад. У рамках цього процесу органи місцевого самоврядування (ОМС) отримали значну відповідальність за організацію первинної медичної допомоги, що розширило їхню автономію у вирішенні питань охорони здоров'я. Водночас медична реформа зосереджена на централізації ресурсів для забезпечення високотехнологічної та спеціалізованої допомоги у великих медичних центрах, що часто не відповідає реальним потребам місцевих громад. Ця невідповідність створює труднощі для територіальних громад у сприйнятті своєї ролі у сфері охорони здоров'я, а також формує бар'єри для прийняття ефективних управлінських рішень на місцевому рівні. Як наслідок, громади стикаються з проблемами забезпечення належної якості та доступності медичних послуг, що знижує загальну ефективність функціонування системи охорони здоров'я. Усунення цих суперечностей потребує узгодженого підходу, який інтегрує цілі децентралізації та медичної реформи, спрямованого на оптимальне використання ресурсів та задоволення потреб населення.

5. Однією з основних проблем, що ускладнюють ефективний розвиток системи охорони здоров'я, є відсутність комплексного та узгодженого підходу до реформування системи охорони здоров'я у поєднанні з трансформацією правового регулювання діяльності приватної медицини. Наразі нормативно-правова база не відповідає сучасним викликам, зокрема не враховує необхідність інтеграції приватного сектору у загальну систему охорони здоров'я, що створює низку перешкод. По-перше, відсутність чітких правил і стандартів для приватних медичних закладів ускладнює забезпечення єдиної якості медичних послуг. По-друге, недосконалість механізмів фінансування та відшкодування витрат

приватним закладам обмежує їхній внесок у надання послуг населенню, особливо у складних умовах. Крім того, недостатня інтеграція приватної медицини у державну систему охорони здоров'я унеможливорює ефективне використання ресурсів і потенціалу приватного сектору. Узгоджене реформування, що враховуватиме потреби приватної медицини, сприятиме створенню єдиного медичного простору, який забезпечить доступність, якість і стійкість медичних послуг для населення.

У цих умовах постає необхідність перегляду стратегічних пріоритетів системи охорони здоров'я. Зокрема, для підвищення ефективності публічного управління та формування дієвих стратегічних управлінських рішень необхідно провести аналіз урядових стратегій, ухвалених у сфері охорони здоров'я, що дасть змогу не лише виявити наявні прогалини в нормативно-правовому регулюванні, фінансовому забезпеченні та організації надання медичних послуг, але й оцінити ступінь узгодженості між заявленими цілями та їхньою практичною реалізацією [146].

Окрім того, аналіз сприятиме визначенню ключових проблем, пов'язаних з недостатньою інтеграцією між рівнями управління та відсутністю чіткого розподілу відповідальності між державними й місцевими органами, що стане підґрунтям для адаптації існуючих стратегій до сучасних реалій [27].

Питання реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації стратегічних управлінських рішень було вперше чітко окреслено в офіційному урядовому документі стратегічного значення у 2010 році. Зокрема, система охорони здоров'я розглядалася як складова Програми економічних реформ на 2010–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” [146]. Цей документ визначив основну мету реформування цієї системи як “поліпшення здоров'я населення та забезпечення рівного й справедливого доступу всіх громадян до якісних медичних послуг”. У межах програми було окреслено ключові завдання, серед яких: підвищення якості та доступності медичних послуг, удосконалення механізмів державного фінансування з метою підвищення їх ефективності, а також створення стимулів для

ведення здорового способу життя серед населення. Таким чином, документ закріпив основу для структурних змін у системі охорони здоров'я, спрямованих на задоволення потреб суспільства та забезпечення стійкості системи в довгостроковій перспективі.

Революція Гідності стала переломним моментом для зміни напрямку розвитку політичної системи та публічного управління. Активізація євроінтеграційних та євроатлантичних процесів, які набули нового змісту, зумовила необхідність перегляду державної політики у сфері охорони здоров'я. Це знайшло відображення у розробці Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [44].

Основою для реалізації медичної реформи в Україні стала програма Європейського Союзу “Європейська стратегія здоров'я-2020” [244]. На її базі було заплановано впровадження “е-медицини” із застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій. Серед основних заходів передбачалося:

1. створення єдиної інтегрованої інформаційно-аналітичної системи для обліку стану здоров'я громадян України, іноземців та осіб без громадянства, із використанням електронної ідентифікації пацієнтів у медичних закладах та збору даних профілактичних обстежень для подальшого використання в аналітичних, експертних і статистичних системах;
2. забезпечення дотримання положень статті 8 Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод через створення системи дистанційного консультування та діагностики, що поєднує великі медичні заклади та наукові установи за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій.

Основні результати, досягнуті в межах реалізації досліджуваної стратегії реформування, можна окреслити наступним чином:

1. збільшення фінансування закладів охорони здоров'я відповідно до контрактів із Національною службою здоров'я України (НСЗУ). У 2022 році медичні заклади, що мали договір із НСЗУ, отримали загалом 146,3 млрд грн, з яких: 106 млрд грн – за надання спеціалізованої медичної допомоги; 24,6 млрд грн – за первинну медичну допомогу; 11,3 млрд грн – за екстрену

медичну допомогу. Станом на кінець 2022 року 78,8% населення уклали декларації з лікарями первинної медичної допомоги, серед надавачів послуг були: комунальні заклади – 29 659 749 декларацій, приватні заклади – 1 404 616, фізичні особи-підприємці – 1 373 633, державні заклади – 2 323 [133];

2. розширення пакету медичних послуг відповідно до Програми медичних гарантій. У 2023 році Програма включала 39 пакетів послуг, що надаються безкоштовно. Серед них: хірургічні операції; допомога при гострому інсульті та інфаркті міокарда; медична допомога під час пологів; лікування новонароджених у складних неонатальних випадках; профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах; стоматологічна допомога для дорослих і дітей; ведення вагітності в амбулаторних умовах;
3. запровадження Програми “Доступні ліки” з 2017 року, що дозволяє пацієнтам отримувати необхідні лікарські засоби безкоштовно або з частковою компенсацією вартості, що значно полегшило доступ до життєво необхідних препаратів для населення [35].

Повномасштабна військова агресія російської федерації проти України спричинила значні негативні наслідки для системи охорони здоров’я, що актуалізувало необхідність перегляду стратегічних підходів до її розвитку. У відповідь на ці виклики на офіційному сайті Міністерства охорони здоров’я України було оприлюднено оновлену Стратегію розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року. Хоча розробка цього документа розпочалася ще у 2021 році, війна зумовила потребу в його модернізації для врахування нових умов і потреб [121].

Руйнування інфраструктури суттєво вплинули на доступність медичних послуг і функціонування мережі лікарень, що обумовило внесення змін до Стратегії розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року. Ці зміни були також узгоджені з Планом відновлення системи охорони здоров’я, що забезпечує інтегрований підхід до подолання наслідків війни та стратегічного розвитку галузі.

Формування Стратегії воєнного часу значною мірою спиралося на План відновлення системи охорони здоров'я. Цей план охоплює заходи з післявоєнного відновлення та розвитку України, а також пропозиції щодо ключових реформ і стратегічних ініціатив. Він містить перелік нормативно-правових актів, ухвалення та реалізація яких є критично важливими для забезпечення ефективного відновлення та сталого розвитку країни в умовах війни та після її завершення. План відновлення системи охорони здоров'я інтегрований у загальний план відбудови України, який має на меті не лише відновлення зруйнованих об'єктів, а й докорінну трансформацію країни на засадах європейських цінностей. План відновлення передбачає два виміри: параметричний – з визначенням ключових показників, та регіональний – з урахуванням специфіки та потреб окремих територій [124].

Детальний аналіз положень, представлених у досліджуваному документі, дозволяє виділити кілька ключових зауважень:

Положення Плану мають загальний характер і не враховують у повній мірі наслідки війни та структурні недоліки системи охорони здоров'я, що призвели до її неготовності до кризових ситуацій. Документ не містить конкретних рекомендацій для суб'єктів, що відповідають за формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я та суміжних галузях, які потребують реформування. Хоча визначено дев'ять стратегічних цілей, вони супроводжуються лише переліком проблем і ризиків, без відповідних інструментів для їх вирішення. Більш того, цілі та проблеми часто формулюються без обґрунтування на основі фактичних даних чи аналітичних досліджень.

Серед інших проблем документа можна відзначити методологічні недоліки та управлінські ризики. План не відповідає методологічним вимогам до стратегічних планів і концепцій, оскільки часто згадується ризик “відсутності консенсусу серед зацікавлених сторін”. Відсутність чіткого опису механізмів та критеріїв реалізації відновлення охорони здоров'я на рівні окремих територій також посилює проблеми. Більшість положень зосереджені на реформуванні системи, а не на її відновленні та подоланні наслідків війни, що обмежує здатність системи реагувати на актуальні виклики.

Документ також не враховує регіональних особливостей та потреб. Пропозиції не беруть до уваги географічні та природно-кліматичні умови різних регіонів, які впливають на специфіку медичного обслуговування та функціонування закладів охорони здоров'я. Крім того, комплексні заходи для забезпечення безпеки медичних послуг і діяльності закладів обмежуються лише кіберзахистом, що залишає поза увагою інші важливі аспекти безпеки.

Обмежений підхід до розгляду наслідків війни є ще однією суттєвою проблемою. Війна розглядається лише у контексті труднощів із впровадженням реформ та наданням допомоги внутрішньо переміщеним особам і постраждалим, тоді як довгострокові виклики для системи охорони здоров'я залишаються без належного аналізу.

Стратегія розвитку охорони здоров'я до 2030 року передбачає поетапне відновлення системи після війни. У перші роки пріоритетом є забезпечення невідкладної медичної допомоги та стабілізація роботи закладів. У середньостроковій перспективі планується відновлення лікарень, розвиток реабілітаційних центрів та підтримка психічного здоров'я населення. На довгостроковому етапі увага зосереджуватиметься на розвитку людського капіталу, підвищенні якості медичної освіти та створенні сучасних університетських лікарень [38].

В умовах війни стійкість системи охорони здоров'я набуває критичної важливості, оскільки саме вона забезпечує здатність надавати безперервну медичну допомогу, попри численні виклики та обмеження. Важливим елементом підвищення цієї стійкості є впровадження інноваційних підходів і залучення місцевих громад до участі в управлінні охороною здоров'я. Така співпраця дозволяє підвищити адаптивність системи до нових потреб, забезпечити швидку реакцію на зміни в умовах кризових ситуацій та ефективно використовувати обмежені ресурси.

Зміна структури захворювань та зростаючий попит на медичні послуги значно ускладнюють функціонування системи, вимагаючи суттєвих фінансових вкладень. Це змушує країни шукати нові форми співпраці та фінансування, зокрема

залучати приватний сектор, уряди та донорів до розробки інноваційних підходів у сфері охорони здоров'я [261]. У цьому контексті важливим інструментом стають змішані системи охорони здоров'я, які поєднують ресурси державного, приватного та громадського секторів. Через ці канали медичні послуги надаються як державними, так і комунальними закладами, приватними клініками та установами, що належать релігійним організаціям [206]. Під час військових дій такі канали потребують додаткової підтримки та адаптації, аби швидко реагувати на змінні потреби населення.

Отже, система охорони здоров'я зіткнулася з новими труднощами, зумовленими воєнними реаліями. По-перше, суттєво зріс попит на послуги, що раніше не були пріоритетними, зокрема медична допомога при пораненнях, травмах та захворюваннях, безпосередньо пов'язаних із війною. По-друге, відбулися зміни у фінансуванні медичних закладів та умовах оплати праці медичного персоналу, що потребує адаптації до нових бюджетних реалій. Окрім того, Програма медичних гарантій Національної служби здоров'я України була розширена, охопивши більше напрямів медичних послуг. Водночас надання медичної допомоги ускладнилося на деокупованих і тимчасово окупованих територіях, що посилило нерівномірність доступу до медичних послуг. Зростає також попит на реабілітаційні послуги та підтримку психічного здоров'я, що є важливими як у короткостроковій, так і довгостроковій перспективі, особливо з огляду на потреби військових, переселенців та постраждалих від війни.

Для досягнення цілей покращення здоров'я населення, оперативного реагування на потреби та забезпечення справедливого фінансування системи охорони здоров'я в Україні необхідно визначити ключові пріоритети розвитку системи та механізми управління ресурсами, які сприятимуть підвищенню ефективності роботи надавачів медичних послуг. Проте реалізація цих завдань стикається з низкою суттєвих проблем.

По-перше, багатозначність критеріїв для визначення пріоритетів розвитку системи може створювати суперечності у виборі найважливіших напрямів, що вимагає опрацювання значного обсягу достовірних даних. У сучасних умовах

система охорони здоров'я України не має належного доступу до таких даних, що значно ускладнює ухвалення обґрунтованих управлінських рішень. По-друге, ефективна реалізація визначених стратегічних напрямів потребує узгодженості між механізмами розподілу ресурсів, організаційною структурою системи, інституційними угодами та системою стимулювання роботи надавачів медичних послуг. Лише комплексний підхід до взаємодії цих елементів, спрямований на досягнення стратегічної мети системи, здатний забезпечити її стійке функціонування та розвиток навіть у складних умовах війни.

У цьому контексті інтеграція в системі охорони здоров'я відіграє ключову роль і набуває багатовимірного характеру. Вона охоплює не лише координацію медичних послуг, але й налагодження ефективної взаємодії з іншими секторами, такими як соціальний захист, освіта та фінансова підтримка. Такий інтегрований підхід дозволяє створити цілісну систему, яка задовольняє потреби населення, оптимізує використання ресурсів та сприяє довгостроковій стійкості системи охорони здоров'я. До прикладу, можуть бути такі види інтеграції:

Інтеграція фінансування (фінансова інтеграція – авт.) – злиття різних джерел фінансування, таких як державні фонди, приватні страхові компанії та кошти неприбуткових організацій, для створення більш стійкої та рівномірно розподіленої фінансової системи в охороні здоров'я.

Інтеграція інформаційних систем (інформаційна інтеграція – авт.) – зв'язок між різними інформаційними системами, що використовуються в медичних установах, для забезпечення безперервного та точного потоку медичної інформації. Це включає електронні медичні записи, системи телемедицини та бази даних пацієнтів.

Вертикальна інтеграція (організаційна інтеграція – авт.) – включення різних рівнів надання медичної допомоги в єдину структуру. Наприклад, лікарня може об'єднатися з амбулаторними клініками або реабілітаційними центрами, щоб забезпечити безперервний цикл догляду за пацієнтом.

Горизонтальна інтеграція – об'єднання схожих або взаємодоповнюючих медичних установ на одному рівні, наприклад, кількох лікарень, для спільного використання ресурсів і поліпшення ефективності надання медичних послуг.

Інтеграція міжсекторальна – співпраця між системою охорони здоров'я та іншими секторами, такими як освіта, соціальне забезпечення або громадським чи волонтерським секторами, для вирішення комплексних проблем, що впливають на здоров'я населення.

Міжнародна інтеграція або інтеграція з міжнародними партнерами – така інтеграція включає співпрацю між національною системою охорони здоров'я і міжнародними організаціями, фондами, урядами інших країн та іншими глобальними гравцями, які надають фінансову, технічну, матеріальну чи експертну підтримку. Міжнародна інтеграція допомагає мобілізувати ресурси, знання і досвід, необхідні для зміцнення національних систем охорони здоров'я, впровадження нових технологій, проведення досліджень, реагування на надзвичайні ситуації та покращення здоров'я населення. Вона також сприяє гармонізації зусиль на глобальному рівні для вирішення таких проблем, як боротьба з інфекційними захворюваннями, покращення якості медичних послуг, розвиток інфраструктури охорони здоров'я та підвищення доступу до медичної допомоги в уразливих регіонах.

Особливо важливим є створення інтегрованої мережі¹ медичного обслуговування, яка здатна оптимізувати наявні ресурси та забезпечити ефективне надання медичних послуг навіть за умов обмеженого фінансування. Такий підхід дозволяє оптимізувати використання фінансових та людських ресурсів, що сприяє підвищенню економічної ефективності системи охорони здоров'я. Інтегрована

¹ Інтегрована мережа медичного обслуговування (*авторське визначення*) – це система, яка поєднує різні рівні медичної допомоги (первинну, спеціалізовану, реабілітаційну) та пов'язує медичні заклади й фахівців у єдину координовану структуру для забезпечення безперервності та доступності лікування. Основою цієї мережі є ефективна співпраця між усіма учасниками надання медичних послуг, оптимальне використання ресурсів і застосування сучасних інформаційних технологій для обміну даними. Інтегрована мережа покликана зменшити фрагментацію послуг, уникнути дублювання та забезпечити комплексний догляд за пацієнтами на всіх етапах лікування, що особливо важливо в умовах зростаючих потреб населення і обмежених ресурсів.

мережа мінімізує дублювання послуг, знижує витрати на медичне обслуговування та покращує координацію між різними рівнями надання допомоги. Впровадження нових фінансових механізмів та сучасних моделей управління в Україні є основою для такої інтеграції. Цей підхід не лише підвищує доступність і якість медичних послуг, але й сприяє ефективнішому використанню ресурсів і посиленню співпраці між різними медичними установами, що є вирішальним у контексті воєнних і післявоєнних викликів.

Інтегровані мережі медичного обслуговування мають значний потенціал для підвищення якості та доступності медичних послуг, проте на практиці вони не завжди функціонують ефективно. Попри наявні знання та досвід, системи охорони здоров'я часто стикаються з труднощами у впровадженні інтегрованих рішень. Це створює бар'єри для злагодженої взаємодії між різними рівнями медичних послуг та обмежує їхню здатність відповідати на виклики, особливо в умовах кризи.

Для підвищення якості медичного обслуговування громадян місцевим громадам надано можливість використовувати кошти своїх бюджетів на охорону здоров'я, що стало можливим завдяки змінам у Бюджетному кодексі України (ст. 19 і 89) [30]. Це охоплює покриття витрат на оплату комунальних послуг і енергоносіїв для комунальних медичних закладів, фінансування місцевих програм розвитку та підтримки цих закладів, а також реалізацію ініціатив у сфері громадського здоров'я. Ефективне використання цих ресурсів вимагає узгодженого управління та чіткої інтеграції на різних рівнях системи охорони здоров'я. У межах нашого дослідження ми прагнемо з'ясувати наступне:

По-перше, одним із ключових напрямів аналізу є вивчення інформаційного механізму управління, у межах якого особливу увагу приділено інформаційній інтеграції. Інформаційний механізм охоплює процеси збирання, обробки, зберігання, передачі та аналізу даних, які забезпечують основу для прийняття стратегічних управлінських рішень. Інформаційна інтеграція, як складова цього механізму, забезпечує взаємозв'язок між різними рівнями управління, секторами системи охорони здоров'я та інституційними структурами. Ефективна інформаційна інтеграція сприяє створенню єдиної системи моніторингу, яка

дозволяє не лише оцінювати поточний стан системи, але й прогнозувати майбутні потреби, визначати пріоритети та оцінювати результати реалізації стратегічних заходів. Відсутність такої інтеграції обмежує здатність системи охорони здоров'я адаптуватися до нових умов, своєчасно реагувати на зміни та забезпечувати якість наданих послуг. Таким чином, вивчення інформаційного механізму, його взаємозв'язків та ролі інформаційної інтеграції є критично важливим для розробки ефективних механізмів управління стратегічним розвитком медичного обслуговування. Це дозволить забезпечити підвищення якості управлінських рішень, зміцнення стійкості системи охорони здоров'я та ефективне реагування на сучасні виклики.

По-друге, особливу увагу буде приділено кадровій інтеграції, яка виступає ключовим елементом кадрового механізму управління в умовах війни. Військові дії значно загострили проблему нестачі кваліфікованих фахівців, посилили міграційні процеси та підвищили навантаження на наявний медичний персонал. Це вимагає розробки підходів до кадрової інтеграції, які забезпечать злагоджену міждисциплінарну співпрацю між медичними працівниками, соціальними працівниками, психологами та реабілітологами. Кадровий механізм, у межах якого реалізується інтеграція персоналу, охоплює планування, підготовку, розподіл і координацію роботи кадрів у системі охорони здоров'я. Ефективна кадрова інтеграція дозволяє об'єднати зусилля різних спеціалістів для вирішення комплексних проблем, таких як реабілітація постраждалих, підтримка психічного здоров'я та надання медичної допомоги військовим і переселенцям. Без узгодженості в роботі персоналу система охорони здоров'я не здатна належним чином реагувати на нові виклики та забезпечувати якісне виконання своїх функцій.

По-третє, доцільно здійснити ґрунтовний аналіз причин, через які інтеграція між державним і приватним секторами в системі охорони здоров'я залишається неефективною на практиці. Ефективна співпраця між цими секторами могла б значно покращити доступність медичних послуг для населення, підвищити їхню якість та оптимізувати використання обмежених ресурсів. Однак наявність значних бар'єрів у взаємодії між державними та приватними закладами охорони здоров'я

ускладнює досягнення цих результатів. Основними бар'єрами можуть бути нормативно-правові обмеження, відсутність прозорих фінансових механізмів співпраці, недовіра між секторами та недостатня координація у наданні медичних послуг. Вивчення цих перешкод є важливим кроком для розробки ефективних рішень, які дозволять усунути існуючі недоліки та створити умови для гармонійної співпраці між державним і приватним секторами. Розробка механізмів інтеграції повинна враховувати специфіку кожного сектору, їхні переваги та обмеження, що дозволить створити злагоджену систему охорони здоров'я, орієнтовану на задоволення потреб населення. Такий підхід сприятиме не лише підвищенню ефективності використання ресурсів, але й забезпеченню стійкості та розвитку системи охорони здоров'я в цілому.

По-четверте, важливим напрямом дослідження є аналіз можливостей посилення фінансової інтеграції в системі охорони здоров'я. Ефективна координація фінансових потоків між різними рівнями управління, а також між державними та приватними структурами, є ключовою передумовою для забезпечення стабільності, доступності та якості медичних послуг. Дослідження у цьому напрямі має на меті виявлення нових фінансових механізмів, які сприятимуть ефективному використанню ресурсів і забезпеченню рівномірного фінансування медичних закладів різних рівнів. Особливу увагу буде приділено пошуку моделей управління фінансовими ресурсами, які дозволять інтегрувати державні й приватні фінансові потоки, а також оптимізувати їх розподіл відповідно до потреб населення. Результати дослідження дозволять розробити практичні рекомендації для підвищення ефективності фінансового механізму системи охорони здоров'я, що сприятиме її довгостроковій стійкості та розвитку.

Таким чином, наше дослідження зосереджено на удосконаленні механізмів публічного управління розвитком медичного обслуговування, в основі яких лежить інтеграція ресурсів, інформаційних потоків, кадрового потенціалу та фінансових інструментів у системі охорони здоров'я України (рис.1.1). Це дасть змогу окреслити шляхи розвитку стійких та ефективних інтегрованих мереж, які зможуть забезпечувати якісні медичні послуги навіть у складних умовах війни.

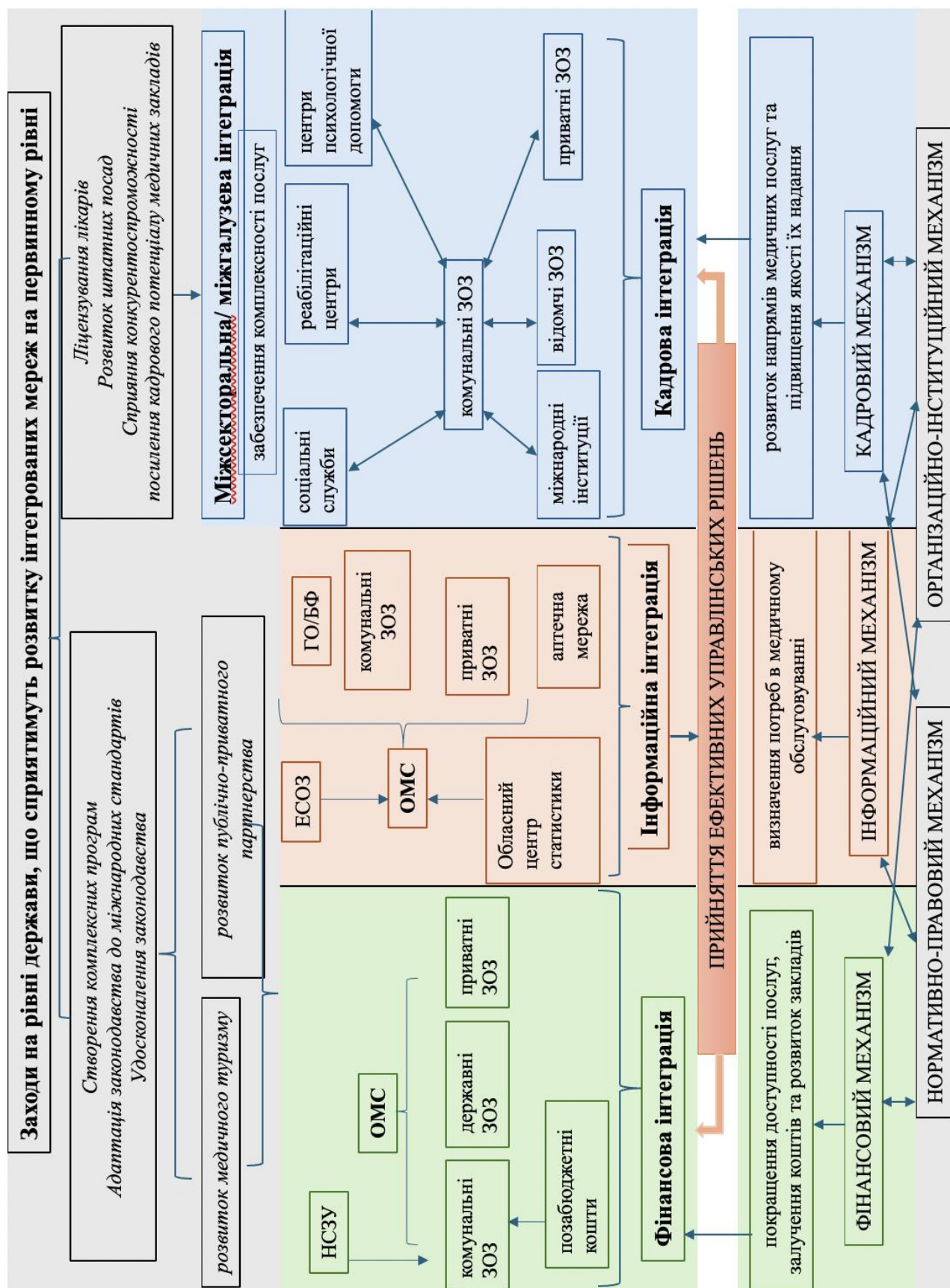


Рис. 1.1. Механізми та стратегічні напрями розвитку медичного обслуговування, заснованого на принципах функціонування інтегрованої мережі.

1.2. Управлінський вимір медичного обслуговування населення в науковому дискурсі

Зміни в охороні здоров'я України, зокрема в умовах війни, вимагають не лише стратегічного планування на національному рівні, але й глибоких трансформацій на регіональному рівні. Регіони мають свої унікальні виклики – географічні, економічні та демографічні особливості, а також різний рівень доступності медичних ресурсів. Це означає, що успішна імплементація реформи охорони здоров'я потребує адаптації підходів відповідно до конкретних умов кожної області. Дослідження того, як саме слід змінювати підходи на регіональному рівні та яку роль у цьому відіграє інтеграція, є ключовим завданням для забезпечення ефективної реалізації реформи [125].

На регіональному рівні зосереджуються більшість управлінських та організаційних процесів, що безпосередньо впливають на доступність і якість медичних послуг для населення. Однак без адаптації до потреб та ресурсних можливостей регіону є ризик, що реформовані ініціативи залишаться неефективними або стануть джерелом соціального незадоволення. Так, у сільських районах виклики можуть полягати в недостатній кількості медичного персоналу та віддаленості закладів, тоді як міські центри можуть стикатися із перевантаженістю лікарень і дефіцитом реабілітаційних послуг.

Вивчення наукової літератури з питань стратегічного розвитку медичного обслуговування населення є ключовим етапом дослідження, що дозволяє виявити основні тенденції, підходи та проблеми, які постають перед сучасними системами охорони здоров'я [126]. Розробки вчених і фахівців цієї галузі пропонують різноманітні концепції та моделі управління, спрямовані на забезпечення стійкості, доступності та якості медичних послуг, особливо в умовах кризових ситуацій, таких як війна, пандемії чи економічні потрясіння. Глибинне опрацювання літературних джерел дозволяє не лише зрозуміти наявні підходи, але й виявити прогалини, що потребують подальших досліджень та адаптації до специфіки українських реалій.

У межах нашого дослідження ми прагнемо з'ясувати, наскільки питання взаємозв'язку між стратегічним розвитком охорони здоров'я та розвитком інтегрованих мереж висвітлювалося у працях науковців. Інтеграція мереж у системі охорони здоров'я має вирішальне значення для підвищення доступності та якості послуг, що стає особливо важливим в умовах сучасних викликів, зокрема війни та економічної нестабільності. Проте залишається відкритим питання, наскільки комплексно досліджено цей взаємозв'язок та які аспекти інтеграції ще потребують вивчення для ефективного впровадження реформ.

Таким чином, в межах аналізу наукових праць ми прагнемо відповісти на такі запитання (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Ключові дослідницькі запитання щодо стратегічного розвитку медичного обслуговування та інтегрованих мереж в системі охорони здоров'я України, відображених в наукових працях

	Запитання	Напрями аналізу та уточнення
1	Чи висвітлено в наукових працях взаємозв'язок між стратегічним розвитком та розвитком інтегрованих мереж	якщо так, то які моделі чи підходи запропоновані, і наскільки вони адаптовані до українського контексту
2	Які елементи інтегрованих мереж охоплюються дослідженнями?	аналізуємо, чи розглядалися питання кадрової інтеграції, інформаційної інтеграції та фінансової координації у межах стратегічного розвитку. Ми прагнемо визначити, які з цих аспектів були вивчені найбільш ретельно, а які ще потребують подальшого аналізу.
3	Які прогалини залишаються в дослідженнях?	особливу увагу приділимо аспектам, пов'язаним із формуванням пріоритетних управлінських рішень та розробкою моніторингових інструментів для оцінки ефективності планування й реалізації заходів. Наукові праці часто зосереджуються на загальних концепціях стратегічного розвитку, проте питання практичної імплементації, особливо на регіональному рівні, залишаються недостатньо розкритими.

Особливий акцент у нашому дослідженні зроблено на вивченні праць, які розкривають питання інтеграції різних компонентів охорони здоров'я. Це стосується співпраці між державним і приватним секторами, розвитку кадрового потенціалу, впровадження інноваційних фінансових інструментів та забезпечення ефективної інформаційної підтримки для прийняття управлінських рішень. Дослідження пропонують різні моделі інтеграції, проте їхнє втілення часто зустрічає перешкоди, що свідчить про необхідність глибшого розуміння цих бар'єрів та пошуку шляхів їх подолання.

Розгляд наукових джерел також дає змогу порівняти міжнародний досвід із українськими реаліями, що дозволяє визначити інновації, які можна ефективно адаптувати для підвищення якості медичних послуг в Україні. Крім того, вивчення дослідницьких підходів є важливим для створення науково обґрунтованої концепції розвитку системи охорони здоров'я, здатної забезпечити стійкість у нестабільних умовах.

Для проведення якісного аналізу наукових праць, присвячених питанням стратегічного розвитку медичного обслуговування та інтеграції мереж охорони здоров'я, було розроблено систематизований підхід до пошуку літератури. В основу нашої методології покладено використання комбінації ключових слів і фраз, які відображають основні напрями дослідження, а також принципи сучасного бібліографічного аналізу.

Перший етап полягав у визначенні основних тематичних категорій для пошуку: “стратегічний розвиток охорони здоров'я”, “інтеграційні процеси в медичному обслуговуванні”, “публічне управління в охороні здоров'я”, “управлінські підходи на регіональному рівні” та “моніторинг ефективності реформ”. Задля комплексного охоплення ми використовували синонімічні терміни, такі як “інтегровані мережі”, “планування реформ”, “державно-приватне партнерство в охороні здоров'я” та “підзвітність у медичних системах”.

Другий етап передбачав проведення пошуку на базі кількох академічних платформ і баз даних, включаючи “Scopus”, “Web of Science”, “Google Scholar”, “PubMed”, а також національні електронні бібліотеки та репозитарії. Особливу

увагу приділили роботам, опублікованим за останні 10 років, оскільки саме в цей період відбувалися активні зміни в підходах до стратегічного розвитку та впровадження інтегрованих мереж у сфері охорони здоров'я. Проте також були враховані ключові класичні дослідження, що формують теоретичну основу даної теми.

Третім етапом було застосування фільтрів для відбору найрелевантніших джерел. Ми включили лише ті публікації, що зосереджені на питаннях стратегічного розвитку, інтеграційних процесів і публічного управління. Особливий акцент був зроблений на роботах, які висвітлюють досвід реформування систем охорони здоров'я в різних країнах, зокрема у Великій Британії, оскільки її досвід є найбільш релевантним для реформ в Україні.

Цей системний підхід до пошуку та аналізу наукової літератури дозволяє нам сформулювати всебічне уявлення про сучасні теорії та практики стратегічного розвитку охорони здоров'я, а також виявити існуючі прогалини та виклики, на що спрямоване наше дослідження.

Сучасні дослідження в галузі державної політики у сфері охорони здоров'я акцентують увагу на її багатофункціональності та важливості в умовах соціально-економічної кризи й збройного конфлікту. Як зазначає С. Кравченко, ключовим завданням державної політики є забезпечення ефективного збору, аналізу та інтерпретації інформації для використання державними органами [96]. Це допомагає виявити причинно-наслідкові зв'язки між захворюваннями та їх наслідками, а також забезпечує основу для планування, реалізації та оцінки практичних заходів у сфері охорони здоров'я. Цей підхід є важливим для ефективного прийняття управлінських рішень та планування стратегій розвитку охорони здоров'я.

З позиції конституційних зобов'язань України, охорона життя і здоров'я громадян визнається пріоритетною соціальною цінністю. У період соціально-економічних труднощів і особливо в умовах війни, ці питання набувають стратегічного значення, оскільки впливають не лише на добробут населення, але й на національну безпеку. Як зазначає професор В. Баштанник, правовий режим

воєнного стану створює нові інституційні виклики для державного управління, що вимагають системного та комплексного підходу [8]. Це підкреслює необхідність адаптації управлінських механізмів до умов криз і невизначеності.

Вітчизняні дослідники О. Краснова, Т. Плужнікова наголошують, що держава впливає на розвиток системи охорони здоров'я через розгалужений державний механізм, який включає форми, суб'єкти, об'єкти, предмети, цілі, способи та умови впливу [97]. Цей підхід підкреслює важливість цілісного державного управління, де кожен компонент грає свою роль у забезпеченні сталого розвитку системи охорони здоров'я.

І. Ідріс розглядає охорону здоров'я як систему заходів публічної адміністрації, спрямованих на створення сприятливих умов для профілактики та лікування хвороб, а також підтримки соціальної активності та працездатності громадян [69]. Це визначення акцентує увагу на проактивному підході до охорони здоров'я, де державне управління зосереджене не лише на лікуванні, але й на створенні умов для збереження здоров'я.

В. Лехан, В. Крячкова у своїх працях підкреслюють, що здоров'я є соціальним благом, яке має подвійний характер — як індивідуальна цінність і суспільний ресурс [102]. Це вимагає комплексної державної підтримки та охорони, яка спрямована на збереження здоров'я як важливого соціального капіталу.

Таким чином, аналіз показує, що в умовах сучасних викликів ключовим завданням державної політики у сфері охорони здоров'я є забезпечення ефективної координації між різними рівнями управління та використання сучасних інструментів для моніторингу та оцінки ефективності заходів. Важливим аспектом також є інтеграція соціальної політики з охороною здоров'я, що сприяє формуванню цілісної системи підтримки населення та зміцнює національну безпеку в умовах кризових ситуацій.

Вивчення наукових праць українських дослідників дозволяє зрозуміти еволюцію реформ і виявити як досягнення, так і прогалини в розвитку системи охорони здоров'я. Це важливо для визначення напрямів, у яких потрібне

вдосконалення, та для формування ефективних підходів до інтеграції на всіх рівнях, зокрема на регіональному рівні.

Аналіз наукових джерел свідчить про те, що розвиток системи охорони здоров'я в Україні проходив кілька етапів. Лехан В.М., Крячкова Л.В. та Заярський М.І. виокремлюють чотири ключові періоди. У першому, з 1991 по 2000 рік, реформи не проводилися активно, що відображало інерцію управління після здобуття незалежності. Наступний період, з 2000 до 2010 року, позначився визначенням основних напрямів та механізмів реформування. У 2010–2013 роках розпочалися масштабні пілотні проєкти в окремих регіонах, однак, незважаючи на потенціал, ці реформи були обмеженими та не завершилися. Починаючи з 2014 року, Україна приступила до комплексного реформування системи охорони здоров'я. Проте реалізація цих реформ часто була фрагментарною та не завжди відповідала офіційним урядовим стратегіям, що ускладнювало досягнення намічених цілей [103].

Барзилович А.Д. пропонує інший погляд на періодизацію реформування, зазначаючи, що вже в перші роки незалежності відбулася трансформація законодавчої бази. На його думку, наступні етапи характеризувалися впровадженням сімейної медицини, розвитком доказової медицини та поступовим розширенням спектра послуг. З 2015 року розпочалися масштабні зміни, зокрема впровадження контрактної моделі фінансування, принципу “гроші ходять за пацієнтом” та розбудова інформаційних систем управління медичними послугами. Однак багато реформ так і не були завершені або впроваджені в повному обсязі, що свідчить про певну незавершеність процесу трансформації [5].

Значний внесок у розуміння потреб реформування зробила Криничко Л.Р., яка пояснила необхідність змін у 2014 році на основі таких чинників, як високий рівень смертності, низька якість медичних послуг та відсутність ефективних профілактичних заходів. Вона також зазначила, що фінансування охорони здоров'я було неефективним і не відповідало потребам країни, а система управління залишалася надмірно централізованою та негнучкою. За її словами, застаріла

інфраструктура та неефективні процедури управління і фінансування значно ускладнювали надання якісних медичних послуг [99].

У своєму дослідженні Криничко акцентувала увагу на ключових сферах, що зазнали змін у межах реформи. Зокрема, вона дослідила трансформацію системи освіти та взаємодію з професійними об'єднаннями лікарів, а також укладання контрактів із медичними працівниками. Особливої уваги авторка надала підготовці та підвищенню кваліфікації управлінців, для яких були запроваджені нові магістерські програми. Інформатизація охорони здоров'я також стала важливим аспектом реформи, що мало підвищити ефективність управлінських процесів та доступність медичних послуг [100].

Криничко також відзначила структурні зміни в Міністерстві охорони здоров'я України та створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як нового центрального органу виконавчої влади, що відповідає за реалізацію державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. НСЗУ виконує ключову функцію в реалізації реформи, зокрема через укладання договорів із медичними закладами та забезпечення принципу “гроші ходять за пацієнтом”. Однак Криничко зазначає, що діяльність НСЗУ коригується Кабінетом міністрів України через Міністерство охорони здоров'я, що може впливати на незалежність ухвалення рішень і гнучкість у реалізації політик.

Попри позитивні зміни, авторка підкреслює фрагментарність реалізації реформи. Деякі важливі сфери залишилися без суттєвих змін, а впроваджені трансформації не завжди призвели до покращення результатів охорони здоров'я. Це підкреслює необхідність подальших досліджень для оцінки, як саме інтеграція різних секторів та управлінських рішень може підвищити ефективність реформи.

Ці висновки свідчать про те, що хоча реформа охорони здоров'я в Україні була спрямована на підвищення якості та доступності медичних послуг, її реалізація вимагає додаткової підтримки та моніторингу. Дослідження Криничко демонструє, що розвиток інформаційних систем, підвищення кваліфікації кадрів та забезпечення фінансової стабільності залишаються пріоритетними завданнями для досягнення успіху в реформуванні системи. Водночас це підкреслює важливість

інтеграційних процесів, які можуть допомогти подолати наявні прогалини та забезпечити стійкість і адаптивність системи охорони здоров'я в умовах сучасних викликів.

Аналіз цих праць дозволяє зробити кілька висновків. По-перше, науковці вказують на політичні трансформації як ключовий чинник, що впливав на перебіг реформ. Однак, окрім політичних рішень, велике значення має ефективне планування та залучення громадськості до процесу прийняття рішень. По-друге, реформи часто залишалися декларативними та не супроводжувалися чіткими планами реалізації, що обмежувало їхній вплив на розвиток системи охорони здоров'я.

Продовження реформування охорони здоров'я в Україні підкреслює важливість інтеграції на різних рівнях управління для досягнення ключових цілей – забезпечення доступності, якості та рівності медичних послуг. Упродовж усього періоду становлення національної моделі охорони здоров'я держава адаптувала свої підходи до нових соціальних та економічних умов, наголошуючи на публічному управлінні як інструменті збалансування інтересів громадян, органів місцевого самоврядування та центральної влади.

У своїх дослідженнях М. Білинська визначає управління системою охорони здоров'я як взаємодію між саморегуляційними можливостями децентралізованих органів та зовнішнім державним контролем. Ця взаємодія здійснюється через моніторинг і оцінювання ефективності системи, з метою всебічного задоволення потреб як суспільства загалом, так і окремих громадян. Важливою умовою успішної реалізації цих завдань є ефективна координація між різними рівнями управління, особливо в умовах децентралізації, яка передбачає передачу значних повноважень місцевим громадам [13].

Дослідженням цих питань займалися також інші українські вчені, серед яких Я. Радиш [150], Д. Карамишев [90], З. Надюк, Ю. Вороненко, В. Москаленко, І. Рожкова, З. Гладун, О. Худоба [169] та інші. Їхні праці висвітлюють аспекти реформи охорони здоров'я в Україні, наголошуючи на необхідності взаємодії між державними та місцевими органами управління для оптимізації процесів. Їхні

дослідження охоплюють також питання координації між регіональними та центральними структурами, розвиток кадрового потенціалу, підвищення якості медичних послуг та створення інтегрованих мереж.

Згідно з позицією Організації економічного співробітництва та розвитку [232], вертикальна координація, що здійснюється між центральними органами влади та місцевими адміністраціями, відіграє ключову роль у формуванні державної політики у сфері охорони здоров'я. Така взаємодія сприяє ефективному розподілу ресурсів, впровадженню соціальних програм та забезпеченню систематичного моніторингу якості надання медичних послуг.

Горизонтальна інтеграція, в свою чергу, передбачає управлінську взаємодію різних секторів економіки для вирішення ширших детермінант здоров'я, таких як розвиток транспортної інфраструктури, підприємництва на селі або підвищення фінансової спроможності населення.

Реалізація реформ у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні потребує тісної взаємодії з іншими секторальними політиками, зокрема економічною та адміністративною. Розроблення інтегрованих стратегій забезпечує синергію ресурсів різних секторів, спрямовану на досягнення спільних цілей у галузі охорони здоров'я. Це має особливе значення для сільських територій, де міжсекторальна інтеграція може суттєво підвищити як доступність, так і якість надання медичних послуг.

Таким чином, координація між рівнями управління, інтеграція ресурсів та міжсекторальна співпраця є необхідними умовами для успішної реалізації реформ у сфері охорони здоров'я. Однак для цього потрібні дієві механізми моніторингу та управління, які дозволять ефективно розподіляти ресурси та підтримувати стабільність системи, навіть у складних умовах воєнного та післявоєнного часу.

Одним із ключових питань у контексті реформування системи охорони здоров'я України є визначення та законодавче закріплення дефініції “медична послуга”. Це питання набуло особливої актуальності в умовах переходу до ринкових механізмів фінансування та управління медичними послугами. Законотворці, зокрема І. Сисоєнко, Р. Семенуха, Т. Кремінь, К. Яриніч, О.

Кириченко та І. Цанько, наголошують на необхідності чіткого визначення цього поняття, щоб забезпечити прозорість процесів надання медичних послуг та їхнього фінансування.

Запропоноване визначення “медичної послуги” передбачає, що це комплекс дій медичних працівників, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію, з чітко визначеним завершеним результатом і встановленою вартістю. Водночас нове тлумачення “медичної допомоги” орієнтується на сукупність діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, що спрямовані на відновлення та підтримку здоров’я пацієнтів, у тому числі у зв’язку з вагітністю та пологами. Такі дефініції мають на меті чіткіше структурувати взаємодію між державними і приватними постачальниками медичних послуг, сприяти прозорості тарифоутворення та підвищити рівень відповідальності надавачів послуг.

Деякі науковці вказують, що, незважаючи на зусилля законотворців щодо впорядкування термінології, альтернативний підхід до розмежування понять “медична послуга” та “медична допомога” може бути більш доцільним. Згідно з цим підходом, зазначені терміни не обмежуються виключно економічним аспектом, оскільки медичні послуги можуть надаватися як на платній, так і на безоплатній основі. Таким чином, пропонується уникати зведення їхньої сутності лише до фінансового виміру. У рамках цього підходу акцент робиться на ширшому трактуванні поняття “медична послуга”, що відповідає міжнародній науковій практиці. Воно охоплює повний спектр медичних послуг, незалежно від форми власності чи типу надавача – державного, комунального або приватного.

Такий підхід дозволяє врахувати важливість інтеграції надавачів послуг різних форм власності та забезпечити безперервність і доступність медичних послуг на всіх рівнях. У рамках нашого дослідження ми прагнемо виявити, наскільки запропоновані законодавчі зміни сприятимуть розбудові інтегрованих мереж охорони здоров’я та якою мірою вони зможуть підвищити ефективність і прозорість взаємодії між суб’єктами системи.

Взаємозв’язок державного і приватного секторів у сфері охорони здоров’я є важливим елементом розбудови ефективної та стійкої системи, однак у науковій

літературі цей аспект досліджений недостатньо. Незважаючи на те, що міжнародна практика активно впроваджує змішані моделі надання медичних послуг, які поєднують ресурси обох секторів, в українському науковому дискурсі таких досліджень бракує.

Значний внесок у розробку теоретичних і практичних підходів до регулювання приватного сектору зробив Буравльов Л.О [20]. У своєму дослідженні він запропонував комплексний підхід до вирішення проблем державного регулювання приватної медицини в Україні, виділивши два рівні. На теоретичному рівні він розробив тлумачення ключових понять, таких як “приватна система охорони здоров'я”, “приватна медична діяльність”, “приватні медичні організації”, “державне регулювання приватного сектора охорони здоров'я” та “професійний лікарський ризик”. Він також розробив концепцію “обґрунтованого професійного лікарського ризику”, яка визначає межі допустимих дій медиків у процесі надання медичних послуг.

На практичному рівні Буравльов обґрунтував підходи до оцінки професійного лікарського ризику та запропонував удосконалення нормативно-правової бази для регулювання приватного сектора системи охорони здоров'я. Його дослідження показують важливість належної взаємодії між державними та приватними установами для забезпечення якості й безпеки медичних послуг. Це також підкреслює необхідність створення умов для прозорого регулювання та розвитку приватної медицини в Україні.

Проте, незважаючи на існування окремих ініціатив, взаємодія між державним і приватним секторами залишається слабким місцем системи охорони здоров'я в Україні. Недостатня інтеграція цих секторів не дозволяє повною мірою використовувати потенціал приватних установ для підвищення доступності та якості медичних послуг. У нашому дослідженні ми прагнемо з'ясувати, як можна покращити цей взаємозв'язок та які інструменти державного регулювання могли б сприяти ефективній інтеграції обох секторів.

Існує потреба в подальшому аналізі, щоб зрозуміти, як інтеграція між державним і приватним секторами, кадрова співпраця та інформаційна взаємодія

можуть покращити ефективність системи охорони здоров'я. У контексті нашого дослідження ми зосередимо увагу на вивченні взаємозв'язків між стратегічним плануванням та впровадженням інтегрованих мереж медичних послуг. Важливо також дослідити, як моніторингові інструменти можуть підвищити якість управління та які перешкоди заважають ефективній інтеграції. Це дозволить запропонувати нові підходи до планування реформ та адаптації системи охорони здоров'я до сучасних викликів.

Аналіз наукової літератури свідчить про те, що вітчизняні та зарубіжні дослідники приділяють значну увагу питанням державної політики у сфері охорони здоров'я, зокрема забезпеченню доступності та якості медичних послуг, координації між центральними та місцевими органами влади, а також адаптації управлінських підходів в умовах криз. Дослідження підкреслюють важливість державного управління через ефективний моніторинг, правове регулювання та розбудову стійкої інфраструктури, яка відповідатиме сучасним викликам. Такі роботи охоплюють питання фінансування, кадрового забезпечення, профілактики захворювань, а також роль публічної адміністрації у формуванні сприятливих умов для підтримки здоров'я населення.

Однак, незважаючи на широту охоплення цих тем, виявлено важливу прогалину в наукових дослідженнях — відсутність ґрунтового аналізу щодо інтегрованих мереж медичного обслуговування. Зокрема, не розглянуто, як саме взаємодія між різними рівнями медичних послуг, державними та приватними секторами може сприяти розвитку таких мереж і забезпечувати безперервність та якість допомоги. Відсутність наукових розробок у цій сфері ускладнює формування ефективних стратегій інтеграції, що особливо актуально для української системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення.

У підсумку, подальші дослідження механізмів публічного управління стратегічним розвитком медичного обслуговування населення мають зосереджуватися на розробці концепцій інтегрованих мереж, вивченні успішних міжнародних практик та подоланні бар'єрів у взаємодії державного і приватного

секторів. Це сприятиме формуванню ефективних управлінських рішень та забезпеченню системної трансформації медичного обслуговування в Україні.

1.3. Нормативно-правове забезпечення медичного обслуговування населення

Конституція України (ст. 49) гарантує право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Це право є одним із основоположних прав громадян і забезпечує доступ до необхідних медичних послуг для підтримки і відновлення здоров'я. Право людини на медичну допомогу закріплено також у ст. 284 Цивільного кодексу України та в ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я [23], де передбачено право на отримання кваліфікованої медичної допомоги. Ці законодавчі акти формують правову базу для захисту прав громадян у сфері охорони здоров'я, забезпечуючи їм можливість отримувати медичну допомогу на рівні, що відповідає сучасним стандартам якості та доступності.

Відповідно до положень статті 8, кожен громадянин має право на безоплатне отримання медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я [23], що включає:

- екстрену медичну допомогу;
- первинну медичну допомогу;
- спеціалізовану медичну допомогу;
- паліативну допомогу.

Це законодавче положення акцентує на державних гарантіях доступності зазначених видів медичної допомоги для всіх громадян, забезпечуючи таким чином реалізацію їхнього конституційного права на охорону здоров'я.

Водночас чітке визначення сутності та змісту понять “медична допомога” й “медичні послуги” має важливе значення для ефективного управління системою охорони здоров'я та реалізації права громадян на охорону здоров'я [20]. Від точності цих визначень залежить формування нормативно-правової бази, яка регулює надання медичних послуг, встановлення стандартів якості та прозорість

взаємин між пацієнтами, постачальниками послуг і державою. Це, у свою чергу, сприяє підвищенню якості та доступності медичних послуг, що впливає на загальний рівень задоволеності суспільства системою охорони здоров'я.

Крім того, ефективність надання медичних послуг має прямий вплив на забезпечення соціальної справедливості, доступність медичної допомоги для всіх верств населення та підтримання економічної стабільності держави [8].

Чітке визначення та регулювання медичних послуг є ключовою передумовою забезпечення якості, доступності та справедливості у системі охорони здоров'я. Встановлення прозорих критеріїв і стандартів на законодавчому рівні сприяє формуванню довіри громадян до системи охорони здоров'я, забезпечуючи її ефективність. Регулювання повинно охоплювати такі аспекти, як безпека пацієнтів, професійна компетентність медичного персоналу, фінансова доступність послуг і дотримання прав пацієнтів. У цьому контексті надзвичайно важливо, щоб законодавчі акти та підзаконні нормативні документи, які регулюють надання медичних послуг, були узгодженими, актуальними та відповідали реальним потребам населення. Це дозволить не лише забезпечити стабільне функціонування системи охорони здоров'я, але й підвищити рівень довіри до неї та сприятиме покращенню якості життя населення.

Поняття “медична послуга” з'явилося у законодавстві України ще на початку 90-х років минулого сторіччя, однак до початку реформ у більшості актів чинного законодавства це поняття використовувалося набагато рідше, ніж поняття “медична допомога” [43].

Зазвичай розмежування понять “медична допомога” та “медична послуга” здійснюється на основі таких критеріїв, як місце надання та механізм фінансування їх оплати. Згідно з частиною 3 статті 49 Конституції України, медична допомога в державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно. У свою чергу, медичні послуги, що надаються приватними суб'єктами господарювання у сфері охорони здоров'я, здебільшого мають платний характер.

Крім того, Н. Гайдай вважає, що ще одним критерієм розмежування може бути стан пацієнта, в якому йому необхідно надати медичну допомогу або послугу.

Це означає, що невідкладна медична допомога, яка надається для порятунку життя або стабілізації критичного стану пацієнта, може мати інший правовий статус і характер надання порівняно з плановими медичними послугами, які пацієнт отримує з власної ініціативи. Таким чином, розмежування медичної допомоги та медичних послуг базується не тільки на місці надання та механізмі оплати, але й на характері та ургентності потреб пацієнта [43].

С.В. Антонов додає до критеріїв розмежування між медичною допомогою та медичною послугою також мету (кінцевий результат) надання цих послуг. Метою всіх дій медичного закладу при зверненні особи для лікування є поліпшення здоров'я пацієнта, а результатом має бути усунення симптомів хвороби або повне одужання. Однак, коли звертається здорова людина, яка бажає вдосконалити певні риси своєї зовнішності, результатом медичного втручання будуть естетичні зміни [2].

Таким чином, медична послуга може включати не лише лікувальний або відновлювальний ефект, але й додатковий естетичний результат. Медична допомога, у свою чергу, завжди спрямована на досягнення конкретного лікувального, діагностичного або профілактичного результату, що підкреслює її вузьку спрямованість порівняно з медичною послугою.

Автор також зазначає, що в межах медичної послуги може надаватися і медична допомога, тому медична допомога може бути складовою частиною ширшого поняття медичної послуги. Це означає, що медична допомога є більш спеціалізованою та орієнтованою на вирішення конкретних медичних проблем, тоді як медична послуга може охоплювати ширший спектр дій, включаючи як допомогу, так і інші види втручань, спрямованих на покращення якості життя пацієнта, зокрема естетичні зміни [2].

Однак, у правовому контексті “медичну допомогу” і “медичні послуги” можна розрізнити за режимом правового регулювання. Зокрема, надання медичної допомоги регулюється нормами публічного права, тоді як надання медичних послуг підпадає під дію норм приватного права [45]. Це розмежування визначає різні підходи до правового регулювання, відповідальності та організації процесу

надання цих видів медичних послуг, а також відображає специфіку взаємовідносин між суб'єктами, залученими до цього процесу. Оскільки медичні послуги мають економічний зміст, вони набувають форми майнових відносин і, відповідно, стають предметом регулювання цивільного права [43]. Принципи такого регулювання ґрунтуються на свободі волевиявлення та юридичній рівності сторін. У разі надання послуг на платній основі між пацієнтом і лікарем або медичною установою укладається договір, який визначає виконання певних дій. Через реалізацію умов цього договору пацієнт задовольняє свій немайновий інтерес, тоді як лікар або медична установа реалізує свій майновий інтерес.

Якщо послугодавцем виступає державна або комунальна установа, пацієнт усе одно задовольняє свій немайновий інтерес, а установа виконує свої функції з надання послуг. Проте в обох випадках зміст і результат послуги залишаються однаковими. Отже, коли державна або комунальна установа виконує свою функцію з безоплатного надання послуги, ця послуга не втрачає свого статусу як послуги і не перетворюється на медичну допомогу в правовому сенсі [173].

Відповідно до доповнень до закону, введених у 2020 році, було впроваджено тлумачення ще одного виду допомоги – реабілітаційної [28]. Це нововведення підкреслює, що поняття різних видів допомоги, таких як медична та реабілітаційна, є окремими і мають різне призначення. Зокрема, реабілітаційна допомога передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі, а медична допомога спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Крім того, таке розмежування може сприяти створенню прозорішої системи фінансування медичних послуг, що дозволить оптимізувати використання ресурсів та забезпечити їхнє цільове спрямування [139]. Чітке визначення категорій медичних послуг також полегшить моніторинг і контроль за їхньою якістю, створюючи умови для впровадження ефективних стандартів та практик. Це, у свою

чергу, сприятиме підвищенню довіри громадян до системи охорони здоров'я та її спроможності відповідати на сучасні виклики й потреби населення.

Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, який набув чинності 30 січня 2018 року, запровадив нову модель державних гарантій у сфері медичного обслуговування, встановивши сучасні правові засади фінансування медичних послуг для населення [28]. Цей нормативний акт став важливим кроком у реформуванні системи охорони здоров'я, спрямованим на підвищення її ефективності та доступності.

Водночас положення статті 49 Конституції України закріплюють обов'язок держави забезпечувати умови для надання ефективного та доступного медичного обслуговування всім громадянам. Особливу увагу приділено положенню про безоплатне надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, що виступає ключовим механізмом забезпечення соціальної справедливості та рівного доступу до медичних послуг.

Однак формулювання цієї статті Закону також дає підстави для розуміння того, що система медичного обслуговування в Україні охоплює як безоплатні, так і платні послуги. Безоплатна медична допомога в державних та комунальних закладах охорони здоров'я є гарантованою частиною конституційного права громадян, і вона покриває основні медичні послуги, що забезпечують базові потреби в охороні здоров'я. Проте, крім цього, у системі охорони здоров'я існують і платні послуги, які можуть надаватися як державними, так і приватними закладами. Водночас, важливим завданням держави є гарантування того, щоб платні послуги не обмежували доступ до необхідної медичної допомоги для менш забезпечених верств населення, зберігаючи принцип рівності та доступності охорони здоров'я для всіх громадян.

Таким чином, держава повинна забезпечити баланс між доступністю безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах та сприяти розвитку приватного сектору, що створює можливості для пацієнтів обирати різні варіанти медичного обслуговування відповідно до їхніх потреб і можливостей. Це,

в свою чергу, сприяє загальному підвищенню якості медичних послуг і зміцненню системи охорони здоров'я в Україні.

Згідно зі ст. 4 Закону України [28], програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг і лікарських засобів, оплата яких здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України. Та все ж медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до цієї програми, не підлягають оплаті з державних коштів, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій. Водночас такі послуги можуть бути покриті за рахунок інших джерел фінансування, зокрема, коштів державного бюджету, передбачених на реалізацію інших державних програм, місцевих бюджетів, медичного страхування, а також з коштів юридичних і фізичних осіб та інших джерел, не заборонених законодавством.

Втім надання медичних послуг, які виходять за межі базової медичної допомоги, може бути організовано на інших засадах, зокрема, на платній основі. Це може стосуватися додаткових, спеціалізованих або вибіркових медичних послуг, які не входять до переліку послуг, покритих програмою медичних гарантій. До вибіркових послуг відносяться ті, що надаються за бажанням пацієнта, а не через медичну необхідність, наприклад, косметичні процедури, альтернативні методи лікування або профілактичні програми поза базовим обсягом. Такі послуги зазвичай фінансуються за рахунок особистих коштів пацієнтів або інших джерел, що дозволяє розширити спектр доступної медичної допомоги відповідно до індивідуальних потреб. Таким чином, розмежування між “медичною допомогою” та “медичною послугою” стає важливим з точки зору законодавчого регулювання, оскільки це визначає, які послуги пацієнти можуть отримувати безкоштовно, а за які можуть бути зобов'язані платити, в залежності від джерела фінансування і контексту надання медичної допомоги.

Підсумовуючи аналіз чинного законодавства щодо термінів “медична послуга”, “медична допомога” та “медичне обслуговування”, нами було сформульовано основні відмінності між цими термінами на основі різних ознак, а також подано *авторське визначення терміну* “медична допомога”, зокрема – це

комплекс медичних послуг, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування захворювань, травм, патологічних станів чи інших медичних проблем, а також супутніх заходів, невід'ємно пов'язаних з їх наданням, об'єднаних за специфікою (екстрена, паліативна, реабілітаційна) та рівнем надання (первинна, спеціалізована), які гарантуються державою на безоплатній основі в межах програми медичних гарантій та надаються фахово підготовленими медичними працівниками.

Результати цього аналізу систематизовано та представлено у таблиці на рис.1.2., що надає можливість чітко розмежувати вказані поняття та їх юридичні характеристики.

Також нами було ідентифіковано основні законодавчі колізії, зумовлені використанням цих термінів, які детально представлено у додатку В. Здійснення такого аналізу дозволяє ідентифікувати потенційні невідповідності та суперечності в чинному законодавстві, які вимагають подальшого уточнення та нормативного врегулювання з метою забезпечення однозначності та узгодженості правового регулювання у сфері охорони здоров'я.

Визначення ключових відмінностей між поняттями, а також аналіз законодавчих колізій, що виникають у процесі їх застосування, є критично важливими для побудови ефективної та стійкої мережі закладів охорони здоров'я. Чітке розмежування цих понять безпосередньо впливає на організацію роботи медичних закладів, які входять до цієї мережі, особливо в умовах надзвичайних ситуацій, коли пріоритетним завданням стає забезпечення безперервності та доступності медичних послуг.

У цьому контексті характеристика типів закладів охорони здоров'я набуває особливої значущості для забезпечення ефективного функціонування всієї системи охорони здоров'я. Це обумовлено кількома ключовими чинниками, які підкреслюють необхідність детального аналізу та класифікації таких закладів:

- по-перше, визначення типів закладів охорони здоров'я є надзвичайно важливим для планування та розподілу ресурсів. Інформація про кількість і типи медичних закладів надає урядам та організаціям можливість приймати

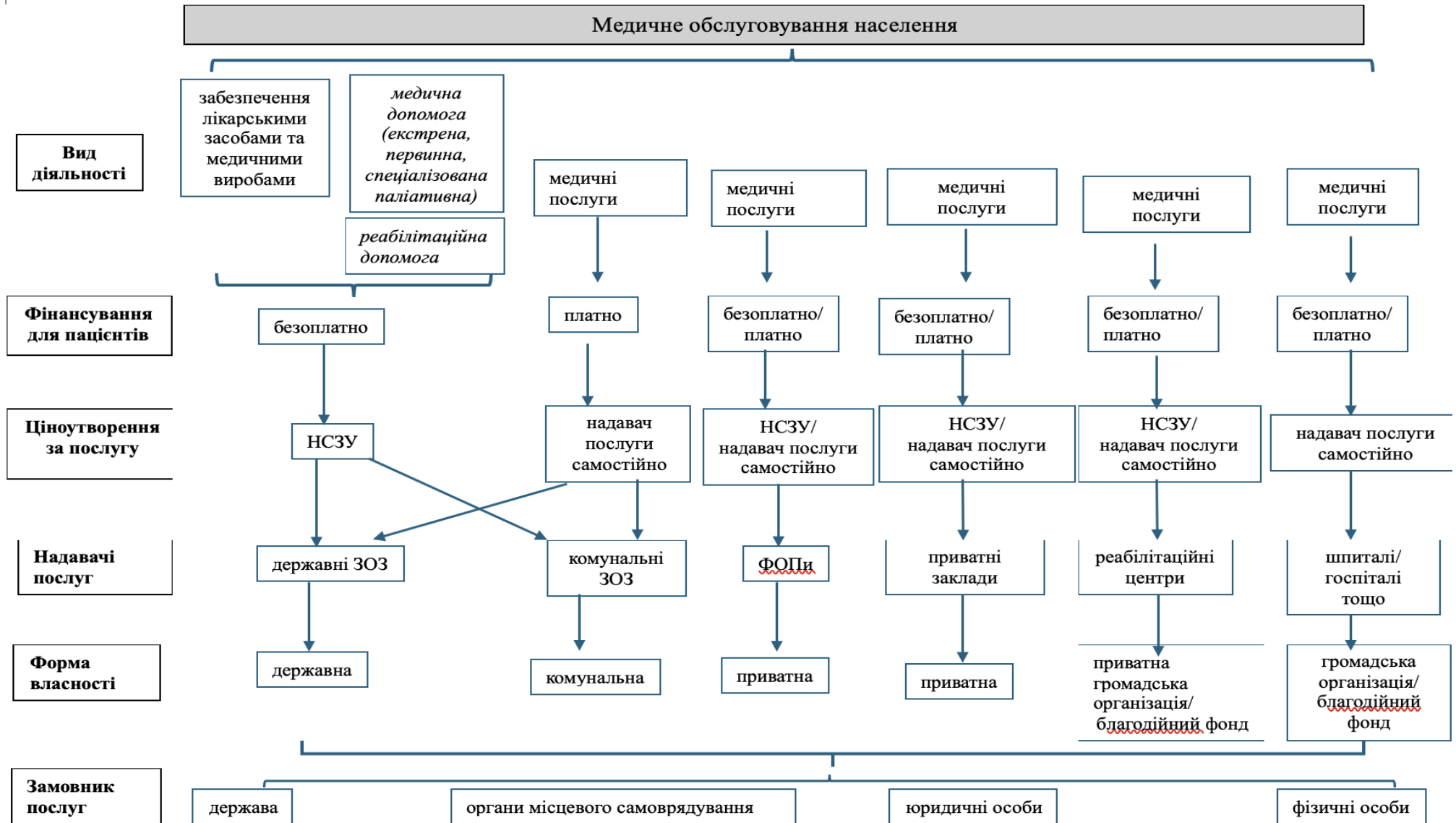


Рис. 1. 2. Організаційна схема медичного обслуговування населення в Україні (сформовано авторкою)

обґрунтовані рішення щодо розподілу ресурсів, стратегічних інвестицій у розвиток інфраструктури охорони здоров'я, а також планування надання медичних послуг відповідно до потреб населення. Це стосується забезпечення необхідними медикаментами та обладнанням, а також підготовки медичного персоналу. Без чіткого розуміння структури медичних закладів, уряди ризикують витратити ресурси неефективно, що може призвести до браку необхідних ресурсів у найкритичніших моментах;

— по-друге, аналіз і характеристика типів медичних закладів відіграють важливу роль у забезпеченні якості медичних послуг. Розуміння особливостей різних типів закладів створює передумови для розробки та впровадження єдиних стандартів якості та безпеки медичної допомоги. Це сприяє формуванню уніфікованої системи акредитації та ліцензування, що забезпечує високий рівень медичних послуг у всіх закладах незалежно від їхнього типу. Таким чином, пацієнти можуть бути впевнені, що отримають якісну медичну допомогу незалежно від закладу, до якого вони звертаються;

— по-третє, аналіз типів медичних закладів є практичним інструментом для виявлення регіонів та груп населення з обмеженим доступом до медичної допомоги. Це має особливе значення для сільських та віддалених територій, де доступність медичних послуг часто залишається недостатньою. Проведення такого аналізу сприяє розробленню ефективних стратегій покращення доступу до медичної допомоги, включаючи відкриття нових закладів або модернізацію наявної інфраструктури. У результаті це забезпечує більш рівномірний доступ до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього місця проживання, сприяючи справедливості та соціальній рівності у сфері охорони здоров'я.

Ефективне реагування на надзвичайні ситуації, зокрема епідемії чи природні катастрофи, вимагає розуміння структури системи охорони здоров'я та характеристик її закладів. Інформація про типи та географічне розташування медичних установ є ключовою для координації заходів із надання допомоги, забезпечуючи оперативність і ефективність реагування. Це охоплює мобілізацію

ресурсів, організацію перевезення пацієнтів і надання необхідних медичних послуг у постраждалих районах.

Таким чином, характеристика типів закладів охорони здоров'я є невід'ємною складовою ефективного управління системою охорони здоров'я. Вона сприяє раціональному розподілу ресурсів, забезпеченню високих стандартів якості медичних послуг, розширенню доступу до медичної допомоги та підвищенню спроможності системи оперативно реагувати на виклики.

З огляду на викладене, пропонуємо перелік ознак, за якими може здійснюватися диференціація закладів охорони здоров'я (див. Додаток Б).

При аналізі мережі закладів охорони здоров'я важливо провести чітке розмежування між поняттями “спроможна мережа закладів охорони здоров'я” та “загальна мережа закладів охорони здоров'я”. Стаття 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я [23] визначає, що мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням планів розвитку госпітальних округів, потреб населення у медичному обслуговуванні, а також необхідності забезпечення належної якості, своєчасності та доступності такого обслуговування для громадян. Крім того, враховується ефективне використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів.

Однак, у цьому формулюванні виникає кілька важливих питань, які потребують додаткового уточнення:

По-перше, залишається не до кінця зрозумілим, чи йдеться у цьому випадку про формування саме спроможної мережі закладів охорони здоров'я, чи про ширшу концепцію, що охоплює загальну мережу державних і комунальних закладів. Спроможна мережа зазвичай включає ті заклади, які відповідають визначеним критеріям та уклали договір з НСЗУ, забезпечуючи сталість та ефективність надання медичних послуг, особливо в умовах надзвичайних ситуацій. Відповідно, якщо у ст. 16 йдеться саме про спроможну мережу, це потребує чіткого зазначення, щоб уникнути двозначності.

По-друге, постає питання щодо територіальних меж, у межах яких здійснюється визначення потреб населення у медичному обслуговуванні.

Залишається невизначеним, чи йдеться про потреби населення конкретної адміністративно-територіальної одиниці, наприклад області, району чи міської громади, або ж про потреби населення всього госпітального округу. Ця невизначеність може ускладнювати планування та оптимізацію медичних послуг на місцевому рівні.

По-третє, при розрахунку потреб населення у медичному обслуговуванні необхідно враховувати, що значна частина пацієнтів може звертатися за послугами не лише до державних і комунальних закладів, але й до приватних медичних установ. Це питання набуває особливої актуальності в контексті зростання ролі приватного сектору в системі охорони здоров'я, який відіграє важливу роль у задоволенні потреб населення та доповнює наявну інфраструктуру медичних послуг. Якщо формування мережі державних і комунальних закладів не враховує цю динаміку, можуть виникнути ситуації, коли ресурси будуть розподілятися нераціонально, а навантаження на певні заклади буде надмірним або недостатнім.

Спроможна мережа – це система надавачів медичних послуг, які забезпечують медичне обслуговування в межах відповідного госпітального округу, особливо під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного чи воєнного стану [86]. Ця мережа спрямована на забезпечення належної якості медичних послуг, їхньої своєчасності та доступності для населення, а також на ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів. Спроможна мережа включає ті заклади, які уклали договір з Національною службою здоров'я України і відповідають вимогам, що забезпечують сталість та надійність надання медичних послуг, особливо у кризових ситуаціях.

З іншого боку, “мережа закладів охорони здоров'я” є ширшим поняттям, яке охоплює сукупність усіх закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території. Ця мережа включає як державні та комунальні заклади, так і приватні медичні установи, а також заклади, що фінансуються з місцевих бюджетів. У поняття мережі закладів охорони здоров'я входять усі надавачі медичних послуг, незалежно від того, чи беруть вони участь у державних програмах або уклали договір з НСЗУ [134].

Це розмежування є важливим, оскільки спроможна мережа, яка функціонує на основі державних програм і укладених договорів, забезпечує стандартизоване і гарантоване державою медичне обслуговування, особливо в надзвичайних умовах. У той час як загальна мережа закладів охорони здоров'я охоплює ширше коло надавачів, включаючи тих, хто може доповнювати спроможну мережу, надаючи додаткові можливості для медичної допомоги у звичайних та кризових умовах.

Спроможна мережа повинна не тільки гарантувати доступ до безоплатної медичної допомоги, як це визначено ст. 49 Конституції України, але й забезпечувати можливість надання платних медичних послуг у межах законодавства, що дозволяє ефективніше використовувати ресурси і забезпечувати різноманітність наданих послуг. Виявлені нами законодавчі колізії можуть мати вплив на організацію та функціонування спроможної мережі, що підкреслює необхідність їх подальшого опрацювання та узгодження на законодавчому рівні. Це, в свою чергу, сприятиме підвищенню якості надання медичних послуг та забезпеченню стабільної роботи мережі закладів охорони здоров'я в будь-яких умовах.

Відповідно до чинного законодавства [28], надавачами медичних послуг вважаються заклади охорони здоров'я всіх форм власності та фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з Уповноваженим органом. Однак таке визначення може створити певну неоднозначність у трактуванні поняття “надавачі медичних послуг”.

Зокрема, існує ризик, що приватні заклади охорони здоров'я або заклади, фінансовані з місцевих бюджетів, можуть бути помилково виключені з переліку надавачів медичних послуг у разі відсутності укладеного договору з Уповноваженим органом чи участі у державних програмах. Такий підхід може спричинити хибне сприйняття, що ці заклади не виконують функції надавачів медичних послуг, що не відповідає їхній фактичній ролі в системі охорони здоров'я та може знизити ефективність загального планування і координації медичного обслуговування.

Щоб уникнути таких непорозумінь і забезпечити чіткість у правовому регулюванні, доцільно уточнити визначення та чітко окреслити, що мова йде про “надавачів медичних послуг у рамках державних програм медичних гарантій”. Таке доповнення допоможе розмежувати поняття надавачів, що працюють у державних програмах, і тих, хто надає медичні послуги поза їх межами, забезпечуючи тим самим правову ясність і уникнення потенційних колізій у застосуванні законодавства.

З іншого боку, якщо визначати мережу закладів охорони здоров'я як сукупність всіх закладів, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території, це може створити певні проблеми в організації та управлінні системою охорони здоров'я. Такий підхід не враховує необхідності дотримання єдиних стандартів якості,

Особливо в умовах надзвичайних ситуацій важливо мати комплексне уявлення про мережу закладів, здатних доповнити “спроможну мережу”. У таких обставинах стає очевидним, що покладання виключно на заклади, які уклали договір із Національною службою здоров'я України (НСЗУ), може виявитися недостатнім для задоволення всіх потреб населення. Водночас обмеження поняття “спроможна мережа” лише закладами, які беруть участь у державних програмах, може залишити поза увагою значний потенціал приватних медичних установ та закладів, що фінансуються з місцевих бюджетів.

Ця проблема підкреслює нагальну необхідність визначення ключових секторів у сфері охорони здоров'я, що дозволило б оптимізувати взаємодію між різними типами закладів. Проте на законодавчому рівні держава досі не встановила чіткого визначення поняття “сектор” у контексті охорони здоров'я або переліку секторів, які вона визнає. У зв'язку з цим доцільно запропонувати наступне визначення: сектор охорони здоров'я – це сукупність організацій та суб'єктів, які здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я, спрямовану на збереження та підтримку здоров'я населення, і характеризуються певною формою власності, системою управління, організацією фінансування та типом надання послуг.

Виокремлюють: *державний сектор* (об'єднує державні та комунальні інституції), *приватний сектор* (складається з незалежних комерційних організацій), *громадський сектор* (включає громадські організації та благодійні фонди), *волонтерський сектор* (діє на основі добровільної участі та благодійної підтримки), *відомчий сектор* (об'єднує медичні заклади, що належать окремим відомствам або організаціям) та *міжнародний сектор* (включає організації, установи, фонди, що не зареєстровані в Україні, але здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я на її території).

Обов'язок держави створювати умови не обмежується лише підтримкою державних та комунальних медичних установ. Конституція України (ст. 49) також передбачає створення підґрунтя для розвитку приватного сектору охорони здоров'я, використовуючи його потенціал у кризових ситуаціях. Приватні медичні установи можуть відігравати ключову роль у розширенні доступу до медичної допомоги, особливо коли державні ресурси обмежені або не можуть оперативно реагувати на всі виклики. Це включає забезпечення правового регулювання та стимулів для залучення інвестицій у приватну медицину, розвиток конкуренції, що може підвищити якість надання послуг і розширити доступ громадян до більш різноманітних і спеціалізованих медичних послуг.

Відповідно до визначення ВООЗ, залучення приватного сектору розглядається як партнерство між державним і приватним секторами з метою досягнення конкретних завдань у сфері охорони здоров'я [280]. Для реалізації такого партнерства необхідне ефективне управління, яке забезпечує доступність і якість медичних послуг, а також фінансовий захист населення. Водночас приватний сектор повинен дотримуватися пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я, визначених урядом.

Приватний сектор є гетерогенною структурою, що включає формальні та неформальні, прибуткові та неприбуткові організації, а також суб'єктів із різним рівнем кваліфікації. За даними ВООЗ [280], приватний сектор забезпечує широкий спектр медичних послуг, товарів та інших ресурсів, які не контролюються безпосередньо урядами. Це може охоплювати постачання лікарських засобів,

фінансові та медичні продукти, навчання медичних кадрів, надання допоміжних послуг, розвиток інфраструктури, впровадження інформаційних технологій і безпосереднє надання медичних послуг. Окрім цього, приватний сектор може відігравати значну роль у процесі формування політики охорони здоров'я, що впливає на її стратегічні напрями та реалізацію [229].

Однак існує кілька викликів для залучення приватного сектору до систем охорони здоров'я. Докази свідчать, що уряди, залучивши приватний сектор до систем охорони здоров'я, часто зосереджуються на управлінні державним сектором, ігноруючи при цьому надання послуг приватним сектором. Пандемія COVID-19 продемонструвала важливість державного регулювання взаємодії з приватним сектором. Ефективне управління з чітким діалогом, політичними рамками та контракуванням участі приватного сектору є критично важливим для досягнення універсального охоплення медичними послугами (УНС) [203]. Тому з'явилася необхідність добре розроблених, чітких стратегій та ефективного управління такими стратегіями між урядами та приватним сектором. Такі стратегії потребують обміну інформацією та даними між державним і приватним секторами, що може включати, наприклад, інформацію про прямі витрати, контроль якості та доступ до послуг направлення для забезпечення безперервності догляду [206].

Відповідно до визначення, запропонованого ВООЗ, приватний сектор охорони здоров'я охоплює осіб та організації, які не перебувають у власності або під безпосереднім контролем урядів і здійснюють діяльність із надання медичних послуг [277]. Цей сектор поділяється на кілька підкатегорій, зокрема прибуткові та неприбуткові, формальні та неформальні, внутрішні та міжнародні структури. Таке операційне визначення було схвалене Консультативною групою з управління приватним сектором для досягнення універсального охоплення медичними послугами.

Глобальний фонд, у свою чергу, адаптував це визначення, вказуючи на можливість взаємозамінного використання термінів “приватний сектор” і “недержавні актори”, підкреслюючи ширший контекст діяльності суб'єктів, які не контролюються державою [204].

Окрему увагу необхідно приділити потенціалу громадського сектору, який володіє ресурсами та закладами, здатними надавати медичні послуги. Гуманітарні та благодійні організації, такі як Червоний Хрест, Карітас та інші, мають власні інфраструктури та ресурси, які можуть бути мобілізовані для надання медичної допомоги, особливо в умовах надзвичайних [274]. Хоча ці заклади не є частиною державної системи охорони здоров'я, вони здатні суттєво доповнити спроможну мережу, забезпечуючи додаткову підтримку та доступ до медичних послуг для населення, що опинилося у скрутних обставинах.

Отже, держава повинна не лише підтримувати спроможну мережу закладів охорони здоров'я, але й активно залучати приватні та громадські заклади до загальної системи охорони здоров'я. Це дозволить створити стійкішу та ефективнішу систему, здатну гнучко реагувати на виклики будь-якого масштабу та забезпечувати належний рівень медичної допомоги населенню в усіх можливих сценаріях. Інтеграція всіх надавачів медичних послуг – державних, приватних і громадських – забезпечить максимальну готовність системи до реагування на надзвичайні ситуації та підвищить загальну стійкість системи охорони здоров'я.

В українському законодавстві, що регулює сферу охорони здоров'я, термін “інтегровані” використовується лише один раз, зокрема у контексті спроможної мережі надавачів медичних послуг. Згідно з визначенням, йдеться про “організаційно інтегровану сукупність надавачів первинної медичної допомоги”, яка є складовою частиною спроможної мережі [28]. Це свідчить про визнання законодавством важливості організаційної інтеграції між різними суб'єктами надання медичних послуг на первинному рівні, що спрямовано на забезпечення ефективної координації, взаємодії та якісного надання медичної допомоги населенню.

Організаційна інтеграція надавачів первинної медичної допомоги сприяє створенню єдиної, злагодженої системи, де різні медичні заклади та фахівці працюють як одна команда для досягнення спільних цілей – покращення доступу до медичних послуг, підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання ресурсів [192]. Така інтеграція також дозволяє уникнути

дублювання послуг і забезпечує кращий контроль за наданням медичної допомоги, що в підсумку сприяє загальному покращенню здоров'я населення.

Водночас варто підкреслити, що згадка про інтеграцію в законодавстві обмежується лише цим випадком, що вказує на недостатню увагу до цього аспекту в нормативно-правовому полі. Це створює ризик неповного впровадження принципу інтеграції на практиці, що може негативно вплинути на якість і ефективність надання медичних послуг. З огляду на це, доцільним є розширення використання поняття інтеграції в законодавстві, зокрема стосовно взаємодії між різними рівнями надання медичної допомоги, а також інтеграції медичних послуг із соціальними та іншими суміжними послугами. Такий підхід сприятиме формуванню цілісної системи охорони здоров'я, здатної комплексно задовольняти потреби населення.

Висновки до розділу 1

Проаналізовано концептуальні засади, управлінські підходи і нормативно-правове регулювання системи медичного обслуговування населення. Визначено науково-теоретичні передумови для впровадження інтеграційної моделі в управління медичними послугами, оцінку її потенційного впливу на якість та доступність медичної допомоги, а також дослідження нормативних та інституційних умов, необхідних для реалізації таких змін. Важливість цього аналізу обумовлена тим, що сучасна система медичного обслуговування перебуває у стані трансформації, спричиненої як внутрішніми викликами реформування, так і зовнішніми факторами, пов'язаними із соціально-економічними кризами та воєнним станом.

Дослідження концептуальних положень інтеграційного підходу продемонструвало, що інтеграція в системі медичного обслуговування є не лише технічною зміною в організації надання послуг, а й стратегічним напрямом розвитку системи охорони здоров'я. Зокрема, інтеграційний підхід передбачає тісну координацію між первинною, спеціалізованою та високоспеціалізованою допомогою, що сприяє створенню єдиної безперервної системи надання медичних

послуг. Це особливо важливо в умовах, коли фрагментованість системи призводить до дублювання функцій, нерівномірного розподілу ресурсів та обмеженої доступності медичної допомоги для певних груп населення. Також варто зазначити, що інтеграційні процеси стосуються не лише медичних установ, а й інших зацікавлених сторін, таких як органи місцевого самоврядування, громадські організації, соціальні служби та приватні провайдери послуг, що разом мають формувати спільний простір для надання медико-соціальної допомоги. Водночас ефективна реалізація інтеграційної моделі можлива лише за умови наявності належної фінансової підтримки та чіткої системи управління, що забезпечить збалансований розподіл відповідальності між різними рівнями медичної системи.

Аналіз управлінського виміру медичного обслуговування населення в науковому дискурсі дозволив виявити кілька ключових тенденцій у сучасних дослідженнях. По-перше, значна частина науковців наголошує на необхідності переходу від традиційних централізованих моделей управління до гнучких, адаптивних структур, які дозволяють ефективніше реагувати на виклики у сфері охорони здоров'я. Цей перехід передбачає посилення ролі місцевих органів влади та управлінських органів на рівні громад, які безпосередньо відповідають за організацію медичних послуг відповідно до потреб населення. По-друге, дослідники підкреслюють важливість міжсекторального співробітництва, що передбачає залучення не лише державного, але й приватного сектору та громадянського суспільства до управління медичним обслуговуванням. Однак у науковій літературі існує дискусія щодо механізмів такої взаємодії: з одного боку, існують позитивні приклади інтеграції державних і приватних ресурсів, з іншого – бракує системного підходу до регулювання партнерських відносин у сфері охорони здоров'я. По-третє, ступінь дослідження проблематики у працях науковців є нерівномірним: якщо питання концептуальної основи інтегрованої допомоги достатньо висвітлене, то аспекти її практичного впровадження, зокрема управлінські механізми, економічні розрахунки та ефективність інтеграційних заходів, залишаються недостатньо розкритими. Це свідчить про потребу у

подальших міждисциплінарних дослідженнях, спрямованих на комплексну оцінку впливу інтеграції на систему охорони здоров'я.

У частині нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування населення здійснено аналіз основних законодавчих актів, що регулюють організацію медичної допомоги в Україні, та визначено їхній вплив на процеси інтеграції в системі охорони здоров'я. Результати дослідження показали, що, незважаючи на наявність стратегічних документів, які передбачають інтеграцію медичних послуг, нормативна база залишається фрагментованою та недостатньо адаптованою до потреб реформи. Зокрема, існують розбіжності між законодавчими нормами, які регулюють різні рівні медичної допомоги, що ускладнює координацію між закладами охорони здоров'я. Виявлено також, що правові механізми, які стосуються співпраці державного та приватного секторів у наданні медичних послуг, є обмеженими та потребують додаткового врегулювання. Одним із важливих аспектів є відсутність чітких критеріїв і стандартів для інтеграційних моделей, що призводить до неоднорідності у підходах до їх реалізації на місцевому рівні. Крім того, питання фінансування інтегрованої моделі залишаються відкритими, оскільки нинішня система фінансування не враховує особливостей комплексного підходу до медичної допомоги. Це вказує на необхідність удосконалення законодавчих механізмів, спрямованих на створення стабільної та прозорої нормативної бази для інтеграції медичних послуг.

Отже, результати аналізу підтверджують, що ефективне впровадження інтеграційного підходу у публічне управління медичним обслуговуванням населення вимагає не лише концептуального переосмислення організації медичних послуг, а й практичних змін у системі управління та регулювання. Необхідно вдосконалювати управлінські підходи, які забезпечать ефективну координацію між різними рівнями медичної допомоги та сприятимуть розширенню співпраці між державним, приватним і громадським секторами.

Основні результати першого розділу представлено у наукових публікаціях [179; 212; 289].

РОЗДІЛ 2

ІНСТРУМЕНТИ МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ НАСЕЛЕННЯ

2.1. Механізм інформаційної взаємодії в публічному управлінні медичним обслуговуванням

Механізм інформаційної взаємодії² (синонім – інформаційний механізм) є необхідним компонентом сучасного управління, оскільки забезпечує ефективний обмін інформацією між різними підрозділами та рівнями організацій, що сприяє більш точному та своєчасному прийняттю управлінських рішень. Однак процес реалізації цього механізму часто обумовлений проблемами, такими як різні стандарти даних, недостатня координація між відділами, а також технологічні та організаційні бар'єри. Це може призвести до затримок у прийнятті рішень, неправильного тлумачення даних або навіть втрати критичної інформації.

Дослідження проблемних аспектів інформаційного механізму є важливим, оскільки дозволяє виявити і подолати перешкоди, що стоять на шляху ефективного управління. Це, у свою чергу, підвищує точність і своєчасність управлінських рішень, сприяє оптимізації ресурсів та покращенню загальної ефективності

² Механізм інформаційної взаємодії в контексті охорони здоров'я — це процес обміну та інтеграції медичних та управлінських даних між різними учасниками системи охорони здоров'я. Це забезпечує ефективну комунікацію та взаємодію між різними підрозділами, рівнями організацій і стейкхолдерами, такими як: заклади охорони здоров'я (для обміну інформацією про стан здоров'я пацієнтів, лікування, діагнози та інші медичні дані); медичні працівники (для координації дій, отримання доступу до актуальних медичних даних і покращення якості медичних послуг); пацієнти (для отримання доступу до своїх медичних записів, історії хвороби та іншої інформації для поліпшення прийняття рішень щодо лікування та профілактики); державні органи (міністерства, місцеві органи влади) — для моніторингу та контролю за ефективністю надання медичних послуг, розробки політик та планування ресурсів; приватні медичні установи (для інтеграції з державною системою охорони здоров'я та обміну даними, що забезпечує більш цілісну картину медичного обслуговування); страхові компанії та фінансові установи (для обміну інформацією про фінансування медичних послуг, страхові виплати та витрати на лікування).

організацій. Крім того, вдосконалення інформаційного механізму сприяє більш прозорому та підзвітному управлінню, що є важливим фактором для підвищення довіри до організації з боку всіх зацікавлених сторін.

Враховуючи важливість інформаційного механізму для ефективного управління, його вдосконалення безпосередньо впливає на якість прийняття рішень і ресурсорієнтованість організацій. Це підкреслює необхідність чіткої і скоординованої політики на всіх рівнях управління, зокрема в сфері охорони здоров'я. Відтак, державна політика в галузі охорони здоров'я України, яка включає як загальнонаціональні, так і регіональні ініціативи, має за мету відображати потреби населення, формулюючи стратегічні цілі та пріоритети для ефективної організації медичних послуг у країні. Основні принципи цієї політики встановлюються Верховною Радою України, яка визначає конституційні та законодавчі засади, формуючи цілі, ключові завдання, напрямки, принципи та пріоритети охорони здоров'я.

Важливим елементом державної політики є місцеві та регіональні комплексні та цільові програми, розроблені органами місцевого самоврядування. Ці програми спрямовані на задоволення специфічних потреб населення, що проживає на відповідних територіях, і враховують унікальні вимоги до охорони здоров'я в кожному регіоні. Інформаційна трансформація дозволяє підвищити ефективність та узгодженість цих програм, забезпечуючи більш цілісний підхід до охорони здоров'я на всіх рівнях управління (ст.12) [23].

У цьому контексті значну роль відіграє медична статистика. Вона є основою для розробки та впровадження ефективних програм охорони здоров'я, оскільки повинна забезпечувати достовірну інформацію про стан здоров'я населення, розподіл захворювань за різними критеріями, використання медичних ресурсів та ефективність надання медичних послуг. Без належного збору, обробки та аналізу медичних даних будь-які зусилля з покращення охорони здоров'я на місцевому чи національному рівні можуть виявитися малоефективними. Медична статистика дає змогу не тільки оцінювати поточну ситуацію, але й прогнозувати майбутні

потреби, що є надзвичайно важливим для забезпечення стійкості системи охорони здоров'я та підвищення якості життя населення.

Міністерство охорони здоров'я, як провідний орган у системі центральних органів виконавчої влади, відповідає за формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я [73]. Для підвищення ефективності управління та забезпечення більшої інтеграції даних у цій сфері, було прийнято рішення реорганізувати Державний заклад “Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я” шляхом його приєднання до Державної установи “Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України” [115]. Відповідно єдиним агрегуючим блоком статистичної інформації є Центр громадського здоров'я [54]. Відповідно до свого Статуту [116], Центр є санітарно-профілактичним закладом охорони здоров'я, головним завданням якого є діяльність у сфері громадського здоров'я та забезпечення потреб населення, зокрема шляхом:

- формування єдиних підходів надання аналітичної та статистичної інформації системи охорони здоров'я;
- участі у розробці стратегії розвитку галузі охорони здоров'я, комплексного стратегічного аналізу діяльності галузі охорони здоров'я, включаючи аналіз мережі, ресурсів, кадрів, медико-соціальні аспекти охорони здоров'я дітей, підлітків та молоді;
- формування пропозицій щодо забезпечення стійких організаційних структур і фінансування системи громадського здоров'я;
- наповнення даними та використання інформаційної платформи громадського здоров'я для формування політики, аналізу детермінант, оцінки ситуації;
- розробки, координації та реалізації комплексних заходів та програм з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють соціально-демографічний вплив та економічні наслідки;

- координація діяльності та взаємодії установ і закладів охорони здоров'я із збирання, обробки та аналізу даних і показників стану здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я.

На рівні області функціонують інформаційно-аналітичні центри медичної статистики, що виконують роль координаторів або центрів збору статистичних даних з усіх закладів охорони здоров'я на території регіону. Ці центри мають подвійне підпорядкування: з одного боку, галузеве – до територіальних центрів Центру громадського здоров'я, з іншого – структурне, через комунальні некомерційні підприємства обласних рад.

З огляду на важливість цього процесу, у липні 2007 року наказом Міністерства охорони здоров'я України було затверджено форми звітності з питань охорони здоров'я та інструкції щодо їх заповнення [141]. У 2023 році, з метою моніторингу стану здоров'я населення та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, був виданий наказ, що визначає перелік та строки подання статистичних звітів установами і закладами охорони здоров'я. Цей наказ сформовано відповідно до Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 р. № 90) але за формами, затвердженими у 2007 р. Необхідно також зазначити: на момент видачі наказу були вже внесені нові зміни до Положення про МОЗ [87] (в редакції 2023 р). Однак, попри оновлення Положення про МОЗ у 2023 році, нові зміни до цього Положення не були враховані при затвердженні форм звітності.

Загальний перелік включає 51 форму звітності (рис. 2.1), аналіз яких дозволяє зробити такі висновки:

- 45% інформації стосується інфекційних захворювань;
- у зв'язку з триваючою війною, жодна з форм не включає моніторинг даних щодо внутрішньо переміщених осіб (ВПО) або питань реабілітації, за винятком одного звіту, що стосується соціальної реабілітації [111];
- термінологія, яка використовується у формах, часто є неактуальною та не узгодженою з чинним законодавством;

- заповнені форми повинні подаватися як в електронній формі, так і в паперовому вигляді, відповідно до встановлених вимог;
- відсутня відповідальність для приватних закладів охорони здоров'я за неподання звітності.

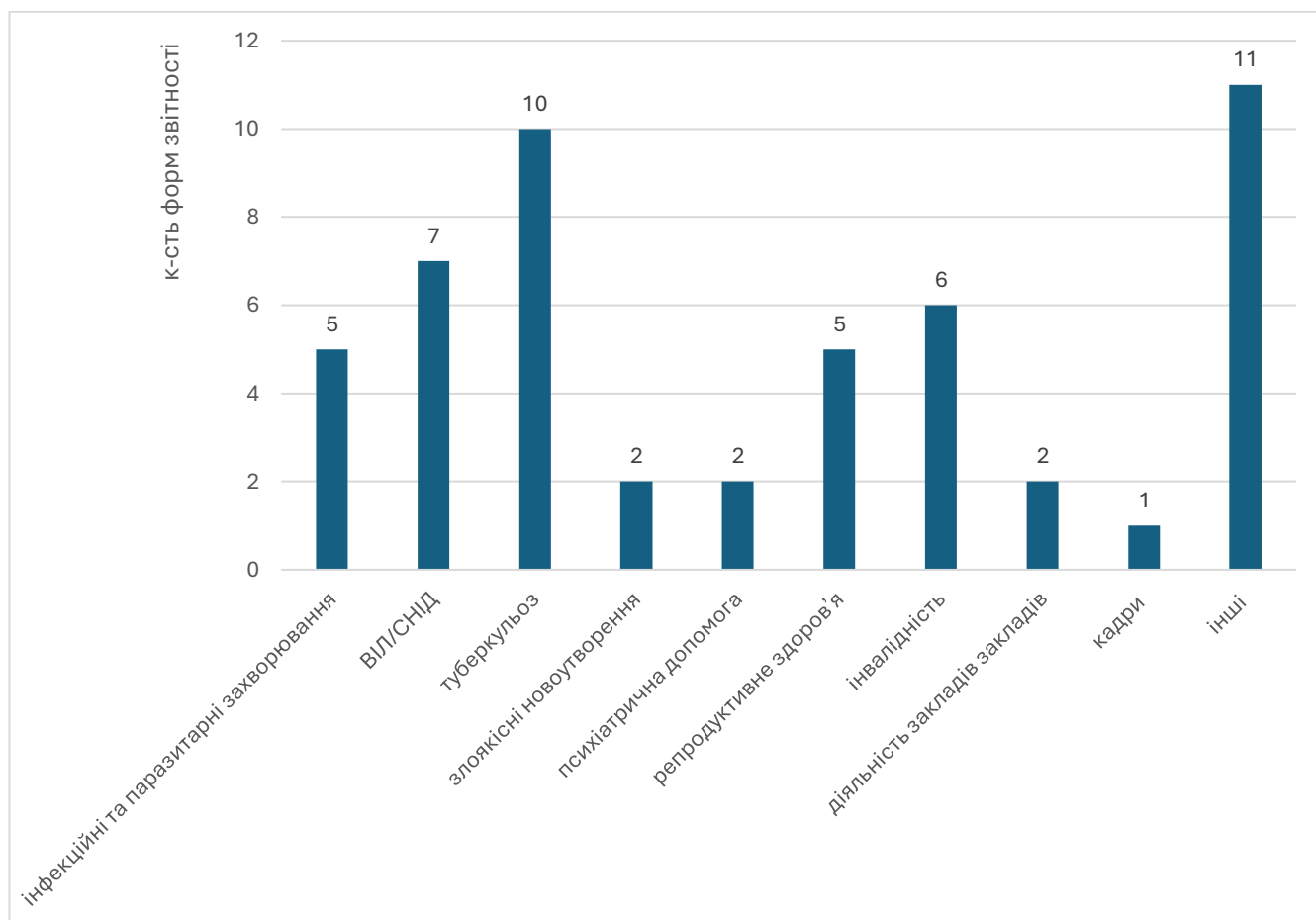


Рис. 2.1. Кількість форм звітності в системі охорони здоров'я України за різними напрямками у 2023 році (*сформовано авторкою*)

Разом з тим, враховуючи структурну підпорядкованість установ (рис.2.2), які узагальнюють та аналізують інформацію (інформаційно-аналітичні центри медичної статистики, центри здоров'я та медичної статистики чи відділи охорони здоров'я) на сьогодні є можливість зібрати усю необхідну інформацію для прийняття управлінських рішень різного рівня з врахуванням потреб територіальних громад. До прикладу, Центр здоров'я та медичної статистики м. Львова збирає додаткову інформацію за формами,

регламентує процеси реєстрації користувачів, внесення інформації та обміну документами в електронній системі охорони здоров'я [80].

Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) є складною та багатокомпонентною структурою, що наразі перебуває на початковому етапі цифрової трансформації. Вона поступово розвивається та інтегрується в роботу закладів охорони здоров'я України, забезпечуючи автоматизацію процесів і підвищення ефективності надання медичних послуг. Попри те, що впровадження ЕСОЗ перебуває на ранній стадії, вона вже відіграє значну роль у модернізації системи охорони здоров'я, сприяючи покращенню якості обслуговування пацієнтів та оптимізації управлінських процесів у медичних установах.

Багато розвинених країн світу вже давно реалізували цифрову трансформацію своїх систем охорони здоров'я, застосовуючи різні моделі електронних систем. Україна, одна з останніх серед таких країн, нещодавно приєдналася до цього процесу і наразі перебуває на початкових етапах впровадження ЕСОЗ. Незважаючи на це, створення ефективної та сучасної електронної системи охорони здоров'я є ключовим завданням для покращення якості медичних послуг, забезпечення оперативного доступу до медичних даних і вдосконалення управлінських процесів у медичній сфері.

Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) була розроблена в рамках комплексного реформування медичної галузі України, з метою вдосконалення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією. Вона являє собою інформаційно-телекомунікаційну інфраструктуру, яка забезпечує ефективну автоматизацію процесів збору, зберігання, обробки та обміну медичною інформацією у цифровому вигляді. Система була побудована з урахуванням потреб різних рівнів надання медичних послуг і включає механізми інтеграції та взаємодії з іншими державними і приватними структурами.

Для забезпечення належної ефективності функціонування система була поділена на два основні компоненти: центральну базу даних (ЦБД), що знаходиться під контролем держави, та медичні інформаційні системи (МІС), які підтримуються комерційними розробниками програмного забезпечення. Між цими компонентами

здійснюється автоматизований обмін даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API), що дозволяє забезпечити безперервний потік інформації між різними елементами системи [81, п.3].

Цей комплекс є частиною широкої ініціативи eHealth або eZdorovya, яка складається з кількох ключових складових:

- центральної бази даних (ЦБД), що адмініструється державним підприємством "Електронне здоров'я", і виконує функцію зберігання та обробки медичної інформації на національному рівні;
- медичних інформаційних систем (МІС), які надають медичним установам інструменти для автоматизації робочих процесів, інтегруючи їх з центральною базою даних і дозволяючи вести облік, планування, а також надавати медичні послуги на місцевому рівні.

Завдяки такій структурі, ЕСОЗ забезпечує інтеграцію і координацію роботи медичних установ, підвищуючи ефективність, прозорість і доступність медичних послуг для населення.

Медична інформаційна система (МІС) виконує дві основні функції: перша – передача даних до центральної бази даних (ЦБД), друга – забезпечення накопичення та обробки інформації на локальному рівні для внутрішнього використання. МІС є ключовим інструментом для вирішення місцевих завдань, пов'язаних з потребами пацієнтів, управлінців та медичних працівників у закладах охорони здоров'я. Використання цього сучасного багатфункціонального інструмента вимагає високого рівня цифрової компетентності від користувачів, щоб ефективно інтегрувати його у повсякденну діяльність і забезпечити оптимальне функціонування системи охорони здоров'я.

На сьогоднішній день медичні заклади здебільшого орієнтовані на збір та передачу інформації до Центральної бази даних (ЦБД), відповідно до вимог держави, оскільки це безпосередньо впливає на їхнє фінансування через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Проте інформація, яка необхідна самим медичним установам для ефективного управління внутрішніми процесами, часто не отримує належної уваги. Ці дані не завжди акумулюються,

систематизуються, аналізуються або використовуються для вдосконалення діяльності на місцевому рівні в рамках системи охорони здоров'я. Важлива інформація, яка є критичною для надання своєчасної медичної допомоги, не включається до ЦБД і не стає її джерелом. Проте багато не врахованих показників мають значення на локальному рівні.

На рівні місцевих медичних закладів існує значна кількість процесів, що потребують автоматизації, а також велика кількість даних, які вимагають обробки та подальшого використання. Це стосується не лише роботи лабораторій, наукових підрозділів і пацієнтських сервісів, але й адміністративних процесів, таких як управління ліжковим фондом, кадровими ресурсами та документообігом у медичних установах. Увага до цих аспектів може значно підвищити ефективність функціонування медичних закладів і поліпшити якість надання медичних послуг на місцевому рівні.

Однак до цього часу локальний рівень електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) отримував менше уваги порівняно з центральним компонентом, що спричинило дисбаланс у розвитку цих двох складових. Центральний компонент системи мав пріоритет щодо ресурсів і впровадження, що призвело до недостатнього рівня інформатизації місцевих процесів. Це обмежує здатність медичних закладів ефективно використовувати внутрішні дані для управлінських потреб та покращення якості медичних послуг [117].

Наразі перед системою охорони здоров'я стоїть важливе завдання — забезпечити ефективну та всебічну інформатизацію і цифровізацію на локальному рівні через використання медичних інформаційних систем (МІС). Це включає не лише впровадження сучасних технологій, але й системне підвищення рівня цифрової грамотності серед працівників медичних закладів, що дозволить їм максимально ефективно використовувати можливості, які надає цифровізація. Такий підхід забезпечить створення гармонізованої та взаємозв'язаної системи, в якій кожен рівень — від центрального до локального — буде працювати ефективно, що в свою чергу сприятиме покращенню здоров'я населення.

ЕСОЗ, яка інтегрує понад 35 мільйонів пацієнтів, сотні тисяч медичних працівників, сотні сервісів та десятки операторів медичних інформаційних систем, що надають сервіси для лікарів та пацієнтів, стала наймасштабнішою ІТ-системою в Україні [14].

Електронна система охорони здоров'я забезпечує централізоване зберігання та захист медичних даних, надаючи лікарям доступ до повної інформації про здоров'я пацієнтів, як у державних, так і в приватних медичних установах. Завдяки цій системі створюються можливості для пацієнтів використовувати електронні сервіси, що допомагають реалізувати їхні права в межах програми медичних гарантій. Система сприяє автоматизації обліку медичних послуг та управлінню медичною інформацією, зокрема даними про обов'язкові медичні огляди, що проводяться відповідно до чинного законодавства. Вона також впроваджує електронний документообіг у сфері медичного обслуговування, надаючи дані для розробки програми медичних гарантій, управління охороною здоров'я та формування статистичної інформації.

Водночас для забезпечення належного функціонування медичних закладів важливим є дотримання ліцензійних умов, що визначають організаційні, кадрові та технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіатів. Ліцензійні умови поширюються на всі юридичні особи та фізичних осіб-підприємців, які здійснюють медичну практику. Ліцензіати зобов'язані виконувати вимоги щодо ведення форм первинної облікової документації, затверджених Міністерством охорони здоров'я, а також дотримуватися вимог, що визначають функціонування електронної системи охорони здоров'я, згідно з відповідними постановами Кабінету Міністрів України [76]. Ліцензіат також зобов'язаний:

- зареєструватися в Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я;
- забезпечити роботу з електронною системою охорони здоров'я, зокрема внесення первинної облікової медичної документації, ведення обліку медичних послуг, управління медичною інформацією та використання інших функціональних можливостей електронної системи охорони здоров'я, які

визначені законодавством обов'язковими в процесі провадження господарської діяльності з медичної практики;

- здійснювати обробку персональних даних та іншої інформації про пацієнтів (зокрема інформації про стан здоров'я, діагноз, наявні обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності, відомостей, одержаних під час медичного та/або реабілітаційного обстеження пацієнтів), у тому числі під час роботи в електронній системі охорони здоров'я, з дотриманням вимог Закону України "Про захист персональних даних".

Функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я мають забезпечувати не лише автоматизацію внутрішніх процесів, але й можливість інтеграції з іншими державними інформаційними системами. Це критично важливо для створення єдиного інформаційного простору, який дозволяє державним органам та установам ефективно обмінюватися даними і забезпечувати їхню узгодженість, зокрема:

- Єдиним державним демографічним реєстром (дозволяє отримувати актуальні дані про населення)
- Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань, що сприяє управлінню інформацією про медичні установи, а також перевірці їхнього правового статусу.;
- Державним реєстром актів цивільного стану громадян;
- Державним реєстром фізичних осіб - платників податків, що забезпечує перевірку ідентифікаційних даних пацієнтів;
- Інформаційними системами Міністерства соціальної політики;
- Єдиною державною електронною базою з питань освіти (допомагає забезпечити повну картину медичних показників для студентів та викладачів);
- Єдиним державним реєстром Міністерства внутрішніх справ;
- Інформаційно-аналітичною платформою електронної верифікації та моніторингу;
- Державним реєстром лікарських засобів;

- іншими ресурсами, визначеними нормативно-правовими актами, що регламентують взаємодію державних електронних інформаційних ресурсів.

Сумісність і електронна взаємодія центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я з іншими інформаційними системами та державними ресурсами забезпечує доступ до актуальної та точної інформації, що стосується різних аспектів життя громадян. Це сприяє більш точному наданню медичних послуг, знижує ризики дублювання даних та підвищує оперативність у прийнятті рішень.

Усі ці функції разом створюють комплексну систему, яка дозволяє ефективно управляти медичними даними, підтримувати високий рівень медичних послуг та забезпечувати злагоджену роботу державних органів в інтересах громадян.

Аналізуючи цю систему моніторингу, можемо дійти таких висновків:

1. Для підключення до системи e-Health закладам охорони здоров'я необхідно виконати такі умови:
 - укласти договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ),
 - вибрати МІС, яка підключена до ЦБД та володіє достатнім функціоналом для роботи в ЕСОЗ,
 - укласти договір на обслуговування з компанією розробником МІС.
2. Ця систему буде корисна для комунальних і приватних лікарень, кабінетів, клінік, лабораторій, медичних центрів, аптек, які хочуть автоматизувати управління установою охорони здоров'я і брати участь в програмі медичних гарантій.
3. Усі заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, повинні працювати в ЕСОЗ.

Підсумовуючи аналіз моніторингу даних в системі охорони здоров'я, доцільно зазначити: процес інформаційної інтеграції в системі охорони здоров'я стикається з численними труднощами, серед яких варто виокремити різноманітність стандартів даних, недостатню координацію між відділами, а також технологічні та організаційні бар'єри. Це ускладнює створення єдиної та ефективної системи, здатної оперативно реагувати на потреби населення та

забезпечувати високий рівень медичних послуг. Для подолання цих проблем необхідно впроваджувати комплексні підходи до стандартизації даних, покращення взаємодії між різними підрозділами та оптимізації технологічних процесів, що є основою для ефективної роботи системи охорони здоров'я.

У сучасних умовах, коли медичні установи стикаються з новими соціально-економічними та організаційними реаліями, роль інформаційної інтеграції набуває особливого значення. Вона не лише сприяє підвищенню ефективності управлінських процесів, але й створює основу для сталого розвитку та адаптивності системи охорони здоров'я. Завдяки належній інтеграції інформації можна забезпечити безперервність медичних послуг, полегшити доступ до необхідних даних для медичних працівників та оптимізувати ресурси. Це сприяє не лише покращенню якості надання медичних послуг, але й підвищенню довіри до системи охорони здоров'я серед населення, що є важливим фактором для її ефективної роботи в довгостроковій перспективі.

2. 2. Правові інструменти кадрового механізму в медичному обслуговуванні

Ліцензування є важливим інструментом державного регулювання, який має на меті забезпечити контроль і нагляд за видами господарської діяльності, що мають значний вплив на суспільство і довкілля [26]. Медична практика, як вид господарської діяльності, також підлягає ліцензуванню. Тому цей механізм дозволяє державі гарантувати, що такі види діяльності, як надання медичних послуг, виконуються відповідно до встановлених стандартів якості та безпеки. Ліцензування також сприяє захисту економічних та соціальних інтересів держави, забезпечуючи надійність і відповідальність суб'єктів господарювання, які працюють у критично важливих сферах.

Актуальність ліцензування в сучасних умовах не викликає сумнівів, оскільки воно виступає бар'єром для недобросовісних або недостатньо компетентних суб'єктів господарювання, запобігаючи можливим ризикам для життя і здоров'я

громадян, а також забезпечуючи екологічну безпеку та охорону навколишнього середовища. У контексті розвитку медичного туризму та інших сфер охорони здоров'я, ліцензування є ключовим елементом, який сприяє підвищенню якості надання медичних послуг і захисту інтересів як громадян України, так і іноземних пацієнтів, що обирають лікування в Україні.

Усі суспільні відносини, пов'язані з ліцензуванням господарської діяльності, визначення виключного переліку видів діяльності, що підлягають ліцензуванню, встановлення єдиного порядку їх ліцензування, а також здійснення нагляду і контролю в цій сфері, та передбачення відповідальності за порушення законодавства, що стосується ліцензування господарської діяльності регулюються Законом “Про ліцензування видів господарської діяльності”, що був прийнятий у 2015 році.

На виконання цього Закону Кабінет міністрів України Постановою [76] затвердив ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики. Ці Ліцензійні умови застосовуються до всіх юридичних осіб, незалежно від їхньої організаційно-правової форми, а також до фізичних осіб-підприємців, які здійснюють господарську діяльність у сфері медичної практики.

Органом ліцензування, уповноваженим на здійснення ліцензування господарської діяльності з медичної практики визначено Міністерство охорони здоров'я [79]. Ці Ліцензійні умови визначають обов'язкові для виконання вимоги, які поділяються на організаційні, кадрові та технологічні. Організаційні та кадрові вимоги стосуються управління і кваліфікації персоналу, тоді як технологічні вимоги встановлюють стандарти до матеріально-технічної бази ліцензіата, що забезпечують якість і безпеку надання медичних послуг під час провадження господарської діяльності у сфері медичної практики.

Суб'єкт господарювання за кожним місцем провадження медичної практики розміщує в доступному для споживача місці копію ліцензії (у разі отримання ліцензії на паперовому носії) п. 19 [76]. Ліцензіат зобов'язаний зареєструватися в Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я формує та веде електронний ліцензійний реєстр з медичної практики відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”. Цей реєстр доступний для публічного користування, що дозволяє кожному отримати інформацію про медичний заклад або фізичну особу-підприємця, які надають медичну допомогу.

У центральній базі даних ведуться такі реєстри [80]:

- 1) Реєстр пацієнтів, що містить інформацію про пацієнтів.
- 2) Реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що містить записи про декларації, внесені до зазначеного реєстру.
- 3) Реєстр суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, що містить інформацію про заклади охорони здоров'я, фізичних осіб - підприємців, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та лабораторії, які уклали або мають намір подати заяву про укладення договору за програмою медичних гарантій або залучені надавачами медичних послуг до надання медичних послуг (далі - суб'єкти господарювання у сфері охорони здоров'я).
- 4) Реєстр медичних спеціалістів, що містить інформацію про осіб, які надають медичну та/або реабілітаційну допомогу (далі - медичні спеціалісти).
- 5) Реєстр медичних працівників, що містить інформацію про професійно підготовлених осіб, які відповідно до законодавства мають право здійснювати медичне обслуговування (далі - медичні працівники).
- 6) Реєстр медичних записів, записів про направлення та рецептів.
- 7) Реєстр медичних висновків.

На виконання вимог Закону України “Про доступ до публічної інформації” та відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 21.10.2015 № 835 “Про затвердження Положення про набори даних, які підлягають оприлюдненню у формі відкритих даних”, Міністерство охорони здоров'я України надає доступ до відомостей з Ліцензійного реєстру медичної практики. Ці дані оприлюднюються у форматі .xlsx, що забезпечує зручний і відкритий доступ до інформації про медичні заклади та фізичних осіб-підприємців, які надають медичні послуги. Такий підхід

сприяє підвищенню прозорості та підзвітності у сфері охорони здоров'я, забезпечуючи громадянам можливість отримати актуальні дані про ліцензовані медичні установи.

Прозорість та доступність інформації про медичні заклади та фізичних осіб-підприємців є важливим аспектом забезпечення якості медичного обслуговування населення. Завдяки відкритому доступу до даних Ліцензійного реєстру МОЗ України, громадяни можуть отримати достовірну інформацію про наявність ліцензій у тих, хто надає медичні послуги. Це сприяє зростанню довіри пацієнтів до медичної системи, а також підвищенню якості наданих послуг.

Одним із ключових аспектів, що впливають на якість медичного обслуговування, є кадрове забезпечення медичних закладів. Вимоги до медичного персоналу визначаються Ліцензійними умовами, які встановлюють обов'язкові критерії щодо кваліфікації, підготовки та досвіду медичних працівників. Це важливо не лише для забезпечення безпеки пацієнтів, але й для підтримання високого рівня медичних послуг.

Зважаючи на те, що кадрові вимоги є невід'ємною складовою Ліцензійних умов, варто детальніше розглянути їх роль у системі медичного обслуговування. Кваліфікований та компетентний медичний персонал є основою ефективного функціонування будь-якої медичної установи. Тому забезпечення відповідності медичних працівників встановленим стандартам має безпосередній вплив на якість медичної допомоги, яку отримують пацієнти.

Ліцензійні умови господарської діяльності в сфері охорони здоров'я відіграють критично важливу роль у забезпеченні якості медичних послуг і безпеки пацієнтів. Це потужний механізм державного регулювання, покликаний встановлювати стандарти і контролювати діяльність медичних установ. У ліцензійних умовах велика увага приділяється кадровим вимогам, що охоплюють такі аспекти, як освіта, професійна підготовка та чисельність персоналу. Медичну допомогу повинні надавати особи, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ. Однак, попри важливість цих аспектів, існує суттєва

прогалина, яка потребує глибшого осмислення – питання відповідальності за медичні помилки.

Медична помилка – це серйозний інцидент, що може мати катастрофічні наслідки для пацієнтів. І хоча існуюче законодавство передбачає можливість призупинення або анулювання ліцензії медичного закладу у випадку грубих порушень, ця система має два значні недоліки.

По-перше, після анулювання ліцензії медичний заклад може просто змінити свою назву і подати заявку на нову ліцензію. Це дозволяє закладу продовжувати свою діяльність, уникаючи реальних наслідків за допущені порушення. Такий підхід ставить під сумнів ефективність системи ліцензування, адже основна мета – забезпечення якості та безпеки – втрачається.

По-друге, відповідальність медичних працівників, які безпосередньо вчинили медичну помилку, залишається практично неврахованою в контексті ліцензування. Навіть якщо медичний працівник притягується до юридичної відповідальності, ця інформація не фіксується в системі ліцензування. Як наслідок, цей працівник може продовжувати свою діяльність в іншому закладі, не зважаючи на попередні порушення. Такий стан речей не тільки підриває довіру до системи охорони здоров'я, але й створює реальні ризики для безпеки пацієнтів.

З огляду на ці проблеми, виникає необхідність розгляду питання про індивідуальне ліцензування медичних працівників. Введення такої системи дозволило б підвищити рівень особистої відповідальності медичних працівників, зробити їх професійну діяльність більш прозорою і підконтрольною. Індивідуальна ліцензія, прив'язана до конкретної особи, могла б стати запобіжником від випадків повторних медичних помилок, оскільки інформація про попередні порушення була б доступною для всіх майбутніх роботодавців і пацієнтів.

Таким чином, ліцензування господарської діяльності в охороні здоров'я повинно розглядатися не лише як механізм забезпечення кадрових стандартів, а й як інструмент гарантування безпеки пацієнтів через підвищення відповідальності кожного медичного працівника. Введення індивідуального ліцензування стане важливим кроком у напрямку до побудови більш ефективної, відповідальної та

безпечної системи охорони здоров'я, яка зможе забезпечити високу якість послуг і довіру пацієнтів.

Введення індивідуального ліцензування медичних працівників може суттєво сприяти розвитку інтегрованих медичних послуг, особливо в контексті кадрової інтеграції. Інтегровані послуги вимагають тісної співпраці між різними медичними установами, секторами охорони здоров'я та рівнями надання послуг. Це передбачає спільне використання ресурсів, єдині стандарти якості та високу координацію між усіма учасниками процесу. У цьому контексті індивідуальне ліцензування може стати важливим інструментом, який дозволить забезпечити більш ефективну кадрову інтеграцію та покращення якості медичних послуг.

По-перше, індивідуальне ліцензування дозволяє створити прозору систему обліку та контролю професійної діяльності медичних працівників. Це забезпечує високий рівень довіри між різними установами, що є ключовим фактором для успішної інтеграції кадрів. Коли інформація про професійний досвід, кваліфікацію та відповідальність медичного працівника є доступною і перевіреною, це полегшує процес прийняття на роботу в різних установах, спрощує перехід між різними секторами та рівнями медичної допомоги.

По-друге, індивідуальне ліцензування стимулює підвищення професійної відповідальності медичних працівників. У контексті інтегрованих послуг це особливо важливо, оскільки в таких системах кожен працівник має бути готовий до роботи в команді, де важлива не лише його індивідуальна компетентність, але й здатність співпрацювати з іншими фахівцями. Кадрова інтеграція передбачає високий рівень узгодженості дій між медичними працівниками різних спеціальностей, а система індивідуального ліцензування сприяє створенню такої узгодженості через чітко визначені стандарти та механізми відповідальності.

По-третє, індивідуальне ліцензування дозволяє ефективніше керувати кадровими ресурсами в системі охорони здоров'я, що є важливим аспектом інтегрованих послуг. Завдяки наявності єдиного реєстру ліцензій та інформації про професійні характеристики кожного медичного працівника, державні органи і медичні установи можуть краще планувати та розподіляти ресурси, забезпечуючи

таким чином оптимальне функціонування інтегрованих мереж. Це також дозволяє швидко реагувати на зміни в потребах населення, що є критично важливим в умовах сучасних викликів.

Таким чином, індивідуальне ліцензування медичних працівників може стати потужним засобом для розвитку інтегрованих послуг, зокрема, шляхом підвищення прозорості, відповідальності та ефективності кадрової інтеграції. Це сприятиме покращенню якості медичних послуг, забезпечить краще функціонування системи охорони здоров'я в цілому та підвищить довіру пацієнтів до медичної системи, що є важливим чинником для довготривалого розвитку та стійкості.

Кадрова інтеграція (*авторське визначення*) є важливим елементом у створенні ефективної та злагодженої системи охорони здоров'я, яка здатна надавати комплексні та безперервні медичні послуги і розглядається нами як процес об'єднання та координації діяльності медичних працівників з різних установ, секторів або спеціальностей в єдину систему для надання комплексних і безперервних медичних послуг. Така інтеграція дозволяє оптимізувати використання кадрових ресурсів, підвищити ефективність медичного обслуговування, забезпечити високу якість догляду та покращити результати лікування.

Успішна кадрова інтеграція можлива за умов, коли в системі охорони здоров'я впроваджено єдині стандарти медичної допомоги та клінічні протоколи. Це дозволяє забезпечити узгодженість дій між різними фахівцями та установами, що працюють з одним пацієнтом. Наявність єдиної інформаційної системи також є ключовим фактором для інтеграції, оскільки вона дозволяє обмінюватися медичними даними, історіями хвороб та результатами лікування в реальному часі, що сприяє більш точному та своєчасному прийняттю рішень.

Крім того, кадрова інтеграція вимагає високого рівня професійної підготовки медичних працівників, які повинні бути готові до роботи в інтегрованій системі та постійно підвищувати свій професійний рівень. Ефективне управління також грає важливу роль, оскільки забезпечує чіткий розподіл обов'язків, відповідальність та підтримку командної роботи між працівниками різних медичних спеціальностей.

Мотивація та залученість персоналу є ще одним важливим аспектом кадрової інтеграції. Медичні працівники повинні бути зацікавлені у співпраці та інтеграції через систему винагород, кар'єрного зростання та підтримку з боку керівництва. Це створює умови для більш ефективної взаємодії між працівниками різних рівнів та спеціальностей, що, в свою чергу, підвищує якість надання медичних послуг.

Кадрова інтеграція є ключовим кроком на шляху до створення цілісної системи охорони здоров'я, яка враховує потреби пацієнтів на всіх етапах лікування та догляду. Вона дозволяє не лише оптимізувати ресурси, але й підвищити задоволеність пацієнтів якістю отриманих послуг, що є важливим показником успішності медичної системи загалом.

Кадрова інтеграція сприяє ефективному наданню медичних послуг на різних рівнях, включаючи спеціалізовану медичну допомогу. Враховуючи, що спеціалізовану медичну допомогу забезпечують заклади охорони здоров'я як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах, кадрова інтеграція допомагає оптимізувати використання наявних ресурсів та забезпечити безперервність лікувального процесу.

Особливу роль у цьому контексті відіграють лікарі, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці (ФОПи). Вони можуть надавати спеціалізовану медичну допомогу на рівні, порівнянному з послугами, що надаються в закладах охорони здоров'я. Лікуючими лікарями з надання спеціалізованої медичної допомоги виступають ті, хто отримав підготовку за відповідною спеціалізацією крім спеціальності “загальна практика - сімейна медицина”) [23], що гарантує високий рівень медичної допомоги пацієнтам.

За неопублікованими даними Міністерства охорони здоров'я, у 2022 році в Україні було зареєстровано 19 726 ліцензованих приватних закладів охорони здоров'я (ПЗОЗ), у порівнянні з 23 441 ліцензованим закладом у всіх секторальних категоріях. Це свідчить про зростання кількості приватних медичних установ на 22% порівняно з 2021 роком та на 43% порівняно з 2020 роком. Однак ці цифри можуть створювати хибне уявлення про реальний внесок приватного сектору,

оскільки більшість ПЗОЗ складають фізичні особи-підприємці (ФОПи), які представляють малі та середні підприємства (MSP) і працюють як одноосібні або групові практики. У 2022 році в Україні налічувалося близько 15 777 таких ФОПів, у порівнянні з приблизно 3 949 приватними суб'єктами іншої юридичної форми, включаючи 21 великомасштабне підприємство [272].

Первинна медична допомога надається 298 приватними лікарями та 674 лікарями з некомерційних організацій, які мають контракти з Національною службою здоров'я. Повний перелік послуг первинної медичної допомоги доступний пацієнтам, які обрали свого лікаря в приватній установі. Найбільше таких установ, що беруть участь у Програмі медичних гарантій, знаходиться у Дніпропетровській області – 19. У Києві – 13, а в Сумській області – 9. Більшість контрактів було підписано приватними установами для надання пріоритетних амбулаторних послуг з раннього виявлення раку. Таких установ у різних регіонах країни – 55. Вони надаватимуть послуги мамографії, гістероскопії, гастроскопії, колоноскопії, цистоскопії та бронхоскопії. Також багато приватних установ мають контракт з НСЗУ для надання медичної допомоги дітям та дорослим у амбулаторних умовах. Наразі в країні є 48 таких установ [223].

За кожною пропозицією на укладання договору НСЗУ перевіряє факт наявності медичного обладнання та відповідних фахівців, аналізує документи, що підтверджують доступність будівель, наявність ліцензії на медичну практику тощо.

Акредитація та ліцензування є ключовими регуляторними механізмами в сфері охорони здоров'я, що забезпечують високий рівень якості та безпеки медичних послуг. Акредитація закладу охорони здоров'я є офіційним визнанням наявності у закладі умов для якісного, своєчасного медичного обслуговування, відповідності стандартам у сфері охорони здоров'я та відповідності кваліфікаційним вимогам медичних працівників [88]. Ліцензування, у свою чергу, визначає право закладу або особи на здійснення медичної практики. Обидва процеси служать важливими елементами державного регулювання, спрямованого на підвищення стандартів охорони здоров'я.

Заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, в тому числі аптечні, можуть добровільно проходити акредитацію, що додатково підвищує їхню репутацію та довіру пацієнтів.

Обидва регуляторні механізми, акредитація та ліцензування визначають відповідність медичних кадрів кваліфікаційним вимогам у відповідних закладах. Ліцензування визначає право лікаря або медичного працівника займатися медичною практикою, що означає, що він пройшов необхідну підготовку, отримав відповідну освіту і володіє професійними навичками, які відповідають встановленим стандартам. Це гарантує, що медичні працівники мають необхідні знання та компетенції для надання медичних послуг.

Акредитація, в свою чергу, є ширшим процесом, який охоплює не лише перевірку кваліфікацій медичних працівників, але й оцінку загальної якості медичних послуг у закладі, включаючи дотримання стандартів безпеки, управління ресурсами та інфраструктурою. В контексті кадрових вимог акредитація підтверджує, що медичний заклад має в своєму складі кваліфікованих фахівців, які здатні надавати якісні та безпечні послуги. Вона також передбачає регулярний моніторинг і підтвердження компетенцій медичних працівників, що є важливим для підтримання високих стандартів надання медичних послуг.

Таким чином, акредитація та ліцензування є взаємодоповнюючими механізмами, які забезпечують відповідність медичних кадрів кваліфікаційним вимогам і сприяють підвищенню якості медичних послуг в цілому.

Для перевірки рівня теоретичних знань і практичних навичок, які лікар набув у процесі безперервного професійного розвитку, встановлен механізм проведення атестації лікарів [113]. Основними завданнями атестації лікарів є оцінка того, наскільки лікарі виконують вимоги щодо підвищення кваліфікації та проходження безперервного професійного розвитку згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302 “Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я”.

Однак варто зазначити, що ця постанова вже втратила чинність, оскільки у 2021 році було прийнято нову постанову, яка актуалізує попередні положення.

Відсутність своєчасних узгоджених змін до законодавства створює ризик виникнення плутанини і труднощів у процесі атестації лікарів, що може негативно вплинути на якість підготовки медичних працівників. Це також може призвести до проблем у забезпеченні належного рівня медичної допомоги, оскільки лікарі можуть стикатися з правовою невизначеністю та складнощами у дотриманні нормативних вимог, що регулюють їх професійну діяльність. У 2023 році, після прийняття нової постанови, були внесені відповідні зміни до наказу про атестацію, проте ці зміни все ще містять посилання на недіючу постанову. Така недостатня оперативність в оновленні нормативної бази може негативно вплинути на ефективність функціонування системи охорони здоров'я, створюючи плутанину і правову невизначеність як серед медичних працівників, так і серед закладів охорони здоров'я.

Атестація лікарів є важливим етапом у забезпеченні високих стандартів медичної допомоги та підтриманні кваліфікаційного рівня медичних фахівців. В Україні атестація лікарів проводиться за двома основними напрямками:

1. Атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії.
2. Атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії проводиться з метою визначення рівня знань та компетенцій лікаря для надання йому відповідної кваліфікаційної категорії. Цей процес передбачає оцінку професійної діяльності лікаря, його практичних навичок та знань, що мають бути підтверджені документами та особистою співбесідою.

Однак атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії, яка проводиться раз на п'ять років, часто викликає занепокоєння, оскільки вона базується виключно на поданих лікарем документах і не передбачає особистої співбесіди. Це означає, що комісія оцінює кваліфікацію лікаря лише на основі формальних доказів, таких як сертифікати про проходження курсів безперервного професійного розвитку або участь у конференціях.

Цей підхід містить значні ризики, оскільки відсутність співбесіди з лікарем знижує можливість об'єктивної оцінки його реальних знань, практичних навичок

та професійної компетенції. Це може призвести до того, що лікарі, які фактично не відповідають високим стандартам, продовжують надавати медичні послуги, що, в свою чергу, може поставити під загрозу якість та безпеку медичної допомоги пацієнтам.

Впровадження ліцензування для всіх лікарів, включаючи тих, хто вже працює, є важливим кроком у забезпеченні якості медичних послуг та захисту пацієнтів. Цей підхід передбачає не лише первинне ліцензування, але й регулярне підтвердження професійної компетентності, що є стандартною практикою в багатьох країнах з розвиненими системами охорони здоров'я. Наприклад, у країнах Європейського Союзу, США, Канаді, Японії та Ізраїлі ліцензування лікарів є обов'язковим, а його поновлення кожні кілька років залежить від проходження післядипломного навчання та підвищення кваліфікації.

Державна політика, спрямована на ліцензування всіх медичних працівників, повинна бути розроблена з урахуванням міжнародних стандартів і кращих практик. Це включає проведення іспитів для підтвердження кваліфікації, а також запровадження механізмів для постійного професійного розвитку. Такий підхід дозволить підвищити рівень довіри до системи охорони здоров'я як серед громадян, так і серед міжнародної спільноти.

Розвиток інтегрованих мереж охорони здоров'я є важливим напрямом державної політики, що поєднує різні сектори охорони здоров'я в єдину ефективну мережу. Ліцензування лікарів може стати ключовим елементом цієї інтеграції, що забезпечує єдині стандарти якості, сприяють обміну досвідом між державним і приватним секторами, а також полегшують взаємодію між різними медичними закладами. Це, в свою чергу, створює умови для більш ефективного використання ресурсів і забезпечує високий рівень медичних послуг.

Крім того, ліцензування лікарів, яке включає вимоги до регулярного оновлення ліцензій, допомагає створити конкурентне середовище в медичній сфері. Це мотивує лікарів постійно вдосконалювати свої знання та навички, що підвищує загальний рівень медичних послуг у країні.

Отже, впровадження системи ліцензування та її інтеграція в загальну систему охорони здоров'я є важливим кроком на шляху до створення сучасної та ефективної системи охорони здоров'я, яка відповідає міжнародним стандартам і забезпечує високоякісне медичне обслуговування для всіх громадян.

У лікарів вже давно є можливість працювати в межах Європейського Союзу (ЄС). Законодавство ЄС, ухвалене в 1975 році (Директиви Ради 75/362/ЕЕС і 75/363/ЕЕС) [198] та подальші зміни до нього, визначають основні вимоги для реєстрації медичних працівників. Ці нормативи гарантують, що будь-хто, хто отримав ліцензію на медичну практику в одній з країн-членів ЄС, має право працювати в будь-якій іншій країні ЄС, що базується на фундаментальних свободах пересування, закріплених у європейських договорах [237]. Проте в деяких країнах виникли занепокоєння щодо ефективності цієї системи. По-перше, основні вимоги до навчання орієнтовані на кількість годин навчання, а не на набуття певних компетенцій, які в багатьох країнах зараз вважаються показником завершеності навчання. По-друге, в деяких країнах концепція довічної кваліфікації ставиться під сумнів через запровадження вимог до підтвердження постійної компетентності протягом усієї професійної кар'єри. По-третє, були кілька резонансних випадків, коли лікарі, які працювали за межами країни, де вони здобули кваліфікацію, допускали серйозні помилки.

Директива, яка набула чинності у 2007 році, була переглянута через виявлені занепокоєння. У липні 2013 року Європейська комісія запропонувала низку змін, зокрема запровадження добровільної європейської “професійної картки”, механізму повідомлення про випадки неналежної практики або підроблених дипломів, а також можливості для компетентних органів оцінювати мовні навички. 9 жовтня 2013 року Європейський парламент ухвалив цей текст, який згодом був затверджений державами-членами в Раді міністрів [215]. Хоча ці положення передбачають, що системи реєстрації та ліцензування в межах ЄС є порівнянними, навіть після чотирьох десятиліть досвіду вільного пересування лікарів залишається надзвичайно складно зрозуміти, як саме ці системи функціонують на практиці.

У разі тривалого переїзду до іншої країни ЄС та наміру займатися там регульованою професією, необхідно подати заявку на визнання професійних кваліфікацій. Для лікарів, медсестер загального профілю, акушерок, стоматологів, фармацевтів, архітекторів та ветеринарних хірургів передбачено автоматичне визнання їхніх кваліфікацій [251].

Автоматичне визнання працює таким чином: щоб працювати в іншій країні ЄС, професіонали повинні подати заявку на визнання їхніх кваліфікацій до органу, який регулює їхню професію в цій країні [201].

Для того, щоб скористатися автоматичним визнанням, професіонали повинні отримати диплом, який відповідає мінімальним вимогам до підготовки, визначеним у Директиві про визнання професійних кваліфікацій (2005/36/ЕС), і який зазначено в Додатку V до цієї директиви, а також будь-які інші сертифікати, зазначені в Додатку V щодо конкретної професії. Це особливо стосується документів, що засвідчують успішне завершення професійних стажувань та державних іспитів. Якщо отримано лише академічний диплом, але відсутні відповідні сертифікати, зазначені в Додатку V, автоматичне визнання згідно з Директивою 2005/36/ЕС неможливе.

Орган, що розглядає заявку, повинен:

- підтвердити отримання вашої заявки протягом одного місяця з моменту її отримання та запросити відсутні, але необхідні документи для обробки заявки;
- оцінити ваші кваліфікації та прийняти рішення щодо визнання вашої заявки протягом трьох місяців (або чотирьох місяців для конкретних випадків, які підпадають під область неавтоматичного визнання).

Основні контекстуальні фактори, що впливають на професійну мобільність у межах Європейського Союзу (ЄС), включають відповідне законодавство ЄС та різні чинники, що стимулюють або приваблюють фахівців до переїзду між країнами. Професійна мобільність у ЄС визначається поєднанням факторів “виштовхування” та “притягування”, таких як різниця в заробітних платах і можливостях для професійного розвитку [257]. Зазвичай спостерігається тенденція, коли фахівці переїжджають з країн з нижчими зарплатами та меншими

можливостями для кар'єрного зростання до тих, що пропонують вищі заробітки і кращі перспективи розвитку.

Моделі мобільності підкреслюють роль культурних та мовних подібностей, а також тривалих історичних зв'язків у визначенні моделей міграції. Ці фактори сприяють тому, що Великобританія та Ірландія, де широко використовується англійська мова, стають найпопулярнішими країнами-приймачами для лікарів. Ці зв'язки також лежать в основі масштабного переміщення між Австрією та Німеччиною, Словенією та іншими колишніми югославськими країнами, Бельгією та Францією, а також між Бельгією та Нідерландами.

Ліцензування та реєстрація призначені для забезпечення того, щоб професіонали досягали мінімальних стандартів компетентності, хоча ці терміни не завжди використовуються послідовно, частково через неоднозначність визначень [219]. Ліцензування було визначено як “процес авторизації або підтвердження права лікаря займатися медичною практикою, її моніторинг (регулювання) та поновлення або продовження”. Те саме джерело визначає реєстрацію як “усі процеси, пов'язані з видачею ліцензій/дозволів на здійснення медичної практики та забезпечення того, щоб професійна діяльність, здійснювана в межах цієї авторизації, відповідала професійним стандартам, на яких вона базується” [206].

Очевидно, що ці визначення можна покращити для більшої ясності. Отже, реєстрацію можна розглядати як акт внесення особи до списку медичних працівників на підставі отриманої кваліфікації та, можливо, ліцензії (жодну з яких не було втрачено з будь-якої причини), тоді як ліцензування означає, що цю особу було оцінено як таку, що в даний час підходить для медичної практики. Ці два процеси можуть бути об'єднані (тобто внесення до реєстру надає право на практику) або відокремлені, коли вони можуть відбуватися одночасно (і в деяких випадках автоматично) або послідовно (тобто лише ті, хто внесений до реєстру, можуть бути ліцензовані, або навпаки).

Існують різноманітні підходи, що відображають термінологічні проблеми, пов'язані з процесами реєстрації та ліцензування лікарів. У Словенії та Угорщині, випускникам медичних університетів надається право на реєстрацію, однак процес

ліцензування є окремим і має обмежений термін дії. Щоб отримати право на медичну практику, необхідно завершити обидва ці процеси (реєстрацію та ліцензування). Нещодавно подібний підхід був впроваджений у Великій Британії. Водночас у Румунії ліцензія видається після закінчення навчання, тоді як реєстрація надає право на практику. У Бельгії ліцензія, або так звана “віза”, видається автоматично після випуску, однак лікарі повинні зареєструватися в “кадастрі”, щоб мати право на практику.

У Німеччині регіональні медичні органи (Land) видають довічні ліцензії, які підтверджують здатність лікарів до практики, але після цього лікарі повинні зареєструватися в Лікарській палаті у Land, де планують працювати (або де проживають, якщо не мають наміру працювати). Якщо лікар переїжджає до іншого Land, його ліцензія залишається чинною, але реєстрацію необхідно змінити.

У деяких країнах медичні фахівці можуть бути зареєстровані та/або ліцензовані як загальні практики, лікарі або медичні фахівці незалежно від їхнього статусу (активний/неактивний, як, наприклад, в Угорщині та Німеччині). Для самостійної практики необхідно мати статус зареєстрованого та/або ліцензованого фахівця, а також підтвердження придатності до практики. Тимчасова реєстрація або ліцензування, як це практикується у Великій Британії протягом першого року після закінчення навчання під час нагляду, є рідкісним явищем, але також зустрічається в Іспанії та Німеччині (Berufserlaubnis); у всіх випадках це тимчасовий статус, поки триває процес реєстрації.

Регулювання медичної професії здійснюється широким спектром національних органів, багато з яких поєднують цю роль з іншими функціями, такими як встановлення професійних стандартів або представництво у переговорах щодо умов праці. Ці органи варіюються від урядових міністерств до саморегулюючих професійних організацій, з різним ступенем законодавчого регулювання. В деяких країнах медичні палати відіграють важливу роль у процесах реєстрації та ліцензування. У федеративних державах цей процес може бути переданий регіонам, як у випадку з Іспанією та Німеччиною. У Мальті та Румунії реєстрацію та ліцензування здійснюють національні медичні асоціації. В інших

країнах, таких як Велика Британія, Данія, Естонія, Фінляндія та Угорщина, ці функції виконують державні установи. У Великій Британії Генеральна медична рада (GMC) підтримує реєстр лікарів та видає ліцензії, зазвичай на 5 років. Велика Британія є єдиною країною, де реєстраційний орган включає в себе непрофесійних членів.

Отже лікарі повинні самостійно подавати заявки на реєстрацію, за винятком Бельгії та Угорщини, де це здійснюється від їхнього імені відповідно урядовим органом та університетами, в яких вони навчалися. Таким чином, отримання медичного ступеня не завжди означає автоматичну реєстрацію та/або отримання ліцензії на медичну практику. Це важливо, оскільки процеси реєстрації значно відрізняються між країнами і можуть становити суттєві перешкоди, особливо для лікарів, які здобули освіту за кордоном.

Хоча в Угорщині та Бельгії реєстрація видається автоматично після отримання медичного ступеня, навіть у цих випадках необхідне виконання певних мінімальних вимог перед отриманням ліцензії, що зазвичай включає підтвердження кваліфікації, заповнення заяви та сертифікат доброї репутації. Інші країни вимагають додаткові документи, такі як підтвердження практичного досвіду (до прикладу, на Мальті) або спеціалізоване навчання (до прикладу, у Бельгії). Хоча процеси реєстрації є однаковими для національних випускників та випускників інших країн ЄС, деякі країни мають прискорені процедури реєстрації для громадян із певних країн. Наприклад, у Словенії існує дещо інша процедура для громадян колишньої Югославії, які здобули кваліфікацію до 1991 року, а в Данії – для громадян з країн Північної Європи, з якими укладені двосторонні угоди [185]. Для громадян з країн, що не входять до ЄС, зазвичай потрібні додаткові іспити (наприклад, в Угорщині, Фінляндії, на Мальті, в Німеччині, Данії та Великій Британії), а також можуть вимагатися інші додаткові документи.

Випускники з-за меж ЄС повинні продемонструвати володіння відповідними мовами, хоча це не є вимогою для реєстрації випускників з інших країн ЄС. Однак роботодавці зазвичай прагнуть переконатися, що ті, кого вони наймають, мають необхідні мовні навички для виконання своїх обов'язків. Наприклад, Міністерство

охорони здоров'я Великобританії заявило, що з квітня 2013 року всі лікарі, які працюють у Національній службі охорони здоров'я (NHS), повинні володіти англійською мовою на достатньому рівні, хоча не зовсім зрозуміло, як це може бути забезпечено в умовах правової невизначеності, створеної останніми реформами. Водночас, є лазівка для тих, хто прагне займатися незалежною практикою. Мовні вимоги можуть стати значною практичною перешкодою в країнах з мовами, які не є широко поширеними. Наприклад, у Фінляндії пацієнти мають право спілкуватися з медичним працівником шведською або фінською мовами, які є двома офіційними мовами, і лікарі з країн, що не входять до ЄС/ЄЕЗ (Європейська економічна зона) [211], повинні вивчити фінську мову, щоб отримати ліцензію на практику [218].

Ліцензування лікарів в Україні має потенціал значно покращити ситуацію в сфері охорони здоров'я, особливо враховуючи досвід ЄС/ЄЕЗ, де системи ліцензування та реєстрації часто є складними та заплутаними. Впровадження чіткої та прозорої системи ліцензування лікарів в Україні дозволить уникнути подібних труднощів і забезпечить більш ефективне функціонування медичної системи.

По-перше, ліцензування лікарів в Україні дозволить забезпечити єдині стандарти якості медичних послуг на національному рівні. Це допоможе запобігти ситуаціям, коли медичні працівники з різними рівнями кваліфікації та досвіду надають послуги, що може призвести до погіршення якості медичної допомоги.

По-друге, прозора система ліцензування сприятиме підвищенню довіри громадян до медичної системи. Якщо лікарі будуть проходити регулярну атестацію та перевірку відповідності кваліфікаційним вимогам, це зменшить ризики медичних помилок і підвищить загальний рівень медичних послуг.

Крім того, запровадження ліцензування лікарів надасть можливість створити чіткий механізм контролю за діяльністю медичних працівників. У випадках, коли лікарі не відповідають встановленим стандартам або допускають серйозні професійні помилки, їхня ліцензія може бути тимчасово призупинена або анульована. Це забезпечить захист пацієнтів і сприятиме відповідальному підходу до медичної практики.

Нарешті, враховуючи, що системи ліцензування та реєстрації в ЄС/ЄЕЗ часто є складними, Україна може розробити свою систему, беручи до уваги найкращі практики і досвід інших країн, щоб уникнути подібних проблем. Це допоможе створити ефективну, прозору та доступну систему, яка відповідатиме потребам як пацієнтів, так і медичних працівників.

Таким чином, впровадження ліцензування лікарів в Україні є важливим кроком для підвищення якості медичних послуг, забезпечення безпеки пацієнтів і покращення функціонування системи охорони здоров'я в цілому.

2.3. Адаптація механізму фінансування медичного обслуговування до умов воєнного стану

Економічний контекст відіграє ключову роль у формуванні регулювання системи охорони здоров'я. Різні аспекти економіки країни можуть впливати на політику в галузі охорони здоров'я на різних рівнях. У країнах із високими доходами та міцною економікою може бути більше ресурсів для інвестування у медичні послуги, що охоплює підтримку приватного, громадського чи волонтерського сектору та державне страхування. Водночас у країнах із низьким рівнем доходу чи значною економічною нерівністю може виникати потреба у більш суворому регулюванні для забезпечення доступності базових медичних послуг.

У країнах з розвиненою економікою, як правило, існує добре розвинена інфраструктура медичних послуг, що сприяє підвищенню якості приватного медичного обслуговування. Такі держави мають більше можливостей для ефективного регулювання та контролю приватної медичної практики. Завдяки більшому фіскальному простору, уряди цих країн можуть виділяти значні кошти на охорону здоров'я, надавати субсидії та впроваджувати політики, спрямовані на стимулювання надання високоякісних медичних послуг [274].

У країнах з більшими бюджетами на охорону здоров'я забезпечується значна підтримка і субсидії для приватного сектору, що сприяє наданню якісних медичних

послуг. Водночас, обмежені ресурси можуть змусити країни більше покладатися на приватні інвестиції та ширше залучати приватні страхові плани.

Під час економічного зростання країни мають можливість розширювати медичні послуги та зменшувати регулятивний тягар для приватних медичних установ, наприклад, через зниження податків або державні інвестиції в медичну інфраструктуру. Однак у періоди економічних криз регуляції можуть посилюватися для контролю за цінами та забезпечення доступу до базових медичних послуг.

Економіки, які активно залучають іноземні інвестиції, часто мають більш ліберальні правила для приватних медичних практик, що сприяє привабленню інвесторів у сферу охорони здоров'я. Це може включати податкові пільги, підтримку створення медичних установ та інші стимули.

Соціальні зміни, такі як старіння населення або міграція, можуть впливати на економічні потреби в секторі охорони здоров'я та на необхідність регулювання приватного сектору для забезпечення адекватних послуг. Під час економічних спадів уряди можуть вдаватися до більш жорстких регулятивних заходів для забезпечення доступу до базових медичних послуг, особливо в умовах росту соціальної нерівності.

На загальний економічний стан громадян, їхню спроможність сплачувати за медичні послуги впливають зміни у ВВП на душу населення. Зменшення ВВП може призвести до зниження доступу до приватних медичних послуг через недостатність фінансових ресурсів у населення. У періоди економічного спаду уряд може скорочувати витрати на охорону здоров'я або змінювати умови фінансування, що впливає на всі сектори, включаючи приватний. Це може призвести до змін у регулюванні та фінансуванні, що стосується приватних постачальників медичних послуг: з одного боку, економічна стабільність та ріст ВВП збільшують інвестиційну привабливість приватного сектору. У періоди зростання ВВП приватні інвестиції в охорону здоров'я можуть зростати, оскільки бізнес відчуває більшу впевненість в економічному майбутньому країни; з іншого, – зниження економічної активності та доходів населення може зменшити попит на приватні

медичні послуги, які зазвичай коштують дорожче, ніж державні. Це може примусити приватні клініки переглянути свої цінові стратегії або запропонувати додаткові послуги для залучення пацієнтів.

Таким чином, економічні тенденції тісно пов'язані з функціонуванням особливо приватного сектору в охороні здоров'я, оскільки вони впливають на можливості та вибір як пацієнтів, так і постачальників медичних послуг. Економічні умови визначають здатність держави підтримувати регулювання і контроль за якістю медичного обслуговування

Для того, щоб краще зрозуміти, як економічні тенденції впливають на функціонування системи охорони здоров'я, особливо на приватний сектор, який відіграє важливу роль у наданні медичних послуг ми здійснили аналіз динаміки ВВП на душу населення України за останні роки (рис 2.3).

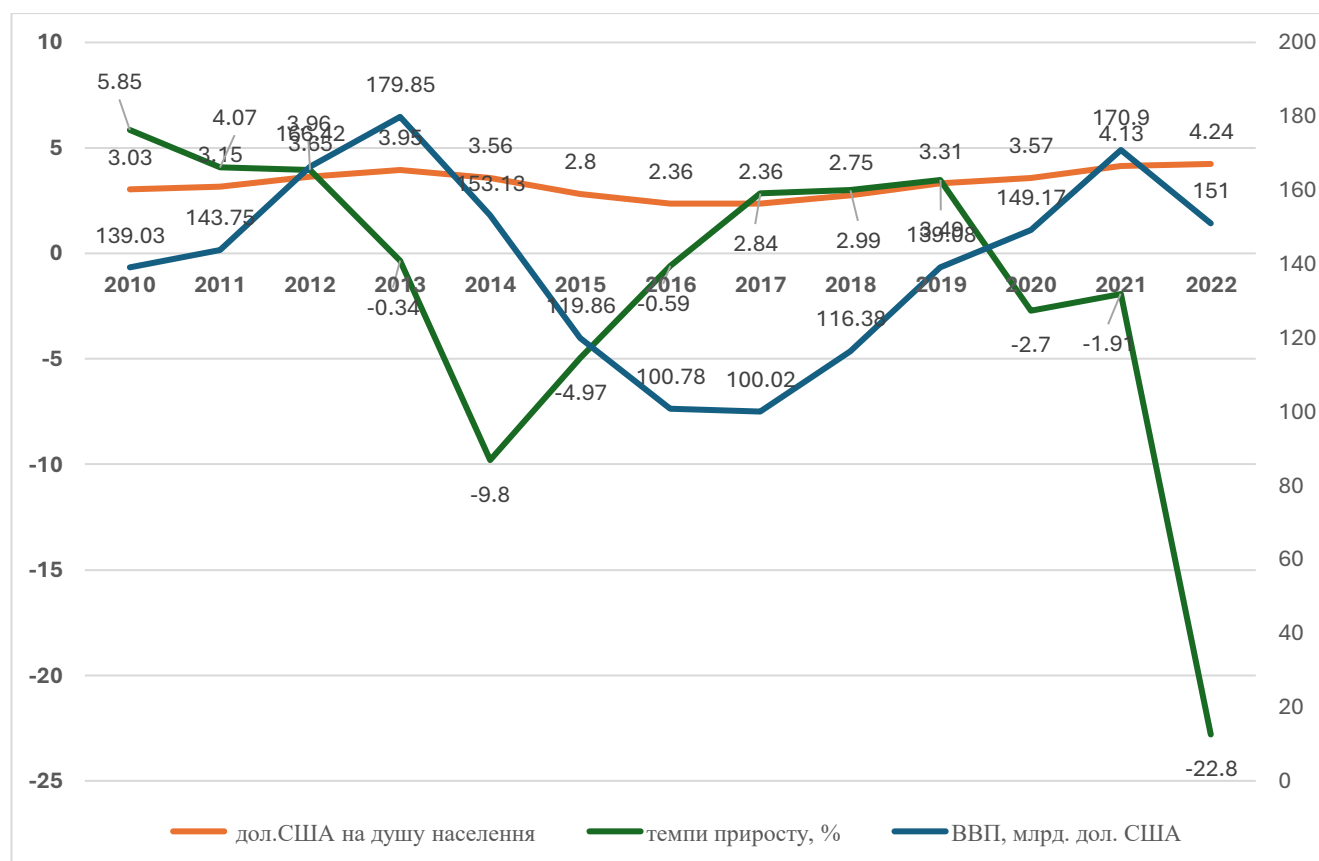


Рис. 2.3. Динаміка ВВП України, ВВП на душу населення та темпів приросту ВВП у 2010-2022 роках (сформовано авторкою на основі даних Світового банку)

Цей аналіз дозволяє нам краще зрозуміти вплив економічних умов на охорону здоров'я в Україні і визначити шляхи покращення стійкості та ефективності медичних послуг у складних економічних умовах.

Від 2010 року в Україні спостерігалось зростання ВВП на душу населення, що свідчило про поступове покращення економічної ситуації та зростання можливостей для розвитку як державного, так і приватного секторів у медичній сфері. Однак, різке падіння ВВП у 2014-2015 роках через анексію Криму та конфлікт на сході країни стало серйозним викликом для системи охорони здоров'я, зокрема для приватних медичних установ, які змушені були пристосовуватися до нових економічних реалій.

Аналізуючи графік, можна виділити кілька ключових етапів і особливостей розвитку економіки України в 2010-2022 роках, а також оцінити доцільність фінансової інтеграції. Фінансова інтеграція є важливою на кожному з етапів розвитку економіки, від зростання до кризи та відновлення. Вона дозволяє системі охорони здоров'я залишатися функціональною та стійкою до економічних коливань, забезпечуючи доступність і якість медичних послуг.

1. Етап економічного зростання в 2010-2013 роках:

- у період з 2010 по 2013 роки спостерігається поступове зростання ВВП України, яке досягає піку в 2013 році (179,85 млрд дол. США);
- ВВП на душу населення також демонструє стійке зростання, що вказує на покращення економічної ситуації та підвищення добробуту населення;
- темпи приросту ВВП у цей період коливаються в межах від 3,03% до 5,85%, що свідчить про стабільний економічний розвиток.

У період економічного зростання уряд має більше можливостей для інвестицій в охорону здоров'я. Фінансова інтеграція на цьому етапі дозволяє закласти основи для сталого розвитку системи охорони здоров'я, збільшуючи фінансування на довгострокові програми, такі як інфраструктурні проекти, модернізація медичних закладів, навчання персоналу тощо.

2. Етап економічного спаду в 2014-2015 роках:

- у 2014 році спостерігається значний спад ВВП, пов'язаний із анексією Криму, конфліктом на сході України та загальною політичною та економічною нестабільністю;
- ВВП скорочується з 179,85 млрд дол. США у 2013 році до 100,78 млрд дол. США у 2015 році, що є найнижчим показником за аналізований період;
- темпи приросту ВВП також падають, досягаючи мінімуму в -9,8% у 2014 році.

У періоди економічної кризи доступ до фінансування може бути обмежений, що вимагає від уряду оптимізувати використання наявних ресурсів. Інтеграція різних джерел фінансування, таких як приватні інвестиції та міжнародна допомога, стає критично важливою для підтримки функціонування системи охорони здоров'я.

3. Етап поступового відновлення в 2016-2019 роках:

- з 2016 року починається поступове відновлення економіки, що виражається у зростанні ВВП та стабілізації ВВП на душу населення.
- темпи приросту ВВП залишаються позитивними, коливаючись від 2,36% до 3,57%, що свідчить про повільне, але стабільне відновлення після кризи.

Відновлення економіки дає можливість реінвестувати в охорону здоров'я. На цьому етапі важливо інтегрувати нові фінансові механізми, спрямовані на зміцнення системи, відновлення втрат, забезпечення рівного доступу до медичних послуг та підготовку до можливих майбутніх криз.

4. Етап сучасної кризи (нова економічна нестабільність) в 2020-2022 роках:

- у 2020 році відбувається новий спад, зумовлений пандемією COVID-19, що вплинуло на світову економіку, включаючи Україну;
- ВВП падає на 2,7% у 2020 році, а у 2022 році зниження становить вже 22,8%, що пов'язано з початком повномасштабного вторгнення Росії в Україну;
- ВВП на душу населення дещо знижується в цей період, але залишається відносно стабільним порівняно з попередніми кризовими роками.

Під час кризи фінансова інтеграція дозволяє мобілізувати ресурси для реагування на нагальні потреби системи охорони здоров'я. На цьому етапі важливо

інтегрувати різні джерела фінансування, щоб забезпечити безперервність надання медичних послуг, особливо в умовах надзвичайних ситуацій.

5. Етап післякризового відновлення (майбутні роки)

Після кризи важливо відновити та посилити систему охорони здоров'я, інтегруючи фінансування з державних і приватних джерел. Це включає відновлення інфраструктури, забезпечення стійкості системи до майбутніх викликів і покращення доступу до медичних послуг для всього населення.

Україна пройшла кілька етапів економічного зростання та спаду, які тісно пов'язані з внутрішніми та зовнішніми кризами. Хоча економіка України демонструє потенціал для відновлення після криз, виклики залишаються значними, особливо в умовах війни та глобальної нестабільності.

Переоцінка ВВП України з урахуванням розміру неформальної економіки збільшує загальне сприйняття економічного потенціалу країни, що може мати значний вплив на приватний сектор охорони здоров'я. З одного боку, більший ВВП на душу населення сприяє збільшенню купівельної спроможності населення, що може підвищити попит на якісні приватні медичні послуги. З іншого боку, більший ВВП може стимулювати інвестиції в медичний сектор, включаючи розширення існуючих клінік та створення нових приватних медичних установ [269].

Важливим індикатором для оцінки фінансової інтеграції у сфері охорони здоров'я є коефіцієнт Джині³ через низку причин:

— Коефіцієнт Джині дає уявлення про те, наскільки нерівномірно розподіляються доходи або багатства серед населення країни. Чим вищий коефіцієнт, тим більше нерівність. Для оцінки фінансової інтеграції цей показник допомагає зрозуміти, наскільки рівномірно розподіляються фінансові ресурси між

³ Коефіцієнт Джині — це статистичний інструмент, що використовується для вимірювання ступеня нерівності розподілу доходів або багатства серед населення в країні або регіоні. Він вимірюється на шкалі від 0 до 1, де: 0 вказує на повну рівність, тобто кожен має однаковий дохід або багатство

Низький коефіцієнт Джині (наприклад, 0.2 або нижче) означає, що доходи розподілені відносно рівномірно, що свідчить про менші розриви між бідними та багатими

Високий коефіцієнт Джині (наприклад, 0.4 або вище) свідчить про значну нерівність у доходах, з великим розривом між багатими та бідними верствами населення.

1 вказує на повну нерівність, де одна особа або група має весь дохід або багатство, а всі інші нічого не мають.

різними групами населення. Якщо нерівність висока, це може вказувати на те, що фінансові ресурси не інтегруються належним чином у систему охорони здоров'я, що може призвести до обмеженого доступу до медичних послуг для певних верств населення;

- може показати, наскільки різні групи населення мають доступ до фінансових ресурсів, які вони можуть використовувати для доступу до медичних послуг. Якщо рівень нерівності високий, це може означати, що нижчі доходи груп населення мають обмежений доступ до необхідних медичних послуг, що свідчить про необхідність кращої фінансової інтеграції для забезпечення рівного доступу до охорони здоров'я;

- Високий коефіцієнт Джині може бути ознакою соціальної нестабільності, оскільки нерівність у доходах може призвести до напруги та конфліктів у суспільстві. Фінансова інтеграція, яка спрямована на зменшення нерівності та забезпечення рівного доступу до фінансових ресурсів, може допомогти знизити ці ризики. Це, у свою чергу, сприяє стабільності системи охорони здоров'я та загальному благополуччю населення;

- Зміни в коефіцієнті Джині можна використовувати для оцінки того, наскільки ефективні заходи щодо покращення фінансової інтеграції та зниження нерівності. Якщо коефіцієнт Джині знижується, це може свідчити про те, що політики щодо фінансової інтеграції, такі як програми соціального захисту або податкові реформи, є ефективними і допомагають зменшити нерівність у суспільстві;

- Розуміння рівня нерівності в доходах дозволяє краще планувати фінансові реформи та інтеграцію, спрямовані на те, щоб більше людей отримували доступ до медичних послуг. У разі високого коефіцієнта Джині можуть бути потрібні більш агресивні реформи та заходи для перерозподілу доходів і зниження нерівності, що допоможе забезпечити більш ефективну та всеохоплюючу фінансову інтеграцію.

Таким чином, коефіцієнт Джині є важливим інструментом для аналізу, який допомагає оцінити ефективність і рівень фінансової інтеграції в країні, особливо в контексті доступності та рівності у наданні медичних послуг (рис. 2.4).

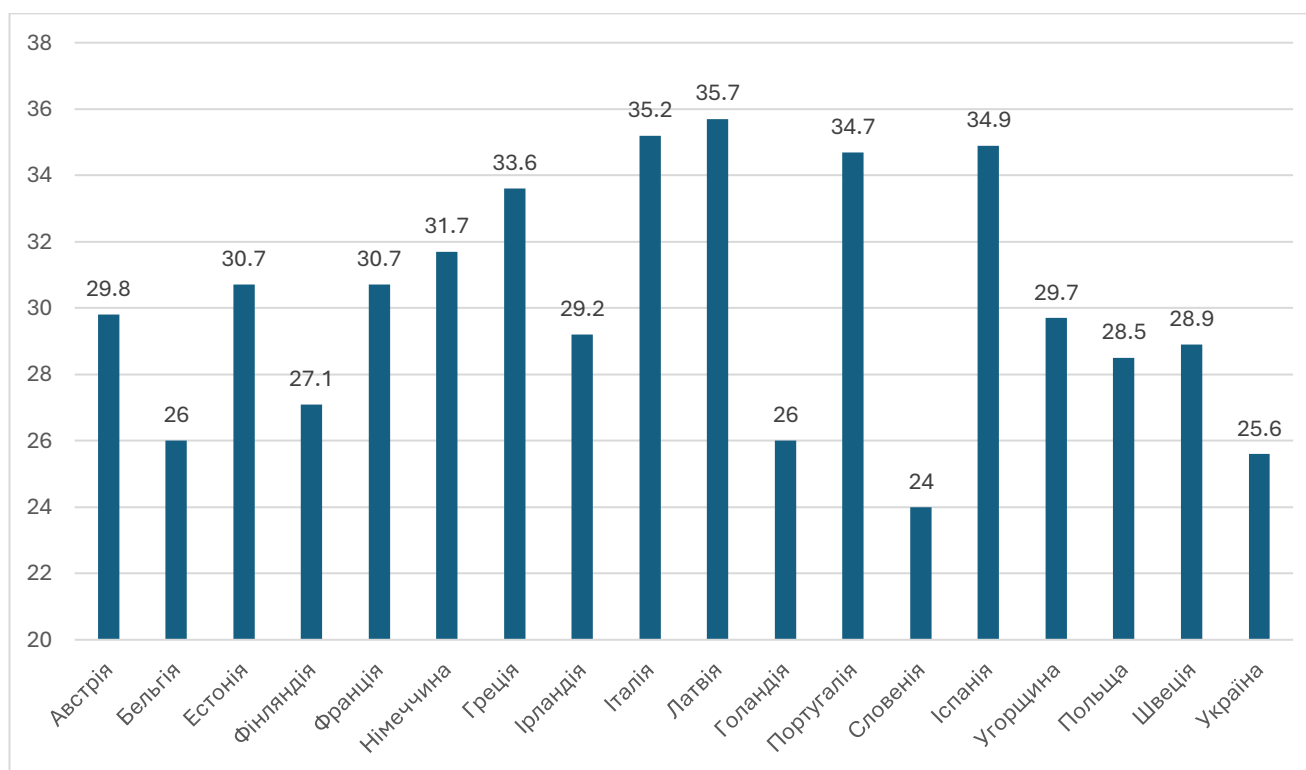


Рис. 2.4. Аналіз країн за показником Джині (сформовано та візуалізовано авторкою)

Розуміння цих показників є важливим для формулювання політики у сфері охорони здоров'я, планування медичних послуг та стратегій для приватних інвесторів у медичний сектор. Врахування економічної стійкості, спроможності населення платити за медичні послуги та рівня економічної нерівності дозволяє приватному сектору краще адаптуватися до потреб ринку і забезпечити високий рівень медичного обслуговування для різних сегментів населення.

Отже, показник 26,6⁴ (або 0.266, коли ми говоримо про шкалу від 0 до 1) для України свідчить про порівняно низький рівень нерівності доходів серед населення (рис. 2.5). Цей показник підкреслює, що доходи в Україні розподілені більш рівномірно, порівняно з багатьма іншими країнами, де коефіцієнти Джині можуть досягати значно вищих значень [267].

⁴ часто цей показник множать на 100 для зручності візуалізації та порівняння, тому коефіцієнт 26,6 насправді означає 0.266 у форматі від 0 до 1.

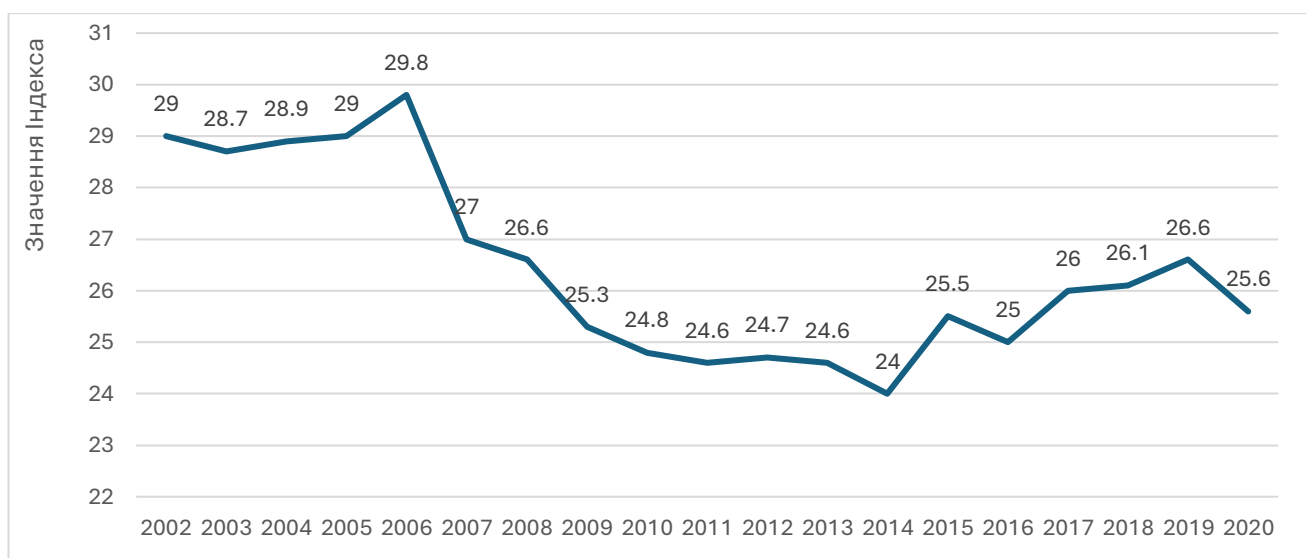


Рис. 2.5. Динаміка показника Джині за роками для України [267]
(сформовано та візуалізовано авторкою)

Аналіз витрат населення на охорону здоров'я з власної кишені є важливим для будь-якої держави. Ці витрати впливають на фінансовий захист громадян, доступність медичних послуг, ефективність державної політики в сфері охорони здоров'я, планування ресурсів і загальну стійкість системи охорони здоров'я.

Витрати на медичні послуги з власної кишені можуть мати суттєвий вплив на фінансовий стан домогосподарств. Для багатьох сімей значні витрати на медичне обслуговування можуть призвести до фінансових труднощів або навіть довести до бідності. Це особливо важливо в умовах, коли доступ до безкоштовних або субсидованих медичних послуг обмежений. Держава повинна розуміти рівень таких витрат, щоб забезпечити фінансовий захист своїх громадян. Це завдання особливо актуальне під час кризових ситуацій, таких як пандемія, коли медичні витрати можуть раптово збільшитися.

Частка витрат населення з власної кишені в загальних витратах на охорону здоров'я також є важливим індикатором доступності медичних послуг. Висока частка таких витрат може свідчити про те, що державні медичні послуги або не є достатньо доступними, або не відповідають потребам населення. Це змушує громадян звертатися до приватних постачальників або самотійно оплачувати послуги, що може бути фінансово обтяжливим для багатьох. Якщо держава прагне

забезпечити рівний доступ до медичної допомоги для всіх громадян, вона повинна мати чітке розуміння рівня таких витрат і вживати заходів для їх зниження.

Аналіз витрат з власної кишені також дозволяє оцінити ефективність державної політики в сфері охорони здоров'я. Якщо ці витрати є високими, це може свідчити про необхідність перегляду існуючих політик і програм. Наприклад, держава може розглянути можливість збільшення фінансування медичних послуг або розширення програм соціальної підтримки для тих, хто не може самостійно оплатити медичне обслуговування. Такий аналіз допомагає визначити слабкі місця в системі охорони здоров'я і вжити заходів для їх усунення.

Крім того, розуміння рівня витрат з власної кишені допомагає державі ефективно планувати розподіл ресурсів. Це дозволяє спрямовувати додаткові ресурси на підтримку тих верств населення, які найбільше цього потребують, що сприяє зменшенню нерівності в доступі до медичних послуг. У свою чергу, це підвищує стійкість системи охорони здоров'я, що є важливим завданням для держави, особливо в умовах соціально-економічних викликів (рис. 2.6).

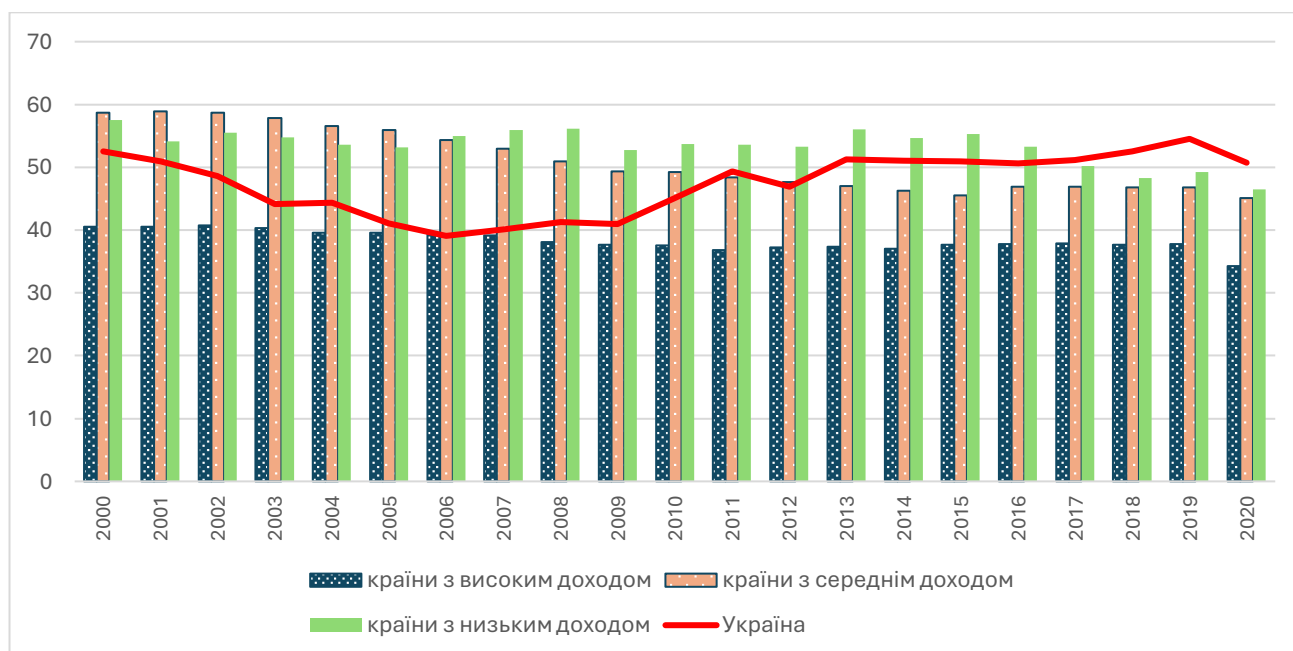


Рис. 2.6. Зміна витрат на охорону здоров'я з власної кишені в різних групах країн (країни з високим, середнім та низьким рівнем доходу) у порівнянні з Україною протягом 2000–2020 років (сформовано та візуалізовано авторкою на основі [268])

Таким чином, аналіз витрат населення на охорону здоров'я з власної кишені є критично важливим для держави з точки зору забезпечення фінансової захищеності населення, підвищення доступності медичних послуг, оцінки ефективності державної політики та зміцнення стійкості системи охорони здоров'я. Термін “Domestic private health expenditure per capita” відноситься до суми грошей, витраченої на охорону здоров'я з приватних джерел на одну особу в країні протягом певного періоду часу. Цей показник включає витрати, які не покриваються державою або страховими компаніями, та вимірюється на рівні кожного громадянина.

Графік відображає, що:

- витрати на охорону здоров'я з власної кишені в країн з високим доходом залишаються стабільно низькими, що може свідчити про високу ефективність системи соціального страхування та значне державне фінансування охорони здоров'я. Це може бути результатом сильних соціальних політик, які знижують потребу населення в самофінансуванні медичних послуг.

- витрати на охорону здоров'я з власної кишені в країнах з середнім доходом значно вищі, ніж у країнах з високим доходом. Проте, спостерігається тенденція до поступового зниження цих витрат, що може свідчити про покращення системи охорони здоров'я та її доступності.

- витрати на охорону здоров'я з власної кишені у країнах з низьким доходом найвищі серед усіх груп, що вказує на обмежений доступ до безкоштовних або субсидованих медичних послуг і високий рівень фінансових бар'єрів для населення. Хоча й тут є коливання, загальна тенденція не вказує на суттєве покращення ситуації. Це вказує на низьку ефективність державних програм охорони здоров'я і високу залежність від приватного фінансування.

- Україна демонструє змішані тенденції. Витрати з власної кишені поступово знижуються з 2000 по 2013 рік, після чого спостерігається деяке зростання до 2015 року, а потім знову стабілізація. Це може свідчити про зміни у політиці фінансування охорони здоров'я, особливо у зв'язку з економічними та політичними кризами, які вплинули на фінансовий захист громадян. Для України,

на фоні інших країн із середнім доходом, є ознаки певної нестабільності у витратах з власної кишені на охорону здоров'я, що свідчить про необхідність подальших реформ у цій сфері для забезпечення більшого фінансового захисту населення.

Наступний рисунок (рис. 2.7) показує динаміку витрат на охорону здоров'я з власної кишені на душу населення у доларах США (з урахуванням паритету купівельної спроможності), внутрішні приватні витрати на охорону здоров'я на душу населення, а також відсоток витрат з власної кишені від загальних поточних витрат на охорону здоров'я в період з 2000 по 2020 роки [266].

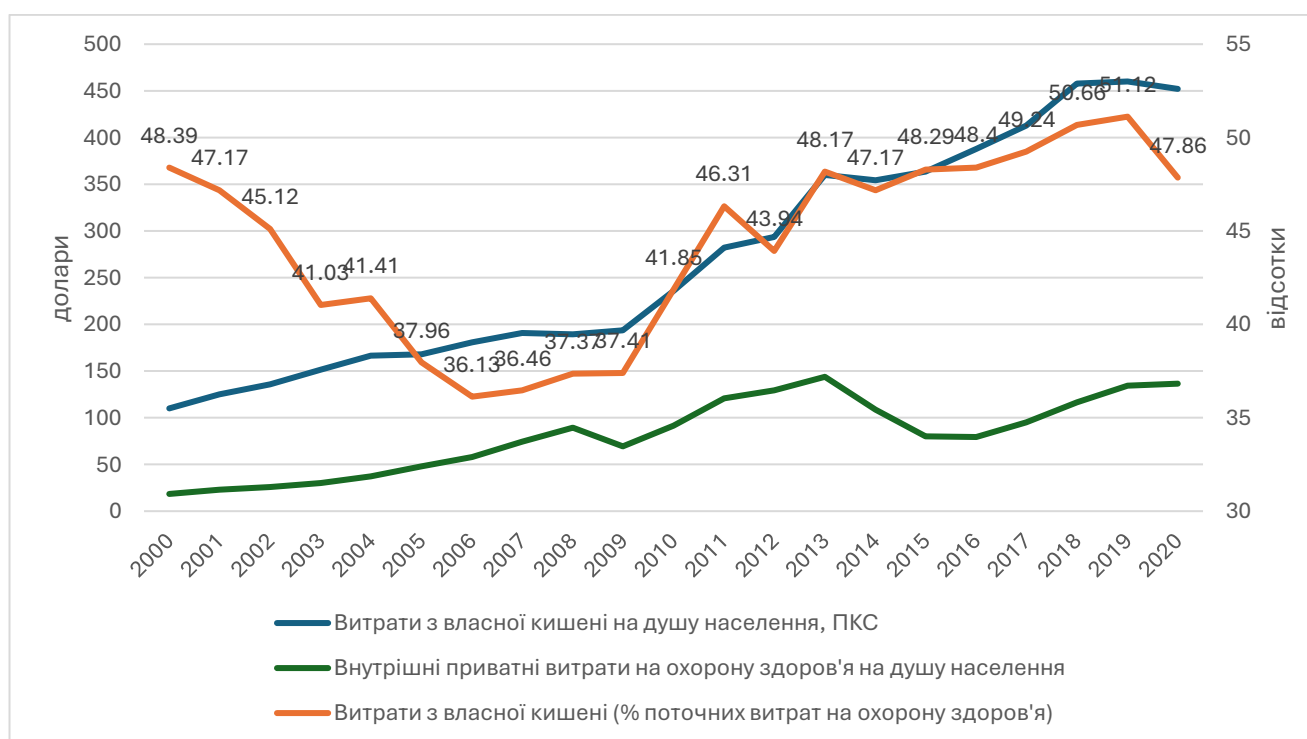


Рис. 2.7. Приватні витрати населення України на охорону здоров'я (сформовано та візуалізовано авторкою)

З цього рисунку робимо такі висновки:

1. Починаючи з 2000 року, можна спостерігати зростання витрат з власної кишені на душу населення. Це свідчить про те, що населення змушене витрачати більше на медичні послуги, що може бути наслідком недостатнього державного фінансування або недоступності безкоштовних медичних послуг. Водночас зростання відсотка витрат з власної кишені від загальних поточних

витрат на охорону здоров'я вказує на те, що навіть при збільшенні державного фінансування, це фінансування не перекладається на зменшення фінансового тягаря для пацієнтів.

2. Хоча внутрішні приватні витрати на охорону здоров'я зростають, вони залишаються відносно стабільними порівняно з витратами з власної кишені. Це може вказувати на певний потенціал приватного сектору у забезпеченні медичних послуг, але також підкреслює, що ця сфера залишається недооціненою у державній політиці.

3. Коливання, що спостерігалися у 2008-2010 та 2014-2016 роках, відображають вплив економічних криз на систему охорони здоров'я. В ці періоди зростання витрат з власної кишені супроводжується зниженням ефективності державної підтримки, що вказує на вразливість системи до зовнішніх економічних шоків.

4. У 2020 році спостерігається незначне зниження як витрат з власної кишені на душу населення, так і їх відсотка від загальних витрат на охорону здоров'я. Це може бути пов'язано з економічними наслідками пандемії COVID-19, коли населення стало менше витратити на медичні послуги через зменшення доходів або через те, що доступ до послуг був обмежений.

5. Внутрішні приватні витрати (зелена лінія) у цьому секторі зростають протягом усього періоду, що свідчить про зростання ролі приватного сектору в охороні здоров'я. Це може означати зростання попиту на приватні медичні послуги або недостатність державного фінансування.

Графік демонструє, що нинішня державна політика в галузі охорони здоров'я не забезпечує достатнього захисту населення від високих медичних витрат. Залежність від витрат з власної кишені, які є суттєвою частиною загальних витрат на охорону здоров'я, свідчить про необхідність перегляду підходів до фінансування. Система, яка покладається на значні витрати з власної кишені, є не тільки несправедливою, але й неефективною, особливо в умовах економічної нестабільності.

Аналіз даних підкреслює потребу в змінах у підходах до фінансування охорони здоров'я:

- збільшення державного фінансування може допомогти зменшити навантаження на громадян і забезпечити доступність медичних послуг для всіх верств населення.
- інтеграція приватного сектору є вагомим кроком, що може підвищити ефективність системи охорони здоров'я. Залучення приватного сектору через державно-приватні партнерства, субсидії та інші механізми дозволить розширити доступ до якісних медичних послуг і знизити витрати з власної кишені.

Отже, існуюча система охорони здоров'я в Україні потребує перегляду підходів до фінансування. Значний фінансовий тягар, який лягає на плечі громадян, свідчить про недостатність державного фінансування та неефективність поточної політики. Щоб досягти більш справедливої і стійкої системи охорони здоров'я, необхідно інтегрувати приватний сектор і забезпечити належне фінансування з боку держави. Це дозволить не тільки зменшити витрати з власної кишені, але й підвищити доступність і якість медичних послуг для всіх громадян України.

Важливу інформацію для оцінки ефективності політик у сфері охорони здоров'я демонструють витрати на охорону здоров'я на душу населення в різних країнах. Це важливо з кількох причин: по-перше, витрати на охорону здоров'я можуть вказувати на рівень доступності медичних послуг для населення. Вищі витрати часто означають, що більше ресурсів витрачається на забезпечення лікування, медичної допомоги та профілактики, що може підвищити рівень доступності послуг для більшої кількості людей; по-друге, порівняння витрат на охорону здоров'я на душу населення дозволяє визначити, як різні країни фінансують свої системи охорони здоров'я та як ефективно ці кошти використовуються для покращення здоров'я населення; по-третє, витрати на охорону здоров'я можуть бути показником того, наскільки ефективно використовуються державні та приватні ресурси для досягнення хороших результатів у галузі охорони здоров'я. Витрати можуть бути порівняні з

показниками здоров'я населення, такими як очікувана тривалість життя чи рівень смертності від хронічних захворювань; по-четверте, ці витрати можуть вказувати на те, які аспекти охорони здоров'я є пріоритетними у певній країні. До прикладу, висока частка витрат на первинну медичну допомогу може свідчити про акцент на профілактиці та ранньому виявленні захворювань, що є важливим для покращення здоров'я населення; по-п'яте, оцінка витрат на душу населення дає можливість зрозуміти, чи вистачає фінансування для покриття основних потреб в охороні здоров'я, чи потрібно збільшити витрати для покращення медичних послуг і доступності лікування; по-шосте, спостереження за змінами витрат на охорону здоров'я на душу населення з часом дозволяє виявити ефективність реформ у сфері охорони здоров'я, оцінити, чи змінюється рівень фінансування на користь певних напрямків (наприклад, інфраструктури, медичних технологій, лікування конкретних захворювань).

У країнах з високими витратами на охорону здоров'я, таких як Швейцарія, Норвегія, Німеччина, і особливо США, спостерігається значний рівень інвестицій в систему охорони здоров'я. Це, ймовірно, забезпечує високу якість медичних послуг, доступ до новітніх медичних технологій та ширший спектр медичних послуг для населення. Такий підхід також може свідчити про активне залучення як державного, так і приватного сектору до фінансування охорони здоров'я, що в сукупності створює стійку та ефективну систему, здатну забезпечити населення всім необхідним для підтримання здоров'я.

З іншого боку, країни зі середніми витратами на охорону здоров'я, такі як Велика Британія, Франція та Італія, також демонструють високий рівень доступності та якості медичних послуг, але, можливо, з деякими обмеженнями. Ці країни, ймовірно, прагнуть підтримувати баланс між забезпеченням доступу до медичних послуг для всього населення і управлінням бюджетними ресурсами. Це може включати раціоналізацію витрат та підвищення ефективності надання послуг, що є важливим у контексті обмежених ресурсів.

Україна, згідно з графіком (рис. 2.8), має відносно низькі витрати на охорону здоров'я на душу населення порівняно з країнами Європейського Союзу. Це

свідчить про необхідність реформування та підвищення ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я. Низькі витрати можуть вказувати на обмежений доступ до якісних медичних послуг, особливо у сільських та віддалених районах. У такому контексті важливо розглянути можливість залучення додаткових ресурсів через публічно-приватне партнерство або збільшення державних інвестицій у медичну інфраструктуру.

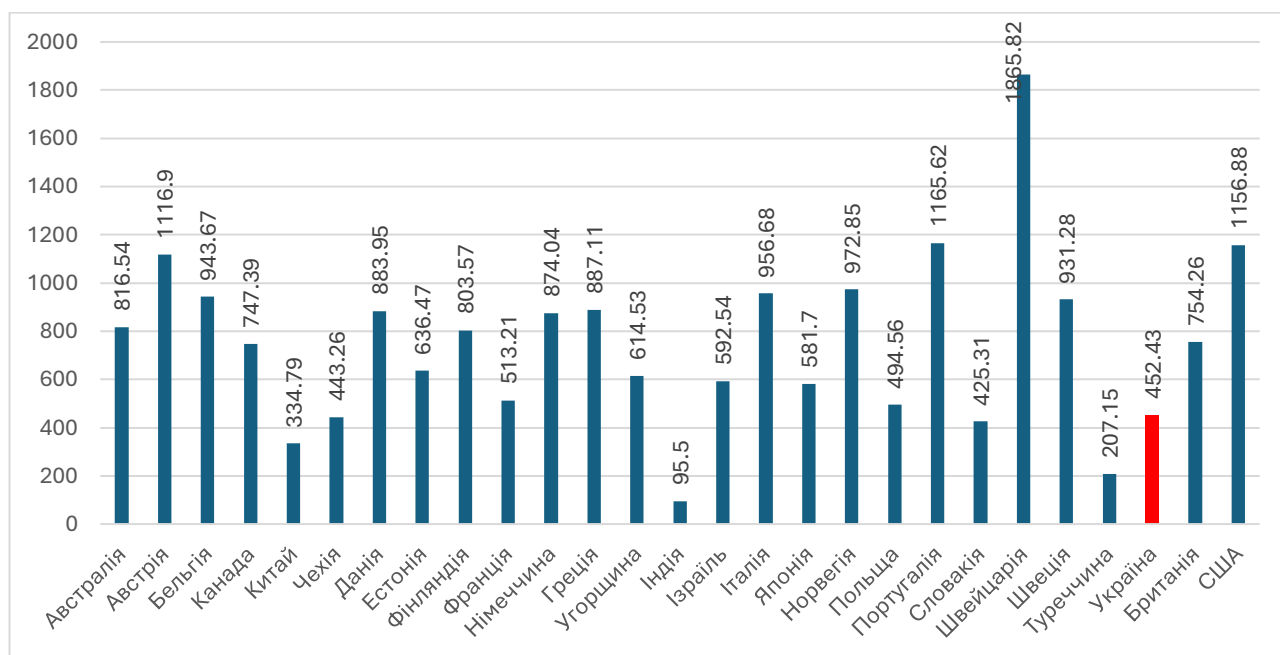


Рис. 2.8. Витрати з власної кишені на охорону здоров'я серед країн (сформовано та візуалізовано авторкою)

Таким чином, ці дані не тільки ілюструють різницю у фінансових ресурсах, виділених на охорону здоров'я в різних країнах, але й відображає вплив цих витрат на доступність та якість медичних послуг. Це підкреслює важливість адекватного фінансування для забезпечення здоров'я населення та необхідність постійного аналізу та адаптації державних політик у цій сфері.

Хоча багато приватних медичних постачальників укладають контракти з Національною службою здоров'я України за Програмою медичних гарантій, грошова вартість цих контрактів є відносно скромною – 3,2 млрд гривень (у 2022 році це становило лише 2,2% від загальної вартості всіх контрактів, виданих НСЗУ у тому році. Ринок добровільного (тобто приватного) медичного страхування в

Україні також є незначним за масштабами, генеруючи премії на суму лише 1,1 млрд у 2020 році. Таким чином, очевидно, що переважна більшість доходів приватних медичних постачальників надходить від оплати послуг населенням (OOP payments) – найбільш регресивної форми фінансування охорони здоров'я, хоча загальний фінансовий обсяг таких надходжень наразі невідомий [273].

Опитування показує, що 93% українців підписали декларації з сімейними лікарями. Однак, декларації, укладені з приватними медичними закладами, все ще незначні, оскільки лише 6% респондентів повідомили про підписання декларації з лікарями, що працюють у приватних клініках. Це незважаючи на те, що пацієнти в Україні мають право вибору закладу для отримання медичної допомоги, і НСЗУ фінансує надання цієї послуги незалежно від форми власності закладу [172]. Для приватних медичних закладів співпраця з НСЗУ має економічний сенс, оскільки це означає додаткове фінансування, яке інакше ніколи не “потрапило б” до закладу. Однак, також очевидно, що рекомендована оптимальна кількість декларацій на одного сімейного лікаря – 1800 дорослих або 900 дітей – є занадто великим навантаженням, а тарифи НСЗУ є недостатніми.

Спеціалізована (вторинна) медична допомога включає спеціалізовані медичні послуги, які надаються як планово, так і в екстрених (невідкладних) випадках у амбулаторних умовах та в лікарнях, і можуть пропонувати більш обширні консультації, діагностику, профілактику та лікування, ніж лікарі загальної практики – сімейні лікарі. Лікарня повинна виконати низку вимог, які є однаковими для всіх “вторинних” медичних закладів – обрати послуги, які вона може надавати, і підписати угоду з НСЗУ. Після цього лікарня починає надавати послуги за Програмою медичних гарантій, яка є переліком медичних послуг, які пацієнти гарантовано отримують безкоштовно.

Вторинні/спеціалізовані медичні послуги не такі поширені, як послуги сімейних лікарів. Більше однієї третини респондентів (37%) зверталися за спеціалізованою медичною допомогою. Найпоширеніші види такої допомоги, за якими зверталися респонденти, включають кардіолога (14%), невролога (13%), гінеколога (12%), хірурга (12%) та лабораторні та діагностичні послуги (9,2%).

Факт є таким, що кількість приватних закладів, які надають спеціалізовану медичну допомогу за угодами з НСЗУ, є дуже малою. У 2023 році було підписано угоди з 1458 закладами на спеціалізовану допомогу, включаючи лише 82 приватні лікарні та 11 лікарів-підприємців. Перелік послуг, які приватний медичний заклад надає безкоштовно, залежить від пакетів послуг, включених до угоди з НСЗУ. Більшість приватних постачальників уклали угоди в таких напрямках:

- амбулаторна допомога для дорослих та дітей – 57 закладів;
- пріоритетні амбулаторні послуги для раннього виявлення раку – 55 закладів;
- вакцинація проти COVID-19 – 51 заклад і 14 приватних лікарів;
- хірургічні операції – 14 закладів.

За умови можливості отримання спеціалізованої медичної допомоги в приватних закладах серед пацієнтів, які зазвичай звертаються до державних або муніципальних медичних установ, 57,4% респондентів зазначили, що обрали б приватних постачальників медичних послуг. Це вказує на значний рівень зацікавленості населення у послугах приватного сектору охорони здоров'я та підкреслює важливість його інтеграції у загальну систему медичного обслуговування [172].

Згідно з думкою респондентів, основною перевагою приватної медицини в сучасній Україні є наявність сучасного медичного обладнання та робота на ньому більш кваліфікованих медичних працівників, а також оперативність обслуговування, ввічливість і уважність персоналу (рис. 2.9). Поширена думка, що для більшості пацієнтів не має значення, звертатися до державної (або комунальної) чи приватної клініки, є хибною. Важливу роль відіграють особисті вподобання пацієнта, бажання потрапити до певного лікаря, фінансові можливості та особливості лікувального процесу. Проте третина учасників дослідження вважає, що саме приватні медичні заклади надають більш кваліфіковану медичну допомогу.

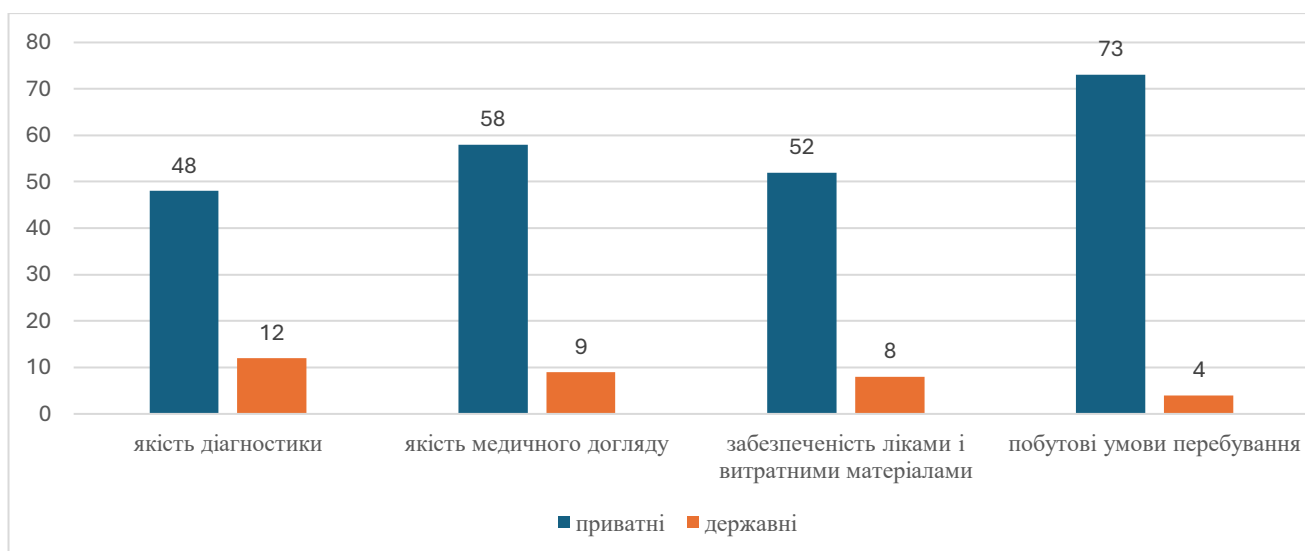


Рис. 2.9. Оцінка респондентами якості медичних послуг у закладах охорони здоров'я різних форм власності (*сформовано авторкою на основі джерела [172]*)

Можна підсумувати: на думку населення приватні медичні заклади з величезним відривом випереджають державні за багатьма критеріями. Якщо раніше державні (комунальні) медичні установи були основними гравцями на ринку медичних послуг, то останні роки кількість приватних багатопрофільних медичних центрів значно зросла. З іншого боку, приватна медицина розвивається у вузькоспеціалізованих галузях (традиційно для України це стоматологія, акушерство-гінекологія, останні роки – допоміжні репродуктивні технології, аналізи, діагностика УЗД та МРТ, масажі, вертебрологія тощо), складаючи успішну конкуренцію медичним послугам у закладах охорони здоров'я державної чи комунальної форм власності.

Важко сказати чи в тому є заслуга самої приватної медицини, чи то прорахунки у розвитку державного сектору охорони здоров'я. З іншого боку, можна сміливо констатувати, що за останні 15 років за підтримки держави приватна медицина суттєво розвинулася і стала доступнішою для населення з позицій економіки, організації і популярності. Із початком повномасштабного вторгнення російської федерації в Україну приватні медичні заклади та ФОПи мусять переглядати свою організаційну структуру, місця надання медичних послуг і кадровий потенціал з огляду на воєнну ситуацію.

2.4. Медичний туризм як інтегруючий фактор розширення доступу до медичного обслуговування через розвиток ресурсних механізмів

При регулюванні ринку медичних послуг держава виконує дві основні функції: соціальну та економічну. Соціальна функція спрямована на забезпечення справедливості та доступності медичних послуг для всіх громадян. Економічна функція передбачає стимулювання конкуренції серед надавачів медичних послуг. Держава виступає як активний учасник ринку охорони здоров'я, організовуючи та фінансуючи цю сферу. Турбота держави про здоров'я населення не лише задовольняє соціальні потреби, але й приносить економічну вигоду [6].

Щоб ринок медичних послуг міг надалі функціонувати економічно стабільно, необхідно посилити роль держави в соціально-економічному аспекті. Це, передусім, передбачає збільшення державних витрат на сферу охорони здоров'я. Лише тоді держава зможе повною мірою виконати свою соціально-економічну функцію, спрямовану на поліпшення здоров'я населення. Успішна реалізація цієї функції стає ключовим критерієм ефективності публічного управління у сфері охорони здоров'я [98].

Однією з ринкових реакцій на зростаючий попит на медичні послуги є медичний туризм, який надає споживачам можливість вибору і стимулює розвиток галузі через конкуренцію та пошук найкращих умов для лікування.

Термін “медичний туризм” можна використовувати у вузькому значенні, як самостійне рішення особи звернутися за лікуванням за кордон. Це визначення не охоплює медичне обслуговування туристів, які стикаються з нещасними випадками під час відпочинку, осіб, що постійно проживають за кордоном і періодично потребують медичної допомоги, а також державну транскордонну допомогу, ініційовану або схвалену урядами через брак або недостатність внутрішніх медичних ресурсів. Попри те, що точні дані про медичний туризм важко зібрати, галузь демонструє значний ріст протягом останніх років, що обіцяє значні економічні переваги [270]. Ці переваги є основним стимулом для розвитку пропозиції в цій галузі, що визнається багатьма країнами, які прагнуть розвивати

або розширювати цей офшорний сектор. Багато держав не тільки активно підтримують медичний туризм, але й часто інвестують у цей сектор [241].

Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує, що військовий наступ Російської Федерації в Україні, який розпочався у лютому 2022 року, спричинив одне з найбільш стрімких переміщень населення та гуманітарну кризу у світі, з геополітичними та економічними наслідками, що відчуються глобально. Тривала війна призвела до значних збоїв у наданні медичних послуг і майже до колапсу системи охорони здоров'я [2].

Забезпечення якісного та повноцінного медичного обслуговування всіх громадян, які покинули свої домівки і тимчасово проживають в інших регіонах країни, є одним із щоденних завдань системи охорони здоров'я. Відтак, обговорюючи медичний туризм, важливо розуміти, що нині ця діяльність залишається популярною не тільки через можливість отримати більш якісні чи доступні медичні послуги поза місцем постійного проживання, але й у зв'язку з вимушеним переміщенням людей через надзвичайні ситуації, зокрема війну.

На думку українських науковців, в умовах війни до таких пацієнтів можна зарахувати й внутрішньо переміщених осіб, які змушені отримувати медичні послуги поза місцем своєї реєстрації та постійного проживання. Разом із звичайними громадянами вони можуть отримувати медичні послуги як в Україні, так і за її межами, в рамках медичного туризму [144].

Проте ми маємо певні застереження щодо трактування медичного туризму, яке включає внутрішньо переміщених осіб. Традиційно медичний туризм пов'язаний з добровільним вибором пацієнтів, які свідомо обирають інші країни або регіони для отримання медичних послуг, що пропонують кращу якість, спеціалізацію або доступність. У випадку внутрішньо переміщених осіб ці переміщення є радше вимушеним заходом, ніж свідомим вибором. Це суттєво відрізняє їхню ситуацію від класичного поняття медичного туризму. У нашому дослідженні ми підходимо до поняття медичного туризму з більш традиційної точки зору, розглядаючи його виключно як добровільний вибір пацієнтів. Враховуючи це, внутрішньо переміщені особи (ВПО) не включаються до цього

поняття, оскільки їхні переміщення та отримання медичних послуг поза місцем реєстрації є вимушеними заходами, а не альтернативним вибором.

Хоча внутрішньо переміщені особи не можуть бути повністю віднесені до категорії медичного туризму через вимушений характер їхнього переміщення, ми можемо розглянути українців, які виїхали за кордон, у контексті медичного туризму. Це стосується тих громадян України, які тимчасово або постійно проживають за межами країни і шукають можливості отримати медичні послуги, використовуючи при цьому переваги медичних систем інших країн.

Українці, що перебувають за кордоном, можуть обирати медичні послуги в інших країнах з кількох причин: для отримання високоякісного або спеціалізованого лікування, яке може бути менш доступним або не надаватися в їхньому новому місці проживання, або ж для лікування в умовах, які краще відповідають їхнім фінансовим можливостям. Таким чином, ми можемо розглядати їх як частину медичного туризму, оскільки вони роблять свідомий вибір звернутися за медичною допомогою поза межами своєї країни.

Це підкреслює різноманітність контекстів, у яких поняття медичного туризму може бути застосоване. Важливо розуміти, що медичний туризм, навіть у такому широкому контексті, залишається явищем, пов'язаним з певною свободою вибору і можливістю пацієнтів шукати найбільш прийнятні умови для лікування. Відтак, українці за кордоном, які свідомо обирають іноземні медичні заклади для отримання лікування, можуть бути розглянуті в межах нашого дослідження як частина глобального медичного туризму.

З огляду на таку ситуацію доцільно розглядати медичний туризм у двох різних контекстах, що дозволяє глибше зрозуміти мотивацію пацієнтів і роль України в цьому процесі.

1. Альтернативний медичний туризм – цей термін відображає ситуації, коли пацієнти мають вибір між отриманням медичних послуг у своїй країні або за кордоном, але обирають іншу країну через вартість, якість послуг або час очікування.

2. Вимушений медичний туризм – цей термін підходить для випадків, коли пацієнти змушені шукати медичну допомогу за кордоном через відсутність або обмеженість альтернатив в їхній країні проживання, зокрема, через війну, нестачу медичних ресурсів або інші надзвичайні обставини.

Перший вид медичного туризму стосується тих випадків, коли пацієнти мають альтернативу в країні свого проживання, але вона може бути менш привабливою через високу вартість медичних послуг або довгі черги на отримання необхідного лікування. У таких випадках медичний туризм стає вигідним варіантом для отримання медичних послуг швидше, дешевше або з кращими умовами. Україна може бути зацікавлена в цьому виді медичного туризму, оскільки це створює можливості для залучення додаткових фінансових ресурсів у систему охорони здоров'я, а також сприяє розвитку медичної інфраструктури та посилює міжнародний авторитет української медицини.

Другий вид медичного туризму стосується ситуацій, коли альтернативи в країні проживання обмежені або відсутні через зовнішні обставини, такі як війна, нестача медичних ресурсів, або відсутність спеціалізованих послуг. У цьому випадку медичний туризм стає необхідним кроком для забезпечення лікування, яке пацієнти не можуть отримати на місці. Для України це також важливо, оскільки розвиток такого виду медичного туризму може допомогти зменшити навантаження на медичні системи в регіонах, які менше постраждали від війни. Це дозволяє зберегти ресурси для тих, хто потребує їх на місці, і підвищує ефективність управління обмеженими ресурсами.

Загалом, зацікавленість України в обох видах медичного туризму є очевидною. В першому випадку, вона може покращувати свій медичний сектор через залучення іноземних пацієнтів і додаткових фінансів, а в другому – раціонально використовувати свої ресурси, мінімізуючи вплив війни на місцеві медичні установи. Такий підхід дозволяє Україні ефективно розвивати свою систему охорони здоров'я в умовах складної ситуації та робити вагомий внесок у забезпечення глобального здоров'я.

У подальшому аналізі ми зупинимося більше на альтернативному виді медичного туризму, який може стати важливим елементом у розвитку інтегрованих мереж медичного обслуговування, стимулюючи інновації, підвищення якості послуг і розвиток інфраструктури. Водночас, для успішної інтеграції медичного туризму необхідна координація між різними секторами, а також врахування етичних і правових аспектів, щоб забезпечити справедливий доступ до медичних послуг для всіх пацієнтів, як місцевих, так і іноземних. Основні аспекти медичного туризму узагальнені у п'яти блоках, що зображені на рис. 2.10.

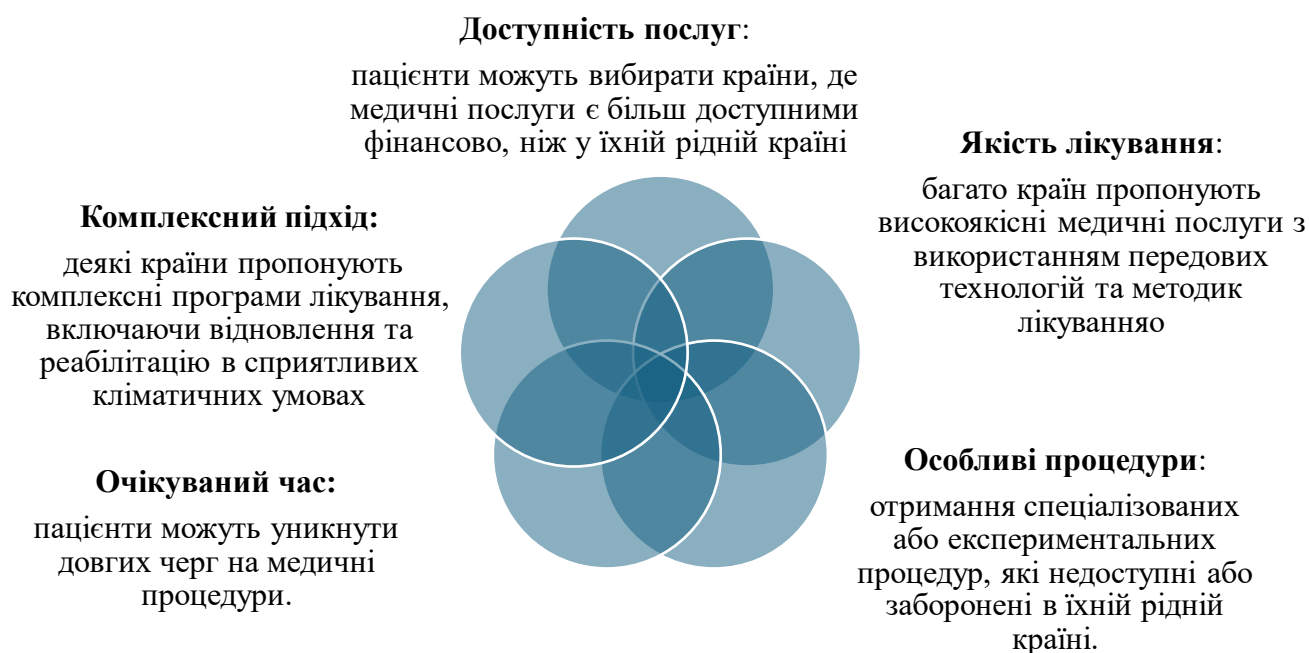


Рис. 2.10. Основні компоненти успішного медичного туризму (*сформовано авторкою*)

У контексті розвитку інтегрованих мереж медичного обслуговування, медичний туризм може бути розглянутий з кількох точок зору:

1. Медичний туризм може стимулювати інтеграцію різних рівнів та видів медичних послуг у межах країни, що приймає пацієнтів. Це передбачає необхідність забезпечення узгодженого надання послуг, від первинної медичної допомоги до спеціалізованих і реабілітаційних послуг, що включає співпрацю між державними, приватними і міжнародними секторами.

2. Конкуренція на міжнародному ринку медичних послуг змушує країни, що приймають медичних туристів, підвищувати стандарти надання медичних послуг. Це може сприяти впровадженню новітніх технологій, покращенню якості медичних послуг, що, в свою чергу, позитивно вплине на всю систему охорони здоров'я країни.

3. Медичний туризм може стати джерелом додаткових фінансових ресурсів, що можуть бути інвестовані в розвиток національної системи охорони здоров'я. Це може включати розширення медичної інфраструктури, підвищення кваліфікації медичного персоналу та розвиток супутніх послуг, таких як транспорт і готельний бізнес.

4. Медичний туризм часто включає участь міжнародного сектору, що вимагає інтеграції та співпраці між місцевими медичними установами та міжнародними організаціями. Це може підвищити рівень інтеграції в системі охорони здоров'я і сприяти розробці нових моделей співпраці, які враховують міжнародний досвід і стандарти.

5. Інтеграція медичного туризму у систему охорони здоров'я потребує врахування етичних і правових аспектів, таких як доступність послуг для місцевого населення, регулювання якості медичних послуг і забезпечення прав пацієнтів.

6. У деяких випадках медичний туризм може допомогти зменшити навантаження на внутрішню систему охорони здоров'я, якщо частина пацієнтів вирішить звернутися до послуг за кордоном. Однак це потребує ретельного планування і координації, щоб не знизити доступність і якість медичних послуг для місцевого населення.

Медичний туризм може стати важливим елементом у розвитку інтегрованих мереж медичного обслуговування, стимулюючи інновації, підвищення якості послуг і розвиток інфраструктури. Водночас, для успішної інтеграції медичного туризму необхідна координація між різними секторами, а також врахування етичних і правових аспектів, щоб забезпечити справедливий доступ до медичних послуг для всіх пацієнтів, як місцевих, так і іноземних.

Термін “регулювання” в контексті урядової політики включає широкий спектр заходів, що забезпечують правовий контроль та нагляд за діяльністю в сфері медичного туризму. Ці заходи можуть мати форму законів, нормативних актів, директив та інструкцій, що мають обов'язковий характер та спрямовані на забезпечення порядку та безпеки громадського життя. Вони впливають на ділову та соціальну поведінку, спонукаючи до дотримання визначених правил і процедур [187].

Регулювання охоплює не тільки прямі урядові ініціативи, але й добровільні чи саморегульовані системи, де галузеві асоціації або професійні спілки розробляють та впроваджують власні стандарти поведінки та етики. Ці системи можуть доповнювати або частково заміщати державне регулювання, забезпечуючи більш гнучке і адаптоване до потреб галузі регулювання. Вони відіграють важливу роль у створенні стандартів якості, безпеки та відповідальності, зокрема в сфері медичного туризму, де потреба у високій якості та безпеці послуг є критично важливою.

Крім того, регулювання включає механізми відповідальності та контролю, що дозволяють урядам моніторити виконання галузевих стандартів і за необхідності застосовувати санкції до порушників. Це сприяє не тільки захисту прав споживачів, але й підтримці справедливої конкуренції та забезпеченню стабільності в галузі.

Таким чином, регулювання у сфері медичного туризму служить засобом забезпечення цілісності та надійності медичних послуг, що пропонуються іноземним пацієнтам, а також захисту їхніх прав як споживачів медичних послуг. Основні аспекти перетину медичного туризму і державного регулювання охорони здоров'я включають наступні ключові питання:

- освіта медичних працівників (якість освіти в країнах призначення може бути нижчою порівняно з вимогами в країнах походження міжнародних пацієнтів) [257];

- акредитація медичних установ (проблеми з дотриманням урядових стандартів) [88];
- надання сумнівних медичних послуг (послуги, які є незаконними в країні походження пацієнта, або не мають наукового підтвердження ефективності) [242];
- роль посередників, пов'язаних з медичним туризмом (вплив нерегульованих або саморегульованих служб, таких як брокери медичного туризму);
- правовий захист медичних туристів (потенційна відсутність адекватних юридичних механізмів для захисту прав міжнародних пацієнтів у випадках медичного злочину);
- обмін медичними записами (недостатність вимог щодо повноцінного обміну медичними файлами між пацієнтом і медичним закладом, що ускладнює контроль за якістю лікування) [239];
- слабкий контроль за поширенням стійких до ліків або антимікробно стійких інфекцій (міжнародні пацієнти можуть повертатися з такими інфекціями, що ставить під загрозу здоров'я громадськості в їхніх країнах, особливо якщо їм потрібне подальше медичне обслуговування) [194];
- перетин національної політики та законодавства з міжнародним правом (особливо важливим є дотримання основних прав людини, які вимагають від урядів забезпечення того, щоб приватизація медичних ринків (включаючи медичний туризм) або діяльність третіх сторін (таких як посередники медичного туризму) не заважали праву громадян на медичне обслуговування та пов'язані зі здоров'ям послуги) [206].

Ці аспекти вимагають уваги та регулятивних заходів з боку урядів для забезпечення високих стандартів безпеки та якості медичних послуг у контексті медичного туризму.

Медичний туризм набирає популярності завдяки економічній ефективності, досвідченим лікарям і високоякісним послугам. В Україні медичні туристи можуть

заощадити 40-70% вартості лікування порівняно з їхніми країнами походження [250].

З іншого боку, громадяни України все частіше звертаються до послуг медичного туризму, віддаючи перевагу лікуванню за кордоном. Причини цього полягають у тому, що у європейських клініках проводяться більш точні діагностика та обстеження; призначені нашими лікарями ліки не вирішують проблеми; за кордоном можна провести найскладніші операції з більшою ефективністю; в Україні обмежені можливості для трансплантації, або ж черга на операцію може тривати кілька років; реабілітаційні заходи не допомагають ефективно відновити здоров'я [251].

Індекс медичного туризму стає дедалі важливішим показником, особливо для країн, які прагнуть зміцнити свої позиції на міжнародному ринку медичних послуг. Для України цей індекс є не лише інструментом оцінки поточної ситуації, але й потужним каталізатором для розвитку системи охорони здоров'я. Високий рейтинг в індексі медичного туризму може надати країні низку суттєвих переваг, що виходять далеко за межі медичної сфери [223].

По-перше, прагнення покращити позиції України в цьому індексі стимулює медичні заклади до підвищення стандартів якості. Конкуренція на міжнародному ринку вимагає від медичних установ дотримання найвищих стандартів якості обслуговування, впровадження сучасних технологій та підвищення кваліфікації медичного персоналу. Це, в свою чергу, веде до загального поліпшення рівня медичних послуг у країні, що позитивно впливає на здоров'я населення.

По-друге, високі позиції в індексі медичного туризму сприяють залученню іноземних інвестицій у медичний сектор України. Інвестори прагнуть вкладати кошти у країни, які демонструють стабільний розвиток та мають конкурентоспроможну систему охорони здоров'я. Ці інвестиції можуть бути спрямовані на модернізацію медичних установ, покращення інфраструктури та впровадження інноваційних методів лікування, що додатково підвищує привабливість України на міжнародній арені.

Крім того, зростання кількості медичних туристів сприяє збільшенню економічних надходжень. Кожен медичний турист приносить з собою не лише гроші, витрачені на медичні послуги, але й на проживання, харчування, транспорт та інші супутні послуги. Це створює нові робочі місця не лише в медичній сфері, але й у суміжних галузях, таких як туризм, готельний бізнес та транспорт. Таким чином, медичний туризм стає потужним економічним стимулом для розвитку регіонів.

Окрім економічних вигод, високий індекс медичного туризму підвищує міжнародний імідж України. Країна, що пропонує якісні медичні послуги за конкурентними цінами, сприймається як надійний партнер на світовій арені. Це сприяє розвитку дипломатичних відносин, культурного обміну та інтеграції України у глобальну спільноту.

Не менш важливим аспектом є вдосконалення регулювання та стандартів у сфері охорони здоров'я. Прагнення досягти високих показників в індексі медичного туризму стимулює уряд та медичні установи до впровадження міжнародних стандартів якості, що забезпечує надання медичних послуг на найвищому рівні. Це, в свою чергу, підвищує довіру громадян до системи охорони здоров'я і сприяє зниженню рівня медичних ризиків.

Таким чином, індекс медичного туризму є важливим показником, який впливає на розвиток системи охорони здоров'я України. Він допомагає не лише оцінити поточний стан медичних послуг, але й стимулює до їх покращення, що є важливим кроком на шляху до створення конкурентоспроможної та ефективної системи охорони здоров'я, здатної задовольнити потреби як внутрішніх, так і зовнішніх пацієнтів.

У контексті Індексу медичного туризму оцінку привабливості та конкурентоспроможності цього напрямку визначають крізь призму показників, об'єднаних в три блоки (табл. 2.1).

Розуміння цих складових допомагає оцінити, наскільки добре напрямок відповідає потребам медичних туристів, забезпечуючи якісне медичне обслуговування у поєднанні з позитивним загальним досвідом подорожі.

Таблиця 2.1

Складові Індексу медичного туризму
(сформовано авторкою на основі [222])

I блок	<i>Середовище призначення:</i> охоплює широкий спектр факторів, які впливають на привабливість місця як напрямку медичного туризму – якість об'єктів охорони здоров'я та послуг: наявність високоякісного медичного лікування та наявність акредитованих медичних установ. – інфраструктура: включає транспорт, проживання та інші необхідні зручності для підтримки медичних туристів. – культурні та екологічні фактори: мова, культурна сумісність, безпека, політична стабільність та загальне середовище, яке може вплинути на досвід медичного туриста. – регуляторне середовище: правові та етичні рамки, що регулюють медичну практику та права пацієнтів у місці призначення
II блок	<i>Індустрія медичного туризму:</i> відноситься до колективної мережі послуг та підприємств, які беруть участь у сприянні медичним подорожам до певного місця призначення. – постачальники медичних послуг: лікарні, клініки та спеціалізовані лікувальні центри, які пропонують медичні послуги міжнародним пацієнтам. – підтримуючі послуги: туристичні агентства, що спеціалізуються на медичному туризмі, медичні посередники та перекладачі. – додаткові послуги: готельні послуги, транспортні компанії та туроператори, які задовольняють специфічні потреби медичних туристів. – державні та неурядові агентства: організації, які сприяють медичному туризму на місцевому та національному рівнях і забезпечують дотримання міжнародних стандартів охорони здоров'я.
III блок	<i>Якість об'єктів та послуг:</i> стосується стандарту та спектру медичних об'єктів і послуг, доступних для туристів у місці призначення – акредитація та сертифікація медичних установ: міжнародна акредитація охорони здоров'я (наприклад, JCI, ISO) свідчить про високі стандарти. – сучасні та добре оснащені об'єкти: наявність передової медичної технології та інфраструктури, що відповідає або перевищує міжнародні стандарти. – компетентність медичного персоналу: кваліфікація, експертиза та досвід медичних працівників, включаючи їх здатність ефективно спілкуватися кількома мовами. – досвід та задоволення пацієнтів: рівень догляду та підтримки, що надаються пацієнтам до, під час і після медичних процедур.

Україна поки що не входить до міжнародного рейтингу індексу медичного туризму, але це не означає, що такий аналіз є менш важливим (рис. 2.11). Дослідження досвіду інших країн, які вже досягли високих позицій у цьому індексі, може надати Україні цінні уроки та допомогти сформувати ефективну стратегію для розвитку медичного туризму.

Індекс медичного туризму дозволяє визначити, які країни є лідерами у цій сфері та що саме зробило їхні системи охорони здоров'я привабливими для іноземних пацієнтів. Наприклад, країни з високими показниками в індексі часто мають добре розвинену інфраструктуру, високі стандарти якості медичних послуг, потужну підтримку з боку уряду та привабливі фінансові умови. Вивчення цих аспектів дозволяє Україні адаптувати успішні практики до своїх реалій.

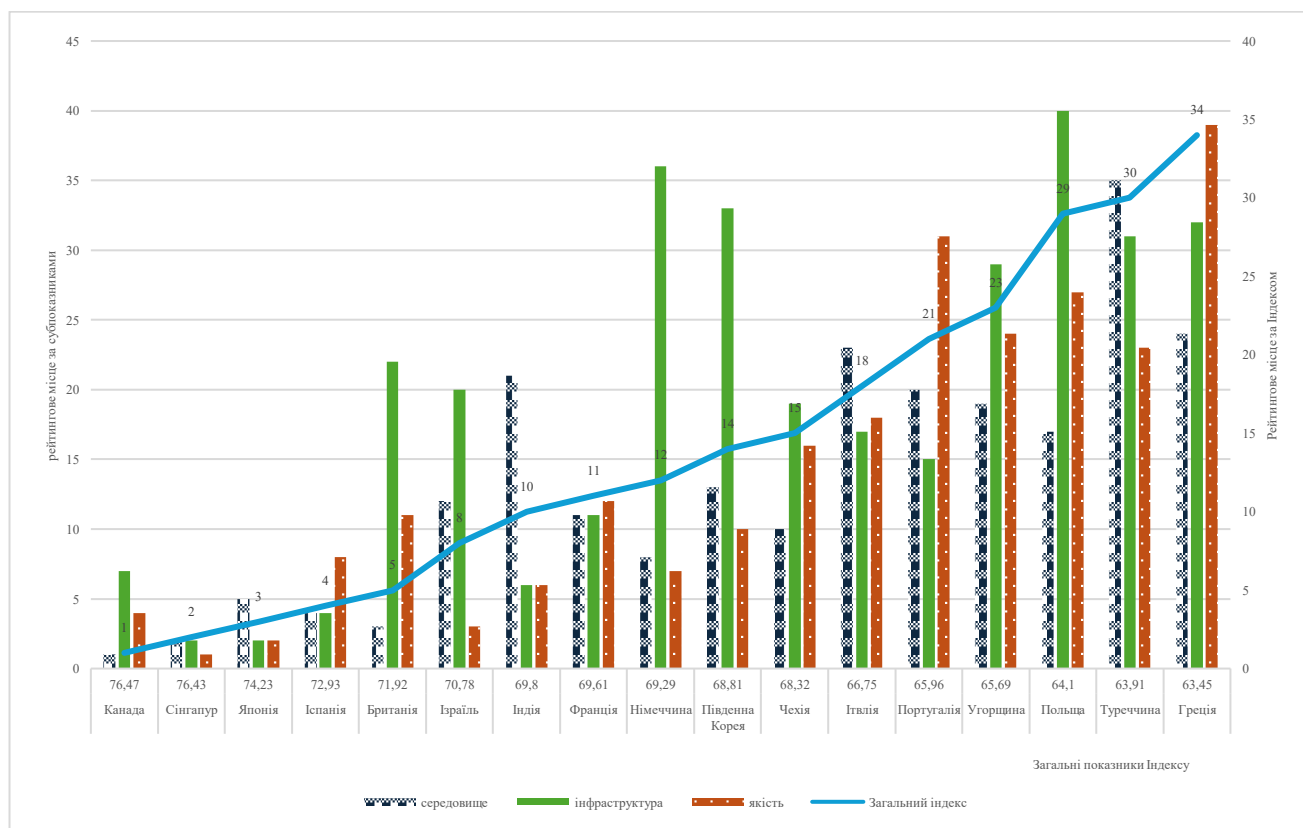


Рис. 2.11. Рейтинг країн серед 46, які були включені до розрахунку Індексу медичного туризму (сформовано авторкою на основі джерела [222])

Цей графік представляє аналіз показників індексу медичного туризму для різних країн. З цього рисунку може зробити такі висновки щодо показників:

– “Середовище”: він відображає загальні умови в країні, які впливають на рішення пацієнтів приїхати для отримання медичних послуг. Середовище включає такі аспекти, як політична стабільність, безпека, рівень корупції, регуляторні умови, культурні та мовні бар'єри. Країни з високим показником середовища, такі як Канада, Сінгапур і Японія, пропонують сприятливі умови для медичного туризму, що позитивно впливає на їхні позиції в загальному рейтингу. Сінгапур має багатокультурне населення з економікою, що займає 36-е місце у світі за номінальним ВВП. Туризм є важливою галуззю і значним внеском в економіку. Відповідно до профілю країни МТІ, Сінгапур вважається екологічно дружньою нацією, туристи можуть насолоджуватися безпечним містом, де англійська є найпоширенішою з 4 офіційних мов.

– “Інфраструктура”: оцінює рівень розвитку медичних закладів, наявність сучасного обладнання та загальну підтримку медичного туризму через інфраструктуру країни (транспорт, спеціалізовані медичні центри тощо). Наприклад, Німеччина, Південна Корея та Франція мають високі показники за цим критерієм, що свідчить про розвинену систему охорони здоров'я, яка здатна ефективно підтримувати медичний туризм.

– “Якість”: характеризує рівень надання медичних послуг, що включає кваліфікацію медичного персоналу, стандарти медичної освіти, рівень використання сучасних медичних технологій та дотримання протоколів лікування. Країни з високим рівнем якості, такі як Німеччина, Іспанія та Японія, демонструють передові медичні послуги, які приваблюють пацієнтів з-за кордону.

– Загальний індекс: це комплексна оцінка, яка враховує усі три вищезначені показники. Він показує загальну привабливість країни як напрямку для медичного туризму. Наприклад, Канада, Сінгапур і Японія очолюють цей рейтинг завдяки високим показникам за всіма трьома критеріями, що свідчить про їхню конкурентоспроможність на глобальному ринку медичних послуг.

Графік також показує, що деякі країни, такі як Греція та Туреччина, мають нижчі загальні показники, що може свідчити про необхідність покращення одного або кількох аспектів, щоб стати більш привабливими для медичних туристів.

Медичні системи різних країн стикаються з викликом досягнення балансу між трьома основними складовими: якістю, фізичною та фінансовою доступністю. Якість означає, наскільки якісною та комфортною є медична послуга. Фізична доступність визначає, наскільки швидко та зручно пацієнт може отримати доступ до медичної допомоги. Фінансова доступність вказує на те, чи здатний індивід фінансувати необхідне лікування.

У Західній Європі та Великобританії медична система пропонує високу якість та фінансову доступність, забезпечуючи більшість послуг майже безкоштовно. Проте, це супроводжується певною бюрократією та географічними обмеженнями, що впливає на фізичну доступність. Така система організації забезпечує концентрацію ресурсів на покращення якості та фінансовій доступності, але часто з великими чеканнями на обслуговування та необхідністю подорожувати за спеціалізованими послугами [130].

Навпаки, українська система охорони здоров'я зосереджена на забезпеченні фізичної доступності, що іноді йде на шкоду якості та фінансової доступності. В Україні можна отримати швидкий доступ до медичної допомоги, але якість послуг та наявність медикаментів можуть залишати бажати кращого. Також існує проблема з фінансовою доступністю складного лікування, яке може бути доступним лише для осіб з необхідними зв'язками або достатніми фінансовими ресурсами.

Медичний туризм, який охоплює як державні, так і приватні медичні заклади, створює унікальні можливості для розвитку інтегрованих мереж у сфері охорони здоров'я. Вибір між залученням державних чи приватних установ у медичний туризм залежить від кількох ключових факторів, які можуть слугувати передумовами для формування таких інтегрованих мереж [225].

По-перше, державна політика відіграє важливу роль у визначенні напрямів розвитку медичного туризму. Деякі країни активно підтримують цей сектор на державному рівні, забезпечуючи свої заклади значними ресурсами та високим рівнем обслуговування. Водночас інші країни передають цю діяльність приватному

сектору, що відкриває можливості для партнерства та інтеграції між державними та приватними закладами.

По-друге, наявна інфраструктура та ресурси створюють передумови для тісної співпраці між державними і приватними установами. Приватні клініки, які часто мають сучасне обладнання та можуть забезпечити вищу якість послуг, можуть доповнювати державні заклади, які надають доступні медичні послуги за підтримки держави. Це сприяє створенню систем, де пацієнти можуть скористатися перевагами обох секторів.

По-третє, тип медичних послуг також визначає можливості інтеграції. Високотехнологічні та спеціалізовані послуги, які доступні у приватних закладах, можуть бути інтегровані в загальнодержавну систему охорони здоров'я, забезпечуючи таким чином повний спектр послуг як державним, так і приватним пацієнтам.

Нарешті, маркетинг і промоція можуть стати важливими інструментами для стимулювання розвитку інтегрованих мереж. Приватні клініки, які активно просувають свої послуги на міжнародному ринку, можуть сприяти залученню іноземних пацієнтів, що в свою чергу може посилити фінансову стійкість та розвиток державного сектору через спільні проекти та партнерства [250].

Таким чином, медичний туризм створює передумови для розвитку інтегрованих мереж між державним і приватним секторами, що може значно підвищити ефективність та доступність медичних послуг, а також зміцнити систему охорони здоров'я в цілому.

Медичний туризм може стати одним з ключових напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні. В умовах глобалізації і зростаючої мобільності пацієнтів важливо, щоб Україна зайняла своє місце на міжнародному ринку медичних послуг. Для цього необхідно розробити комплексну державну політику, яка б сприяла інтеграції державного і приватного секторів у сфері охорони здоров'я.

Першим кроком до цього є стандартизація та регулювання медичних послуг. У світі існує жорстка конкуренція за медичних туристів, тому важливо забезпечити

відповідність наданих послуг найвищим міжнародним стандартам. Це передбачає не тільки встановлення чітких вимог до якості медичного обслуговування, але й ефективний нагляд за їх дотриманням. Держава повинна створити механізми, які б гарантували безпеку і надійність медичних послуг як у державних, так і в приватних медичних закладах. Тільки за таких умов іноземні пацієнти зможуть довіряти українським медичним установам.

Не менш важливим є розвиток інфраструктури. Сучасне медичне обладнання, комфортні умови перебування пацієнтів, висококваліфікований медичний персонал – це ті складові, які роблять країну привабливою для медичних туристів. Держава повинна інвестувати у розвиток медичних установ, створюючи умови для залучення приватних інвестицій у цей сектор. Спільні зусилля державного і приватного секторів дозволять створити інтегровані медичні центри, які зможуть надавати послуги на рівні світових стандартів.

Політика у сфері медичного туризму повинна також включати аспекти страхування та ціноутворення. Одним з ключових факторів привабливості медичних послуг є їхня вартість. Держава може регулювати ціни на медичні процедури, роблячи їх доступними для іноземних пацієнтів. Крім того, співпраця з міжнародними страховими компаніями дозволить покривати витрати на лікування в Україні, що зробить медичний туризм ще більш привабливим для іноземців.

Контроль якості та моніторинг медичних послуг є ще одним важливим напрямом державної політики. Регулярний нагляд за якістю наданих послуг дозволить підтримувати високий рівень обслуговування, що є критичним для залучення та утримання іноземних пацієнтів. Державні агенції повинні забезпечити нагляд за діяльністю медичних закладів, щоб вони відповідали як національним, так і міжнародним стандартам.

Освітні програми та підвищення кваліфікації медичних працівників також відіграють важливу роль у розвитку медичного туризму. Держава повинна підтримувати розвиток освітніх програм, які готують медичних фахівців до роботи на міжнародному рівні. Це може включати субсидії на медичну освіту, стажування за кордоном, навчальні програми, які відповідають вимогам міжнародного ринку.

Партнерства між державними і приватними медичними закладами також мають велике значення для розвитку медичного туризму. Держава повинна створювати умови для співпраці між різними секторами, щоб забезпечити доступ до найкращих медичних технологій і послуг. Така співпраця дозволить створити медичні центри, які будуть привабливими для іноземних пацієнтів і зможуть ефективно конкурувати на міжнародному ринку [2].

Нарешті, держава може стимулювати розвиток медичного туризму через економічні інструменти, такі як податкові пільги або гранти. Це дозволить заохочувати медичні заклади до модернізації, покращення умов перебування пацієнтів і підвищення рівня надання медичних послуг.

Впровадження цих напрямів політики дозволить Україні стати привабливим напрямком для медичного туризму. Це не тільки підвищить рівень медичних послуг для іноземних пацієнтів, але й сприятиме розвитку місцевої економіки, створенню нових робочих місць та підвищенню рівня життя населення. У такій інтегрованій системі охорони здоров'я держава і приватний сектор працюватимуть разом на благо суспільства, забезпечуючи доступ до якісної медичної допомоги як для українців, так і для іноземних пацієнтів.

Індустрія медичного туризму може розглядатися як розвинена соціально-економічна система, що формується сукупністю підприємств, які задовольняють або забезпечують задоволення людських потреб у відновленні та збереженні здоров'я. Впровадження кластерної технології дозволяє об'єднати інтелектуальні, освітні, дослідницькі та медичні наукові можливості, медичні й матеріально-технічні ресурси, сприяти ефективному використанню державних та інших інноваційних інвестиційних ресурсів з метою сталого розвитку медичного туризму та забезпечення його конкурентоспроможності на світовому ринку.

Галузева модель інтеграції кластеру медичного туризму повинна передбачати як вертикальні, так і горизонтальні інтеграційні зв'язки. Вертикальна інтеграція представляє собою системний процес об'єднання підприємств, які забезпечують різні етапи організації медичного туризму. Кластерна модель

інтеграції стосується мережевих форм, що передбачають систему взаємовідносин між власниками активів для задоволення спільних потреб.

Наприклад, у випадку медичного туризму для проведення аортокоронарного шунтування пацієнт, як правило, приїжджає в країну з супроводжуючою особою. Для такого супроводжуючого доцільно забезпечити проживання в готелі, розташованому недалеко від медичної установи. Після виписки з стаціонару доцільно направити його в оздоровчий заклад, розташований недалеко від міста. Якщо пацієнт обирає туристичний продукт, що передбачає повернення до рідної країни після виписки з лікарні, доцільно забезпечити трансфер у супроводі медичного персоналу та/або транспортування пацієнтів і супроводжуючого медичного персоналу на спеціалізованих медичних літаках або літаках авіакомпаній, які здійснюють регулярні та чартерні рейси. Отже, специфіка кардіологічного туристичного кластера полягає у вертикальній інтеграції двох виробників медичних послуг (кардіологічні клініки та оздоровчі заклади), готелів, авіакомпаній, спеціалізованого трансферу та інших послуг.

Сучасні технології хірургічного лікування очних захворювань дозволяють проводити операції з видалення катаракти в амбулаторних умовах. Тому доцільно включити до пакетів послуг проживання в готелі як для пацієнтів, так і для супроводжуючих осіб.

Два приклади, наведені вище, пояснюють доцільність використання принципу координації при впровадженні галузевої моделі інтеграції кластера медичного туризму.

Модель кластерного підходу до розвитку медичного туризму в Україні передбачає вихід України на міжнародний ринок медичного туризму. Спеціалізація кластерів дає можливість розробляти сучасні та якісні продукти для різних сегментів ринку медичного туризму. Пропонується розрізняти кластери діагностичного, медичного та оздоровчого туризму. Така пропозиція обумовлена не лише специфікою діяльності надавачів медичних послуг, але й напрямками національного медичного туризму.

Використання кластерного підходу дозволить медичним та оздоровчим закладам України отримати доступ до фінансових ресурсів. Це не лише один із факторів стабілізації ситуації в Україні в умовах політичної та економічної нестабільності, але й сприятиме зменшенню відтоку висококваліфікованих медичних працівників, підвищенню рівня надання медичної допомоги вітчизняним пацієнтам.

Національні інституції охорони здоров'я можуть значно впливати на попит на медичний туризм у певній країні або регіоні, а також на те, як цей туризм впливає на національну систему охорони здоров'я. Важливо розуміти, що ці інституції мають різні можливості для управління медичним туризмом і можуть реалізовувати різні стратегії залежно від своїх цілей.

Наприклад, якщо метою є зменшення відтоку пацієнтів за кордон, держава може інвестувати в скорочення черг на отримання медичних послуг, розширення державного медичного страхування, або інформування населення про ризики лікування за кордоном. Ці заходи можуть допомогти зменшити потребу громадян у зверненні до закордонних медичних установ.

З іншого боку, якщо держава зацікавлена у розвитку медичного туризму всередині країни, вона може змінити регуляторну політику для підтримки приватного сектора, зокрема шляхом спрощення умов для відкриття медичних установ або проведення цільових маркетингових кампаній для залучення іноземних пацієнтів.

Таким чином, залежно від національної політики, інституції охорони здоров'я можуть впливати на розвиток або скорочення медичного туризму, адаптуючи свої дії до потреб і можливостей країни.

Висновки до розділу 2

Дослідження механізмів публічного управління медичним обслуговуванням населення крізь призму інформаційного, кадрового та фінансового забезпечення, а

також феномену медичного туризму, дозволило виявити ключові виклики й запропонувати напрями їх вирішення. Необхідно зміцнити інтеграційні підходи до публічного управління, що передбачає модернізацію інформаційних систем, посилення кадрового потенціалу, забезпечення фінансової стійкості та врахування специфіки міжнародної мобільності пацієнтів.

Інформаційний механізм є базовим у забезпеченні ефективності управлінських рішень, оптимізації ресурсного забезпечення та підвищенні якості медичних послуг. Важливим є подолання інформаційної фрагментації, що виникає через різноманітність систем збору та обробки медичних даних, відсутність єдиних протоколів інтеграції та недостатню автоматизацію управлінських процесів. Впровадження електронного обміну даними між державними та приватними закладами охорони здоров'я, стандартизація електронних медичних записів та їх інтеграція з європейськими інформаційними платформами є ключовими умовами для посилення прозорості та обґрунтованості управлінських рішень.

В умовах воєнного стану потреба в ефективному інформаційному менеджменті зростає ще більше, оскільки медичне забезпечення населення має здійснюватися в умовах оперативного реагування на виклики, що змінюються. Важливим напрямом є розвиток мобільних інформаційних платформ, що дозволяють оперативно ідентифікувати потреби пацієнтів, відстежувати медичні потреби в місцях тимчасового проживання внутрішньо переміщених осіб і розподіляти ресурси відповідно до їхніх потреб.

Аналіз кадрового механізму публічного управління показав, що чинна модель підготовки та ліцензування медичних працівників потребує вдосконалення, оскільки вона не повною мірою відповідає сучасним викликам та потребам медичної системи. Впровадження індивідуального ліцензування медичних працівників є перспективним напрямом реформування, який сприятиме підвищенню відповідальності фахівців, розширенню можливостей професійного розвитку та запровадженню чітких критеріїв оцінювання якості надання медичних послуг.

Окрему увагу слід приділити кадровому забезпеченню регіональних медичних закладів, зокрема в умовах війни. Евакуація фахівців, зростання фізичних та емоційних навантажень на медичний персонал, нестача спеціалістів у прифронтових регіонах – це проблеми, що вимагають невідкладного вирішення. Запровадження гнучких механізмів ротації медичних кадрів, розширення програм дистанційного навчання та запровадження мотиваційних фінансових і професійних стимулів є необхідними заходами для зміцнення кадрового потенціалу.

Фінансовий механізм теж є підґрунтям для сталого функціонування системи охорони здоров'я, особливо в умовах війни, коли державні ресурси спрямовуються насамперед на оборону, а медичні заклади стикаються з нестачею фінансування. Аналіз свідчить про необхідність реформування моделі фінансування охорони здоров'я, яка нині значною мірою базується на прямих платежах населення (out-of-pocket payments), що ускладнює доступ до медичних послуг для вразливих груп.

Війна загострила необхідність удосконалення фінансових механізмів для стабілізації системи охорони здоров'я. Важливим напрямом є розширення державного контрагування медичних послуг для приватних закладів та запровадження механізмів компенсації витрат медичних установ, що надають допомогу ВПО, ветеранам і постраждалим від бойових дій.

Додатковим викликом є необхідність адаптації фінансових механізмів до нових умов, включно із залученням міжнародної допомоги та донорських коштів для підтримки дуже важливих напрямів медичного забезпечення. Запровадження ефективних моделей розподілу донорського фінансування, забезпечення прозорості використання коштів та створення механізмів спрощеного доступу закладів охорони здоров'я до міжнародних грантів є пріоритетними завданнями для фінансової стабілізації галузі.

У цьому контексті важливим є пошук додаткових джерел фінансування, що можуть посилити стійкість національної системи охорони здоров'я. Одним із таких механізмів є розвиток медичного туризму, який, з одного боку, сприяє залученню додаткових фінансових ресурсів та підвищенню якості медичних послуг, а з іншого – потребує виваженого підходу для мінімізації ризиків, особливо в умовах війни.

Однак цей напрям має неоднозначні наслідки для системи охорони здоров'я країни, яка переживає воєнні виклики.

З одного боку, медичний туризм створює можливості для розвитку високотехнологічних медичних послуг, залучення інвестицій та підвищення конкурентоспроможності вітчизняних медичних установ. З іншого – існує ризик “відтоку” кваліфікованих кадрів та переорієнтації медичних послуг на іноземних пацієнтів на шкоду внутрішньому населенню.

У поточних умовах стратегічним завданням є забезпечення балансу між розвитком медичного туризму та задоволенням потреб власного населення. Необхідно вдосконалювати нормативно-правові механізми, що регулюють цей сегмент, зокрема у сфері страхового покриття іноземних пацієнтів, встановлення прозорих тарифів та гарантій для іноземних клієнтів, а також створення умов для залучення іноземних інвестицій у розвиток медичної інфраструктури.

Загалом аналіз механізмів публічного управління медичним обслуговуванням свідчить про необхідність комплексного реформування всіх рівнів системи охорони здоров'я. Інтеграція сучасних інформаційних технологій, зміцнення кадрового потенціалу, адаптація фінансових механізмів до воєнних умов і регулювання медичного туризму є ключовими завданнями для забезпечення стійкості та ефективності медичної системи.

Основні результати другого розділу представлено у наукових публікаціях [177; 181; 287].

РОЗДІЛ 3

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НА ЗАСАДАХ КОМПЛЕКСНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

3.1. Формування інтегрованої мережі медичного обслуговування: британський досвід для України

У глобальному вимірі здоров'я визнається одним із ключових чинників національного розвитку. Стійкі, ефективні та комплексні системи охорони здоров'я виступають підґрунтям для забезпечення високої тривалості життя та працездатності населення, що, у свою чергу, сприяє сталому соціально-економічному розвитку держави. В умовах військових конфліктів, економічної нестабільності та гуманітарних криз, з якими стикається Україна, питання захисту та відновлення держави набувають особливої актуальності. Проте процес відновлення не може обмежуватися виключно відбудовою інфраструктури чи впровадженням нових технологій. Необхідно враховувати важливість людського капіталу як невід'ємної складової економічного зростання. Збереження та покращення здоров'я населення не лише підвищують якість життя, але й зменшують навантаження на систему охорони здоров'я, що має критичне значення в умовах обмежених людських і фінансових ресурсів.

У цьому контексті стає очевидною необхідність впровадження інтегрованої мережі медичного обслуговування (ІММО). Цей концепт, заснований на латинському слові "*integer*", що означає "цілісність" або "повнота", орієнтований на створення системи охорони здоров'я, яка забезпечує комплексний, узгоджений та послідовний підхід до лікування пацієнтів. Основною метою ІММО є не лише лікування захворювань, але й покращення загального стану здоров'я населення шляхом формування інтегрованої мережі закладів охорони здоров'я, які функціонують як єдиний механізм.

Це досягається через налагоджену взаємодію між медичними установами та спеціалістами різних профілів, що забезпечує пацієнтам цілісний підхід до медичного обслуговування на всіх рівнях – від первинної медичної допомоги до спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Такий підхід сприяє підвищенню ефективності системи охорони здоров'я та покращенню якості надання медичних послуг.

Інтегрована мережа медичного обслуговування (ІММО) сприяє усуненню фрагментації в системі охорони здоров'я, забезпечуючи більш ефективну координацію між різними надавачами медичних послуг. Це підвищує не лише якість медичної допомоги, але й її відповідність індивідуальним потребам пацієнтів. Людиноцентричний підхід, що лежить в основі ІММО, дозволяє пацієнтам відчувати себе особистостями, а не лише носіями окремих діагнозів.

Така модель забезпечує безперервність догляду, охоплюючи всі аспекти здоров'я пацієнта. У результаті це сприяє покращенню медичних результатів, підвищенню задоволеності пацієнтів та ефективнішому використанню ресурсів системи охорони здоров'я.

Кожен заклад охорони здоров'я, незалежно від форми власності чи джерел фінансування, повинен інтегруватися у єдину систему охорони здоров'я, що забезпечує надання медичних послуг мешканцям громад. У рамках такої цілісної системи населення отримує доступ до необхідного медичного обслуговування. Якість і доступність цих послуг, як у фінансовому, так і в логістичному аспектах, є ключовими чинниками, що впливають на стан здоров'я громадян.

Проте здоров'я людини значною мірою визначається не лише якістю медичного обслуговування. За даними досліджень американських науковців, стан здоров'я населення на 50% залежить від способу життя, який включає ментальне здоров'я, якість харчування, умови праці, умови проживання та рівень освіти; на 20% – від екологічних факторів; на 20% – від генетичної спадковості; і лише на 10% – від функціонування системи охорони здоров'я [176].

Крім того, згідно з дослідженнями, 15% усіх смертей спричинені екологічними ризиками, 22% – харчовими звичками, 3% – недостатньою фізичною

активністю, а 3% – харчуванням у дитинстві. Ці статистичні дані підкреслюють необхідність комплексного підходу до охорони здоров'я, який охоплює не лише надання медичних послуг, але й врахування екологічних, соціальних і поведінкових факторів, що впливають на загальний стан здоров'я населення. Інтеграція цих аспектів у процеси планування та реалізації заходів у сфері охорони здоров'я є важливою передумовою для досягнення сталого покращення здоров'я громадян.

Зважаючи на те, що функціонування системи охорони здоров'я у класичному розумінні впливає на стан здоров'я людини лише на 10%, можна зробити висновок: більшість чинників, які визначають здоров'я населення, лежать поза межами медичної системи. Цей висновок підтверджується також міжнародними ініціативами, спрямованими на врахування широкого спектра впливів на здоров'я. Зокрема, у 2006 році Рада Європейського Союзу прийняла резолюцію, яка закликала враховувати вплив усіх законодавчих ініціатив на здоров'я в його комплексному контексті. Ця концепція, відома як “Здоров'я у всіх політиках” та “Єдине Здоров'я” [269], наголошує на важливості інтеграції політик у різних секторах, зокрема екологічному, соціальному та економічному, для досягнення оптимального рівня здоров'я населення.

Виходячи з цієї концепції, у 2020 році багато країн почали впроваджувати інтегровану медичну допомогу як засіб покращення здоров'я населення та підвищення якості життя громадян. До прикладу, Велика Британія, хоч і не є членом Європейського Союзу, у кінці 2022 року розпочала реформи, спрямовані на зміну принципів закупівель та інтеграцію системи охорони здоров'я з іншими секторами. Такий підхід дозволяє створити більш ефективну, злагоджену та цілісну систему охорони здоров'я, здатну враховувати комплексні потреби населення.

Для проведення успішного аналізу міжнародного досвіду державного регулювання приватного сектору у сфері охорони здоров'я важливо обрати країни, чий підходи та практики мають найбільший потенціал для адаптації до українського контексту. У цьому аспекті досвід Великої Британії є особливо цінним для українських громад, адже британська модель фінансування та управління

системою охорони здоров'я стала основою для реформування медичної системи в Україні [227].

Адаптація ключових елементів британської моделі може сприяти підвищенню ефективності надання медичних послуг, покращенню координації між державним і приватним секторами, а також загальному зміцненню української системи охорони здоров'я. Впровадження інтегрованої мережі медичного обслуговування (ІММО) дозволить не лише покращити якість медичної допомоги, але й забезпечити комплексний підхід до охорони здоров'я. Такий підхід враховує вплив соціальних, економічних та екологічних факторів, що формують стан здоров'я населення, і сприяє створенню більш стійкої та ефективної системи охорони здоров'я.

Вибір країн для аналізу здійснювався, зокрема, на основі дослідження Індексу управління (*Governance Index*). Цей індекс складається з шести ключових індикаторів [263], які охоплюють різні аспекти ефективності державного управління, а саме: якість регулювання, верховенство права, контроль корупції, урядова ефективність, політична стабільність і відсутність насильства/тероризму, а також голос і підзвітність. Детальні емпіричні дані за цими індикаторами наведено у додатку В (таб. 1-5).

Індекс управління відіграє важливу роль у виборі країн для вивчення міжнародного досвіду у сфері охорони здоров'я. Його значення полягає в демонстрації прямого зв'язку між рівнем ефективності управління та результативністю системи охорони здоров'я. Таким чином, аналіз цього індексу дає змогу ідентифікувати країни з передовим досвідом, який може бути адаптований до українського контексту з метою покращення якості управління та функціонування системи охорони здоров'я.

Країни з високими оцінками за індикаторами Індексу управління зазвичай демонструють вищий рівень ефективності у наданні медичних послуг. Ефективне управління створює сприятливі умови для оптимального розподілу ресурсів, забезпечення прозорості у процесі прийняття рішень та зниження рівня корупції, що сприяє покращенню якості та доступності медичних послуг для населення.

Аналіз досвіду таких країн дозволяє ідентифікувати найкращі практики, які можна адаптувати до національного контексту інших держав для вдосконалення систем охорони здоров'я. Це, у свою чергу, сприяє забезпеченню більш якісного, ефективного та справедливого надання медичних послуг.

Країни з високими оцінками за індикаторами Індексу управління часто виступають лідерами у впровадженні інновацій та реалізації успішних реформ у сфері охорони здоров'я. Вони слугують прикладом для вивчення та адаптації кращих практик. Такі країни зазвичай мають більш стійкі системи охорони здоров'я, які здатні ефективніше реагувати на виклики, зокрема пандемії або економічні кризи. Стійкість цих систем забезпечується здатністю урядів швидко адаптуватися до змінних умов і підтримувати стабільне функціонування медичних послуг навіть у періоди значного навантаження.

Соціальна справедливість і рівність, які відображаються в Індексі управління, є базовими чинниками, що впливають на доступність медичних послуг. Країни з високими показниками у сфері соціальної справедливості забезпечують рівний доступ до медичних послуг для всіх верств населення, незалежно від їхнього соціального статусу. Це створює основу для формування інклюзивної та справедливої системи охорони здоров'я, здатної задовольнити потреби всіх громадян.

З огляду на значущість Індексу управління для оцінки ефективності систем охорони здоров'я, очевидним є те, що вибір країн для вивчення міжнародного досвіду повинен базуватися на високих значеннях цього Індексу. Він дає змогу зосередитися на країнах, де якісне державне управління сприяє розвитку ефективних, інноваційних і стійких систем охорони здоров'я, які можуть слугувати прикладом для інших держав.

У цьому контексті варто зазначити, що уряд України, у процесі реформування національної системи охорони здоров'я, визначив досвід Великої Британії як один із ключових орієнтирів. Високі оцінки Великої Британії в Індексі управління підтверджують, що її система охорони здоров'я заслуговує на детальне дослідження. Британська модель, заснована на інтегрованих мережах медичного

обслуговування та широкому залученні різних секторів до надання медичних послуг, демонструє, як ефективне управління може значно впливати на покращення здоров'я населення.

Тому, враховуючи високі показники Великої Британії в Індексі управління та вибір її досвіду як орієнтира для реформування українською владою, доцільно перейти до детального аналізу британської системи охорони здоров'я. Мета цього аналізу – виявлення цінних уроків, які можуть бути використані для подальшого розвитку та вдосконалення національної системи охорони здоров'я України.

Національна служба охорони здоров'я Великої Британії (NHS) на момент свого створення була зосереджена на лікуванні окремих захворювань і станів. Проте з часом потреби у сфері охорони здоров'я значно змінилися. Населення живе довше, і зростає частка людей, які страждають від кількох складних і тривалих захворювань. Такі стани потребують постійної підтримки з боку різних служб і фахівців. Унаслідок цього часто виникає проблема фрагментації допомоги, коли різні послуги не узгоджуються належним чином із реальними потребами пацієнтів. Така ситуація може негативно впливати на досвід пацієнтів, погіршувати результати лікування та створювати дублювання зусиль і неефективність у системі охорони здоров'я.

Фрагментація у сфері охорони здоров'я означає відсутність координації між різними службами та спеціалістами, до яких звертається пацієнт. Наприклад, лікар, що лікує одне захворювання, може не володіти інформацією про інше лікування, яке пацієнт отримує від іншого спеціаліста. Така неузгодженість може призводити до дублювання зусиль, неефективного використання ресурсів, погіршення стану здоров'я пацієнта та додаткового стресу для нього та його родини.

Для забезпечення комплексної підтримки, яка відповідає потребам населення, необхідна тісна координація між усіма компонентами Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (NHS), включаючи лікарні, первинну медичну допомогу, послуги громадського здоров'я, психічного здоров'я та служби соціального захисту. Це передбачає інтеграцію їхніх зусиль для забезпечення

безперервності та узгодженості в наданні допомоги, що сприяє підвищенню якості послуг і покращенню результатів лікування.

Інтегровані мережі медичного обслуговування⁵ (ІММО) є новітньою ініціативою в рамках заходів, спрямованих на інтеграцію медичного догляду. ІММО покликані забезпечити більш узгоджену та ефективну взаємодію між різними службами охорони здоров'я та соціального захисту, сприяючи комплексному підходу до надання допомоги.

Однак, як зазначено у концепції, розробленій King's Fund щодо здоров'я населення, інтегровані системи охорони здоров'я та догляду є лише однією з чотирьох ключових складових системи охорони здоров'я населення. Дослідження послідовно підтверджують, що на стан здоров'я та добробут людей найбільше впливають ширші соціальні та економічні умови їхнього життя – житлові умови, фінансові ресурси, доступ до освіти та можливостей працевлаштування, громадські послуги та навколишнє середовище.

Нерівності у здоров'ї залишаються значними та продовжують зростати, проте вони не є неминучими. Емпіричні дані свідчать, що узгоджений підхід, який об'єднує зусилля Національної служби охорони здоров'я (NHS) та політики, спрямованої на вирішення соціальних і економічних детермінант поганого стану здоров'я, може суттєво покращити ситуацію.

Отже, ІММО відіграють критично важливу роль у сприянні покращенню здоров'я населення та зменшенню нерівностей у своїх регіонах. Ці завдання чітко визначені у чотирьох основних функціях ІММО, а новий підхід "Потрійної мети", запроваджений для структурних підрозділів Національної служби (NHS), спеціально враховує аспекти нерівності у сфері охорони здоров'я. Такий підхід підкреслює важливість роботи, спрямованої на інтеграцію медичних і соціальних

⁵ З огляду на аналіз чинного законодавства в Україні та враховуючи сутність діяльності Integrated Care Systems у Великій Британії, ми перекладаємо цей термін не дослівно як "інтегрована система догляду", а як "інтегрована система обслуговування". Такий переклад точніше відображає зміст і мету цих систем, що полягає в наданні комплексних і скоординованих послуг, орієнтованих на забезпечення якості медичної допомоги та покращення здоров'я населення. Вибір терміну "обслуговування" підкреслює акцент на всебічній підтримці, що охоплює не лише медичний догляд, але й ширший спектр послуг, які сприяють загальному добробуту пацієнтів.

послуг, а також на ширше вирішення соціальних та економічних детермінант, які сприяють погіршенню здоров'я населення.

"Потрійна мета" представляє собою юридичний обов'язок, покладений на органи NHS, який вимагає від них врахування наслідків своїх рішень у трьох ключових напрямках:

1. *Здоров'я та добробут населення Англії.* Органи Національної служби зобов'язані враховувати вплив своїх рішень на здоров'я та добробут населення, зосереджуючи увагу не лише на загальному стані здоров'я, але й на нерівностях у цьому аспекті. Це включає оцінку рівного доступу до медичних послуг для різних соціальних груп та забезпечення однакового рівня якості догляду для всіх. Наприклад, необхідно оцінити, чи мають усі групи населення рівні можливості для отримання медичної допомоги і чи відповідає рівень надання послуг їхнім потребам.
2. *Якість наданих послуг.* Національна служба повинна забезпечувати високий рівень якості медичних послуг, як тих, що надаються безпосередньо, так і тих, що організовуються іншими відповідними органами. При цьому необхідно враховувати нерівності у доступі до послуг і в їхній ефективності. Наприклад, слід оцінювати, чи отримують пацієнти з різними станами здоров'я та з різних соціальних груп однаково якісну медичну допомогу.
3. *Сталий та ефективний розподіл ресурсів.* Органи Національної служби мають забезпечувати ефективне та стале використання ресурсів, враховуючи як поточні витрати, так і довгострокову стійкість системи охорони здоров'я. Важливо, щоб ресурси розподілялися таким чином, щоб максимізувати користь для різних груп населення, з особливим акцентом на забезпечення рівності та доступності медичних послуг для всіх.

Для досягнення поставлених цілей інтегровані мережі медичного обслуговування (ІММО) повинні функціонувати не лише в межах Національної служби, але й виходити за її рамки, забезпечуючи співпрацю з місцевими органами влади, організаціями добровільного, громадського та соціального підприємництва (ДГСП), а також іншими місцевими партнерами. Такий підхід є необхідним для

врахування всіх аспектів життя людей, які впливають на їхній стан здоров'я, і сприяє створенню комплексної системи охорони здоров'я, орієнтованої на реальні потреби населення.

Інтегровані мережі медичного обслуговування Великої Британії (*Integrated Care Systems*, надалі – ІММО) представляють собою партнерства, які об'єднують організації Національної служби охорони здоров'я (NHS), місцеві органи влади та інших зацікавлених сторін для спільного планування послуг, покращення здоров'я населення та зменшення нерівностей у межах визначених географічних регіонів.

ІММО функціонували в тій чи іншій формі з 2016 року, здебільшого як неформальні партнерства, що використовували м'яку владу⁶ та вплив для досягнення своїх цілей [225]. Проте, після ухвалення Закону про охорону здоров'я та догляд у 2022 році [227], вони були формалізовані як юридичні особи зі статутними повноваженнями та обов'язками. Формалізовані ІММО складаються з двох основних компонентів:

- *Інтегровані ради обслуговування (Integrated Care Boards, IPO)* – статутні органи, які відповідають за планування та фінансування більшості послуг NHS у відповідному регіоні [224].
- *Інтегровані партнерства обслуговування (Integrated Care Partnerships, IPO)* – статутні комітети, що об'єднують широкий спектр партнерів системи, включаючи місцеве самоврядування, волонтерські та громадські організації, соціальні підприємства (ДГСП), організації NHS та інші. Їхня основна функція полягає в розробці стратегії охорони здоров'я та догляду для регіону [226].

Такий підхід сприяє координації зусиль між різними суб'єктами системи охорони здоров'я та створює умови для більш комплексного і цілісного підходу до вирішення проблем здоров'я населення.

Спільна робота між різними суб'єктами надання медичної допомоги сприяє покращенню результатів для населення. Коли місцеві партнери – Національна

⁶ М'яка влада (Soft power) — це здатність впливати на інших, щоб досягати бажаних результатів за допомогою залучення та переконання, а не примусу чи оплати. М'яка сила країни ґрунтується на її культурних ресурсах, цінностях і політиках. Стратегія розумної сили поєднує ресурси як жорсткої, так і м'якої сили

служба охорони здоров'я (NHS), місцеві ради, волонтерські організації та інші – об'єднують свої зусилля, вони створюють більш ефективні послуги, які відповідають потребам громад. Інтегровані мережі медичного обслуговування (ІММО) були створені з метою впровадження цього підходу. Їхня діяльність спрямована на вдосконалення медичних і доглядових послуг із акцентом на профілактиці, досягненні кращих результатів і зменшенні нерівності у доступі до медичної допомоги.

В Англії функціонує 42 ІММО, які представляють собою місцеві партнерства, що об'єднують організації охорони здоров'я та соціального догляду для розроблення спільних планів і впровадження інтегрованих послуг. Ці структури були офіційно створені 1 липня 2022 року і охоплюють всю територію Англії. Їхня основа базується на партнерствах, які вже діяли в різних регіонах країни, що забезпечило поступовий перехід до формалізації та ефективної інтеграції послуг [226].

Основними завданнями ІММО є:

- покращення результатів у сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування населення;
- подолання нерівностей у результатах, досвіді та доступі до медичних послуг;
- підвищення продуктивності та ефективності використання ресурсів;
- підтримка Національної служби охорони здоров'я у сприянні соціальному та економічному розвитку.

У кожній інтегрованій мережі медичного обслуговування (ІММО) організації NHS та органи місцевого самоврядування вищого рівня утворюють спільний комітет, відомий як інтегроване партнерство обслуговування. Це широка коаліція партнерів, включно з місцевим самоврядуванням, громадськими та волонтерськими організаціями, соціальними підприємствами та іншими зацікавленими сторонами, об'єднаними спільною метою – покращення місцевого здоров'я, догляду та добробуту населення.

Інтегровані партнерства забезпечують розроблення та реалізацію стратегій, спрямованих на задоволення специфічних потреб громад, з акцентом на

профілактику, ранню діагностику та усунення бар'єрів у доступі до медичних послуг. Завдяки такій моделі співпраці забезпечується комплексний підхід до охорони здоров'я, що сприяє ефективнішому використанню ресурсів та стійкому розвитку системи охорони здоров'я.

До складу інтегрованих партнерств обслуговування (ІПО) можуть входити постачальники соціальних послуг, волонтерські, громадські та соціальні підприємства, а також інші організації, такі як освітні заклади, житлові агентства, служби зайнятості, поліція та пожежні служби, які відіграють важливу роль у забезпеченні здоров'я та добробуту громадян.

Ключовим завданням кожного ІПО є розробка довгострокової стратегії, спрямованої на покращення медичних і соціальних послуг, а також загального здоров'я і добробуту населення у відповідному регіоні. Крім того, ІПО можуть брати на себе додаткові обов'язки, які визначаються та узгоджуються між членами партнерства на місцевому рівні, що дозволяє адаптувати їхню діяльність до специфічних потреб громад. Такий підхід забезпечує гнучкість у плануванні та реалізації заходів, спрямованих на розв'язання локальних проблем, зокрема шляхом інтеграції медичних, соціальних і суміжних послуг. Це сприяє підвищенню ефективності використання ресурсів і створенню умов для досягнення більш рівного доступу до якісної медичної та соціальної допомоги для всіх верств населення.

Ради інтегрованого медичного обслуговування (РІМО) – це організації Національної служби охорони здоров'я (NHS), які несуть відповідальність за планування медичних послуг для місцевого населення. У межах кожної зони функціонування інтегрованої мережі медичного обслуговування (ІММО) діє одна така рада, яка керує бюджетом NHS та співпрацює з місцевими постачальниками медичних послуг, такими як лікарні та лікарі загальної практики. Основним завданням РІМО є розроблення спільного п'ятирічного плану, що визначає, як NHS сприятиме реалізації інтегрованої стратегії медичного обслуговування.

Роль РІМО полягає у розподілі бюджету Національної служби охорони здоров'я (NHS) та замовленні медичних послуг для населення. Вона переймає

функції, які раніше виконували клінічні комісії (CCGs), а також деякі обов'язки, що раніше входили до компетенції NHS England. PIMO є безпосередньо підзвітною NHS England за витрати NHS та продуктивність у межах системи. Хоча PIMO може делегувати виконання своїх функцій комітетам, заснованим на місцевому рівні, формальна відповідальність залишається за радою.

Ключовим завданням кожної PIMO є підготовка п'ятирічного плану системи, який деталізує, як вони будуть задовольняти потреби у сфері охорони здоров'я населення своєї географічної зони. Цей план має враховувати інтегровану стратегію догляду, розроблену партнером PIMO, а також спільні стратегії здоров'я та добробуту, опубліковані місцевими радами здоров'я та добробуту. Такий підхід забезпечує узгодженість між різними рівнями системи та сприяє ефективному використанню ресурсів.

Крім того, PIMO, у співпраці зі своїми партнерами NHS Trusts та Foundation Trusts, відповідає за розробку спільного плану капітальних витрат, який охоплює витрати на будівлі, інфраструктуру та обладнання для постачальників медико-соціальних послуг у межах своєї зони. Цей план спрямований на забезпечення довгострокової стійкості інфраструктури охорони здоров'я та покращення доступу до медичних послуг.

Рада інтегрованого медичного обслуговування функціонує як унітарний орган, до складу якого входять, як мінімум, голова, головний виконавчий директор та щонайменше три інші члени, що представляють трасти NHS, фундаційні трасти, загальну практику та місцеві органи влади відповідного регіону. Додатково, принаймні один із членів ради повинен мати спеціалізовані знання та досвід у сфері психічного здоров'я. PIMO має право самостійно вирішувати питання про включення додаткових членів, виходячи з місцевих потреб. Важливою складовою роботи PIMO є забезпечення залучення пацієнтів та громад до процесів планування і замовлення послуг, що сприяє врахуванню реальних потреб населення.

PIMO не може призначати до складу ради осіб, чия участь може бути розцінена як така, що підриває незалежність системи охорони здоров'я. Ця вимога спрямована на забезпечення того, щоб приватні організації не мали надмірного

впливу на ухвалення рішень. Участь таких організацій повинна бути збалансованою та відповідати інтересам системи, враховуючи чутливість питання інтеграції приватного сектору до системи NHS. Тому структура та принципи роботи РІМО спрямовані на підтримку прозорості, незалежності та інклюзивності у процесах прийняття рішень, що є важливими для забезпечення стійкості й ефективності системи охорони здоров'я.

Органи місцевого самоврядування вищого рівня відповідають за надання соціальних послуг та забезпечення громадського здоров'я у своєму регіоні. Водночас вони також здійснюють управління іншими важливими сферами, які впливають на здоров'я та добробут населення, такими як житло, освіта, дозвілля та транспорт. У процесі планування та прийняття рішень ці органи повинні враховувати інтегровану стратегію, розроблену інтегрованими партнерствами обслуговування (ІПО), що сприяє узгодженості у впровадженні заходів для покращення здоров'я та добробуту населення.

Інші партнери відіграють важливу роль у функціонуванні кожної інтегрованої мережі медичного обслуговування (ІММО), вносячи свій унікальний внесок у забезпечення ефективності системи:

- *Волонтерські, громадські, релігійні організації та соціальні підприємства* використовують свій досвід роботи з місцевими громадами для покращення доступу до послуг та адресної підтримки населення.
- *Постачальники соціальних послуг* сприяють забезпеченню добробуту та незалежності осіб із інвалідністю, психічними захворюваннями та людей похилого віку. Вони також надають спеціалізовану допомогу тим, хто більше не здатний жити самотійно.
- *Партнери з таких секторів, як житло, зайнятість, освіта, юстиція та бізнес*, працюють над усуненням ширших соціально-економічних чинників, які впливають на здоров'я та добробут як окремих осіб, так і громад.

ІММО забезпечують умови для гнучкої організації співпраці між партнерами у кожному регіоні. Формат взаємодії визначається залежно від низки чинників, таких як географічні особливості регіону, чисельність населення, кількість і тип

організацій, що надають медичні та соціальні послуги, а також попередній досвід партнерської взаємодії. Такий підхід дозволяє адаптувати механізми співпраці до потреб конкретних громад, сприяючи створенню ефективнішої системи обслуговування та досягненню кращих результатів для населення.

У межах більшості великих інтегрованих мереж медичного обслуговування (ІММО) функціонує кілька місцевих партнерств, які займаються розробкою та впровадженням інтегрованих послуг для окремих територій, таких як міста чи райони. Подібно до інтегрованих партнерств обслуговування (ІПО), ці місцеві партнерства об'єднують різноманітних учасників, зацікавлених у покращенні медичного обслуговування та соціального захисту. До їхнього складу входять представники Національної служби охорони здоров'я (NHS), місцевих рад, добровільних організацій, громадських структур, соціальних підприємств, а також інших місцевих організацій, які співпрацюють із мешканцями регіону.

Така модель партнерства спрямована на врахування специфічних потреб територій та створення послуг, що відповідають локальним особливостям і потребам громад.

Партнерства провайдерів об'єднують місцевих надавачів послуг для спільного планування, надання та трансформації медичних і соціальних послуг. Це партнерські домовленості, до яких входять щонайменше два трасти, що працюють у кількох локаціях із єдиною метою – покращення якості та доступності послуг. Згідно з директивою Національної служби Англії, всі трасти, які займаються наданням допомоги при “гострих” станах, а також психіатричні трасти, зобов'язані брати участь у таких партнерствах провайдерів. У деяких випадках до цих партнерств залучаються незалежні провайдери, що розширює можливості співпраці та інтеграції.

Однак, із зростанням тривалості життя та ускладненням захворювань, стає очевидним, що якість здоров'я населення залежить не лише від доступу до медичних послуг, але й від ширших соціально-економічних факторів. Житлові умови, рівень доходу, зайнятість та стан навколишнього середовища є визначальними чинниками, які значно впливають на загальний стан здоров'я

населення. Послуги, які спрямовані на підтримку людей у цих аспектах, відіграють ключову роль у покращенні їхнього добробуту.

У цьому контексті NHS, місцеві органи влади, волонтерські організації та інші партнери мають спільно працювати над створенням інтегрованих послуг, які переосмислюють підхід до надання допомоги. Ці послуги повинні не лише відповідати поточним потребам місцевого населення, але й бути спрямованими на запобігання погіршенню здоров'я, формуючи більш стійку і адаптивну систему охорони здоров'я, здатну відповідати на сучасні виклики.

В рамках інтегрованих мереж медичного обслуговування (ІММО) управління бюджетом та ухвалення рішень передається місцевим партнерствам, які співпрацюють із громадами для визначення найбільш ефективних способів розробки та надання послуг. Цей підхід дозволяє забезпечити відповідність послуг потребам місцевого населення та уникнути дублювання функцій, оптимізуючи використання ресурсів.

Такі зміни базуються на багаторічній співпраці та ініціативах, започаткованих самими місцевими організаціями, які вже мають значний досвід у впровадженні інноваційних підходів. ІММО створюють умови для того, щоб місцеві партнери мали гнучкість у формуванні команд, розробці стратегій і прийнятті рішень, адаптованих до специфіки регіону та потреб його мешканців.

ІММО відіграють важливу роль у покращенні якості та доступності медичних і соціальних послуг, об'єднуючи зусилля різних організацій для забезпечення своєчасної підтримки людям у необхідному місці, що сприяє створенню комплексної, узгодженої системи надання допомоги, яка враховує як медичні, так і соціальні аспекти здоров'я. Крім того, ІММО слугують платформою для впровадження інновацій у сфері охорони здоров'я та соціального захисту, спрямованих на усунення бар'єрів у доступі до послуг, зменшення нерівностей і формування більш стійкої та адаптивної системи, здатної реагувати на сучасні виклики та змінювані потреби населення.

Інтегровані мережі медичного обслуговування (ІММО) впливають на ситуацію через низку механізмів, зокрема:

3. *Розвиток інтегрованих послуг між секторами*

ІММО сприяють тісній співпраці між різними секторами для створення комплексних послуг, орієнтованих на потреби населення. Наприклад, у деяких регіонах працівники пожежної служби залучаються до підтримки літніх людей після їхнього повернення додому з лікарні. Така підтримка включає перевірку безпеки житла та надання необхідної допомоги, що дозволяє уникнути повторних госпіталізацій. В інших регіонах організовуються форуми для взаємодії з постачальниками житла або створюються партнерства з місцевими коледжами та роботодавцями з метою надання людям необхідних навичок і сприяння їхньому працевлаштуванню. Така багатосекторальна співпраця забезпечує всебічну підтримку населення, особливо вразливих категорій, сприяючи підвищенню якості їхнього життя та інтеграції в суспільство.

2. *Партнерства між NHS та місцевими органами влади*

ІММО підтримують створення міцних партнерських відносин між NHS та місцевими органами влади. Ці партнерства ґрунтуються на спільно розроблених інтегрованих стратегіях обслуговування, які дозволяють узгоджувати пріоритети, ефективно розподіляти ресурси та координувати зусилля для створення цілісних і ефективних медичних і соціальних послуг. Такий підхід сприяє запобіганню дублюванню зусиль і забезпечує, що наявні ресурси спрямовуються на найважливіші потреби громади, створюючи систему, яка більш гнучко та результативно реагує на місцеві виклики.

3. *Єдиний підхід до робочої сили*

ІММО впроваджують єдиний підхід до управління робочою силою, який передбачає адаптацію працівників до нових ролей, підвищення їхньої кваліфікації та забезпечення гнучкості у роботі між різними організаціями. Це сприяє підвищенню ефективності, оскільки персонал може швидко реагувати на зміну потреб населення і надавати допомогу там, де вона найбільш потрібна. Наприклад, медичний персонал може виконувати свої обов'язки у різних установах, що забезпечує безперервність обслуговування пацієнтів та сприяє більш ефективному використанню людських ресурсів.

4. *Фокус на профілактиці*

ІММО використовують аналітичні дані та підходи до управління здоров'ям населення для проактивного виявлення осіб, які перебувають у зоні ризику, та визначення послуг, необхідних для запобігання погіршенню їхнього стану здоров'я. Це дає змогу зосередитися на профілактиці захворювань і наданні своєчасної допомоги, що знижує ймовірність ускладнень і зменшує потребу у витратному лікуванні в майбутньому. До прикладу, аналіз даних може допомогти ідентифікувати групи населення, які потребують регулярних медичних оглядів або профілактичних консультацій для запобігання розвитку хронічних захворювань.

5. *Децентралізація на місцевий рівень*

ІММО сприяють децентралізації процесу прийняття рішень, залучаючи місцеві громади та партнерські організації до визначення необхідних послуг і розробки рішень для їх реалізації. Це включає створення інтегрованих команд на рівні районів, які забезпечують узгоджене та ефективне надання послуг. Такий підхід дозволяє враховувати специфічні потреби місцевого населення, адаптуючи послуги до реальних умов і запитів громад.

6. *Створення інтегрованих команд на рівні районів*

ІММО організовують інтегровані команди, що об'єднують фахівців із первинної та вторинної медичної допомоги, соціального захисту та волонтерського сектору. Ці команди застосовують дані й підходи персоналізованої допомоги для повного розуміння потреб пацієнтів і розроблення комплексних рішень для їх задоволення. Така співпраця дозволяє враховувати всі аспекти життя пацієнта, що не лише підвищує якість життя, але й сприяє зниженню необхідності госпіталізації завдяки профілактичним заходам та своєчасній підтримці.

7. *Спільна робота у межах співробітництва між постачальниками послуг*

ІММО стимулюють місцевих постачальників медичних і соціальних послуг до тісної співпраці, що дозволяє зменшити невиправдані відмінності в якості послуг, оптимізувати використання ресурсів і забезпечити доступність спеціалізованих або консолідованих послуг. Наприклад, місцеві лікарні можуть

об'єднувати свої зусилля для надання складних видів лікування, які вимагають високої кваліфікації, таким чином підвищуючи якість допомоги та знижуючи витрати. Це також сприяє вирівнюванню стандартів обслуговування та забезпечує справедливий доступ до послуг для всіх категорій населення.

8. Підтримка місцевого соціального та економічного розвитку

ІММО відіграють важливу роль у зміцненні соціального та економічного розвитку регіонів, акцентуючи увагу на ранньому втручанні, скороченні рівня бідності та посиленні ролі NHS як одного з найбільших роботодавців у регіонах. Такий підхід сприяє створенню нових можливостей для працевлаштування, стимулюванню місцевої економіки та покращенню загального добробуту населення. Крім того, підтримка ініціатив, спрямованих на розвиток місцевої інфраструктури та покращення життєвих умов, має позитивний вплив на соціальну згуртованість і здоров'я громад.

Партнерство виступає ключовим елементом, що об'єднує всі рівні інтегрованих мереж медичного обслуговування (ІММО) – від місцевого та районного рівнів до системного й регіонального. Воно створює умови для координації зусиль різних учасників, спрямованих на досягнення спільної мети – покращення результатів для місцевого населення.

Ефективне функціонування таких мереж можливе лише за умови залучення партнерів із усіх релевантних секторів і на різних рівнях управління. Це забезпечує можливість планування та надання послуг, які максимально відповідають реальним потребам місцевих громад. Основний акцент робиться на наблизенні послуг до населення, підвищенні їхньої доступності та відповідності специфічним запитам громадян.

Інтегрована допомога повинна бути орієнтована на потреби та очікування людей і громад. Важливо не лише розуміти ці потреби, але й забезпечити активне врахування думок громадян на всіх рівнях системи. Такий підхід гарантує, що місцеві громади беруть участь у процесах прийняття рішень, а їхній голос має реальний вплив.

Кожна рада інтегрованого обслуговування (*Integrated Care Board, ICB*) визначає механізми співпраці зі своїми партнерами для налагодження відносин із місцевими громадами. До прикладу, через організацію *Healthwatch*, яка надає можливість громадянам впливати на прийняття рішень на всіх рівнях [208]. Це забезпечує врахування думок і потреб місцевого населення на кожному етапі планування та надання послуг, сприяючи створенню більш персоналізованої та ефективної системи обслуговування.

Місцеві органи влади вищого рівня є законодавчими партнерами в ІММО і відіграють ключову роль у плануванні, управлінні та нагляді за послугами охорони здоров'я та соціального добробуту своїх громад. Їхнє представництво в радах інтегрованого обслуговування забезпечує стратегічну координацію та спільне управління інтегрованими партнерствами. Ця участь сприяє підвищенню якості послуг, забезпеченню їхньої доступності та відповідності реальним потребам місцевих громад [208].

Крім того, місцеві органи влади мають значний вплив на ширший спектр чинників, що визначають здоров'я населення, таких як житлові умови, міське планування, транспорт, освітні послуги та догляд за дорослими. Як ключові лідери у своїх громадах та регіонах, вони відіграють центральну роль у забезпеченні інтеграції цих аспектів у процеси планування та надання медичних і соціальних послуг.

Партнерство в межах інтегрованих мереж медичного обслуговування виступає своєрідною "золотою ниткою", яка забезпечує зв'язок та узгодженість між різними рівнями системи – від локальних ініціатив до регіональних стратегій. Такий підхід дозволяє об'єднати зусилля всіх учасників системи – від місцевих громад до національних органів, сприяючи ефективному, своєчасному та відповідному наданню послуг, орієнтованих на потреби населення.

Постачальники послуг догляду за дорослими мають унікальні знання та досвід, спрямовані на підтримку добробуту та незалежності людей. Це охоплює широкий спектр умов, включаючи проживання у власному домі, будинках для

літніх людей або в умовах громади, що сприяє розвитку індивідуального підходу в межах системи підтримки.

Постачальники соціальних послуг для дорослих відіграють важливу роль у підтримці людей різного віку, сприяючи їхньому незалежному та повноцінному життю. Вони забезпечують допомогу як особам із комплексними потребами, так і літнім людям, які потребують особливого догляду через погіршення стану здоров'я. Це охоплює також осіб із психічними захворюваннями, розумовими відхиленнями, аутизмом або комбінацією цих станів.

Інтеграція медичних і соціальних послуг сприяє більш ефективному управлінню станом здоров'я пацієнтів, забезпечуючи розробку індивідуалізованих планів лікування та організацію допомоги у найбільш відповідному для них середовищі. Такий підхід не лише підвищує якість життя пацієнтів, але й дозволяє уникати непотрібних госпіталізацій, що є важливим як для самих пацієнтів, так і для раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Як один із найбільших роботодавців, сектор соціального догляду за дорослими відіграє ключову роль у залученні та розвитку професійних кадрів у сфері охорони здоров'я та догляду. Крім забезпечення послуг, ці організації відповідають за навчання і підвищення кваліфікації персоналу, що сприяє підтримці високих стандартів якості догляду та надання послуг. Завдяки своєму досвіду та тісним зв'язкам із громадами, постачальники соціальних послуг для дорослих стають невід'ємною частиною інтегрованих мереж медичного обслуговування (ІММО), підвищуючи ефективність та відповідність послуг потребам населення.

Організації добровільного, громадського та соціального підприємництва (ДГСП) також відіграють важливу роль у забезпеченні підтримки людей у місцевих громадах. Від великих національних благодійних організацій до невеликих локальних груп, їхня діяльність охоплює широкий спектр підтримки для людей із комплексними потребами, таких як хронічні захворювання, проблеми психічного здоров'я чи соціальна ізоляція. Завдяки своїм зусиллям ДГСП організації

допомагають зменшити нерівності в доступі до медичних і соціальних послуг, забезпечуючи змогу кожному члену громади отримувати необхідну підтримку.

У цьому контексті роль ДГСП організацій виходить за межі простої допомоги: вони сприяють вирішенню ключових соціальних, економічних, психологічних і медичних проблем. Такий комплексний підхід не лише покращує якість життя людей із вразливих груп, але й робить значний внесок у забезпечення справедливості та рівності в доступі до послуг, що є важливим елементом функціонування ІММО.

Модель альянсу організацій добровільного, громадського та соціального підприємництва сприяє ефективній інтеграції цього сектору соціальної підтримки в діяльність ІММО. Вона забезпечує організаціям колективний голос і скоординований механізм для взаємодії з ІММО. Такий підхід уможливорює об'єднання своїх зусиль невеликими місцевими організаціями з більшими структурами для досягнення спільних цілей, спрямованих на покращення якості життя в громадах.

Трасти та фонди Національної служби охорони здоров'я забезпечують широкий спектр медичних послуг, включаючи гостру медичну допомогу, психіатричну допомогу, догляд у громаді та швидку медичну допомогу. Вони є основою системи охорони здоров'я, забезпечуючи доступ до необхідних медичних послуг для населення. Для підвищення ефективності їхньої роботи організації, що надають послуги NHS, створюють співпраці між постачальниками медичних послуг, що координують надання допомоги на системному рівні. У деяких випадках ці співпраці охоплюють декілька ІММО, сприяючи узгодженості в наданні послуг.

Така координація дозволяє швидше забезпечувати доступ населення до медичної допомоги, включаючи діагностику, хірургічні втручання чи амбулаторне лікування. Крім того, співпраця між організаціями сприяє стійкому управлінню попитом на спеціалізовану гостру допомогу, оптимізації розподілу ресурсів та підвищенню ефективності їх використання. Завдяки цьому досягається

стабільність у наданні медичної допомоги, підтримується її якість і знижується навантаження на окремі заклади.

Організації добровільного, громадського та соціального підприємництва (ДГСП), трасти Національної служби охорони здоров'я (NHS) та співпраця між постачальниками медичних і соціальних послуг відіграють важливу роль у забезпеченні доступу населення до необхідної підтримки та медичної допомоги. Спільна діяльність цих суб'єктів спрямована на зменшення нерівності у доступі до послуг, покращення якості життя та оптимізацію використання ресурсів у системі охорони здоров'я. Завдяки їхній взаємодії система стає більш стійкою, орієнтованою на потреби людей і здатною ефективно реагувати на виклики, що виникають у громадах.

Важливим механізмом такої взаємодії є Альянс здоров'я та добробуту добровільного, громадського та соціального підприємництва (*Health and Wellbeing Alliance*, HW Alliance). Це партнерство між представниками ДГСП та системою охорони здоров'я і соціального забезпечення, яке спрямоване на інтеграцію досвіду цього сектору в національні стратегії та програми. Альянс є ключовим елементом у реалізації програми здоров'я та добробуту, що дозволяє враховувати унікальні знання та практики ДГСП для покращення якості послуг і забезпечення справедливого доступу до них для всіх громад [226].

Метою Альянсу здоров'я та добробуту добровільного, громадського та соціального підприємництва (*Health and Wellbeing Alliance*, HW Alliance) є:

- забезпечення скоординованого механізму взаємодії між організаціями охорони здоров'я, соціального забезпечення та представниками сектору ДГСП, що дозволяє залучати широкий спектр організацій для досягнення спільних цілей;
- підтримка співпраці між організаціями ДГСП, спрямована на формування колективного голосу для вирішення питань партнерства у сфері охорони здоров'я та соціального забезпечення;
- сприяння спільному вдосконаленню надання послуг, що забезпечує доступність для всіх громад. Це, своєю чергою, сприяє зменшенню нерівності в охороні здоров'я через полегшення доступу до послуг для вразливих груп населення;

- забезпечення врахування думок громад, які стикаються з найбільшими нерівностями у здоров'ї, під час прийняття рішень у сфері охорони здоров'я та соціального забезпечення;
- залучення досвіду сектора ДГСП та громад, з якими він працює, до національних процесів формування політики, що дозволяє інтегрувати знання та інноваційні підходи до розробки стратегій у сфері охорони здоров'я.

Альянс здоров'я та добробуту (*NW Alliance*) спільно управляється Департаментом охорони здоров'я та соціального забезпечення (DHSC), Агентством охорони здоров'я Великобританії та Національною службою охорони здоров'я Англії (NHS England) [226]. До його складу входять 18 членів, які представляють організації добровільного, громадського та соціального підприємництва (ДГСП). Члени альянсу працюють із громадами, які мають захищені характеристики або стикаються з нерівностями у здоров'ї. Крім того, діяльність альянсу координується спеціальним представником ДГСП. Завдяки своїм мережам, Альянс здоров'я та добробуту сприяє встановленню зв'язків із громадами та організаціями ДГСП по всій Англії, забезпечуючи врахування їхніх потреб у сфері охорони здоров'я [224].

На національному рівні Національна служба охорони здоров'я (NHS) співпрацює з урядовими органами, національними медичними установами та іншими організаціями для виконання визначених мандатів і підтримки фінансової стабільності системи охорони здоров'я. Наприклад, NHS взаємодіє з NHS Digital, яка відповідає за управління цифровими послугами та даними, а також з Управлінням бізнес-послуг NHS (*Business Services Authority*), що забезпечує широкий спектр адміністративних і підтримуючих послуг.

На місцевому рівні Національна служба охорони здоров'я Англії (NHS England) співпрацює з клінічними комісіонерами (CCGs), лікарськими практиками (GP practices), місцевими органами влади та Радами здоров'я та добробуту. Ця співпраця відіграє ключову роль у забезпеченні відповідності медичних послуг потребам місцевих громад, а також у прийнятті рішень із залученням місцевих фахівців та врахуванням думок пацієнтів. NHS England активно підтримує

місцевих медичних фахівців у процесі ухвалення рішень щодо надання медичних послуг, забезпечуючи тісну взаємодію з пацієнтами та громадами. Це сприяє адаптації послуг до специфічних потреб населення, що є основою для підвищення їхньої ефективності та якості.

У межах реформ системи охорони здоров'я політичний намір полягає в тому, щоб комісіонери та постачальники дедалі частіше співпрацювали у плануванні та реалізації заходів із забезпечення медичного обслуговування населення. Хоча формально обов'язки щодо замовлення послуг і їхнього надання залишаються в окремих організаціях, на практиці цей поділ стає менш чітким, зокрема через те, що постачальники беруть участь у роботі Рад інтегрованого медичного обслуговування (РІМО). Основним принципом реформ є інтеграція постачальників у систему ІММО на рівні з РІМО та Інтегрованими партнерствами догляду (ІПД), що зобов'язує їх брати на себе ширшу відповідальність за продуктивність усієї системи.

Для постачальників Національної служби ці зміни передбачають перехід до більш тісної інтеграції та співпраці з іншими організаціями в межах системи охорони здоров'я. Від них очікується участь у спільних ініціативах, спрямованих на підвищення якості послуг, скорочення нерівностей у доступі до медичного обслуговування та підвищення ефективності системи загалом. Це вимагає не лише виконання безпосередніх обов'язків, але й активної участі у ширших стратегічних заходах, спрямованих на покращення здоров'я населення та добробуту громад.

Така децентралізація управління створює умови для більшої гнучкості та адаптивності в наданні медичної допомоги. Вона забезпечує можливість швидше реагувати на виклики та зміни, що виникають у місцевих громадах, і водночас підтримує стратегічні цілі системи охорони здоров'я.

Отже, NHS England не лише виконує свої прямі функції, але й створює сприятливі умови для ефективної діяльності своїх партнерів. Такий підхід сприяє загальному вдосконаленню системи охорони здоров'я у Великій Британії, забезпечуючи комплексний підхід до задоволення потреб населення.

Різноманітність підходів до розвитку інтегрованих мереж медичного обслуговування (ІММО) обумовлює складність їхньої структури та функціонування, що іноді ускладнює розуміння цієї системи. Водночас охорона здоров'я та потреби місцевого населення є складними явищами, які не завжди можна стандартизувати чи спростити. Гнучкість, яку отримали ІММО, є їхньою ключовою перевагою, адже вона дозволяє розробляти механізми, що відповідають місцевим умовам, реагувати на специфічні потреби населення та спиратися на існуючі сильні сторони регіональних систем. Такий підхід сприяє формуванню більшого почуття відповідальності та зобов'язань на місцевому рівні, порівняно з попередніми спробами реструктуризації NHS.

Залучення місцевих органів влади до діяльності інтегрованих систем обслуговування (ІММО) забезпечує можливість більш тісної співпраці з Національною службою охорони здоров'я (NHS) та іншими партнерами. Це сприяє покращенню здоров'я населення та вирішенню соціальних факторів, які впливають на стан здоров'я. Водночас участь організацій добровільного, громадського та соціального підприємництва (ДГСП) є ключовою для забезпечення ефективного залучення громад до процесів планування та надання послуг. Такий підхід сприяє скороченню нерівностей у доступі до медичного обслуговування та підвищенню якості життя населення на місцевому рівні.

Попри зростання уваги до співпраці та системного підходу в NHS останніми роками, регулятори NHS продовжують зосереджуватися переважно на управлінні ефективністю окремих організацій. У деяких випадках це ускладнювало співпрацю між організаціями, оскільки дії та політика регуляторів іноді створювали бар'єри для координації. Проте очікується, що в майбутньому національні та регіональні органи NHS поступово змінюватимуть свій підхід, зосереджуючись на регулюванні та нагляді за системами охорони здоров'я в цілому. Це доповнюватиме їхні поточні обов'язки щодо окремих організацій. У перспективі регулятори NHS будуть дедалі більше співпрацювати з місцевими системами, підтримуючи їх у реалізації змін та покращенні надання медичних послуг.

Відповідно до задекларованих амбіцій, Національна служба охорони здоров'я Англії (NHS England) розробляє нову операційну модель, яка базуватиметься на вже впроваджених змінах у роботі національних і регіональних команд. Зокрема, це стосується об'єднання функцій регулювання комісіонерів і постачальників через злиття NHS England та NHS Improvement. Крім того, впроваджується новий індекс інтеграції, покликаний оцінювати успіхи інтеграції догляду з позиції пацієнтів, доглядальників та громади.

Паралельно Комісія з якості догляду (CQC) адаптує свій підхід до моніторингу та інспекцій, щоб краще враховувати системний підхід у роботі. Закон про охорону здоров'я та догляд 2022 року встановлює обов'язок CQC проводити комплексну оцінку системи охорони здоров'я та соціального догляду для дорослих у межах кожної Ради інтегрованого медичного обслуговування (РІМО). Ця оцінка включає аналіз того, як партнери в межах інтегрованих мереж медичного обслуговування (ІММО) співпрацюють для досягнення спільних цілей.

Такі зміни вказують на поступовий перехід від оцінювання діяльності окремих організацій до системного підходу в регулюванні та нагляді за NHS. Замість того, щоб зосереджуватися виключно на ефективності окремих структур, регулятори дедалі більше уваги приділятимуть взаємодії між різними компонентами системи охорони здоров'я. Основна увага буде спрямована на підтримку інтеграції догляду, забезпечення ефективності співпраці між партнерами та координації в наданні медичних і соціальних послуг. Це має сприяти досягненню кращих результатів для пацієнтів і громад, підвищенню якості та доступності послуг.

ІММО нестимуть відповідальність на національному рівні перед Національною службою охорони здоров'я Англії (NHS England) через свої ради інтегрованого обслуговування. Вони повинні будуть забезпечити дотримання фінансової рівноваги та виконання національних вимог і цільових показників продуктивності. Окрім цього рівня підзвітності, ІММО мають потенціал для розвитку різних форм місцевого нагляду, спрямованих на стимулювання покращень у наданні послуг. Це пов'язано з тим, що ІММО являють собою

партнерства, де місцеві організації здійснюють спільне лідерство і працюють над розвитком взаємної відповідальності за використання ресурсів та досягнення результатів. Такий підхід може включати в себе як виклики, так і підтримку з боку партнерів у межах ІММО, які застосовують місцеві дані про продуктивність та досягнуті результати.

Щоб оцінити ефективність своєї діяльності, ІММО повинні використовувати інформацію, отриману від місцевих жителів, включаючи пацієнтів, користувачів послуг і їхні родини. Як уже зазначалося в попередніх дослідженнях, найбільш ефективний спосіб оцінити результати інтеграції послуг – це поглянути на них з точки зору осіб, які фактично користуються цими послугами.

Таким чином, ефективність ІММО не буде вимірюватися лише через фінансові показники та виконання національних цілей. Вона також оцінюватиметься на основі того, наскільки успішно ці системи покращують досвід і результати для місцевих громад. Це включає в себе здатність ІММО адаптувати свої стратегії на основі зворотного зв'язку від користувачів послуг та забезпечувати реальну користь від інтеграції для тих, для кого вона передбачена.

Закріплення ІММО як юридичних осіб на законодавчому рівні стало значним кроком уперед у реформуванні системи охорони здоров'я. Проте справжній успіх цих реформ залежить не лише від нормативних змін, але й від здатності організацій та їхніх лідерів адаптувати свою поведінку, будувати партнерські відносини та ефективно співпрацювати на місцевому рівні. Гнучкість у впровадженні ІММО дозволяє їм краще адаптуватися до локальних умов і специфічних потреб, що може стати важливим фактором у забезпеченні ефективності та стійкості системи охорони здоров'я.

Однак, значна частина аспектів цього процесу залишається невизначеною. Остаточні результати реформ залежать від практичної реалізації концепції ІММО, рівня співпраці між зацікавленими сторонами та здатності системи реагувати на виклики та зміни у вимогах суспільства.

3.2. Прогнозування потреб населення у медичному обслуговуванні для оптимізації ресурсного забезпечення, інтеграції медичних послуг та розвитку системи охорони здоров'я

Ефективність стратегічного планування в системі охорони здоров'я значною мірою визначається науково обґрунтованими методами оцінки потреб населення в медичних послугах. Саме ці методи забезпечують прийняття обґрунтованих управлінських рішень щодо розподілу ресурсів, формування інфраструктури медичних закладів та визначення пріоритетних напрямків розвитку. Проте в Україні відсутність єдиної методології для розрахунку потреб у медичних послугах значно ускладнює реалізацію стратегій та ефективне використання наявних ресурсів, що може призвести до дисбалансу між реальними потребами населення і доступними послугами. У зв'язку з цим надзвичайно важливо розробити нові моделі планування та управління, що враховуватимуть зміни в соціально-економічних умовах і поточний воєнний контекст.

Соціально-економічні труднощі, посилені військовими діями, створюють подвійний тиск на систему охорони здоров'я, що робить стратегічне планування медичного обслуговування особливо важливим для врахування динаміки змін у суспільстві. Війна в Україні спричиняє не лише безпосередні руйнування медичної інфраструктури, а й глибокі соціальні та економічні зміни, такі як масова міграція, психологічні травми, погіршення громадського здоров'я та перенавантаження регіональних медичних систем. Це вимагає адаптації медичних закладів до нових реалій та організації ефективного медичного обслуговування в умовах обмежених ресурсів. Водночас відсутність належного фінансування та руйнування інфраструктури ускладнюють доступ до медичних послуг, що потребує впровадження нових управлінських підходів для забезпечення їхньої якості та безперервності.

Для ефективної організації медичного обслуговування особливу роль відіграє створення спроможних госпітальних округів. Це важливо, оскільки госпітальні округи мають забезпечувати не лише доступність, але й якість

медичних послуг, враховуючи специфіку та потреби кожного регіону. Правильне формування таких округів дозволяє знизити навантаження на лікарні, оптимізувати використання медичних ресурсів і забезпечити більш рівномірне та ефективне надання медичних послуг у межах певної території [86].

Однак для реалізації цієї концепції необхідно постійно здійснювати моніторинг та оцінку потреб населення в медичних послугах. Законодавство встановлює вимогу проводити таку оцінку не рідше одного разу на три роки, однак відсутність ефективних розрахункових методик значно ускладнює планування та може призвести до нерівномірного розподілу ресурсів. Тому особливо важливим є розробка науково обґрунтованих підходів, що забезпечать достовірність прогнозування потреб населення в медичних послугах, а також оптимізують структуру медичних закладів з урахуванням соціально-економічних змін у регіоні [84].

Одним із таких аспектів є розвиток допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), який став пріоритетом державної політики в умовах демографічної кризи. Зниження рівня народжуваності та посилення міграційних процесів вимагають стимулювання розвитку репродуктивної медицини для підтримки відтворення населення. Водночас, для ефективного планування розвитку цього напрямку необхідним та важливим є наявність надійних даних про потенційний попит на ці послуги, оскільки їх відсутність створює прогалини у прогнозуванні необхідного фінансування та реалізації державних програм. Для успішної реалізації державних ініціатив у цій сфері необхідний комплексний підхід, який включає медичні, соціальні та економічні аспекти.

У контексті демографічних змін система охорони здоров'я стикається з новими завданнями, зокрема, пов'язаними зі старінням населення. Збільшення кількості людей похилого віку та поширення хронічних захворювань підвищують потребу в тривалому медичному обслуговуванні та паліативних послугах. Це питання стає ще більш актуальним в умовах війни, що спричиняє збільшення кількості пацієнтів із важкими травмами та хронічними станами, які потребують тривалої реабілітації та паліативної допомоги. Однак, як показує аналіз, в Україні

відсутня єдина методологія для оцінки потреби в паліативних послугах, що значно ускладнює їхнє планування та організацію. Відсутність належних методик призводить до нерівного доступу до таких послуг та створює додаткові труднощі для регіональних систем охорони здоров'я.

У зв'язку з вищезазначеним, в межах нашого дослідження проводиться детальний аналіз трьох основних напрямів, що мають пріоритетне значення для стратегічного розвитку медичного обслуговування на поточному етапі. Зокрема, розглядаються методи розрахунку потреб у медичних послугах за кожним з цих напрямів. Для кожного з напрямків здійснюється аналіз існуючих методологій, що враховують демографічні та соціально-економічні чинники, а також вплив військових дій. У цьому контексті особливу увагу приділено врахуванню специфічних потреб різних груп населення, що дозволяє формувати більш адаптивні стратегії для планування ресурсів та оптимізації медичних послуг на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Цими напрямами є:

1. *Потреба в медичному обслуговуванні*, яка є законодавчо визначеною вимогою для розрахунку потреб населення. Цей показник є основою для формування структури госпітальних округів та розподілу ресурсів між регіонами. Проте, як показує аналіз, на сьогодні в Україні відсутня науково обґрунтована методологія для розрахунку цієї потреби. Відповідно до законодавства, державні органи зобов'язані проводити оцінку потреб населення не рідше одного разу на три роки. Однак відсутність чітко визначених критеріїв та методів значно ускладнює цей процес, що часто призводить до дисбалансу між наявними ресурсами та реальними потребами. Це відповідно значно знижує ефективність функціонування системи охорони здоров'я.

2. *Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ)*. В умовах демографічної кризи та необхідності відновлення чисельності населення держава визначає розвиток ДРТ як пріоритетний напрям. Проте відсутність розрахункових моделей, які враховують реальну потребу в цих технологіях, ускладнює планування. У нашому дослідженні ми аналізуємо підходи до прогнозування попиту на ДРТ та виявляємо прогалини, що заважають ефективному впровадженню відповідних програм.

3. *Паліативна допомога.* З огляду на старіння населення та зростання кількості пацієнтів із хронічними станами, розвиток паліативної допомоги стає важливим компонентом медичних послуг. В умовах війни потреба у таких послугах також зростатиме. Хоча на сьогодні існують методичні підходи для розрахунку потреби в паліативній допомозі, вони є застарілими та не враховують сучасних тенденцій, що потребує їхнього перегляду та оновлення.

Отже, для підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я, важливим є проведення детального аналізу ключових напрямів та розробка нових методологічних підходів до розрахунку потреб у медичних послугах. Такий підхід сприятиме оптимізації розподілу ресурсів, підвищенню доступності і якості медичної допомоги та забезпеченню відповідності наданих послуг реальним потребам населення.

Зважаючи на це, у рамках нашого дослідження ми переходимо до обґрунтування нових методичних підходів розрахунку потреб в медичних послугах і акцентуємо увагу на необхідності їх практичного застосування в системі охорони здоров'я. Це дозволить ефективно впроваджувати розроблені підходи для досягнення покращень у роботі медичних установ і системи охорони здоров'я загалом.

1. *Потреба населення в медичному обслуговуванні*

Сам термін “потреба населення в медичному обслуговуванні” є комплексним поняттям, що охоплює вимоги та очікування громадян в покращенні доступу до медичних послуг, які сприяють збереженню, відновленню та підтримці стану здоров'я. Це поняття охоплює широке коло аспектів, таких як профілактика, діагностика, лікування і реабілітація, а також враховує численні епідеміологічні, демографічні, соціально-економічні та культурні фактори, що впливають на обсяг і характер необхідних медичних послуг. Потреба в медичному обслуговуванні визначається як об'єктивними показниками здоров'я населення, так і суб'єктивними очікуваннями громадян щодо якості та доступності медичних послуг. Це дозволяє забезпечити відповідний рівень життя та соціальний добробут в суспільстві.

Оцінка потреб населення є складним і багатоетапним процесом, який окреслює вирішення важливого питання: чия потреба повинна бути врахована в першу чергу. Це питання набуває особливої значущості, оскільки різні соціальні групи можуть мати специфічні потреби, що вимагають індивідуального підходу. Урахування цих потреб є важливим для розробки ефективної політики охорони здоров'я. Дослідники відзначають, що для отримання всебічної картини необхідно збирати як кількісні, так і якісні дані з різних джерел. Такий підхід дозволяє отримати повне уявлення про потреби населення з різних точок зору, що сприяє формуванню більш точних і адаптованих рішень.

Потреба населення в медичному обслуговуванні є складним поняттям, яке охоплює різні аспекти здоров'я, доступності медичних послуг та якості надання цих послуг. Оцінка цієї потреби є важливою для ефективного планування системи охорони здоров'я. Для цього ми розробили методологію розрахунку інтегрованого показника, який враховує різні типи потреб та об'єднує їх у єдину метрику.

Інтегрований показник – це комплексний індекс, який об'єднує різні окремі показники для створення єдиного числового значення, що відображає загальний стан або потреби в медичному обслуговуванні. Оцінка інтегрованого показника може надати цінну інформацію про загальний рівень потреб населення в медичних послугах і вказати на пріоритетні області для впровадження змін: високе значення інтегрованого показника може свідчити про значну потребу населення в медичному обслуговуванні (це може вказувати на високі рівні захворюваності, недостатню доступність медичних послуг, або інші проблеми, які потребують негайного втручання); низьке значення показника може свідчити про задовільний стан здоров'я населення або про те, що існуюча інфраструктура та послуги достатньо ефективні для задоволення поточних потреб.

Виділяємо чотири основні типи потреб, які слід враховувати під час оцінки (табл.3.1).

Таблиця 3.1

Основні критерії оцінки потреби в медичному обслуговуванні

(сформовано авторкою)

Нормативні потреби	
<i>Критерії</i>	Державні стандарти та нормативи (кількість лікарів, ліжок, час доступу до медичних закладів)
<i>Методологія</i>	Дані збираються з державних нормативних актів і нормалізуються для інтеграції. Визначаються експертами, робочими групами чи комісіями та можуть включати “бачення здоров'я” як стандарти або цілі, яких слід досягнути. Наприклад, такі показники можуть бути представлені в національних стандартах охорони здоров'я або рекомендаціях ВООЗ.
Порівняльні потреби	
<i>Критерії</i>	Рівень захворюваності, смертності, поширеність хронічних захворювань у порівнянні з іншими регіонами чи країнами.
<i>Методологія</i>	Потреби охоплюють аналіз стану здоров'я населення шляхом порівняння з іншими регіонами чи країнами. Цей тип потреб відображає, наскільки стан здоров'я в певній громаді відстає від або відповідає орієнтирам інших популяцій, що дозволяє визначити пріоритетні напрямки для покращення. Дані нормалізуються відносно інших регіонів та інтегруються в загальний показник
Виражені потреби	
<i>Критерії</i>	Фактичне використання медичних послуг (частота звернень, кількість процедур).
<i>Методологія</i>	Дані збираються через медичні установи, страхові компанії та опитування, нормалізуються для аналізу. потреби, які базуються на прямому запиті або попиті з боку населення. Вони включають інформацію від ключових інформаторів, груп захисту, чи урядових директив, що відображають актуальні проблеми, які громада хоче вирішити найближчим часом.
Відчутні потреби	
<i>Критерії</i>	Задоволеність населення медичними послугами, очікування та оцінка якості медичного обслуговування.
<i>Методологія</i>	Відчутні потреби оцінюються через опитування та інтегруються у загальний показник

Методологія розрахунку інтегрованого показника включає три основні етапи:

1. Збір та нормалізація даних. Всі дані, отримані для кожного з критеріїв, нормалізуються до єдиного масштабу. Це дозволяє порівнювати різні типи даних

між собою. На першому етапі потрібно визначити, які з показників є найбільш важливими для конкретного контексту, і присвоїти їм відповідні ваги. Наприклад, захворюваність і смертність можуть мати більшу вагу, ніж географічна доступність, залежно від мети дослідження. Щоб об'єднати різні типи даних, їх потрібно нормалізувати. Це можна зробити шляхом переведення всіх показників у шкалу від 0 до 1, де 0 відповідає найнижчому значенню, а 1 – найвищому.

Нормалізовані показники потреби в медичних послугах означають, що дані різних показників були приведені до єдиної шкали, щоб їх можна було порівнювати та комбінувати в рамках загального індексу або інтегрованого показника. Різні показники, що використовуються для оцінки потреби в медичних послугах, можуть мати різні одиниці виміру, діапазони та масштабування. Наприклад, один показник може бути виражений у відсотках (захворюваність), інший — у абсолютних числах (кількість лікарів на 1000 жителів), а ще інший — у балах (рівень задоволеності пацієнтів). Щоб ці показники могли бути об'єднані в загальну оцінку, їх потрібно нормалізувати, тобто привести до єдиної шкали.

Один з найпоширеніших способів нормалізації — це масштабування значень до інтервалу від 0 до 1. Це робиться за допомогою такої формули (3.1):

$$P_{\text{норм}} = \frac{P_{\text{факт}} - P_{\text{мін}}}{P_{\text{макс}} - P_{\text{мін}}} \quad (3.1)$$

де:

$P_{\text{норм}}$ — нормалізоване значення показника

$P_{\text{факт}}$ — фактичне значення показника

$P_{\text{мін}}$ — мінімальне значення показника

$P_{\text{макс}}$ — максимальне значення показника

При такій нормалізації найменше значення показника буде 0, а найбільше - 1

2. Агрегування даних. Дані агрегуються з урахуванням вагових коефіцієнтів, що відображають важливість кожного типу потреби у загальному контексті.

3. Розрахунок інтегрованого показника. Загальний інтегрований показник розраховується за допомогою наступної формули 3.2:

$$P_{\text{загальна}} = W_1 \times P_1 + W_2 \times P_2 + \dots + W_n \times P_n \quad (3.2)$$

де:

- $P_{\text{загальна}}$. — загальна потреба населення в медичному обслуговуванні
- $W_1, W_2, \dots, W_n$. — ваги окремих показників
- $P_1, P_2, \dots, P_n$. — Нормалізовані показники потреби в медичних послугах (до прикладу, захворюваність, доступність послуг, кадровий потенціал, смертність тощо)

Приклад об'єднання показників. Припустимо, що ми розглядаємо три основні категорії:

- Епідеміологічно-демографічні показники: ваги — 0,4.
- Соціально-економічні та доступнісні показники: ваги — 0,3.
- відчутні показники: ваги — 0,3.

Розрахунок інтегрованого показника може виглядати так:

$$P_{\text{загальна}} = 0,4 \times P_{\text{епідеміол-дем.}} + 0,3 \times P_{\text{соц.-екон.}} + 0,3 \times P_{\text{норм.-відп}} \quad (3.3)$$

Після цього можна інтерпретувати значення $P_{\text{загальна}}$ для кожного регіону або групи населення і визначити, які області потребують першочергової уваги.

Ця формула дозволяє агрегувати всі критерії в єдиний показник, що відображає загальний рівень задоволення потреби в медичному обслуговуванні.

Приклад застосування методології: розрахунок потреби в онкологічних послугах:

1. Збір даних:

- нормативні потреби: встановлені нормативи кількості онкологічних ліжок та спеціалістів.
- порівняльні потреби: захворюваність на рак в регіоні у порівнянні з іншими регіонами.
- виражені потреби: кількість звернень до онкологів.
- відчутні потреби: рівень задоволеності пацієнтів.

2. Нормалізація даних: дані нормалізуються за формулою, що дозволяє порівняти різні критерії між собою.

3. Агрегування: після нормалізації дані агрегуються з урахуванням ваги кожного критерію.

4. Розрахунок показника: за допомогою формули розраховується інтегрований показник потреби в онкологічних послугах для регіону.

Інтегрований показник потреби в медичному обслуговуванні забезпечує комплексну оцінку, яка враховує різні аспекти медичних послуг. Такий підхід дозволяє більш ефективно розподіляти ресурси, забезпечуючи доступність та якість медичних послуг для всього населення. Розробка та впровадження цієї методології сприяє підвищенню ефективності державної політики в галузі охорони здоров'я та адаптації системи до актуальних потреб суспільства.

Запропонована структура для оцінки потреб базується на показниках для кожного з цих вимірів, що дозволяє врахувати як об'єктивні, так і суб'єктивні аспекти потреб громади, та забезпечити більш комплексний підхід до їхнього задоволення.

Отже, Інтегрований показник може слугувати основою для прийняття стратегічних рішень, зокрема розподілу ресурсів, розробки нових програм, ініціювання профілактичних заходів та інших політик в галузі охорони здоров'я. Якщо показник стабільно високий у певних регіонах або для певних груп населення, це може свідчити про необхідність реформування системи охорони здоров'я або впровадження спеціальних програм для вирішення виявлених проблем. Цей показник може слугувати інструментом для моніторингу та оцінки ефективності політик та програм в охороні здоров'я. Зміни показника з часом можуть свідчити про ефективність вжитих заходів або необхідність коригування стратегій. Тому, є підстави стверджувати: Інтегрований показник є потужним інструментом для комплексного аналізу стану системи охорони здоров'я та потреб населення в медичних послугах. Він надає цілісну картину, яка може слугувати основою для прийняття обґрунтованих рішень, спрямованих на поліпшення стану здоров'я населення та оптимізацію надання медичних послуг.

II. Розвиток допоміжних репродуктивних технологій

У сучасній Україні, що переживає тривалу війну, демографічна ситуація зазнає значних змін, які вимагають негайних дій і стратегічного планування. Військові дії призвели до значного зниження народжуваності та збільшення міграційних процесів, що в сукупності призводить до стрімкого старіння населення та зменшення його чисельності. У цьому контексті перед Україною постають два важливі завдання: відновлення населення та розробка ефективних систем довготривалого догляду.

Перше завдання, відновлення населення, потребує комплексного підходу, який включає стимулювання народжуваності, покращення умов життя для молодих сімей та забезпечення соціальних гарантій. Це може охоплювати політики, що стимулюють материнство та батьківство, такі як податкові пільги, допомога на дітей, розвиток інфраструктури дошкільної освіти та доступ до якісних медичних послуг.

В умовах війни в Україні спостерігається значне погіршення демографічної ситуації, що ставить перед країною складні завдання щодо відновлення населення та забезпечення довготривалого догляду. У цьому контексті особливого значення набуває інтеграція лікування безпліддя в загальну систему охорони здоров'я, оскільки воно може вплинути на зниження соціальних та економічних бар'єрів, пов'язаних з доступністю лікування безпліддя та допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Забезпечення доступу до цих послуг є обґрунтованим для поліпшення демографічної ситуації та дозволить багатьом парам реалізувати своє бажання стати батьками.

Лікування безпліддя є одним із пріоритетних напрямів у Програмі медичних гарантій (ПМГ) [118]. У бюджеті Програми медичних гарантій на 2024 рік передбачено понад 1,87 млрд гривень, що дозволить провести 30 тисяч циклів лікування безпліддя. З огляду на те, що середні показники успіху становлять близько 30%, очікується народження 10 тисяч нових українців.

Проблема зниження народжуваності в Україні спостерігається вже кілька років, і велика війна лише погіршила ситуацію. Щоб допомогти людям, які мріють

стати батьками, цього року ми запустили програму лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій. Цей пакет послуг включено до Програми медичних гарантій, що дозволяє отримати їх безоплатно в медичних закладах, які мають контракт з Національною службою здоров'я. За один цикл штучного запліднення держава покриватиме понад 60 тисяч гривень. Такий тариф є конкурентним на ринку і дозволяє залучати як державні, так і приватні медичні заклади. На сьогодні законтрактовано 12 медичних установ [118] (додаток Е).

З оприлюдненого переліку закладів 11 центрів відносяться до приватних і один комунальної власності – комунальний медзаклад “Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр ім. Віктора Поліщука” Рівненської обласної ради.

Втілення цих програм вимагає розробки протоколів та стандартів, які відповідають медичним стандартам країни, та забезпечують якість та безпеку послуг. Навчання сімейних лікарів та інших медичних спеціалістів для надання базових послуг лікування безпліддя сприятиме ширшому доступу до цих послуг. Також важлива координація між різними медичними спеціалістами, що займаються ДРТ, включаючи репродуктологів та гінекологів, для забезпечення комплексного підходу до діагностики та лікування.

Державна підтримка та фінансування також необхідні витрати пацієнтів і забезпечити ширший доступ до цих послуг. Залучення приватного сектора може значно підсилити ці зусилля, надаючи додаткові ресурси для інновацій та покращення якості медичного обслуговування. Враховуючи це, роль приватного сектору у модернізації медичної інфраструктури, впровадженні передових практик управління та фінансування може стати ключовим фактором у покращенні доступу до лікування безпліддя та підтримці демографічного відновлення в Україні.

Відштовхуючись від цього прикладу, проаналізовано весь процес прийняття рішень, який умовно поділяється на три етапи:

- формування політики щодо розвитку ДРТ, тобто бачення держави на перспективу;
- визначення потреби у послугах ДРТ;

– прийняття рішення щодо розвитку послуг.

Для огляду першого аналітичного блоку за взірець ми візьмемо досвід Ізраїлю.

Одруження та народження дітей є ключовими для нормативної зрілості в Ізраїлі [209]. У 2019 році лише 11% жінок у віці 45-49 років не були одружені [210]. Половина пар мають дітей через рік після одруження [209]. Одноматеринство, переважно серед жінок у віці від 30 до 40 років, хоча воно відносно рідкісне (7% новонароджених дітей в порівнянні з 42% у Європейському союзі [231], також поширюється, так само як і сім'ї одностатевих пар. Показник плодючості в Ізраїлі вдвічі вищий, ніж у ОЕСР: відповідно 3.1 та 1.7 дитини на жінку. Безпрецедентна політика фінансування лікування безплідності є ще одним компонентом цього відмінного репродуктивного ландшафту. Ізраїль пропонує практично необмежене безкоштовне ІВФ (інвітрофертилізацію) та ІКСІ (інтрацитоплазматичну ін'єкцію сперми) будь-якій ізраїльській жінці до 45 років, до тих пір, поки вона має двох дітей з поточним партнером, якщо це можливо. Базові приватні страховки покривають лікування народженням третьої і четвертої дитини. Проходячи приблизно в п'ять разів більше циклів лікування на душу населення, ніж жінки в Європейському союзі та в 12 разів більше за середнє значення у США [230], ізраїльські жінки були найбільшими споживачами ІВФ у світі протягом багатьох років. З урахуванням високого вікового обмеження для фінансованого лікування, приблизно третина користувачів ІВФ на місцевому рівні (33-42%) знаходяться у віці 40-х років, що має мізерні шанси на народження живої дитини [190].

Загальний рівень плодючості у конкретний рік визначається як загальна кількість дітей, які народилися б кожній жінці, якщо б вона дожила до кінця свого репродуктивного віку і народжувала дітей згідно зі статеві-віковими показниками плодючості на той час. Його розраховують, сумуючи статеві-вікові показники плодючості, які визначаються на протязі п'ятирічних інтервалів. Припускаючи, що немає міграції і змін у смертності, загальний рівень плодючості 2.1 дитина на жінку забезпечує відносно стабільну популяцію. Разом із смертністю і міграцією, плодючість є складовою частиною приросту населення, відображаючи як причини,

так і наслідки економічного та соціального розвитку. Причинами радикального зниження рівня народжуваності протягом останніх десятиліть є відкладення створення сім'ї та народження дітей, а також зменшення бажаного розміру сім'ї. Цей показник вимірюється у дітей на жінку [230].

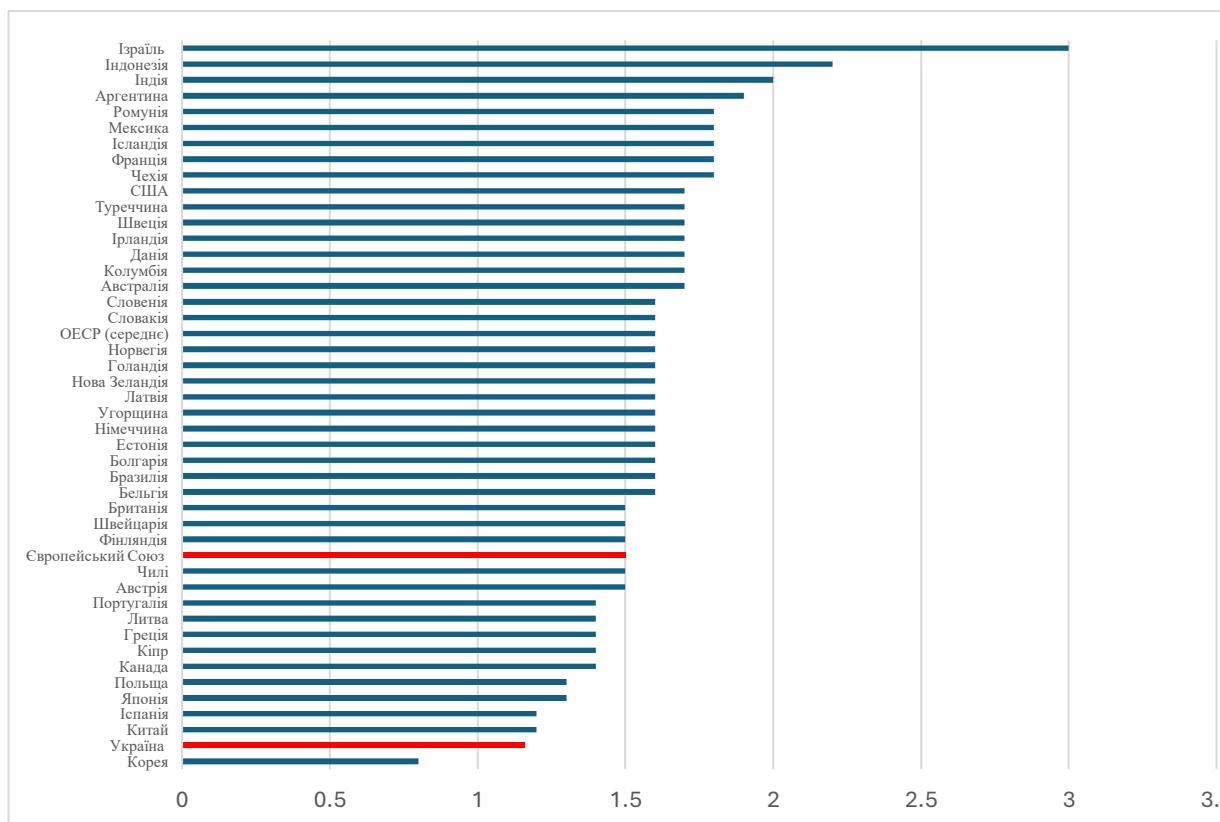


Рис. 3.1. Рівні фертильності на рівні різних країн у 2021 році (сформовано авторкою на основі даних [231], дані про Україну на основі [247])

Для формування бачення політики, доцільно оцінити вплив безкоштовних ДРТ на інвестиції в людський капітал, що можна за допомогою економетричних методів та аналізу даних. Ось кілька підходів, які можуть бути використані для цієї оцінки:

Аналіз макроекономічних даних - цей підхід полягає у порівнянні економічних показників країни перед впровадженням безкоштовних ДРТ та після. Дані про зростання ВВП, зайнятість, демографічні показники та інші соціально-економічні зміни можуть вказувати на те, як безкоштовні ДРТ впливають на розвиток людського капіталу.

Статистичний аналіз даних пацієнтів – іншим підходом є аналіз даних пацієнтів, які скористалися безкоштовними ДРТ. Вивчення показників, таких як зростання кількості дітей, покращення здоров'я матерів та дітей, а також їх вплив на працездатність та продуктивність можуть допомогти зрозуміти вплив цих технологій на людський капітал.

Економічні моделі імітації можуть допомогти симулювати вплив безкоштовних ДРТ на інвестиції в людський капітал у віртуальних умовах. Ці моделі дозволяють вивчити довгострокові ефекти та зміни в різних сценаріях.

Оцінка впливу на освіту та кар'єрні можливості – дослідження впливу безкоштовних ДРТ на освіту та кар'єрні можливості жінок можуть також допомогти з'ясувати, як ці технології можуть впливати на розвиток людського капіталу у суспільстві.

Ці підходи можуть бути використані окремо або комбіновані для отримання повної картини впливу безкоштовних ДРТ на інвестиції в людський капітал. Важливо враховувати, що оцінка такого впливу може бути складною через багатофакторність та різноманітність факторів, що впливають на розвиток людського капіталу.

Щодо першого блоку, можемо стверджувати: Україна не офіційно оприлюдненої стратегії щодо розвитку ДРТ в Україні.

Метою другого аналітичного блоку є оцінка потреби України у розвитку послуг допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), тобто визначення кількості пар, які на 2024 рік потребують таких послуг. З аналізу доступної інформаційної бази можна зробити висновок, що на даний момент така інформація не моніториться, і, відповідно, потреба в послугах ДРТ не визначена ні на національному, ні на регіональному рівнях. Відсутність цих даних ускладнює оцінку ефективності надання таких послуг, а також неможливість визначити, який відсоток населення має доступ до них та як задовольняються інші важливі критерії. Важливо впровадити моніторинг цього показника для планування і розвитку системи охорони здоров'я, що забезпечить більш точне і адекватне покриття населення необхідними медичними послугами.

Оскільки в наявній літературі не виявлено жодної методології для визначення потреби населення в ДРТ, ми пропонуємо застосувати авторську методику, яка включає кілька етапів її реалізації та враховує низку ключових показників (табл 3.2). Ця методика забезпечує комплексний підхід до оцінки потреби в ДРТ, що дозволяє отримати точніші дані для планування та надання відповідних послуг.

Таблиця 3.2

Етапність визначення потреби в ДРТ серед населення певного регіону або країни (сформовано авторкою).

Перший етап: МОНИТОРИНГ ТА ОЦІНКА ДАНИХ		
	1. Демографічні дані:	
		– вік жінок та чоловіків репродуктивного віку. – кількість пар, які перебувають у шлюбі або стабільних стосунках. – рівень народжуваності та безпліддя.
	2. Епідеміологічні дані:	
		– поширеність безпліддя серед населення (за статтю та віковими групами). – основні причини безпліддя (жіноче, чоловіче, комбіноване). – статистика попередніх лікувань безпліддя та їхні результати
	3. Дані про доступність послуг ДРТ:	
		– кількість клінік, що надають послуги ДРТ. – число циклів ДРТ, проведених за певний період. - час очікування на проведення процедури.
	4. Соціально-економічні дані:	
		– дохід населення та доступ до медичного страхування. - витрати на ДРТ та рівень доступності послуг для різних соціальних груп.
	5. Дані про використання ДРТ:	
		– частота звернень за ДРТ. – успішність процедур (коефіцієнт успішності). - кількість пар, які повторно звертаються за ДРТ.
Другий етап: АНАЛІЗ ПОТРЕБИ		
	1. Епідеміологічний аналіз:	
		– визначення кількості пар або індивідів з діагнозом “безпліддя”. – оцінка поширеності факторів, що впливають на необхідність ДРТ (вік, медичні показання).

Продовження табл. 3.2.

2. Демографічний аналіз:		
		– визначення вікових груп, найбільш схильних до використання ДРТ. – оцінка кількості потенційних пацієнтів на основі загальної чисельності жінок і чоловіків репродуктивного віку.
3. Аналіз доступності послуг ДРТ:		
		– визначення регіонів із недостатньою кількістю клінік ДРТ або спеціалістів. – оцінка часу очікування та доступності процедур для пацієнтів.
Третій етап: МОДЕЛЮВАННЯ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ		
	1. Побудова моделі прогнозування: використання статистичних моделей для прогнозування кількості пар, які потребують ДРТ, на основі даних про безпліддя, вікову структуру та успішність попередніх процедур.	
	2. Сценарний аналіз: розробка сценаріїв для оцінки потреби в ДРТ в умовах зміни демографічної ситуації, економічного стану, або зміни успішності процедур	
Четвертий етап: ВИЗНАЧЕННЯ КРИТИЧНИХ ОБЛАСТЕЙ		
	1. Ранжування потреб:	
		– визначення груп населення з найвищою потребою в ДРТ (наприклад, жінки старше 35 років). – оцінка регіонів з найбільшим попитом на послуги ДРТ.
	2. Пріоритезація послуг ДРТ: визначення найбільш необхідних послуг у сфері ДРТ для різних груп пацієнтів.	
П'ятий етап: РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ		
	1. Планування ресурсів:	
		– визначення кількості необхідних медичних працівників, обладнання, витратних матеріалів для задоволення потреби в ДРТ. – розробка стратегій щодо покращення доступу до ДРТ для всіх верств населення.
	2. Розробка політик і програм:	
		– розробка програм субсидування або страхування процедур ДРТ. – запропонування заходів щодо збільшення кількості спеціалістів і клінік, що надають послуги ДРТ.
Шостий етап: ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ		
	1. Моніторинг і оцінка	
		– впровадження системи моніторингу для оцінки задоволення потреби в ДРТ та ефективності реалізованих заходів. – коригування планів залежно від зміни потреби
	2. Зворотний зв'язок: включення громадської думки та професійного медичного співтовариства в процес оцінки потреби та її задоволення	

Основною ціллю запропонованої методології є визначення потреби в ДРТ серед населення певного регіону або країни.

Ключові завдання полягають в тому, щоб:

- визначити кількість пар або осіб, які потребують ДРТ;
- виявити основні фактори, що впливають на попит на ДРТ;
- планувати ресурси для задоволення виявленої потреби.

На першому і другому етапі запропонованої методики необхідні статистичні дані, більшість з яких вже моніториться, але зберігається в різних базах даних, що створює певні складнощі в їхньому збиранні та обробці. Це вимагає консолідації даних з різних джерел, що може ускладнити процес аналізу та прийняття рішень. Наразі майже третина показників, необхідних для повноцінної оцінки, не збирається систематично, що підкреслює необхідність розробки нових підходів до збору та моніторингу цих даних. Існуючі форми статистичної звітності для закладів охорони здоров'я усіх форм власності, такі як [112]:

- № 24 “Звіт фельдшерсько-акушерського пункту за 20__рік” (річна), затверджена наказом МОЗ України 10.07.2007 № 378,
- № 21 “Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям за 20__рік” (річна), затверджена наказом МОЗ України 10.07.2007 № 378,
- № 21-а “Звіт про медичну допомогу роділлям (породіллям), новонародженим та дітям першого року життя за ____квартал 20__року”, затверджена наказом МОЗ України 24.01.2008 № 24,
- № 41-здоров “Звіт про допоміжні репродуктивні технології”, затверджена наказом МОЗ України від 10.12.2001 № 489

є застарілими та не адаптованими до сучасних вимог системи охорони здоров'я. Вони не враховують нові реалії та виклики, з якими стикаються медичні заклади сьогодні. Особливо це стосується збору інформації за 2023 рік, коли країна переживає другий рік війни, що суттєво погіршує демографічну ситуацію. Використання цих старих форм не дозволяє отримати повноцінну та актуальну картину щодо демографічних змін і потреб населення в цей критичний період.

Це вимагає оновлення підходів до збору даних, щоб забезпечити більш точну і всеосяжну оцінку потреб у допоміжних репродуктивних технологіях та інших сферах охорони здоров'я. Такий підхід сприятиме ефективному плануванню та раціональному розподілу ресурсів, що є критично важливим для підвищення якості медичних послуг, особливо в умовах погіршення демографічної ситуації та інших викликів, пов'язаних із війною. Для прогнозування кількості пар, які потребують допоміжних репродуктивних технологій, можна використовувати статистичну модель, яка враховує основні фактори, що впливають на попит на ці послуги. Нижче представлено інтегровану модель прогнозування потреби в ДРТ.

Модель можна подати у вигляді наступної формули 3.4:

(3.4)

$$N_{\text{ДРТ}} = \sum_{i=1}^n (N_{\text{пар}}^i \times (R_{\text{жін.безпл.}}^i + R_{\text{чол.безпл.}}^i - R_{\text{жін.безпл.}}^i \times R_{\text{чол.безпл.}}^i) \times \frac{1}{R_{\text{усп}}^i} \times C_{\text{ДРТ}}^i)$$

Де:

$N_{\text{ДРТ}}$ — прогнозована кількість пар, які потребують ДРТ

$N_{\text{пар}}^i$ — кількість пар у віковій групі i

$R_{\text{жін.безпл.}}^i$ — частота жіночого безпліддя у віковій групі i

$R_{\text{чол.безпл.}}^i$ — частота чоловічого безпліддя у віковій групі i

$R_{\text{усп}}^i$ — коефіцієнт успішності процедур ДРТ у віковій групі i

$C_{\text{ДРТ}}^i$ — середня кількість циклів ДРТ, необхідних для досягнення вагітності у віковій групі i

n — кількість вікових груп

Вихідні дані, які потрібні:

- розподіл населення за віком (кількість жінок і чоловіків репродуктивного віку в кожній віковій групі);
- частота жіночого безпліддя (відсоток жінок у кожній віковій групі, які мають діагноз безпліддя);
- частота чоловічого безпліддя (відсоток чоловіків у кожній віковій групі, які мають діагноз безпліддя);

- коефіцієнт успішності процедур ДРТ (частка успішних процедур у кожній віковій групі (може різнитися для жінок і чоловіків)).
- кількість циклів ДРТ на одну пару (середня кількість циклів ДРТ, необхідних для досягнення вагітності).

Пояснення моделі:

Частота безпліддя для пари визначається як сума частот безпліддя у жінок і чоловіків, за винятком ймовірності того, що безпліддя існує одночасно у обох партнерів. Це враховує ймовірність того, що пара може мати безпліддя через одного з партнерів або через обох.

Кількість пар визначається на основі демографічних даних про населення репродуктивного віку.

Коефіцієнт успішності процедур ДРТ (допоміжних репродуктивних технологій) можна розрахувати на основі даних про кількість успішних результатів (наприклад, настання вагітності або народження дитини) та загальної кількості проведених процедур. Формула (3.5) для розрахунку виглядає наступним чином:

$$F_{\text{усп}} = \frac{N_{\text{усп}}}{N_{\text{проц}}} \quad (3.5)$$

де:

$F_{\text{усп}}$ – коефіцієнт успішності

$N_{\text{усп}}$ – кількість успішних результатів (наприклад кількість вагітностей або народжень дітей)

$N_{\text{проц}}$ – загальна кількість проведених процедур ДРТ

Кількість успішних результатів $N_{\text{усп}}$ може включати, залежно від мети дослідження, вагітності, які закінчилися народженням дитини, або просто вагітності, підтверджені тестами.

Загальна кількість проведених процедур $N_{\text{проц}}$ – це загальна кількість циклів ДРТ, проведених у вибраний період або серед вибраної групи.

Приклад:

Якщо в клініці було проведено 1000 циклів ДРТ, з яких 350 призвели до вагітності, коефіцієнт успішності процедур складе (3.6):

$$F_{\text{усп}} = \frac{350}{1000} = 0,35 \text{ або } 35 \% \quad (3.6)$$

Цей коефіцієнт може варіюватися в залежності від багатьох факторів, таких як вік пацієнтів, тип ДРТ, що використовується, і медичні показники пацієнтів.

Щоб продемонструвати приклад розрахунку потреби в допоміжних репродуктивних технологіях (ДРТ) із використанням адаптованої моделі, припустимо такі гіпотетичні дані:

1. Вихідні дані:

- кількість пар у віковій групі 25-34 роки: 100 000 пар.
- частота жіночого безпліддя у віковій групі 25-34 роки: 10% (тобто 0.10).
- частота чоловічого безпліддя у віковій групі 25-34 роки: 8% (тобто 0.08).
- коефіцієнт успішності процедур ДРТ у віковій групі 25-34 роки: 30% (тобто 0.30).
- середня кількість циклів ДРТ, необхідних для досягнення вагітності: 1.5 циклів.

Розрахунок:

1. Частота безпліддя для пари (3.7):

$$R_{\text{пари}} = R_{\text{жін. безпл.}} + R_{\text{чол. безпл.}} - (R_{\text{жін. безпл.}} \times R_{\text{чол. безпл.}}) \quad (3.7)$$

До прикладу:

$$R_{\text{пари}} = 0.10 + 0.08 - (0.10 \times 0.08) = 0.18 - 0.008 = 0.172$$

2. Кількість пар, які потребують ДРТ (3.8):

$$N_{\text{пари, що потребують ДРТ}} = N_{\text{пар}} \times R_{\text{пари}} \quad (3.8)$$

До прикладу:

$$N_{\text{пари, що потребують ДРТ}} = 1000.000 \times 0.172 = 17.200 \text{ пар}$$

3. Кількість циклів ДРТ, необхідних для досягнення вагітності (3.9):

$$N_{\text{циклів ДРТ}} = \frac{N_{\text{пари, що потребують ДРТ}}}{R_{\text{усп}}} \times C_{\text{ДРТ}} \quad (3.9)$$

До прикладу:

$$N_{\text{циклів ДРТ}} = \frac{17.200}{0.30} \times 1.5 = 57.4 \text{ циклів}$$

Отже, для вікової групи 25-34 роки, за даними показниками, прогнозується, що 17,200 пар потребують допоміжних репродуктивних технологій. Для задоволення цієї потреби необхідно провести приблизно 57,333 цикли ДРТ.

Цей приклад демонструє, як можна використати наявні дані для оцінки потреби в ДРТ серед конкретних вікових груп, що допоможе краще планувати ресурси та медичні послуги.

III. Розвиток паліативної допомоги

Цей напрям спрямований на підтримку якості життя пацієнтів у важкому стані, які потребують особливого медичного та соціального догляду.

В основах законодавства про охорону здоров'я вказано, що держава забезпечує рівень життя населення, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд, соціальне обслуговування і забезпечення, необхідне для підтримки здоров'я (ст. 25).

З цією метою встановлюються єдині мінімальні норми відповідно до науково обґрунтованих медичних, фізіологічних і санітарно-гігієнічних вимог. Організовується натуральне забезпечення, включаючи безкоштовне постачання продуктів харчування, одягу, ліків та інших предметів першої необхідності для найбільш вразливих верств населення. Вживаються заходи для задоволення життєвих потреб біженців, безпритульних та осіб, які не мають постійного місця проживання. Медична допомога і соціальне обслуговування надаються безкоштовно особам, які перебувають у важкому матеріальному становищі, що загрожує їхньому життю і здоров'ю.

Ліжковий фонд, штатна чисельність, матеріально-технічне оснащення закладів охорони здоров'я, що надають паліативну допомогу, у тому числі амбулаторну, та адміністративно-територіальна одиниця (об'єднані громади, госпітальний округ), що обслуговується цими закладами охорони здоров'я,

визначаються залежно від потреб населення в паліативній допомозі, демографічних, географічних та інших особливостей регіону (IV) [114].

Служби паліативної допомоги дітям створюються відповідно до потреб дитячого населення, захворюваності, демографічних, географічних, інфраструктурних та інших особливостей регіону, а також потреб органів місцевого самоврядування (об'єднаних територіальних громад) (V) [114].

Порядок, зміст та обсяги надання паліативної допомоги, а також розрахунок необхідної кількості служб для її забезпечення, і перелік відповідних медичних показань визначаються центральним органом виконавчої влади, відповідальним за формування та реалізацію державної політики в галузі охорони здоров'я (ст. 35⁴) [114]. З огляду на це важливо відзначити: для ефективного планування необхідно розрахувати дві потреби: потребу в обсягах паліативної допомоги та потребу в кількості служб, які забезпечать її надання. Наказом МОЗ передбачено порядок та зміст надання паліативної допомоги, але немає розрахунку визначених потреб.

Розрахунок потреби в обсягах паліативної допомоги та кількості служб для її надання набуває особливої важливості в умовах війни, коли багато військовослужбовців можуть потребувати такої допомоги через отримані поранення, хронічні захворювання або психологічні травми. Військові конфлікти призводять до значного збільшення кількості людей, які мають складні медичні потреби, включаючи тих, хто потребує паліативної допомоги через невиліковні стани або тяжкі фізичні й психологічні наслідки бойових дій.

У таких умовах забезпечення достатньої кількості спеціалізованих служб паліативної допомоги стає надзвичайно важливим для забезпечення належного догляду та підтримки тих, хто постраждав від війни. Це не лише питання гуманності, але й ефективності медичної системи, яка має бути готовою надати необхідний рівень допомоги тим, хто її найбільше потребує. Вчасне та адекватне планування ресурсів і послуг паліативної допомоги дозволить зменшити страждання пацієнтів, забезпечити їм гідні умови життя та пом'якшити психологічні й соціальні наслідки війни.

3.3. Удосконалення механізмів публічно-приватного партнерства для інтеграції ресурсів у розвиток медичного обслуговування

Використання терміну “публічно-приватне партнерство” замість “державно-приватне партнерство” є доцільним з огляду на положення українського законодавства, яке охоплює широке коло суб’єктів, включаючи як державні, так і комунальні заклади, що беруть участь у спільних проектах з приватним сектором.

Закон України “Про державно-приватне партнерство” [25] визначає державно-приватне партнерство як “співробітництво між державою Україна, Автономною Республікою Крим, територіальними громадами в особі відповідних державних органів, що згідно із Законом України ‘Про управління об’єктами державної власності’ здійснюють управління об’єктами державної власності, органами місцевого самоврядування”. Це визначення чітко вказує на участь як державних, так і комунальних органів у державно-приватному партнерстві, підкреслюючи необхідність використання терміну “публічно-приватне партнерство” для більш точного відображення цієї співпраці.

Додатково, Закон України “Про місцеве самоврядування в Україні” встановлює, що органи місцевого самоврядування є відповідальними за надання суспільно значущих послуг, спрямованих на забезпечення суспільних інтересів та потреб, що підкреслює їхню роль у публічно-приватних партнерствах. Це також підтверджується в Законі України “Про управління об’єктами державної власності” [24], який закріплює можливість органів місцевого самоврядування укладати договори щодо спільної участі на стороні державного партнера із уповноваженими органами державної влади.

Крім того, законодавство визначає, що “суспільно значущі послуги” є такими, що надаються необмеженому колу користувачів (споживачів) та/або надання яких має забезпечуватися органами державної влади, органами місцевого самоврядування. Це підкреслює важливість розгляду публічно-приватного партнерства як засобу забезпечення доступу до цих послуг, що охоплює як державний, так і комунальний сектори.

Також, у контексті аналізу ефективності здійснення державно-приватного партнерства, Закон України “Про державно-приватне партнерство” встановлює, що аналіз проводиться щодо об'єктів: державної власності – центральним або місцевим органом виконавчої влади, що здійснює відповідно до закону функції з управління відповідними об'єктами державної власності; комунальної власності – виконавчим органом місцевого самоврядування. Це положення ще раз підкреслює важливість включення як державних, так і комунальних закладів у поняття “публічно-приватного партнерства”.

Таким чином, термін “публічно-приватне партнерство” краще відповідає реаліям українського законодавства і ефективніше відображає широкий спектр співпраці між різними рівнями публічної влади і приватним сектором, що особливо важливо в контексті розвитку інтегрованих мереж охорони здоров'я в Україні.

Доступ до базових медичних послуг є ключовим елементом соціального розвитку. Одним із завдань на шляху до третьої Цілі сталого розвитку, яка полягає в забезпеченні здорового життя та сприянні загальному добробуту, є забезпечення універсального охорони здоров'я. Це включає фінансову захищеність, доступ до якісних базових медичних послуг, а також доступ до безпечних, ефективних і доступних лікарських засобів та вакцин для всіх.

Зі зростанням бюджетного тиску, уряди все частіше звертаються до публічно-приватних партнерств (ППП) як до методу розширення доступу до високоякісних медичних послуг. Це передбачає використання капіталу, управлінського потенціалу та професійних знань з приватного сектору. Зростання інтересу до PPP можна пояснити збільшенням витрат на медичні послуги через старіння населення у розвинених та країнах, що розвиваються, поширення хронічних хвороб та швидкий розвиток медичних технологій. Важливим аспектом є також необхідність адаптації медичної інфраструктури до сучасних викликів, що вимагає новітніх технологій та підходів до лікування.

Спочатку обмежені традиційними інфраструктурними секторами, такими як транспорт, вода чи енергетика, публічно-приватні партнерства все частіше застосовуються також у соціальних інфраструктурних секторах, особливо в

наданні медичних послуг. Хоча існує значна кількість досліджень щодо результатів використання ППП у країнах з високим доходом [235] ще є мало досліджень про застосування концепції ППП у країнах з низьким та середнім рівнем доходу, і ще менше — про результати цих партнерств. Таким чином, існує обмежена кількість рекомендацій, які могли б допомогти політикам вирішити, коли і чи варто залучати приватний сектор до надання медичних послуг у формі ППП. Також існує обмежене розуміння викликів, пов'язаних зі структуруванням ППП та управлінням асоційованими сервісними контрактами. Враховуючи особливі виклики, які така складна форма контракування може створювати в умовах країн, що розвиваються, це важливі прогалини, які додаткові ґрунтовні оцінки та аналізи можуть допомогти вирішити.

Група Світового банку в своїй стратегії активно підтримує публічно-приватні партнерства, оскільки вважає, що такі партнерства можуть значно вдосконалити надання базових послуг у секторах, наприклад охорони здоров'я, які критично важливі для зниження рівня бідності та сприяння спільному добробуту [246]. ППП та інші форми участі приватного сектору в охороні здоров'я є ключовими компонентами інших стратегій Групи Світового банку, включно зі Стратегією розвитку охорони здоров'я 2008 року, різними стратегіями допомоги країнам та Рамковими партнерськими програмами, а також звітами МКФ про стратегію та бізнес-перспективи за 2017-19 роки. Спільний підхід Групи Світового банку до залучення приватного сектору в галузі охорони здоров'я, сформульований у 2015 році, приділяє увагу інтегрованій системі охорони здоров'я, не залежно від того, державна вона чи приватна, і підкреслює, що без участі приватного сектору неможливо досягти універсального охорони здоров'я.

Визначення публічно-приватних партнерств, відповідно до політик Групи Світового банку визначаються як “довгострокове партнерство між приватною компанією та державною інституцією для надання публічних активів або послуг, при цьому приватна сторона несе значну частину ризику та управлінську відповідальність, а її винагорода залежить від якості виконання” [264].

ППП залучають не тільки фінансові ресурси, а й управлінський досвід та технічні знання з приватного сектору. Вони представляють собою різноманітні формати співпраці, які можуть значно відрізнятися залежно від сектору. Наприклад, у госпітальному секторі ключовою є первинна інвестиція капіталу від приватних партнерів [220]. Тим часом, PPP у секторі охорони здоров'я мають різний обсяг покриваних послуг. На основі зовнішнього огляду літератури розроблена типологія, представлена в табл. 3.3, яка слугує основою для цього дослідження, залучаючи всі ці моделі PPP, які використовує Група Світового банку.

Таблиця 3.3

Типологія публічно-приватних партнерств в секторі охорони здоров'я
(узагальнено авторкою на основі [245])

<i>Модель PPP</i>	<i>Загальний термін</i>	<i>Пояснення</i>
Лише обрані медичні послуги	Операційний контракт, контракт на основі виконання (концесія, оренда)	Приватний партнер залучається для управління та надання публічно фінансованих медичних послуг у державному закладі
Фінансування об'єкта (лише приміщення)	Проектування, будівництво, фінансування, експлуатація	Державне агентство укладає контракт з приватним партнером на проектування, будівництво, фінансування та управління медичним закладом. Більшість медичних послуг надається у закладі державою
Комбінована (приміщення та медичні послуги)	Спільне використання приміщень/медичних послуг, спільне підприємство, франшиза	Приватний партнер орендує або будує об'єкт та надає безкоштовні або субсидовані послуги визначеній групі населення

Однією з ключових характеристик всіх типів PPP є розподіл ризиків між приватними компаніями та урядом. Однак, міра цього розподілу ризиків варіюється та залежить від багатьох факторів, включаючи обсяг інвестицій від приватної сторони, тривалість партнерства, умови для переговорів та структуру механізмів виплат. Поділ ризиків важливий для забезпечення балансу відповідальності та для

стимулювання обох сторін до досягнення спільних цілей, покращуючи таким чином ефективність та стабільність партнерства.

Українська система охорони здоров'я стикається з важливими викликами впродовж багатьох років. Однією з основних проблем є перенасиченість стаціонарними закладами, багато з яких є застарілими і неефективними [149], водночас з недостатньою кількістю закладів первинної медичної допомоги та діагностичних центрів. Вирішення цих проблем вимагатиме значних інвестицій у капітальний розвиток, однак обмежений бюджет може ускладнити можливості уряду щодо необхідної модернізації інфраструктури.

До початку конфлікту визнання цих обставин спонукало до активної політичної підтримки ідеї публічно-приватних партнерств. Президент України звернувся до членів кабінету міністрів з вимогою фасилітувати використання ППП у сфері охорони здоров'я та впровадити серію супутніх реформ [235]. Ці реформи включають створення категорії “спроможні лікарні”, що має стати магнітом для інвестицій, і надання госпітальним організаціям та іншим медичним провайдерам фінансової та оперативної незалежності. Ці кроки мають на меті не тільки підвищити якість медичних послуг, але й забезпечити стійкість системи охорони здоров'я до майбутніх викликів, стимулюючи при цьому інвестиції як з державного, так і з приватного секторів.

В умовах поствоєнного відновлення України, важливим є не тільки фізичне відновлення зруйнованої інфраструктури, але й глибока реформа медичної системи, що включає модернізацію застарілих установ та інтеграцію новітніх технологій. За умов обмежених бюджетів, публічно-приватні партнерства (ППП) стають важливим інструментом для залучення необхідних ресурсів і інновацій. Указ Президента України № 261/2021 вже підкреслив необхідність ефективного використання ППП для підтримки відновлення медичної інфраструктури, що стане основою для зосередження інвестицій та надання госпітальним організаціям фінансової та оперативної незалежності.

На основі оновленої структури медичної допомоги в Україні, де виділяються загальні заклади охорони здоров'я, кластерні та надкластерні заклади, важливо

переглянути підходи до інвестування та розвитку інфраструктури через публічно-приватні партнерства. Для ефективного планування і реалізації медичних інвестицій необхідно враховувати специфіку потреб кожного рівня:

1. Загальні заклади охорони здоров'я - забезпечують базові медичні послуги і потребують інвестицій для підвищення доступності та якості первинної медичної допомоги.
2. Кластерні заклади - спеціалізовані медичні центри, які надають вторинну допомогу і потребують розвитку спеціалізованих відділень та впровадження сучасного медичного обладнання.
3. Надкластерні заклади - високоспеціалізовані медичні центри, що забезпечують третинну допомогу та інноваційні лікувальні технології, вимагають великих капіталовкладень для впровадження передових медичних технологій та досліджень.

Міжнародні фінансові інституції, включаючи Європейський банк реконструкції та розвитку (EBRD), Європейський інвестиційний банк (EIB), Розвитковий банк Ради Європи (CEB), Міжнародний валютний фонд (IMF) та Групу Світового банку (WBG), заявили про свій намір підтримувати відновлення України, включаючи використання ППП [245]. Ці зусилля повинні бути добре координованими, цілеспрямованими для адресації як довгострокових недоліків, так і руйнувань, спричинених конфліктом, та ефективно реалізованими.

Координація міжнародної допомоги повинна забезпечувати не лише розподіл ресурсів, але й їх ефективне використання, моніторинг і оцінку впроваджених проектів. Співпраця між урядом України та міжнародними партнерами має враховувати нагальні потреби та довгострокові цілі української системи охорони здоров'я, сприяючи створенню стійкої, адаптивної та високоефективної медичної інфраструктури. Це дозволить Україні не тільки відновити зруйноване, але й підвищити якість медичного обслуговування та зменшити вразливість перед майбутніми кризами.

Використання публічно-приватних партнерств може сприяти досягненню цих результатів, якщо їх застосування сприятиме вдосконаленню вибору проектів,

підвищенню організаційної ефективності та підсиленню вартості грошей для інфраструктури та надання послуг в Україні. Тому їх використання в країні, ймовірно, залишиться важливим питанням для урядових політиків та їхніх партнерів у розвитку, що слід враховувати в різних сценаріях, пов'язаних з конфліктом.

У секторі охорони здоров'я ППП передбачають довгостроковий контракт між приватною установою та державною установою з надання медичних закладів, обладнання та/або послуг. Наразі в Україні мається обмежений досвід ППП, а відповідно і обмежені можливості для розробки та реалізації політик, які б сприяли та оптимізували їх використання. На відміну від цього, в інших країнах Європейського регіону ВООЗ, а також в Австралії, Канаді та Сполучених Штатах Америки існує значний досвід використання ППП. Існує значна доказова база щодо використання ППП в секторі охорони здоров'я в країнах із високими та деякими середніми доходами [236].

На основі міжнародного досвіду Україна може розробити стратегії для ефективнішого впровадження ППП, особливо в регіонах, що постраждали внаслідок конфлікту. Детальніше міжнародний досвід відображено у **додатку К**. Аналізуючи міжнародний досвід, Україна може адаптувати найкращі практики та уникнути помилок. Це включає розробку прозорих процедур вибору приватних партнерів, забезпечення чіткого законодавчого регулювання та встановлення ефективних механізмів контролю. Інвестування в спеціалізовані клінічні та діагностичні послуги через ППП може значно покращити доступність та якість охорони здоров'я в Україні, водночас сприяючи інноваціям і підвищенню ефективності медичної допомоги.

Важливо адаптувати кращі світові практики до українських реалій, забезпечивши необхідне законодавче та інституційне підґрунтя, здатне гарантувати прозорість, відповідальність та справедливість у реалізації ППП. Створення міцних партнерських відносин з міжнародними інвесторами також може стимулювати розвиток медичної інфраструктури та підвищити якість охорони здоров'я в Україні.

Цей аналіз підкреслює необхідність спрямування капіталовкладень у галузі охорони здоров'я на задоволення ідентифікованих пріоритетів у наданні послуг, які визначені компетентними органами охорони здоров'я на національному та субнаціональному рівнях. Ці інвестиції повинні відповідати стратегічним рамкам, таким як Національна стратегія реформування охорони здоров'я в Україні 2015–2020 та проєкт Стратегії здоров'я 2030. Перед ініціюванням будь-яких процесів закупівлі або впровадження проєктів, органи охорони здоров'я повинні вирішити критичні питання, які визначають подальшу стратегію інвестування та розвитку інфраструктури:

Для структурування процесу інвестування та розвитку інфраструктури охорони здоров'я в Україні, особливо в контексті визначених стратегій і потреб, можна сформулювати таблицю, яка візуалізує ключові питання та їх зв'язок з рівнями охорони здоров'я та потрібними інвестиціями (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Основні параметри визначення стратегій у сфері охорони здоров'я
(сформовано авторкою)

Питання для рішення	Рівень охорони здоров'я	Вимоги до об'єктів	Необхідні інвестиції
Які медичні послуги мають надаватися за рахунок державних коштів?	Первинна, вторинна, третинна	Перевизначити існуючі об'єкти та оцінити нові потреби	Інвестиції у будівництво нових та ремонт старих закладів
На яких рівнях системи охорони здоров'я мають надаватися ці послуги?	Первинна, вторинна, третинна	Визначення спеціалізованих потреб кожного рівня	Оптимізація розподілу ресурсів між рівнями
Які об'єкти потрібні для реалізації цих послуг на відповідному рівні якості?	Первинна, вторинна, третинна	Модернізація існуючих та розробка нових об'єктів	Розробка та впровадження проєктів модернізації
Які інвестиції потрібні для реалізації бажаної реорганізації медичних закладів?	Первинна, вторинна, третинна	Оцінка поточного стану та потенціалу для розвитку	Фінансування реорганізації та розвитку

Така таблиця допоможе у координації зусиль та забезпеченні зосередженості на важливих аспектах розвитку медичної галузі, а також дозволяє встановити чіткі відповідності між стратегічними запитаннями, рівнями охорони здоров'я, конкретними потребами у об'єктах та типами необхідних інвестицій. Вона стане корисним інструментом для уряду та інших зацікавлених сторін у процесі планування та виконання програм розвитку охорони здоров'я, забезпечуючи їх відповідність довгостроковим стратегіям реформ.

Публічно-приватне партнерство надає урядам важливі інструменти для досягнення стратегічних цілей, проте саме по собі не може бути основною стратегією. Важливо чітко визначити цілі та недоліки, які ППП здатне вирішити, оскільки це є критично важливим аспектом ефективного планування. Приклади впровадження ППП у Європейському регіоні та в Україні демонструють різноманітність цілей, яких можна досягти завдяки цьому механізму.

Публічно-приватне партнерство відкриває можливості залучення ресурсів приватного сектору для підвищення доступності та якості медичних послуг. Завдяки співпраці з приватними партнерами держава може розширити обсяги надання медичних послуг та покращити їхню якість, використовуючи регульовані потоки доходів і залучаючи додаткові кошти від користувачів.

ППП також допомагає подолати бюджетні обмеження, що є актуальним для багатьох країн. Завдяки цьому механізму можливо фінансувати капітальні проекти без значного збільшення державного боргу або витрат. Це дозволяє державі підтримувати економічну стабільність, водночас інвестуючи в розвиток інфраструктури та послуг.

Крім того, публічно-приватне партнерство сприяє залученню управлінських навичок приватного сектору, що підвищує ефективність і продуктивність медичних закладів. Співпраця з приватними компаніями дає можливість впроваджувати передові технології та методи управління, які допомагають оптимізувати використання ресурсів і покращити якість наданих послуг.

Одним з важливих аспектів ППП є підвищення якості вибору проектів та прозорість урядових закупівель. Додатковий рівень незалежного аналізу та

перевірки, характерний для ППП, забезпечує прозорість у виконанні проектів і запобігає корупційним ризикам. Незалежний моніторинг та аудит, що включені в процес ППП, гарантують високу якість виконання державних контрактів та забезпечують максимальну вигоду для суспільства.

Таким чином, публічно-приватне партнерство може стати ефективним інструментом для досягнення стратегічних цілей уряду, проте його впровадження вимагає ретельного планування та чіткого визначення цілей і завдань.

Україна зробила значні кроки у законодавчій адаптації для впровадження ППП, особливо з публікацією Міністерством охорони здоров'я нових методологічних рекомендацій у 2018 році [30]. Ці керівництва мають на меті навчити місцеві органи охорони здоров'я використовувати ППП ефективно, гарантуючи, що кожен проект розглядається з урахуванням особливостей місцевих потреб і ресурсів. Завдяки цьому, ППП можуть відіграти ключову роль у модернізації інфраструктури охорони здоров'я, стимулюючи інновації та покращуючи доступність послуг для всіх верств населення.

Так можна систематизувати інформацію про законодавчі акти, що стосуються ППП та концесій в Україні, у формі таблиці для кращої наочності (табл.3.5).

Ця таблиця чітко демонструє основні законодавчі рамки та нормативні документи, які регулюють ППП та концесії в Україні, допомагаючи зрозуміти їх структуру та функціонування в контексті національного законодавства.

Закони допомагають створити прозоре та передбачуване середовище для обох сторін – державних та приватних. Наприклад, згідно з Законом “Про концесію”, важливо, що доходи приватного партнера повинні переважно походити від платежів користувачів, а не державних дотацій, що спрямовано на зменшення фіскального навантаження на державний бюджет. Постанови Кабінету Міністрів займаються більш детальним регулюванням процедур, необхідних для ефективного впровадження ДПП та концесій. Вони включають правила розподілу контрактів, оцінку ризиків і визначення платежів концесіонерам. Ці нормативи важливі для забезпечення, що проекти є економічно вигідними та відповідають

інтересам громадськості. Загалом, ці законодавчі акти створюють міцну основу, яка сприяє інвестиціям, підвищує ефективність публічних послуг та веде до стійкого розвитку важливих галузей економіки.

Таблиця 3.5.

Назва закону або постанови	Номер та дата	Основні положення
<i>встановлюють фундаментальні принципи та правила для організації PPP та концесій в Україні</i>		
Закон України “Про державно-приватне партнерство” [25]	№ 2404-VI, 01.07.2010	Визначає ДПП, встановлює сектори застосування та регулює умови надання державної допомоги та гарантій
Закон України “Про концесію” [29]	№ 155-IX, 03.10.2019	Визначає, що основна частина доходів приватного партнера має надходити від платежів користувачів послуг, а не з державних коштів
<i>деталізують процес впровадження та управління ризиками</i>		
Постанова КМУ “Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства” [71]	№ 384, 11.04.2011	
Постанова КМУ “Про затвердження Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними” [72]	від 16 лютого 2011 р. № 232	визначає методику оцінки та управління ризиками, що є ключовим аспектом у запобіганні фінансових втрат та забезпеченні стабільності і тривалості проектів.
Постанова КМУ “Про затвердження методики розрахунку концесійних платежів” [83]	№ 706, 12.08.2020	Встановлює методику визначення платежів, які мають сплачувати концесіонери, що зменшує можливість спекуляцій та непорозумінь.

Проекти в секторі охорони здоров'я часто включають значні початкові інвестиції в інфраструктуру та послуги, з поверненням цих інвестицій, яке розподіляється на багато років. Можливість брати на себе довгострокові бюджетні

зобов'язання робить ці проекти більш реалізованими та привабливими для потенційних приватних партнерів. Це зменшує фінансові ризики, пов'язані з масштабними, довгостроковими інвестиціями.

Парламент прийняв законопроект №5090 щодо врегулювання здійснення державно-приватного партнерства, у тому числі концесій [30]. Цей законопроект, який перед війною готувався до другого читання у парламенті, має стати важливим моментом для розвитку програм ППП у секторі охорони здоров'я в Україні. Його прийняття, ймовірно, стане передумовою для форм ППП, які базуються на довгострокових контрактних зобов'язаннях від уряду, включаючи всі обговорювані нижче проекти.

У світлі впровадження публічно-приватних партнерств (ППП) у галузі охорони здоров'я, особлива увага приділяється моделям, що дозволяють інтегрувати передові клінічні та діагностичні послуги. Ця модель ППП передбачає участь приватних операторів, які беруть на себе зобов'язання забезпечувати високоспеціалізовані медичні послуги за контрактом із державними установами. Розглянемо ключові аспекти та виклики такої співпраці.

Ядро цієї моделі полягає у визначенні спектра клінічних та діагностичних послуг, які мають бути надані. Контракти зазвичай охоплюють період від 5 до 10 років, що вимагає довгострокової віддачі та зобов'язань з обох сторін. Оплата за ці послуги здійснюється урядом, часто на основі заздалегідь визначеного глобального бюджету, іноді доповненого співоплатами користувачів. Це сприяє стабільності фінансування та забезпечує передбачуваність витрат для держави.

Одним із основних плюсів цієї моделі є можливість значно покращити доступність та якість медичної інфраструктури та послуг. Використання приватних інвестицій дозволяє швидше оновлювати обладнання та впроваджувати інноваційні технології у медичну практику. Крім того, держава може скористатися досвідом та експертизою міжнародних спеціалізованих компаній у таких критичних сферах, як радіотерапія чи діаліз. Це не лише підвищує технічну якість послуг, а й сприяє розробці нових моделей догляду та оптимізації організаційних процесів.

Втім, модель має свої складнощі. Високі транзакційні витрати та обмежена кількість пропозицій від приватних учасників можуть призвести до зниження конкуренції та збільшення цін на тендери. Це ставить під загрозу досягнення цілей щодо вартості коштів та може вимагати зовнішньої підтримки, наприклад, від розвиткових партнерів. Крім того, необхідно забезпечити, щоб ППП не підривали здатність національної системи охорони здоров'я вирішувати найнагальніші проблеми здоров'я населення.

Розгляд таких проектів, як створення нового радіологічного центру при Національному інституті раку в Києві, свідчить про серйозний інтерес держави до розвитку ППП у медичній сфері. Забезпечення чітких клінічних настанов та критеріїв для направлення пацієнтів є ключовим для успіху цієї моделі, як і створення прозорих механізмів моніторингу та оцінки ефективності наданих послуг.

Таким чином, модель спеціалізованих клінічних та діагностичних послуг у рамках ППП відкриває значні можливості для покращення охорони здоров'я, водночас потребуючи ретельного аналізу та адаптації під специфіку національної системи охорони здоров'я.

Світова практика публічно-приватних партнерств в галузі охорони здоров'я надає цінний урок для України, особливо у контексті спеціалізованих клінічних та діагностичних послуг. Зарубіжний досвід демонструє, як правильно структуровані та ефективно управліні ППП можуть значно покращити якість та доступність медичного обслуговування.

На рівні громад можуть бути ефективно реалізовані три типи моделей:

Модель 1. Спеціалізовані клінічні та діагностичні послуги для широкого населення

Модель 2: Спеціалізовані клінічні та діагностичні послуги для людей похилого віку

Модель 3: Інтегровані публічно-приватні партнерства в охороні здоров'я

Перш за все, перша модель безпосередньо відповідає потребам громади. До прикладу, у багатьох громадах існує невідкладна потреба у доступі до

спеціалізованих медичних послуг, таких як гемодіаліз або радіотерапія. Запровадження таких послуг на місцевому рівні через ППП дозволяє скоротити час та витрати на транспортування пацієнтів до віддалених медичних центрів, що значно підвищує ефективність медичної допомоги і поліпшує якість життя населення.

Додатковою перевагою цієї моделі є можливість залучення приватних інвестицій. Приватні партнери, маючи доступ до сучасного обладнання та передових технологій, можуть створювати та експлуатувати спеціалізовані медичні центри, забезпечуючи високоякісні послуги. Це не лише сприяє розвитку медичної інфраструктури громади, але й стимулює загальний економічний розвиток.

Ефективне управління ресурсами також є важливою складовою цієї моделі. Приватний оператор зобов'язується надавати визначений обсяг послуг за контрактом, що включає договірні зобов'язання щодо кількості пацієнтів та процедур. Це дозволяє планувати використання ресурсів з урахуванням реальних потреб громади, забезпечуючи стабільність витрат та передбачуваність фінансування.

Крім того, перша модель має високу адаптивність до місцевих умов. Громади можуть гнучко адаптувати модель до своїх специфічних потреб, визначаючи пріоритетні спеціалізовані послуги, що є найбільш необхідними для населення. Такий підхід дозволяє враховувати демографічні, епідеміологічні та економічні особливості регіону, що робить модель більш ефективною.

Приватний сектор, завдяки своїй можливості впроваджувати передові методи управління та новітні технології, сприяє підвищенню якості медичних послуг. Це позитивно впливає на задоволення потреб пацієнтів та сприяє підвищенню їх довіри до системи охорони здоров'я.

Реалізація проектів ППП у цій сфері також сприяє загальному розвитку медичної інфраструктури на місцевому рівні. Це дозволяє знизити навантаження на великі медичні центри та розширити доступність спеціалізованих послуг для широких верств населення.

Прикладами можливих проектів у межах цієї моделі є створення спеціалізованих центрів гемодіалізу для пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю, а також онкологічних лікарень для лікування ракових захворювань, включаючи радіотерапію та хіміотерапію. Такі ініціативи сприяють розвитку медичних послуг на місцевому рівні, покращуючи загальний стан здоров'я населення та підвищуючи ефективність надання медичної допомоги в Україні.

У контексті старіння населення друга модель, яка орієнтована на спеціалізовані клінічні та діагностичні послуги для літніх людей, може стати критично важливою на рівні громад. Ця модель спрямована на задоволення специфічних медичних потреб старшого населення, яке стає все більш численним і вразливим до різних захворювань. Старіння населення обумовлює адаптацію медичних послуг до специфічних потреб літніх людей і друга модель пропонує саме такі рішення.

Перш за все, ця модель відповідає специфічним потребам літніх людей, які часто звертаються за медичною допомогою у приводу загострення хронічних захворювань, таких як кардіологічні проблеми, онкологічні захворювання, нефрологічні розлади, які потребують регулярного гемодіалізу, а також ортопедичні проблеми. Наявність таких спеціалізованих послуг на місцевому рівні є життєво важливою для забезпечення доступу до якісної медичної допомоги без необхідності тривалих переїздів до віддалених медичних центрів.

Окрім цього, доступність медичних послуг для літніх людей є ключовим фактором, враховуючи їх обмежену мобільність. Запровадження спеціалізованих клінічних та діагностичних центрів у громадах значно покращує доступ до необхідних медичних послуг, зменшуючи необхідність переміщень, що особливо важливо для пацієнтів із хронічними захворюваннями.

Комплексний підхід до догляду, який може бути забезпечений приватними операторами в рамках ППП, включає не тільки діагностику та лікування хронічних захворювань, але й регулярний медичний огляд, профілактичні заходи та психологічну підтримку. Це дозволяє забезпечити всебічний підхід до догляду за

літніми людьми, покращуючи якість їхнього життя та зменшуючи ризики розвитку ускладнень.

Ще однією важливою перевагою реалізації цієї моделі на місцевому рівні є зменшення навантаження на великі державні медичні установи. Часто ці заклади перевантажені через великий попит на спеціалізовані медичні послуги, і перенесення частини цього навантаження на місцевий рівень може допомогти оптимізувати роботу державних медичних центрів.

Економічна ефективність також є вагомим аргументом на користь другої моделі. Залучення приватних інвестицій та раціональне використання ресурсів дозволяють забезпечити високу якість медичних послуг при збереженні контролю над витратами. Це особливо актуально в умовах обмежених бюджетних можливостей та зростаючого попиту на медичні послуги.

Приклади можливих проектів у рамках цієї моделі включають створення центрів для лікування хронічних захворювань, таких як діабет, серцево-судинні захворювання та артрит. Відкриття спеціалізованих діагностичних центрів, які зосереджені на ранньому виявленні та моніторингу вікових захворювань, також є важливим напрямом розвитку. Крім того, геріатричні клініки, які надають комплексну медичну допомогу літнім людям, включаючи догляд за психічним здоров'ям та реабілітацію після інсультів або операцій, можуть стати ключовими елементами цієї моделі.

Таким чином, друга модель є ефективним рішенням для задоволення специфічних медичних потреб людей старшого чи похилого віку на рівні громад. Вона не тільки покращує доступність і якість медичних послуг, але й сприяє загальному розвитку медичної інфраструктури та підвищенню рівня здоров'я населення в умовах старіння суспільства.

Інтегровані публічно-приватні партнерства в охороні здоров'я є складною, але водночас інноваційною моделлю співпраці, яка має великий потенціал для розвитку в Україні. Третя модель поєднує інфраструктурні компоненти, такі як будівництво та модернізація медичних закладів, з інтеграцією клінічних послуг. Такий підхід відрізняється від традиційних форм ППП, де зазвичай акцент

робиться на одному аспекті – чи то інфраструктурі, чи то наданні послуг. В інтегрованій моделі ці два компоненти об'єднуються в єдиний контракт, де приватний оператор відповідає за обидві сфери.

Однією з ключових переваг цієї моделі є комбінація послуг. Поєднання інфраструктурних і клінічних аспектів дозволяє створити ефективну синергію, яка сприяє підвищенню якості медичного обслуговування. Приватний оператор не лише будує або модернізує медичний заклад, але й бере активну участь у наданні медичних послуг, що забезпечує цілісний підхід до управління охороною здоров'я.

Однак, така модель також вимагає високого рівня компетенції в управлінні. Управління сучасною лікарнею через ППП є значно складнішим завданням, оскільки вимагає комплексного підходу до контрактації та оцінювання результативності. Це включає розробку чітких і вимірюваних показників якості надання послуг, які будуть забезпечувати відповідність високим стандартам. Відтак, ефективні системи моніторингу та оцінки стають невід'ємною частиною успішної реалізації таких проектів.

Ще одним важливим аспектом є стабільність майбутніх витрат. Організація механізму оплати повинна забезпечити передбачуваність і стабільність фінансових потоків, що дозволить уникнути надмірного фінансового навантаження на приватного оператора, водночас забезпечуючи надання якісних медичних послуг.

Інтегровані ППП можуть принести значні переваги, такі як більш ефективне використання ресурсів та покращення якості медичних послуг завдяки синергії між різними компонентами проекту. Проте, реалізація таких проектів несе в собі значні виклики, пов'язані з управлінською складністю, необхідністю високого рівня експертизи в контрактації та постійним моніторингом виконання умов контракту.

В Україні, де розвиток медичних послуг залишається критичним завданням, інтегровані ППП можуть стати важливим інструментом для модернізації системи охорони здоров'я. Проте, успіх цієї моделі залежатиме від здатності забезпечити належне управління, чітке визначення критеріїв ефективності та створення механізмів, які гарантуватимуть стабільність і якість наданих послуг.

Висновки до розділу 3

Висвітлено напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні з урахуванням міжнародного досвіду, зокрема британської моделі інтегрованого медичного обслуговування. Проведений аналіз дозволяє зробити низку важливих висновків щодо потенціалу впровадження інтеграційних механізмів у національну систему медичного забезпечення.

Запровадження інтегрованої мережі медичного обслуговування (ІММО) є важливим кроком для усунення фрагментації та забезпечення комплексного підходу до надання медичних послуг. Британський досвід демонструє ефективність створення регіональних партнерств між медичними закладами, соціальними службами та місцевими органами влади, що сприяє покращенню координації надання допомоги та її доступності. Особливістю цієї моделі є поєднання первинної, спеціалізованої та соціальної медичної допомоги в єдину систему, що забезпечує безперервність лікування та догляду.

У контексті України адаптація британської моделі ІММО може сприяти оптимізації надання послуг на рівні громад, зменшенню навантаження на вузькоспеціалізовані заклади та забезпеченню рівного доступу до якісної допомоги. Водночас успіх імплементації такої моделі залежить від створення ефективних механізмів управління та фінансування, що дозволять забезпечити стабільність і прогнозованість функціонування медичної системи.

Сучасні підходи до стратегічного планування охорони здоров'я базуються на використанні прогнозних моделей та аналізу потреб населення. Велика Британія активно застосовує методи прогнозування для оптимізації розподілу ресурсів, що дозволяє підвищити ефективність управління медичними послугами та уникнути дефіциту або надлишку ресурсів у певних регіонах.

Для України такий підхід є особливо актуальним в умовах війни, коли потреби населення змінюються динамічно, а система охорони здоров'я має бути гнучкою та адаптивною. Прогнозування попиту на медичні послуги з урахуванням демографічних змін, міграційних процесів та рівня захворюваності може значно

підвищити ефективність використання наявних ресурсів та сприяти розвитку сталих механізмів інтеграції медичних закладів.

Особливе значення має інтеграція електронних систем обліку пацієнтів, що дозволяє здійснювати оперативний аналіз стану здоров'я населення та прогнозувати необхідні медичні інтервенції. Такий підхід забезпечує гнучке реагування на потреби громад та сприяє вдосконаленню якості надання послуг.

Важливим напрямом прогнозування потреб населення є визначення обсягів запиту на високотехнологічну медичну допомогу, зокрема допоміжні репродуктивні технології (ДРТ). Оскільки Україна досі не має єдиної методики оцінювання потреби населення в цих послугах, відсутність системного підходу ускладнює державне планування та розподіл ресурсів у цій сфері. Впровадження такої методики дозволило б оцінити реальні масштаби потреби в ДРТ, спрогнозувати необхідний рівень державного фінансування, а також сприяти розробленню політики підтримки сімей із репродуктивними порушеннями. Це особливо актуально у контексті демографічної кризи та наслідків війни, що можуть суттєво вплинути на народжуваність та потребу в репродуктивній медицині.

У цьому контексті особливої уваги набувають механізми інтеграції державних і приватних ресурсів, що сприятимуть покращенню доступу населення до медичних послуг та їх сталому розвитку. Одним із ключових інструментів такої інтеграції є публічно-приватне партнерство (ППП), яке дозволяє мобілізувати додаткові фінансові й технологічні ресурси для модернізації системи охорони здоров'я.

Публічно-приватне партнерство (ППП) відіграє важливу роль у розширенні доступу до медичних послуг та покращенні їхньої якості. Британська модель демонструє успішні приклади залучення приватного сектору до розбудови медичної інфраструктури, впровадження інновацій та фінансування стратегічних програм охорони здоров'я.

В Україні механізми PPP ще недостатньо розвинені, що ускладнює залучення приватних інвестицій у сферу охорони здоров'я. Водночас створення сприятливих умов для розвитку державно-приватного партнерства, зокрема через

законодавче закріплення механізмів взаємодії між державними медичними закладами та приватним бізнесом, може суттєво підвищити рівень фінансової та матеріальної підтримки медичної системи.

Додатковим викликом є необхідність розроблення прозорих механізмів управління та моніторингу ефективності співпраці між державним і приватним секторами, що дозволить уникнути потенційних корупційних ризиків та забезпечити стабільне функціонування інтегрованої системи охорони здоров'я.

Загалом окреслено важливі стратегічні напрями розвитку медичного обслуговування на основі інтеграційного підходу. А використання міжнародного досвіду, особливо британської моделі ІММО, у поєднанні з удосконаленням механізмів прогнозування та впровадженням ефективного публічно-приватного партнерства, створює передумови для побудови стійкої, доступної та високоякісної системи охорони здоров'я в Україні.

Основні результати третього розділу представлено у наукових публікаціях [170; 178; 179; 180].

ВИСНОВКИ

Результати наукових розробок за темою дослідження дають підстави сформулювати такі висновки та рекомендації:

1. Проаналізовано теоретико-правові засади публічного управління медичним обслуговуванням населення, що дало змогу виявити проблеми нормативного регулювання, термінологічної неузгодженості та відсутності уніфікованих критеріїв і механізмів взаємодії між медичними закладами різних секторів. Такі недоліки ускладнюють доступність та якість медичних послуг, що є особливо критичним в умовах війни, коли система охорони здоров'я стикається з новими викликами, зокрема руйнуванням інфраструктури, дефіцитом медичних кадрів і зростанням навантаження на медичні установи. Виявлено розбіжності у трактуванні ключових понять як у науковому дискурсі, так і в законодавстві, зокрема щодо комплексного терміну “медичне обслуговування”. Це ускладнює стратегічне планування, інтеграцію медичних послуг та ефективне публічне управління. У зв'язку з цим було запропоновано авторське визначення, яке враховує як організаційний, так і правовий аспекти цього поняття, що дозволяє усунути наявні розбіжності та підвищити ефективність регулювання у сфері охорони здоров'я. Невизначеність ключових термінів є лише одним із проявів глибших системних проблем, які спричиняють дисбаланс у функціонуванні системи охорони здоров'я, знижують рівень координації між секторами та обмежують доступність послуг. Це тісно пов'язано з фрагментарністю та неузгодженістю реформ, зокрема у сфері охорони здоров'я та децентралізації, що ускладнює формування єдиної стратегічної моделі розвитку галузі та ефективне управління медичними ресурсами. З огляду на ці виклики, для підвищення стійкості медичної системи необхідний комплексний підхід, що включатиме інтеграцію ресурсів, стандартизацію управлінських процесів та усунення нормативних розбіжностей, і це сприятиме створенню цілісної та ефективної моделі медичного обслуговування.

2. Обґрунтовано інтеграційний підхід до розвитку ресурсних механізмів публічного управління медичним обслуговуванням населення, що сприяє підвищенню ефективності взаємодії між різними секторами системи охорони здоров'я та усуненню наявних дисбалансів. Важливим елементом цього процесу є інформаційна інтеграція, яка дає змогу забезпечити безперервний обмін даними між медичними закладами різного підпорядкування та органами управління, що своєю чергою підвищує якість планування, моніторингу та контролю за наданням послуг. Ефективне управління інформаційними потоками створює основу для розвитку кадрової інтеграції, оскільки достовірні та актуальні дані про кадровий потенціал дозволяють оптимізувати перерозподіл людських ресурсів між різними секторами та регіонами відповідно до потреб населення. Це особливо актуально в умовах дефіциту медичних працівників, що загострився внаслідок війни та внутрішніх міграційних процесів. Взаємозв'язок між кадровими та фінансовими ресурсами обумовлює необхідність фінансової інтеграції, яка сприяє збалансованому розподілу коштів між медичними закладами різних рівнів і форм власності, зменшуючи нерівність у доступі до медичних послуг. У цьому контексті особливо важливим є розроблення механізмів адаптації фінансування до нових умов, що передбачає залучення міжнародної допомоги та донорських коштів для підтримання критично важливих напрямів медичного забезпечення. Комплексне поєднання інформаційної, кадрової та фінансової інтеграції створює основу для побудови більш стійкої та ефективної системи охорони здоров'я, здатної швидко адаптуватися до сучасних викликів і забезпечувати якісне медичне обслуговування населення.

3. Визначено напрями удосконалення ресурсних механізмів публічного управління медичним обслуговуванням, що сприятимуть підвищенню ефективності системи охорони здоров'я та її адаптації до сучасних соціально-демографічних викликів. Вказано на функціонування інформаційного механізму на основі застарілих форм звітності, що унеможливлює оптимізацію управлінських процесів та оперативне ухвалення рішень. Обґрунтовано необхідність створення єдиної цифрової платформи для інтеграції даних з різних секторів охорони

здоров'я, що сприятиме покращенню планування та моніторингу. Важливим кроком для цього також є розширення можливостей збору та аналізу даних на рівні громад, що дозволить більш точно оцінювати потреби населення та ефективно розподіляти ресурси відповідно до принципів децентралізації. Посилення інформаційного механізму тісно пов'язане з удосконаленням кадрової політики, що вимагає запровадження ліцензування лікарів як інструменту підвищення персональної відповідальності медичних фахівців та якості надання послуг. В умовах війни особливо важливим є не лише ефективний перерозподіл кадрів між відомствами, а й залучення міжнародних фахівців та створення механізмів підтримки медичних працівників у кризових регіонах. Оптимізація кадрових ресурсів неможлива без фінансової інтеграції, що передбачає залучення всіх доступних джерел фінансування, включаючи міжнародну допомогу, для забезпечення сталого розвитку медичної сфери. Особливу увагу слід приділити фінансуванню стратегічних напрямів, таких як реабілітація та психічне здоров'я, що вимагає міжвідомчої координації та ефективного використання наявних ресурсів з урахуванням викликів війни.

4. Визначено напрями розширення можливостей медичного туризму як інструменту залучення додаткових ресурсів у систему медичного обслуговування населення через застосування інноваційних рішень. Встановлено два його напрями: альтернативний, що передбачає залучення іноземних пацієнтів до українських медичних закладів, і вимушений, коли громадяни України змушені звертатися по медичну допомогу за кордон. Альтернативний медичний туризм створює можливості для економічного зростання та фінансової підтримки системи охорони здоров'я, дозволяючи територіальним громадам залучати додаткові кошти для розвитку медичної інфраструктури. Вимушений медичний туризм, навпаки, вказує на системні проблеми національної медицини, що потребують комплексного підходу, зокрема розвитку кадрової, інформаційної та інфраструктурної спроможності медичних закладів усіх форм власності, а також посилення спеціалізованої допомоги у сферах, які є найбільш затребуваними в цьому сегменті. Для ефективного розвитку обох напрямів необхідно створити

сприятливі умови для залучення іноземних пацієнтів, а також розвивати ті послуги в Україні, за якими українці змушені звертатися за кордон. Це сприятиме не лише підвищенню якості та доступності медичних послуг, а й зміцненню конкурентоспроможності національної системи охорони здоров'я на міжнародному рівні.

5. Розроблено методику комплексної оцінки потреб населення у медичному обслуговуванні з урахуванням її значення для визначення пріоритетних напрямів розвитку системи охорони здоров'я. Запропонована методика базується на розрахунку інтегрованого показника, що дозволяє системно оцінювати потребу в медичних послугах, їх ресурсному забезпеченні та ефективності управлінських рішень. Вона включає моніторинг широкого спектру даних, що дає змогу здійснювати міжрегіональні та динамічні порівняння, прогнозувати майбутні виклики та коригувати пріоритети розвитку охорони здоров'я на регіональному рівні. Окремий акцент зроблено на необхідності розрахунку потреби населення у допоміжних репродуктивних технологіях (ДРТ), що є важливим напрямом державної політики у сфері демографічного відновлення. Відсутність системного підходу до оцінки цієї потреби ускладнює формування державної політики у сфері репродуктивного здоров'я та планування ресурсів, необхідних для забезпечення доступності цих послуг. Впровадження комплексного механізму оцінювання дозволяє не лише ідентифікувати поточні диспропорції у забезпеченні медичними послугами, а й прогнозувати довгострокові тенденції, що забезпечить підвищення ефективності стратегічного планування. Крім того, методика сприятиме розширенню аналітичних можливостей системи охорони здоров'я, що дозволить проводити перегляд пріоритетних напрямів у контексті змін демографічної ситуації, медичних викликів та соціально-економічних умов. Таким чином, застосування цього підходу формує комплексну систему управління медичним обслуговуванням, яка враховує не лише поточні показники, а й перспективні потреби населення, сприяючи стабільності та стійкості системи охорони здоров'я.

6. Сформовано інноваційні напрями до стратегічного планування медичного обслуговування населення, спрямовані на покращення доступності та

якості медичних послуг, з урахуванням міжнародного досвіду інтегрованих систем охорони здоров'я. Досліджено британську модель інтегрованого медичного обслуговування, яка демонструє ефективність мережевої взаємодії між первинною, вторинною та соціальною ланками системи охорони здоров'я, що забезпечує безперервність надання допомоги, оптимізацію використання ресурсів та зменшення навантаження на стаціонарну медицину. Запровадження механізмів стратегічного планування в межах інтегрованих систем сприяє підвищенню ефективності управлінських рішень і розвитку локальних моделей координації медичних послуг. Важливу роль у розбудові сучасної медичної інфраструктури відіграє публічно-приватне партнерство (ППП), що передбачає різні форми співпраці між державними установами, приватними інвесторами та органами місцевого самоврядування. Механізми PPP можуть варіюватися залежно від стратегічних цілей – від розвитку нових медичних закладів та модернізації обладнання до забезпечення доступності спеціалізованих медичних послуг у регіонах. Особливого значення набуває залучення місцевого самоврядування до реалізації таких ініціатив, що сприяє розвитку медичних установ на рівні громад, посиленню реабілітаційної інфраструктури та впровадженню цифрових технологій для моніторингу та планування медичних послуг. Інтеграція цих підходів дозволяє оптимізувати управління ресурсами, зменшити регіональні диспропорції у доступі до медичних послуг та підвищити стійкість системи охорони здоров'я до сучасних викликів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алкум, М. (2018). Міжнародний досвід організації конструктивного діалогу між організаціями громадянського суспільства та державними органами. *Інвестиції: практика та досвід*, (11), 134–137.
2. Антонов, С. В. (2007). Правова регламентація надання медичних послуг. *Управління закладом охорони здоров'я*, 18–22.
3. Бабченко, В. Л., & Андрушко, О. Г. (2019). Пріоритетні напрями реформування галузі охорони здоров'я у Житомирській області. *Публічне управління та адміністрування*, (3(89)). Взято з : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=657>
4. Бакало, Н. В., & Челембієнко, К. С. (2022). Потенціал медичного туризму в Україні. *Editorial Board*, (6/7), 786-790.
5. Барзилович, А. Д. (2020). Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Державне управління. Інвестиції: практика та досвід*, (2), 134–140. Взято з : http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf
6. Барзилович, А. Д. (2021). Перспективи публічного управління ринку медичних послуг.
7. Баштанник, А. Г., & Баштанник, В. В. (2012). Організаційні засади формування інтегрованих систем публічного управління в контексті європейського інтеграційного процесу. *Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія: Управління*, (4), 15-26.
8. Баштанник, В. В. (2023). Інституціональні механізми забезпечення стійкості системи охорони здоров'я на регіональному рівні в умовах надзвичайних ситуацій. *Публічне управління і адміністрування в Україні*, 33, 54–XX. <https://pag-journal.iei.od.ua/archives/2023/33-2023/54.pdf>
9. Баштанник, В. В., & Юхно, І. В. (2023). Публічноуправлінська діяльність в контексті децентралізації: особливості формування механізмів соціального захисту на основі принципу респонсивності. *Публічне управління і*

- адміністрування в Україні, 35, XX–XX. <https://pag-journal.iei.od.ua/archives/2023/35-2023/35-2023.pdf>
10. Бержанір, А. Л. (2015). Світовий досвід забезпечення взаємодії влади та бізнесу в економічних системах. *Вісник Донецького національного університету*, (1), 32–35.
 11. Берн, І., Езер, Т., Коен, Дж., Оверал, Дж., & Сенюта, І. (2012). *Права людини у сфері охорони здоров'я: Практичний посібник* (І. Сенюта, Наук. ред.). Львів: ЛОБФ “Медицина і право”.
 12. Берназ-Лукавецька, О. М., & Подсядло, Р. П. (2017). Медичні послуги та медична допомога: порівняльно-правовий аналіз. *Часопис цивілістики*, (24), 57-61.
 13. Білінська, М. М., & Кульгінський, Є. А. (2014). Нова парадигма державного управління охороною здоров'я України. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*, (4), 104-107.
 14. Бондаренко, М., Зайцева, О., Радзішевська, Є., Солодовніков, А., & Пономаренко, Н. (2023). Сучасні проблеми розбудови електронної системи охорони здоров'я в Україні. *Collection of scientific papers “ΛΟΓΟΣ”*, June 23, 2023; Oxford, UK, 265-266.
 15. Борщ, В. І. (2018). Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*, (6), 215–221.
 16. Борщ, В. І. (2020). Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*, 19(1(44)), 140–159.
 17. Брюшкова, Н. О., Ніколюк, О. В., & Удовиця, О. Ф. (2020). Особливості прийняття управлінських рішень в публічному управлінні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*, (3). Взято з : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1605>. <https://doi.org/10.32702/2307-2156-2020.3.39>

- 18.Бугайцов, С. Г. (2009). *Державне регулювання системи онкологічної допомоги в Україні: генезис та тенденції розвитку* [Дис. д-ра наук з держ. упр.]. Київ.
- 19.Булеца, С. Б. (2016). *Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми* [Автореф. дис. д-ра юрид. наук]. Нац. ун-т “Одес. юрид. акад.”.
- 20.Буравльов, Л. О. (2010). *Механізми державного регулювання приватного сектора в галузі охорони здоров'я України*. [Дисертація]. Національна академія державного управління при Президентові України. Взято з : <https://uacademic.info/ua/document/0410U003107>
- 21.Венедіктова, І. В. (2014). Правова природа медичних послуг. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*, 5, 44–48.
22. Венедіктова, І. В. (n.d.). Правова природа медичних послуг. Взято з : <http://www.irbis-nbuv.gov.ua/>
- 23.Верховна Рада України. (1992). *Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII*. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
- 24.Верховна Рада України. (2006). *Про управління об'єктами державної власності: Закон України від 21 вересня 2006 року № 185-V*. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/185-16#top>
- 25.Верховна Рада України. (2010). *Про державно-приватне партнерство: Закон України від 1 липня 2010 року № 2404-VI*. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-VI#Text>
- 26.Верховна Рада України. (2015). *Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 2 березня 2015 року № 222-VIII*. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>
- 27.Верховна Рада України. (2016, 21 квітня). *Парламентські слухання на тему: “Про реформу охорони здоров'я в Україні”* [Постанова № 1338-VIII]. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-19#Text>

- 28.Верховна Рада України. (2017). *Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII*. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#top>
- 29.Верховна Рада України. (2019). *Про концесію: Закон України від 3 жовтня 2019 року № 155-IX*. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155-20#Text>
- 30.Верховна Рада України. (2021, 17 лютого). *Проект Закону про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо врегулювання бюджетних відносин під час реалізації договорів, укладених в рамках державно-приватного партнерства, у тому числі концесійних договорів (№ 5090)*. Взято з : https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=71124
- 31.Верховна Рада України. (2021). *Про звіт про виконання Закону України “Про Державний бюджет України на 2020 рік” [Постанова № 1567-IX]*. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1567-20#Text>
- 32.Вороненко, Ю. В., Гойда, Н. Г., Мінцер, О. П., & Мітчелл, М. (Ред.). (2009). *Нові технології навчання менеджменту в медицині: Навчальний посібник*. Київ: Книга плюс.
- 33.Вороненко, Ю. В., Москаленко, В. Ф., Процек, О. Г., та ін. (2000). *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: Навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів (Ю. В. Вороненко & В. Ф. Москаленко, Ред.)*. Тернопіль: Укрмедкнига.
- 34.Всесвітня організація охорони здоров'я та Світовий банк. (2019). *Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019*. Взято з : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf
- 35.Всесвітня організація охорони здоров'я. (2019a). *Оцінка програми “Доступні ліки” в Україні*. Взято з : <https://iris.who.int/handle/10665/346490>
- 36.Всесвітня організація охорони здоров'я. (2019b). *Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016—2019*. Спільний звіт ВООЗ і Світового банку.

37. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2021). *Європейська програма роботи, 2020–2025: Спільні дії для міцнішого здоров'я*. Взято з : <https://iris.who.int/handle/10665/345924>
38. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2022a). *Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні*. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Взято з : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/366621>
39. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2022b). *Економічний аргумент на підтримку здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні*. Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро. Взято з : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366374/WHO-EURO-2022-5639-45404-65002-ukr.pdf>
40. Габорець, О. А. (2019). Інформаційні технології в системі фахової підготовки майбутніх лікарів. У *Ключові питання наукових досліджень у сфері педагогіки та психології у XXI ст.: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції* (Ч. 2, с. 10–12). Львів: ГО “Львівська педагогічна спільнота”.
41. Гавриченко, Д. Г. (2022a). Сучасні підходи до реформування публічних механізмів у сфері охорони здоров'я у зарубіжних країнах. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*, (1), 75.
42. Гавриченко, Д. Г. (2022b). Трансформації системи охорони здоров'я в умовах децентралізації України. *Інвестиції: практика та досвід*, (3), 72–76.
43. Гайдай, Н. (2010). Правове регулювання та особливості договорів про надання медичних послуг. *Юридичний журнал*, 10, 55–58.
44. Галай, В. О. (2022). Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Аналітично-порівняльне правознавство*, 6, 189–194.
45. Герц, А. А. (2015). Медична послуга як об'єкт правового регулювання. *Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспруденція*, 15(2), 11–13.

- 46.Гладкий, О. В., Килівник, В. С., Рудий, Ю. Й., Руда, І. В., & Марчук, О. В. (2022). Особливості розвитку медичного туризму в західних регіонах України. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation & Recreation)*, (11), 90-95.
- 47.Голованова, І. А., & Краснова, О. І. (2016). Значення приватної медицини в системі охорони здоров'я України. *Економіка і право охорони здоров'я*, 1(3). Взято з : <https://core.ac.uk/download/pdf/200099202.pdf>
- 48.Голованова, І. А., Белікова, І. В., & Ляхова, Н. О. (2017). *Основи медичної статистики: Навчальний посібник для аспірантів та клінічних ординаторів*. Полтава.
- 49.Голуб, В. Л. (2014). Державне визнання волонтерської діяльності як чинник розвитку взаємовідносин держави та суспільства. *Теорія та практика державного управління*, (4(47)), 110–118.
- 50.Гриневич, Л. М., Баранов, О. М., & Колесник, Т. В. (2020). *Формування стратегій розвитку системи охорони здоров'я України: міжнародний досвід та національні особливості*. Київ: НАН України.
- 51.Гураль, П. Ф. (2013). Громадянське суспільство і держава в Україні: взаємодія і розвиток. *Часопис Київського університету права*, (3), 13–16.
- 52.Державна служба статистики України. (2023). *Здоров'я населення України у 2022 році: Статистичний збірник*. <https://ukrstat.gov.ua>
- 53.Державний університет “Одеська юридична академія”. (2022). *Виклики реформування системи охорони здоров'я в сучасній Україні*. <https://dspace.onua.edu.ua/items/e205e383-aa9f-47c4-8c49-6c0cf3fff2b5>
- 54.Дзеркало тижня. (n.d.). Головний санітарний лікар розповів про те, яка нині ситуація з медичною статистикою в Україні. Взято з : <https://zn.ua/ukr/UKRAINE/holovnij-sanitarnij-likar-rozpoviv-pro-te-jaka-nini-situatsija-iz-medichnoju-statistikoju-v-ukrajini.html>
- 55.Дзюрах, Ю. М. (2024). Реформування системи медсестринської освіти в контексті розвитку приватної медицини в Україні. *Успіхи і досягнення у науці*, 3(33), т. 2, 149–159.

- 56.Дзюрах, Ю. М., & Амізян, А. А. (2023). Ризики впровадження реформ у сфері охорони здоров'я в Україні. *Наукові інновації та передові технології. Серія "Державне управління"*, 5(19), 40–48.
- 57.Дзюрах, Ю. М., & Дмитришин, Ю. (2024). Сучасні тенденції державної політики розвитку приватної медицини в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*, 1(40), 17–23.
- 58.Дубина, М., & Сердюк, Д. (2023). Організаційно-економічний механізм розвитку сфери охорони здоров'я: сутність, морфологія та специфічні особливості функціонування. *Науковий вісник Полісся*, (1(26)), 238-254.
<https://nvp.stu.edu.ua>
- 59.Дудка, В. В. (2012). Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*, 1. Взято з : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=381>
- 60.*Експерименти над людьми. Як у незалежній Україні реформували систему охорони здоров'я.* (n.d.). Commons. Взято з : <https://commons.com.ua>
- 61.Завгородня, О. В. (2022). Виклики для системи охорони здоров'я України у післявоєнний період. *Український медичний журнал*, (2), 11–16.
<https://umj.com.ua>
- 62.Захарченко, П. В. (2017). *Проекти в галузі інфраструктури: партнерство державного та приватного секторів*. Київ: Павленко.
- 63.*Звіт Національної служби здоров'я України за 2022 рік.* (2022). Взято з : https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/2002-web-new-compressed_1690204056.pdf
- 64.Зиза, О. О., & Бадіца, А. В. (2019). Державне регулювання приватного сектору України. *Молодий вчений*, (1 (2)), 450-454.
- 65.Зима, І. Я. (2019). *Механізми інституційної трансформації державного управління охороною здоров'я*. Рівне.

- 66.Зозуля, Д. В. (2021). Методи фінансування видатків на охорону здоров'я: переваги та перспективи реформування. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*, 65, 165–170.
- 67.Іваненко, Є. (2015). Фінансове забезпечення охорони здоров'я в умовах соціально-економічних трансформацій. *Світ фінансів*, (3), 71–81.
- 68.Іванчов П. В. (2021). *Правове регулювання трансформації медичної системи України на ринкових засадах*. Економічна наука, 1, 102–110.
- 69.Іванчук, М. А. (2017). Формулювання клінічних висновків під час вивчення біостатистики у вищих медичних навчальних закладах. *Фізико-математична освіта: науковий журнал*, 4(14), 175–179.
- 70.Ідріс, І. О. (2021). Сучасні та майбутні виклики публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Економічні, політичні, правові та культурні виміри соціально-відповідального суспільства*, (277)
- 71.Кабінет Міністрів України. (2011a). Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/384-2011-%D0%BF#Text>
- 72.Кабінет Міністрів України. (2011b). Про затвердження Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства: Постанова від 16 лютого 2011 р. № 232. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/232-2011-%D0%BF#Text>
- 73.Кабінет Міністрів України. (2015a). Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова від 25 березня 2015 р. № 267 (зі змінами). Взято з : <https://moz.gov.ua/polozhennja-pro-ministriv>
- 74.Кабінет Міністрів України. (2015b). Про затвердження переліку органів ліцензування та визнання такими, що втратили чинність деяких постанов Кабінету Міністрів України: Постанова від 5 серпня 2015 р. № 609. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/609-2015-%D0%BF#Text>
- 75.Кабінет Міністрів України. (2016a). *Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я*: Розпорядження № 1013-р від 30

листопада. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>

76. Кабінет Міністрів України. (2016b). Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова КМУ від 2 березня № 285 (зі змінами 2024 р.). Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#n8>
77. Кабінет Міністрів України. (2016d). Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. Взято з : <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>
78. Кабінет Міністрів України. (2017a). Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: Постанова від 27 грудня 2017 р. № 1075. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text>
79. Кабінет Міністрів України. (2017b). Про затвердження Порядку подання органу ліцензування документів в електронній формі: Постанова від 24 травня 2017 р. № 363.
80. Кабінет Міністрів України. (2018). Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова КМУ від 25 квітня 2018 р. № 411. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>
81. Кабінет Міністрів України. (2020a). Положення про Міністерство охорони здоров'я. Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 р. № 90). Взято з : <https://moz.gov.ua/uk/polozhennja-pro-ministriv>
82. Кабінет Міністрів України. (2020b). Про затвердження Методики розрахунку концесійних платежів: Постанова від 12 серпня 2020 р. № 706. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/706-2020-%D0%BF#Text>
83. Кабінет Міністрів України. (2021, 14 квітня). Про схвалення національної стратегії створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження № 366-р. Взято з : <https://is.gd/B17P2Y>

84. Кабінет Міністрів України. (2022, 18 березня). Деякі питання забезпечення провадження господарської діяльності в умовах воєнного стану: Постанова № 314. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/314-2022-%D0%BF>
85. Кабінет Міністрів України. (2023). *Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж*: Постанова КМУ від 28 лютого 2023 р. № 174. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#top>
86. Кабінет Міністрів України. (2023а). Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова від 28 лютого № 174. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#top>
87. Кабінет Міністрів України. (2023d). *Про внесення змін до Положення про Міністерство охорони здоров'я України*: Постанова КМУ від 10 листопада 2023 р. № 1181. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1181-2023-%D0%BF#Text>
88. Кабінет Міністрів України. (2023є). *Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я*: Постанова від 15 липня 1997 р. № 765. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#top>
89. Камінська, Т. В. (2024). *Розвиток інтегрованих структур кластерного типу у сфері охорони здоров'я. Інвестиції*, (250).
90. Карамишев, Д. В. (2018). Імперативи глобального розвитку: фокус на *Global Governance*. *Публічне управління та регіональний розвиток*, 2, 365–388. Взято з : http://nbuv.gov.ua/UJRN/purr_2018_2_10
91. Кашина, Г., Писаренко, Н., & Піонтковський, В. (2023). *Медичний туризм: пріоритети та перспективи розвитку в Україні. Перспективи та інновації науки*, (5(23)), 32-44.
92. Кіпіані, М. (2021). *Вплив пандемії коронавірусу на глобальні інтеграційні процеси та трансформація систем охорони здоров'я національних держав. Економіка та держава. Серія: Державне управління*, (2), 18.

93. Коваль, О. В. (2021). Реформа фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та перспективи. *Економічний вісник*, (4), 78–85. Взято з : <https://ev.ukrjournal.com>
94. Конституція України (1996). Закон України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*, (30), 141. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
95. Корнілова, О. В. (2018). *Щодо визначення понять “медична допомога” та “медичні послуги”. Привітання Президента Національного університету “Одеська юридична академія” С. В. Ківалова*, 528.
96. Кравченко, С. В. (2021). Нормативно-правове регулювання наукового та інформаційно-аналітичного супроводу у сфері громадського здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 4, 69-74.
97. Краснова, О. І., & Плужнікова, Т. В. (2018). *Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід*, (7). Взято з : http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf
98. Краснова, О., & Плужнікова, Т. (2019). *Роль держави в регулюванні сфери охорони здоров'я в ринкових умовах. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Економічні науки*, (1), 37-43.
99. Криничко, Л. Р. (2020). *Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: проблеми теорії та методології*. Житомир: Вид. О. О. Євенок.
100. Криничко, Л. Р. (2021). *Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування [Дис. д-ра наук з держ. упр.]*. Чорноморський національний університет імені Петра Могили.
101. Ладиченко, В. (2016). *Проблеми взаємодії держави і громадянського суспільства. Публічне право*, 4(24), 18–25.

102. Лехан, В. М., Крячкова, Л. В., & Заярський, М. І. (2018). *Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації*, 4(52), 5–11.
103. Лехан, В. М., Крячкова, Л. В., & Заярський, М. І. (2021). *Реформа охорони здоров'я в Україні: виклики, досягнення та проблеми впровадження. Україна. Здоров'я нації*, (3), 12–21.
104. Лехан, В. М., Крячкова, Л. В., Колесник, В. І., & Гриценко, Л. О. (2018). Роль первинної ланки в організації профілактичних заходів, заснованих на доказах. *Семейная медицина*, (5), 27-31.
105. Матійчик, А. В. (2016). *Волонтерська діяльність як детермінанта розвитку громадянського суспільства. Грані: Науково-теоретичний і громадсько-політичний альманах*, (8(136)), 100–107.
<https://doi.org/10.15421/171658>
106. *Медицина в умовах війни: які виклики треба подолати системі охорони здоров'я.* (n.d.). Взято з : <https://ants.org.ua/medycyna-v-umovah-vijny-yakivvyklyky-treba-podolaty-systemi-ohorony-zdorovya/>
107. *Медична реформа в Україні: роль приватної медицини.* (2017, 11 жовтня). *УМЖ*. Взято з : <https://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-115224-medichna-reforma-v-ukrayini-rol-privatnoyi-meditsini>
108. Мельник, А. (2022). *Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів. Вісник економіки*, 2, 111–127.
<https://doi.org/10.35774/visnyk2022.02.111>
109. Мезенцева, Н. Б., Буравльов, Л. О., & Радиш, Я. Ф. (2008). Правове регулювання приватного сектора в охороні здоров'я України: стан і перспективи розвитку. *Електронний ресурс*.–Режим доступу: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_179.pdf.
110. Міністерство охорони здоров'я України. (2002). *Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників: Випуск 78 "Охорона здоров'я"*. Наказ від 29 березня 2002 року № 117.

111. Міністерство охорони здоров'я України. (2007). № 14 “Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації за 20__ рік” (річна), затверджена наказом МОЗ України від 10.07.2007 № 378.
112. Міністерство охорони здоров'я України. (2007). Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення: Наказ МОЗ від 10.07.2007 № 378. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1009-07#Text>
113. Міністерство охорони здоров'я України. (2019). Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: Наказ від 22 лютого 2019 року № 446.
114. Міністерство охорони здоров'я України. (2020). Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні: Наказ МОЗ від 04.06.2020 № 1308. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>
115. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). Про реорганізацію державного закладу “Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України”: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.02.2022 № 347.
116. Міністерство охорони здоров'я України. (2024). Статут державної установи “Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України”: Наказ МОЗ від 9 лютого 2024 р. № 224. Взято з : https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/PHC_statut_MOZ_nakaz_2024.02.09_224.pdf
117. Міністерство охорони здоров'я України. (n.d.). Електронна система охорони здоров'я. Взято з : <https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-ohoroni-zdorovya>
118. Міністерство охорони здоров'я України. (n.d.). Як і де лікуватимуть безпліддя державним коштом: 12 медзакладів законтрактовано НСЗУ.

- Взято з : <https://moz.gov.ua/uk/jak-i-de-likuvatimut-bezpliddja-derzhavnim-koshtom-12-medzakladiv-zakontraktovano-nszu>
119. Міністерство охорони здоров'я України. (2014). *Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015—2020 років*. Київ.
 120. Міністерство охорони здоров'я України. (2018). *Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я щодо впровадження проектів державно-приватного партнерства*. Взято з : <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>
 121. Міністерство охорони здоров'я України. (2021, September 27). *Про утворення міжсекторальної робочої групи з питань розробки стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року* [Наказ № 2071]. Взято з : <https://is.gd/rrU4pI>
 122. Міністерство охорони здоров'я України. (2021). *Про затвердження Порядку ведення Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я в електронній системі охорони здоров'я*: Наказ від 18 жовтня 2021 р. № 2243. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1632-21>
 123. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). *План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022—2032 роки. Версія 2.4*. Взято з : https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/21-07-2022-Draft-Ukraine-NC-System-Recovery-Plan-2022-2032_UKR.pdf
 124. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). *План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022—2032 роки. Версія 2.4*. https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/21-07-2022-Draft-Ukraine-NC-System-Recovery-Plan-2022-2032_UKR.pdf
 125. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). *Про реєстрацію суб'єктів господарювання, які подали декларацію про набуття права провадження господарської діяльності з медичної практики*: Наказ від 6 квітня 2022 р. № 586. Взято з : <https://doz.zoda.gov.ua/news-deialnist/2237->

nakaz-moz-ukrajini-vid-06-04-2022-586-pro-reestratsiyu-sub-ektiv-gospodaryuvannya-yaki-podali-deklaratsiyu-pro-nabuttya-prava-provazhennya-gospodarskoji-diyalnosti-z-medichnoji-praktiki

126. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). *Програма медичних гарантій 2023: Які послуги українці можуть отримати безкоштовно*. Chas. News. Взято з : <https://chas.news/current/programa-medychnykh-harantii-2023-yaki-poslugi-ukraintsi-mozhut-otrimati-bezkoshtovno>
127. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). *Проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року*. Взято з : <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>
128. Міністерство охорони здоров'я України. (n.d.). *МОЗ: З перших днів повномасштабної війни росія пошкодила 1376 об'єктів медзакладів та ще 184 – зруйнувала вщент*. Взято з : <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-z-pershykh-dniv-povnomasshtabnoi-viinyrosiia-poshkodyla-1376-obiektiv-medzakladiv-ta-shche-184-zruinuvala-vshchent>
129. Міністерство охорони здоров'я України. (2018). *Методичні рекомендації щодо автономізації закладів охорони здоров'я*. Взято з : https://moz.gov.ua/uploads/0/3562-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf
130. Міністерство охорони здоров'я України. (2024). *Українські фахівці відвідали Лондон для вивчення британського досвіду функціонування системи охорони здоров'я*. Взято з : <https://moz.gov.ua/uk/ukrainski-fahivci-vidvidali-london-dlja-vivchennja-britanskogo-dosvidu-funkcionuvannja-sistemi-ohoroni-zdorov%E2%80%99ja>
131. Міністерство охорони здоров'я. (2022). *З початку року НСЗУ виплатила приватним медзакладам за надані медпослуги майже 1,6 млрд грн*. Взято з : <https://moz.gov.ua/uk/z-pochatku-roku-nszu-viplatila-privatnim-medzakladam-za-nadani-medposlugi-majzhe-16-mlrd-grn>

132. Москаленко, В. Ф., Гульчій, О. П., Голубчиков, М. В., та ін. (2009). *Біостатистика: підручник* (В. Ф. Москаленко, Ред.). Київ: Книга плюс.
133. Національна служба здоров'я України. (2022). *Звіт НСЗУ за 2022 рік*. https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/2002-web-new-compressed_1690204056.pdf
134. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. (n.d.). Взято з : <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
135. Національний інститут стратегічних досліджень. (2022). *Тенденції розвитку системи охорони здоров'я в умовах децентралізації*. <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/tendentsiyi-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh>
136. Обуховська, Л. І. (2020). *Імплементація інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я* [Дис. канд. наук з держ. упр.]. Класичний приватний університет.
137. Організація економічного співробітництва та розвитку. (2023). *Ready for the next crisis? Investing in health system resilience. OECD Health Policy Studies*. <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>
138. Орлова, Н., & Драган, І. (2023). *Реалізація механізмів державного управління у реформуванні охорони здоров'я України. Наукові перспективи (Naukovi perspektivi), (10(40))*.
139. Офіс ефективного регулювання (BRDO). (2022). *Фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та можливості*. <https://brdo.com.ua>
140. Павлова, А. (2021). Розвиток медичного туризму в Ізраїлі. У О. Януль, В. Велешко, & В. Давидів (Ред.), *Міжнародні відносини і туризм: сучасність та ретроспектива: матеріали конференції* (с. 57–58). Острог: Національний університет “Острозька академія”.

141. Панамериканська організація охорони здоров'я. (2022). *Building resilient health systems to advance toward universal health in the Americas: Lessons from COVID-19*. Взято з : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56444>
142. Парція, А. С., Ндеффо-Мба, М. Л., Венцель, Н. С., & Гальвані, А. П. (2016). Effects of response to 2014–2015 Ebola outbreak on deaths from malaria, HIV/AIDS, and tuberculosis, West Africa. *Emerging Infectious Diseases*, 22(3), 433–441. <https://doi.org/10.3201/eid2203.150977>
143. Пашков В. М. (2017). *Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я*. Український медичний часопис
144. Пашков, В. М., & Гнедик, Є. С. (2022). *Правове регулювання медичного туризму в умовах війни в Україні: Монографія*. Право.
145. Правило О. І. (2024). *Правове регулювання охорони здоров'я в Україні*. Аналітично-порівняльне правознавство, 3, 67–74.
146. Президент України. (2010, 2 червня). *Програма економічних реформ на 2010–2014 роки: Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава*. Взято з : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0004100-10#Text>
147. Президент України. (2021). *Указ Президента України № 261/2021 “Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників”*. Взято з : <https://www.president.gov.ua/documents/2612021-39229>
148. Президент України. (2022, 24 лютого). *Про введення воєнного стану в Україні* [Указ Президента України № 64/2022]. Взято з : <https://www.president.gov.ua/documents/642022-41397>
149. Програма розвитку ООН (ПРООН). (2011). *Державна політика розвитку громадянського суспільства: моніторинг ефективності. Європейський досвід*. Київ: ПРООН.
150. Радиш, Я. Ф. (2003). *Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку* [Дис. д-ра наук з держ. упр.]. Київ.

151. Ровенков, О. (n.d.). *Приватна медична практика: Як в Україні лікарю почати працювати на себе*. Взято з : <https://blog.liga.net/user/orolienkov/article/48362>
152. Руденко, В. В. (2018). Сучасний стан фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Економіка і суспільство*, (19), 1129–1134.
153. Русняк, В. А. (2017). *Медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні* [Дис. канд. мед. наук]. Харків: Харківський національний медичний університет. Взято з : hero.knmu.edu.ua
154. Рябець, Д. М. (2018). *Державне регулювання сфери охорони здоров'я: принципи, механізм та інструменти*. *Економічні горизонти*, (4(7)), 164-174.
155. Сазонець, І. Л., & Зима, І. Я. (2018). *Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров'я: Монографія*. Рівне: Волин. обереги.
156. Сазонець, І. Л., & Саричев, В. І. (Ред.). (2019). *Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід*. Рівне: Волин. обереги.
157. Світовий банк. (2022). *Звіт про стан та перспективи фінансування системи охорони здоров'я України*. <https://documents.worldbank.org>
158. Сергієнко, Л. В., Криничко, Л. Р., Петрик, С. М., & Малігон, Ю. М. (2020). *Розвиток державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я: Монографія*. Житомир: Вид. О. О. Євенок.
159. Стеценко, С. Г., Стеценко, В. Ю., & Сенюта, І. Я. (2008). *Медичне право України: Підручник*. Київ: Всеукраїнська асоціація видавців “Правова єдність”.
160. Українська асоціація міжнародного туризму. (n.d.). *The advantages of medical tourism for Ukrainians*. Взято з : <https://uamt.com.ua/en/treatment/treatment-abroad.html>

161. Український медичний журнал. (2017). *Медична реформа в Україні: роль приватної медицини*. Взято з : <http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-115224-medichna-reforma-v-ukrayini-rol-privatnoyi-meditsini>
162. Український центр економічних досліджень. (2021). *Державне фінансування медичних послуг в Україні: аналіз ефективності*. Київ.
163. Урсол, Г. М., Скрипник, О. А., & Василенко, О. М. (2014). *Приватний сектор системи охорони здоров'я – активний резерв підвищення доступності та якості надання медичної допомоги: Досвід Кіровоградської області*. Буковинський медичний вісник, 18(4), 177–181.
164. Урядовий портал. (n.d.). *Медична реформа*. Взято з : <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reformasistemi-ohoroni-zdorovya>
165. Устимчук О. В. (2017). *Аналіз нормативно-правових засад регулювання сфери надання медичних послуг в Україні*. Аспекти публічного управління, 5(9-10), 45–52.
166. Філіпова, Н. В. (2021). *Фінансування розвитку сфери охорони здоров'я в Україні: Теорія, методологія та практика*. Мена: Домінант.
167. Філіпова, Н. В., & Михайловська, О. В. (2022). *Теоретичні засади стратегії фінансового забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління, (4)*.
168. Хоменко, І. М., Чешко, Я. М., & Пожевілова, К. (2024, January). *Інтеграційні процеси функціонування національної системи громадського здоров'я України*. In *The 5th International Scientific and Practical Conference "Topical Aspects of Modern Scientific Research"* (p. 134). CPN Publishing Group, Tokyo, Japan.
169. Худоба, О. В. (2018). *Вплив старіння населення на систему охорони здоров'я: Аналіз для перегляду державної політики. Ефективність державного управління, 56, 23-29*.
170. Худоба, О. В., Юкало, М. В. (2024). *Управлінські аспекти інтеграції медичної статистики та інформаційних систем для ефективного планування*

- ресурсів в системі охорони здоров'я. *Економічний простір* № 196/2024 р.
Взято з: <https://economic-prostir.com.ua/article/196-upravlinski-aspekty-integraciyi-medychnoyi-statystyky-ta-informacziynyh-system-dlya-efektyvnogo-planuvannya-resursiv-v-systemi-ohorony-zdorovya/>
171. Центр громадського здоров'я МОЗ України. (2022). *Громадське здоров'я в Україні: стратегічні напрямки розвитку до 2030 року*. <https://phc.org.ua>
 172. Центр Разумкова. (n.d.). *Private healthcare: Development prospects in Ukraine. Survey Results*. Взято з : <https://razumkov.org.ua>
 173. Цивільний кодекс України (2003). Закон України від 16 січня 2003 року № 435-IV. *Відомості Верховної Ради України*, (40-44), 356. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
 174. Чорноус А. Г. (2016). *Актуальність проблеми розмежування понять “медична допомога” та “медична послуга”*. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія “Право”, (38), 43–47.
 175. Шевченко, Л. В., Петрова, Н. І., & Руденко, О. В. (2022). *Модернізація системи медичного страхування в Україні: проблеми та перспективи розвитку*. Економіка та управління в охороні здоров'я, (4), 45–59.
 176. Шевчук, Р. В. (2022). Проблеми реформування системи охорони здоров'я в сучасній Україні. *Публічне урядування*, (3(31)), 95–101.
 177. Юкало М.В. Етичні засади формування державної політики організації надання медичних послуг. 2021. Демократичне врядування. Вип 2 (28). Взято з: <https://science.lpnu.ua> (DOI: <https://doi.org/10.33990/2070-4038.28.2021.250441>).
 178. Юкало М.В. Зміни в етичній інфраструктурі надання медичних послуг у контексті воєнних дій в Україні. Перспективи розвитку науки і практики публічного управління України в пост воєнний період [Текст]: матер. наук.-практ. конф. (12 травня 2022 р., м. Львів) / за наук. ред. проф. П. М. Петровського. – Львів: НУ “Львівська політехніка”, 2022. – 88 с. С. 78-80

179. Юкало М.В. Надання медичних послуг населенню на регіональному рівні. Розвиток публічного управління в Україні [Текст] : матер. наук.- практ. конф. за міжнар. уч. (23 – 24 квітня 2020 р., м. Львів) / за наук. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2020. – 304 с. – ISBN 978-617-644-053-6 С. 197-200
180. Юкало, М. В. (2023). Інновації у правовому механізмі публічного управління державно-приватним партнерством у галузі охорони здоров'я в Україні. *Ефективність державного управління*, 3(76/77), 57–61. Взято з: <https://doi.org/10.36930/507609>
181. Юкало, М. В. (2024). Нормативно-правовий механізм організації медичного обслуговування населення в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування* №4 (43) 2024. Взято з: <http://www.customs-admin.umsf.in.ua/archive/2024/4/17.pdf>
182. Юристовська, Н. Я. (2017). Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. *Ефективність державного управління*, (51).
183. Як реформувалася медицина за 29 років незалежності - новини України. (n.d.). *ZN.ua*. Взято з : <https://zn.ua>
184. АІРМ. (n.d.). Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я України винесено на громадське обговорення. Взято з : <http://aipm.org.ua/kontseptsiiyu-reformi-finansuvannya-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini-vineseno-na-gromadske-obgovorennya/>
185. Albreht, T. (2011). Addressing shortages: Slovenia's reliance on foreign health professionals, current developments and policy responses. *Health professional mobility and health systems. Evidence from*, 17, 511-537.
186. Association of Mental Health Providers. (n.d.). *Health and Wellbeing Alliance*. Взято з : <https://amhp.org.uk/our-work/health-wellbeing-alliance/>
187. Baldwin, R., Cave, M., & Lodge, M. (2012). *Understanding regulation: Theory, strategy, and practice* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press. Взято

- 3 : <https://global.oup.com/academic/product/understanding-regulation-9780199576098>
188. Barlow, J., Roehrich, J., & Wright, S. (2013). Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing healthcare facilities and services. *Health Affairs*, 32(1), 146–154.
189. Bhattacharyya, O., Mossman, K., Ginther, J., Hayden, L., Sohal, R., Cha, J., ... & Mitchell, W. (2015). Assessing health program performance in low-and middle-income countries: Building a feasible, credible, and comprehensive framework. *Globalization and Health*, 11(1), 1-16.
190. Birenbaum-Carmeli, D. (2016). Thirty five years of ART in Israel. *Reproductive BioMedicine & Society Online*, 2, 16–23.
191. Briushkova, N. O., Nikoliuk, O. V., & Dobrianska, N. A. (2021). Institutionalization of the relationship between government and civil society in the context of management decisions. *Економіка: реалії часу. Науковий журнал*, (1(53)), 20–26. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4885297> (Retrieved July 25, 2021).
192. Burowlyov, L. (2020). *Mechanisms of state regulation of the private sector in Ukraine's healthcare system*. Взято з : <https://uacademic.info>.
193. Chas News. (n.d.). *Програма медичних гарантій 2023: які послуги українці можуть отримати безкоштовно*. Взято з : <https://chas.news/current/programa-medychnykh-harantii-2023-yaki-poslugi-ukraintsi-mozhut-otrimati-bezkoshtovno>
194. Crooks, V. A., Turner, L., Cohen, I. G., Bristeir, J., Snyder, J., & Casey, V. (2013). Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: A qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives. *BMJ Open*, 3(2), e002302. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002302>.
195. Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press.
196. Donath, O. (2011). *From Me Onward: Opting for Voluntary Childlessness in Israel*. Tel Aviv: Hakibbutz Hameuchad.

197. Donath, O., Berkovitch, N., & Segal-Engelchin, D. (2022). “I kind of want to want”: Women who are undecided about becoming mothers. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.848384>
198. European Commission. (2011). *Modernising the professional qualifications directive*. Brussels: European Commission.
199. European Commission. (2013). *Health and economic analysis for an evaluation of the public-private partnerships in health care delivery across Europe*. Взято з : <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/032ee8ff-9507-4e97-ae3f-c7b534536c59/language-en>
200. European Commission. (n.d.). *Automatic recognition*. Взято з : https://single-market-economy.ec.europa.eu/single-market/services/free-movement-professionals/recognition-professional-qualifications-practice/automatic-recognition_en
201. European Union. (n.d.). *Applying for permanent provision of services*. Взято з : https://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/apply-permanent-provision-services/index_en.htm
202. Eurostat. (2024). *Government expenditure on health*. European Community. Взято з : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_on_health
203. Franken, M., & Koolman, X. (2013). Health system goals: A discrete choice experiment to obtain societal valuations. *Health Policy*, 112(1–2), 28–34.
204. Franz, C., & Ghebreyesus, T. A. (2019). *The road to universal health coverage: Innovation, equity, and the new health economy*. JHU Press.
205. Global Fund. (2022). *Engaging the private sector for health system strengthening: Strategic approaches and lessons learned*. Взято з : <https://www.theglobalfund.org>
206. Greenwood, M. J., & Beasley-Greenwood, M. (2010). Medical licensure and credentialing. In Norman, S. M. (Ed.), *Principles of addictions and the law* (pp. 47–68). San Diego, CA: Academic Press.

207. Hallo de Wolf, A., & Toebe, B. (2016). Assessing private sector involvement in health care and universal health coverage in light of the right to health. *Health and Human Rights*, 18(2), 79–92.
208. Healthwatch. (n.d.). *What we do*. Взято з :
<https://www.healthwatch.co.uk/what-we-do>
209. Israel Central Bureau of Statistics (ICBS) (2021). *Selected figures for the Love Holiday*. Взято з :
<https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/pages/2021/%D7%9C%D7%A7%D7%98-%D7%A0%D7%AA%D7%95%D7%A0%D7%99%D7%9D-%D7%9C%D7%A8%D7%92%D7%9C-%D7%98%D7%95-%D7%91%D7%90%D7%91-%D7%AA%D7%A9%D7%A4%D7%90-2021.aspx>
210. Israel Central Bureau of Statistics (ICBS). (2018). *Births and fertility in Israel 2018*. Взято з :
<https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/pages/2018/%D7%99%D7%9C%D7%95%D7%93%D7%94-%D7%95%D7%A4%D7%A8%D7%99%D7%95%D7%9F-%D7%91%D7%99%D7%A9%D7%A8%D7%90%D7%9C-2016.aspx>
211. Jesse, M., & Kruuda, R. (2006). Cross-border care in the north: Estonia, Finland, and Latvia. In Rosenmöller, M., McKee, M., & Baeten, R. (Eds.), *Patient mobility in the European Union: Learning from experience* (pp. 23–39). Copenhagen: World Health Organization.
212. Kalashnyk, N., Yukalo, V., Yukalo, M., Meduna, B., & Hukova-Kushnir, H. (2022). Changing public policy emphasis: Aspects of ethics and publicity in health care. *AD ALTA: Journal of Interdisciplinary Research*, 12(1), 240–243. Retrieved from http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/120125/papers/A_43.pdf
213. Kleinman, A. (2020). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In *Concepts of health, illness and disease* (pp. 27–47). Routledge.

214. Kol, S., Yellin, L. B., Segal, Y., et al. (2016). In vitro fertilization (IVF) treatments in Maccabi healthcare services 2007–2014. *Israel Journal of Health Policy Research*, 5, 14. <https://doi.org/10.1186/s13584-016-0072-9>
215. Kovacs, E., Schmidt, A. E., Szocska, G., Busse, R., McKee, M., & Legido-Quigley, H. (2014). Licensing procedures and registration of medical doctors in the European Union. *Clinical Medicine*, 14(3), 229–238.
216. Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910–1912.
217. Kumaranayake, L., Hongoro, C., Lake, S., Mujinja, P., & Mpembeni, R. (2003). Coping with private health markets: Regulatory (in)effectiveness in sub-Saharan Africa. In Soderlund, N., Mendoza-Arana, P., & Goudge, J. (Eds.), *The new public/private mix in health: Exploring the changing landscape* (pp. 47–59). Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. Взято з : http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/New_Public_Private_Mix_FULL_English.pdf
218. Kuusio, H., Koivusalo, M., Elovainio, M., Heponiemi, T., Aalto, A. M., & Keskimäki, I. (2011). Changing context and priorities in recruitment and employment: Finland balances inflows and outflows of health professionals. In Wismar, M., Maier, C. B., Glinos, I. A., Dussault, G., & Figueras, J. (Eds.), *Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries* (pp. 163–180). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
219. Lall, S., & Narula, R. (2004). Foreign direct investment and its role in economic development: Do we need a new agenda? *The European Journal of Development Research*, 16(3), 447–464. <https://doi.org/10.1080/0957881042000266589>
220. Legido-Quigley, H., McKee, M., Walshe, K., et al. (2008). How can quality of health care be safeguarded across the European Union? *BMJ*, 336(7650), 920–923.

221. McKee, M., Edwards, N., & Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 890–896.
222. Medical Tourism Index. (2020–2021). *Medical Tourism Index 2020–2021*.
Взято з : <https://www.medicaltourism.com/mti/home>
223. MedPlatforma. (2024). *Приватна медична практика: організаційно-правові аспекти*. Взято з : <https://medplatforma.com.ua/article/699-privatniy-medichniy-zaklad-analzumo-de-stvorenniya>
224. NHS England. (n.d.). *Integrated care boards in England*. Взято з : <https://www.england.nhs.uk/publication/integrated-care-boards-in-england/>
225. NHS England. (n.d.). *Integrated care in your area*. Взято з : <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/integrated-care-in-your-area/>
226. NHS England. (n.d.). *Voluntary, Community and Social Enterprise (VCSE) Health and Wellbeing Alliance*. Retrieved February 17, 2025, from <https://www.england.nhs.uk/hwalliance/>
227. NHS England. (n.d.). *We lead the NHS in England to deliver high quality services for all*. Взято з : <https://www.england.nhs.uk/>
228. Nye, J. S. (2019). Soft power and public diplomacy revisited. *The Hague Journal of Diplomacy*, 14(1-2), 7-20.
229. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2021). *The role of the private sector in health system strengthening: Policy frameworks and case studies*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
230. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2023a). *Definition of fertility rates*. Взято з : <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>
231. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2023b). *Fertility rates*. Взято з : <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>
232. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2023c). *Ready for the next crisis? Investing in health system resilience*. OECD Health Policy Studies. <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>

233. Pan American Health Organization. (2022). *Building resilient health systems to advance toward universal health in the Americas: Lessons from COVID-19*. Взято з : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56444>
234. Parpia, A. S., Ndeffo-Mbah, M. L., Wenzel, N. S., & Galvani, A. P. (2016). Effects of response to 2014–2015 Ebola outbreak on deaths from malaria, HIV/AIDS, and tuberculosis, West Africa. *Emerging Infectious Diseases*, 22(3), 433–441. <https://doi.org/10.3201/eid2203.150977>
235. PricewaterhouseCoopers. (n.d.). *PPPs in healthcare: Models, lessons and trends for the future* (Healthcare public-private partnerships series, No. 4). Взято з : <https://www.pwc.at/de/publikationen/financial-services/ppps-in-healthcare.pdf>
236. Roehrich, J. K., Lewis, M. A., & George, G. (2014). Are public–private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social science & medicine*, 113, 110–119.
237. Royal College of Physicians. (2011). *Review of the professional qualifications directive: Mobility of healthcare professionals*. London: Royal College of Physicians. Взято з : https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/rcp_response_to_house_of_lords_june_17_2011.pdf
238. Runnels, V., Labonté, R., Packer, C., Chaudhry, S., Adams, O., & Blackmer, J. (2014). Canadian physicians' responses to cross-border health care. *Global Health*, 10(20), 1–7.
239. Saulnier, D. D., & Topp, S. M. (2024). We need to talk about 'bad' resilience. *BMJ Global Health*, 9, e014041. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014041>
240. Schorpp, R. (2016, January 21). *Greece & Germany: What role for civil society?* Workshop III of the Greek-German Youth Congress. Political foundation "The Konrad-Adenauer-Stiftung". Взято з : <http://www.kas.de/wf/en/33.35961>
241. Smith, R. D., Chanda, R., & Tangcharoensathien, V. (2009). Trade in health-related services. *The Lancet*, 373(9663), 593–601.

242. Snyder, J., & Crooks, V. A. (2015). Medical treatment not approved yet? No problem! Welcome to circumvention tourism. *The Conversation*. Взято з : <http://theconversation.com/medical-treatment-not-approved-yet-no-problem-welcome-to-circumvention-tourism-35070>
243. Sochas, L., Channon, A. A., & Nam, S. (2017). Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: The case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone. *Health Policy and Planning*, 32(3), iii32–iii39. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx108>
244. The King's Fund. (n.d.). *What are integrated care systems?* Взято з : <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/integrated-care-systems-explained>
245. The World Bank Group. (2017). *Public-Private Partnerships in Health: World Bank Group Engagement in Health PPPs – An IEG Synthesis Report*. Взято з : <https://documents1.worldbank.org/curated/en/672561478540044927/pdf/Public-Private-Partnerships-in-Health-World-Bank-Group-Engagement-in-Health-PPP-An-IEG-Synthesis-Report.pdf>
246. The World Bank Group. (n.d.). *The World Bank Group Strategy: Overview*. Washington, D.C.: World Bank Group. Взято з : <http://documents.worldbank.org/curated/en/602031468161653927/Overview>
247. Trading Economics. (n.d.). *Ukraine - Fertility rate, total (births per woman)*. Взято з : <https://tradingeconomics.com/ukraine/fertility-rate-total-births-per-woman-wb-data.html>
248. U-LEAD. (n.d.). *Перспективи малопотужних лікарень в розрізі медреформи (частина 1)*. Взято з : <https://u-lead.org.ua/news/301>
249. UK Government. (2022). *Health and Care Act 2022 Government Bill*. Взято з : <https://bills.parliament.uk/bills/3022>, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2022/31/enacted/data.pdf>
250. UkraineInvest. (n.d.). *Medical tourism*. Взято з : <https://ukraineinvest.gov.ua/en/industries/tourism/>

251. Ukrainian Association of Medical Tourism. (n.d.). *The advantages of medical tourism for Ukrainians*. Взято з : <https://uamt.com.ua/en/treatment/treatment-abroad.html>
252. UN Development Programme. (2024). *Human Development Report 2023/2024: Breaking the gridlock: Reimagining cooperation in a polarized world*. Взято з : <https://reliefweb.int/organization/undp>
253. United Nations Development Programme (UNDP). (2024). *Україна залишається країною з високим Індексом людського розвитку — звіт UNDP*. Взято з : <https://www.undp.org/uk/ukraine/press-releases/ukrayina-zalyshayetsya-krayinoyu-z-vysokym-indeksom-lyudskoho-rozvytku-zvit-undp>
254. USAID. (2018). *Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2018 році*. Взято з : https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID_2018_interactiv_1.pdf
255. Uys, L. R., & Coetzee, L. (2013). *Transforming and scaling up health professional education and training: Policy brief on accreditation of institutions for health professional education*. Geneva: World Health Organization. Взято з : https://whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads/whoeduguidelines_PolicyBrief_Accreditation.pdf
256. Visit Ukraine. (n.d.). *Can Ukrainians be treated in private hospitals free of charge?* Retrieved February 17, 2025, from <https://visitukraine.today/blog/1005/can-ukrainians-be-treated-in-private-hospitals-free-of-charge>
257. Wismar, M., Maier, C. B., Glinos, I. A., Dussault, G., & Figueras, J. (Eds.). (2011). *Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
258. World Bank Group. (2020a). *2020 Global healthcare resources & international healthcare resource center*.

259. World Bank Group. (2020b). *Public-private partnerships in health: World Bank Group engagement in health PPPs – An IEG synthesis report*. Взято з : <https://documents1.worldbank.org/curated/en/672561478540044927/pdf/Public-Private-Partnerships-in-Health-World-Bank-Group-Engagement-in-Health-PPP-An-IEG-Synthesis-Report.pdf>
260. World Bank Group. (2022, March 17). *Joint statement of heads of international financial institutions with programs in Ukraine and neighboring countries*. Взято з : <https://www.worldbank.org/en/news/statement/2022/03/17/joint-statement-of-heads-of-international-financial-institutions-with-programs-in-ukraine-and-neighboring-countries>
261. World Bank Group. (n.d.). *Overview of the World Bank Group strategy*. Washington, D.C.: World Bank Group. Взято з : <http://documents.worldbank.org/curated/en/602031468161653927/Overview>
262. World Bank Group. (n.d.). *Public-Private Partnerships: Reference Guide Version 2.0*. Washington, D.C.: World Bank Group. Взято з : <http://documents.worldbank.org/curated/en/600511468336720455/Public-private-partnerships-reference-guide-version-2-0>
263. World Bank Group. (n.d.). *Worldwide governance indicators*. Взято з : <https://www.worldbank.org/en/publication/worldwide-governance-indicators>
264. World Bank. (2020). *Public-private partnerships in health: World Bank Group engagement in health PPPs – An IEG synthesis report*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/672561478540044927/pdf/Public-Private-Partnerships-in-Health-World-Bank-Group-Engagement-in-Health-PPP-An-IEG-Synthesis-Report.pdf>
265. World Bank. (2022). *Public-private partnerships in healthcare: Lessons from COVID-19 and beyond*. Washington, DC: World Bank Group.
266. World Bank. (n.d.). *Domestic private health expenditure (% of current health expenditure) - Ukraine*. Взято з : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS?locations=UA>

267. World Bank. (n.d.). *Gini index (World Bank estimate)*. Взято з :
<https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=UA>
268. World Bank. (n.d.). *Out-of-pocket expenditure per capita, PPP (current international \$)*. Взято з :
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.PP.CD>
269. World Health Organization & International Bank for Reconstruction and Development. (2021). *Global monitoring report on financial protection in health 2021*. Geneva: World Health Organization. Взято з :
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040953>
270. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2022). *Building resilient health systems to advance universal health coverage and ensure health security in the Eastern Mediterranean Region*. Взято з :
<https://iris.who.int/handle/10665/366621>
271. World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: Health systems: Improving performance*. World Health Organization.
272. World Health Organization. (2002, April 4). *Physical inactivity: A leading cause of disease and disability, warns WHO*. Взято з :
<https://www.who.int/news/item/04-04-2002-physical-inactivity-a-leading-cause-of-disease-and-disability-warns-who>
273. World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's Framework for Action*. Взято з :
<https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business---strengthening-health-systems-to-improvehealth-outcomes>
274. World Health Organization. (2017). *Public health performance strengthening at districts: Rationale and blueprint for action, version 6.0*. Взято з :
https://ahpsr.who.int/docs/librariesprovider11/publications/supplementary-material/bellagiowhitepaper.pdf?sfvrsn=ddd0aa15_5
275. World Health Organization. (2018). *The private sector, universal health coverage and primary health care (No. WHO/HIS/SDS/2018.53)*.

276. World Health Organization. (2020a). *Private sector landscape in mixed health systems*.
277. World Health Organization. (2020b). *The role of the private sector in achieving universal health coverage: Evidence and policy recommendations*. Geneva: WHO. Взято з : <https://www.who.int>
278. World Health Organization. (2021a). *Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper*. Geneva: World Health Organization. Взято з : <https://www.who.int/publications/i/item/WHOUHL-PHC-SP-2021.01>
279. World Health Organization. (2021b). *Strengthening private sector engagement for universal health coverage: A policy guide for governments*. Geneva: WHO.
280. World Health Organization. (2022a). *Building resilient health systems to advance universal health coverage and ensure health security in the Eastern Mediterranean Region*. Взято з : <https://iris.who.int/handle/10665/366621>
281. World Health Organization. (2022b). *Health systems resilience toolkit: A WHO global public health good to support building and strengthening of sustainable health systems resilience in countries with various contexts*. Взято з : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048751>
282. World Health Organization. (2022c). *National workforce capacity to implement the essential public health functions including a focus on emergency preparedness and response: Roadmap for aligning WHO and partner contributions*. Взято з : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354384>
283. World Health Organization. (2022d). *Universal health coverage (UHC) key facts*. Geneva: Всесвітня організація охорони здоров'я. Взято з : [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
284. World Health Organization. (2022e). *WHO's response to the Ukraine crisis – Interim report (February to June 2022)*. Взято з :

<https://reliefweb.int/report/ukraine/whos-response-ukraine-crisisinterim-report-february-june-2022>

285. World Health Organization. (2023). *Private provision of services in Ukraine: Current challenges, future directions. (Health policy papers series: Report)*. Взято з : <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7625-47392-69619>
286. World Health Organization. (n.d.). *Promoting health in all policies and intersectoral action capacities*. Взято з : <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>
287. World Trade Organization. (2016). *Tourism sector highlighted as important contributor to trade and development*. Взято з : https://www.wto.org/english/news_e/news16_e/bus_13jul16_e.htm
288. Yukalo Maria. Changing the policy of medical ethics in the provision of paid services. 3 rd international ethics congress October 10-12, 2021 Ankara, Turkey. pp.124-125
289. Yukalo, V., & Yukalo, M. (2020). Right to Health under the Pandemic Conditions: Individual - State Cooperation and Interconnectedness. *Postmodern Openings*, 11(1Supl2), 177-187. Взято з: <https://doi.org/10.18662/po/11.1sup2/150>



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової роботи
Національного університету
"Львівська політехніка"

Іван ДЕМИДОВ

"29" 03 2025 р.

АКТ

**про використання результатів дисертаційної роботи
Юкало Марії Василівни на тему: "Розвиток механізмів публічного управління
медичним обслуговуванням населення України на засадах інтеграційного підходу",
представленої на здобуття наукового ступеня доктора філософії, при виконанні науково-
дослідної роботи кафедри публічного врядування Інституту адміністрування,
державного управління та професійного розвитку Національного університету
"Львівська політехніка"**

- Комісія у складі голови — начальника НДЧ, д.т.н., ст. досл. Небесного Р. В., та членів:
- завідувача відділу науково-організаційного супроводу наукових досліджень, к.т.н. Лазько Г. В.,
 - в.о. заступника начальника планово-фінансового відділу Фаст І. І.,
 - завідувача кафедри публічного врядування, к.політ.н., доцента Буника М. З.,

цим актом підтверджують, що результати дисертаційної роботи здобувачки кафедри публічного врядування Юкало М. В. використані при виконанні науково-дослідної роботи кафедри публічного врядування, Національного університету "Львівська політехніка" за темою "Наукові засади забезпечення сталого розвитку територіальних громад і територій в умовах національних викликів та повоєнного відновлення України" (номер державної реєстрації № 0124U000016).

Зокрема, Юкало М. В. розроблено та запропоновано: концептуальну модель інтегрованого підходу до публічного управління системою медичного обслуговування у процесі сталого розвитку територіальних громад, яка враховує взаємозв'язок медичних, соціальних та адміністративних механізмів у контексті децентралізації та післявоєнного відновлення інфраструктури громад; механізми координації медичних послуг у територіальних громадах як складову їх сталого розвитку, що передбачають посилену взаємодію між органами місцевого самоврядування, державними, комунальними та приватними закладами охорони здоров'я, зокрема в умовах післявоєнного відновлення, для забезпечення доступності та безперервності медичних послуг.

Голова комісії:

начальник НДЧ, д.т.н., ст.досл.

Роман НЕБЕСНИЙ

Члени комісії:зав. відділу науково-організаційного супроводу
наукових досліджень, к.т.н.

Галина ЛАЗЬКО

в.о. заст. нач. планово-фінансового відділу

Ірина ФАСТ

зав. кафедри публічного врядування,
к.політ.н., доцент

Микола БУНИК


ЗАТВЕРДЖУЮ
 Перший проректор з науково-педагогічної роботи
 Львівського національного медичного університету
 імені Данила Галицького
 доц. Солонинко І.І.

2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Розвиток механізмів публічного управління медичним обслуговуванням населення України на засадах інтеграційного підходу»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Національний університет "Львівська Політехніка", м. Львів, Україна. **Автор:** Юкало М. В.
3. **Джерело інформації:** Основні положення та результати дисертаційної роботи Юкало Марії Василівни на тему "Розвиток механізмів публічного управління медичним обслуговуванням населення України на засадах інтеграційного підходу"
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.
5. **Терміни впровадження:** 2024-2025 н.р.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень впроваджені в навчальний процес студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 073 «Менеджмент» освітньо-професійної програми «Менеджмент в охороні здоров'я» Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.
7. **Ефективність впровадження:** Впровадження результатів дослідження сприяє удосконаленню навчального процесу та розвитку компетенцій студентів у сфері публічного управління в контексті медичного обслуговування.
8. **Зауваження та пропозиції:** у навчальному процесі застосовуються такі результати дисертаційної роботи Юкало М. В.:
 - аналіз механізмів публічного управління в системі медичного обслуговування населення України (дисципліна "Соціальна медицина", теми: "Організація комунікації між медиками, пацієнтами та їх сім'ями", "Організація експертизи втрати працездатності. Основні законодавчо-правові питання інвалідності та реабілітації. Доказова реабілітація");
 - дослідження ефективності публічного управління медичним обслуговуванням за інтеграційним підходом (дисципліна "Клінічний аудит", теми: "Шляхи підвищення якості надання медичної допомоги населенню", "Особливості оцінки якості надання медичної допомоги під час воєнного стану");

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри соціальної медицини,
економіки та організації охорони здоров'я
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького
к.мед.н., доцент


 Т.Г. Гупор



МОЗ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ЛЬВІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА
ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
(ДУ «ЛЬВІВСЬКИЙ ОЦКПХ МОЗ»)

вул. Круп'ярска, 27, м. Львів, 79014, тел. (099) 639-80-11, E-mail: lvivcdc@gmail.com Сайт:
<https://www.cdc.lviv.ua>

Код ЄДРПОУ 38501853

18.02.2025 № 843 / 01

На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
аспіранта Національного університету «Львівська політехніка»

Юкало Марії Василівни

на тему

«РОЗВИТОК МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ
ОБСЛУГОВУВАННЯМ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ЗАСАДАХ ІНТЕГРАЦІЙНОГО ПІДХОДУ»

Результати дисертаційного дослідження Юкало Марії Василівни знайшли практичне застосування у діяльності Львівського обласного центру контролю та профілактики хвороб МОЗ України, зокрема в удосконаленні підходів до управління медичним обслуговуванням населення регіону. Дослідження висвітлює важливість інтеграційного підходу у формуванні сучасної системи охорони здоров'я, яка здатна ефективно реагувати на виклики сучасного суспільства.

Важливим напрямом впровадження стало удосконалення механізмів моніторингу та оцінки ефективності медичних послуг на регіональному рівні. Це дозволяє підвищити якість управлінських рішень та сприятиме більш раціональному використанню ресурсів. Запровадження сучасних аналітичних інструментів також сприятиме покращенню контролю за якістю надання медичних послуг, що, у свою чергу, позитивно впливає на рівень довіри населення до системи охорони здоров'я.

Дослідження також стало підґрунтям для розвитку цифрових технологій у сфері охорони здоров'я, зокрема удосконаленню електронних систем управління медичними послугами. Оптимізація збору та аналізу даних про стан здоров'я населення, розвиток реабілітаційних програм та підтримка психічного здоров'я є важливими завданнями, які стають можливими завдяки ефективному використанню цифрових рішень.

Ще одним практичним результатом стало формування регіональної стратегії розвитку інтегрованої медичної допомоги, що базується на кращих міжнародних практиках та адаптується до українських реалій. Особлива увага приділяється розвитку реабілітаційних послуг та підтримці психічного здоров'я, що є надзвичайно актуальним в умовах зростання кількості осіб, які потребують психологічної підтримки та довготривалого медичного супроводу.

Таким чином, результати дослідження сприяють підвищенню рівня координації між різними секторами, покращенню якості надання медичних послуг, оптимізації фінансових ресурсів та впровадженню інновацій у систему охорони здоров'я. Інтеграційний підхід до управління медичним обслуговуванням населення, запропонований у дисертації, забезпечує комплексний розвиток галузі та створює передумови для підвищення її ефективності та доступності для всіх категорій громадян.

Генеральний директор



Наталія ІВАНЧЕНКО



СТРИЙСЬКА МІСЬКА РАДА

ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ

вул.Т.Шевченка,71, м.Стрий, 82400, тел./факс (03245)7-12-71

www.stryi-rada.gov.ua, e-mail: stryimvk@loda.gov.ua, Код згідно з ЄДРПОУ 04055943

Від 29.01 2025 № 03-20/47-1

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
аспіранта Національного університету «Львівська політехніка»

Юкало Марії Василівни

на тему

**«РОЗВИТОК МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ
ОБСЛУГОВУВАННЯМ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ЗАСАДАХ
ІНТЕГРАЦІЙНОГО ПІДХОДУ»**

Результати дисертаційного дослідження Юкало Марії Василівни були впроваджені у діяльність територіальної громади з метою підвищення ефективності управління системою медичного обслуговування, раціонального розподілу ресурсів та оптимізації процесів планування в галузі охорони здоров'я.

Зокрема, в основі реалізації цих підходів лежить розроблена методика оцінки потреби у медичному обслуговуванні населення громади, яка враховує демографічні тенденції, епідеміологічну ситуацію, міграційні процеси, наявну інфраструктуру та кадрове забезпечення. Запровадження цієї методики дозволяє:

- прогнозувати потреби громади у медичних послугах, що забезпечує більш обґрунтоване прийняття управлінських рішень та ефективний розподіл фінансових ресурсів;
- визначати пріоритетні напрями розвитку місцевої системи охорони здоров'я та планувати необхідні інвестиції в медичну інфраструктуру;
- формувати стратегію залучення додаткових ресурсів, зокрема через механізми публічно-приватного партнерства, міжмуніципального співробітництва або участі у державних та міжнародних грантових програмах.

Методика, запропонована у дослідженні, узгоджується із принципами децентралізації, дозволяючи територіальній громаді самостійно визначати пріоритети у сфері охорони здоров'я та ефективно координувати діяльність

медичних закладів. Впровадження цього підходу також відкриває можливості для співпраці з іншими громадами щодо спільного розвитку спеціалізованих медичних послуг, що є особливо важливим для малих та сільських громад, які можуть не мати повного спектра медичних закладів.

Одним із перспективних напрямів є медичний туризм як інструмент економічного розвитку громади. Удосконалення медичної інфраструктури та розвиток спеціалізованих напрямів медичних послуг (наприклад, репродуктивна медицина, реабілітація, стоматологія) дозволяють громаді приваблювати пацієнтів з інших регіонів України та з-за кордону. Це, у свою чергу, сприяє розвитку малого і середнього бізнесу, створенню нових робочих місць та підвищенню рівня доходів громади.

Запровадження результатів дослідження також сприяє розвитку публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, залучаючи до співпраці приватні медичні заклади, страхові компанії та інвесторів. Це дає можливість підвищити якість послуг, оптимізувати витрати громади на медичне обслуговування та забезпечити довгострокову фінансову стійкість місцевої системи охорони здоров'я.

Отже, використання напрацювань дисертаційного дослідження у діяльності громади дозволяє забезпечити комплексний підхід до розвитку медичних послуг, раціонально розподілити ресурси, створити конкурентоспроможну систему охорони здоров'я та забезпечити її стійкість в умовах сучасних викликів.

Заступник міського голова
Стрийської територіальної громади:



Христина Грех

Дата: « » 2025р.



ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
«ЛЬВІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР»

вул. Дж. Вашингтона, 6, м. Львів, 79032, тел. (032) 259-19-60
e-mail: percentr.lviv@ukr.net,  <https://perinatal.center>, код ЄДРПОУ 20761103

ДОВІДКА №20/1

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
аспіранта Національного університету «Львівська політехніка»

Юкало Марії Василівни

на тему

**«РОЗВИТОК МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ
ОБСЛУГОВУВАННЯМ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ЗАСАДАХ ІНТЕГРАЦІЙНОГО
ПІДХОДУ»**

Результати дисертаційного дослідження Юкало Марії Василівни були впроваджені у діяльність КНП ЛОР «Львівський обласний клінічний перинатальний центр», зокрема у зв'язку з функціонуванням у його структурі відділення допоміжних репродуктивних технологій.

Одним із важливих результатів дослідження є розробка методики оцінки потреби у допоміжних репродуктивних технологіях, яка дозволяє визначати прогнозовану потребу населення у послугах ДРТ з урахуванням демографічних, соціально-економічних та медичних чинників. Запропонований підхід дозволяє здійснювати стратегічне планування медичних послуг на регіональному рівні, сприяючи підвищенню доступності та ефективності їх надання.

Враховуючи сучасні демографічні виклики, пов'язані зі зменшенням народжуваності та необхідністю відновлення людського потенціалу країни, впроваджена методика є вагомим інструментом для оптимізації управлінських рішень у сфері репродуктивного здоров'я. Вона дозволяє визначати ключові напрямки розвитку перинатальної допомоги, раціоналізувати фінансові витрати та удосконалити організаційні процеси у відділенні ДРТ.

Крім того, результати дослідження були використані у формуванні регіональної політики з розвитку репродуктивних технологій, що передбачає розширення можливостей міжсекторальної співпраці, удосконалення механізмів фінансування та підвищення якості надання медичних послуг. Це, у свою чергу, сприятиме формуванню комплексної стратегії підтримки репродуктивного здоров'я населення області.

Директор КНП ЛОР «Львівський обласний
клінічний перинатальний центр»



(підпис)

Марія МАЛАЧИНСЬКА

Дата: 6 січня 2025 року

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, у яких опубліковані основні результати дисертації

Публікації у наукових фахових виданнях України

1. Юкало М.В. Етичні засади формування державної політики організації надання медичних послуг. 2021. Демократичне врядування. Вип 2 (28). Взято з: <https://science.lpnu.ua> (DOI: <https://doi.org/10.33990/2070-4038.28.2021.250441>).
2. Юкало, М. В. (2023). Інновації у правовому механізмі публічного управління державно-приватним партнерством у галузі охорони здоров'я в Україні. *Ефективність державного управління*, 3(76/77), 57–61. Взято з: <https://doi.org/10.36930/507609>
3. Юкало, М. В. (2024). Нормативно-правовий механізм організації медичного обслуговування населення в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування* №4 (43) 2024. Взято з: <http://www.customs-admin.umsf.in.ua/archive/2024/4/17.pdf>
4. Худоба, О. В., Юкало, М. В. (2024). Управлінські аспекти інтеграції медичної статистики та інформаційних систем для ефективного планування ресурсів в системі охорони здоров'я. *Економічний простір* № 196/2024 р. Взято з: <https://economic-prostir.com.ua/article/196-upravlinski-aspekty-integracziyi-medychnoyi-statystyky-ta-informacziijnyh-system-dlya-efektyvnogo-planuvannya-resursiv-v-systemi-ohorony-zdorovya/>

Особистий внесок автора: обґрунтовано роль інформаційних систем у стратегічному плануванні ресурсів системи охорони здоров'я, запропоновано підходи до удосконалення інформаційного забезпечення для підвищення ефективності управлінських рішень.

Внесок Худоби О. В.: систематизовано чинники, що впливають на ефективність використання інформаційних ресурсів, та визначено напрями їх оптимізації для підтримки прийняття управлінських рішень;

сформульовано пропозиції щодо впровадження сучасних ІТ-рішень для підвищення прозорості та оперативності планування в системі охорони здоров'я.

Публікації у періодичному науковому виданні іншої держави, яке входить до Організації економічного співробітництва та розвитку та/або Європейського Союзу, яке індексується у наукометричній базі Web of Science

5. Kalashnyk, N., Yukalo, V., Yukalo, M., Meduna, B., & Hukova-Kushnir, H. (2022). Changing public policy emphasis: Aspects of ethics and publicity in health care. *AD ALTA: Journal of Interdisciplinary Research*, 12(1), 240–243. Retrieved from

http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/120125/papers/A_43.pdf

Особистий внесок автора: дослідження розвитку механізмів публічного управління медичним обслуговуванням, зокрема, як державні органи можуть сприяти підвищенню якості медичних послуг через прозорість у фінансуванні, раціональне використання ресурсів та модернізацію системи охорони здоров'я; аналіз викликів реформування галузі в контексті пандемії COVID-19; дослідження державного фінансування медичних послуг, розподілу коштів через Національну службу здоров'я України та переходу до моделі «гроші йдуть за пацієнтом».

Внесок Медуни Б.: дослідження принципу публічності в управлінських рішеннях, обґрунтування його важливості у сфері публічного управління та медичного обслуговування; аналіз способів забезпечення громадського доступу до інформації про реформування системи охорони здоров'я, включно з оцінкою правових нововведень, прогнозами експертного середовища та міжнародним досвідом; дослідження проблеми врівноваження публічності та права громадян на приватність, що є ключовим аспектом у регулюванні державних механізмів медичного обслуговування; дослідження ефективності правових інструментів, що забезпечують публічність у сфері охорони

здоров'я (зокрема залучення громадськості до процесу прийняття управлінських рішень та їхньої оцінки).

Внесок Калашник Н.: аналіз публічного управління у сфері охорони здоров'я, обґрунтування необхідності збалансованого врахування інтересів різних соціальних груп; дослідження взаємозв'язків між державним регулюванням, приватними медичними ініціативами та потребами населення; висвітлення проблеми забезпечення рівного доступу до медичних послуг, особливо в умовах реформування системи охорони здоров'я, зокрема децентралізації.

Внесок Юкало В.: дослідження біоетичних аспектів у сфері медичних послуг, з акцентом на важливості дотримання етичних норм у прийнятті державно-управлінських рішень щодо охорони здоров'я, зокрема розвитку програм допоміжних репродуктивних технологій; дослідження питання балансу між правом громадян на доступ до медичної допомоги та моральними аспектами надання послуг, зокрема в контексті надання платних медичних послуг; аналіз міжнародних підходів до біоетики, включно з положеннями Міжнародного кодексу медичної етики, що регламентують відповідальність лікарів перед пацієнтами, колегами та суспільством.

Внесок Гукової-Кушнір Г.: аналіз взаємозалежності між рівнем підготовки медичних кадрів та ефективністю реформування системи охорони здоров'я в Україні; обґрунтування необхідності удосконалення програм підготовки лікарів відповідно до європейських стандартів та підвищення професійних вимог до медичного персоналу; аналіз механізмів державного регулювання професійної сертифікації лікарів та заходів для забезпечення їхньої постійної кваліфікаційної підготовки).

6. Yukalo, V., & Yukalo, M. (2020). Right to Health under the Pandemic Conditions: Individual - State Cooperation and Interconnectedness. *Postmodern Openings*, 11(1Supl2), 177-187. Взято з: <https://doi.org/10.18662/po/11.1sup2/> 150

Особистий внесок автора: проаналізовано інформаційний механізм публічного управління медичним обслуговуванням населення у контексті

пандемії COVID-19, обґрунтовано необхідність інтеграції державного та приватного секторів для забезпечення доступності медичних послуг та мінімізації дискримінаційних бар'єрів.

Внесок Юкало В.: розкрито концептуальні засади співпраці індивіда та держави у реалізації права на охорону здоров'я в умовах пандемії; обґрунтовано підходи до мінімізації соціальних ризиків та дискримінаційних бар'єрів при наданні медичних послуг; визначено принципи забезпечення доступності та рівності в охороні здоров'я через ефективну комунікацію, правові гарантії та соціальну відповідальність держави у кризових ситуаціях.

Опубліковані праці апробаційного характеру

7. Юкало М.В. Надання медичних послуг населенню на регіональному рівні. Розвиток публічного управління в Україні [Текст] : матер. наук.- практ. конф. за міжнар. уч. (23 – 24 квітня 2020 р., м. Львів) / за наук. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2020. – 304 с. – ISBN 978-617-644-053-6 С. 197-200

8. Yukalo Maria. Changing the policy of medical ethics in the provision of paid services. 3-rd *International Ethics Congress* October 10-12, 2021 Ankara, Turkey. pp. 124-125

9. Юкало М.В. Зміни в етичній інфраструктурі надання медичних послуг у контексті воєнних дій в Україні. Перспективи розвитку науки і практики публічного управління України в пост воєнний період [Текст]: матер. наук.-практ. конф. (12 травня 2022 р., м. Львів) / за наук. ред. проф. П. М. Петровського. – Львів: НУ “Львівська політехніка”, 2022. – 88 с. С. 78-80

10. Юкало М.В. Роль приватних надавачів медичних послуг в реорганізації системи охорони здоров'я. Європейська інтеграція та трансформація публічного врядування в Україні: матер. наук.-практ. конф. (19 квітня 2024 р., м. Львів) / упорядн.: Бунік М. З., Бліщук К. М., Федорчак О. В., Худоба О. В. – Львів: НУ “Львівська політехніка”, 2024. – 282 с.

Додаток В
Таблиця 1

Аналіз законодавчих термінів, пов'язаних з медичним обслуговуванням

	Законодавче визначення термінів	Коментарі авторки	Пропозиції авторки
	<i>Медична допомога</i>		
Ст. 6 Основи	Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає кваліфіковану медичну та реабілітаційну допомогу	Медична допомога розглядається як складова охорони здоров'я. Медична і реабілітаційна допомога два різні терміни, що розмежовані законодавчо	Стаття 6. Право на охорону здоров'я. Подати в редакції “право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування”
Ст.49 Конституції	Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.		Реабілітаційну допомогу розглядати як складову медичної допомоги, або як медичні послуги
П.9 ⁷	Медична практика ліцензіатом провадиться: за видами медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна, медична реабілітація);		
Ст. 3 основи	медична допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та		Медична допомога — це комплекс медичних послуг, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування, і супутніх заходів,

⁷ Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики

	лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами		невід'ємно пов'язаних з їх наданням, об'єднаних за специфікою (екстрена, паліативна) та рівнем надання (первинна, спеціалізована), які гарантуються державою на безоплатній основі та надаються професійно підготовленими медичними працівниками в рамках провадження суб'єктом господарювання у сфері охорони здоров'я господарської діяльності з медичної практики.
П.9 ⁸	місце надання медичних послуг - фактична адреса провадження суб'єктом господарювання у сфері охорони здоров'я господарської діяльності з медичної практики, за якою особам, на яких розповсюджуються державні гарантії медичного		

⁸ Деякі питання електронної системи охорони здоров'я

	обслуговування населення згідно із <u>Законом України</u> "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" (далі - пацієнти), надаються медичні послуги;		
Ст. 4 Гарантії	медичної допомоги дітям до 16 років,	Відповідно до Закону України "Про охорону дитинства" ⁹ дитиною є особа віком до 18 років (повноліття), якщо згідно із законом, застосованим до неї, вона не набуває прав повнолітньої раніше.	
Медичне обслуговування			
Ст.49 Конституції	Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно	Це можна трактувати, що в інших закладах медична допомога надається платно	
Ст. 3 Оснои	Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава,	Що означає "відповідні", чи можуть органи місцевого самоврядування	

⁹ Про охорону дитинства: Закон України від 26 квітня 2001 року № 2402-III
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text>

	відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт;	замовляти послуги у приватних закладів	
	Паліативна допомога		
Ст. 35 ⁴ основи	Паліативна допомога надається безоплатно за направленням лікуючого лікаря	Не уточнено в яких закладах, чи можна направляти в соціальні заклади	
	Медичні гарантії та реабілітаційна допомога		
Ст.4 гарантії	У межах програми медичних гарантій держава гарантує повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних медичних послуг та лікарських засобів Програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України.	Ст. 8 Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать: екстрена медична допомога; первинна медична допомога; спеціалізована медична допомога; паліативна допомога. Держава визнає право кожного громадянина на отримання реабілітаційної допомоги під час надання медичної допомоги.	Ст. 4. Подати у редакції “у межах програми медичних гарантій держава гарантує безоплатну медичну і реабілітаційну допомогу, лікарські засоби та медичні вироби”

<i>Надавачі медичних послуг</i>			
Ст. 2 Гарантії	надавачі медичних послуг - заклади охорони здоров'я всіх форм власності та фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з Уповноваженим органом;		Надавачі медичних послуг в межах програми державних гарантій
Ст. 3	мережа закладів охорони здоров'я - сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території;	важливо чітко визначити, чи йдеться про спроможну мережу; конкретизувати адміністративні межі, в яких оцінюються потреби населення, щоб уникнути неузгодженості в плануванні; чи враховуються показники недержавних надавачів послуг	

Додаток Г
Таблиця 1

Характеристика типів закладів охорони здоров'я
(сформовано авторкою)

Ознака	Державні заклади	Комунальні заклади	Приватні заклади	Відомчі заклади
Організаційна структура	Часто бюрократична, з чіткими ієрархіями та регламентами	Схожа на державну, але з більшою залежністю від місцевої влади	Гнучка, орієнтована на ринкові потреби, може швидко адаптуватися	Відносно жорстка ієрархія, підпорядкована певному відомству чи міністерству
Регулювання послуг	Суворе державне регулювання	Може регулюватися місцевими нормами та варіюватись за регіонами	Регулювання залежить від законодавства країни	Визначається відповідним відомством або галузевими нормативами
Цільова аудиторія	Все населення, без обмежень	Міське населення в певному регіоні або муніципалітеті	Орієнтована на певні сегменти ринку, часто більш платоспроможні клієнти	рацівники певних відомств, галузей або підприємств, а також їхні сім'ї
Мета	Забезпечення доступу до базових послуг для всіх громадян	Надання послуг місцевому населенню з урахуванням специфіки регіону	Генерація прибутку, задоволення потреб клієнтів (для прибуткових); Філантропічна (для неприбуткових)	Обслуговування потреб певного відомства або галузі, забезпечення здоров'я працівників
Завдання	Реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я	Виконання регіональних програм та ініціатив.	Надання високоякісних послуг, інновації	Виконання завдань, визначених відомством або міністерством, забезпечення

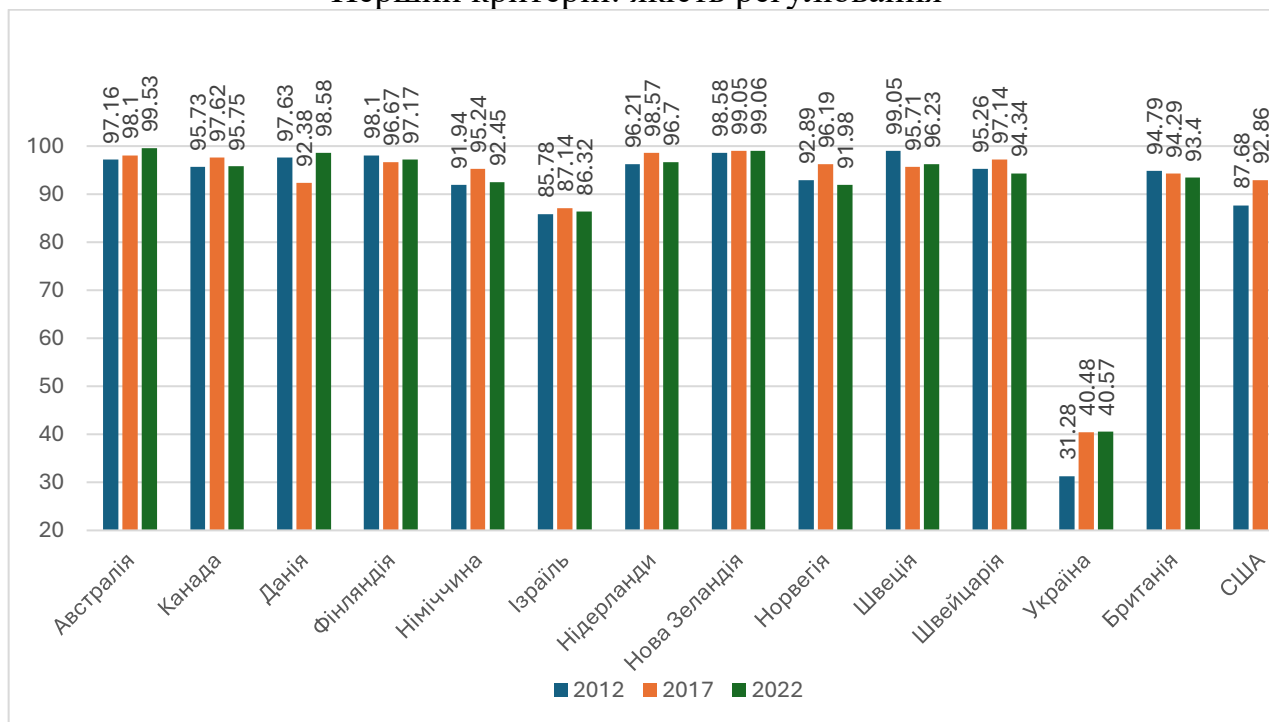
				здоров'я співробітників
Власність	Належить державі	Належить місцевому самоврядуванню	Належить приватним особам або компаніям	Належить відповідному відомству або міністерству
Відповідальність	перед урядом та громадськістю	перед місцевою владою та громадою	перед власниками та клієнтами	Перед відомством або міністерством, а також перед працівниками
Незалежність	Обмежена політиками та державними регуляціями	Залежить від місцевого самоврядування, але з певним ступенем автономії	Висока, особливо в управлінських рішеннях.	Обмежена підпорядкуванням відомчим правилам та нормативам
Підготовка кадрів	Формальна (відповідно до затверджених вимог)	Формальна (відповідно до затверджених вимог)	Формальна і неформальна	Формальна, із специфічними вимогами, що визначаються відомством
Підзвітність	Висока, існує багаторівнева система звітності	місцевому населенню та уряду	залежить від внутрішніх політик та законодавства	Перед відомством або міністерством, у межах його компетенції
Підпорядкованість	Структурна – обласним державним адміністраціям; галузева – міністерствам та відомствам	Структурна – міській раді; галузева – міністерствам та відомствам	Не підпорядковуються державним структурам, керуються ринковими умовами	Підпорядкованість відповідному відомству або міністерству

Додаток Д

Аналіз Індексу управління за п'ятьма критеріями
(сформовано та візуалізовано авторкою)

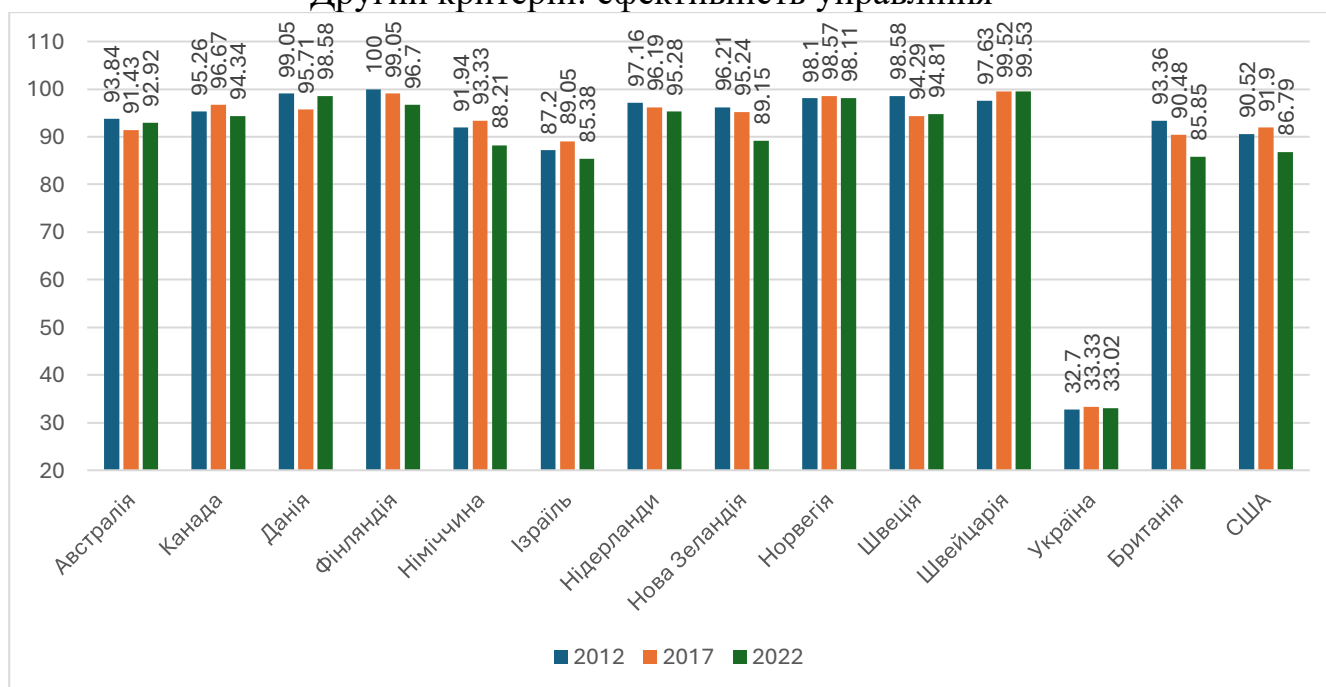
Таблиця 1.

Перший критерій: якість регулювання



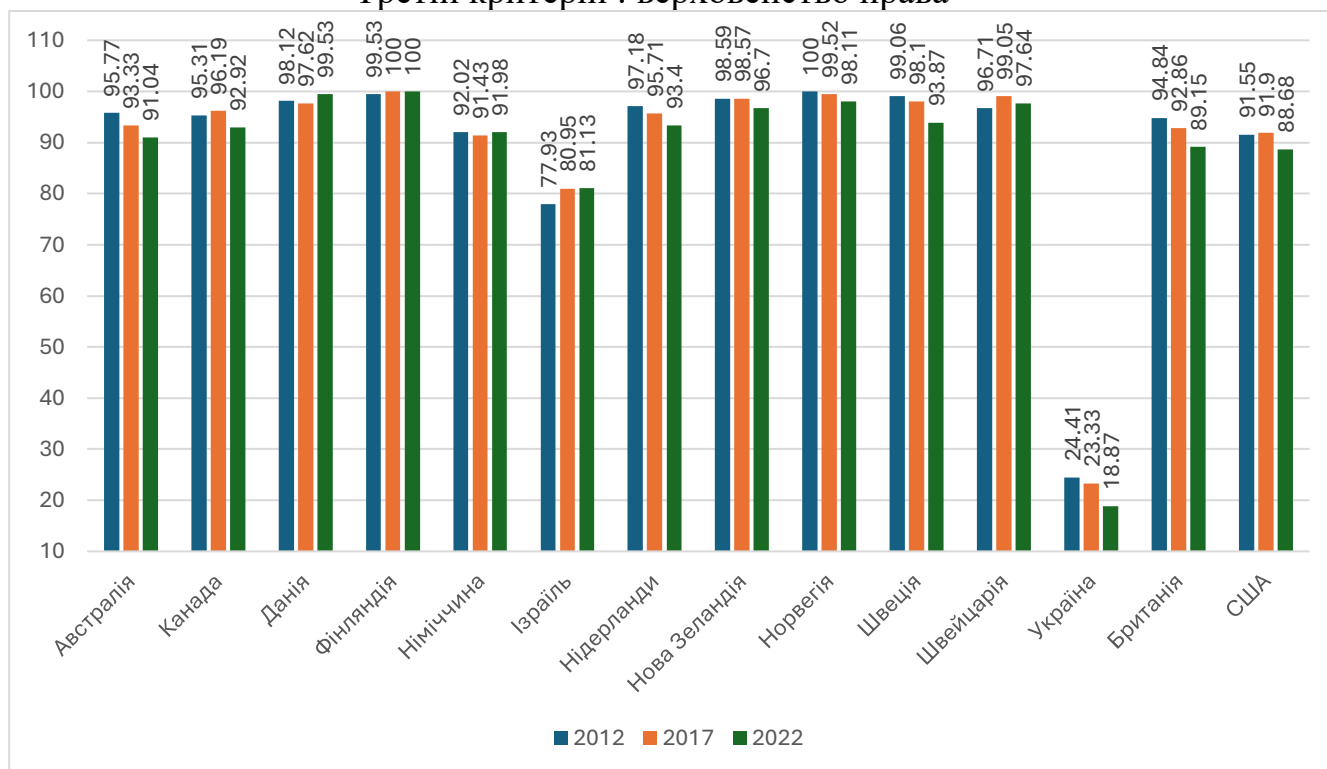
Таблиця 2

Другий критерій: ефективність управління



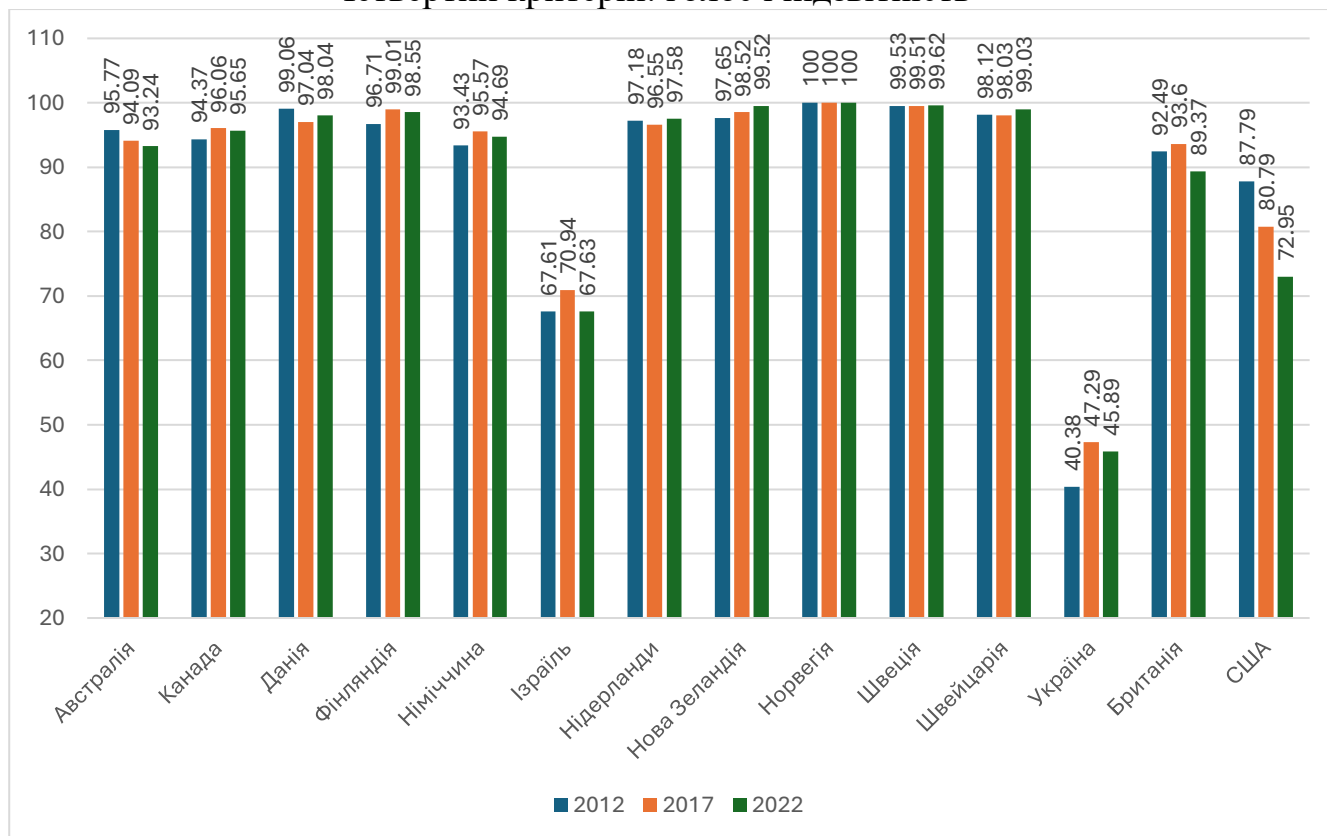
Таблиця 3

Третій критерій : верховенство права



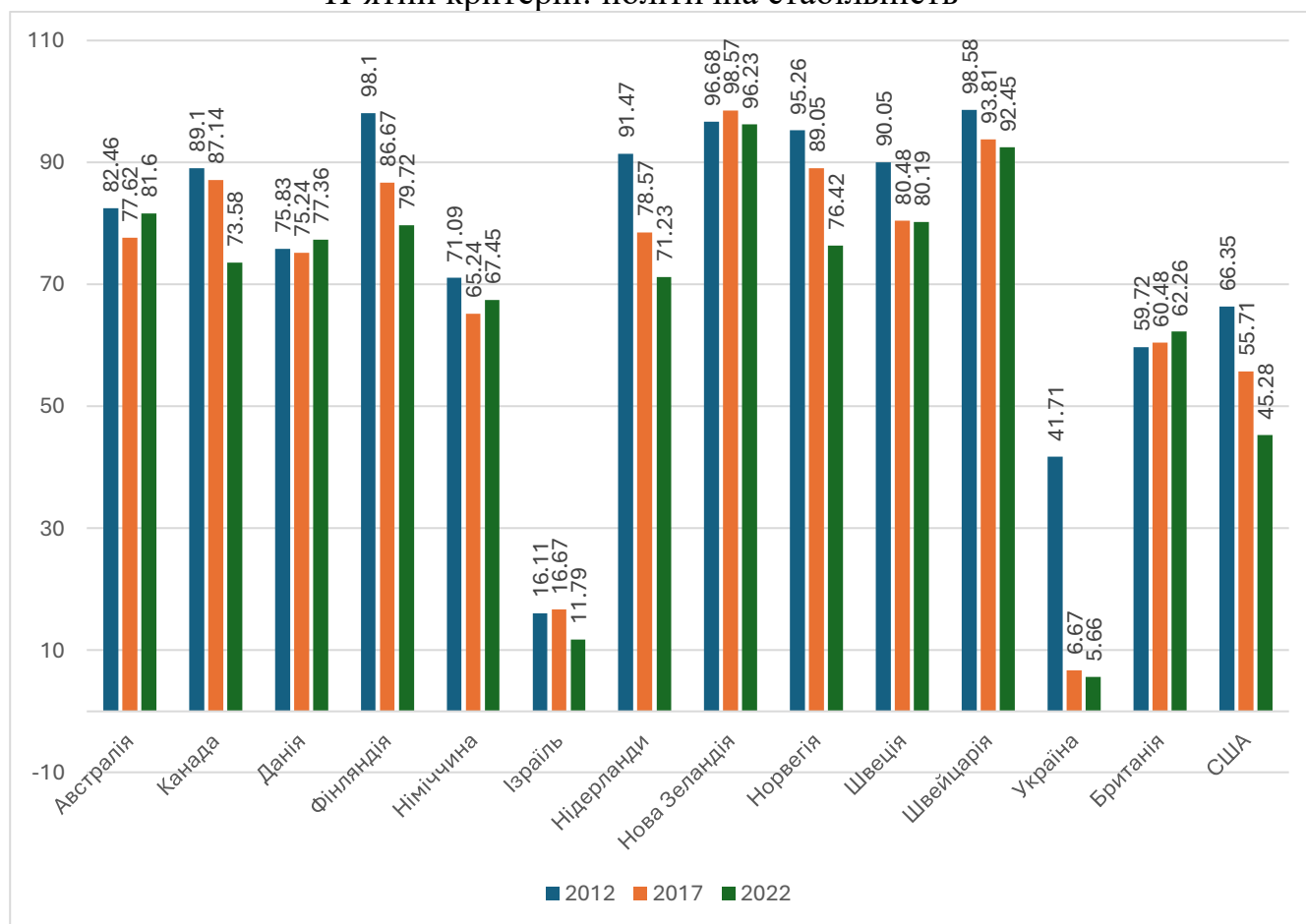
Таблиця 4

Четвертий критерій: голос і підзвітність



Таблиця 5

П'ятий критерій: політична стабільність



Додаток Е

Перелік закладів охорони здоров'я, які законтрактовані Національною службою здоров'я України на безоплатні послуги з лікування безпліддя в рамках Програми медичних гарантій станом на лютий 2024 року

Київська область та м. Київ:

1. ТОВ “НАДІЯ”,
2. ТОВ “ГАРМОНІЯ КРАСИ”,
3. ТОВ “Медичний центр “ДОБРОБУТ-ПОЛІКЛІНІКА””,
4. ТОВ “МІРУМ”,
5. ТОВ “Родинне джерело”
6. ТОВ “НЕОМЕД 2007”.

Дніпропетровська область:

7. ТОВ “ЕКОДНІПРО”
8. ТОВ “СКАЙ-ВІННЕР”.

Львівська область:

9. ТОВ “Клініка професора С. Хміля”.

Одеська область:

10. ТОВ “Клініка репродуктивної медицини “НАДІЯ ОДЕСА””.

Чернівецька область:

11. колективний заклад охорони здоров'я “Медичний центр лікування безпліддя”.

Рівненська область:

12. комунальний медзаклад “Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр ім. Віктора Поліщука” Рівненської обласної ради

Додаток Ж

Таблиця 1.1.

Основні етапи реформування системи охорони здоров'я України за часів Незалежності

Правові зміни	Організаційні зміни	Вплив на приватну медицину
1991-1999 роки		
Конституція України; Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”; Постанова Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 року № 765 “Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров’я”	Повільний перехід у фінансуванні та управлінні системою охорони здоров’я з директивного (“ручного”) управління на засади ринкової економіки. Закладення правових, економічних, організаційних, соціальних засад охорони здоров’я в Україні.	Визначення самої можливості для існування та функціонування приватної медицини. Поступове формування переліку медичних послуг та видів діяльності в галузі охорони здоров’я, які можна здійснювати як оплатну господарську діяльність.
2000-2007 рр		
Концепція розвитку охорони здоров’я населення України; Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації”; Указ Президента України “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я населення”; Національний план дій (“Дорожня карта реформування системи охорони здоров’я”); Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників, затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я України від 29 березня 2002 року № 117	Розробка та впровадження категорії “медична послуга” в нормативну та організаційну діяльність у галузі охорони здоров’я; відхід від “відомчої” медицини та спроба уніфікації стандартів якості надання медичної допомоги через категорію “медична послуга”, вдосконалення медичного обслуговування, спроби запровадження страхової медицини, впровадження стандартів лікування на основі доказової медицини.	розвиток недержавного сектору медицини, який поступово стає об’єктом державного управління, включення підтримки приватної медицини в регулюючі та стратегічні документи щодо реформування системи охорони здоров’я, формування підходів до контролю та звітування в приватній медицині.
2008-2014 рр		
Національний план розвитку системи охорони здоров’я на період до 2010 рр.; оновлений Закон України “Основи	Реформування системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини; стандартизація, ліцензування та акредитація медичних закладів, зокрема і	розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; об’єднання (пулінгу) фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної

законодавства України про охорону здоров'я"	закладів охорони приватної форми власності	допомоги на регіональному рівні, куди залучені і заклади приватної форми власності; запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що відповідають важкості і складності захворювання – перелічені та інші реформи стали поступово включати заклади охорони здоров'я приватної форми власності до загальної системи охорони здоров'я як повноцінних гравців.
2015-2020 рр.		
Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки; Закон України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я" (автономізація постачальників медичної допомоги); Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 02 березня 2016 року № 285; Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 року № 446 "Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів"	Нормативне закріплення та реалізація "Медичної реформи"; впровадження контрактної моделі закупівлі медичних послуг; запровадження нових форм фінансування медичних закладів; встановлення гарантованого державою пакета медичних послуг; створення НСЗУ як єдиного замовника медичних послуг; впровадження принципу "гроші ходять за пацієнтом"; автономізація постачальників медичної допомоги; початок розробки сучасної системи управління медичною інформацією.	дозволено урядом фінансування закладів охорони здоров'я одночасно з державного та місцевого бюджетів та/або одночасно з різних бюджетів (вторинну медичну допомогу та медичні послуги високоспеціалізованої медичної допомоги дозволено замовляти і в закладах охорони здоров'я приватної форми власності); зміна вимог до ліцензування приватної медичної практики; зміни вимог до професійного розвитку лікарів (зокрема і в недержавному секторі); регулювання приватної медичної практики лікарів-ФОП
2020-2021 рр.		
криза пов'язана із Пандемією COVID-19		
Про внесення змін до деяких законів України щодо лікування коронавірусної хвороби (COVID-19). Закон України від 30 березня 2020 року № 539-IX; Про внесення змін до Стандартів медичної	впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, який може реалізовуватися через приватні клініки та лікарів - ФОП; пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на	за 2020 рік визначили 27 пакетів безкоштовних послуг, які мали фіксовану ціну і за які платило НСЗУ. До цієї програми впродовж 2020 року долучилися більше 50 приватних лікарень через систему укладання договорів

допомоги “Коронавірусна хвороба (COVID-19), Наказ № 2438 від 27.10.2020; Про внесення змін до протоколу “Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19), Наказ МОЗ України від 20.11.2020 № 2693	національному рівні; перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах; автономізація постачальників медичних послуг з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств.	з НСЗУ[МОЗ]; розширення присутності представників сектору приватної медицини на ринку медичних послуг; розвиток державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я.
2022р.-по теперішній час функціонування в умовах воєнного стану		
<u>Про поновлення строків надання адміністративних послуг і видачі документів дозвільного характеру та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України,</u> Постанова КМУ від 8 серпня 2023 року № 828; План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки, МОЗ від 21.07.2022року; Про реєстрацію суб'єктів господарювання, які подали декларацію про набуття права провадження господарської діяльності з медичної практики, Наказ МОЗ від 06.04.2022 № 586; Порядок ведення Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я в електронній системі охорони здоров'я, Наказ МОЗ від 18.10.2021 № 2243	Акцент на гнучкість та стійкість системи охорони здоров'я, можливості взаємозаміни суб'єктів надання медичних послуг; впровадження Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я в електронній системі охорони здоров'я; перегляд напрямів та перспектив медичної реформи з огляду на воєнний стан	МОЗ фіксує інформацію про суб'єктів господарювання, які подали до Мінекономіки декларацію про набуття права провадження господарської діяльності з медичної практики; активне залучення приватних медичних клінік та лікарів-ФОП до надання медичних послуг, щоб забезпечити гнучкість системи охорони здоров'я; розширення спектру медичних послуг, що надаються закладами охорони здоров'я приватної форми власності та лікарями-ФОП; зміна підходів до систем контролю та ліцензування діяльності закладів охорони здоров'я приватної форми власності та лікарями-ФОП.

Ключові аспекти міжнародного досвіду

*Киргизстан*¹⁰ надає значущий приклад використання публічно-приватних партнерств для покращення доступу до спеціалізованих медичних послуг. Однією з найбільш успішних ініціатив є впровадження служб гемодіалізу через ППП, що мало велике значення для пацієнтів із хронічною нирковою недостатністю.

У Киргизстані, як і в багатьох інших країнах із перехідною економікою, обмежений доступ до якісного лікування ниркової недостатності став особливо гострою проблемою через високу вартість лікування, нестачу спеціалізованого обладнання та кваліфікованих медичних кадрів.

За підтримки міжнародних донорів та інвестиційних програм, Киргизстан розпочав проект ППП, де держава співпрацювала з приватними компаніями для впровадження служб гемодіалізу. Приватні партнери надавали обладнання, технології та експертизу для створення та експлуатації центрів гемодіалізу. Уряд, зі свого боку, зобов'язався забезпечувати стабільне фінансування та підтримку цих послуг через державну систему охорони здоров'я, зокрема покриття витрат на лікування пацієнтів.

Ця ініціатива дозволила значно розширити доступ до лікування гемодіалізом, підвищити якість медичного обслуговування та зменшити тягар на державні медичні заклади. Завдяки ППП, пацієнти отримали доступ до сучасного лікування за стандартами, які раніше були недоступні для більшості населення Киргизстану.

Приклад Киргизстану підкреслює важливість стратегічного планування та включення приватного сектору у вирішенні складних медичних викликів. Україна може використати цей досвід для розробки власних проектів ППП, особливо в контексті розвитку служб, які потребують значних інвестицій у технології та спеціалізовані навички, наприклад, в онкології, кардіології чи діагностичних послугах.

Ця модель ППП передбачає, що приватний оператор відповідає за проектування, будівництво, фінансування та управління новими чи оновленими медичними установами, такими як багатопрофільні лікарні, амбулаторні клініки, поліклініки, центри первинної медичної допомоги, та клініки для матері та дитини. Відмінною рисою цієї моделі є акцент на інфраструктурі та пов'язаних з нею послугах, а не безпосередньо на наданні медичних послуг — управління клінічними послугами зберігається за державним сектором.

Особливості моделі:

- Тривалість контрактів. Контракти, як правило, укладаються на довгий термін, зазвичай 30 років або більше, що сприяє зниженню щорічних платежів, аналогічно іпотечним кредитам.

¹⁰ Kyrgyzstan launches first hemodialysis services on public-private partnership — Minister of Health https://akipress.com/news:595716:Kyrgyzstan_launches_first_hemodialysis_services_on_public-private_partnership_%E2%80%94_Minister_of_Health/

- Механізм оплати: Оплата приватному оператору здійснюється урядом на основі платежів за доступність, коли оплата проводиться за наявність та доступність вказаних активів і послуг. Це може бути доповнено співплатами.

- Передача ризиків: Проекти включають передачу ризиків пов'язаних з проектом між державним органом, приватним оператором та інвесторами/кредиторами, що робить приватний сектор вразливим до фінансових втрат у разі невиконання зобов'язань щодо своєчасної доставки активів або бюджету.

- Власність держави на активи: У кінці контракту держава отримує власність на активи, які повинні бути передані у задовільному стані.

- Комплексність послуг: Модель передбачає комплексну угоду, яка включає інфраструктуру, обслуговування та, у деяких випадках, не клінічні послуги, що створює потенціал для економії в масштабі та обсязі.

Хоча ця модель пропонує значні переваги, такі як зменшення витрат на капітальні вкладення та поширення ризиків, вона також включає виклики, такі як високі транзакційні та фінансувальні витрати, які можуть знецінити переваги моделі. Також важливо забезпечити, що урядові органи мають достатній рівень експертизи у складанні контрактів та контролі за їх виконанням, щоб мінімізувати ризики та забезпечити ефективність.

Ця модель вимагає від урядових органів високого рівня компетентності у контрактній роботі та управлінні проектами, що є критично важливим для досягнення балансу між вартістю та якістю інвестицій.

Публічно-приватні партнерства стали важливою стратегією у розвитку медичної інфраструктури у багатьох країнах. Приклади з різних країн світу демонструють, як ППП можуть ефективно залучити приватний капітал та експертизу для поліпшення громадської охорони здоров'я.

Великобританія: Програма PFI

Одним із найбільш відомих прикладів використання ППП у Великобританії є програма приватного фінансування (PFI), яка включала будівництво та управління лікарнями. Наприклад, Лікарня Університетського коледжу Лондона була розроблена, побудована та експлуатується приватними партнерами. Цей проект забезпечує високоякісні медичні послуги і включає управління такими послугами, як кейтеринг і прибирання.

Канада: Проект лікарні Ройал Джубілі

У Канаді, ППП проект лікарні Ройал Джубілі у Британській Колумбії включав будівництво нового павільйону для пацієнтів. Проект передбачав фінансування, проектування, будівництво, експлуатацію та технічне обслуговування з високим рівнем відповідальності за якість з боку приватного сектору, що дозволило знизити загальні витрати та підвищити ефективність послуг.

Австралія: Проект лікарні Кейсі

Австралія також активно використовує ППП для розвитку своєї медичної інфраструктури. Лікарня Кейсі у Вікторії була реалізована через ППП, забезпечуючи комплексні медичні послуги, включаючи гострі, амбулаторні та спеціалізовані допомоги. Приватний партнер бере на себе обов'язки з управління немедичними службами, тоді як медичні послуги залишаються під контролем держави.

Ці міжнародні приклади демонструють, як ППП можуть бути використані для залучення інвестицій, технологій та управлінських навичок приватного сектору для покращення інфраструктури охорони здоров'я. Ці проекти часто включають комплексне управління всіма аспектами медичних закладів, що дозволяє державному сектору зосередитись на наданні клінічних послуг, гарантуючи при цьому високий рівень обслуговування інфраструктури.

Туреччина активно використовує ППП, зокрема в галузі охорони здоров'я, і має значний досвід у реалізації масштабних проектів, які включають будівництво та управління лікарнями. Ця країна розгорнула одну з найамбітніших програм у світі для будівництва нових лікарень через модель ППП, з метою модернізувати та покращити національну систему охорони здоров'я.

Ключові аспекти досвіду Туреччини в ППП:

1. Масштабні проекти. Туреччина ініціювала кілька великих проектів будівництва лікарень через ППП, включаючи такі значні проекти, як лікарня міста Анкара Білкент, яка є однією з найбільших лікарень у Європі. Цей проект включає більш ніж 3600 ліжок та обслуговує тисячі пацієнтів щодня.

2. Інтеграція послуг. В ППП проектах Туреччини часто включено не тільки будівництво, але й управління всією інфраструктурою лікарні, включаючи обслуговування, кейтеринг, технічне обслуговування, безпеку, та управління відходами. Це забезпечує комплексний підхід до управління медичними установами.

3. Фінансування та ефективність. Залучення приватного капіталу допомогло зменшити фінансове навантаження на державний бюджет та прискорити процеси реалізації проектів. Приватні інвестори фінансують будівництво та управління лікарнями, отримуючи винагороду через довгострокові угоди на обслуговування цих установ.

4. Ризики та виклики: Незважаючи на успіхи, досвід Туреччини також виявив певні ризики та виклики, зокрема складнощі з управлінням контрактами та забезпеченням якості послуг. Крім того, критики вказують на високу вартість деяких ППП проектів, яка може бути обтяжливою для державного бюджету в довгостроковій перспективі.

5. Політична та соціальна підтримка: Успішне впровадження ППП в Туреччині залежить від стабільної політичної підтримки та сприйняття суспільством. Важливо забезпечити, щоб проекти ППП користуються довірою громадськості та не викликають соціального опору.

Туреччина продемонструвала, що при правильному управлінні, ППП можуть значно підвищити якість та доступність медичної інфраструктури, проте важливо враховувати та мінімізувати потенційні ризики та виклики.

Ця модель може надати значні можливості для покращення інфраструктури охорони здоров'я, але потребує детального планування, чіткого регулювання та глибокого розуміння особливостей як державного, так і приватного секторів.

Інтегровані публічно-приватні партнерства (ППП) є рідкісною, але перспективною моделлю співпраці у сфері охорони здоров'я. Ось кілька прикладів успішної реалізації таких проектів:

1. Валенсія, Іспанія: Лікарня Альзіра Лікарня Альзіра є одним із найбільш відомих прикладів інтегрованої моделі ППП. У 1999 році був підписаний контракт між урядом Валенсії та приватною компанією, який включав як будівництво лікарні, так і надання клінічних послуг. Приватний оператор відповідав за управління лікарнею, а держава платила фіксовану суму за кожного пацієнта. Цей проект став успішним завдяки високій якості медичних послуг і ефективному управлінню, але після декількох років управління повернулося до державного сектору через політичні рішення

Для ефективного використання публічно-приватних партнерств (ППП) власники медичних закладів на рівні громад, міст, областей та на національному рівні, а також Національна служба здоров'я України (НСЗУ) повинні мати належні стимули та можливості. е включає в себе здатність правильно обирати і керувати проектами, а також виявляти і зменшувати ризики, пов'язані з ними.

Уряд повинен створити чітку, передбачувану та прозору інституційну основу, яка буде підтримуватися компетентними та добре забезпеченими органами влади. Вибір ППП має ґрунтуватися на принципах економічної ефективності як на рівні окремих проектів, так і на рівні всієї системи охорони здоров'я. Прозоре використання бюджетного процесу допоможе мінімізувати фінансові ризики і забезпечити чесність процесу закупівель.

Крім того, інвесторам потрібна більша впевненість перед тим, як вони погодяться інвестувати. Підготовка системи охорони здоров'я до використання ППП вимагає зміцнення управлінської структури, зосереджуючи увагу на чотирьох ключових аспектах: стратегічному та капітальному плануванні, довгостроковому бюджетному плануванні, розбудові організаційної спроможності та забезпеченні того, щоб ППП використовувалися стратегічно для довгострокової користі системи охорони здоров'я України.

Досягнення успішних результатів від проектів та програм ППП вимагає значних інвестицій в організаційні можливості. На даний момент, спроможність уряду обмежена. Хоча деякі співробітники Міністерства охорони здоров'я нещодавно завершили програму сертифікації з публічно-приватних партнерств від APMG International, це лише перший крок на довгому шляху.

Розумним початком може бути використання досвіду з меншими та простішими моделями взаємодії, такими як контракти на управління обладнанням. Це дозволяє навчатися через практику і розбудовувати

організаційні можливості, перш ніж перейти до більших та складніших проектів ППП.

Міністерство охорони здоров'я та НСЗУ можуть співпрацювати зі Світовим банком, ІФС та іншими міжнародними партнерами, щоб використовувати досвід більш розвинених муніципалітетів, таких як Львів, де контракування вже знаходиться на високому рівні. Це дозволить синтезувати та поширювати найкращі практики в інших регіонах України.

Необхідно вирішити, які державні органи будуть відповідати за контракування. Деякі функції, такі як моніторинг, повинні виконуватися близько до об'єктів і бути тісно пов'язаними з їх управлінням. У багатьох випадках це повинна робити сама лікарня, що потребує додаткових управлінських можливостей. Якщо такі інвестиції не будуть здійснені, можливо, доведеться створити додаткові можливості на рівні міста, області або громади, залежно від того, хто є власником відповідних об'єктів.

У Великобританії Міністерство охорони здоров'я надавало експертну підтримку з питань ППП і створювало мережі для обміну досвідом та знаннями між різними частинами системи охорони здоров'я. Це сприяло розвитку експертизи та зниженню витрат. Такий підхід може бути корисним і для України.