

КУРІЦА Оксана Богданівна

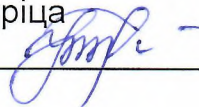
Управління розвитком сфери охорони здоров'я  
регіону. / Management of health care development  
in the region

спеціальність: 281 - Публічне управління та адміністрування  
освітньо-професійна програма - Публічне управління та адміністрування

Кваліфікаційна робота

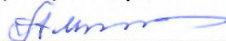
Виконала студентка групи  
ПУАзм-21

О. Б. Куріца



Науковий керівник:

д.е.н., професор, А. Ф. Мельник



Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту:

"23" листопада 2022 р.

Завідувач кафедри

М. М. Шкільняк М. М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2022

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІКТНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....</b>	<b>5</b>
1.1. Система державного управління охороною здоров'я в Україні.....	5
1.2. Система показників з метою оцінки соціально-економічної ефективності результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я.....	8
Висновки до розділу 1.....	12
<b>РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....</b>	<b>14</b>
2.1. Соціально-економічна оцінка стану галузі охорони здоров'я в Тернопільській області.....	14
2.2. Діагностика проблем надання первинної медичної допомоги в умовах медичної реформи в Тернопільському регіоні .....	21
2.3. Інформаційні технології в процесі управління розвитком сфер и охорони здоров'я регіону .....	24
Висновки до розділу 2.....	27
<b>РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РЕГІОНІ.....</b>	<b>29</b>
3.1. Напрямки реформування галузі охорони здоров'я в регіоні.....	29
3.2. Інструментарій забезпечення послуг охорони здоров'я за умов становлення цифрової економіки.....	36
Висновки до розділу 3.....	45
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>46</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>50</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми.** «Протягом останніх років Тернопільська область, як і більшість областей України, намагається реформувати систему охорони здоров'я для підвищення її ефективності та збільшення позитивного впливу на громадське здоров'я. Реформування визначається як діяльність з удосконалення, що дозволяє привести систему у відповідність до сучасних вимог і передбачає проведення комплексу заходів, націлених на оптимізацію використання ресурсів у галузі, кінцевою метою яких є підвищення доступності та якості медичних послуг» [8].

«Саме тому дослідження комплексного механізму публічного управління галуззю охорони здоров'я, процесів підготовки і втілення управлінських рішень щодо підтримки суспільного здоров'я, можливості надання якісної та ефективної медичної допомоги кожному громадянину суспільства є актуальними і складними проблемами в управлінні системою охорони здоров'я регіону» [11].

«Актуальність дослідження значною мірою зумовлюється необхідністю пошуку сучасної системи охорони здоров'я в регіоні, з врахуванням інформатизації суспільства, появи високовартісних технологій, зростання потреб пацієнтів у якісній медичній допомозі, децентралізацію управління, дефіциту фінансування галузі. У таких умовах завдання державного управління є тією складовою, від розв'язання характерних теоретичних і практичних проблем якої залежить подолання в галузі тривалих системних кризових явищ» [19].

**Метою роботи** є дослідження теоретичних і практичних до управління розвитком сфери охорони здоров'я в регіоні з метою обґрунтування системи заходів, спрямованих на активізацію цього процесу.

Для досягнення запланованої мети поставлено такі **завдання**:

- дослідити формування вітчизняної системи охорони здоров'я України;
-

- провести моніторинг соціально-економічного стану системи охорони здоров'я Тернопільської області;
- систематизувати підходи до трансформації медичної допомоги в регіоні ;
- визначити спроможну мережу медичних закладів, які зможуть надавати медичну допомогу населенню за пріоритетними напрямками.

**Об'єкт дослідження** – організаційний механізм управління розвитком сфери охорони здоров'я в регіоні в умовах медичної реформи.

**Предмет дослідження** – процес управління розвитком сфери охорони здоров'я в в Тернопільській області.

**Методи дослідження.** Для досягнення мети й завдань було використано систему загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання об'єктивних та достовірних результатів. Дослідження динаміки становлення іохорони здоров'я та надання медичної допомоги в регіоні проведено за допомогою системного підходу, методу статистичного аналізу, методів стратегічного планування та прогнозування.

**Інформаційною основою** дослідження є законодавчі та нормативні акти органів державної влади, наукова література, зокрема монографії, статті зарубіжних і вітчизняних учених у періодичних виданнях, дослідження вітчизняних і зарубіжних центрів, офіційні публікації ВООЗ.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІКТНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 1.1. Система державного управління охороною здоров'я в Україні

Навчання пацієнтів про те, як залишатися здоровим, як жити з хворобою, які права та привілеї мають пацієнти в українській системі охорони здоров'я, а також про те, які обов'язки пацієнта, здійснюється переважно медичним персоналом та певною мірою також призначеними державними установами, наприклад, Омбудсменом з прав пацієнтів, організаціями, що об'єднують пацієнтів, та іншими неурядовими організаціями, наприклад, Інститутом прав пацієнтів та медичної освіти. При прийнятті рішення про користування медичними послугами пацієнти мають право на інформацію про стан свого здоров'я, плановий та альтернативний(і) метод(и) лікування, перелік суб'єктів надання послуг у системі охорони здоров'я, час очікування (у разі планової допомоги). ) та сертифікати якості закладів охорони здоров'я. Основними джерелами такої інформації є НСЗУ та постачальники медичних послуг. Не всі пацієнти знають про свої права і тому не в повній мірі використовують доступні можливості.

Обов'язок надавати інформацію постачальниками послуг регулюється Законом, що фінансуються з державних коштів, а також про діяльність НСЗУ. НСЗУ зобов'язує кожного надавача послуг, з яким він укладає договір, публікувати у своїх закладах інформацію про: права пацієнтів, контактну інформацію Уповноваженого з прав пацієнтів, години роботи надавачів послуг та їх субпідрядників (наприклад, лабораторій), правила реєстрації на консультації та відвідування, в тому числі на дому, можливість запису на чергу, порядок подання скарг та заяв, а також додатково в амбулаторії лікаря первинної ланки про користування послугами в нічний та святковий час. Виконавці послуг, з якими НСЗУ уклало договір, зобов'язані розмістити

табличку НСЗУ у доступному та добре видимому місці поза будівлею. Така дошка є ознакою для пацієнта, що в цьому місці він може скористатися послугами, які підпадають під страхування НСЗУ. Крім того, відповідно до закону, пацієнти мають право на отримання інформації про стан свого здоров'я, діагноз, наявні методи діагностики та лікування та можливі наслідки їх використання або незастосування. , ймовірні наслідки лікування та прогноз щодо одужання. Така інформація має бути подана у простій та зрозумілій формі. Пацієнти також можуть вирішувати, хто, крім них самих, може отримати цю інформацію.

Інформація про сертифікати якості (зокрема про сертифікати акредитації), якими володіють надавачі послуг, доступна через реєстр, який до прийняття Закону містив лише інформацію про заклади охорони здоров'я (зараз – «суб'єкти охорони здоров'я»), але в майбутньому також міститиме інформацію про індивідуальні та групові практики.

Іншим джерелом інформації про організацію та функціонування системи охорони здоров'я в Україні є веб-сайт Міністерства охорони здоров'я. Крім того, необхідну інформацію можна також отримати телефоном, електронною поштою та особисто, звернувшись до тих працівників МОЗ, які для цього визначили години консультацій.

Пацієнти можуть (хоча такого обов'язку немає) зареєструватися до обраного лікаря первинної ланки, який має договір з Національним фондом здоров'я. Двічі на рік можна безкоштовно змінити лікаря. За винятком певних категорій спеціалістів і певних соціальних груп, доступ до спеціалізованої допомоги можливий лише за направленням лікаря первинної ланки. Направлення також потрібне для отримання стаціонарного лікування в обраному пацієнтом закладі. Свобода вибору може бути обмежена для певних інфекційних захворювань і психічного здоров'я. У випадку неповнолітньої або нездатної самостійно приймати рішення згоду на лікування дає особа, яка представляє її права. Пацієнти мають право вибирати метод лікування із запропонованих доступних терапій і спільно вирішувати, коли послуга буде

виконана. Вони мають право відмовитися від запропонованого лікування та в будь-який час за власним бажанням залишити стаціонар, а також припинити участь у клінічних дослідженнях, якщо беруть у них участь.

НСЗУ покриває витрати на (планове) лікування, отримане за кордоном, якщо це попередньо було схвалено провінційним консультантом у відповідній галузі медицини.

Мало відомо про те, що українські пацієнти користуються свободою вибору постачальників медичних послуг або виду лікування. На практиці пацієнти зазвичай обирають найближчу лікарню, географічно легкодоступного лікаря первинної медичної допомоги, і хоча вони можуть обирати будь-якого постачальника медичних послуг, навіть не за місцем проживання, особливо літні люди, які звикли до одного постачальника медичних послуг, не користуються своєю свободою вибору. Наразі рішення щодо вибору конкретного постачальника послуг приймаються переважно на основі часу очікування – інформації, яку можна отримати за телефоном або на сайті НСЗУ.

Конституцією України кожному громадянину надається право на охорону здоров'я. Усі громадяни, незалежно від їх матеріального становища, повинні мати рівний доступ до послуг охорони здоров'я, що фінансуються з державних коштів. Особливу увагу слід приділяти дітям, вагітним жінкам, інвалідам та людям похилого віку. Крім того, органи державної влади зобов'язані боротися з епідеміями та запобігати негативним наслідкам погіршення стану навколишнього середовища для здоров'я. Вони також повинні підтримувати розвиток фізичної культури серед дітей та молоді.

Основні права пацієнтів були вперше закріплені в Законі. Інші права пацієнтів були розпорошені в багатьох інших законодавчих актах, таких як положення про медичні професії, психічне здоров'я, діяльність постачальників медичних послуг та функціонування НСЗУ. Ці положення були зосереджені більше на визначенні обов'язків, покладених на постачальників послуг (наприклад, постачальник послуг був зобов'язаний інформувати пацієнта), ніж на прямому призначенні конкретних прав пацієнту. Цей підхід також

використовувався в Кодексі медичної етики, який закладає основу професійної та етичної відповідальності лікарів. Як наслідок, скарги пацієнтів розглядалися майже виключно спеціально призначеними медичними судами під контролем медичних палат. Мало хто з них дійшов до загальних судів. В обох випадках положення хворого було слабким. У провадженні в медичному суді пацієнт не міг брати участь особисто (потрібно було представництво довіреністю), а у випадку цивільного позову він мав сплатити судовий збір наперед (на момент подання скарги), а суди у справах проти лікарів рідко посилялися на права пацієнта.

У 1998 році МОЗ зробило першу масштабну спробу зібрати всі норми законодавства в одному документі під назвою Хартія прав пацієнта. Хартія була каталогом прав пацієнтів із посиланнями на відповідне законодавство, але сама по собі не була джерелом права і не оновлювалася з моменту її публікації.

Іншими джерелами прав пацієнтів були і залишаються два міжнародні документи: неофіційна Європейська хартія прав пацієнтів, розроблена в 2002 році Мережею активного громадянства, і Хартія прав пацієнтів 1998 року, заснована на Декларації про заохочення прав пацієнтів 1994 року. в Європі (ВООЗ).

## **1.2. Система показників з метою оцінки соціально-економічної ефективності результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я**

У січні 2020 року Міністерство охорони здоров'я заснувало Управління прав пацієнтів, державну установу під керівництвом міністра охорони здоров'я, щоб допомагати пацієнтам у захисті їхніх прав (наприклад, допомагаючи їм зв'язатися з юристами та медичні консультанти). У 2022 році Офіс з прав пацієнтів було перетворено на Офіс Уповноваженого з прав пацієнтів. Роль омбудсмена з прав пацієнтів подібна до ролі голови Управління з питань конкуренції та захисту прав споживачів

Ключові повноваження Омбудсмена пацієнтів включають:



- здійснення провадження у справах про порушення колективних прав пацієнтів внаслідок дій чи бездіяльності надавачів медичних послуг, які обмежують або позбавляють пацієнтів їхніх прав, а також внаслідок дій надавачів медичних послуг з приватної фінансової вигоди;
- вжиття заходів у справах про порушення індивідуальних прав пацієнта та участь у цивільних справах, пов'язаних з порушенням індивідуальних прав пацієнта;
- організація та проведення освітніх програм, спрямованих на популяризацію знань про права пацієнтів;
- аналіз скарг пацієнтів для виявлення загроз правам пацієнтів і областей, які потребують покращення.

Представлені інтереси застрахованих і поза структурами Уповноваженого з прав пацієнтів – у НСЗУ. З 2021 року в структурі обласних відділень НСЗУ функціонують відділи у справах бенефіціарів, які відповідають за:

- контроль за наданням медичних послуг з дотриманням прав пацієнтів та подання звернень до голови НСЗУ у разі їх порушення;
- зазначення, за бажанням пацієнта, можливого порядку оскарження у разі порушення прав пацієнта;
- втручання в ситуації порушення прав пацієнтів;
- прийняття рішень за поданими скаргами та запитами та підготовка періодичних звітів та аналізів;
- комісійні перевірки договорів, укладених НСЗУ з надавачами медичних послуг у разі грубого порушення прав пацієнтів;
- ініціатива щодо запобігання порушенням прав пацієнтів;
- співпраця з Уповноваженим з прав людини та державними організаціями, що займаються правами пацієнтів;
- проведення інформаційної гарячої лінії пацієнтів, де можна відповісти на їхні запитання щодо системи медичного страхування.

Захист інтересів здоров'я інвалідів і доступ цієї групи застрахованих осіб до медичних послуг забезпечуються додатковими нормативними актами.

Конвенція про права людей з інвалідністю, прийнята 13 грудня 2006 року Генеральною радою ООН, підписана Україною та іншими країнами ЄС, ще не ратифікована в Україні. Водночас люди з обмеженими можливостями стикаються з численними архітектурними та транспортними бар'єрами, які перешкоджають їхній мобільності та участі в суспільстві. Будівлі, де надаються медичні послуги, в Україні класифікуються як громадські об'єкти (подібно до шкіл і державних установ) і як такі мають забезпечувати легкий доступ для людей з обмеженими можливостями. Такий доступ має включати сходові майданчики, спеціальні огороження та пандуси безпеки для інвалідів-візочників, технічні параметри яких детально визначаються Міністерством інфраструктури. Однак не всі заклади (особливо старі лікарні) відповідають цим вимогам.

У 2018 році Інститут прав пацієнтів і медичної освіти провів дослідження рівня знань про права пацієнтів серед людей віком від 15 до 75 років. Опитування показало, що лише 50% респондентів знають про такі права: 38% з них знають принаймні одне право, а 19% знають усі права, перелічені в опитуванні. Серед респондентів широко відомі такі права: на медичне обслуговування, на інформацію та на свободу вибору.

Кожне відділення НСЗУ має організаційний підрозділ, уповноважений приймати скарги та заяви у відділі справ бенефіціарів; У Головному Управлінні НСЗУ також є відділ скарг та заяв у Департаменті пільговиків – вони розглядають скарги пацієнтів у разі порушення прав пацієнтів суб'єктами, з якими НСЗУ уклало договори, за умови що порушення стосується зобов'язань, що випливають із цих договорів. У цьому випадку НСЗУ може накладати фінансові санкції на виконавця послуг. Якщо права пацієнта порушив надавач послуг, який не має підписаного договору з НСЗУ, пацієнт може звернутися до Уповноваженого з прав пацієнта або безпосередньо до суду. Жертви медичної помилки також можуть вимагати компенсації в цивільних судах.

Якщо буде встановлено, що було скоєно злочин, застосовуються процедури подання скарг, які регулюються цивільним або кримінальним

кодексами. Тягар доведення лежить на пацієнті, і за відсутності провини право на регрес неможливе. Має бути доведений зв'язок між діями чи бездіяльністю лікаря та заподіяною шкодою. Позивач зобов'язаний сплатити судовий збір у розмірі 5% від вартості позову наперед, але може подати заяву про звільнення від судових витрат у разі скрутного фінансового становища. Щоб уникнути дорогих і тривалих судових розглядів, пацієнт може звернутися до страхової компанії, яка надає послуги, у позасудовому порядку. Організації, що надають медичні послуги, та їхні субпідрядники підлягають страхуванню відповідальності перед третіми особами. Незважаючи на ці два окремі джерела права, норми, що регулюють цивільну відповідальність, є майже ідентичними, за винятком відмінностей у мінімальному розмірі компенсації. Постачальники медичних послуг також можуть придбати додаткові страхові поліси, які захищають лікарів від позовів про відшкодування збитків, спричинених наданням медичних послуг, відмінних від тих, що надаються Національним фондом здоров'я (безпосередньо або за субпідрядом; тому не покриваються обов'язковим страхуванням). Такі поліси охоплюють діяльність, що здійснюється в приватній клініці (лікування приватних пацієнтів), послуги, що надаються за субпідрядом, або невідкладну допомогу, що надається поза робочим місцем (наприклад, на вулиці). Тому, придбавши додаткову добровільну страховку, можна покрити практично всю професійну діяльність лікаря. Щоправда, чи оформляють лікарі добровільне страхування і скільки лікарів – невідомо.

Скарги щодо неналежного догляду, лікарських помилок, недбалості в лікуванні та порушення лікарем принципів медичної етики можуть бути подані також до Уповноваженого з професійної відповідальності – органу окружної палати лікарів або окружної палати медичних сестер і акушерок. Така скарга може призвести до професійної відповідальності винного лікаря та виплати грошової компенсації. Максимальне покарання – втрата ліцензії на практику.

Відповідно до чинного законодавства, пацієнти можуть опосередковано брати участь у процесі визначення базового (гарантованого) пакету пільг.

Фонди та асоціації, статутною метою яких є захист прав пацієнтів, можуть подати запит до міністра охорони здоров'я через національного консультанта щодо вилучення конкретного послуги з переліку гарантованих пільг або за зміну рівня, способу фінансування чи умов, за яких вона надається.

Пацієнти беруть активну участь у громадському житті, і багато неурядових організацій (НУО) підтримують їх участь. Вони здійснюють численні заходи, спрямовані на вплив на тих, хто приймає рішення, часто використовуючи підтримку засобів масової інформації, політиків і сприяючи конкретним дослідженням і аналізу. Згідно з онлайн-базою даних неурядових організацій, в Україні зареєстровано 11 500 неурядових організацій, які займаються охороною та зміцненням здоров'я та діяльністю, пов'язаною із забезпеченням рівного доступу до медичної допомоги.

Центр вивчення громадської думки (ЦВГД) регулярно проводить дослідження задоволеності громадян охороною здоров'я. Проте відсутні дані про вплив їх результатів на функціонування системи охорони здоров'я.

## **Висновки до розділу 1**

Захист інтересів здоров'я інвалідів і доступ цієї групи застрахованих осіб до медичних послуг забезпечуються додатковими нормативними актами. Конвенція про права людей з інвалідністю, прийнята 13 грудня 2006 року Генеральною радою ООН, підписана Україною та іншими країнами ЄС, ще не ратифікована в Україні. Водночас люди з обмеженими можливостями стикаються з численними архітектурними та транспортними бар'єрами, які перешкоджають їхній мобільності та участі в суспільстві. Будівлі, де надаються медичні послуги, в Україні класифікуються як громадські об'єкти (подібно до шкіл і державних установ) і як такі мають забезпечувати легкий доступ для людей з обмеженими можливостями. Такий доступ має включати сходові майданчики, спеціальні огороження та пандуси безпеки для інвалідів-візочників, технічні параметри яких детально визначаються Міністерством

інфраструктури. Однак не всі заклади (особливо старі лікарні) відповідають цим вимогам.

У 2018 році Інститут прав пацієнтів і медичної освіти провів дослідження рівня знань про права пацієнтів серед людей віком від 15 до 75 років. Опитування показало, що лише 50% респондентів знають про такі права: 38% з них знають принаймні одне право, а 19% знають усі права, перелічені в опитуванні. Серед респондентів широко відомі такі права: на медичне обслуговування, на інформацію та на свободу вибору.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

#### **2.1. Соціально-економічна оцінка стану галузі охорони здоров'я в Тернопільській області**

«Стан здоров'я і демографічні характеристики населення в Україні, зокрема і в Тернопільському регіоні залишаються складними та такими, що загрожують національній безпеці держави. За ситуацією з питань охорони здоров'я населення Україна посідає одне з найнижчих рейтингових місць у Європейському регіоні» [19].

«Закладами охорони здоров'я Тернопільської області проводиться значна робота щодо реформування сфери охорони здоров'я, а також впровадження державних програм, законодавчих і нормативно-правових актів, скерованих на забезпечення якісної і доступної медичної допомоги населенню, створення умов для формування здорового способу життя, збереження і зміцнення здоров'я населення, зниження рівнів захворюваності, інвалідності, смертності, подовження активного довголіття, тривалості життя мешканців області. Виконуються заходи з реформування галузі охорони здоров'я, зокрема розвитку первинної медико-санітарної допомоги, удосконалення перинатальної допомоги, створення єдиної служби екстреної медичної допомоги» [21].

«В Тернопільській області функціонує 108 закладів охорони здоров'я системи МОЗ України з них» [41];

- «31 обласних заклади, 14 ЦРЛ, 15 РЛ, 3 сільські дільничні лікарні, 4 міські лікарні, 24 Центри ПМСД, 1 ТМО, 1 амбулаторія — групова практика, 9 самостійних АЗПСМ, 3 стоматполіклініки, Скала-Подільська поліклініка, Озернянська однопрофільна лікарня відновного лікування, Тернопільський міський лікувально-діагностичний центр» [19].

«Розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 21 травня 2018 року №404-од „Про затвердження Плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги Тернопільської області” затверджено спроможну мережу, до якої ввійшли: 17 центрів первинної медичної допомоги (тип Ц), 66 амбулаторій групової практики (тип АГ), 118 амбулаторій монопрактики (тип АМ), 249 пунктів здоров'я (тип ПЗ). Це дозволить вирішити ряд проблем регіональної сфери охорони здоров'я» [20] (рис. 2.1).

«Основними завданнями медичної галузі області на первинному рівні надання медичної допомоги у 2020 році були: завершення укладання декларацій з сімейними лікарями; перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства; підписання договорів про медичне обслуговування з Національною службою здоров'я України» [71].

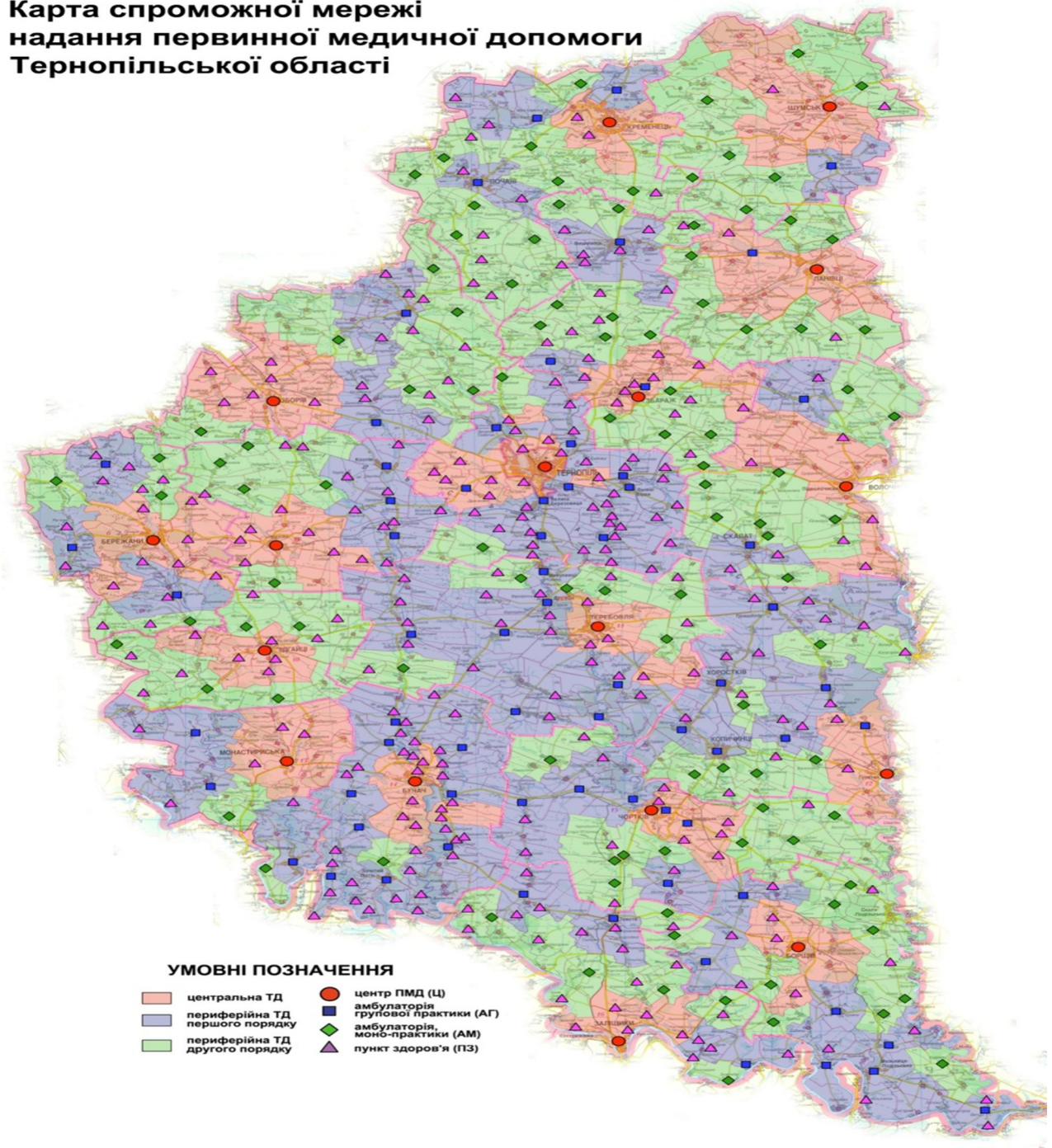
«Первинна медико-санітарна допомога в Тернопільській області у 2019 році надається 24 центрами первинної медико-санітарної допомоги, 221 амбулаторіями загальної практики-сімейної медицини та 730 фельдшерсько-акушерськими та фельдшерськими пунктами» [42].

«Із 24 центрів первинної медико-санітарної допомоги – 6 діють в складі наступних ОТГ: смт. Заводське Чортківського району, смт. Мельнице-Подільськ Борщівського району, с. Заложці Зборівського району, с. Колиндяни Чортківського району, м. Ланівці, м. Шумськ» [18].

«У об'єднаних територіальних громадах функціонують медичні заклади первинної ланки, що є відокремленими та незалежними від районної юрисдикції. Це такі громади, як Заводська селищна рада в смт. Заводське, Колиндянська, Мельнице-Подільська, Скала-Подільська, Більче-Золоте, Озерянська, Скалатська, Новоселівська, Байковецька, Вишнівецька, В.Гаївська, Залозецька, Козлівська, Борсуківська, Лановецька, Шумська» [17].

«Усі заклади первинної медичної допомоги області підключені до електронної системи охорони здоров'я на 100%, перетворені в комунальні некомерційні підприємства та підписали договір з НСЗУ» [15].

**Карта спроможної мережі  
надання первинної медичної допомоги  
Тернопільської області**



**Рис. 2.1.** План спроможної мережі закладів первинної медичної допомоги регіону  
Сформовано на основі інформації Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА

«З 1 січня 2019 р. заклади охорони здоров'я області, які надають первинну медичну допомогу, перейшли на нову модель фінансування за кавітаційною ставкою. За 9 місяців 2019 року з Національною службою здоров'я України уклали договори про медичне обслуговування населення 45 надавачів первинної медичної допомоги, в тому числі 36 комунальних некомерційних підприємств та



9 ФОП (4 у Борщівському районі, 2 – у Шумському, по 1 – у Підволочиську, Озерній, Тернополі). В закладах ПМД укладено 805 100 декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (декларацій), що становить 77% від усього населення області. Середній показник по Україні, для прикладу, становить 68%» [14].

«Вкажемо на те, що 192 лікарів, які надають первинну медичну допомогу, набрали оптимальну кількість пацієнтів, що становить 28,7%» [11].

«Середня заробітна плата медичного персоналу в січні-лютому 2019 року, проти листопада-грудня 2017 року зросла в 1,7 рази, з них середня заробітна плата лікарів склала у січні-лютому 2019 року 10409,0 грн. (проти листопада-грудня 2017 року у розмірі 6015,8 грн.); середня заробітна плата середнього медичного персоналу у січні-лютому 2019 року становила 5463,7 грн. (проти листопада-грудня 2017 року у розмірі 4041,1 грн.)» [21].

«Станом на 01.01.2019 року нараховано зарплату лікарям:

- до 6000 тисяч грн. – 42 особам (через незначну кількість укладених декларацій);

- від 11 до 15 тис. грн. – 191 особі (підписали декларації з оптимальною кількістю пацієнтів);

- більше 18 тисяч – 22 особам (підписали декларації з оптимальною кількістю пацієнтів)» [41].

«Покажемо на сьогодні є те, що в області здійснюється будівництво 19 нових амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, з них: на 1-2 лікарі з житлом – 12 амбулаторій, на 1-2 лікарі без житла – 4 амбулаторії, на 3-4 лікарів без житла – 3 амбулаторії. Згідно таблиця оснащення для цих амбулаторій необхідно придбати медичне обладнання на суму орієнтовно 21,6 млн. грн. Найбільше населених пунктів, в яких є потреба у будівництві нової амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, належать до: Тернопільського (села: Ангелівка, Почапінці, Борсуки), Тербовлянського (села: Ласківці, Долина, Ілавче), Лановецького (села: Борсуки, Вишгородок), Бережанського (села: Стриганці, Куряни), Буцацького (села: Зубрець, Трибухівці) районів. Для 19

амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, які планується збудувати в 2019 році, та для 10 АЗПСМ, в яких проведені ремонтні роботи, придбано 29 сучасних, високої прохідності автомобілів на суму 12,5 млн грн.» [27].

«Для 155 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини придбано сучасні, високої прохідності автомобілі на суму 68 млн. грн. Зазначені автомобілі будуть використовувати для обслуговування сільського населення» [11].

«Вищезазначені транспортні засоби «придбані за кошти Державного бюджету відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 6 грудня 2017 р. № 983 „Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості” та наказу Міністерства Регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 5 липня 2019 року № 150 „Про внесення змін до наказу Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 10 жовтня 2018 року № 26”. Дані автомобілі являються відмінним технічним рішенням для комфортабельного пересування лікаря загальної практики – сімейної медицини у віддалені населенні пункти, адже саме автомобілі цієї марки вирізняються високою прохідністю та надійністю. Вартість одного автомобіля «Renault Duster» 437 тис. грн.» [22].

«Також, в регіоні 37 медичних закладів вторинного рівня перетворено в комунальні некомерційні підприємства та 4 установи у процесі реорганізації: Збаразька ЦРКЛ (триває судовий процес з районною радою), Коропецька ДЛ, Чортківська стоматологічна поліклініка, Скала-Подільське територіальне медичне об'єднання» [25].

«На третинному рівні надання медичної допомоги населенню регіону функціонує 31 лікувальний» [5], з яких:

- 21 трансформовано в комунальні некомерційні підприємства, згідно рішень сесій Тернопільської обласної ради;

- «4 установи не підлягають реорганізації: Тернопільський обласний комунальний лікарсько-фізкультурний диспансер, Тернопільське обласне бюро судово-медичної експертизи, Тернопільський обласний центр медико-соціальної експертизи, Тернопільське обласне патологоанатомічне бюро» [18];

- «Яблунівський обласний комунальний протитуберкульозний диспансер перетворено в Обласний медичний центр для лікування і реабілітації учасників АТО, в подальшому ліквідовано та створено відділення соціальної реабілітації учасників АТО та членів їх сімей Тернопільського обласного центру комплексної реабілітації, який передано у підпорядкування соціального захисту населення облдержадміністрації» [23];

- «Чортківський обласний протитуберкульозний диспансер, Язловецький обласний протитуберкульозний санаторій та Кременецький обласний дитячий психоневрологічний санаторій - перетворено, шляхом приєднання у відділення КНП „Тернопільська обласна лікарня Хоспі TOP» [25];

- «Бережанський обласний дитячий гастроентерологічний санаторій - ліквідовано, створено відділення денного перебування Тернопільського обласного центру комплексної реабілітації (підпорядкування соціального захисту населення облдержадміністрації)» [18];

- «Кременецький обласний дитячий психоневрологічний санаторій - ліквідовано, створено відділення підтримки психологічного здоров'я дітей та підлітків з девіантною та деліквентною поведінкою Тернопільського обласного центру комплексної реабілітації (підпорядкування соціального захисту населення облдержадміністрації)» [47].

Також в Тернопільській області створено КНП “Тернопільський обласний центр громадського здоров'я” Тернопільської обласної ради об'єднавши Інформаційно-аналітичний центр медичної статистики та Центр здоров'я.

Здійснивши оцінку соціально-економічного стану галузі охорони здоров'я нами визначено пріоритетні напрямки діяльності управління охорони здоров'я облдержадміністрації у 2020 році, зокрема:

1. «На первинній ланці: введення в експлуатацію новозбудованих 19 амбулаторій; впровадження телемедичних послуг та створення телемедичного центру; проведення регіональних навчань з лікарями первинної ланки сільської місцевості щодо роботи на телемедичному обладнанні» [52];

2. «На вторинному та третинному рівнях: забезпечити перехід на нову модель фінансування закладів (укладання угод з Національною службою здоров'я); завершити автономізацію закладів (перетворення в комунальне некомерційне/казенне підприємство); комп'ютеризацію установ (встановлення комп'ютерів або інших технічних засобів, наприклад планшетів, смартфонів, тощо); підключення закладів до ЦБД ЕСОЗ через обраний МІС; отримання закладами ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики; підписання договору з Національною службою здоров'я України» [18].

«Важливим кроком для підвищення якості медичних послуг регіону необхідно у 2023 році покращити матеріально-технічну базу закладів охорони здоров'я, в тому числі забезпечити: проведення ремонтних робіт у стаціонарних відділеннях закладів охорони здоров'я вторинного рівня; закупівля сучасного медичного обладнання; створення приймально-діагностичних відділень; впровадження новітніх технологій (стентування, ендопротезування, малоінвазивні методи лікування); створення відповідних центрів для надання медичної допомоги по напрямках; закупівлю дороговартісного обладнання та підготовка фахівців; відкриття дитячого онкогематологічного відділення на базі обласної дитячої лікарні» [51].

На наш погляд, система охорони здоров'я має бути націлена на те, аби максимальну кількість медичних послуг надавали на амбулаторному етапі.

Отже, «реформування галузі охорони здоров'я Тернопільської області є активним процесом для того, щоб галузь медицини надавала якісну медичну допомогу. Таким чином, необхідно докласти максимум зусиль, щоб 2020 рік, щонайбільше наблизив медичну галузь до європейської якості надання медичної допомоги жителям Тернопільської області» [19].

## **2.2. Діагностика проблем надання первинної медичної допомоги в умовах медичної реформи в Тернопільському регіоні**

Ринок добровільного медичного страхування (DUZ) в Україні нерозвинений. Добровільне медичне страхування замінного (альтернативного) або додаткового характеру ще не функціонує, а існуючі форми приватного медичного страхування є рішенням, додатковим або паралельним державній системі. Оскільки термін «добровільне медичне страхування» законодавчо не визначено, багато продуктів, які пропонуються на ринку у вигляді передоплати за певні послуги у разі проблем зі здоров'ям, можна вважати добровільним медичним страхуванням. Добровільне медичне страхування додаткового характеру пропонується у двох формах і двома різними типами організацій: медичні абонементи, що пропонуються працівникам на робочих місцях (як державних, так і приватних); найпопулярніша форма, якою користується близько 1 млн осіб); медичні поліси, які пропонуються страховими компаніями.

Політика охорони здоров'я може включати компенсаційні грошові виплати (наприклад, оплату певної суми за процедуру, виконану в лікарні, або за кожен день перебування в лікарні) або покриття витрат на медичні послуги (як частину амбулаторної допомоги або для конкретних лікарняних процедур). Їх пропонує все більше страхових компаній. Окремим видом страхового продукту є медичне страхування, яке пропонується як «доповнення» до страхування життя (особистого) або майна. Поліси медичного страхування страхових компаній пропонуються як частина страхування від нещасних випадків або хвороб, або рішення, що поєднують обидва види. У червні 2021 року страхову діяльність у сфері страхування від нещасних випадків здійснювали 30 страхових компаній, у сфері страхування захворювань - 23 компанії. З іншого боку, у сфері страхування від нещасних випадків та хвороби, як додаткового страхування, активно діяли 32 страхові компанії (Stachura, 2004).

Хоча розвиток добровільного медичного страхування поки що був обмеженим, він потенційно міг би сприяти заповненню прогалин у державній системі. Через відносно низькі фінансові ресурси НСЗУ доступність формально гарантованих послуг також обмежена, а черги очікування на деякі послуги (особливо на планові операції) є довгими. Крім того, якість гарантованих державою послуг є відносно низькою, особливо через обмежені можливості в стаціонарних закладах (наприклад, харчування та проживання в лікарнях).

На думку представників страхової галузі, розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні заважають два фактори. Перший – це широкий спектр пільг, які фінансуються з державних коштів і гарантуються законом для всіх мешканців, що обмежує простір для розвитку додаткового страхування (так званий ефект витіснення). Другим фактором є недостатня прозорість у функціонуванні державної охорони здоров'я – відсутність відповідних нормативно-правових актів, що сприяють створенню приватного медичного страхування, визначаючи, наприклад, визначення терміну «добровільне медичне страхування»; відсутність упорядкованого управління списками очікування, наприклад відсутність гарантованої верхньої межі часу очікування. Крім того, страхові компанії стали конкурентами для тих робочих місць, що пропонують медичні абонементи, які діють на основі Кодексу комерційних компаній, а не на основі більш обмежувальних положень законодавства про страхування, завдяки чому вони є більш конкурентоспроможними з точки зору ціни.

Абонемент на медичне обслуговування пропонується в основному роботодавцями як додаткова пільга, не пов'язана з оплатою праці, і зазвичай також включає послуги з охорони праці (такі як періодичні огляди, профілактичний догляд), які роботодавці зобов'язані надавати за законом. Великі передплатні пакети, які є найпопулярнішими, полегшують доступ до медичних послуг і гарантують вищий рівень обслуговування, а тому є ефективною мотивацією для працівників. Вони привабливі для роботодавців через податкові пільги. Варто зазначити, що абонемент зазвичай покриває

амбулаторні послуги (консультації лікарів первинної ланки та амбулаторно-поліклінічних спеціалістів, діагностичні обстеження, профілактику та, меншою мірою, стоматологічну допомогу). Найдорожчі пакети (категорія VIP) адресовані топ-менеджменту та заможним індивідуальним клієнтам. Фізичні особи, однак, складають дуже невеликий відсоток тих, хто користується пакетами, оскільки індивідуальні підписки дуже дорогі.

Продукти, які пропонують страхові компанії, відрізняються від передплати роботодавців. Зазвичай це короткострокове страхування від нещасних випадків і хвороби, що покриває витрати на лікування та інші послуги для людей, які виїжджають за кордон. Крім того, поліси страхування життя з можливістю надання медичних послуг стають все більш популярними.

Незважаючи на відносно низьке фінансування охорони здоров'я з державних коштів, державна політика демонструє далекосяжну обережність щодо запровадження додаткових рішень, які обтяжують доходи населення. Швидше прийнятним є ширше використання існуючих правових можливостей. Положення про добровільне медичне страхування містяться в Законі. Окремих нормативних актів, що стосуються тільки добровільного медичного страхування, не існує.

Як зазначалося вище, термін «добровільне медичне страхування» законодавчо не визначений. Крім того, немає жодних фінансових стимулів (таких як податкові пільги), які б спонукали людей купувати поліси приватного медичного страхування. Проте через певний уже очевидний потенціал попиту на добровільне медичне страхування останніми роками було розглянуто кілька пропозицій і пілотних програм для розвитку ринку добровільного медичного страхування. Ця тема залишається постійною темою політичних дискусій.

Інтерес уряду до добровільного медичного страхування значною мірою обумовлений очікуванням, що їх запровадження позбавить НСЗУ фінансування широкого спектру послуг для всіх жителів країни. У відповідь на одне з перших великих повідомлень про запровадження приватного медичного страхування, подане Міністерством охорони здоров'я та Світовим банком у 2021 році, були

розглянуті та представлені можливі рішення для їх розвитку. У 2018 році Українська страхова асоціація підготувала комплексну пропозицію щодо введення в систему приватних установ, не лише страхових компаній, а й приватних установ, які управляють державними коштами (за голландською моделлю). Проект не реалізований. У березні 2011 року Мінфін представив проект закону про додаткове медичне страхування. Через нечіткі співвідношення між відповідальністю державних і приватних постачальників медичних послуг це піддається критиці майже з усіх боків. Робота над ним ще триває.

### **2.3. Інформаційні технології в процесі управління розвитком сфер и охорони здоров'я регіону**

Процес комп'ютеризації та інформатизації хоч і динамічний, але диверсифікований, з одного боку, за віком, а з іншого – за домогосподарствами та установами. Згідно з опитуванням у 2019 році, 55% українських домогосподарств мали комп'ютер, а 51% мали доступ до Інтернету. Відсоток людей, які користуються Інтернетом, був вищим для молодших вікових груп: 87% 16-24 років і 74% 25-34 років користувалися Інтернетом. Для порівняння, у вікових групах 35-44, 45-59 і 60-64 ця частка становила відповідно 62%, 40% і 21%. Згідно з цим дослідженням, Інтернетом користується все більше домогосподарств, але невеликий відсоток найстарших людей – старше 65 років.

Незважаючи на відносно часте володіння комп'ютером і доступ до Інтернету, активне користування інформацією в Україні ще не є поширеним. Згідно з даними Євростату, у 2020 році лише близько 25% українців у віці 16-74 років використовували Інтернет для пошуку інформації, пов'язаної зі здоров'ям. Ця частка різко зросла за останні кілька років, але все ще значно нижча за середній показник ЄС-27, який становив 34% у тому ж році.

У закладах охорони здоров'я процес комп'ютеризації та інформатизації ще недостатній. У первинній медичній допомозі комп'ютери в основному



використовуються для реєстрації пацієнтів та адміністративних цілей, але не для візитів до лікаря. Ні лікар, ні пацієнт не мають доступу до електронних даних (таких як історії пацієнтів). Хоча комп'ютери існують використовуються в більшості закладів охорони здоров'я, рівень їх використання в індивідуальних кабінетах лікарів і клініках середнього розміру є низьким, а медична документація все ще зберігається в паперовій формі. Великі клініки та спеціалізовані лікарні в кількох провінціях мають добре розвинені ІТ-системи, де адміністрація пов'язана з потоком медичних даних із лікарняних палат, лікарняних аптек і систем управління хірургією. Однак використання ІТ у вторинній медичній допомозі, здається, є набагато менш просунутим, ніж у Західній Європі. Використання електронної охорони здоров'я в Україні є дуже низьким, але ініціативи у формі пілотних програм були запуснені в цій сфері.

Електронний запис на прийом не є поширеним, але є обладійливі приклади такої практики, наприклад, у сфері онлайн-запису на прийом до спеціалістів у лікарнях.

Опитування, проведене наприкінці 2021 року серед керівного складу, показало, що 95% закладів інтернатного типу мають власний сайт. Але лише 12,5% з них надали можливість онлайн-запису для амбулаторних пацієнтів. Доступ до медичної документації пацієнтів був можливий у 5% закладів. Відносно велика кількість респондентів заявили, що їхній заклад має доступ до послуг телерадіології (34,7%). Телеконсультація з іншими медичними закладами була можлива в 19% центрів. Телеконсультації для пацієнтів пропонували лише близько 4% закладів, а послуги телемоніторингу для людей з хронічними захворюваннями – 5% з них. Деякі університетські клініки та спеціалізовані лікарні використовують телемедицину в таких сферах, як кардіологія та ортопедія.

Електронна реєстрація пацієнтів є одним із інструментів, передбачених в рамках Програми інформатизації охорони здоров'я, яка була запуснена в 2019 році та на 85% співфінансується ЄС з Оперативної програми «Інноваційна економіка» на 2007-2013 роки. Великі лікарні частіше використовують

інфраструктуру інформаційних технологій як для адміністративних цілей, так і для зберігання медичної документації. Згідно з опитуванням, проведеним CSIOZ у 2019 році, існує велика варіація у використанні інформаційних технологій, яка найчастіше пов'язана з розміром лікарні. Загалом 83% опитаних лікарень мали доступ до Інтернету – переважно в адміністративних відділах. У цьому випадку кореляції з розміром лікарні не було.

Основними особливостями наявних на даний момент джерел даних є, з одного боку, надмірність зібраних даних (однакові або подібні дані можна знайти в різних реєстрах), неузгодженість даних між реєстрами (наприклад, зміна адреси в одному реєстрі). не оновлюється автоматично в інших реєстрах) і відсутність взаємодії між різними базами даних і, з іншого боку, вони не містять багато важливої інформації про різні явища в медицині та охороні здоров'я. Медичні інформаційно-комунікаційні системи, як правило, розробляються самостійно для окремих закладів охорони здоров'я, тому рівень їх злагодженості та координації є низьким. Ініціативи щодо стандартизації інфраструктури ІКТ та програмного забезпечення (співфінансовані ЄС) були обмеженими та здійснювалися лише на регіональному рівні. Більш комплексний підхід запроваджено лише в рамках Програми інформатизації охорони здоров'я (ПІОЗ). Вона передбачає створення електронної платформи для збору, аналізу та обміну цифровими ресурсами щодо медичних подій, орієнтованої головним чином на функціональність для пацієнта, оскільки пацієнти (а також медичні працівники) будуть її основними користувачами. Планується створити Платформу для надання медичних записів та цифрових ресурсів у режимі он-лайн для підприємців сфери послуг. Ця ініціатива особливо вітається, оскільки медичні записи наразі ведуться незалежно окремими постачальниками медичних послуг, а центрального реєстру немає.

Ініціативи у сфері e-Health також реалізуються на регіональному рівні. У звіті Ernst & Young, підготовленому для CSIOZ наприкінці 2019 року, визначено кілька таких ініціатив на різних стадіях реалізації. До них належали

регіональні медичні IT-системи, впровадження IT-систем у закладах охорони здоров'я та закупівля ІКТ-інфраструктури для закладів охорони здоров'я .

Майбутня національна стратегія у сфері електронної охорони здоров'я описана в останньому дослідженні CSIOZ, яке представляє стратегію «Електронна охорона здоров'я Україні» (Міністерство охорони здоров'я,.). Її головні цілі включають оцифрування медичних реєстрів та зміцнення їх правової бази (деякі мають застарілу законодавчу базу або взагалі не мають); досягнення сумісності IT-систем; покращення доступу державного управління, лікарів і пацієнтів до IT-систем; зменшення витрат на збір та обробку даних та імплементація Директиви ЄС щодо звернення пацієнтів ' прав у транскордонному охорони здоров'я (Директива 2011/24/ЄС. Ця стратегія була підтримана актом, запропонованим Міністерством охорони здоров'я та прийнятим у квітні 2011 р. Закон визначає організація та функціонування інформаційної системи охорони здоров'я для зменшення дефіциту інформації у сфері охорони здоров'я. Краща інформаційна система в охороні здоров'я має сприяти прийняттю оптимальних рішень у сфері політики охорони здоров'я в майбутньому та призвести до покращення ефективності українського сектору охорони здоров'я.

## **Висновки до розділу 2**

Хоча розвиток добровільного медичного страхування поки що був обмеженим, він потенційно міг би сприяти заповненню прогалин у державній системі. Через відносно низькі фінансові ресурси НСЗУ доступність формально гарантованих послуг також обмежена, а черги очікування на деякі послуги (особливо на планові операції) є довгими. Крім того, якість гарантованих державою послуг є відносно низькою, особливо через обмежені можливості в стаціонарних закладах (наприклад, харчування та проживання в лікарнях).

На думку представників страхової галузі, розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні заважають два фактори. Перший – це

широкий спектр пільг, які фінансуються з державних коштів і гарантуються законом для всіх мешканців, що обмежує простір для розвитку додаткового страхування (так званий ефект витіснення). Другим фактором є недостатня прозорість у функціонуванні державної охорони здоров'я – відсутність відповідних нормативно-правових актів, що сприяють створенню приватного медичного страхування, визначаючи, наприклад, визначення терміну «добровільне медичне страхування»; відсутність упорядкованого управління списками очікування, наприклад відсутність гарантованої верхньої межі часу очікування. Крім того, страхові компанії стали конкурентами для тих робочих місць, що пропонують медичні абонементи, які діють на основі Кодексу комерційних компаній, а не на основі більш обмежувальних положень законодавства про страхування, завдяки чому вони є більш конкурентоспроможними з точки зору ціни.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ РЕГІОНІ

#### 3.1. Напрями реформування галузі охорони здоров'я в регіоні

Хоча еміграція медичного персоналу на роботу за кордон мала місце ще до вступу України в ЄС, вона значно зросла після 2020 року.

Цільовими країнами економічної еміграції українських медичних працівників у Європі є: Велика Британія, Ірландія, Німеччина, Швеція, Норвегія та Данія. Щоб дослідити масштаби, причини та можливі наслідки цього явища, у 2021 році Міністерство охорони здоров'я запровадило програму моніторингу еміграції українських лікарів, медсестер та акушерок. Метою програми є перевірка сертифікатів професійної кваліфікації, необхідних для роботи за кордоном, виданих Лікарською палатою та Палатою медсестер і акушерок. Однак кількість виданих сертифікатів є недосконалим показником масштабу еміграції, оскільки не всі заявники на отримання таких сертифікатів фактично залишають країну, а деякі медичні працівники можуть працювати за кордоном, не підтверджуючи свою кваліфікацію (наприклад, медсестри, які працюють у закладах тривалого догляду).

Після підписання асоціації з ЄС різко зросла кількість заявок на отримання сертифікатів, що підтверджують медичну кваліфікацію, необхідну для роботи в ЄС. Приблизно 6,1% професійно активних лікарів отримали сертифікати, що підтверджують їхню кваліфікацію, переважно анестезіологи та спеціалісти інтенсивної терапії, торакальні хірурги, пластичні хірурги та спеціалісти швидкої медичної допомоги. Той факт, що в їхній роботі, порівняно з нехірургічними фахівцями, безпосереднє спілкування з пацієнтами обмежене, і тому погане знання мови країни перебування не є дискваліфікацією, можливо, сприяв заявці на підтвердження кваліфікації лікарів вищезазначені спеціальності. Дані, зібрані професійними палатами, свідчать про те, що якщо

молодші спеціалісти готові емігрувати назавжди, то лікарі з більшим стажем віддають перевагу періодичному перебуванню на роботу. Дані також показують, що більшість лікарів-мігрантів працюють за кордоном на визначений термін або що вони вже працюють неповний робочий день в іншій країні (наприклад, робота у вихідні), щоб поповнити свій дохід. У 2021 році зменшилася кількість заявок на сертифікат. Відтоді спостерігається тенденція повернення українських лікарів до країни. Припинення поїздок і навіть повернення в країну можна виправдати, з одного боку, покращенням заробітків лікарів в Україні, а з іншого – сильнішою економічною рецесією в Західній Європі.

Також доступні дані щодо професійної мобільності медсестер і стоматологів. У 2021 році приблизно 1,2% професійно активних медсестер і 3,6% професійно активних стоматологів розглядали еміграцію. Крім того, відносно невелика кількість медичних сестер і акушерок подала документи на отримання сертифікатів, що підтверджують їхню професійну кваліфікацію, - близько 1,3% діючих медичних сестер і акушерок. Це може бути тому, що така документація не була необхідною умовою для пошуку довгострокової роботи по догляду за кордоном. Еміграція серед медсестер і акушерок більш поширена в наймолодших вікових групах.

Приблизно 6,7% зареєстрованих стоматологів отримали сертифікати, що підтверджують їхню професійну кваліфікацію, але, як і в інших випадках, немає даних про те, скільки з них насправді виїхало з України.

Загалом, основними факторами, які спонукають медичних працівників шукати роботу за кордоном, є низька заробітна плата, важкі умови праці та обмежені можливості професійного розвитку в Україні. Серед останніх факторів виділяють труднощі з отриманням місць. Крім того, якісне дослідження вказує на те, що чинники, що сприяють зовнішній міграції молодих лікарів і медсестер, пов'язані не лише з різницею в оплаті праці, а й із низьким рівнем задоволеності роботою серед працівників нижчого рівня, спричиненим обмеженою перспективою професійного розвитку та складна

атмосфера працюють у лікарнях, де панує автократичне управління з боку начальників.

Незрівнянно менше приїздів медичних працівників до України з метою роботи. Іноземні лікарі, які претендують на стажування чи роботу в Україні, стикаються, перш за все, з мовним бар'єром. Вони також повинні враховувати низьку оплату праці та труднощі в системі найму; отримання дозволу на роботу та процедура визнання професійного диплому може тривати до 18 місяців. За оцінками 2019 року, іноземці становили менше 1% усіх зареєстрованих лікарів і стоматологів. Ті, хто вирішує приїхати до України, зазвичай приїжджають із країн, де ВВП на душу населення значно нижчий, ніж в Україні – переважно з України. Однак зазвичай Україна є лише транзитною країною для іноземних працівників. Отримавши кваліфікацію, визнану в ЄС, вони шукають роботу в країнах, де мають можливість отримувати вищу заробітну плату.

Міграція медичного персоналу, незважаючи на значне зростання в середині десятиліття, не є масовим явищем в Україні, але через свій вибіркового характер сприяє структурним дезадаптаціям ринку праці в галузі охорони здоров'я. Хоча важко точно оцінити масштаби мобільності медичних працівників, можна стверджувати, що еміграція сприяє обтяжливому дефіциту кадрів за деякими медичними спеціальностями. Дослідження 2019 року показало, що по всій країні було 4113 незаповнених посад лікарів, переважно в анестезіології та внутрішніх хворобах, а також у багатьох видах хірургії та ортопедії, куди фахівці емігрували найчастіше. У тому ж році було 3229 вакансій для медсестер, 312 для акушерок і 86 для стоматологів. Інші дослідження вказують на те, що брак персоналу в Україні також спричинений великим відтоком старшого персоналу (вихід на пенсію) та недостатнім зростанням нового персоналу. Загрозою для стабілізації ринку праці у сфері охорони здоров'я також є задекларований міграційний потенціал. Студенти-медики та молоді лікарі все ще значною мірою заявляють про готовність емігрувати.

Політика формування трудових ресурсів у сфері охорони здоров'я недостатня. Дії уряду, з одного боку, є загалом декларативними (утримання медиків у країні), а з іншого – розпорошеними; зосереджено на:

- підвищення оплати праці спеціалістів, які надають послуги за контрактом НСЗУ (2020 р.);
- підвищення заробітної плати лікарям-ординаторам та стоматологам-ординаторам (з 2019 р.), особливо за пріоритетними напрямками;
- надання кредитів медичним працівникам для відкриття власної практики (2001);
- збільшення лімітів прийому на медичні (і суміжні спеціальності), а також місця в інтернатурі;
- спрощення кваліфікаційних процесів та скорочення терміну навчання для здобуття спеціальності (2020).

Закон скоротив час, необхідний для отримання титулу спеціаліста в Україні, і таким чином може вплинути на зменшення динаміки еміграційного процесу, якщо водночас, значно збільшується пропозиція місць для проведення спеціалізацій. Керівники закладів охорони здоров'я також можуть запропонувати більш гнучкі форми зайнятості; від повної зайнятості до контракту, що дозволяє самозайнятим лікарям збільшувати свій робочий час понад межі, встановлені Директивою ЄС 2003/88/ЄС.

Дванадцять університетів і 41 навчальна лікарня акредитовані для проведення вищих медичних досліджень у галузі медицини. Крім того, десять університетів пропонують медичне та стоматологічне навчання. Фінансування денної форми навчання здійснюється з державного бюджету, хоча більшість медичних вишів приймають студентів і на платне навчання в рамках заочної форми навчання (на платне навчання може бути прийнято до 30% від загальної кількості студентів). Навчання в галузі медицини та стоматології триває відповідно шість і п'ять років і закінчується отриманням диплома лікаря та стоматолога відповідно. У 2020 році 2411 студентів отримали дипломи про



закінчення навчання за спеціальністю медицина та 817 за спеціальністю медицина і стоматологія.

Усі випускники медичних закладів повинні пройти післядипломну інтернатуру в одній із акредитованих лікарень. Інтернатура для випускників медичного та медико-стоматологічного факультетів триває відповідно 13 або 12 місяців і завершується проходженням державної медичної експертизи або державної медико-стоматологічної експертизи. Закон змінив існуючу систему післядипломної освіти лікарів і стоматологів. Відповідно до внесених змін, з 1 жовтня 2017 року востаннє проходження інтернатури за старою системою – для випускників медичного факультету та з 1 жовтня 2016 року – для випускників медико-стоматологічного факультету.

Випускники, які отримали право на професійну діяльність, можуть вступати до післядипломної спеціалізації за обраною спеціальністю. Можливість початку спеціалізації залежить від наявності вільних місць для навчання. Іноземні лікарі та стоматологи можуть спеціалізуватися в Україні після отримання згоди міністра охорони здоров'я.

До медичної реформи існувала двоступенева система медичних спеціалізацій: перший ступінь спеціалізації можна було отримати після 2-3 років навчання, а другий – ще через 2 роки. З 2017 року спеціалізації здобуваються в ході єдиної спеціалізації, яка зазвичай триває від 4 до 6,5 років для основних спеціалізацій, таких як внутрішня медицина або сімейна медицина (є 40 базових спеціалізацій) і додатково 2-3 роки для т. називають специфічні спеціалізації, такі як судинна хірургія, ендокринологія та геріатрія (є 28 спеціалізацій). Стоматологи можуть обрати з дев'яти спеціальностей, а навчання триває від 4 до 6 років.

Зміни до Закону замінили систему основних і детальних спеціалізацій на модульну систему. Підготовка фахівців у певній галузі медицини складатиметься з базового модуля, що охоплює базові теоретичні знання та практичні навички в даній галузі медичної спеціальності, та спеціаліста, залежно від обраної галузі спеціалізації. Також є уніфікований модуль, який

поєднує базову та профільну підготовку. Отримання спеціалізації за новою системою потребує меншого терміну; можливий через 5-6 років, порівняно з 6-9,5 роками за нинішньою системою. Це дозволить адаптувати період навчання до Директиви 2005/36/ЕС.

Після складання державного іспиту лікар може проходити спеціалізацію за: клінічною ординатурою, трудовим договором, оплачуваною відпусткою для підвищення кваліфікації, наданою працівнику на час конкретної спеціалізації, розширенням навчального плану щоденної докторантури за програмою спеціалізації або цивільно-правовим договором про професійної підготовки, тобто у формі т. зв волонтерство. Лише резидентура гарантує працевлаштування протягом періоду навчання, забезпечуючи при цьому найвищу зарплату порівняно з іншими варіантами. Спеціалізоване навчання може здійснюватися лише в закладах, акредитованих МОЗ, які відповідають певним освітнім стандартам. Навчання закінчується державним іспитом із спеціальності (ДІС), який організовується двічі на рік, та отриманням диплома спеціаліста. Центр медичної експертизи відповідає за організацію LSC та інших іспитів, пов'язаних із післядипломною та безперервною освітою для лікарів, фармацевтів та інших медичних працівників. Окремі положення застосовуються у випадку спеціалізації для лікарів і стоматологів, які є військовослужбовцями або працюють в установах, підпорядкованих Міністерству національної оборони. Через обмеженість ресурсів лише невелика кількість резиденцій може фінансуватися з державного бюджету. З цієї причини лікарі, які проходять спеціалізовану підготовку за пріоритетними напрямками та ті, які пов'язані з більшою ймовірністю економічної еміграції (вимірюється кількістю отриманих сертифікатів, що підтверджують професійну кваліфікацію), отримують вищу зарплату. Рекомендації провінційних і національних медичних консультантів, а також наявність коштів ЄС враховуються при визначенні пріоритетів спеціалізацій.

Лікарі та стоматологи зобов'язані здобувати нові навички та підвищувати свою професійну кваліфікацію. Цей обов'язок може бути виконаний шляхом

самоосвіти та участі в різних формах безперервної освіти, за що присуджуються освітні кредити. Щоб виконати обов'язок продовжувати навчання, лікар повинен отримати 200 освітніх балів протягом послідовних періодів розрахунків тривалістю 48 місяців. Невиконання зобов'язань щодо продовження освіти може призвести до необхідності проходити курси за власний рахунок або (у гіршому випадку) до призупинення права займатися професією.

Традиційну трирічну навчальну програму медсестринства та акушерства, яка пропонувалася з 1969 року, у 2005 році замінила система бакалавра та магістра, яка відповідає стандартам ЄС. Медичні сестри та акушерки, які закінчили медичні вузи або професійно-технічні училища (які поступово закривалися з 1997 року), отримали можливість (з 2004 року) оновити свою освіту в рамках так званих перехідних досліджень.

Завершення перехідного навчання еквівалентно отриманню ступеня бакалавра/ Підготовка медичних сестер та акушерок на сьогодні здійснюється у 63 вищих навчальних закладах. Відповідно до Закону, медсестри та акушерки зобов'язані постійно вдосконалювати свої знання та навички та мають право брати участь у різних формах добровільної післядипломної освіти. Медсестри можуть вибирати з 19 спеціалізацій, а акушерки з чотирьох; Як медсестри, так і акушерки можуть спеціалізуватися в трьох областях, а саме: догляд за новонародженими, догляд за епідеміологією, організація та управління. Підготовка фахівців субсидується Міністерством охорони здоров'я.

Кар'єрні шляхи серед медичних працівників чітко визначені. Після закінчення навчання лікарі спочатку працюють як стажисти, а потім – після отримання спеціалізації – можуть претендувати на подальші професійні звання. На найвище професійне звання - звання завідувача відділенням - можуть претендувати особи, які мають 2-й ступінь спеціальності або звання спеціаліста в певній галузі медицини (наприклад, доктор). До речі, домінуючою моделлю управління лікарнями в Україні є палатна система.

Молоді лікарі, якщо вони вирішать продовжити наукову кар'єру, можуть отримати звання асистента, доцента, доцента та професора.

Інші медичні працівники, окрім лікарів, можуть отримати підвищення через спеціалізовану підготовку (що передбачає більше обов'язків) або на керівні посади. Наприклад, медсестри та акушерки можуть бути підвищені до медсестри чи акушерки відділення, палати чи лікарні. Система просування по службі базується на процедурах конкурсного відбору. Акушерки також можуть створювати власні школи пологів або надавати послуги вдома у пацієнта.

Хоча шляхи професійного розвитку та можливості просування по службі визначені та зрозумілі, вони все менше спонукають до вибору медичної професії. Це універсальна проблема. Розуміння цього тим більше потребує уважності та відповідної політики не лише на національному рівні, а й у рамках значно ширшого, ніж раніше, міжнародного співробітництва.

### **3.2. Інструментарій забезпечення послуг охорони здоров'я за умов становлення цифрової економіки**

З початку 1990-х років в Україні систематично впроваджується сучасна концепція громадського здоров'я. Перша школа громадської охорони здоров'я в Україні, яка надає освіту в галузі громадської охорони здоров'я, була заснована в КМА. Вона була створена за зразком Гарвардської школи громадської охорони здоров'я та французької Ecole Nationale de Sante Publique. У 2017 році на базі структури Національного інституту гігієни було створено Національний інститут громадського здоров'я – Національний інститут гігієни. У 2021 році було підготовлено проект акта щодо визначення завдань та обов'язків держави та органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення. Його зміст обговорюється.

Розвинута в 1950-х і 1960-х роках система громадського здоров'я, хоч і називалася в той час по-іншому, зосереджена в основному на гігієні та інфекційних захворюваннях. Головною установою була Державна санітарна

інспекція, створена в 1950 році для захисту населення від інфекційних і професійних захворювань шляхом здійснення контролю і нагляду за санітарно-гігієнічними умовами в різних сферах життя. З цими цілями він значною мірою функціонує донині. У разі підозри на інфекцію чи інфекційне захворювання, про яке можна повідомити (ці захворювання перераховані в Законі від 6 вересня 2001 р. про інфекційні хвороби та інфекції) або встановлення діагнозу такого захворювання, лікар зобов'язаний повідомити про цей факт протягом 24 годин до компетентний за місцем захворювання районний санітарний інспектор. Такий же обов'язок покладається на лабораторії санепідемстанцій у разі виявлення одного з біологічних збудників, перелічених у додатку до Закону 2001 року. Кожна районна санітарна інспекція веде реєстр інфекційних захворювань, що підлягають повідомленню, та позитивних результатів лабораторних досліджень, а також готує збірні періодичні звіти для обласних санітарних інспекторів. Ці інспекції також ведуть облік і готують звіти про випадки інфекцій, захворювань, смертей і позитивні лабораторні результати, про які їм безпосередньо повідомлено. Повідомлення про випадки певних інфекцій чи інфекційних захворювань (наприклад, туберкульозу, вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ), сифілісу) надсилаються безпосередньо обласному санітарному інспектору або визначеному ним спеціалізованому компетентному відділу. У разі виникнення епідемії лабораторії обласних санітарно-епідеміологічних станцій зобов'язані негайно повідомити про цей факт головного санітарного лікаря; вони відповідають за розпізнавання можливих джерел інфекції. Санітарно-епідеміологічні станції також класифікують та реєструють випадки та готують звіти, які зводяться на рівні областей і передаються головному санітарному інспектору, який готує національні звіти.

Інші заходи санепіднагляду включають організацію щеплень (спільно з Департаментом матері та дитини МОЗ та іншими органами), пропаганду здоров'я та санітарну освіту, збір епідеміологічних даних.

Санітарна інспекція має розвинену інституційну структуру на місцях. У кожному з областей є обласний санітарний інспектор у підпорядкуванні головного санітарного лікаря та санітарно-епідеміологічна станція з лабораторним відділом. Обласні санітарні інспектори контролюють прикордонних санітарних інспекторів і районних. У 2019 році була проведена реорганізація санітарної інспекції, в результаті чого її організаційна структура стала більш децентралізованою; призначення та звільнення обласних санітарних інспекторів було виключено з компетенції Головного санітарного інспектора та передано головам ОДА. Національне законодавство у сфері санітарного нагляду адаптовано до стандартів ЄС.

Державні органи та центральні установи також беруть участь у заходах з охорони здоров'я. Декілька департаментів Міністерства охорони здоров'я займаються охороною здоров'я. Департамент охорони здоров'я виконує різноманітні завдання у сфері психіатричної, геріатричної, тривалої, паліативної та хоспісної допомоги та медицини праці. Він також бере участь у реалізації Національної програми охорони здоров'я (NPZ) і координує діяльність, пов'язану з імплементацією міжнародних правил охорони здоров'я в правову систему України. Департамент матері та дитини співпрацює з Головною санітарною інспекцією у впровадженні припущень Програми захисних щеплень, а Департамент політики охорони здоров'я відповідає за планування, укладання контрактів, моніторинг виконання та суттєве врегулювання вибраних програм охорони здоров'я та контролює скринінг програми.

Поряд з описаними вище підрозділами територіальної санітарної інспекції в організації та наданні медичних послуг на регіональному та місцевому рівнях беруть участь декілька інших підрозділів. У кожній області є центри громадського здоров'я, підпорядковані головам ОДА. Вони збирають статистичні дані про госпіталізацію, які потім використовуються, Міністерством охорони здоров'я та Національним інститутом гігієни. Крім того, у структурах ОДА існують відділи охорони здоров'я, які здійснюють нагляд за

зкладами охорони здоров'я у областях і займаються організацією надання послуг громадської охорони здоров'я (наприклад, вакцинації, зміцнення здоров'я та профілактичних оглядів).

Пільги у сфері т. Зв. послуги з репродуктивного здоров'я, включаючи планування сім'ї та допологовий догляд, а також догляд за матерями та немовлятами, надаються в рамках первинної медичної допомоги. З 2018 року діють нові правила і нова організація охорони здоров'я в цій сфері. Догляд, який надається в системі клініки «К», замінено на індивідуальний догляд сімейних лікарів. Проте вживаються заходи щодо стимулювання жінок до систематичного медичного обслуговування під час вагітності, пов'язуючи деякі соціальні виплати з умовою проходження відповідних обстежень.

В Україні масштаб скринінгу новонароджених відносно широкий . Вони включають дослідження слуху та дослідження на генетичні та метаболічні захворювання, які проводяться та координуються спеціальним підрозділом Інституту матері та дитини (відділення скринінгу).

Рівень профілактичних щеплень в Україні досить високий (Рис. 5.1 показує рівень вакцинації проти гепатиту В3; рівень захворюваності наведено на Рис. 5.2). Міністерство охорони здоров'я та головний санітарний інспектор спільно відповідають за планування щеплень, які фінансуються з державного бюджету та розподіляються (у так званому «холодному ланцюжку») між провінційними санітарними та епідеміологічними станціями та фармацевтичними гуртівнями. Обов'язкові щеплення проводяться згідно з календарем щеплень, який щорічно встановлюється головним санітарним лікарем. Вони несуть спільну відповідальність за нагляд за щепленнями. Щеплення проводяться в лікарнях відразу після народження, а пізніше в педіатричних клініках. У школах часто організовують щеплення дітей шкільного віку.

Основою діяльності у сфері охорони здоров'я є Національна програма здоров'я.

Більшість національних програм сприяння здоров'ю та програм медичної освіти є результатом цілей. Місцева влада може обирати серед профілактичних

програм охорони здоров'я, перерахованих уНПЗ, ті, які вони вважають найбільш необхідними для жителів. Моніторинг реалізації НПЗ у 2017 році показав, що на той час реалізовувалося понад 400 різних видів програм. Переважна більшість із них стосувалася профілактики серцево-судинних та онкологічних захворювань та зменшення надмірного вживання алкоголю, пропаганди фізичної активності та популяризації здорового харчування.

Державні програми скринінгу для дорослих спрямовані на раннє виявлення раку шийки матки, молочної залози та колоректального раку. Їх фінансує НСЗУ. Вони добровільні та доступні безкоштовно. В останні роки участь цільових груп (підвищеного ризику) у цих дослідженнях зростає. Цьому сприяли інформаційні кампанії. Існує також варіант опортуністичної (пасивної) перевірки, участь у якій також є добровільною. Контроль якості скринінгових тестів для дорослих щодо обладнання та персоналу здійснюється Онкологічним центром у Варшаві та відповідними регіональними установами.

Служби медицини праці включають профілактичне обслуговування працівників і контроль за їх здоров'ям. Вони присвячені професійним захворюванням і травматизму на виробництві. Обласні центри медицини праці проводять огляди здоров'я кандидатів у середні школи та навчання, які під час навчання можуть зазнати впливу шкідливих або небезпечних факторів, а також амбулаторну медичну реабілітацію хворих на професійні захворювання. Ці установи проводять наукові дослідження в галузі медицини праці, готують експертні висновки, організовують навчання, надають лікувально-реабілітаційні послуги. Інспекція праці також відповідає за нагляд за умовами праці та перевірку питань, пов'язаних з безпекою та гігієною праці. Регулярні перевірки проводяться щорічно і оголошуються заздалегідь. За скаргами працівників можуть проводитися додаткові перевірки. Національна інспекція праці та Центральний інститут охорони праці, підпорядкований Міністерству праці та соціальної політики, проводять перевірки виробничого середовища та факторів ризику на робочих місцях.



Якість послуг громадського здоров'я контролюється провінційними та національними консультантами з питань охорони здоров'я. Ці дії позитивно впливають на зміни в показниках здоров'я, таких як тривалість життя, дитяча смертність або захворюваність на окремі захворювання, хоча вплив цих дій на рівень цих показників важко продемонструвати, оскільки він не є ні прямим, ні швидким.

Лікар первинної ланки (ПОЗ) приймає рішення про вступ до системи охорони здоров'я. Для отримання спеціалізованої допомоги необхідне направлення лікаря загальної практики. Він також має право видавати направлення на діагностику та лікування в стаціонарі. Лише деякі лікарі-спеціалісти та у разі раптової загрози здоров'ю чи життю можуть бути доступні безпосередньо пацієнту.

Пацієнти можуть обрати лікаря первинної ланки, укладеного з НЗОК, пройшовши т.зв. декларація про вибір, яку можна безкоштовно змінити не частіше двох разів на рік.

Також пацієнти можуть вибрати будь-яку спеціалізовану клініку в Україні. Пацієнти за направленням, які не потребують негайної допомоги, приймаються спеціалістами в порядку звернень. На прийом до лікаря-спеціаліста пацієнтам необхідно принести результати всіх діагностичних досліджень. Вони допомагають визначити подальше лікування. У разі необхідності стаціонарного лікування лікар-спеціаліст видає направлення та повідомляє пацієнту очікуваний час очікування. Формальних схем поведінки при конкретних захворюваннях не існує, і весь курс лікування залежить від лікаря первинної ланки або спеціаліста.

Пацієнти також мають право вибору лікарні у разі планової операції або необхідності подальших діагностичних досліджень. Для визначення дати госпіталізації, після перевірки направлення та консультації лікаря в стаціонарі, пацієнти записуються в лист очікування. Їх також направляють на будь-які додаткові аналізи, які необхідно зробити перед госпіталізацією. Після завершення лікування пацієнт виписується, отримує складену лікарем

інформаційну картку з описом захворювання та перебігу стаціонарного лікування, а також подальшими рекомендаціями. При необхідності лікар первинної ланки направляє пацієнта на реабілітацію або призначає медсестринські візити на дому.

Усі особи, які охоплені системою загального медичного страхування, мають право подати заявку на санаторно-курортне лікування, яке вимагає співоплати. Направлення на санаторно-курортне лікування видає лікар первинної медичної допомоги, а потім надсилає до обласного відділення НСЗУ, де після перевірки її законності приймається рішення про надання санаторно-курортної допомоги.

Первинна медична допомога, яка є окремим сегментом системи охорони здоров'я, надає базові медичні послуги та, якщо цього вимагає стан здоров'я пацієнта, є відправною точкою для подальшого надання спеціалістів. Лікарі первинної ланки виконують функції гейткіпер , що надає направлення на аналізи та дозволяє отримати доступ до інших видів допомоги, якщо це підтверджено медичними показаннями. Раніше первинна медична допомога була частиною інтегрованої та ієрархічної системи охорони здоров'я, доступ до якої був обмежений через регіоналізацію.

Обсяг послуг первинної медичної допомоги систематично скорочувався з моменту її створення. Це сталося завдяки організації лікарів первинної ланки у формі федерації організацій роботодавців охорони здоров'я під назвою Зеленогурська угода, яка висунула вимоги підвищення заробітної плати та покращення умов праці, які були реалізовані через загрозу страйків лікарів .

Основні медичні послуги включають профілактику, базову діагностику, терапевтичну та реабілітаційну допомогу у сфері амбулаторної загальної, сімейної та педіатричної допомоги. Послуги первинної медичної допомоги також охоплюють широкий спектр громадської охорони здоров'я: обов'язкові щеплення, зміцнення здоров'я та профілактика. Послуги надають лікарі, медичні сестри та акушерки первинної ланки. У 2016 році спеціалізація сімейної медицини була запроваджена як частина загальної стратегії

підвищення ролі та якості первинної медичної допомоги в Україні. Він не особливо популярний серед студентів-медиків, а через дефіцит спеціалістів сімейної медицини на первинній ланці також працюють педіатри та терапевти.

Дані про функціонування ПОЗ є частиною більш агрегованої інформації про амбулаторну допомогу. Середня кількість амбулаторій на одну людину в Україні становить 6,8 (дані 2020 року). Цей рівень подібний до зареєстрованого в ЄС (27) (6,2 відвідування) і нижчий, ніж середній показник ЄС (12) 7,8 (рис. 5.4). Більше половини (54%) усіх консультацій в амбулаторній допомозі були консультаціями, наданими в рамках первинної медичної допомоги, і 46% у сфері спеціалізованої допомоги.

Задоволеність сімейним доглядом в Україні є набагато вищим, ніж у випадку інших видів догляду, як вказують результати опитування Євробарометра. Переважна більшість респондентів цього опитування вважали, що доступ до первинної медичної допомоги та її послуг не викликає особливих труднощів, а оцінка якості цієї медичної допомоги коливалася від досить доброї до дуже доброї.

Відповідно до Конституції України, кожен громадянин має право на медичне обслуговування, яке фінансується з державних коштів. Однак існуючі обмеження доступу означають, що певні (заслужують) групи можуть бути привілейованими та мати право на допомогу, отриману без черги або в рамках послуг, спеціально організованих для них. Положення, що містяться в Законі передбачають такі особливі права для окремих груп населення. Ці групи включають добровільних донорів крові та донорів органів; інваліди війни та єдині подружжя, які перебувають на їх утриманні; вдови та вдівці загиблих воїнів та інвалідів війни, які мають право на пенсію у зв'язку з втратою годувальника; учасники бойових дій та репресовані під час війни та в післявоєнний період. Пільговий доступ також надавався вагітним жінкам і дітям.

Безкоштовний та безкоштовний доступ (без направлення) та незалежно від страхового статусу мають пацієнти з певними інфекційними захворюваннями,

люди з алкогольною та психоактивною залежністю та люди з психічними розладами. Переваги для цих людей включають лікування, реабілітацію та реінтеграцію.

Всі ув'язнені мають доступ до спеціально організованих медичних послуг. Пільги засудженим надають заклади охорони здоров'я, засновником яких є Міністерство юстиції. Ці установи входять до організаційної структури установ виконання покарань і фінансуються з бюджету міністерства. Організація послуг є відповідальністю Управління охорони здоров'я в Головному правлінні пенітенціарної служби, тоді як функціонування в'язничної служби охорони здоров'я в кожній із 15 інспекцій пенітенціарної служби контролюється та координується у своїй області головним лікарем районної інспекції. В установах виконання покарань по всій країні працює 157 амбулаторій. Служба пенітенціарної охорони здоров'я також має 13 тюремних лікарень (з 37 спеціалізованими палатами), розташованих на території 15 окружних інспекцій пенітенціарної служби. Однак вузькоспеціалізовані процедури (наприклад, нейрохірургія та торакальна хірургія) виконуються в цивільних закладах охорони здоров'я.

Окремо організовані служби охорони здоров'я мали також т. зв спецслужби. Міністерство національної оборони, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство юстиції та Агентство внутрішньої безпеки все ще мають власні галузеві заклади охорони здоров'я, які в минулому надавали медичні послуги лише своїм діючим і пенсіонерам та їхнім сім'ям. З реформою охорони здоров'я для них було створено окрему галузеву касу охорони здоров'я для військовослужбовців, але незабаром після цього її було перетворено на одну з 17 лікарняних кас, до якої міг приєднатися кожен. Наразі всі застраховані в НСЗУ можуть отримати доступ до будь-якого закладу охорони здоров'я, який уклав з НСЗУ договір про надання послуг, у тому числі до закладів, які раніше були закріплені за працівниками силових служб.

Особи зі статусом біженця, які підлягають обов'язковому медичному страхуванню або добровільно застраховані в НСЗУ, мають право на такі ж

медичні послуги, як і громадяни України, застраховані в НСЗУ. Особи, які претендують на статус біженця, також мають право на такі ж медичні послуги (за винятком санаторно-курортного лікування та реабілітації в санаторно-курортних закладах), але ці пільги надаються на підставі договорів між суб'єктами надання медичних послуг.

### **Висновки до розділу 3**

Відповідно до Конституції України, кожен громадянин має право на медичне обслуговування, яке фінансується з державних коштів. Однак існуючі обмеження доступу означають, що певні (заслужують) групи можуть бути привілейованими та мати право на допомогу, отриману без черги або в рамках послуг, спеціально організованих для них. Положення, що містяться в Законі передбачають такі особливі права для окремих груп населення. Ці групи включають добровільних донорів крові та донорів органів; інваліди війни та єдині подружжя, які перебувають на їх утриманні; вдови та вдівці загиблих воїнів та інвалідів війни, які мають право на пенсію у зв'язку з втратою годувальника; учасники бойових дій та репресовані під час війни та в післявоєнний період. Пільговий доступ також надавався вагітним жінкам і дітям.

Безкоштовний та безкоштовний доступ (без направлення) та незалежно від страхового статусу мають пацієнти з певними інфекційними захворюваннями, люди з алкогольною та психоактивною залежністю та люди з психічними розладами. Переваги для цих людей включають лікування, реабілітацію та реінтеграцію.

## ВИСНОВКИ

Завдання державної політики в галузі охорони здоров'я та системи охорони здоров'я, яка їх реалізує, визначаються в урядових документах, підготовлених у рамках роботи над довгостроковими стратегіями національного розвитку. Ці стратегії є як загальними, що охоплюють всю економіку, так і специфічними, що стосуються питань конкретної галузі, в даному випадку – галузі охорони здоров'я. Стратегічні загальні документи розробляє не лише уряд, а й органи самоврядування областей, які мають значні повноваження у цій сфері. Що стосується загальних стратегічних документів на новий період планування, то було розроблено документ «Україна 2030», в якому цілі політики охорони здоров'я були окреслені за напрямками та на основі Національної програми здоров'я (НПЗ). Бачення та концепції які містяться в документі «Україна 2030», вони є відправною точкою для розробки галузевих і регіональних стратегій.

Для оцінки політики охорони здоров'я останнього десятиліття важливі цілі, записані в трьох групах документів:

стратегія розвитку охорони здоров'я, яка є галузевою специфікацією національної стратегії розвитку та стратегії розвитку області;

у короткострокових планах дій, підготовлених у рамках спільних соціальних стратегій ЄС та національних урядів, реалізованих за допомогою методу відкритої координації. Останнім із цих документів є Національний план дій (НПД) «Соціальне забезпечення та інтеграція»;

у національних програмах охорони здоров'я (НПЗ),.

У Стратегії розвитку охорони здоров'я сформульована головна ціль: «Покращення здоров'я суспільства як фактора соціально-економічного розвитку країни», а також стратегічні та оперативні завдання. Детально описано чотири широкі стратегічні цілі:

- підвищення здоров'я суспільства;

- адаптація галузі охорони здоров'я до динаміки довгострокових демографічних тенденцій;
- покращення здоров'я суспільства до такого ступеня, щоб зменшити відстань між рівнем здоров'я в Україні та середнім рівнем здоров'я в ЄС;
- підвищення загальної ефективності системи охорони здоров'я.

До вищевказаних стратегічних цілей віднесено шістнадцять оперативних цілей, а також конкретні завдання та заходи, такі як зменшення шкідливого впливу хімічних та біологічних факторів, оптимізація використання лікарських засобів та розвиток системи медичного порятунку. Багато установ залучені до реалізації цієї багатовимірної та багатосекторної стратегії; хоча стратегія постійно переглядається та оновлюється, немає систематичного щорічного аналізу, який би показував, як вжиті заходи впливають на ефективність системи охорони здоров'я або в якій мірі досягаються очікувані переваги для здоров'я. Спочатку стратегія була розроблена для визначення та детального визначення основних проблем і потреб охорони здоров'я, а зараз також використовується як концептуальна основа для проектів, що реалізуються в рамках операційних програм ЄС.

Основним галузевим програмним документом є Національна програма охорони здоров'я. Її проголошеною метою є «поліпшення здоров'я та пов'язаної з ним якості життя населення та зменшення нерівності у здоров'ї, що досягається шляхом формування здорового способу життя суспільства, створення здорового середовища життя, роботи та навчання, активізації органів місцевого самоврядування та не-урядові організації вжили заходів для здоров'я». Програма містить вісім стратегічних цілей, підкріплених 15 операційними цілями.

МОЗ розробляє програмні документи, що встановлюють пріоритети в охороні здоров'я. Прикладом може бути розпорядження міністра охорони здоров'я від 2019 р. про пріоритети охорони здоров'я, яке визначає 12 стратегічних цілей, що визначають напрями політики охорони здоров'я. Ці цілі включають: зниження захворюваності та передчасної смертності внаслідок

серцево-судинних захворювань, злоякісних новоутворень, хронічних захворювань органів дихання; зменшення наслідків травматизму внаслідок нещасних випадків (переважно шляхом реабілітації); профілактика, лікування та реабілітація психічних розладів; зниження передчасної захворюваності та обмеження негативних наслідків хронічних захворювань кістково-суглобової системи; підвищення ефективності профілактики інфекцій та інфекційних захворювань; зменшення шкоди здоров'ю від вживання алкоголю, психоактивних речовин і куріння; профілактика ожиріння та діабету; обмеження впливу на здоров'я шкідливих факторів виробничого та побутового середовища; підвищення якості та ефективності медичної допомоги матерям, новонародженим та дітям віком до 3 років; попередження найпоширеніших проблем зі здоров'ям та порушень фізичного та психосоціального розвитку дітей та підлітків; розвиток довгострокового догляду; підвищення якості та ефективності геріатричної допомоги.

Забезпечення рівності в охороні здоров'я є загальною, багатовимірною метою систем охорони здоров'я, яка полягає в мінімізації відмінностей у рівні здоров'я та в охопленні, доступі, використанні, якості та корисності медичної допомоги між групами населення, що відрізняються за доходом, віком, статтю, національністю, етнічною приналежністю, місцем проживання та іншими ознаками. Політика зменшення нерівності у здоров'ї є однією з найвидатніших соціальних політик і політик у сфері охорони здоров'я в Європейському Союзі. Епідеміологічні дослідження продемонстрували вплив на здоров'я багатьох детермінант, які досліджуються в широкому напрямі досліджень під назвою «Соціальні детермінанти здоров'я». Відповіддю на результати цих досліджень є стратегія охорони здоров'я Європейського Союзу «Здоров'я в усіх політиках», яка сприяє рівності, та її численні програми. життя, включаючи як природне середовище, так і умови праці, сферу колективного життя (інфраструктура та транспорт) , житлові умови, освіта та споживання. Таким чином, підхід «здоров'я в усіх політиках» відповідає сучасному розумінню детермінант здоров'я. Європейський погляд на нерівність у здоров'ї та сприяння



«інвестиційній» політиці в усіх факторах, що впливають на здоров'я, ще не є широко прийнятими та не впровадженими. Національне дослідження нерівності не є всеосяжним. В Україні нерівність у доступі та використанні медичних послуг вивчається в основному за регіонами, залежно, серед іншого, від віку, здоров'я, освіти та достатку. Цей тип емпіричних досліджень на репрезентативних вибірках проводився протягом кількох років, зокрема, Центральним статистичним управлінням (обстеження домогосподарств) і CSIOZ, тоді як CBOS та OBOP систематично інформують про думку українського суспільства з найважливіших тем, включно з політикою охорони здоров'я. Українські експерти беруть участь у практично орієнтованих дослідницьких програмах нерівності у здоров'ї в європейських країнах.

Результати свідчать про існування значної нерівності у стані здоров'я в перетині місто-село залежно від розміру міста, регіонів країни, джерел та рівня доходу домогосподарства, освіти та соціально-професійного становища.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т.П., Богачев Р.М., Нерсесян Г.А., Довганчин Г.С. Державна політика змін у сфері охорони здоров'я в Україні: регіональний вимір. URL: [irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis)
2. Антонюк О. Адміністративний менеджмент: етико-методологічні засади. О.Антонюк. Персонал. 2016. № 12. С. 58-65.
3. Білинська М.М. Управління змінами в сфері охорони здоров'я. Київ: Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. 2015. 80с.
4. Борисова Т., Монастирський Г., Крулевський А. Інтернет-дослідження комунікаційної активності надавачів послуг міського громадського транспорту України. Економічний аналіз. Тернопіль. 2019. Том 29. № 1. С. 7-12.
5. Варенко В. М. Інформаційно-аналітична діяльність: навч. посіб. Київ: Ун-т "Україна", 2014. 417 с.
6. Веб-сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: <http://www.euro.who.int/>.
7. Веб-сайт Тернопільської обласної ради. URL: <http://te-rada.org/?id=300>
8. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг: ДДУУ : Вид. Р.А. Козлов, 2017. 315 с.
9. Вовк С.М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я. URL: [https://dsum.edu.ua/wp-content/uploads/2019/06/dis\\_1verd-7\\_2.1\\_2.pdf](https://dsum.edu.ua/wp-content/uploads/2019/06/dis_1verd-7_2.1_2.pdf)
10. ВООЗ: веб-сайт. URL: <http://www.euro.who.int/ru/data-andevidence/european-health-report/european-health-report/ehr> (дата звернення: 28.08.2017).
11. Гордієнко, Л. Ю. Менеджмент державної установи: навч. посіб. Л.Ю.Гордієнко. Х.: Вид-во ХДЕУ, 2001. 152 с.
12. Гончарук Н. Т. Еволюція адміністративної реформи в Україні Адміністративна реформа в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи: монографія / за заг. ред. Н. Р. Нижник, Н. Т. Гончарук. Дніпропетровськ: Монолит, 2019. 384 с.

13. Громадська експертиза та громадський моніторинг діяльності органів влади : навч. посіб. К. : Макрос, 2011. 200 с.
14. Декларація Тисячоліття ООН від 08.09.2000 року. URL: [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)
15. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. К. ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
16. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ: НАДУ, 2011. Т. 1: Теорія державного управління. Наук.-ред. колегія: В.М.Князєв (співголова), І. В. Розпутенко (співголова) та ін. 2011. 748 с.
17. Жаліло Л.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. Л.І.Жаліло, О.І.Мартинюк. Державне управління: теорія та практика: електрон. наук. фак. журн. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>
18. Звіт за результатами дослідження «Державно-приватне партнерство як фінансовий механізм для диверсифікації джерел фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед уразливих груп населення в Україні». К., 2015. 135 с.
19. Зінькова І. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Науковий блог НУ «Острозька академія». URL: <https://naub.oa.edu.ua>
20. Інституційні засади і маркетингові імперативи сталого розвитку: колективна монографія. / [Ред. Т.М. Борисова, Г.Л. Монастирський]. Тернопіль: «Економічна думка ЗУНУ», 2020. 340 с.
21. Куриляк В.Є., Монастирський Г.Л., Живко М.А. Нова економіка в європейських цивілізаційно-інтеграційних процесах. Сталий розвиток України в контексті формування нового світового економічного і фінансового порядку: моногр. / за наук. ред. проф. А. І. Крисоватого та проф. Є. В. Савельєва. Тернопіль : Осадца Ю.В., 2019. С. 75-121.
22. Канцидайло Т. Здравоохранение Кубы: пример для многих стран. URL: <https://health-ua.com/article/15664-zdravoohranenie-kuby-primer-dlya-mnogih-stran>

23. Кирій С. Адміністративна діяльність як структурно-функціональний компонент державного управління. URL: [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2019/2019-01\(1\)/Kiriy.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2019/2019-01(1)/Kiriy.pdf).

24. Ковбасюк Ю., Кравченко С. Проблеми та перспективи державно-управлінських реформ в Україні на сучасному етапі Вісник НАДУ. №4. 2014. С.5-16

25. Конституція України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>

26. Кривокульська, Н. М. Удосконалення організації роботи медичних установ як функції адміністративного менеджменту. Формування ринкових відносин в Україні. 2015. № 2. С. 67-71.

27. Крупник А. С. Зарубіжний досвід громадського контролю: уроки для України. Ефективність державного управління: Зб. наук. праць ЛРІДУ. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2007. Вип. 14. С. 146-154.

28. Крушельницька Т. Деякі аспекти моніторингу діяльності органів державної влади щодо співпраці з інститутами громадянського суспільства в Україні. Т. Крушельницька, Є. Радугін. Вісник Національної академії державного управління. С. 245-257.

29. Лобас В.М., Вовк С.М., Шутов М.М. Методологія реформування системи охорони здоров'я за кластерним підходом. URL: [file:///C:/Users/UOZ/Downloads/Uzn\\_2013\\_2\\_15.pdf](file:///C:/Users/UOZ/Downloads/Uzn_2013_2_15.pdf)

30. Лозова В.В. Оцінка якості надання медичної допомоги на основі вивчення думки хворих стаціонарних відділень Сумської ЦРКЛ. URL: [https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/44688/1/mag\\_Lozova.pdf](https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/44688/1/mag_Lozova.pdf)

31. Литвинова О.Н. Функції менеджера в охороні здоров'я. Вісник соц. гіг. та організації охорон. здор. 2012. №2. С.94-95.

32. Маркетингове забезпечення сталого розвитку міського громадського транспорту: Монографія. / [Ред. Т.М. Борисова, Г. Л. Монастирський]. Тернопіль: Економічна думка, 2019. 220 с.

33. Мельник А.Ф., Монастирський Г.Л., Дудкіна О.П. Муніципальний менеджмент: підручник. 2-е видання, доповнене й перероблене. Тернопіль: ТНЕУ, 2019.

34. Монастирський Г. Л., Турчин Л.Я., Островерхов В.М., Луців Р.С. Проблеми та перспективи транспортного забезпечення: вітчизняний та закордонний досвід. Український журнал прикладної економіки. 2018. Том 3. № 2. С. 47-61.
35. Монастирський Г. Л. Теорія організації: підручник. 2-е видання, доповнене й перероблене. Тернопіль: ЗУНУ, 2020. 328 с. [http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/41366/1/ТО\\_pidruchnyk\\_2020.pdf](http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/41366/1/ТО_pidruchnyk_2020.pdf)
36. Монастирський Г. Л., Чайковський Я. І., Чайковська І. Я., Чайковський Є. Я. Напрями використання платіжних карток як інновації оплати послуг транспортних організацій. Економічний аналіз. Тернопіль, 2018. Том 28. № 4. С. 143-154.
37. Монастирський Г., Борисяк О. Екологічні та енергоефективні підходи до забезпечення інноваційного розвитку муніципальної транспортної логістики. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2019. Вип. 4. С. 7–18. <https://doi.org/10.35774/visnyk2019.04.007>
38. Монастирський Г., Борисяк О., Коцур А. Політика екологічної диверсифікованості у системі управління муніципальним транспортом. Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України. 2019. Вип. 24. С. 4-14. <http://rarrpsu.tneu.edu.ua/index.php/rarrpsu/article/view/348>
39. Монастирський Г.Л. Адміністративно-територіальна основа економічного та соціального розвитку регіону. Географія Тернопільської області: монографія. В 2-х т. Т.2. Населення. Господарство. / за ред. проф. Л.Б.Заставецької. Тернопіль, 2020. С. 229-255.
40. Монастирський Г.Л. Зарубіжні моделі реформування системи менеджменту лікувально-профілактичних установ та можливості їх адаптації в умовах національної економіки. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. С. 235-247.
41. Монастирський Г.Л. Соціально-економічний розвиток регіону: сучасні реалії та перспективи: монографія / За ред. Н.І. Пилипів, В.В. Стефініна. – Івано-Франківськ: Видавець МПП «ТАЛЯ», 2017. С. 300-370.

42. Монастирський Г.Л. Теорія організації: підручник. 2-е видання, доповнене й перероблене. Тернопіль: “Крок”, 2019. 368 с. <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/37776/1/Teoriia%20orhanizatsii%202019.pdf>
43. Монастирський Г.Л., Борисова Т.М. Соціально-економічні передумови та перспективи розвитку ринку послуг міського громадського транспорту Тернополя. Економічний аналіз: зб. наук. праць. Тернопіль: Видавничо-поліграфічний центр ТНЕУ «Економічна думка», 2018. Том 28. № 1. С. 23-29.
44. Монастирський Г.Л., Савчук Д.М. Модернізаційний підхід до управління економічним розвитком громад. Проблеми інноваційно-інвестиційного розвитку. Серія «Економіка та менеджмент». 2018. № 15. С. 38-46.
45. Монастирський Г.Л., Турчин Л.Я. Media Marketing як інструмент просування підприємств-надавачів транспортних послуг. Економічний аналіз: зб. наук. праць. Тернопіль: Видавничо-поліграфічний центр ТНЕУ «Економічна думка», 2018. – Том 28. – № 1.. – С. 258-264.
46. Медичне страхування 2020. URL: <https://ukr.segodnya.ua/ukraine/s-kazhdogopo-400-grn-v-mesyac-v-ukraine-predlagayut-vvestimedicinskoe-strahovanie-1182586.html>
47. Мельник А.Ф. Розвиток регіональних ринків медичних послуг – виклик для менеджменту закладів охорони здоров'я. Зб. наук.праць за матеріалами міжнародної науково-практичної конференції «Модернізація менеджменту охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Тернопіль Кам'янець-Подільський. 2018
48. Методичні рекомендації для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. URL: [https://moz.gov.ua > uploads](https://moz.gov.ua/uploads)
49. Методологія системного підходу та наукових досліджень: опорний конспект лекцій. Уклад. Н. В. Фоміцька. Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2015. 60с. URL: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/book/2015-mspnd/doc/01.pdf>

50. Молода М. Стан і перспективи розвитку медичного страхування. URL: [intkonf.org](http://intkonf.org)
51. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: монографія. В.Ф.Москаленко. К.: Книга плюс, 2020. 320 с.
52. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки. Міністерство охорони здоров'я України. URL: [moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf) (дата звернення: 13.08.2016).
53. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025. URL: [https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi\\_OZ.pdf](https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf)
54. Новіков, Б. В. Основи адміністративного менеджменту : навч. посіб. Б.В.Новіков, Г.Ф. Сініюк., П.В.Круш. К.: Центр навч. літ., 2004. 560 с.
55. Овсянюк-Бердадіна О. Ф. Нова парадигма закупівлі медичних послуг. Тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю["Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи"], (12-13 грудня 2018 р.). Тернопіль Кам'янець-Подільський. 2018 С. 245-247
56. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> Парамонов З. Лікарняна каса – прообраз медичного страхування в Україні: Економічний часопис, 2004, № 10, С. 38-40
57. Пічугіна Т.С. Управління змінами: навч. пос. Т.С.Пічугіна, С.С.Ткачова, О.П.Ткаченко. Х.: ХДУХТ, 2017. 226с. URL: [elib.hduht.edu.ua/jspui](http://elib.hduht.edu.ua/jspui)
58. Про Державний бюджет на 2018 рік: Закон України від 07.12.2017 № 2246-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2246-19>
59. Про Державний бюджет на 2019 рік: Закон України від 23.11.2018 № 2629-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2629-19/ed20190323>
60. Про державні цільові програми: Закон України від 18.03.2004 р. № 1621 – VI. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1621-15>
61. Про державно-приватне партнерство: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>

62. Про доступ до публічної інформації: Закон України від 13 січ. 2011 р. № 2939-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-17>
63. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994р. № 4005-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>
64. Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування: наказ МОЗ України від 27.12.2006р. № 898. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0073-07>.
65. Про захист персональних даних: Закон України від 1.06.2010 р. № 2297-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17>
66. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 року № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>
67. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 25.06.1991р. № 1264-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1264-12>
68. Про протидію із захворюванням на туберкульоз: Закон України від 06.10.2005р. № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14>
69. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України від 12.12.1991р. № 1972-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>
70. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000р. № 1489-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>
71. Про страхування: Законом України від 07 березня 1996 року № 85/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80>
72. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL: [http://www.kmu.gov.ua/control/uk/ cardnpd?docid=249618799](http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799) (дата звернення: 1.11.2017р.).



73. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.04.2014 р. № 333-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>

74. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>

75. Про схвалення Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23.08.2017 р. №582-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/582-2017-%D1%80>

76. Рекомендації щодо покращення національного законодавства і практик України у сфері соціальних послуг та ефективного залучення організацій громадянського суспільства до надання соціальних послуг на базі міжнародних практик. URL: [ccc-tck.org.ua > storage > cso\\_cc > 1.2.doc](http://ccc-tck.org.ua/storage/cso_cc/1.2.doc)

77. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я в Україні. URL: [https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin\\_11.Toronto\\_Ohorona\\_zdorovyua.pdf](https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin_11.Toronto_Ohorona_zdorovyua.pdf)

78. Рожкова І., Жаліло Л., Мартинюк О. Методологічні засади управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: аспекти впровадження первинної медико-санітарної допомоги. URL: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2013/11/2012-4-16.pdf>

79. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=93>

80. Шкільняк М., Васіна А., Монастирський Г., Августин Р., Дудкіна О. Управління комунальною власністю об'єднаних територіальних громад в умовах нових викликів реформування місцевого самоврядування. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2020. № 4. С. 210-215.

<http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/41037/1/%D0%BD%D0%B0%D1%83>

%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B5%20%D0%B6%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%8F.pdf

81. Шкільняк М., Мельник А., Монастирський Г., Васіна А., Дудкіна О. Удосконалення механізмів публічного управління та адміністрування в контексті реалізації потенціалу децентралізації. Вісник економіки. 2021. № 2. С. 193-199. <http://visnykj.wunu.edu.ua/index.php/visnykj/article/download/1249/1352>
82. Borysova T.M., Monastyrskiy G.L. Classification of social effects of sustainable development of public transport entities. Heritage of European science: engineering and technology, informatics, security, transport, architecture. Monographic series «European Science». Book 2. Part 3. Karlsruhe: SWorld-NetAkhatAV 2020. Pp. 137-143.
83. Borysova, T., Monastyrskiy, G. (2018). Marketing innovation activity of urban public transport: results of the empirical study. Marketing and Management of Innovations, 3, 229-240. <http://doi.org/10.21272/mmi.2018.3-20>
84. Borysova, T., Monastyrskiy, G., Borysiak, O., & Protsyshyn, Yu. (2021). Priorities of Marketing, Competitiveness, and Innovative Development of Transport Service Providers under Sustainable Urban Development. Marketing and Management of Innovations, 3, 78-89. <http://doi.org/10.21272/mmi.2021.3-07>
85. Borysova, T., Monastyrskiy, G., Zielinska, A. & Barczak, M. (2019). Innovation Activity Development of Urban Public Transport Service Providers: Multifactor Economic and Mathematical Model. Marketing and Management of Innovations, 4, 98-109. <http://doi.org/10.21272/mmi.2019.4-08>
86. Forming of the marketing mechanism of sustainable urban transport development on the principles of ecological logistics: Monograph. / [Sc. ed. by T.M. Borisova, G. L. Monastyrskiy]; lit. ed. by Lutsiv R.S.- Ternopil: Aston, 2018. - 139 p.
87. Ivanechko N., Borysova T., Monastyrskiy G. Research of customer buying behavior on the Ukrainian electromobile market. Financial and credit activity: problems of theory and practice. Vol. 4 No. 35 (2020). 507-513. <https://doi.org/10.18371/fcaptp.v4i35.222527>
88. Ksonzhyk, I., Taran, Y., Monastyrskiy, G., Vasina, A., Sytnytska, O., & Belei, S. (2021). Implementation of the principles of sustainable development of territorial communities: Decision making. Journal of management Information and

Decision Sciences. 24(3), 1-12.  
<https://www.abacademies.org/abstract/implementation-of-the-principles-of-sustainable-development-of-territorial-communities-decision-making-10271.html>

89. Monastyrskyi G., Borysova T., Barczak M. Organizational aspects of sustainable development in urban public transport enterprises. Public administration in the digital economy: monograph. Tallinn: Scientific Center of Innovative Researches OÜ, 2020. Pp. 49-61.

90. Novikova, M., Kozyrieva, O., Novikov, D., Monastyrskyi, G., Mazur, A. Innovative Approaches to Economic Development of the Regions of Ukraine. Vision 2025: Education Excellence and Management of Innovations through Sustainable Economic Competitive Advantage. 2019. 9791-9803. [publons.com/p/35502729/](https://publons.com/p/35502729/)