

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Факультет економіки та управління
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

МАЦИПУРА Максим Вікторович

**МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ / MECHANISMS OF IMPLEMENTATION OF
PUBLIC POLICY TO RESERVE THE HEALTH OF THE POPULATION**

спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітньо-професійна програма – «Публічне управління та адміністрування»

Кваліфікаційна робота за ступенем вищої освіти «Магістр»

Виконав: студент групи ПУАм-21
Максим МАЦИПУРА

_____ підпис

Науковий керівник:
д.е.н., професор
Григорій МОНАСТИРСЬКИЙ

_____ підпис

Кваліфікаційну роботу допущено до
захисту «___» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри, д.е.н., професор
_____ Михайло ШКІЛЬНЯК
підпис

ЗМІСТ

ВСТУП.....	
РОЗДІЛ 1. Концепція формування та реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я для збереження здоров'я населення.....	
1.1. Дефініція, детерміновані завдання, суб'єкти формування та реалізації публічної політики сфери охорони здоров'я.....	
1.2. Економічний механізм реалізації публічної політики, як регуляторний важіль впливу на процеси збереження здоров'я населення	
Висновки до розділу 1.....	
РОЗДІЛ 2. Системний аналіз економічних аспектів публічної політики у сфері охорони здоров'я України у період COVID-19 та війни.....	
2.1. Трансформація інституційного забезпечення економічного механізму реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я України.....	
2.2. Оцінка особливостей механізмів фінансування лікувально-профілактичних закладів територіальної громади (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня Вінницької обласної Ради»).....	
2.3. Особливості впливу індексу якості життя WHOQOL-BREF працівників ЛПЗ на процеси реалізації публічної політики сфери охорони здоров'я	
Висновки до розділу 2.....	
РОЗДІЛ 3. Економічний механізм реалізації публічної політики системи охорони здоров'я України: вдосконалення його інтегрального впливу на процеси збереження здоров'я населення.....	
3.1. Імплементация сучасних управлінських технік та практик у процес реалізації економічної діяльності закладів системи охорони здоров'я України.....	
3.2. Перспективи щодо оптимізації імплементацийного процесу сучасних управлінських технологій для покращення економічних механізмів реалізації публічної політики для збереження здоров'я населення.....	
Висновки до розділу 3.....	
ВИСНОВКИ.....	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	
ДОДАТКИ.....	

ВСТУП

Актуальність теми. Збереження якості життя, яке гарантується законодавством, є основним критерієм розвитку суспільства. Важливо пам'ятати, що економічний прогрес будь-якої нації, особливо під час надзвичайних ситуацій і надзвичайних ситуацій, таких як природні катаклізми, пандемії та війна, тощо, як детермінована багаторівневою системою, яка залежить від рівня розвитку функціонуючих економічних компонентів. Тим не менш, у сучасному світі це прямо пов'язано з функціонуванням системи охорони здоров'я, її організаційними та функціональними елементами, а також її фінансуванням, особливо щодо збереження якості життя населення.

На рівні системи охорони здоров'я відбуваються важливі соціальні зміни, які впливають на соціально-економічну ситуацію в лікувально-профілактичних закладах територіальних громад країни. Ці зміни з часом впливають на лікувально-профілактичні заклади регіонів. Особливо варто відзначити, що медичні заклади переживають кризу в умовах COVID-19 та війни. Це пов'язано з нестабільністю управлінської системи та дестабілізацією процесів фінансування з урахуванням впровадження нових пакетів послуг НСЗУ.

Забезпечення гармонійного розвитку медичних установ територіальних громад та їх структурних підрозділів вимагає імплементації сучасного узгодженого управлінського впливу від суб'єктів економічних відносин, який відповідав би новим трендам та потребам сучасного суспільства з урахуванням обставин сучасності. Паралельно з формуванням адаптивної публічної політики в умовах війни та COVID-19, керівники лікувально-профілактичних закладів стикаються з проблемою оптимізації внутрішніх та зовнішніх економічних відносин комунальних некомерційних підприємств.

У мотиваційному аспекті діяльності медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів ключовою роллю відіграє фінансовий фактор, тому важливо впроваджувати інноваційні управлінські методи керівниками закладів і проводити оцінку економічної ефективності закладів, які надають профільну

допомогу хворим у період війни та COVID-19, в межах внутрішнього та зовнішнього контролю, а також перспективним є напрямок моніторингу якості життя медичного персоналу для врахування даного аспекту у формуванні стратегічних програм розвитку ЛПЗ.

Важливо відзначити, що наразі не приділяється достатньо уваги аспектам оптимальних перерозподільчих регуляторних механізмів, що визначають оцінку фінансової діяльності ЛПЗ територіальних громад, особливо в період війни та COVID-19. Ці механізми можуть сприяти оптимізації управлінських підходів та сприяти динамічному економічному розвитку КНП у контексті зростання конкуренції на різних рівнях, включаючи залучення локальних, регіональних, національних та глобальних ринків медичних послуг.

Проблема оптимальної оцінки системи управління фінансуванням закладів системи охорони здоров'я вийшла за межі наукового дослідження. Ця проблема вимагає актуальної уваги та оцінки в рамках сучасної парадигми, яка відповідає актуальним світовим та інноваційним тенденціям в розвитку галузі охорони здоров'я, а також у розрізі інтегральної проблеми збереження здоров'я населення. Мета полягає в досягненні економічного ефекту та прибутку для підприємств медичного сектора у контексті зростання конкуренції, при цьому дотримуючись детермінованих законодавчих норм охорони здоров'я.

Аналіз національних нормативних джерел, публікацій, науково-дослідних робіт закладів вищої освіти, закордонних наукових публікацій та аналітичної документації свідчить про те, що сучасні механізми публічного управління в галузі охорони здоров'я в Україні є дещо обмеженими у функціональному аспекті та повною мірою не відповідають сучасним світовим тенденціям розвитку.

Для впровадження міжнародної стандартизації та систем моніторингу, таких як моніторингові економічні індекси та індекс якості життя персоналу, необхідні значні системні зміни. Це необхідно для створення альтернативних організаційно-економічних механізмів у діяльності медичного сектора, включаючи ЛПЗ різних форм власності, а також для створення нових моделей

взаємодії публічної політики з метою захисту та покращення показників здоров'я населення України.

Сучасні наукові пошуки інноваційних механізмів публічного управління у дотичних галузях публічної політики, зокрема в медичній сфері, наголошують сучасні науковці, серед яких: Н. Комарницька, І. Яремина, Т. Степурко, Я. Демчишин, О. Ігнащук, О. Очередько, Г. Монастирський, Т. Желюк, Т. Попович, В. Бахнівський, А. Дерезюк, М. Шкільняк. Вагомий внесок у покращення наукових поглядів на розвиток системи охорони здоров'я України, особливо у контексті покращення принципів реалізації публічної політики у галузі, визначили наукові праці О. Ігнащук, Т. Степурко, Т. Попович, О. Сіделковського, Н. Кризиної, Т. Семигіної, О. Стрельченка, С. Телешун, Г. Монастирського, Т. Желюк та інших колег.

Детерміновані факти визначали актуальність проблеми та стратифікували принципи вибору актуальної теми предметного поля «Публічного управління та адміністрування» для кваліфікаційної роботи з метою здобуття ступеня магістра зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування».

Метою кваліфікаційної роботи є теоретичне та аналітичне обґрунтування базової концепції та розроблення практичних рекомендації щодо покращення економічних та організаційних процесів імплементації методів та засобів публічної політики у системі охорони здоров'я України в умовах війни та COVID-19 для збереження здоров'я населення, а також зростання корисного економічного ефекту від наданих послуг ЛПЗ споживачам.

Завдання роботи:

– встановити особливості девіації параметрів економічної діяльності та характеристики публічної діяльності ЛПЗ у аспекті збереження здоров'я населення (на прикладі КНП «ВОДКІЛ ВОР»);

- доповнити концепцію теоретичних підходів щодо організації системи охорони здоров'я України в реаліях сьогодення (війна і коронавірусна інфекція), а також визначити принципи забезпечення економічного механізму її функціонування, у тому числі й встановити роль фінансування;

– визначити та характеризувати напрямки економічних процесів публічної політики, що реалізуються та забезпечуються ЛПЗ територіальних громад та їх менеджерами;

– проаналізувати економічні характеристики управлінського середовища КНП медичної галузі територіальних громад, які надають допомогу хворим у період війни та коронавірусної інфекції (SARS-nCOV-2);

– проаналізувати підходи до оптимізації менеджменту детермінованими функціональними процесами під час реалізації публічної політики керівниками ЛПЗ територіальних громад на основі аналізу показників економічної діяльності, інтегральних опитувальників, а також параметричних характеристик індексу якості життя з метою зростання показників економічної ефективності від наданих медичних послуг;

– розробити та імплементувати рекомендації для оптимізації процесів формування й реалізації управлінських рішень для уніфікування економічних факторів діяльності ЛПЗ в умовах війни та COVID-19 з метою покращення здоров'я населення.

Об'єктом дослідження є процес імплементатії інноваційних підходів та реалізації публічної політики в галузі охорони здоров'я України.

Предметом наукового дослідження є економічний механізм публічної політики в сфері охорони здоров'я України в умовах війни та COVID-19 та його роль у збереженні та покращенні здоров'я населення України.

Методи дослідження. Методологічними засадами наукового дослідження для здобуття ступеня магістра зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» є детерміновані тренди, концепції та положення економічної теорії, наукові публікації у провідних наукометричних базах українських і закордонних науковців, які стосуються проблеми оцінки індексу якості життя медичних працівників, принципів організації діяльності ЛПЗ територіальних громад, а також економічних факторів та аспектів публічної політики системи охорони здоров'я України. У процесі наукового дослідження використано такі методи дослідження: системний аналіз (для дослідження аспектів та

економічних параметрів підприємства КНП «ВОКДІЛ ВОР» для детермінації характерологічних факторів, що визначають принципи сталого розвитку підприємства); порівняльний аналіз (для порівняння індексів якості управлінського апарату підприємства, визначення девіації економічних показників, а також порівняння встановлених рівнів індексу якості життя медичних працівників); статистичні (використовувались для детермінації параметрів й достовірності різниці між параметричними ознаками, що характеризують діяльність ЛПЗ з урахуванням опитувальника USAIDS, WHOQOL-BREF); експертні (для доповнення існуючих розроблених концептуальних алгоритмів прийняття управлінських рішень щодо економічних аспектів публічної діяльності ЛПЗ територіальних громад в умовах війни та COVID-19).

Теоретичною й інформаційною основою дослідження є детерміновані законодавчі документи, акти, постанови, базові інструктивні матеріали, інформаційні листи, монографії, наукові праці українських і закордонних науковців з проблематики реалізації публічної політики системи охорони здоров'я з метою збереження та покращення якості життя населення.

Теоретична та практична цінність отриманих результатів.

Теоретико-методологічна цінність отриманих результатів кваліфікаційної роботи детермінована у аспекті вивченні динаміки змін організаційного, економічного аспекту, які визначають розвиток та організацію управлінських систем у процесі фінансування ЛПЗ України у період війни та COVID-19.

Отримані результати мають практичне значення в контексті розробки процесу оцінки ефективності діяльності керівників ЛПЗ територіальних громад, імплементації результатів оцінювання індексу якості життя (з урахуванням результатів опитувальника WHOQOL-BREF), а також впровадження інноваційних інтегральних практик у організації їх діяльності та покращення системи управління якістю (СУЯ). Це особливо актуально через тривалу кризу, яку зазнають ці медичні установи у період війни, а також впливу COVID-19.

Сучасні умови війни та COVID-19 додатково ускладнюють та погіршують цю ситуацію, вимагаючи від керівників ЛПЗ оптимізації внутрішніх та зовнішньоекономічних відносин КНП, а також розв'язання проблем розвитку та удосконалення їх структурних підрозділів з урахуванням індексу якості життя медичного персоналу, результатів опитування діяльності медичної установи, а також задля збереження здоров'я населення у цілому.

Дане наукове дослідження засноване на аналізі теоретичних аспектів організації системи охорони здоров'я в Україні та економічної складової публічної політики ЛПЗ у контексті впливу війни та коронавірусної інфекції (SARS-nCOV-2), визначає значущість запропонованих практичних рекомендацій для оптимізації процесу прийняття управлінських рішень, особливо з урахуванням економічних аспектів публічної діяльності ЛПЗ, що є особливо актуальним з урахуванням трендів сучасності.

Дослідження також аргументує важливість підходів до процесів оптимізації управління економічними механізмами у сфері публічної політики ЛПЗ для збереження здоров'я населення у цілому. Здійснення конструктивних змін у вирішенні проблем потребує впровадження керівниками нових управлінських інструментів та забезпечення постійного моніторингу якості діяльності ЛПЗ, а також якості життя персоналу медичної установи. Цей підхід є необхідною передумовою для підвищення конкурентоспроможності на локальних, регіональних, національних та світових ринках медичних послуг..

Апробація. Результати роботи апробовані на IV міжнародній науково-практичній конференції «Наукові тренди постіндустріального суспільства» (м. Суми, 31 березня 2023 року), на науковій інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (м. Тернопіль, 24 листопада 2023 року). За результатами роботи опублікована 2 тез.

РОЗДІЛ 1

КОНЦЕПЦІЯ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

1.1. Дефініція, детерміновані завдання, суб'єкти формування та реалізації публічної політики сфери охорони здоров'я

Концепція формування публічної політики у галузі охорони здоров'я зазнає трансформаційного впливу на етапі формування концептуальних тверджень та положень та досліджується низкою науковців [3, 4, 5].

Гладун З.С. визначає публічну політику України в сфері охорони здоров'я як комплекс загальнодержавних рішень і зобов'язань, спрямованих на збереження та покращення фізичного та психічного здоров'я, а також соціального благополуччя громадян країни. Зважаючи на те, що ця політика є важливою частиною національного багатства, вона реалізується через низку організаційних, політичних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових і медичних заходів. Мета полягає в тому, щоб зберегти генетичну спадщину України, розвивати її гуманітарний потенціал і враховувати потреби сучасних і майбутніх поколінь для блага суспільства в цілому та кожної людини. [7].

Поряд із тим, Гладун З.С. вказує на те, що в сутності впровадження публічної політики в галузі охорони здоров'я в Україні вирішальними є ряд факторів, включаючи такі ключові аспекти, як: детермінація галузі охорони здоров'я як пріоритетного напрямку діяльності суспільства і держави; захист прав і свобод людини в сфері охорони здоров'я та гарантування відповідних державних гарантій; орієнтація на гуманістичні цінності, встановлення пріоритету загальнолюдських цінностей перед національними, груповими або індивідуальними інтересами; підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення; забезпечення рівноправ'я громадян, демократизм і доступність медичної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я [7, 51,

52, 53].

Важливо відзначити, що відповідно до Статті 4 визначено таке: відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; відповідність сучасним стандартам здоров'я та медичної допомоги, узгодження внутрішніх традицій і досягнень із світовим досвідом у галузі охорони здоров'я; зазначений як запобіжний і профілактичний, а також комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я; складність економіки охорони здоров'я та різноманітність її фінансування, поєднання державних гарантій із демонополізацією, стимулюванням підприємництва і конкуренції; а також децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійність працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [7].

Згідно із науковими дослідженнями авторів, можна визначити, що основні принципи публічної політики в галузі охорони здоров'я детермінуються у процесі діяльності Верховною Радою України через трактування та встановлення конституційних та законодавчих засад, визначення мети, ключових завдань, напрямків, принципів і пріоритетів, а також визначення нормативів і обсягів бюджетного фінансування. Даний орган публічного управління також створює систему відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторних важелів, а також затверджує загальнодержавні програми охорони здоров'я [42, 45].

За даними наукових досліджень колег реєструємо факт, що для вирішення питань щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я при Верховній Раді України можуть бути створені консультативні та експертні органи, в діяльності яких залучатимуться провідні фахівці в галузі охорони здоров'я та представники громадськості. Порядок створення та функціонування даних органів встановлюється Верховною Радою України.

З урахуванням наукових результатів Князевича В.М. знаходимо факти, що однією зі складових публічної політики у сфері охорони здоров'я в Україні є

покращення та імплементація місцевих і регіональних комплексних та цільових програм. Ці програми формуються й ухвалюються Верховною Радою, органами місцевого самоврядування задля відображення конкретних потреб у сфері охорони здоров'я населення, що проживає на відповідних територіях для подальшого збереження здоров'я населення [15,16].

Варто зазначити, що з позиції Майданника Р.А. представлено аспект спрямування публічної політики у галузі охорони здоров'я. На його думку встановлено, що виконання державної політики у сфері охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади. Особисту відповідальність за цю політику несе Президент України. У своїй щорічній доповіді перед Верховною Радою України Президент висвітлює стан реалізації публічної політики в галузі охорони здоров'я, акцентує увагу на збереженні здоров'я нації, гарантує права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через органи державної виконавчої влади, впроваджує публічну політику у сфері охорони здоров'я та виконує інші повноваження, які визначені Конституцією України [23].

З урахуванням різноманітних аспектів діяльності органів влади встановлено, що Кабінет Міністрів України координує розробку та реалізацію державних цільових програм у сфері охорони здоров'я, впроваджує економічні, правові та організаційні інструменти для стимулювання ефективної діяльності в цій галузі, сприяє розвитку оптимальної мережі медичних закладів, укладає міжнародні угоди і координує співпрацю на міжнародному рівні у сфері охорони здоров'я. Крім того, в рамках своєї компетенції здійснює інші повноваження, передбачені для органів державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я [12, 22].

Поряд із тим, суміжні міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади розробляють та імплементують у практичну діяльність ЛПЗ програми і прогнози в галузі охорони здоров'я, визначають науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, спрямовані на підтримку здоров'я населення. Вони також формують та розміщують державні

замовлення для забезпечення матеріально-технічних потреб галузі, здійснюють державний контроль і нагляд, а також виконують інші виконавчі та розпорядчі функції в галузі охорони здоров'я в межах своєї компетенції [19, 36, 37].

Основним визначеним публічним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Його компетенції, функції, програма діяльності та фінансування визначаються положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України і регулюється чинним законодавством України. МОЗ виступає головним, фаховим та компетентним органом у системі державних органів виконавчої влади забезпечення реалізації публічної політики у галузі охорони здоров'я та повною мірою координує її.

Відповідно до регламентованих документів визначені основні завдання Міністерства охорони здоров'я України, які включають: «...забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення; розроблення, координація та контроль за виконанням державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості; організація надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню; організація надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях, здійснення в межах своєї компетенції заходів, пов'язаних з подоланням наслідків Чорнобильської катастрофи; розроблення заходів щодо профілактики та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення; організація разом з Національною академією наук, Академією медичних наук наукових досліджень з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки» [12].

Варто зазначити, що інтегральна функція МОЗ України визначена та спрямована на збереження та покращення здоров'я населення.

Відповідно до регламентованих положень та директив визначено базові концептуальні засади та принципи, виконання яких покладено на МОЗ України, а саме: «..організація надання безоплатної медичної допомоги населенню державними та комунальними закладами охорони здоров'я; організація медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях, в тому числі й війною, та здійснення заходів, пов'язаних з подоланням наслідків Чорнобильської катастрофи; розроблення заходів з профілактики та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення; проведення наукових досліджень у важливих напрямках розвитку медичної науки спільно з Національною академією наук України та Академією медичних наук України з урахуванням проблематичних напрямків сучасності (наприклад, військова медицина і тд)» [12].

Поряд із тим, за даними Миколенко О.М. визначено: «Цілі органів публічного управління як правило визначаються в нормативно-правових актах, що закріплюють їх правовий статус. Наприклад, Положення про Міністерство охорони здоров'я України від 25 березня 2015 року передбачає серед основних цілей створення та функціонування МОЗ України наступні: а) забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально не-безпечним захворюванням; б) забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження); в) забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу; г) забезпечує формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення. Разом з тим, в чинному законодавстві можна зустріти певні суперечності щодо визначення цілей. Наприклад, однією із пріоритетних цілей нашої держави в сфері охорони здоров'я є збереження генофонду народу України та запобігання демографічній кризі. В Концепції розвитку охорони здоров'я населення України від 7 грудня 2000 року теж зазначається, що державні заходи мають передбачати «здійснення активної демографічної політики,

спрямованої на стимулювання народжуваності і зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, а також соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку. А в Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» взагалі зазначається, що в Україні склалася незадовільна медико-демографічна ситуація, яка потребує негайного свого вирішення, в тому числі і з боку МОЗ України. Разом з тим, у нормативно-правовому акті, який передбачає правовий статус МОЗ України, жодного слова щодо необхідності реалізації цієї мети у діяльності центрального органу виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.» [24].

У наукових працях Авраменка Т.П., знаходимо факти, що системний аналіз інформації Міністерства охорони здоров'я України свідчить про те, що стан здоров'я населення в Україні сьогодні є незадовільним та реєструються процеси погіршення показників здоров'я. Це пов'язано з тим, що за останні десять років загальна смертність населення зросла на 4 відсотки, тоді як у країнах Європи вона знизилася на 4 відсотки. Крім того, середня тривалість очікуваного життя в Україні менша на 5–10 років, у порівнянні із даними Європейських країн [15, 16, 54, 55, 56].

Ситуація погіршується неорганізованими, деструктивними й кризовими процесами в економіці, а також зниженням національного валового прибутку. Як наслідок, державний бюджет України обмежує видатки на охорону здоров'я. Показники стану навколишнього середовища залишаються надзвичайно незадовільними, а умови праці зараз поступово погіршуються. Україна сьогодні перебуває в процесі трансформації та модернізації своєї системи державного управління за допомогою електронних систем і ресурсів. Це робить процес реалізації змін і оптимальної структурної реформи системи охорони здоров'я значно складним. Ефективне управління системою охорони здоров'я є важливою інвестицією для покращення загального рівня якості життя громадян, а також збереження здоров'я населення у цілому. Насамперед це пов'язано з постійним недофінансуванням галузі, неефективним і нерациональним використанням бюджетних ресурсів, а також відсутністю у громадянського суспільства

розуміння цінностей здоров'я та свідомого ставлення до того, щоб його покращувати, зберігати та зміцнювати [38].

Аналіз наукових публікацій у провідних наукометричних базах вказує на те, що на сьогодні залишається нерозв'язаним актуальне питання неефективного управління ресурсами в галузі охорони здоров'я, існує невідповідність міжнародним стандартам якості управління цією галуззю. Етап планування та процес надання медичної допомоги населенню мають базуватися на показниках, таких як кількість та фонд ліжок у лікарнях та наявність кваліфікованих медичних кадрів, а не на фактичних потребах населення [31, 46, 49].

Існує значна системна невідповідність між потребами суспільства в медичних та освітніх послугах, включаючи підготовку кваліфікованих фахівців у галузі менеджменту охорони здоров'я. Завдяки обмеженому оптимальному рівню фахівців з управління стратегічними змінами і відсутності необхідної підтримки з боку суспільства, реформування системи охорони здоров'я України може пройти повільно та несистемно. Кількісні та якісні характеристики знань, необхідних для управління змінами у системі охорони здоров'я, повинні виходити за межі фахових компетенцій і формувати нове системне бачення та концепцію [18].

Важливо відзначити, що система охорони здоров'я представляє собою інтегральну систему, яка об'єднує всі організації, інституції та ресурси з метою профілактики, зміцнення, підтримки, поліпшення чи відновлення здоров'я населення. Щоб оцінити конкурентоспроможність національних економік у глобальному світі, застосовують індекс щастя, компоненти якого залежать від якості та тривалості життя, тобто від параметрів сфери охорони здоров'я. Багато людей прагнуть продовжувати своє життя, а країни намагаються максимізувати благополуччя та покращити індекс щастя своїх громадян, раціонально використовуючи наявні ресурси для пропаганди здорового способу життя та ефективного збереження навколишнього середовища [47].

Медичні установи системи охорони здоров'я функціонують через реалізацію концептуальних стратегій публічної політики, яка визначається

головними цілями у сфері збереження здоров'я в державах Європейської співдружності [1]: сприяння міжсекторному партнерству для поліпшення показників сфери охорони здоров'я; покращення якості життя населення; використання концептуальних інструментів для реалізації та досягнення цілей системи охорони здоров'я, з орієнтацією на розробку політичних напрямків та стратегій для досягнення загальних соціальних пріоритетів, створення механізмів участі зацікавлених сторін та визначення шляхів досягнення цих цілей; сприяння обміну знаннями, впровадженню новітніх технологій та ресурсів, оптимізація та покращення бази знань, необхідних для розвитку та функціонування системи охорони здоров'я. Це також передбачає підвищення кваліфікації медичних працівників для адаптації до нових управлінських підходів у сфері охорони здоров'я, орієнтацію та акцентуація уваги на запити споживачів у наданні медичної допомоги (різних рівнів надання) та використання сучасних технологій для підвищення ефективності та якості медичної допомоги; підвищення свідомості кожного громадянина щодо використання власних ресурсів здоров'я.

Аналіз наукових досліджень і організаційної практики у галузі охорони здоров'я в різних країнах світу розкриває декілька наукових підходів до управління медичними установами. Серед цих підходів виділяються концепція нової людиноцентричної філософії в медицині, ідея "patient-friendly" (дружба до пацієнта, створення сучасних умов для лікування), концепція використання потенціалу здоров'я, валеологічний підхід, що включає в себе валеософію, валеометрію та валеопрактику. Зазначені підходи також виявляються корисними для процесів покращення економічної діяльності ЛПЗ, а також реалізації різних форм власності в сфері охорони здоров'я [13, 48].

У більшості випадків визначення оптимальної моделі управління системою охорони здоров'я залежить від фінансування, яке визначається за різними підходами. Ці підходи включають бюджетне фінансування, яке застосовується в країнах, таких як Великобританія, Греція, Португалія, Італія, Іспанія, Данія тощо; соціальне страхування, яке притаманне системам

управління в країнах центральної Європи, Азії та інших; приватне страхування, що використовується, наприклад, у США, Південній Кореї та інших країнах; та консолідоване фінансування, яке є типовим для більшості європейських країн [1, 41].

Модернізація національних систем управління охороною здоров'я в сучасному світі охоплює кілька ключових напрямків. Серед них — поліпшення уніфікації адаптованих клінічних настанов та директив у сфері медичних послуг на міжнародному та національному рівнях, розвиток ринкових відносин між суб'єктами системи охорони здоров'я, вирішення проблем регулювання витратів на медичне обслуговування національного населення. Також важливими аспектами є децентралізація державних функцій та їх делегування регіональним і муніципальним органам влади, оптимізація медичного обслуговування, імплементація структурних підрозділів служб охорони здоров'я на процеси ранньої діагностики та профілактики захворювань, а також інтеграція процесів конкуренції в сфері охорони здоров'я [17, 19, 21, 25].

До інституту механізму реалізації політики охорони здоров'я входить вся система органів державної влади, місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів права, які беруть участь у виконанні політики охорони здоров'я. При цьому важливо враховувати їх повноваження та взаємовідносини, а також взаємодію з іншими суб'єктами [41].

Основними ключовими напрямками у ході реформування сфери медичного обслуговування в Україні для підвищення системи контролю якості медичної допомоги населенню були визначені наступні: «забезпечення розроблення нових та оновлення існуючих медичних стандартів та клінічних протоколів, що сприяє поетапному впровадженню допомоги населенню відповідно до принципів доказової медицини. Цей процес супроводжується одночасним регламентуванням нормативної процедури державного контролю МОЗ України, місцевими органами влади в регіонах, компетентними комітетами органів місцевого самоврядування та нормативними інститутами громадянського суспільства, що активно працюють над вдосконаленням,

впровадженням та дотриманням цих стандартів; створення програми підвищення, яка сприятиме поліпшенню системи моніторингу якості реалізації послуг у сфері охорони здоров'я. Ці заходи будуть впроваджуватися в практичній діяльності закладів різного рівня та підпорядкування в системі охорони здоров'я України. Також передбачається удосконалення системи позавідомчого (включаючи регламентування процедур отримання ліцензій, акредитаційних сертифікатів, та проведення атестації) та відомчого (здійснення незалежної фахової та експертної оцінки, аудиту) контролю якості» [2, 27].

Згідно із науковими дослідженнями Майданика Р.А. зазначено, що з метою оптимізації процесу ефективного менеджменту процесом покращення і управління якістю медичних послуг, згідно зі статтями 7, 14, 22, 141 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 затверджено Порядок контролю якості медичної допомоги [23]. Відповідно до цього нормативно-правового документу, забезпечення контролю якості медичної допомоги визначається шляхом ефективного використання сучасних програмних методів, залученням самооцінки медичним персоналом лікувально-профілактичного закладу, проведенням фахових експертиз, внутрішнім чи зовнішнім клінічним аудитом, а також моніторингом та удосконаленням системи індикаторів якості медичної допомоги. Додатково враховується проведення незалежного процесу атестації та сертифікації відповідно до вимог чинних законів України та міжнародного права [23].

Відповідно до інформації, яка опублікована у статистичних бюлетенях визначено, що Господарський кодекс України та Закон про місцеве самоврядування не встановлюють обмежень для територіальних громад у створенні комунальних підприємств різних видів, однак важливо зауважити, що при реорганізації комунальних ЛПЗ-бюджетних установ найбільш оптимальним рішенням є їхнє перетворення в комунальні некомерційні підприємства [40].

Такий спосіб організації цих установ вважається найбільш актуальним інструментом для уникнення можливого перевищення фіскального тягаря для

ЛПЗ, які будуть перетворені у рамках чинного законодавства з бюджетних установ у КНП. Варто зазначити, що цей варіант надає можливості для уникнення банкрутства комунальних ЛПЗ та скорочення існуючої мережі таких закладів. Трансформація ЛПЗ у КНП дозволить захистити заклади від приватизаційного впливу та реструктуризації, за умови, що новостворені комунальні підприємства будуть включені до нормативного переліку об'єктів комунальної власності територіальної громади і не будуть піддаватися приватизації, відповідно до аналогії із казенними підприємствами.

Перетворення ЛПЗ у КНП сприяє зростанню економічної та фінансової самостійності, а також гнучкості в управлінні комунальними закладами охорони здоров'я. Це сприяє формуванню стимулів для покращення якості медичного обслуговування та одночасно збільшенню економічної ефективності використання їхніх активів. Важливо відзначити, що з юридичної, фінансової та публічно-політичної точок зору ці суб'єкти, як некомерційні підприємства, можуть демонструвати проміжне значення, створюючи своєрідний проміжний варіант між бюджетними установами та комерційними підприємствами. Тому ця адаптивна організаційно-правова форма підприємств широко використовується в інших країнах світу для управління більшістю медичних установ.

Забезпечення гарантованого Конституцією України права громадян на отримання ефективного медичного обслуговування передбачає впровадження конкретних управлінських рішень, спрямованих на розвиток та удосконалення ринку медичних послуг. Це також включає створення та підтримку високотехнологічної медичної інфраструктури, розширення джерел фінансування і розробку прозорих правил державного фінансування і підтримки сфери охорони здоров'я задля покращення та збереження здоров'я населення. Важливо також провести дослідження для вдосконалення якості медичної допомоги та організації контролю за процесами надання цієї допомоги. На поточному етапі розв'язання проблеми забезпечення доступних якісних медичних послуг у повному обсязі стає ключовим в аспекті впровадження медичної реформи та виконання відповідних нормативно-правових актів, які

регулюють функціонування закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг [11, 13, 27, 40].

Відповідно до наукових праць провідного фахівця у галузі менеджменту охорони здоров'я Донабедіана [10], якість медичної допомоги представляє собою інтегральну сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги потребам суспільства відповідно до реальних умов, її очікуванням, сучасному рівню медичних знань та технологій. Науковець зазначає, що наступні характеристики якості медичної допомоги є ключовими, а саме: «...результативність – як зовнішню ефективність, що вимірює досягнення завдань ЛПЗ; ефективність – як економічність, що характеризує раціональне використання ресурсів та відображає прагнення до зменшення вартості медичної послуги без зниження її результативності; оптимальність – як оптимальне співвідношення витрат на охорону здоров'я та отриманих внаслідок цього результатів у контексті покращення стану здоров'я; прийнятність – як відповідність наданої медичної послуги потребам споживача медичної послуги; законність – як відповідність законодавчо встановленим нормам, вираженим у етичних принципах та правилах; справедливість – як відповідність принципам обґрунтованості і доступності медичної послуги та надання законних пільг населенню» [10].

Згідно з методологією Донабедіана, якість медичної послуги включає три основні компоненти: структура, процес, кінцевий результат [10, 23].

У медичній практиці та експертних оцінках часто використовують терміни "належна" та "неналежна" медична допомога. Зазвичай, належна якість медичної допомоги визначається відповідністю уявленням про необхідний рівень та обсяг при певному типі патології з урахуванням клінічних ознак у пацієнта та можливостей ЛПЗ й кваліфікації лікаря (з урахуванням передбаченого стандарту надання медичної допомоги).

Неналежна якість медичної допомоги виникає, коли неможливо отримати необхідний рівень такої послуги в достатньому обсязі для ліквідації патології з

урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і можливостей спеціалізованого ЛПЗ [50].

Варто зазначити, що Європейське бюро ВООЗ встановило та визначило проєкт пропозицій щодо визначення якості медичної допомоги, враховуючи такі складові елементи, як професійні навички медичного персоналу; залучення медичних ресурсів; моніторинг системи ризиків для пацієнта; ступінь задоволеності від наданої медичної допомоги.

Враховуючи ці пропозиції, можна виділити три концептуальні напрями надання якісних медичних послуг, які мають лягти у основу діяльності ЛПЗ територіальних громад:

- розробка та впровадження медико-технологічних документів у практику надання медичних послуг. Серед таких документів — адаптовані клінічні настанови, стандарти медичної допомоги, що стосуються актуальних медичних проблем, медичні протоколи та уніфіковані клінічні протоколи;
- імплементація ефективних моделей контролю якості в медичних закладах згідно з міжнародними стандартами та рекомендаціями;
- детермінація чіткого регламенту процедур контролю якості надання медичної допомоги, включаючи клінічний аудит.

Важливо зауважити, що підвищення якості управління можливе лише через впровадження систем управління якістю, які відповідають міжнародним стандартам (наприклад, ISO), та за допомогою інструментів публічної політики, таких як публічне партнерство, у галузі охорони здоров'я України.

1.2. Економічний механізм реалізації публічної політики, як регуляторний важіль впливу на процеси збереження здоров'я населення

Розвиток сфери охорони здоров'я в Україні відбувається в контексті внутрішніх соціально-економічних конфліктів. Неправильна соціально-економічна політика, несприятливі умови для бізнесу, несприятливий інвестиційний клімат, недосконала фіскальна політика та інші проблеми

впливають як на країну, так і на галузь. В даний час сфера охорони здоров'я в Україні майже повністю підпорядкована уряду та частково фінансується з державного бюджету країни, що відрізняє її від інших галузей народного господарства [14]. Розвиток і інтеграція й залучення потенційних джерел фінансування, особливо позабюджетних, уповільнюється через недостатню зацікавленість приватного сектора та несхвальне ставлення публічних органів державного управління до моделювання фінансування в галузі [18]. Система охорони здоров'я потребує не лише бюджетного фінансування, але й інших фінансових ресурсів, щоб вона могла ефективно взаємодіяти з іншими секторами економіки, які працюють за ринковими принципами. Аналіз економічного стану галузі охорони здоров'я вказує на те, що існує дефіцит фінансування. Це відображається на умовах і результативності діяльності системи охорони здоров'я в Україні [31].

Слід відзначити, що абсолютні видатки з державного бюджету на галузь збільшуються в результаті реорганізації системи охорони здоров'я. З іншого боку, зростання оплати громадян за медичні послуги та ліки не відображає реального збільшення можливостей заможних верств населення в Україні оплачувати ці медичні послуги.

Проаналізовані факти демонструють ряд ключових аспектів, які заслуговують уваги фахівців. По-перше, мова йде про обмеження можливостей ЛПЗ забезпечувати населення заявленою у Конституції України (стаття 49) безоплатною медичною допомогою. По-друге, розглядається зростання вартості одиниці лікарських засобів і послуг. По-третє, ринкові відносини галузі спотворюються, коли фактична оплата називається пожертвуванням, оскільки компанія не може отримати офіційну плату. По-четверте, увагу привертає повільний розвиток нових видів взаємодії між людьми, роботодавцями та медичними установами, такими як медична страховка [33].

Згідно з рішенням РНБО від 29 червня 2009 року, оптимальне фінансування системи охорони здоров'я з бюджету України може бути забезпечено лише на рівні 50–60% від базового адаптивного мінімуму за

прогнозами. Коли ми розглядаємо песимістичні сценарії розвитку подій, ці цифри знижуються до 30–44 відсотків. Слід відзначити, що витрати в галузі охорони здоров'я здебільшого спрямовані на те, як галузь працює як система. Зокрема, 60% бюджетних коштів йде на оплату праці медичних працівників. ВООЗ стверджує, що, якщо базова питома вага заробітної плати в загальній структурі витрат на охорону здоров'я перевищує 30%, це означає, що галузь стагнує і що в цілому не відбувається відтворення. Згідно з аналізом звітів, середньомісячна заробітна плата в сфері охорони здоров'я в Україні нижча на 25% порівняно з національним господарством і на 31% порівняно з промисловістю. Крім того, тридцять відсотків витрат спрямовані на комунальні послуги, включаючи супортівні та додаткові витрати, і приблизно десять відсотків коштів спрямовані на лікування населення. Згідно з Інтегральним аналізом, Україна є аутсайдером за сумою від 25 до 30 доларів, виділених на медичне обслуговування громадян [35].

Статистика показує, що витрати на охорону здоров'я на одного мешканця в розвинених країнах варіюють від 700 доларів у Великобританії до 4 тисяч доларів у США. На тлі постійного скорочення ліжкового фонду лікарні в Україні закриваються рідко. Водночас варто відзначити, що частка місцевого бюджету, яка використовується для фінансування амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних медичних закладів, зросла [34, 57].

Після ретельного вивчення структурного розподілу державного бюджету на місцевому рівні було виявлено, що загальні показники схожі на державний бюджет України. Зокрема, приблизно 68,2% від загального обсягу виділено на заробітну плату з урахуванням нарахувань, до 7,8% на медикаменти, до 4,1% на харчування хворих (що не передбачено у країнах Європи), до 9,5% на покриття комунальних послуг і модернізацію енергоносіїв, до 3,0% на придбання устаткування та технічних засобів, і до 7,4 відсотка на інші витрати.

Українська система медичних послуг залишається надмірно регульованою. З офіційної точки зору механізми ринкових відносин залишаються невикористаними або нецільовими. Важливо відзначити, що галузь також

стикається з проблемами через погане функціонування ринку. «Тіньовий сектор» медичної галуззі становить приблизно 66% обороту ринку, кажуть експерти.

Можливості уряду збільшувати виділення на систему охорони здоров'я та контролювати її розвиток значно обмежені фінансовими потоками, які ухиляються від системи оподаткування. Крім того, є небажані наслідки в так званому «тіньовому» секторі охорони здоров'я. Ринкові механізми в таких ситуаціях руйнують систему охорони здоров'я та не сприяють розвитку медичних технологій і підвищенню якості медичних послуг. Дефіцит фінансування продовжує турбувати державну систему охорони здоров'я, особливо в умовах війни [33].

Детальний системний огляд літературних джерел, які аналізують різні аспекти економічної діяльності та фінансових процесів у галузі охорони здоров'я України, дозволяє ідентифікувати ключові проблеми цієї галуззі у цілому. До найважливіших проблем можна віднести такі: обмежене та неефективне фінансове забезпечення галузі, яке індукує низькі параметри оплати медичних працівників, зниження мотиваційного компоненту та недостатнього фінансування для забезпечення оптимальної медичної допомоги, відповідної до стандартів; проблеми в організації медичної допомоги, нерівномірний розвиток амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної, первинної та спеціалізованої допомоги, відсутність належного зв'язку та наступності у їх наданні; недосконалість юридичного регулювання діяльності галузі охорони здоров'я; недостатність, нерегульованість та неефективність управлінських заходів, спрямованих на збереження і підтримку здоров'я громадян; потреба у покращенні процесів підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників та інших працівників охорони здоров'я, поліпшення умов праці, їх якості та ефективності; відсутність сучасних медичних технологій та низький рівень володіння ними, недостатнє медикаментозне і ресурсне забезпечення лікувально-профілактичних закладів; низький рівень інформаційного забезпечення та управління системою охорони здоров'я на різних рівнях [6, 14].

Після аналізу сутності та дефініції терміну "публічна політика галузі охорони здоров'я" на сучасному етапі головною ціллю такої політики може бути досягнення оптимальних та кращих змін в даній ситуації. Це включає профілактику, покращення та збереження здоров'я різних соціальних груп, удосконалення процесу надання якісних медичних послуг, підвищення ефективності та результативності медико-санітарної допомоги у ЛПЗ територіальних громадах, забезпечення соціальної рівності та справедливості у правах цивільного населення на отримання медичної допомоги в умовах трансформаційних змін соціально-економічних відносин у галузі, а також удосконалення організаційних підходів та фінансування галузі за раціонального використання доступних ресурсів [26].

Оптимізація загальнодержавних заходів, які індукуватимуть системним процесам покращення якості життя населення за результатами О. Поживілової визначені, як: «...проведення економічних реформ, спрямованих на прогресивний розвиток виробництва і збільшення ВВП, що дозволить підвищити добробут населення і сформувати державний бюджет, який забезпечить реалізацію програм охорони здоров'я і соціального захисту тих, хто його потребує; підвищення добробуту людей, створення умов для забезпечення раціонального збалансованого харчування, безпечного для здоров'я житла, активного культурного відпочинку, занять фізичною культурою і спортом; забезпечення ефективної охорони навколишнього середовища, яка включатиме впровадження екологічно безпечних технологій у промисловості, енергетиці, сільському господарстві, будівництві й на транспорті, створення та використання сучасних засобів знешкодження шкідливих речовин і захисту довкілля, підвищення екологічної культури населення; забезпечення охорони праці й техніки безпеки на всіх виробництвах, створення здорових умов праці, ефективну профілактику виробничого травматизму і професійних захворювань; формування здорового способу життя, його моральне й матеріальне стимулювання, гігієнічне виховання і навчання людей, особливо дітей та молоді, розвиток фізичної культури і спорту, боротьбу зі шкідливими звичками

(алкоголізмом, тютюнопалінням, наркоманією, токсикоманією); активну демографічну політику, спрямовану на підвищення народжуваності та зниження смертності, особливо дітей і людей працездатного віку, вдосконалення системи планування і захисту сім'ї, політики підтримки молоді, соціального захисту інвалідів та людей похилого віку; збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я населення, удосконалення системи охорони материнства, поліпшення умов праці та побуту жінки-матері; забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання; забезпечення профілактичної спрямованості системи охорони здоров'я шляхом удосконалення санітарного законодавства, широкого проведення профілактичних заходів; розвиток фармацевтичної та медико-інструментальної промисловості, виробництва імунобіологічних препаратів, медичного приладобудування, здешевлення, підвищення якості та безпеки вітчизняної продукції, що має сприяти підвищенню її конкурентоздатності, кардинальному поліпшенню медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення медичних закладів і населення.».

Отже, модифікація поглядів науковців на публічну політику, спрямовану на підвищення оптимального та інтегрального рівня індексів, що відображають якість життя населення, визначається розвитком суспільства. Цей розвиток включає перехід від переваги ринкових чи державних механізмів регуляторного впливу до пошуку оптимального їх взаємозв'язку.

Не менш важливим для покращення реалізації економічних інструментів регулювання публічної політики в сфері охорони здоров'я є формування платформи транснаціональних форм публічного партнерства. Зазначено, що складний транснаціональний характер таких публічних угод регулюється чіткістю їх управління за набором глобальних принципів та закріплених юридичних норм. Основні форми публічних транснаціональних партнерств у медичній системі сприяють вдосконаленню економічного механізму реалізації публічної політики в даній галузі (рис. 1.1) [27, 28].

Згідно із проведеними та валідованими міжнародними дослідженнями щодо механізмів управління системними економічними змінами в медичній галузі, переваги обох видів власності, як державної, так і приватної, можна впровадити, уникаючи при цьому значних соціальних змін. Це можливо лише за умови формування публічного партнерства для стимулювання економічного прибутку різних форм власності медичних підприємств. Отже, стратегія розвитку системи надання медичних послуг та її оптимального фінансування повинна акцентувати увагу на диверсифікації наявних джерел економічного доходу та укладенні нових угод публічного партнерства між підприємствами різних форм власності для реалізації проектів у медичній сфері.

Отже, варто підкреслити, що аудитори та експерти, які пройшли акредитацію та сертифікацію, приділяють більше уваги формуванню публічного партнерства між державним та приватним секторами медичної галузі. Це спрямовано на вирішення різноманітних питань, спрямованих на економічне регулювання та досягнення прогресивних результатів у ході реформи системи охорони здоров'я для подальшого покращення та збереження здоров'я населення у цілому.



Рис. 1.1. Сучасні тренди, форми та концепції діяльності публічних транснаціональних партнерств медичної сфери

Примітка. Побудовано автором на основі [28].

Висновки до розділу 1

Рішення, прийняті урядом і визнані загальноприйнятими, повинні бути основою для публічної політики, спрямованої на покращення та збереження життя та здоров'я громадян в Україні. Мета цих рішень полягає в тому, щоб покращити всі аспекти здоров'я населення України, оскільки це важлива частина національного багатства, гарантованого Конституцією України. Це досягається шляхом впровадження різних політичних, організаційних, фінансових, юридичних, соціокультурних, наукових, медичних та інших нормативних актів, які регулюються як на національному, так і на місцевому рівні.

Верховна Рада України визначає основні концептуальні та законодавчі засади стратегічної державної політики в галузі охорони здоров'я. Це включає визначення цілей, інструменти для досягнення цих цілей, основні завдання, напрямки та тренди розвитку, принципи та пріоритети, а також встановлення стандартів законодавства та рівня бюджетного фінансування відповідно до Бюджету України. Крім того, це охоплює створення ефективної системи фінансових, фіскальних, митних та інших регуляторів, а також затвердження проектів і програм на національному рівні, спрямованих на охорону, покращення та збереження здоров'я населення [58].

Для забезпечення прав громадян на ефективне медичне обслуговування, яке гарантовано Конституцією України, потрібна система управлінських рішень, спрямованих на розвиток та удосконалення ринку медичних послуг, а також на оптимізацію мережі та структури лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) під час війни та коронавірусної інфекції. Крім того, це включає створення та підтримку високотехнологічної та доступної медичної інфраструктури, розширення джерел фінансування та встановлення чітких і прозорих правил державного фінансування та підтримки в галузі охорони здоров'я. Реалізація медичної реформи та відповідних нормативно-правових актів, регульованих

Національною службою здоров'я України (НСЗУ), залежить від забезпечення доступних і якісних медичних послуг. Ці закони регулюють діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг.

Відповідно до розвитку суспільства науковці прагнуть підвищити параметричні значення показників і індексів, що характеризують рівень і якість життя людей. Це відбувається під час постійного переходу від домінування державних чи ринкових механізмів регулювання до того, як вони оптимально поєднуються.

РОЗДІЛ 2

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ЕКОНОМІЧНИХ АСПЕКТІВ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ У ПЕРІОД COVID-19 ТА ВІЙНИ

2.1. Трансформація концептуального інституційного забезпечення економічного механізму реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я України

Сучасна структура системи охорони здоров'я України активно трансформується і проймає інституційні зміни, особливо в умовах реалій сьогодення — вплив фактору війни та COVID-19. У цьому контексті, вплив процесів інтенсифікації, оптимізації фінансування, інтернаціоналізації та глобалізації на економічні механізми реалізації публічної політики в галузі охорони здоров'я України є значними та визначальними. Залучення системи охорони здоров'я у світових подіях, зокрема під час коронавірусної інфекції, а також під час війни (адже система зіткнулась із новою категорією пацієнтів — військовослужбовці), обумовлено тим, що глобальні впливи на національні системи медичного обслуговування неможливо обмежити заходами протекціонізму, фізичними бар'єрами, санкціями чи законодавчими обмеженнями. Такі заходи відобразяться на економічному механізмі публічної політики в галузі охорони здоров'я. Аспекти та фактори, що впливають на інтернаціоналізацію системи охорони здоров'я, також є значущими для інших галузей економічної діяльності населення. Прикладом чіткої інтернаціоналізаційної системи є діяльність міжнародних медичних організацій, як урядових, так й неурядових.

Після завершення аналізу можна виділити наступні елементи: міграція в різних формах, зростання потоків іноземних туристів і відвідувачів, міжнародна торгівля, глобалізація та глобалізація економіки, збільшення обсягів перевезень вантажів і пасажирів, приваблення нових фінансових ресурсів. Крім того,

необхідно визначити конкретні елементи, які підвищують ефективність використання економічних механізмів публічної політики, особливо в галузі охорони здоров'я. До цих факторів належать постійні військові операції, локальні збройні конфлікти, надзвичайні ситуації в різних регіонах світу, глобальне потепління та зміни клімату, стрімке поширення інфекційних захворювань від місця виникнення вірусу до різних куточків планети через транспорт, комунікації, міграцію, мутації вірусів через передачу між різними носіями, пандемії та інші катастрофи.

З кожним роком зміна системи управління охороною здоров'я в Україні стає все більш інтенсивною. Під час коронавірусної інфекції та війни в Україні реформування системи державного управління залежить від наукових досліджень, збереження кращих традицій вітчизняної медицини, уваги до висококваліфікованих працівників і розробки ефективних економічних механізмів для впровадження лікувально-профілактичних заходів. Водночас галузь стикається з проблемами, які є сучасними та застарілими через функціонування системи державного управління.

Ці проблеми поділяються на дві основні групи. По-перше, реформування та створення системи охорони здоров'я є тимчасовими проблемами. За умови, що керівники галузі, працівники та пацієнти будуть розуміти, проблеми, такі як інформатизація, реструктуризація, прозорість і публічність, можуть бути вирішені в найближчий час. Однак через ці перешкоди розвиток економічної частини публічної політики лікувально-профілактичних закладів затримується. По-друге, недостатній соціально-економічний розвиток країни призвів до проблем. Суспільство незадоволене високими цінами лікарських засобів, медичних послуг, санаторно-курортного лікування та оздоровчих процедур для багатьох громадян.

Хочемо підкреслити, що під час коронавірусної інфекції та війни керівники ЛПЗ активно сприяють комплексній трансформації цих установ, зокрема, впроваджуючи покращені елементи публічної політики. Це відображається в економічних реформах, які спрямовані на вирішення конкретних проблем.

Вкрай важливо провести медичну реформу через катастрофічну ситуацію в сфері охорони здоров'я в Україні. Тим не менш, коронавірусна інфекція та війна створила значні перешкоди для реформування вторинної та третинної ланок системи охорони здоров'я та викликала багато нових проблем. У таких умовах пацієнти та персонал охорони здоров'я повинні адаптуватися до нових правил життя, роботи та лікування. [28]. Важливо відзначити, що на етапі першого реагування найбільш помітні зміни відбулися в умовах функціонування спеціалізованих установ, які були пов'язані з надання медичної допомоги пацієнтам із COVID-19. Тим не менш, інші установи охорони здоров'я також стали учасниками адаптивної реальності, що, у свою чергу, визначило актуальність дослідження [28].

Передусім слід звернути увагу на дані Всесвітньої організації охорони здоров'я, які показують, що у більше половини країн, що стали об'єктом дослідження під час пандемії COVID-19, були введені обмеження або повністю зупинені амбулаторне та стаціонарне лікування, а також громадський догляд (зокрема, що стосується діагностики, лікування неінфекційних захворювань та педіатрії) [28].

На відміну від цього, в Україні існує обмеження на планові госпіталізації, за винятком випадків, коли заповненість ліжок, призначених для госпіталізації пацієнтів з підтвердженим випадком коронавірусної інфекції (SARS-nCOV-2), становить менше 50%. Це не стосується медичної допомоги споживачам перинатальних послуг, вагітним, паліативним пацієнтам, хворим, які отримують онкологічну допомогу в стаціонарних умовах та інших невідкладних і термінових заходів з госпіталізації, які можуть бути відкладені або перенесені через значний ризик для життя. Крім того, відповідно до стандартів Міністерства охорони здоров'я України, усі пацієнти повинні пройти обов'язкове тестування на коронавірусну інфекцію [28].

Важливо відзначити, що лише випадки планової медичної допомоги зазнали впливу організаційних обмежень і структурних обмежень, особливо у період коронавірусної інфекції та війни. Тим не менш, це може мати негативний

вплив як на поточний, так і на майбутній стан здоров'я громадян України. Збільшення випадків відтермінованого звернення громадян ускладнює та підвищує вартість лікування, сприяє збільшенню негативних інцидентів захворювань, які потребують інтенсивної терапії, і збільшує ризик розвитку та виникнення невідкладних, ургентних, критичних станів. Це може призвести до виникнення ускладнень, зокрема в таких нозологічних формах, як есенціальна гіпертензія, цукровий діабет і респіраторні захворювання, такі як коронавірусна інфекція, група інших інфекційних захворювань (вітряна віспа, кір та інші).

Структура системи охорони здоров'я значно змінилася з урахування реалій сьогодення та впливу демографічних факторів та аспектів. В даний час набуває ще більшого значення кілька оптимальних заходів. До таких заходів належать ефективне використання ресурсів (фінансових, матеріальних, трудових і нематеріальних); розширення асортименту високоякісних медичних послуг для різних вікових груп населення; оптимізація професійного розвитку лікарів і їхнього професійного росту; впровадження сучасних методів діагностики та лікування, зокрема на основі доказової медицини. Однак проблемою залишається дотримання епідеміологічних норм та правил, безпеки цивільного населення у період війни.

Витрати зросли через постійні епідеміологічні обмеження, умови воєнного стану та обмеження доступу до медичної допомоги на окупованих територіях. Водночас законодавчі обмеження знижують рівень доступності спеціалізованої медичної допомоги для пацієнтів у сучасному світі. Враховуючи особливості оплати законтракованих медичних гарантій Національної служби здоров'я України з урахуванням тарифів відповідно до постанови КМУ, у багатьох підприємствах системи охорони здоров'я другої та третьої ланки досягається оптимізації витрат і позабюджетного фінансування. Одночасно НСЗУ постійно вдосконалює процедуру нарахування фінансів медичних устаном і розробляє тарифікацію оплати медичних епізодів пацієнтів [30].

У процесі аналізу обмеженості функціонування ресурсів і тривалих показників якісної негативної динаміки випадків коронавірусної інфекції, війни,

було виявлено важливі заходи, необхідні для оптимізації функціонування медичного сектора. Зокрема, збереження цільового фінансування таким чином, щоб забезпечити належне матеріально-технічне та фармакологічне забезпечення лікувально-профілактичних закладів, а також достатнє стимулювання медичних працівників за допомогою матеріальних, фінансових, моральних та ресурсних заходів. Особлива увага приділяється збереженню здоров'я медичних працівників, забезпеченню їхнього страхування та компенсації за роботу під час пандемії. Для покращення діагностики та лікування захворювань, що сприяє зменшенню летальних випадків, також важливим є впровадження та оптимізація сучасних стандартів надання медичної допомоги.

2.2. Оцінка особливостей механізмів фінансування лікувально-профілактичних закладів територіальної громади (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня Вінницької обласної Ради»)

На підставі офіційних звітних даних ДСС України, був проведений аналіз управлінського та економічного середовища ЛПЗ системи охорони здоров'я України та порівняно результати із рівнем захворюваності серед населення України. Це дозволило оцінити доступність медичних послуг для населення (див. таблицю 2.1).

За результатами аналізу, представленими в таблиці, бачимо, що разом із процесами оптимізації кількості медичних установ і ліжок у ЛПЗ, а також зі збільшенням кількості медичних установ, що надають догоспітальну допомогу, захворюваність населення зростає. Відповідно до цього зростає потреба та необхідність у наданні якісних медичних послуг як на амбулаторному, так і на стаціонарному етапі на різних рівнях медичної допомоги в умовах сьогодення.

Таблиця 2.1

Співвідношення кількості лікувально-профілактичних закладів відповідно до показників захворюваності населення

Роки	Кількість лікарняних організацій, тис.	Кількість ліжок лікарняного фонду		Кількість амбулаторно-поліклінічних		Захворюваність населення на 100 тис. чоловік
		всього, тис.	на 10 тис. чол. населення	всього, тис.	планова ємність на 10 тис. чол. населення	
1	2	3	4	5	6	7
1990	3,9	700	135,5	6,9	173,1	2863,4
2000	3,3	466	95,0	7,4	198,4	4727,2
2010	2,8	94	90,6	9	217,7	5219,6
2018	1,8	332	78,1	10	214,2	62651,3
2019 ¹	1,7	315	74,3	10,2	215,6	64659,3

Примітка: відповідно даних, які оприлюднені Державною статистичною службою України та МОЗ України [9]. Фактичні результати без даних із анексованих територій.

Після перегляду результатів таблиці 2 реєструємо факти, що разом із зменшенням кількості ліжок і процесів оптимізації мережі ЛПЗ системи охорони здоров'я зростає кількість закладів, спрямованих на надання первинної та догоспітальної медичної допомоги. Це призводить до збільшення пропозиції медичних послуг населенню, що акцентує увагу споживачів та управлінського апарату на якість медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги.

Крім того, офіційні звіти Національної служби здоров'я України свідчать про те, що мережа медичних закладів і персонал, який залучається до надання медичної допомоги населенню в сучасному світі, постійно оптимізуються. Крім того, кількість закладів регулюється уніфікованими пакетами договорів про медичне обслуговування населення (рис. 2.1).

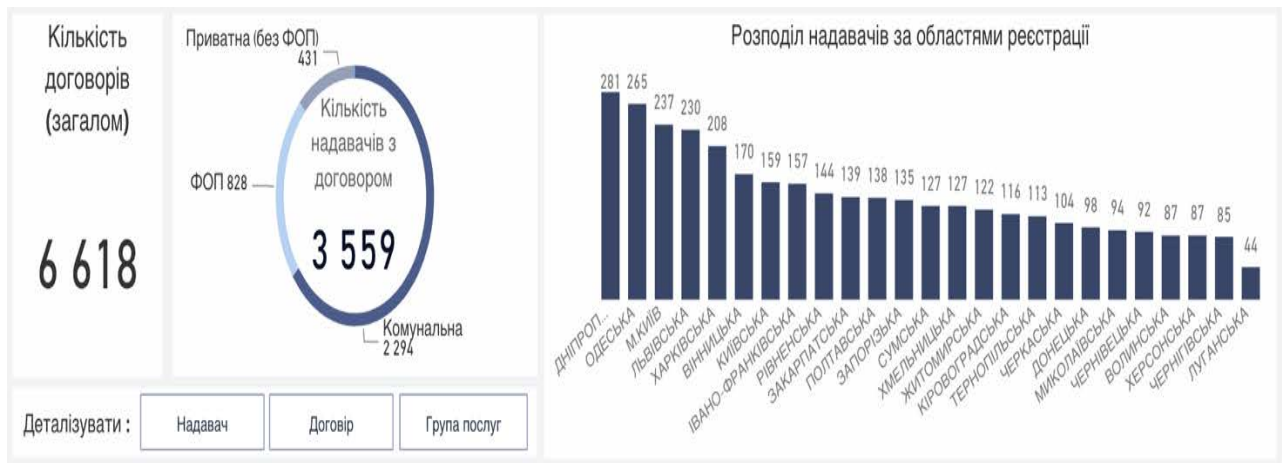


Рис. 2.1. Дані щодо укладених договорів щодо надання медичних послуг населенню у рамках програми медичних гарантій

Примітка. Отримано за звітними даними НСЗУ станом на листопад 2023 року [26].

Варто зазначити, що послуги електронного моніторингу набувають дедалі більшого використання, саме тому на офіційному електронному ресурсі НСЗУ представлені 5 категорій, які підлягають аналізу у аспекті роботи ЛПЗ, які надають допомогу населенню України (рис. 2.2), а саме: первинна медична допомога (19 дашбордів), спеціалізована медична допомога (17 дашбордів), COVID-19 (8 дашбордів), доступні ліки та реімбурсація (7 дашбордів), екстренна медична допомога (4 дашборди), тощо. Наприклад, піддамо аналізу розподіл та характерологічні параметри категорії COVID-19 із офіційного ресурсу НСЗУ, яка містить 8 базових дашбордів [26].



Назва аналітичної панелі (дашборду)	Скріншот	Кількість сторінок	Середня оцінка	Переглядів від початку місяця
Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій		5	★ 3,17	14 237
Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій		6	★ 3,06	7 805
Стан подання пропозицій закладами охорони здоров'я на укладення договорів з НСЗУ за програмою медичних гарантій		4	★ 5,00	1 417
Статистика ведення медичних записів щодо вакцинації населення		5	★ 3,50	918
Інформація щодо поточного стану вакцинації		2	★ 3,44	409

Рис. 2.2. Назви аналітичних панелей, які регламентують процес інтеграції інформації щодо аспекту коронавірусної інфекції у ЛПЗ

Примітка. Отримано за звітними даними НСЗУ станом на листопад 2023 року [26].

Залучення актуальних даних, що є доступними на електронних інформаційних ресурсах, що динамічно оновлюються, є новою ланкою управлінського процесу системи охорони здоров'я України, сучасної цифрової держави, що демонструє публічність та прозорість у фінансуванні та функціонуванні мережі ЛПЗ системи охорони здоров'я, яка залучена до збереження населення України у період надзвичайних ситуацій.

У період 2022-2023 років система фінансування ЛПЗ в Україні має доволі цікавий та змішаний формат. Варто зазначити, що за період 2022-2023 років Вінницька область отримала 10,93 млрд грн у якості оплати за надані медичні послуги у рамках медичних гарантій [26, 38].

З аналізу оплат за допомогою структурованого дерева, встановлено, що Вінницька ТГ отримала 4,83 млрд грн для 49 надавачів медичних послуг, а також 0,99 млрд грн для 5 надавачів послуг [26].

На теренах Вінницької ОТГ у період 2022-2023 років знаходилося 28 надавачів послуг, які надають спеціалізовану медичну допомогу населенню, поряд із тим, вони отримали 3,252 млрд грн у рамках договорів [26].

За даними валідованих звітів за 1-4 квартали 2022 років та 1-3 квартали 2023 років, КНП «Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня» за програмою медичних гарантій отримала 53,42 млн грн, серед яких 15,8 млн за надання медичної допомоги пацієнтам на COVID-19, 37,565 млн грн – за надання спеціалізованої медичної допомоги [26].

Варто зазначити, що у структурі надходжень до КНП «ВОКДІЛ ВОР» грошових коштів та ресурсів у натуральній формі визначено: програма медичних гарантій – 76,6%, обласний, районний та бюджети місцевого самоврядування – 8,2%, благодійна допомога – 12,3 %, інше – 2,9%.

За період з 1 по 4 квартал 2022 року в КНП «ВОКДІЛ ВОР» було працевлаштовано 111 працівників. На початок звітної періоду було надходження фінансових коштів у розмірі 6282,2 тис. грн., використання фінансових коштів у розмірі 37278,4 тис. грн., а загальна сума фінансових коштів у розмірі 36950,3 тис. грн., що склало загальну суму фінансових коштів і поточних фінансових інвестицій на кінець звітної періоду у цілому [26].

За період 1-2 квартали 2023 року у КНП «ВОКДІЛ ВОР» було офіційно працевлаштовано 84 співробітники, грошові кошти на початок звітної періоду становили 6610,3 тис. грн., фінансові грошові надходження становили 10145,2 тис. грн., використання грошових коштів – 10639,7 тис. грн., грошові кошти на кінець звітної періоду становили – 6115,8 тис.грн, які й становили бюджет грошових коштів та поточних фінансових інвестицій на кінець звітної періоду (станом на 3 квартал 2023 року) [26].

Отже, фактор війни також впливав й на кадровий потенціал ЛПЗ КНП «ВОКДІЛ ВОР», що відобразилось на скороченні чисельності медичного персоналу, який залучений до надання медичної допомоги населенню.

Щодо аналізу покриття витрат за 1-4 квартали 2022 року, маємо наступні дані на 111 офіційно працевлаштованих працівників КНП «ВОКДІЛ ВОР»: дохід

від реалізації товарів та послуг — 89,6%, інший операційний дохід — 8,4 %, неопераційний дохід – 2,0% [26].

У структурі штату КНП «ВОКДІЛ ВОР» на період 1-4 кварталів 2022 року перебували – 39 штатних посад середнього медичного персоналу, 27 штатних посад молодшого медичного персоналу, 22 штатних посад категорії інших працівників, 17 штатних посад лікарів, 4 посади керівників структурних підрозділів, 2 посади керівників медичної установи. Відповідно до валідованого звіту НСЗУ, щомісячна зарплата середнього медичного персоналу становить 24,6 тис. грн., молодшого медичного персоналу — 13,71 тис. грн., інших працівників — 12,06 тис. грн., лікарів — 31,21 тис. грн., керівників структурних підрозділів — 37,534 тис. грн. і керівника ЛПЗ — 78,73 тис. грн. (рис. 2.3).

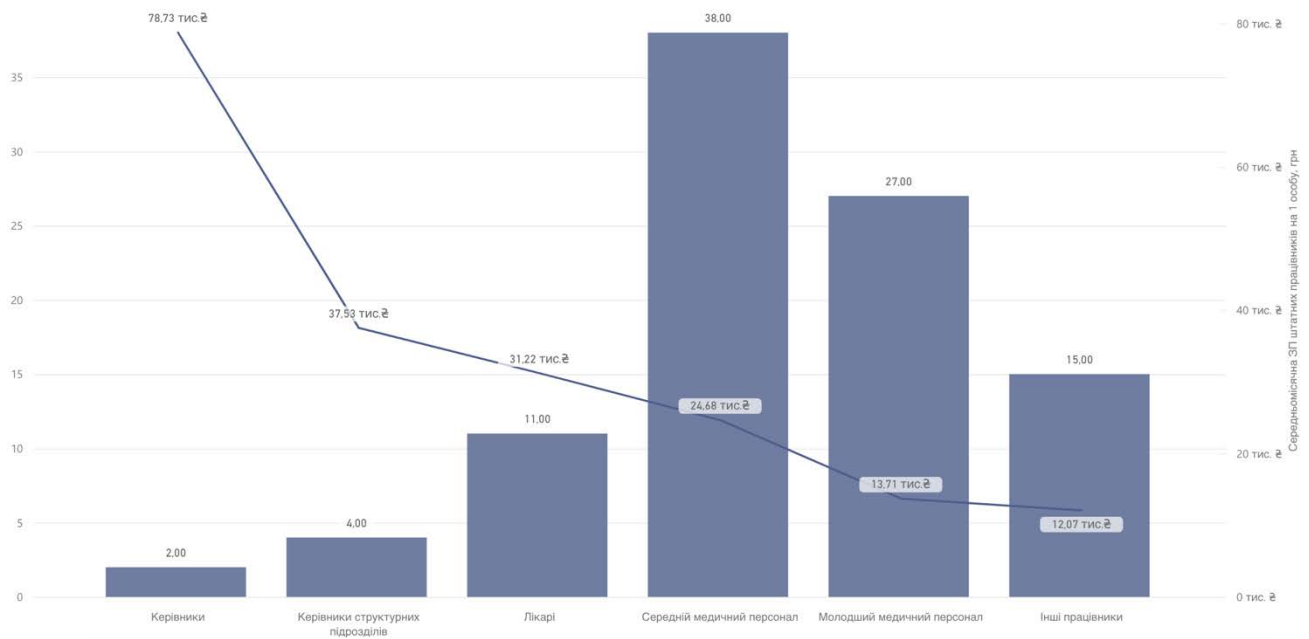


Рис 2.3. Структура витрат щомісячної оплати праці з урахуванням штатних посад КНП «ВОКДІЛ ВОР» на період 1-4 кварталів 2022 року

Примітка. Побудовано за даними інтегрального річного звіту НСЗУ [26].

Серед офіційно працевлаштованого персоналу КНП «ВОКДІЛ ВОР» на період 1-2 кварталів 2023 року перебували – 34 штатних посад середнього медичного персоналу, 18 штатних посад молодшого медичного персоналу, 16 штатних посад категорії інших працівників, 11 штатних посад лікарів, 3 посади

керівників структурних підрозділів, 2 посади керівників медичної установи. Для середнього медичного персоналу та молодшого медичного персоналу щомісячна оплата праці становить 14,3 тис. грн., молодшого медичного персоналу – 8,92 тис. грн., інших працівників – 9,52 тис. грн., лікарів – 22,473 тис. грн., керівників структурних підрозділів – 25,295 тис. грн. і керівника ЛПЗ – 17,06 тис. грн. згідно з валідованим звітом НСЗУ (рис. 2.4).

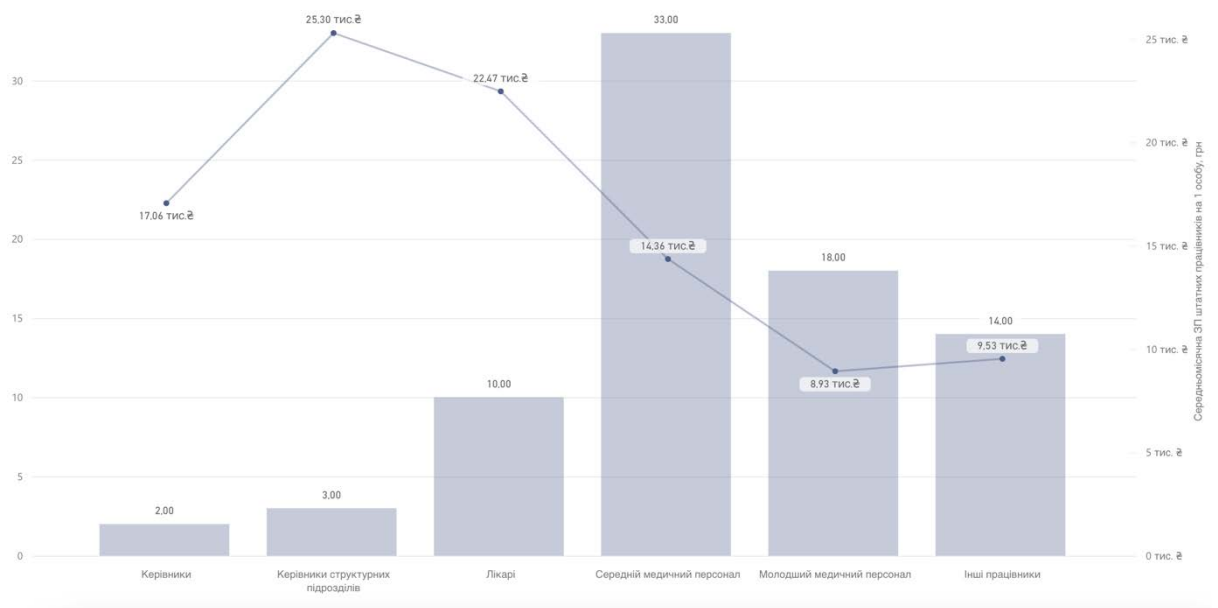


Рис 2.4. Структура витрат щомісячної оплати праці з урахуванням штатних посад КНП «ВОКДІЛ ВОР» на період 1-2 кварталів 2023 року

Примітка. Побудовано за даними періодичних звітів НСЗУ [26].

З урахуванням особливостей системи встановленого фінансування НСЗУ КНП, які надають допомогу пацієнтам під час війни, COVID-19 та інших викликів сучасності, фінансування приватних медичних закладів базується на накопиченні інвестицій та їх залученні у проекти, отриманні додаткового фінансування за фактом виконаних робіт та наданих послуг (включаючи ті, що не пов'язані із медичною допомогою), що в певному розумінні ускладнює фінансовий контроль за такими підприємствами та сприяє недостатній прозорості та додатковій тінізації економічних процесів [8, 43].

2.3 Особливості впливу індексу якості життя WHOQOL-BREF працівників ЛПЗ на процеси реалізації публічної політики сфери охорони здоров'я

У процесі наукового дослідження для 40 медичних працівників ЛПЗ із системи охорони здоров'я КНП «ВОКДІЛ ВОР» було проведено анкетування відповідно до умов і методології валідованого ВООЗ опитувальника WHOQOL-BREF. Метою дослідження було визначити показники якості життя у чотирьох основних концептуальних сферах діяльності працездатного населення: фізичному та психічному здоров'ї, соціальних стосунках і навколишнього середовища.

За допомогою опитувальника було проведено аналіз результатів опитування відповідно до стандартної процедури та методологічного підходу, затвердженого ВООЗ. Результати опитування були проаналізовані та представлені відповідно до адаптованих директив і уніфікованих рекомендацій у таблиці 2.2.

Згідно з аналізом зміни показників і результатів опитувальника WHOQOL-BREF у часовому аспекті, бачимо, що за періоди 3-4 кварталів 2022 року, 1-2 кварталів 2023 року та 3 кварталів 2023 року виявлено, що серед багатьох параметрів, які характеризують різні підкатегорії, спостерігається негативний тренд, який сумарно впливає на параметри індексу якості життя. Ці рівні можуть враховуватись органами, що реалізують публічну політику для прогнозування детермінант, які можуть визначати вектор публічної політики та її регуляторний аспект на ступені параметрів якості життя. Поряд із тим, із початком війни на території України, показники рівня якості життя між 3-4 кварталами 2022 року ($75,32 \pm 7,5\%$) та 1-2 кварталами 2023 року ($72,3 \pm 4,17\%$) достовірно не відрізнялись та були дещо нижчими, аніж у 3 кварталі 2023 року. Поряд із тим, відмічається достовірна різниця між показниками в усіх сферах діяльності, що регулюється даним опитувальником, між 3-4 кварталами 2022 року та 3 кварталом

2023 років, а результати числових параметрів наведені у таблиці 2.2, які характеризують сфери впливу.

Таблиця 2.2.

Результати категоріальних ознак за системою WHOQOL-BREF щодо якості життя серед працівників КНП «ВОКДІЛ ВОР»

<i>Встановлені домени (критерії визначення та оцінювання сфер)</i>	<i>КНП «ВОКДІЛ ВОР», n=40</i>		
	<i>Індекси категорій станом на 3-4 квартал 2022 року (I період)</i>	<i>Індекси категорій станом на 1-2 квартал 2023 року (II період)</i>	<i>Індекси категорій станом на 3 квартал 2023 року (III період)</i>
<i>Сфера 1. Фізичне та психічне благополуччя (абс.)</i>	<i>24,49±0,08</i>	<i>24,17±0,68</i>	<i>22,25±0,16!!!, \$\$</i>
<i>Сфера 2. Самосприйняття (абс.)</i>	<i>27,25±0,11</i>	<i>25,17±0,14***</i>	<i>23,4±0,09!!!, \$\$\$</i>
<i>Сфера 3. Мікросоціальна підтримка (абс.)</i>	<i>14,24±0,21</i>	<i>13,5±0,25*</i>	<i>12,42±0,14!!!, \$\$\$</i>
<i>Сфера 4. Соціальне благополуччя (абс.)</i>	<i>29,32±0,24</i>	<i>27,13±0,16***</i>	<i>26,83±0,21!!!</i>
<i>Рівень якості життя (%)</i>	<i>75,32±7,5</i>	<i>72,3±4,17</i>	<i>70,1±2,4</i>

Примітка: * - достовірна різниця між значеннями показників I та II періодів із $p < 0,05$; *** - достовірна різниця між значеннями показників I та II періодів із $p < 0,001$; !!! - достовірна різниця між значеннями параметрів I та III періодів із $p < 0,001$; \$\$ - достовірна різниця між значеннями показників II та III періодів із $p < 0,01$; \$\$\$ - достовірна різниця між значеннями показників II та III періодів із $p < 0,001$.

Детерміновані відхилення у часовому аспекті параметрів індексу якості життя, який є комплексним показником, і показники доменних індексів можуть бути основними показниками для розробки аналітичних пропозицій щодо

покращення та збереження якості життя та здоров'я співробітників КНП «ВОКДІЛ ВОР».

Висновки до розділу 2

Узагальнюючи, важливо відзначити, що проблеми розвитку системи охорони здоров'я в умовах глобалізації є важливими, оскільки вони складні та важливі. Цілком можливо, що ця проблема впливає на створення національної економічної політики, і цей аспект тісно пов'язаний із впровадженням публічної політики в галузі охорони здоров'я. Останній включає в себе програми корпоративної соціальної відповідальності лікувально-профілактичних закладів. Це особливо важливо під час війни, пандемії COVID-19 та інших надзвичайних ситуацій, коли основним напрямком діяльності системи є збереження здоров'я та покращення якості життя населення.

Створення нових соціальних зв'язків з різними учасниками медичних послуг завдяки системній взаємодії органів публічного управління та міжнародних організацій є пріоритетним напрямком в реаліях сьогодення. Це, у свою чергу, призведе до розвитку суспільства, яке є сучасним і інноваційним. Розробка та впровадження нових регуляторних інструментів дозволяє оптимізувати цей становлення та формування даного аспекту публічної діяльності ЛПЗ.

Зростання економічного ефекту від отриманих медичних послуг залежить від високого рівня комунікаційної активності ЛПЗ, яка спрямована на висвітлення цього аспекту діяльності. Проте в Україні деякі медичні установи можуть не досягати оптимального рівня прозорості в цьому питанні через відсутність необхідних інституційних передумов, конфліктні інтереси різних груп стейкхолдерів та непрозору конкуренцію у галузі.

Зміни та оптимізація механізмів фінансування повинні бути пріоритетним напрямом діяльності керівників ЛПЗ закладів системи охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 3

ЕКОНОМІЧНИЙ МЕХАНІЗМ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ВДОСКОНАЛЕННЯ ЙОГО ІНТЕГРАЛЬНОГО ВПЛИВУ НА ПРОЦЕСИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

3.1. Імплементація сучасних управлінських технік та практик у процес реалізації економічної діяльності закладів системи охорони здоров'я України

У сучасному світі фінансування системи охорони здоров'я України залежить від якості медичних послуг, які надаються пацієнтам. Навіть під час лікування коронавірусної інфекції пацієнти тепер мають можливість обирати місце отримання необхідної медичної допомоги відповідно до рекомендацій фахівця первинного рівня. Це також стосується отримання медичної допомоги особами, які є військовослужбовцями за контрактом (ВПО), завдяки проведенню реформ у системі охорони здоров'я, таких як впровадження пакету державних гарантій з медичної допомоги та укладення контрактів на конкретні медичні послуги [26, 29].

Наше дослідження включало вивчення особливостей моніторингу системи якості в медичних установах різних форм власності у Вінницькій територіальній громаді та оцінку впливу отриманих результатів на фінансування відповідних установ. Опитувальник USAID, який визначає методи самооцінювання ЛПЗ у контексті моніторингу якості медичної допомоги населенню, був основним інструментом для контролю за системою забезпечення якості.

На клінічній базі КНП «ВОКДІЛ ВОР» у 3-4 кварталах 2022 року, 1-2 кварталах 2023 року та 3 кварталах 2023 року було проведено системне інтегральне анкетування медичних працівників за допомогою валідованого уніфікованого опитувальника самооцінки діяльності ЛПЗ, запровадженого USAIDS (додаток А). Серед респондентів було 40 медичних працівників КНП «ВОКДІЛ ВОР».

Результати аналізу показників категорії 1 показали, що у КНП «ВОКДІЛ ВОР» була помітна достовірна різниця між значеннями параметрів, отриманими від респондентів у 3-4 кварталах 2022 року, 1-2 кварталах 2023 року та 3-ому кварталі 2023 року. Варто зазначити, що рівень показника категорії 1 зростав серед опитаних респондентів у часовому аспекті.

У аналізі особливостей індексів категорії 2 було виявлено достовірну різницю між значеннями оцінки між 3-4 кварталами 2023 року та 3 кварталами 2023 року ($p < 0,001$), а також достовірну різницю між даними між 1-2 кварталами 2023 року та 3 кварталами 2023 року ($p < 0,001$). Параметричні величини опитувальника наведені також у таблиці 3.1 й детермінований приріст вказаного показника з урахуванням часового проміжку.

Подібні достовірні тренди із категоріальними характеристиками наведені та презентовані із категоріями 3, 4, 5, 6, 7, що свідчить про покращення управлінських процесів, що відобразилось на покращенні функціонуванні ЛПЗ у часовому аспекті з урахуванням факторів сучасного суспільства (коронавірусна інфекція, війна).

Таблиця 3.1

Результати самооцінки діяльності КНП «ВОКДІЛ ВОР» у часовому аспекті

<i>Категорія</i>	<i>КНП «ВОКДІЛ ВОР», n=40</i>		
	<i>Результати станом на 3-4 квартал 2022 року (I період)</i>	<i>Результати станом на 1-2 квартал 2023 року (II період)</i>	<i>Результати станом на 3 квартал 2023 року (III період)</i>
<i>Категорія 1. Оцінка управління закладом у забезпеченні якості надання медичних послуг</i>	<i>3,26 ±0,03</i>	<i>3,44 ±0,14</i>	<i>3,97 ±0,15 !, \$\$\$</i>
<i>Категорія 2. Оцінка комунікативної діяльності серед працівників</i>	<i>3,39 ±0,11</i>	<i>3,59 ±0,08</i>	<i>3,91 ±0,07 !, \$\$\$</i>
<i>Категорія 3. Оцінка роботи у команді</i>	<i>3,31 ±0,08</i>	<i>3,58 ±0,09*</i>	<i>3,87 ±0,08 !, \$\$\$</i>
<i>Категорія 4. Оцінка можливостей навчання та розвитку персоналу</i>	<i>3,29 ±0,11</i>	<i>3,49 ±0,09</i>	<i>3,73 ±0,09 \$\$</i>

<i>Категорія 5. Оцінка якості послуг та безпеки пацієнтів</i>	<i>3,42±0,11</i>	<i>3,62 ±0,12</i>	<i>3,93 ±0,11 \$\$</i>
<i>Категорія 6. Оцінка умов роботи</i>	<i>3,28 ±0,14</i>	<i>3,44 ±0,08</i>	<i>3,94±0,16!! , \$\$</i>
<i>Категорія 7. Оцінка пацієнтоорієнтованості закладу</i>	<i>3,66 ±0,18</i>	<i>3,95±0,07</i>	<i>4,08±0,07 \$</i>

Примітка: * - достовірна різниця між значеннями показників I та II періодів із $p < 0,05$; \$ - достовірна різниця між значеннями показників у I та III періодів із $p < 0,05$; \$\$ - достовірна різниця між значеннями показників у I та III періоді із $p < 0,01$; \$\$\$ - достовірна різниця між значеннями показників у I та III періоді із $p < 0,001$; ! - достовірна різниця між значеннями показників II та III періодів $p < 0,05$; !! - достовірна різниця між значеннями показників II та III періодів із $p < 0,01$.

Для покращення рівня якості життя працівників ЛПЗ КНП «ВОКДІЛ ВОР» можна створити аналітичні звіти, використовуючи як параметри індексів доменів, так і значення та характеристики інтегрального показника.

3.2. Перспективи щодо оптимізації імплементаційного процесу сучасних управлінських технологій для покращення економічних механізмів реалізації публічної політики для збереження здоров'я населення

Дуже важливо, що публічна політика у галузі охорони здоров'я повинна сприяти впровадженню нових підходів до управління медичною системою в Україні та спрямовувати ці зміни на покращення здоров'я населення. Крім того, розглядаючи це з точки зору громадського здоров'я, вона має сприяти впровадженню програм здорового способу життя та медико-соціальної орієнтації у профілактиці та реабілітації.

Серед основних цілей нової ідеології в галузі охорони здоров'я можна виділити такі напрямки: підтримка державою соціально орієнтованого розвитку

суспільства; впровадження ефективних технологій для поліпшення якості медичної допомоги в процесі економічної діяльності; забезпечення пріоритетного фінансування комплексних національних програм профілактики, лікування та реабілітації відповідно до Конституції України; підтримка різноманітних підприємств і організацій, які займаються охороною здоров'я.

Для досягнення стратегічних цілей публічної політики в системі охорони здоров'я України у період надзвичайних станів необхідно включити та реалізувати наступні елементи: припинення та зменшення інтегральних показників захворюваності та смертності в різних вікових групах населення; підвищення середньої тривалості життя за умови збереження якості показників і індексів якості; збільшення кількості часу, витраченого на активну соціальну та трудову діяльність; оптимізація та зменшення негативного впливу несприятливих факторів.

У процесі становлення незалежної демократичної України стратегія соціального вибору та масштаби суспільних перетворень визначають структуру публічної політики, у тому числі й у галузі охорони здоров'я. Ця структура загалом відображає різноманітні аспекти існування та розвитку основних потреб і інтересів суспільства. Для покращення державної політики необхідно внести не лише зміни в її структурі та змісті, але й значно підвищити її функціональну результативність. Основна мета полягає в тому, щоб переконатися, що зміст, структура, функції, методи та вплив державної політики максимально відповідають цілям і вимогам суспільних трансформацій протягом перехідного періоду.

Покращення стану здоров'я населення та забезпечення реальної доступності медичної допомоги для всіх його шарів є стратегічними цілями публічної політики в галузі охорони здоров'я. Збереження та покращення здоров'я сприяє більш повній реалізації різноманітних можливостей людини, продовженню активного та працездатного періоду життя та покращенню економічно значущих якостей населення. Здоров'я - це не лише здатність до

фізичного благополуччя, але й здатність виконувати соціально-трудові обов'язки та відтворювати загальну сукупність людських потреб і здібностей.

Рівень розвитку різноманітних особистісних можливостей, повнота їх реалізації, інтенсивність життєдіяльності та результативність життєдіяльності людини є закономірними залежними величинами від стану здоров'я людини. Таким чином, останнє залежить від того, наскільки ефективною є система охорони здоров'я. Ця галузь потребує імплементації ефективних управлінських рішень, які впливають на кінцеві результати.

Необхідно розглядати галузь охорони здоров'я не лише з обмежених позицій, спрямованих на вирішення конкретних проблем, таких як розвиток сімейної та екстреної медицини, надання медичної допомоги різним групам людей тощо. Щоб підняти інституцію на сучасний рівень розвитку, необхідно впровадити трансформаційні зміни та покращення системи, яка здатна змінювати всі сфери діяльності.

Зокрема, спільна інформаційно-методологічна доктрина може значно підняти національну систему охорони здоров'я на якісно новий рівень, включаючи впровадження доказової медицини та інших інноваційних напрямків. Оскільки охорона здоров'я є високотехнологічною, науковою та ресурсомісткою сферою, вона вимагає централізованої політики та державного регулювання для розподілу ресурсів і гарантування, що ці ресурси доступні для всіх громадян країни.

Після перегляду літератури очевидно, що внутрішні зусилля самої системи охорони здоров'я недостатні для вирішення проблем громадського здоров'я. Важливо чітко визначити, що держава та громадськість повинні робити у сфері охорони здоров'я. Активне зацікавлення населення у власному здоров'ї, відсутність довіри до держави або лікаря щодо впровадження публічної політики в галузі та відсутність віри в те, що навіть найефективніші ліки є універсальним лікуванням для всіх хвороб.

Для глобалізації та трансформації процесу реформування та оптимізації публічної політики в галузі охорони здоров'я в Україні важливо враховувати такі

стратегічні напрями регулювання: гармонізація національного законодавства в галузі охорони здоров'я з законами Європейського Союзу; розробка та прийняття стратегічного планування галузі охорони здоров'я; створення ефективних механізмів публічного регулювання приватного сектору системи охорони здоров'я для забезпечення повноцінного функціонування системи охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій, таких як війна та інші дестабілізуючі обставини.

З огляду на все сказане, можна зробити висновок, що стан здоров'я громадян України та сектори охорони здоров'я відображають рівень економічного розвитку та пріоритети національної політики щодо соціальних проблем і розвитку «людського капіталу». Рівень економічно активного населення країни безпосередньо залежить від рівня здоров'я населення, адже він має прямий вплив на рівень продуктивності праці в суспільстві та значною мірою впливає на перспективи соціально-економічного розвитку країни.

Сучасні тенденції публічної політики в сфері охорони здоров'я в Україні повинні базуватися на розумінні того, що здоров'я людини має важливий соціально-економічний вимір, і що держава повинна визначити стратегічний курс і віддати перевагу ефективній координації заходів, спрямованих на покращення здоров'я нації. Важливо враховувати, що оптимізація системи контролю якості є необхідною передумовою для підвищення ефективності впровадження потенційних методів впровадження публічної політики в галузі охорони здоров'я.

У країнах Західної Європи, які зараз стикаються з пандемією COVID-19, зросла віра в ринкові методи прийняття рішень щодо регулювання державного сектору охорони здоров'я. Однак активне використання ринкових механізмів супроводжується посиленням державної влади. Під час реформування систем охорони здоров'я в найбільш розвинених країнах уряди зосереджуються не лише на збільшенні темпів і обсягів фінансування, але й на впровадженні системи контролю за ефективністю та ефективністю розподілу наявних ресурсів, а також на стимулюванні підвищення якості медичних послуг.

Створення ефективної системи охорони здоров'я в Україні стає все більш важливим, особливо в контексті виконання положень Угоди про асоціацію з Європейським Союзом. Розділ 22 Угоди визначає основні кроки у галузі громадського здоров'я, а стаття 427 передбачає створення Національного центру громадського здоров'я, який контролюватиме рівень захворюваності та запобігатиме розвитку певних захворювань. Стратегічна дорадча група при Міністерстві охорони здоров'я України та інші робочі групи фахівців галузі розглядали модернізацію системи охорони здоров'я відповідно до глобальних викликів і зобов'язань Угоди. Однак поточні практики в цій галузі недостатньо ефективні для впливу на вищезазначені фактори, і вони потребують удосконалення.

За даними, отриманими з інформаційних джерел Міністерства охорони здоров'я України, стан здоров'я населення в Україні на даний момент незадовільний. Показники загальної смертності населення зросла за останні десять років. Крім того, порівняно з економічно розвиненими європейськими країнами середня тривалість життя зменшилася на 5–10 років [39].

Впровадження ринкових механізмів у систему охорони здоров'я покращує роботу, збільшує задоволення потреб пацієнтів, зміцнює систему охорони здоров'я та зберігає соціальні цінності. Досвід країн, таких як Великобританія та Фінляндія, а також деяких країн Центральної Європи, зокрема Угорщина та Чехія, свідчить про те, що обмежена кількість державних медичних установ була приватизована протягом останніх двох десятиліть [50].

Встановлено, що Європейський Суд з прав людини відіграє важливу роль у визначенні міжнародних тенденцій у регулюванні галузі охорони здоров'я громадян. Skorистатися перевагами цієї судової установи стало можливим завдяки участі української делегації в Раді Європи. Передусім це стосується надання Україні основних стандартів щодо того, що вважається порушенням прав людини в сфері охорони здоров'я та медичної допомоги суспільством.

Звичайно, підписання Україною Угоди про асоціацію з ЄС є значним законодавчим кроком. Тим не менш, важливо пам'ятати про інші міжнародно-

правові джерела, які впливають на національні системи охорони здоров'я. Європейський суд з прав людини є одним із таких джерел. Ця міжнародна судова інстанція розглядає все більше справ у сфері медицини. На перший погляд, ця інформація має позитивний характер, оскільки вона демонструє авторитет і здатність громадян захистити свої права. З іншого боку, багато справ є результатом внутрішніх проблем у національній системі законодавства [20].

Насправді створити та організувати загальні заходи та використовувати їх у реальній діяльності іноді важко. У деяких випадках неадекватна законодавча база може бути основною причиною порушень [44]. Саме тому, законодавча база потребує модернізації.

Реформування системи охорони здоров'я, спрямоване на оптимізацію функціонування мережі медичних закладів, може визначити загальний стан громадського здоров'я. Ці зміни можуть вплинути на загальні показники тривалості життя та якості здоров'я населення України [48]. Щоб покращити якість життя населення, необхідний ефективний контроль якості медичної допомоги. Метою є впровадження змін і реформ у всіх сферах суспільно-економічної діяльності.

Загалом дослідження показало, що покращення контролю якості в сфері охорони здоров'я повинно бути всебічним і включати євроінтеграційні цілі України, дорожню карту впровадження медичного страхування та гарантування пацієнтам виконання вимог, визначених у статті 49 Конституції України, а саме: «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя» [18, 32].

Для того, щоб виконати ці завдання, центральні органи виконавчої влади повинні розробити засади публічної політики щодо якості медичного обслуговування. Це дозволить створити систему управління охороною здоров'я, яка допоможе вирішити проблеми в галузі охорони здоров'я. Стандарти якості медичної допомоги, вимоги до забезпечення медичної допомоги та відповідальність за невідповідність цим стандартам також важливі. Підтримка та розвиток ринку медичних послуг в Україні є важливим компонентом, який дозволить громадянам вибирати ефективних надавачів медичної допомоги та сприятиме здоровій конкуренції на основі гарантій якості для подальшого збереження рівня якості власного здоров'я. Крім того, вважається, що необхідно інтенсифікувати процес впровадження ліцензування медичної практики та реалізувати лікарське самоврядування (у тому числі залучити організацію та функціонування наглядових рад) в ЛПЗ, які потребують реорганізації системи управління. Це включає в себе впровадження наглядових рядів у медичних установах із залученням громадськості.

На рівні медичних установ важливо вдосконалювати практику імплементації моделей якості у діяльність закладів, що забезпечить залежність якості послуг від принципів функціонування оптимальної системи управління. Впровадження комунікативних технологій та покращення взаємовідносин між медичними працівниками та пацієнтами, їхнє документальне оформлення, аналіз скарг пацієнтів, постійний моніторинг змін у менеджменті, що визначає та впливає на якість медичної допомоги, – це ключові завдання, які повинні динамічно вирішуватись. Підвищення якості медичної допомоги також визнається шляхом професійного зростання персоналу, підвищення мотивації та задоволеності умовами праці, впровадження нових технологічних документів, заснованих на доказовій медицині, впровадження системи моніторингу якості медичної допомоги та самооцінювання діяльності ЛПЗ.

Висновки до розділу 3

Варто зазначити, що процеси менеджменту системним розвитком медичних установ у галузі охорони здоров'я України мають ґрунтуватися на логічному та системному підході, який враховує процеси прийняття ефективних управлінських рішень. Ці рішення повинні бути змінені, щоб відповідати парадигмам сучасності та потребам суспільства. Упровадження нових ефективних методів підвищення СУЯ в галузі охорони здоров'я має бути комплексним і враховувати сучасні тенденції та комунікативні взаємодії. Це стосується як законодавчого, так і виконавчого рівня влади, а також безпосередньо в ЛПЗ.

Питання самооцінки діяльності всіх ефективних частин роботи медичних установ різних форм власності залишається відкритим, оскільки це дає можливість ефективно відстежувати динаміку їхньої діяльності та приймати вчасні управлінські рішення для вирішення проблем, які виникають у зв'язку з змінами, які відбуваються в їхньому середовищі.

З метою досягнення соціально-економічних ефектів і вдосконалення системи контролю якості медичних послуг у період війни та інших надзвичайних ситуацій, у тому числі коронавірусної інфекції (SARS-nCOV-2), варто враховувати перспективні напрямки модернізації аспектів реалізації економічних механізмів публічної політики в галузі охорони здоров'я України та впровадження інноваційних практик.

ВИСНОВКИ

З урахуванням мети, завдань, наукових результатів дослідження та їх обґрунтувань можна сформулювати наступні висновки:

1. У науковому обговоренні визначено основні тематичні напрямки дослідження, які стосуються розробки, покращення, впровадження та створення методів реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я в Україні. Зазначено методологічні тренди управління галуззю охорони здоров'я в період війни та коронавірусної інфекції (SARS-nCOV-2), особливості реформування галузі в результаті даних ситуативних факторів, а також розглянуто принципи адаптації структур управління на різних рівнях системи у цілому та ЛПЗ. Необхідно також провести оцінку того, як працюють економічні інструменти публічної політики в сфері охорони здоров'я в Україні на рівнях ЛПЗ територіальних громад. Це необхідно, щоб переконатися, що ресурси в цій галузі використовуються більш ефективно.

2. Використовуючи ретроспективний інтегральний багатofакторний аналіз нормативно-правової бази, яка регулює реформування системи охорони здоров'я України, зокрема щодо покращення та збереження якості здоров'я населення, включаючи здоров'я, отримане під час війни та коронавірусну інфекцію (SARS-nCOV-2), було виявлено та класифіковано основні проблеми, які впливають на швидкість впровадження Національної стратегії реформування медичної системи. Вивчення механізмів реалізації публічної політики стає все більш важливим через необхідність подолання багатьох парадигм і розбіжностей у системі охорони здоров'я. Це вимагає складних і міждисциплінарних змін у управлінні цією галуззю в Україні. Міжнародні стандарти якості, законодавство або теоретичні розробки вітчизняних дослідників у галузі публічного управління та адміністрування не можуть повністю визначити та контролювати ці зміни.

3. З метою збереження та покращення якості індексів якості життя населення було впроваджено комплексну трансформацію систем публічного управління, щоб досягти сталого розвитку системи охорони здоров'я. Цей підхід базується

на таких принципах, як інтенсифікація, деверсифікація, реімбурсація, децентралізація, лібералізація, автономізація та демократизація. Крім того, необхідні основні ресурси, такі як реформа влади, власності, фінансів, виробничих сил і відносин, галузеве та регіональне управління, а також система моніторингу та контролю якості послуг відповідно до міжнародних стандартів. Ці компоненти мають на меті виконання основної державної функції в галузі охорони здоров'я, яку Конституція України гарантує: збереження та зміцнення здоров'я населення.

4. Визначено концепцію основних напрямків формування публічної політики в сфері охорони здоров'я України, яка повинна бути спрямованою на збереження якості життя і здоров'я населення, перспективи для покращення реалізації економічних механізмів публічної політики шляхом комплексних змін у системі охорони здоров'я України під час війни та коронавірусної інфекції (SARS-nCOV-2). Мета полягає в отриманні соціально-економічного ефекту та вдосконаленні системи управління якістю медичних послуг у сфері охорони здоров'я територіальних громад. Розширення асортименту медичних послуг, розширення різноманітності надання медичних послуг, удосконалення системи конкуренції на ринку державних і приватних медичних послуг і їхнього законодавчого регулювання, розвиток публічного партнерства в галузі, удосконалення законодавства, яке регулює медичну галузь, оптимізація та системна трансформація механізмів публічної політики та співпраця в гармонійній системі медичних послуг.

5. Для подальшого покращення та збереження здоров'я населення необхідно запровадити сучасний управлінський підхід, який відповідає сучасним адаптованим трендам і потребам суспільства. Це необхідно для удосконалення та забезпечення гармонізації процесів розвитку ЛПЗ територіальних громад та їх структурних підрозділів, а також для створення концепції стратегічного планування та розвитку. Медичні установи стикаються з особливою кризою через нестабільність управлінської системи під час війни та COVID-19. Таким чином, для забезпечення ефективного контролю якості та фінансування цих

установ необхідно використовувати сучасну модель, яка відповідає світовим і національним тенденціям у розвитку систем охорони здоров'я. Удосконалення контролю в галузі охорони здоров'я має бути комплексним, враховуючи найкращі практики як на законодавчому, так і на виконавчому рівні.

6. Проблема оцінки діяльності медичних установ різних форм власності є актуальною, оскільки це дозволяє систематично спостерігати за проблемними елементами роботи та приймати ефективні управлінські рішення. Збільшення фінансових і економічних доходів, а також підвищення мотивації персоналу є результатом юридичної форми власності ЛПЗ територіальних громад. Застосування анкетування USAID та WHOQOL-BREF для різних ЛПЗ вважається ефективним методом динамічного контролю та моніторингу багатьох аспектів їхньої діяльності, включаючи оцінку показників якості життя. Використання дистанційних технологій для регулярного опитування персоналу дозволяє керівникам медичних установ зосередитися на прийнятті найкращих рішень для забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг на ринку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адміністративне право України. Академічний курс: Підручник: У 2 т.Т. 1. Загальна частина / Ред. колегія: В. Б. Авер'янов (голова) та ін. Київ: ТОВ Видавництво «Юридична думка», 2007. 592 с.
2. Апанасенко, К.І. Державне регулювання та нагляд (контроль) у сфері господарської діяльності: навч. посіб. Чернігів: ЧНТУ, 2018. 275 с.
3. Буряк І. О. До питання про формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія «Право». 2012. № 1. С. 317–321.
4. Васильців, Т., Білецька, І., Рудковський, О., & Рудковська, Т. (2023). До питання модерізації публічної політики розвитку сфери охорони здоров'я в Україні. Modeling the development of the economic systems, (2), 223-228
5. Венгер, І. В. (2021). ПУБЛІЧНА ПОЛІТИКА ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. СУЧАСНА ПАРАДИГМА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ, 358.
6. Воронов, О. (2022). ФОРМУВАННЯ ЛІДЕРСЬКОГО ПОТЕНЦІАЛУ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ. Теоретичні та прикладні питання державотворення, (27), 79-85
7. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) / Гладун. – Тернопіль : Економічна думка, 2005. – 460 с.
8. Демчишин, Я., Маципура, М., & Монастирський, Г. (2023). ВЕКТОРИ ТА МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ. Матеріали конференцій МЦНД, (31.03. 2023; Суми, Україна), 49-53
9. Державна служба статистики України: веб-сайт. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 09.05.2023).

10. Донабедіан В. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я. К., 2015. С. 89-91.
11. Дацюк, В. В. (2018). Теоретико-методологічні засади дослідження публічної політики у сфері охорони здоров'я. Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. Серія: Державне управління, (2), 92-97
12. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України: веб-сайт. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/53786660>. (дата звернення: 28.11.2023).
13. Желюк, Т. (2019). Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. Вісник Економіки, (1), 37-50.
14. Карамішев Д. В., Удовиченко Н. М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали II Всеукр. наук.-практ. Конф. 17-18.04. 2008 р. Львів, 2008. С.129-136.
15. Князевич В.М., Авраменко Т.П., Короленко В.В. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України в умовах системних змін. Вісник НАДУ при Президентіві України. 2016. № 1. С. 56.
16. Князевич, В. М., & Авраменко, Т. П. (2015). Державна політика з охорони здоров'я в Україні: перспективи розвитку в умовах системних змін. Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентіві України, (1), 164-179.
17. Ковальська, В. В. (2017). Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я України: теоретико-правова характеристика. Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції, (1 (1)), 86-89
18. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. – К. : Міністерство юстиції України, 2006. – 124 с.

19. Краснова О.І., Плужнікова Т.В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 7. С. 46-48
20. Краснова, О. І., Харченко, Н. В., Плужнікова, Т. В., & Краснов, О. Г. (2020). Організаційно-економічні особливості охорони здоров'я країн пострадянського простору. Інвестиції: практика та досвід, (19-20), 35-39.
21. Кучеров, С. І., & Радиш, Я. Ф. (2021). Теоретичні засади дослідження системи публічного управління у сфері громадського здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід, (13-14), 110-116.
22. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Київ: «МП Леся», 2017. – 244 с 24
23. Майданик Р. А. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація. Медичне право. 2013. № 2. С. 63-74.
24. Миколенко, О. М. (2019). Ефективність публічного управління в сфері охорони здоров'я. Правова держава, (35), 44-53.
25. 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. 560 с.
26. Національна служба здоров'я України: веб-сайт. URL: <https://www.nszu.gov.ua> (дата звернення: 09.05.2021)
27. Ніколюк, О. В., Бондар, В. А., & Цветкова, Н. Ю. (2021). Напрями удосконалення системи публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я України. Food Industry Economics, 13(3)
28. Підгаєць С. В. Механізм державно-приватного партнерства в системі інституціоналізації розвитку національної економіки : дис. ... канд. екон. наук: 08.00.03. Тернопіль, 2015. 240 с.
29. Про встановлення карантину з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та етапів послаблення протиепідемічних

- заходів. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2020 р. № 392.
URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
30. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017. № 2168-19. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 03.03.2023).
 31. Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України: Указ Президента України від 8 серпня 2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
 32. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон від 24.02.1994 [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради. – 1994, № 27. – Ст. 218. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
 33. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року: Закон України від 22.01.2010
 34. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів від 2 листопада 2006 р. // Офіційний вісник України. – 2006. – № 45. – Ст. 3000
 35. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 29 грудня 2009 р. «Про стан соціально-демографічного розвитку, охорони здоров'я і ринку праці в Україні»: Указ Президента України від 29.12.2009 [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>
 36. Сіделковський, О. Л. (2020). Суб'єкти формування та реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. Публічне право, (1), 116-123
 37. Сокур, Н., & Мішин, М. (2021). ПУБЛІЧНА ПОЛІТИКА: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ. Актуальні проблеми державного управління, 2(83), 104-109
 38. Солдатенко О. Європейський досвід фінансування видатків на охорону здоров'я. Юридична Україна. 2010. № 4. С. 53-58
 39. Статистичний бюлетень «Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України». URL: [http:](http://)

[//www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/15/Arch_nroz_bl.htm](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/15/Arch_nroz_bl.htm) (дата звернення: 17.11.2023).

40. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні: тези до нормативно-правового забезпечення. *Публічне право*. 2013. № 2 (10). С. 57–63.
41. Супрун Д. Основні аспекти входження України в юрисдикційний механізм Європейської конвенції з прав людини. *Європейська конвенція з прав людини: основні положення, практика застосування, український контекст / за ред. О. Л. Жуковської*. – К. : ЗАТ «ВІПОЛ», 2004. 960 с.
42. Телешун, С. О., Ситник, С. В., & Рейтерович, І. В. (2015). Сутність публічної політики: контекст політики та публічного управління. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. Серія: Політичні науки, (4), 23-30.
43. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони № 984_011 від 30.11.2015. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011 (дата звернення: 19.02.2022).
44. Фещенко Н. М. Галузь охорони здоров'я: проблеми та перспективи фінансового забезпечення. *Держава та регіони*. 2010. № 3. URL: http://ir.znau.edu.ua/bitstream/123456789/2559/1/Derzhava%20ta%20regioni_2010_6_155-161.pdf (дата звернення: 12.11.2023).
45. Шапоренко, О. І. (2020). Публічна регіональна політика у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, (2), 220-228.
46. Шафранчук В.П. Стандартизація у медицині: аргументи прихильників та опонентів. *Державне будівництво сьогодні*. Матеріали круглого столу (Херсон, 16 червня 2010 р.). Херсон, 2010. С. 89-91.
47. Шкільняк М.М. Інституційний базис управління охороною здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / монографія за науковою ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л.* Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.

48. Briner M. et al. Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. *BMC health services research*. 2010. V.10, № 1. P. 337-345.
49. GfK Ukraine: Home: веб-сайт. URL: <https://www.google.com.ua/url?sa=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjCzYWI9ObYAhVIb1AKH> (дата звернення: 17.11. 2023).
50. Health Action International : Statement to 109th WHO Executive Board meeting, 2002. URL: <http://www.haiweb.org/campaign/PPI/EB109statement.html> (дата звернення: 17.11.2023).
51. Perlin G. International Assistance to Democratic Development: Some Considerations for Canadian Policy Makers. Background Paper for research meeting on "Good governance and aid effectiveness". Ottawa, 2005. URL: www.globaleconomicgovernance.org/docs/Perlin%20Implications%20for%20Canada.pdf (дата звернення: 12.11.2023).
52. Public Administration in Transition: Theory - Practice - Methodology / Gunnar Gjelstrup, editor; Eva Sorenson, author. NY: Djoef Publishing, 2007. 366 p.
53. Sidelkovsky O. State, communal, departmental and private medical institutions in the single medical space of Ukraine: administrative and legal principles. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2020. № 1. С. 196-200.
54. Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: Healthsystem review. *Health Systems in Transition*, 2011. 13 (5):1. 266 p.
55. Szigeti, S., Gaál, P., Panteli, D., Gaskins, M., & van Ginneken, E. (2011). Major challenges ahead for Hungarian healthcare. *Bmj*, 343.
56. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 18 June 1996. *Bulletin of the World Health Organization*. 1997. Vol. 77. № 1. P 48 - 49.
57. The World Bank. URL: <http://www.worldbank.org/uk/country/ukraine> (дата звернення: 17.11.2023).
58. Todorovski N. Medical law and health law is it the same? *Acta Medica Medianae*. 2018. Vol. 57 (2). P. 34-39.