

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут публічного управління
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

Кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Виконав: студент групи ПУАм-21
Демчишин Я.М.

_____ підпис

Науковий керівник:
д.е.н., професор
Г.Л. Монастирський

_____ підпис

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

Завідувач кафедри
_____ М.М. Шкільняк
підпис

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади формування та реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я.....	9
1.1. Сутність, завдання та суб'єкти формування та реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я.....	9
1.2. Економічний механізм реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я.....	21
Висновки до розділу 1.....	27
РОЗДІЛ 2. Системний аналіз економічних аспектів публічної політики в сфері охорони здоров'я України в умовах пандемії COVID-19.....	29
2.1. Трансформація інституційного забезпечення економічного механізму реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я України.....	29
2.2. Оцінка особливостей механізму фінансування лікувально-профілактичних закладів, залучених до боротьби з коронавірусною інфекцією (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня Вінницької обласної Ради»).....	34
Висновки до розділу 2.....	39
РОЗДІЛ 3. Удосконалення економічного механізму реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я України.....	40
3.1. Імплементация сучасних управлінських технологій в процес реалізації економічної діяльності закладів охорони здоров'я.....	40
3.2. Стратегічні орієнтири трансформації механізму фіксування охорони здоров'я України.....	44
Висновки до розділу 3.....	51
ВИСНОВКИ.....	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55

ВСТУП

Актуальність теми. Беззаперечним є те, що економічний розвиток будь-якої держави в умовах пандемії, як складної соціально-економічної системи, визначається рівнем економічного розвитку її складових підсистем, однак на пряму залежить в сучасних умовах від стану системи охорони здоров'я та її організаційних й функціональних складових.

Саме на її рівні безпосередньо відбуваються вихідні соціальні процеси, що агрегуючись формують соціально-економічну ситуацію в територіальних лікувально-профілактичних закладах. Варто зазначити, що в еру пандемії COVID-19, лікувально-профілактичні заклади переживають своєрідну кризу, яка пов'язана із нестабільністю управлінської системи та із зростанням фінансування даних закладів із резервного фонду по боротьбі із коронавірусною інфекцією.

Гармонійність розвитку лікувально-профілактичних закладів та їх структурних підрозділів вимагає формування узгодженого управлінського впливу з боку суб'єктів економічних відносин, який був би адекватно новим відповідно сучасних тенденцій та потреб суспільства. Поряд з формуванням адаптивної публічної політики в умовах пандемії керівниками лікувально-профілактичних закладів, постає проблема оптимізації внутрішньо- та зовнішньоекономічних відносин комунальних некомерційних підприємств.

В основі мотиваційного аспекту діяльності медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я лежить фінансовий фактор, а відповідно до цього повинні бути запроваджені інноваційні управлінські методи керівником закладу та проведена оцінка економічної діяльності закладів, які надають профільну допомогу хворим на корона вірусну інфекція, суб'єктами, як внутрішнього, так й зовнішнього контролю.

Варто зазначити, що недостатньо уваги приділяється питанням оптимальних перерозподільчих регуляторних механізмів оцінки планово-

фінансової діяльності лікувально-профілактичних закладів, здатних оптимізувати управлінські підходи та динамічний економічний розвиток комунальних некомерційних підприємств в процесі зростання конкурентної боротьби на локальних, регіональних, національних та світових ринках медичних послуг.

Поза сферою наукового пошуку опинилася проблема оптимальної оцінки системи управління фінансуванням закладів системи охорони здоров'я на основі сучасної парадигми, адекватної сучасним та інноваційним світовим та національним тенденціям розвитку галузі охорони здоров'я з метою приросту економічного ефекту та прибутку підприємств медичного спрямування.

Аналіз національних нормативних джерел, публікацій, результатів науково-дослідних робіт кафедр вищих навчальних закладів освіти, закордонних наукових публікацій із наукометричних баз, аналітичних довідок та інших форм звітної документації про стан публічного, фінансового, економічного забезпечення галузі охорони здоров'я показав, що сучасний дизадаптований рівень механізмів публічного управління системи охороною здоров'я України не відповідає сучасним тенденціям світового розвитку.

Реалізація публічної політики, яка обумовлює розвиток системи охорони здоров'я нашої країни вимагає інноваційних системних трансформацій, з урахуванням якісних орієнтирів крізь необхідність міжнародної стандартизації й системи моніторингу, для становлення альтернативних напрямків організаційного та економічного механізмів в медичній сфері (у тому числі лікувально-профілактичних закладів різних форм власності) й розробки нових моделей публічної політики для захисту населення.

Сучасні наукові пошуки альтернативних та дієвих механізмів публічного управління у різних галузях публічної політики, зокрема в сфері охорони здоров'я наголошують сучасні науковці, серед яких: О. Ігнащук, О. Очеретько, Г. Монастирський, Т. Желюк, Т. Попович, Н. Комарницька, Т. Степурко, В. Бахнівський, А. Дерезюк, О. Комар, М. Шкільняк. Значний внесок у формування наукових поглядів на систему сучасного розвитку системи

охорони здоров'я України, особливо у контексті реалізації публічної політики у галузі, становлять наукові праці О. Ігнащук, Т. Степурко, Т. Попович, О. Сіделковського, Н. Кризиної, Т. Семигіної, О. Стрельченка, С. Телешун.

Вказане обумовило вибір теми кваліфікаційної роботи для здобуття ступеня магістра зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування».

Метою кваліфікаційної роботи є теоретичне обґрунтування концепції та розроблення практичних пропозицій щодо економічних та організаційних процесів публічної політики в сфері охорони здоров'я України в умовах пандемії COVID-19 з метою зростання соціального та економічного ефекту від наданих медичних послуг.

Завдання роботи:

– дослідити особливості економічних параметрів та публічної діяльності лікувально-профілактичних закладів для обґрунтування гіпотези дослідження, як економічної системи на базі КНП «ВОКДІЛ ВОР»;

– узагальнити теоретичні засади організації системи охорони здоров'я України в умовах пандемії COVID-19 та принципи її фінансування;

– окреслити тенденції та чинники економічних та організаційних процесів публічної політики лікувально-профілактичних закладів та їх керівників на базі КНП «ВОКДІЛ ВОР»;

– дослідити внутрішньо- та зовнішньоекономічні характеристики управлінського середовища комунальних некомерційних підприємств, які надають допомогу хворим на коронавірусну інфекцію, а саме на базі КНП «ВОКДІЛ ВОР»;

– обґрунтувати роль концепції оптимізації управління економічними процесами публічної політики керівників лікувально-профілактичних закладів на основі аналізу економічної діяльності даних закладів з метою зростання ефективного економічного ефекту від наданих медичних послуг на базі КНП «ВОКДІЛ ВОР»;

– розробити рекомендації з метою оптимізації управлінських рішень щодо економічних факторів діяльності лікувально-профілактичних закладів в умовах пандемії гострої респіраторної коронавірусної хвороби.

Відповідно поставленої теми **об’єктом** дослідження є процес формування та реалізації публічної політики в сфері охорони здоров’я України.

Предметом наукового дослідження є економічний механізм публічної політики в сфері охорони здоров’я України в умовах пандемії COVID-19.

Методи дослідження. Методологічними засадами кваліфікаційної роботи для здобуття ступеня магістра зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» є сучасні положення економічної теорії, аналітичні наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених різних шкіл та напрямків, які стосуються проблеми оцінки економічних аспектів публічної політики системи охорони здоров’я України. В роботі використано такі методи дослідження: системний аналіз (для дослідження економічного стану підприємств КНП «Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня Вінницької обласної Ради» та МЦ «MedOk» з метою виявлення факторів, що стримують чи сприяють динамізації їх розвитку); порівняльний аналіз (для співставлення оцінки якості управлінського апарату даних підприємств, визначення відмінностей економічних показників, що характеризують фінансову діяльність даних підприємств); статистичні (для визначення достовірності різниці оцінки діяльності підприємств згідно опитувальника USAIDS, для презентації даних, для визначення ефективності використання економічного потенціалу підприємств); експертні (для розробки й адаптації оптимального алгоритму прийняття управлінських рішень щодо економічних аспектів публічної діяльності лікувально-профілактичних закладів в умовах пандемії гострої респіраторної коронавірусної хвороби).

Теоретичною й інформаційною основою дослідження є законодавчі акти, базові інструктивні матеріали, підручники, монографії, наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених з проблематики публічної політики системи охорони здоров’я.

Теоретична та практична цінність отриманих результатів.

Теоретична цінність отриманих результатів роботи полягає у вивченні динаміки змін в управлінських системах та фінансуванні лікувально-профілактичних закладів.

Практична цінність отриманих результатів полягає у розробці процесу оцінки якості публічної діяльності керівників ЛПЗ, імплементації кращих практик організації та управління ЛПЗ, адже вже тривалий час дані заклади переживають кризу, як в сфері публічного управління, організації, так і в фінансуванні їх діяльності.

Сьогоднішні умови пандемії тільки загострили дану ситуацію, оскільки перед керівниками лікувально-профілактичних закладів, постає проблема оптимізації внутрішньо- та зовнішньоекономічних відносин комунальних некомерційних підприємств, проблема розвитку та вдосконалення лікувально-профілактичних закладів та їх структурних підрозділів.

На основі узагальнення теоретичних відомостей щодо організації системи охорони здоров'я України, організації економічної складової публічної політики ЛПЗ в умовах пандемії COVID-19 дана робота демонструє наскільки вагомим є розроблення практичних рекомендацій щодо оптимізації управлінських рішень стосовно економічних факторів публічної діяльності лікувально-профілактичних закладів, особливо в умовах пандемії гострої респіраторної коронавірусної хвороби.

Крім того, дослідження обґрунтовує роль концепції оптимізації управління економічними процесами публічної політики керівників лікувально-профілактичних закладів, адже вирішення піднятих проблемних питань неможливе без запровадження керівником інноваційних управлінських методів, та постійного моніторингу якості діяльності закладу.

Саме такий підхід без сумніву – запорука зростання конкурентної боротьби на локальних, регіональних, національних та світових ринках медичних послуг.

Апробація. Результати роботи апробовані на Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» та опубліковані в збірнику матеріалів доповідей цієї конференції (м.Тернопіль, травень 2020 року), на пленумі науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (м. Тернопіль, листопад 2021 року), на Всеукраїнському конкурсі студентських наукових робіт за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» (м. Київ, квітень 2021 року). За результатами роботи опублікована 1 стаття та 3 тези доповідей.

Наукова робота «Контроль якості медичних послуг в лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я в період пандемії COVID-19», підготовлена в рамках кваліфікаційної роботи, нагороджена дипломом I ступеня на II турі Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування», здобувши три нагороди, який проходив в лютому-квітні 2021 року на базі Київського національного економічного університету імені Вадима Гетьмана.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність, завдання та суб'єкти формування та реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я

Варто підкреслити, що за визначенням Гладуна З.С.: «Державна політика України в галузі охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому» [8].

Поряд з тим, Гладун З.С. також зазначає, що ключовим аспектом сутності проведення публічної політики в галузі охорони здоров'я в Україні полягає в реалізації ряду факторів, серед яких ключовими є: «...визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави; дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш уразливих верств населення; рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я...» [8].

Варто зазначити, що відповідно Статті 4, визначено, що: «...відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку

суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я; попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я; багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції; децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі...» [8].

За результатами наукових праць Воробйова П.А. бачимо, що: «Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я» [6].

Експерт Воробйов П.А. також стверджує, що: «Для вирішення питань формування державної політики охорони здоров'я при Верховній Раді України можуть створюватися дорадчі та експертні органи з провідних фахівців у галузі охорони здоров'я та представників громадськості. Порядок створення та діяльності цих органів визначається Верховною Радою України» [6].

Князевич В.М. стверджує, що: «...Складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є місцеві і регіональні комплексні та цільові програми, що формуються Верховною Радою, органами місцевого і регіонального самоврядування та відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях» [14].

Майданик Р.А. у своїй публікації, стверджував, що: «...Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади. Особисту відповідальність за державну політику в цій сфері

несе Президент України. Президент України у своїй щорічній доповіді Верховній Раді України передбачає звіт про стан реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я, виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України» [19].

Логвіненко Б.О. визначив та аргументував у своїй науковій праці, що: «...Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в галузі охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я» [18].

Краснова О.І. зі співавторами у науковій праці щодо аналізу особливостей механізмів державного регулювання сфери охорони здоров'я висловили тезу: «Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в галузі охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення галузі, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в галузі охорони здоров'я» [16].

Основним визначеним уповноваженим органом державної виконавчої влади у сфері охорони здоров'я виступає Міністерство охорони здоров'я України, компетенції якого, функції, програма діяльності, фінансування, визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України та регулюється системою чинних Законів України. МОЗ є головним, фаховим органом у системі державних органів виконавчої влади щодо забезпечення

реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я та повною мірою координує її.

За даними Воробйова А.П. визначено, що «...Основними завданнями МОЗ України є: забезпечення реалізації державної політики у сферах 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...» [6].

Поряд з тим, із Положення про Міністерство охорони здоров'я України визначено, що на нього покладено: «...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 України, Академією медичних наук України наукових досліджень з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки...» [6].

За даними Князевича В.М. та Авраменко Т.П., визначено, що: «системний аналіз інформаційних матеріалів Міністерства охорони здоров'я України та наукових праць керівників галузі свідчить, що рівень здоров'я населення України сьогодні кваліфікується як незадовільний, оскільки впродовж останнього десятиріччя спостерігається зростання рівня загальної смертності населення в межах 4%, тоді як у країнах Європи, навпаки, на 4% відбулося його зниження, а середня тривалість очікуваного життя на 5-10 років менша, ніж в економічно розвинених європейських державах» [14].

Варто зазначити, що на думку Поживілової О.: «за вказаний період рівень загальної захворюваності зріс на 10,6%, поширеності хвороб – на 38,9%,

природний приріст має від'ємний характер і коливається від $-5,8$ до $-7,8$ на 1000 осіб, загальна чисельність населення скоротилася на $7,7\%$, що вірогідно загрожує національній безпеці держави [22].

Ситуація погіршується дезорганізаційними, деструктивними й кризовими процесами в економіці і зниженням національного валового прибутку, внаслідок чого обмежуються стають видатки державного бюджету на охорону здоров'я України. Українськими залишаються показники стану зовнішнього середовища та поступово погіршуються теперішні умови праці. Для України, яка перебуває в стадії трансформації та модернізації всієї системи державного управління з використанням електронних ресурсів й систем, значно ускладнюється процес реалізації змін та оптимальної структурної реформи системи охорони здоров'я, ефективного управління якою є важливою інвестицією для покращення інтегрального індексу якості життя громадян України. Насамперед, це пов'язано з хронічним недофінансуванням галузі й українським неефективним й нераціональним використанням бюджетних ресурсів, що виділяються, а також відсутністю у громадянському суспільстві розуміння концепту та ідеології цінності «здоров'я й свідомого ставлення громадян до необхідності його покращення, збереження і зміцнення» [32].

Аналіз наукових публікацій у провідних наукометричних базах показує, що на сьогодні залишається невирішеним актуальне питання неефективного менеджменту ресурсів, спостерігається невідповідність міжнародним стандартам якості щодо управління галуззю. Етап планування й процесу надання медичної допомоги населенню повинне базуватись на показниках – чисельності й фонду лікарняних ліжок, підготовлених кваліфікованих медичних кадрів, а не на реальних потребах населення [27].

Існує колосальна системна невідповідність між існуючими потребами суспільства як у медичних, так і в освітніх послугах, у тому числі й у підготовці кваліфікованого фахівця в галузі менеджменту охорони здоров'я. У зв'язку з обмеженим оптимальним рівнем фахівців з управління стратегічними змінами і необхідної підтримки з боку суспільства, реформування системи охорони

здоров'я України може мати повільний несистемний характер. Кількісні та якісні характеристики знань, які необхідні для менеджменту змінами у системі охорони здоров'я, мають виходити за межі компетентних фахових знань і формувати нове системне бачення й ідею [15].

Варто зазначити, що система охорони здоров'я – це інтегральна система, яка являє собою поєднану сукупність усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою яких є профілактика, зміцнення, підтримка, покращення чи відновлення здоров'я населення. Для оцінювання конкурентоспроможності національних економік в глобальному світовому просторі з поміж численних індексів використовують індекс щастя, складові якого залежать від якості та тривалості життя, тобто від параметричних характеристик сфери охорони здоров'я. Більшість людей хочуть пролонгувати своє життя, а країни прагнуть зробити все можливе для досягнення максимального добробуту й покращення індексу щастя своїх громадян, розумно використовуючи наявні ресурси на профілактику здорового способу життя і максимальне збереження навколишнього середовища [39].

Діяльність закладів системи охорони здоров'я відбувається через реалізацію діяльності публічної політики. Головними цілями публічної політики в здоров'я в країнах Європейської спільноти визначено [1]:

1. Міжсекторне партнерство для покращення характеристик сфери охорони здоров'я.

2. Поліпшення якості життя людей.

3. Використання інструментарію стратегічного досягнення цілей охорони здоров'я. При цьому головними стратегічними цілями мають бути: розробка в країнах напрямків політики і стратегій щодо здоров'я та благополуччя як загальної соціальної мети, створення для заінтересованих сторін механізмів участі та визначення шляхів досягнення цілей.

4. Активізацію обміну знаннями і імплементації новітніх технологій та ресурсів, оптимізація й покращення бази знань, що необхідні для розвитку та функціонування системи охорони здоров'я, підвищення здатності

кваліфікованих медичних працівників до процесів адаптації у сфері нових управлінських підходів системи охорони здоров'я, орієнтація в лікувально-профілактичній допомозі на потреби пацієнтів, максимальне використання сучасних технологій для підвищення ефективності та якості медичної допомоги.

5. Підвищення свідомості кожного громадянина у використанні власних ресурсів здоров'я.

Аналіз наукової літератури та практики організації охорони здоров'я в різних країнах світу дозволяє виокремити кілька наукових підходів до управління закладами охорони здоров'я: концепція нової людиноцентричної філософії в медицині, філософія «patientfriendly» (дружня до пацієнта медицина, створення сучасних умов для лікування); концепція використання потенціалу здоров'я; концепція валеології, яка об'єднує валеософію (філософія здоров'я, або мудрість здоров'я); валеометрію (вимірювання здоров'я); валеопрактику (оздоровлення організму). Дані практики також допомагають у реалізації публічної політики ЛПЗ різних форм власності [3, 40].

В більшості випадків вибір оптимальної моделі управління охороною здоров'я залежить від фінансування охорони здоров'я, що будується за підходами: бюджетного фінансування (Великобританія, Греція, Португалія, Італія, Іспанія, Данія та ін.); соціального страхування (Німеччина, Франція, Швейцарія, Японія, Сінгапур, Ізраїль та ін.); приватного страхування (США, Південна Корея та ін.); консолідованого фінансування (більшість європейських країн) [1, 35].

Модернізація національних систем управління охороною здоров'я в сучасному світі відбувається за такими напрямками: покращення процесів уніфікації адаптованих клінічних настанов та гайдлайнів у сфері надання медичних послуг на міжнародному й національному рівнях; розвитку ринкових відносин у відносинах між суб'єктами системи охорони здоров'я; вирішення національних проблем з регулювання видатків на забезпечення медичного обслуговування населення; децентралізації державних функцій та їх

делегування регіональним, чи муніципальним органам влади, що є характерним для більшості європейських країн; оптимізації медичного обслуговування, імплементація структурних підрозділів служб охорони здоров'я на процеси ранньої діагностики та профілактику захворюваності; посилення конкуренції в сфері охорони здоров'я; розвитку системи добровільного медичного страхування; створення системи управління знаннями, яка стимулює інновації; сприяє розвитку співпраці, збагачує процес обміну експліцитними та непрямыми знаннями між людьми; прискорює процес навчання; примножує соціальний капітал, зберігає висококваліфіковані медичні кадри, перетворює інтелектуальний капітал в структурний капітал і фокусує стратегічне мислення на використання нових досягнень в сфері медицини; сприяє використанню сучасних інформаційних технологій; забезпечує базу для багаторазового користування знаннями і впровадження інновацій; підтримує лідерство і прийняття рішень; покращує обслуговування клієнтів шляхом раціоналізації їх часу відгуку; диференціює підходи до управління організації діяльності, надання медичних послуг.

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, задіяних у процесі реалізації політики охорони здоров'я, а також їх повноважень та відносин між собою та іншими суб'єктами [35].

Основними фундаментальними напрямками у процесі реформування галуззі медичного обслуговування в Україні для підвищення системи контролю якості медичної допомоги населенню було визначено наступні:

- 1) забезпечення розроблення нових та оновлення існуючих медичних стандартів та клінічних протоколів завдяки яким реалізується ступінчастий процес реалізації допомоги населенню з урахуванням принципів доказової медицини з паралельним регламентуванням нормативної процедури державного контролю МОЗ України, місцевими органами влади у регіонах, компетентними комітетами органів місцевого самоврядування та нормативних інститутів

громадянського суспільства, які працюють над вдосконаленням, реалізацією і дотриманням цих стандартів;

2) створення програми підвищення, яка сприятиме покращенню системи моніторингу процесу якості реалізації послуг з охорони здоров'я, які будуть реалізовуватись у практичній діяльності закладів різного рівня та підпорядкування системи охорони здоров'я України, вдосконалення системи позавідомчого (регламентування процедури отримання ліцензії, акредитаційних сертифікатів, проведення атестації) та відомчого (проведення незалежної фахової й експертної оцінки, аудит) контролю якості. [2]

За даними Майданика Р.А. відомо, що: «...Для ефективного управління якістю медичної допомоги та забезпечення підвищення рівня контролю за якістю медичної допомоги відповідно до ст. 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» [19]. Згідно з даним нормативно-правовим актом контроль якості медичної допомоги забезпечується завдяки оптимальній методиці застосування сучасних програмних методів контролю, залучення результатів самооцінювання лікувально-профілактичного закладу медичними працівниками, проведення фахових експертиз, зовнішнього чи внутрішнього клінічного аудиту, моніторингу та покращення системи індикаторів якості надання медичної допомоги, проведення незалежного процесу атестації та сертифікації відповідно до вимог нормативних діючих законних актів України та норм міжнародного права [19].

За даними статистичного бюлетеню, встановлено, що: «...Однак, незважаючи на те, що Господарський кодекс України та Закон про місцеве самоврядування не обмежують права територіальних громад щодо створення тих чи інших видів комунальних підприємств, територіальним громадам варто взяти до уваги те, що оптимальним рішенням при реорганізації комунальних ЗОЗ-бюджетних установ є перетворення останніх у комунальні некомерційні підприємства» [34].

Саме такий варіант організації цих закладів є найбільш актуальним інструментом для запобігання можливого надмірному податковому навантаженню на ЗОЗ, котрі будуть реорганізовані з бюджетних установ у комунальні неприбуткові підприємства. Також даний варіант відкриває додаткові можливості з метою запобігання банкрутству комунальних ЗОЗ та скороченню існуючої мережі таких закладів. Трансформація ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства дозволяє захистити заклади від приватизаційного впливу та реструктуризації за умови, що новостворені комунальні підприємства будуть включеними до нормативного переліку об'єктів комунальної власності територіальної громади, та не будуть підлягати приватизації (за аналогією з казенними підприємствами). За даними Воробйова П.П.: «..територіальним громадам рекомендується включати ЗОЗ, що перетворені у комунальні некомерційні підприємства, до переліків базових об'єктів, що є комунальною власністю певної територіальної громади, що не підлягають приватизації» [7]. «Також перетворення ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства сприяє збільшенню господарської і фінансової автономії, управлінської гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я, формуванню у них стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування і водночас підвищенню економічної ефективності використання активів» [7]. Варто зазначити, що за своїми юридичними, фінансовими та публічними політичними ресурсами та можливостями і ризиками такі суб'єкти як некомерційні підприємства можуть займати проміжне становище, так би мовити, «своєрідну золоту середину між бюджетними установами та комерційними підприємствами. Саме тому адаптивна дана організаційно-правова форма підприємств широко використовується в інших країнах світу для організації діяльності переважної більшості медичних установ» [7].

Гарантоване Конституцією України право громадян на отримання ефективного медичного обслуговування має забезпечуватися певною системою управлінських рішень, пов'язаних з розвитком та удосконаленням ринку медичних послуг, а також створенням та підтримкою високотехнологічної

медичної інфраструктури, розширенням джерел фінансування та виробленням чітких і прозорих правил державного фінансування і підтримки сфери охорони здоров'я, так і з дослідженням питань покращення якості медичної допомоги та організації контролю за процесами її надання. На даному етапі вирішення проблеми гарантування надання громадянам доступних якісних медичних послуг в повному обсязі є ключовим в реалізації медичної реформи та прийнятих нормативно- правових актів, котрі регламентують діяльність закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг [34].

На думку провідного фахівця в сфері менеджменту охорони здоров'я Донабедіана [10], якість медичної допомоги є сукупністю характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявними потребам громадськості, її очікуванням, модернізованому рівню медичних знань та технологій. Вчений виділяє наступні характеристики якості медичної допомоги:

- результативність (effectiveness) – як зовнішню ефективність, що вимірює досягнення завдань закладу охорони здоров'я;
- ефективність (efficiency) – як економічність, що характеризує раціональне використання ресурсів та відображає прагнення до зменшення вартості медичної послуги без зниження її результативності;
- оптимальність (adequacy) – як оптимальне співвідношення витрат на охорону здоров'я та отриманих внаслідок цього результатів у контексті поліпшення стану здоров'я;
- прийнятність (acceptability) – як відповідність наданої медичної послуги потребам пацієнтів;
- законність (legitimacy) – як відповідність законодавчо встановленим нормам, котрі виражаються в етичних принципах а також правилах;
- справедливість та неупередженість (equity) – як відповідність принципам обґрунтованості і доступності медичної послуги та надання законних пільг населенню.

За методологією Донабедіана, якість медичної послуги включає три базові компоненти: 1 – структуру (яким чином організована медична

допомога?); 2 – процес (як надається допомога?); 3 – кінцевий результат (що відбувається зі здоров'ям пацієнта?) [19].

У науковій медичній практиці та експертних оцінках часто використовуються такі визначення, як належна і неналежна якість медичної допомоги. Зокрема, з найбільш поширених визначень, під належною якістю медичної допомоги слід розуміюти відповідність уявленням про її необхідний рівень та обсяг при певному типі патології з урахуванням індивідуальних особливостей організму пацієнта та можливостей медичного закладу та лікаря щодо надання такої послуги.

Неналежна якість медичної допомоги виникає у випадку неможливості отримати певний рівень такої медичної послуги в достатньому обсязі для ліквідування патології з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і можливостей спеціалізованого медичного закладу [42].

Європейське бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) для розв'язання проблеми визначення якості медичної допомоги пропонує враховувати її складові елементи [13]: 1) кваліфікацію кадра; 2) оптимальність використання медичних ресурсів; 3) оцінку та визначення наявного ризику для пацієнта; 4) рівень задоволеності пацієнта від комплаєнсу з закладом охорони здоров'я.

Виходячи із вищенаведених тверджень, можемо виокремити три основні напрями надання якісних медичних послуг:

1) розробка та імплементація у практику надання медичних послуг медико-технологічних документів. До їх переліку входить розробка адаптованих клінічних настанов; стандартів медичної допомоги, що стосуються найбільш актуальних медичних проблем; протоколів медичної допомоги; уніфікованих клінічних протоколи тощо;

2) побудова дієвих моделей контролю якості в закладах охорони здоров'я відповідно до вимог і рекомендацій міжнародних стандартів;

3) розробка чіткого регламенту процедур контролю за якістю забезпечення медичної допомоги, в т.ч. клінічного аудиту.

Варто підкреслити, що підвищення якості управління можливе лише в рамках запровадження систем якості, які відповідають міжнародним стандартам якості та сприяти реалізації публічної політики завдяки її інструментам (наприклад, публічне партнерство та ін.) у сфері охорони здоров'я України.

1.2. Економічний механізм реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я

За даними онлайн ресурсу, встановлено, що: «...Розвиток галузі охорони здоров'я відбувається в умовах внутрішніх соціально-економічних суперечностей в Україні. Як сама Україна, так і галузь страждають від непослідовної соціально-економічної політики, відсутності умов для господарювання, несприятливого інвестиційного клімату, недосконалої податкової політики і тому подібне» [20]. На відміну від іншого сектора народного господарства, система охорона здоров'я в Україні сьогодні майже повністю залежить та у, більшій мірі, фінансується державним бюджетом України [12]. Розвиток і залучення можливих джерел фінансування (насамперед, позабюджетних) гальмується як недостатньою зацікавленістю приватного сектора, так і негативним відношенням до такої моделі фінансування з боку публічних органів державного управління галуззю [5, 15]. Одного ж бюджетного фінансування, як провідного фінансового ресурсу для функціонування ЛПЗ, не вистачає для нормальної системи інтегральної взаємодії системи охорони здоров'я з іншими галузями господарства, які працюють за законами ринкових відносин в умовах сьогодення.. Економічний аналіз стану охорони здоров'я свідчить про криз у фінансуванні галузі, що відповідним чином відображається на умовах і результатах діяльності системи охорони здоров'я України [5, 27].

Варто зазначити, що в умовах реорганізації системи охорони здоров'я абсолютні видатки з державного бюджету на галузь охорону здоров'я

збільшуються і визначається динаміка росту оплат громадян медичних послуг і фармакологічних препаратів, це зовсім не відображає показники зростання в Україні заможних верств населення і їх можливостей оплачувати медичні послуги.

Ці дані свідчать: «...по-перше, про зменшення можливостей ЛПЗ забезпечувати населення декларованою Конституцією України (стаття 49) безкоштовною охороною здоров'я; по-друге, про зростання вартості одиниці послуг і ліків; по-третє, про викривлений вхід галузі в ринкові відносини, коли за умови неможливості отримання офіційної платні фактична оплата називається пожертвуванням; по-четверте, про повільний розвиток нової форми взаємостосунків населення, працедавця і медичної установи – медичному страхуванні...» [29].

За даними рішення РНБО від 29 грудня 2009 року, визначено, що оптимальне фінансування системи охорони здоров'я з бюджету України реалізоване функціонально лише на 50 – 60% від базового адаптивного мінімуму за прогностичними оцінками, а під час аналізу песимістичних сценаріїв розвитку подій – фігурують показники – 30 – 44%. Варто зазначити, що витрати на галузь охорони здоров'я орієнтовані в основному на функціонування галузі, як системи (хоча, доцільно було б – реструктурувати витрати на лікування випадку чи епізоду захворювання): 60% фінансування із бюджету реалізовує фонд заробітної плати медичних працівників: за даними експертів ВООЗ, якщо базова питома вага заробітної плати в генеральній структурі витрат на охорону здоров'я становить понад 30%, то це показує показники стагнації галузі та свідчить про відсутність процесу відтворення галузі у цілому. Проаналізувавши звіти, встановлено, що показники середньомісячних виплат на заробітну плату в сфері охорони здоров'я України є нижчими, аніж заробітна плата в народному господарстві на 25 % і в галузях промисловості – на 31%; 30% у структурі витрат є спрямованими на покриття комунальних послуг (у тому числі й суппортивні, аддитивні витрати); близько 10% коштів фонду є спрямованим на лікування населення. Проаналізувавши

інтегральні показники, встановлено, що Україна – аутсайдер по кількості засобів, які виділяються на медичне обслуговування громадянина (приблизно – 25 – 30 дол.)» [31].

Статистично зазначено, що: «...витрати на охорону здоров'я на одного жителя в країнах з розвинутою економікою складають від 700 дол., у Великобританії до 3 750 дол. в США. На фоні безперестанного скорочення ліжкового фонду в Україні дуже рідко закриваються лікувальні установи, тобто диспропорція посилюється. У той же час, слід зазначити, що відбувається зростання частини місцевих бюджетів з яких, як відомо, фінансуються стаціонарні і амбулаторно-поліклінічні місцеві ЛПЗ» [30].

Після ретельного аналізу структурного розподілу державного бюджету на місцевому рівні, встановлено, що інтегральні показники нагадують симілярність державного бюджету України: на заробітну плату з нарахуваннями виділено близько 68,2% від загального об'єму; на медикаменти – до 7,8%; на харчування хворих (чого не передбачено у країнах Європи) – до 4,1%; на покриття комунальних послуг та модернізацію енергоносіїв – до 9,5%; придбання устаткування та технічних засобів – 3,0%; інші витрати становлять до 7,4%.

Галузь надання медичних послуг на теренах Україні залишається надлишково регульованою зі сторони держави. Механізми ринкових відносин залишаються в ній неповноцінно незадіяними, принаймні, з офіційної позиції. Варто зазначити, що поряд з тим, галузь потерпає від проблем, які є наслідком недостатнього функціонування ринку. За оцінками експертів, близько 66% ринкового обігу доводиться на «тіньовий сектор» економіки. За даними Редько А. визначено, що: «...фінансові потоки обходять систему оподаткування, ніж значною мірою обмежують можливості уряду збільшувати асигнування на систему охорони здоров'я і контролювати її розвиток. Так званий «тіньовий» сектор в охороні здоров'я також породжує певні небажані наслідки. За цих умов ринковий механізм руйнує систему охорони здоров'я як галузь, не сприяє розвитку медичних технологій, підвищенню якості медичних послуг. Державна

ж система охорони здоров'я продовжує страждати від постійного браку коштів» [5, 29].

Комплексний аналіз літературних джерел, в яких досліджуються різні аспекти господарської діяльності та процесів фінансування галузі охорони здоров'я України, дають можливість визначити важливі проблеми галузі [5]. До них передусім належать такі: обмежене та неефективне фінансування галузі, зумовлений цим недостатній рівень заробітної плати медичних працівників, недостаток коштів для забезпечення доступної, якісної, своєчасної, оптимальної та ефективної медичної допомоги, яка надана відповідно стандартів; дефекти організації медичної допомоги, диспропорція в розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної, первинної та спеціалізованої допомоги, незадовільний зв'язок і наступність у їх наданні; недосконалість юридичного регулювання діяльності галузі охорони здоров'я; недостатність, нерегульованість і неефективність управлінських заходів, які спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я громадян; потреба в процесах покращення підготовки, перепідготовки і підвищенні кваліфікації медичних працівників та інших працівників охорони здоров'я, поліпшенні умов їх роботи, її якості та ефективності; недостаток модернізованих медичних технологій, недостатній рівень навичок володіння ними, незадовільне медикаментозне і ресурсне забезпечення лікувально-профілактичних закладів; низький рівень інформаційного забезпечення й управління системою охорони здоров'я на різних рівнях [11, 22].

Після аналізу сутності терміну “публічна політика в галузі охорони здоров'я”, головною метою публічної політики в галузі й системі охорони здоров'я на сучасному етапі можуть бути: реалізація оптимальних кращих змін у даній ситуації, а саме – профілактика, покращення, збереження здоров'я різних ланок соціуму; покращення процесу надання якісних медичних послуг та ефективності й результативності медико-санітарної допомоги; забезпечення соціальної рівності та справедливості у правах цивільного населення на її одержання в умовах трансформаційних змін соціально-економічних відносин

галуззі; удосконалення організаційних підходів та фінансування галузі при раціональному використанні доступних ресурсів [11, 22].

Досягти цієї мети можна лише шляхом здійснення комплексу загальнодержавних заходів, що мають передбачати, на думку Думанського Ю., Шутова М., Лобаса В., Вовка С.: «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» [11], 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» [11]; 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» [7], 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» [11].

Таким чином, розвиток суспільства супроводжується еволюцією поглядів науковців на публічну політику щодо підвищення оптимального й інтегрального рівня індексів, що відображають якість життя населення: переходом від переважання ринкових чи державних механізмів регуляторного впливу до пошуку оптимального їх співвідношення.

Також варто зазначити, що сприянню та покращенню реалізації економічних інструментів регулювання публічної політики у сфері охорони здоров'я також є формування платформи транснаціональних форм публічного партнерства. Складний транснаціональний характер таких публічних угод регламентує чіткість їх керування набором глобальних принципів та узаконених юридичних норм. Основні форми публічних транснаціональних партнерств у медичній системі впливають на вдосконалення економічного механізму реалізації публічної політики галузі (рис. 1.1) [24].

Як свідчать проведені й інтерпретовані міжнародні дослідження механізмів публічного управління системними економічними змінами медичної системи, переваги доступних обох нормативних видів власності, як державної, так й приватної, можна імплементувати, при цьому уникнувши значних соціальних змін, тільки на основі формування публічного партнерства для отримання й стимулювання економічного прибутку медичних підприємств різних форм власності. У зв'язку із цим, стратегію розвитку системи надання медичних послуг й її оптимального фінансування треба зосереджувати на

диверсифікації наявних джерел економічного доходу та набуття нових угод публічного партнерства між підприємствами різних форм власності для реалізації проектів з розвитку медичної сфери [20].



Рис. 1.1. Можливі форми та напрямки діяльності публічних транснаціональних партнерств у медичній галузі

Примітка. Побудовано автором на основі [24].

Отже, варто зазначити, що акредитовані й сертифіковані аудитори й експерти зосередили більше уваги на формуванні публічного партнерства між державним та приватним медичними секторами, які спрямовані на вирішення широкого кола питань задля економічного регулювання й забезпечення прогресивних результатів реформи системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 1

Публічна політика України сфері охорони здоров'я повинна формуватись із комплексу загальноприйнятих державних рішень щодо покращення усіх

складових здоров'я населення України, як найважливішої складової її національного багатства, у процесі базової реалізації нормативних політичних, організаційних, фінансових, юридичних, соціо-культурних, наукових, медичних та інших заходів.

Основу державної векторної політики галузі охорони здоров'я координує Верховна Рада України у процесі регламентування й визначення базових регуляційних конституційних і законодавчих засад сфери охорони здоров'я, визначення її мети, інструментів щодо її досягнення, базових завдань, напрямів та трендів розвитку, принципів і пріоритетів, встановлення законодавчих нормативів і рівня бюджетного фінансування (відповідно до Бюджету України), створення системи оптимальних фінансових, фіскальних, митних та інших регуляторів, затвердження національних проєктів та програм, які направлені на охорону здоров'я громадян.

Гарантоване Конституцією України право громадян на отримання ефективного медичного обслуговування має гарантуватись певною системою управлінських рішень, пов'язаних з розвитком та удосконаленням ринку медичних послуг, а також створенням та підтримкою високотехнологічної медичної інфраструктури, розширенням джерел фінансування та виробленням чітких і прозорих правил державного фінансування і підтримки сфери охорони здоров'я, так і з дослідженням питань покращення якості медичної допомоги та організації контролю за процесами її надання. На даному етапі вирішення проблеми гарантування надання громадянам доступних якісних медичних послуг в повному обсязі є ключовим в реалізації медичної реформи та прийнятих нормативно-правових актів, котрі регламентують діяльність закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг.

Розвиток суспільства супроводжується еволюцією поглядів науковців на публічну політику щодо підвищення адекватних значень показників та індексів, що характеризують рівень та якість життя громадян: у процесі динамічного переходу від домінування ринкових чи державних механізмів регуляторного впливу до пошуку оптимального їх співвідношення.

РОЗДІЛ 2

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ЕКОНОМІЧНИХ АСПЕКТІВ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

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

Сучасна система охорони здоров'я України динамічно змінюється та зазнає трансформаційних інституційних змін. Поряд з тим, процеси вливання у світові процеси модернізації та глобалізації позитивно впливають на економічні механізми реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я України. Безпосередня участь та роль системи охорони здоров'я України в світових процесах в період пандемії COVID-19 зумовлена тим фактом, що глобальні чинники, які впливають на національні системи медичного забезпечення неможливо обмежити протекціоністськими заходами, фізичними бар'єрами та санкціями, чи законодавчими рестриктивними обмеженнями, адже це чітко буде відбиватись на економічному механізмі публічної політики ЛПЗ. На процеси інтернаціоналізації систем охорони здоров'я у цілому впливають такі аспекти та фактори, що є значущими й для інших сфер господарської діяльності населення. Після аналізу, можна виокремити наступні чинники, а саме: міжнародна міграція у різних її різновидах, посилення процесів туризму ті іноземного відпочинку, міжнародна торгівля, транснаціоналізація та інтернаціоналізація економіки, збільшення потоків транспортних вантажних та пасажирських перевезень, залучення нових фінансових ресурсів. Крім цих чинників, необхідно виділити специфічні, що інтенсифікують реалізацію економічних механізмів реалізації публічної політики найбільшою мірою, навіть у сфері охорони здоров'я. До таких чинників необхідно віднести постійне проведення військових операцій, локальних озброєних конфліктів, надзвичайні ситуації в різних куточках земної кулі, що зумовлені глобальним

потеплінням та змінами в кліматі окремих регіонів, стрімке поширення інфекційних захворювань з місця виникнення вірусу до різних куточків планети завдяки транспорту, комунікаціям, міграції, мутації вірусів у зв'язку з їх перенесенням до значної кількості носіїв, розповсюдження пандемій, яке має широку соціальну та економічну основу та ін.

Формування трансформаційних змін системи управління охороною здоров'я в Україні є процесом, що набуває з кожним роком все більшої динаміки. Реформування системи державного управління відбувається на основі проведення широкого кола наукових досліджень, збереження кращих традицій вітчизняної медицини, дбайливого відношення до наявних висококваліфікованих кадрів з розробкою кращих економічних механізмів, які знаходять впровадження у практику ЛПЗ в період пандемії COVID-19. Разом з тим, діяльність всієї галузі в теперішній час стикається з викликами часу, що пов'язані як з новітніми тенденціями розвитку, так і з застарілими проблемами, що дістались медицині від державно-адміністративної системи управління. Ці проблеми необхідно класифікувати на дві значущих групи. По-перше, це проблеми процесу становлення та реформування системи охорони здоров'я. Такі проблеми, що пов'язані з реструктуризацією, інформатизацією, прозорістю та гласністю в медичній сфері є тимчасовими і мають можливість бути вирішені в найближчій час при наявності розуміння у керівників галузі, основної маси працівників системи охорони здоров'я та пацієнтів, однак дана проблема гальмує розвиток економічного аспекту публічної політики ЛПЗ. По-друге, це проблеми, що пов'язані з недостатнім рівнем соціально-економічного розвитку країни. Для значної кількості населення рівень вартості лікарняних засобів, медичних послуг, санаторнокурортного лікування, оздоровчих процедур є занадто високим, що викликає непорозуміння в суспільстві.

Хотілось би підкреслити, що сучасні керівники лікувально-профілактичних закладів у період пандемії COVID-19 комплексно сприяють трансформації ЛПЗ із кращими характеристиками публічної політики, що

знаходить відбиття у економічному аспекті діяльності ЛПЗ шляхом вирішення наведених проблем.

За інтегральним результатом Постанови КМУ, визначено, що: «...Загалом невтішний стан сфери охорони здоров'я України актуалізував необхідність проведення медичної реформи. Проте пандемія COVID-19 суттєво ускладнила процес реформування вторинної та третинної ланки та оголила численні нові проблеми в системі охорони здоров'я. За таких умов як населення (пацієнти), так і працівники сфери охорони здоров'я змушені жити, працювати та лікуватись за новими правилами» [24]. Варто зазначити, що найбільш очевидними є зміни умов функціонування високоспеціалізованих закладів, що залучені для надання медичної допомоги пацієнтам на COVID-19 першого реагування, хоча й інші підприємства галуззі охорони здоров'я опинились в умовах адаптивної реальності, що, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження [24].

Передусім слід навести дані ВООЗ, згідно з якими «більше половини досліджуваних країн, які потерпають від пандемії, обмежили або повністю припинили амбулаторне, стаціонарне лікування та суспільний догляд (особливо це стосується педіатрії, реабілітації, діагностики та лікування неінфекційних хвороб)» [24]. В Україні також заборонені планові госпіталізації, за виключенням «планової госпіталізації в регіонах, в яких заповненість ліжок, визначених для госпіталізації пацієнтів з підтвердженим випадком COVID-19 становить менш як 50 %, крім надання медичної допомоги вагітним, породіллям, новонародженим, пацієнтам з онкологічними захворюваннями, паліативної допомоги в стаціонарних умовах, проведення інших невідкладних і термінових заходів з госпіталізації, якщо внаслідок їх перенесення (відтермінування) існує значний ризик для життя або здоров'я. При цьому пацієнти підлягають обов'язковому тестуванню на COVID-19 відповідно до стандартів Міністерства охорони здоров'я України» [24].

Варто зазначити, що структурного обмеження та організаційного впливу зазнали лише епізоди планової медичної допомоги, однак, це несприятливо

може позначається як на сьогоднішньому, так й на майбутньому стані здоров'я громадян України: через зростання показників відтермінованого звернення громадян, ускладнюється та стає більш вартісним лікування, зростають випадки захворювань, які потребують інтенсивного лікування, а поряд із тим – підвищуються ризики розвитку та виникнення невідкладних, ургентних, критичних станів, що призведе до виникнення ускладнень (в тому числі, це стосується есенціальної гіпертензії, цукрового діабету, певних респіраторних хвороб, у тому числі й COVID-19 тощо).

Значних коригувань зазнала й діяльність закладів системи охорони здоров'я. Так, сьогодні ще більше зростає значущість оптимальних заходів, як-от: залучення та ефективне використання необхідних ресурсів (фінансових, матеріальних, трудових, нематеріальних); розширення переліку доступних та якісних медичних послуг, які можуть надаватись населенню різного віку; оптимізація системи професійного зростання лікарів і проходження ними регламентованого безперервного професійного розвитку відповідно до чинних законодавчих актів; імплементація сучасних трендів діагностики та стандартів лікування із позиції «evidence-based-medicine» (в тому й числі, гайдлайнів надання медичної допомоги пацієнтам за окремими нозологічними формами та діагнозами); надання та організація телемедичних мостів та послуг та он-лайн консультацій з використанням сучасних засобів комунікації; моніторинг реєстрів пацієнтів з хронічною неінфекційною та інфекційною патологією для оптимального реагування й планування своєчасної їх госпіталізації, не допускаючи погіршення перебігу хронічних захворювань, які можуть потребувати тривалого стаціонарного лікування тощо. Однак найскладніше дотримуватися визначених вимог адаптивного карантину, які передбачають імплементацію: зонування території підприємства сфери охорони здоров'я; визначення й дотримання ефективних маршрутів переміщення пацієнтів та медичних кадрів; планування часу на прийому пацієнтів; дотримання принципів інфекційного контролю та епідеміологічного нагляду (імплементація системи температурного скринінгу, використання медичних засобів

індивідуального захисту, антисептиків тощо); матеріально-технічне та організаційне забезпечення й регулювання посиленого протиепідемічного режиму.

Функціонуючі «карантинні заходи», відповідно зони епідеміологічного нагляду, зумовили позитивний приріст витрат, а залучені законодавчі обмеження – знижують показники доступності до спеціалізованої медичної допомоги для пацієнтів в умовах пандемії COVID-19. За таких умов у ряді підприємств системи охорони здоров'я вторинної та третинної ланки оптимізується витрати й бюджетне, позабюджетне фінансування галузі, враховуючи особливості оплати за законтракованими пакетами медичних гарантій Національної служби здоров'я України з урахуванням тарифів (відповідно до постанови КМУ). Поряд з тим, НСЗУ постійно вдосконалює та оптимізує процес нарахування фінансів ЛПЗ й вдосконалює тарифікацію оплати медичних епізодів пацієнтів.

Проаналізувавши певні показники нобмеженості функціонуючих ресурсів і тривалі показники якісної негативної динаміки чисельності хворих на COVID-19 (PCR+), неймовірно важливими виокремлені заходи, щодо оптимального функціонування галузі в цілому, а саме: збереження цільового фінансування на рівні, що може гарантувати належне матеріально-технічне та фармакологічне забезпечення лікувально-профілактичних закладів, а також достатнє матеріальне, фінансове, моральне, ресурсне стимулювання медичних працівників (страхування їхнього здоров'я та життя за програмами державних гарантій, виплати підвищених доплат і надбавок за роботу у шкідливих умовах праці з приводу ліквідацій наслідків пандемії, тощо); вдосконалення та імплементація модернізованих гайдлайнів, що покращубть діагностику та лікування захворювань і, що не менш важливо, мінімізують ймовірність летальних випадків; підвищення рейтингів й показників адміністративної відповідальності за недотримання протиепідемічних заходів тощо.

2.2. Оцінка особливостей механізму фінансування лікувально-профілактичних закладів, залучених до боротьби з коронавірусною інфекцією (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня Вінницької обласної Ради»)

Використовуючи офіційні дані статистичних спостережень із звітів Державної статистичної служби України, проведено аналіз середовища в системі охорони здоров'я України і співставлено результати із захворюваністю населення. Це дозволило нам оцінити доступність населення до медичних послуг. Поряд зі процесами оптимізації кількості медичних організацій і ліжок лікарняного фонду, збільшенням чисельності закладів, діяльність яких орієнтована на догоспітальну допомогу, захворюваність населення зростає, а відповідно зростатиме необхідність у наданні якісних медичних послуг як на амбулаторному, так й на стаціонарному етапі різних рівнів надання медичних послуг.

Поряд з тим, згідно даних офіційних звітів Національної служби здоров'я України мережа закладів й медичного персоналу, які будуть залученими до ліквідації наслідків пандемії COVID-19 постійно оптимізується (рис. 2.1).

Область	Всього ліжок	Інфекційні ліжка	Ліжка в ІТ	К-сть апаратів ШВЛ	Медичні команди	К-сть лікарів загалом	К-сть анестезіологів	К-сть інфекціоністів, терапевтів та педіатрів	К-сть молодшого персоналу
ВІННИЦЬКА	2672	1275	111	100	2	1280	117	144	1893
ВОЛИНСЬКА	3806	1550	115	130	8	2089	215	243	3356
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА	9492	3778	220	259	22	3386	363	361	4335
ДОНЕЦЬКА	4042	1718	108	153	3	1523	146	193	2571
ЖИТОМИРСЬКА	3025	1399	109	92	14	1618	165	165	2896
ЗАКАРПАТСЬКА	3727	1740	104	122	19	1894	141	258	2814
ЗАПОРІЗЬКА	3636	1859	130	167	2	1878	200	270	2463
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА	3710	1470	99	107	8	2204	208	236	3117
КИЇВСЬКА	3112	1105	81	91	11	1576	136	217	2165
КІРОВОГРАДСЬКА	1642	365	47	40	0	596	54	64	992
ЛУГАНСЬКА	1067	579	39	40	5	493	43	56	462
ЛЬВІВСЬКА	3767	1480	165	122	10	2197	276	256	3136
М.КИЇВ	9061	5006	443	548	99	4646	597	427	4907
МИКОЛАЇВСЬКА	640	150	9	8	0	235	31	52	333
ОДЕСЬКА	4106	1123	98	172	4	1852	253	136	2294
ПОЛТАВСЬКА	3592	1169	101	132	4	1207	108	161	1689
РІВНЕНСЬКА	3295	1436	85	93	3	1641	175	181	2739
СУМСЬКА	3207	1300	67	103	8	1817	185	202	2821
ТЕРНОПІЛЬСЬКА	2894	1144	101	99	2	2257	226	287	3171
ХАРКІВСЬКА	4720	2424	178	160	8	1881	188	256	2345
ХЕРСОНСЬКА	1711	1011	86	77	9	859	53	131	1300
ХМЕЛЬНИЦЬКА	3508	1455	70	71	11	1304	114	147	2279
ЧЕРКАСЬКА	3447	1451	90	95	1	1211	125	119	2192
ЧЕРНІВЕЦЬКА	3712	1543	99	108	3	1777	197	234	2375
ЧЕРНІГІВСЬКА	2855	1040	84	74	3	1005	102	114	1837

Рис. 2.1. Оптимізаційні та характерологічні дані системи оперативного реагування ЛПЗ у регіонах України, які залучені до ліквідації наслідків пандемії COVID-19

Сумарно система оперативного реагування в Україні представлена 301 дистриб'ютором медичних послуг, які мають укладені договори із НСЗУ для надання медичних послуг у рамках стаціонарного пакету лікування хворих на COVID-19, 90,4 тисяч ліжок, у тому числі 38,6 тисяч ліжок, які використовуються для лікування хворих на інфекційну патологію, 2839 ліжок у відділеннях інтенсивного лікування, 3163 апарати ШВЛ, 259 медичних бригад, 42,4 тисяч лікарів, в тому числі 4418 анестезіологів, 4910 інфекціоністів, терапевтів й педіатрів, 60,5 тисяч молодшого медичного персоналу. Поряд з тим, у дані зведеної статистики не включені науково-педагогічні працівники вищих медичних закладів надання медичної установи, а їхній статус на даному етапі є неоднозначним й дана категорія медичного персоналу не є зареєстрованими користувачами медичних інформаційних систем, сервісів eZdorovya та eHealth (за відсутності умови офіційного працевлаштування у ЛПЗ за сумісництвом).

За оперативними даними НСЗУ станом на 9 травня 2021 року, з 1 квітня 2021 року на 2021 календарний рік з метою отримання пакету для надання групи послуг «Стаціонарна медична допомога пацієнтам з гострою респіраторної хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2» ЛПЗ України було подано 568 пропозицій, однак НСЗУ уклало договір із 300 дистриб'юторами, 132 ЛПЗ подали повторно пакет документів з метою отримання договору, 94 заклади очікують проєкт договору, 4 заклади подали нову пропозицію щодо контракування та 38 пропозицій перебувають на етапі аналізу НСЗУ.

Тобто, мережа закладів й кадровий склад системи оперативного реагування постійно вдосконалюється й оптимізується відповідно до епідеміологічної ситуації, що підтверджується динамічними даними із моніторингових dashboard-ів [21].

У період пандемії COVID-19 система фінансування ЛПЗ має доволі цікавий та змішаний формат. Основними джерелами фінансових надходжень до ЛПЗ України є: програма медичних гарантій (67,36%), обласний, районний та

бюджет місцевого самоврядування й ОТГ (19,37%), державний бюджет (в т.ч. централізовані закупівлі тощо) – 5,25%, благодійна допомога (5,44%), платні послуги й страхові виплати – 1,75%, інші надходження – 0,83% [21, 32].

Щодо аналізу структури даних фінансування по Вінницькій області, отримуємо наступні результати: фінансування за програмою медичних гарантій становило 65,96% надходжень, обласний, районний, місцевий та бюджети ОТГ – 25,31%, державний бюджет – 3,26%, благодійні надходження – 3,48%, платні послуги ЛПЗ – 1,56%, інші надходження – 0,43% [21].

За даними валідованого звіту за 2-4 квартал 2020 року, КНП «Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня» за програмою медичних гарантій отримала 28143,2 тис.грн. (76,9%) надходжень, 0,6% серед фінансових надходжень становили кошти державного бюджету на спрямування централізованих державних закупівель, тощо, 15,3% становили кошти із обласного, районного та бюджету місцевого самоврядування, благодійна допомога становила, відповідно, 7,1% [21].

Станом на початок звітної періоду у КНП «ВОКДІЛ ВОР» було офіційно працевлаштовано 137 співробітників, грошові кошти на початок звітної періоду становили 70,9 тис. грн., фінансові грошові надходження становили 32975,9 тис. грн., використання грошових коштів – 27659,8 тис. грн., грошові кошти на кінець звітної періоду становили – 5387 тис.грн, які й становили бюджет грошових коштів та поточних фінансових інвестицій на кінець звітної періоду [21].

Якщо розглянути структуру придбання та оприбуткування за грошові кошти та у натуральній формі КНП «ВОКДІЛ ВОР», можна отримати наступні дані: 22,2% коштів спрямовано на придбання та оприбуткування товарно-матеріальних цінностей, 57,7% - становили витрати на оплату операції (у тому числі сплата єдиного соціального внеску) та формування пакетів соціального забезпечення, 0,9% становили витрати на оплату робіт та послуг, 1,3% - оплата комунальних послуг та інших енергоносіїв, 1,1% коштів – становили ремонтні роботи, 16,7% - капітальні інвестиції [21].

Щодо аналізу покриття витрат, маємо наступні дані на 137 офіційно працевлаштованих працівників КНП «ВОКДІЛ ВОР»: результат – 28,7%, дохід від реалізації товарів, готової продукції, робіт та послуг (з авансами ПМГ) – 84,1%, інший операційний дохід – 1,5%, неопераційний дохід – 1,5%, матеріальні витрати – 14,8%, витрати на оплату праці – 43,8%, відрахування на соціальні заходи – 9,3%, соціальне забезпечення – 0,9%, амортизація – 1,7%, інші операційні витрати – 0,8% [21].

У структурі штату КНП «ВОКДІЛ ВОР» перебувають – 37 штатних посад середнього медичного персоналу, 27 штатних посад молодшого медичного персоналу, 16 штатних посад категорії інших працівників, 10 штатних посад лікарів, 4 посади керівників структурних підрозділів, 1 штатна посада керівника ЛПЗ. Щодо аналізу витрат на щомісячну оплату праці згідно валідованого звіту НСЗУ, отримуємо наступні дані: середньомісячна оплата праці середнього медичного персоналу – 17,4 тис.грн, молодшого медичного персоналу – 12,31 тис.грн, інших працівників – 3,47 тис.грн., лікарів – 18,13 тис. грн., керівників структурних підрозділів – 31,81 тис. грн., керівника ЛПЗ – 46,27 тис. грн. (рис. 2.2).

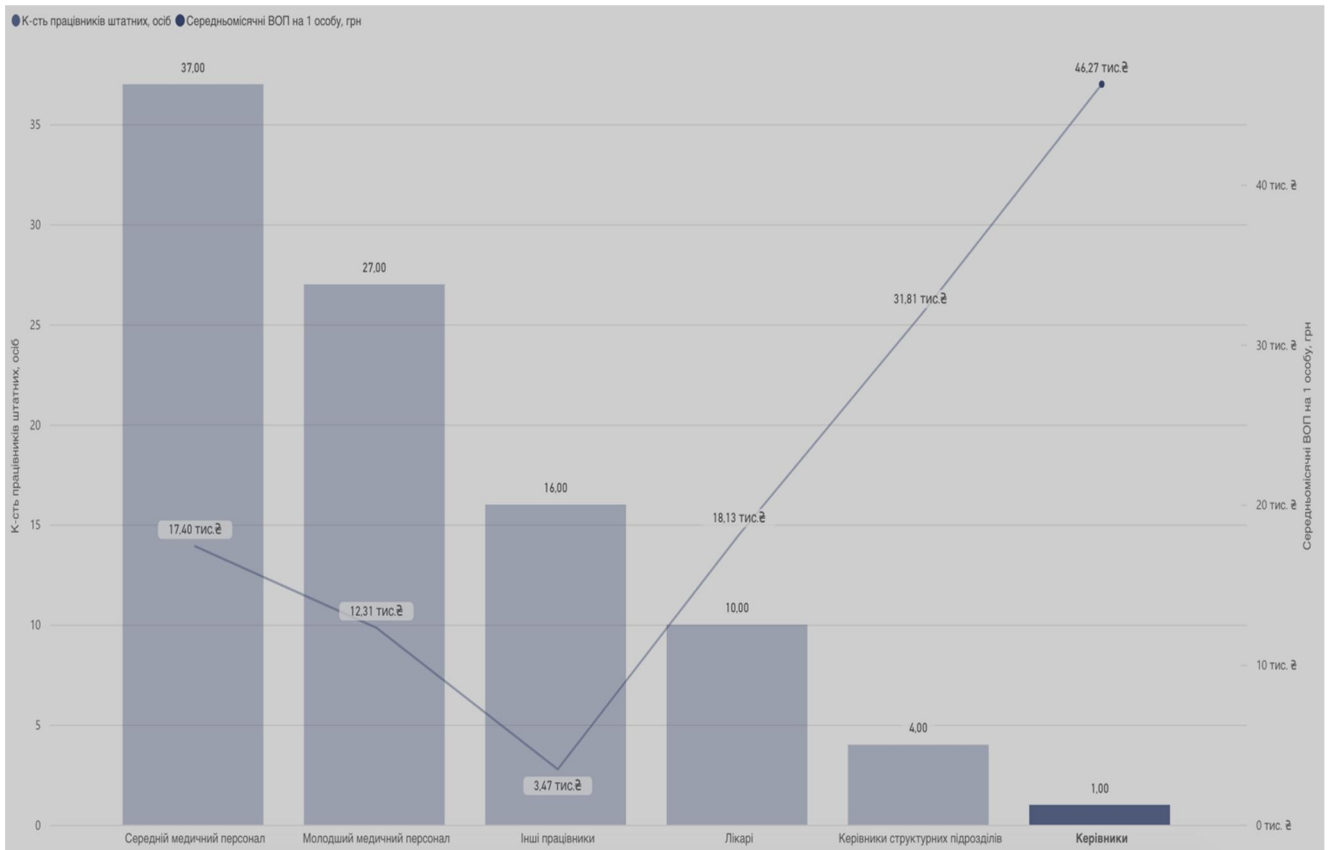


Рис 2.2. Структура витрат щомісячної оплати праці у співвідношеннях із штатними посадами КНП «ВОКДІЛ ВОР»

Примітка. Побудовано за даними валідованого звіту НСЗУ.

На противагу прозорості фінансування комунальних некомерційних закладів, які надають допомогу пацієнтам із COVID-19, фінансування приватних медичних закладів полягає у акумулюванні інвестицій та їх обігу, отримання фінансів за факт виконаних робіт та наданих послуг (у тому числі, які не пов'язані із наданням медичної допомоги), що частково тінізує фінансовий контроль даних підприємств і сприяє тінізації економічних процесів [36].

Висновки до розділу 2

В цілому, варто підкреслити, що проблема розвитку системи охорони здоров'я в умовах глобалізації є ключовою за своєю складністю та важливістю. Поряд з тим, безперечним є її значний вплив на формування економічної

політики країн, що тісно пов'язане з реалізацією публічної політики у сфері охорони здоров'я. Ця політика містить в собі програми корпоративної соціальної відповідальності лікувально-профілактичних закладів, що неабияк важливо у період пандемії COVID-19. Реалізація ідей запровадження нових соціальних відносин із можливими учасниками процесу надання медичних послуг, побудови модернізованого, інноваційного суспільства, розвитку соціальної відповідальності можлива, якщо органи публічного управління функціонуватимуть сумісно з глобальними інститутами та створюватимуть нові інститути з метою регулювання цього процесу.

Економічний ефект від отриманих медичних послуг зростає за високого рівня комунікаційної активності лікувально-профілактичного закладу, спрямованої на висвітлення даного аспекту діяльності, проте в Україні сьогодні незначна кількість лікувально-профілактичних установ може показувати оптимальний рівень прозорості з цього питання, а пріоритетними причинами останнього є відсутність інституційних передумов, формування конфліктних інтересів різних груп стейкхолдерів та непрозорої конкуренції у галузі.

Перегляд механізмів фінансування повинно бути пріоритетним напрямком діяльності керівників лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНОГО МЕХАНІЗМУ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Імплементация сучасних управлінських технологій в процес реалізації економічної діяльності закладів охорони здоров'я

Варто зазначити, що у сучасних умовах фінансування лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я України визначається якістю надання медичних послуг. З урахуванням системи реформи медичної системи, імплементации пакету державних гарантій у наданні медичної допомоги, контрахтування відповідних пакетів медичних послуг, у споживача послуг, тобто пацієнта, з'явився вільний вибір місця отримання вказаної послуги відповідно до наявного направлення від спеціаліста первинної ланки, навіть й для лікування COVID-19 [21,25].

У процесі роботи нами було проведено дослідження особливостей моніторингу системи якості у лікувально-профілактичних закладах м. Вінниці різних форм власності та оцінено вплив результатів на фінансування відповідних закладів. Базовим інструментом для ініціации системи контролю якості був опитувальник USAID, який визначає процедуру самооцінювання закладів для моніторингу якості надання медичної допомоги населенню.

На базі КНП «Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня Вінницької обласної Ради» (далі – КНП «ВОКДІЛ ВОР») та МЦ «MedOk» було проведено анкетування співробітників за стандартним уніфікованим опитувальником самооцінки діяльності ЛПЗ у першому-другому кварталі 2020 року та у третьому-четвертому кварталах 2020 року. У опитуванні взяли участь респонденти працездатного віку (n=88) , а саме у КНП «ВОКДІЛ ВОР» - 50 респондентів (57 %) та у МЦ «MedOk» - 38 респондентів (43 %).

Для визначення достовірності різниці оцінки діяльності підприємств було використано опитувальник USAIDS.

Дані статистичного аналізу та репрезентативності даних щодо самооцінки діяльності КНП «ВОКДІЛ ВОР» та приватного МЦ «MedOk» наведені у таблиці 2. В результаті аналізу показників категорії 1, встановлено що у КНП «ВОКДІЛ ВОР» існує достовірна різниця між показниками на початку та в кінці року ($p < 0,05$), чого не визначається у МЦ «MedOk». При порівнянні квартальних показників між собою у наведених закладах, встановлена достовірна різниця між ними ($p < 0,001$). Управлінський інструмент забезпечення якості медичних послуг вище був оціненим у приватному медичному закладі. В результаті аналізу даних таблиці 3.1, встановлено, що виявлена достовірна різниця у показниках категорії 2 у діяльності КНП «ВОКДІЛ ВОР» ($p < 0,01$), а показники категорії 3-7 – із різницею $p < 0,001$ у порівнянні даних самооцінки у першому-другому та третьому-четвертому кварталах 2020 року. У порівнянні із КНП «ВОКДІЛ ВОР», у самооцінюванні МЦ «MedOk» встановлена достовірна різниця між показниками категорії 4 та 6 при порівнянні даних 1-2 кварталів та 3-4 кварталів 2020 року.

Таблиця 3.1

Дані опитувальника USAID з питань самооцінки ЛПЗ

Категорія	КНП «ВОКДІЛ ВОР», n=50		ТОВ «Технології ресурси інвестиції України» (МЦ «MedOk»), n=38	
	Значення оцінки станом на 3-4 квартал 2019 та 1-2 квартал 2020 року (група 1)	Значення оцінки станом на 3-4 квартал 2020 року (група 2)	Значення оцінки станом на 3-4 квартал 2019 та 1-2 квартал 2020 року (група 3)	Значення оцінки станом на 3-4 квартал 2020 року (група 4)
Категорія 1. Оцінка управління закладом у забезпеченні якості надання медичних послуг	3,08 ±0,027	3,16 ±0,02*	3,83 ±0,03 \$\$\$	3,82 ±0,015 !!!
Категорія 2. Оцінка комунікативної діяльності серед працівників	3,13 ±0,023	3,24 ±0,031**	3,64 ±0,04 \$\$\$	3,68±0,03, !!!

Продовження таблиці 3.1

Категорія 3. Оцінка роботи у команді	3,24 ±0,03	3,43±0,02 ***	3,8 ±0,02 \$\$\$	3,84 ±0,018, !!!
Категорія 4. Оцінка можливостей навчання та розвитку персоналу	3,14 ±0,017	3,25 ±0,022 ***	3,77 ±0,013 \$\$\$	3,92 ±0,02 ###, !!!
Категорія 5. Оцінка якості послуг та безпеки пацієнтів	3,1±0,021	3,25 ±0,025 ***	3,79 ±0,012 \$\$\$	3,81 ±0,008, !!!
Категорія 6. Оцінка умов роботи	3,02 ±0,03	3,24 ±0,02 ***	3,87 ±0,04 \$\$\$	4,02 ±0,017 ###, !!!
Категорія 7. Оцінка пацієнтоорієнтованості закладу	3,34 ±0,017	3,56±0,022 ***	4,13 ±0,03 \$\$\$	4,16 ±0,021, !!!

Примітка:* - достовірна різниця з $p < 0,05$; ** - достовірна різниця з $p < 0,01$; *** - достовірна різниця з $p < 0,001$ між показниками групи 1 та 2; ### - достовірна різниця з $p < 0,001$ між показниками 3 та 4 групи; \$\$\$ - достовірна різниця з $p < 0,001$ між показниками 1 та 3 групи; !!! - достовірна різниця з $p < 0,001$ між показниками 2 та 4 групи.

При порівнянні показників самооцінки за 1-2 квартал 2020 року за даними опитувальника USAIDу КНП «ВОКДІЛ ВОР» та приватного МЦ «MedOk», встановлено, що дані достовірно відрізнялись між собою ($p < 0,001$). Аналогічна тенденція визначається при порівнянні даних 3-4 кварталів 2020 року вищевказаних ЛПЗ: встановлено достовірну різницю категоріальних показників ($p < 0,001$). Встановлено, що форма фінансування закладу впливає на якість надання медичних та на особливості самооцінювання діяльності ЛПЗ. Встановлена чітка достовірна різниця між показниками категорій КНП «ВОКДІЛ ВОР» та МЦ «MedOk» між відповідними кварталами ($p < 0,001$), що пов'язане із формою власності ЛПЗ, підходами до управління та моделлю фінансування закладів.

Показники КНП «ВОКДІЛ ВОР» у 1-2 та 3-4 кварталах достовірно відрізнялись між собою із різним ступенем достовірності (за критерієм Стьюдента), адже фінансування закладу зросло за рахунок фінансових потоків із НСЗУ та спеціального фонду КМУ й запровадженням контракування й отримання пакету для надання послуг пацієнтам із COVID-19, ефективністю

приймання управлінських рішень директором КНП «ВОКДІЛ ВОР». Показники самооцінювання МЦ «MedOk» достовірно різнились у категоріях щодо можливостей навчання персоналу та його професійного вдосконалення, оцінки якості безпеки послуг, пацієнтоорієнтованості та умов роботи ($p < 0,001$).

У динаміці повторно проводилась оцінка якості наданих медичних послуг з використанням опитувальника USAID на базі КНП «ВОКДІЛ ВОР» та МЦ «MedOK». Визначення оцінки проводилось за участю одноманітних релевантних репрезентативних вибірок, як у першому опитуванні, у часовому проміжку часу 1-2 кварталу 2021 року та 3-4 кварталу 2021 року у вказаних організаціях, а результати опитування наведені у таблиці (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Дані опитувальника USAID з питань самооцінки ЛПЗ

Категорія	КНП «ВОКДІЛ ВОР», n=50		ТОВ «Технології ресурси інвестиції України» (МЦ «MedOk»), n=38	
	Значення оцінки станом на 1-2 квартал 2021 року (група 1)	Значення оцінки станом на 3-4 квартал 2021 року (група 2)	Значення оцінки станом на 1-2 квартал 2021 року (група 3)	Значення оцінки станом на 3-4 квартал 2021 року (група 4)
Категорія 1. Оцінка управління закладом у забезпеченні якості надання медичних послуг	3,18 ±0,024	3,43 ±0,08**	3,79 ±0,06 \$\$\$	3,77 ±0,04 !!!
Категорія 2. Оцінка комунікативної діяльності серед працівників	3,15 ±0,03	3,46 ±0,031***	3,62 ±0,03 \$\$\$	3,61±0,04, !!
Категорія 3. Оцінка роботи у команді	3,43 ±0,04	3,67±0,06 **	3,65 ±0,05 \$\$\$	3,72±0,04,
Категорія 4. Оцінка можливостей навчання та розвитку персоналу	3,4 ±0,05	3,56 ±0,022 **	3,67 ±0,07 \$\$\$	3,69 ±0,06 !
Категорія 5. Оцінка якості послуг та безпеки пацієнтів	3,6±0,03	3,76 ±0,019 ***	3,81 ±0,01 \$\$\$	3,79 ±0,006
Категорія 6. Оцінка умов роботи	3,41 ±0,03	3,52 ±0,02 **	3,67 ±0,09 \$\$\$	3,74 ±0,016 !!!

Продовження таблиці 3.2

Категорія пацієнтоорієнтованості закладу	7.	Оцінка	3,48 ±0,02	3,68±0,017 ***	4,04 ±0,01 \$\$\$	4,08 ±0,03, !!!
--	----	--------	------------	-------------------	----------------------	--------------------

Примітка:* - достовірні різниця з $p < 0,05$; ** - достовірні різниця з $p < 0,01$; *** - достовірні різниця з $p < 0,001$ між показниками групи 1 та 2; \$\$\$ - достовірні різниця з $p < 0,001$ між показниками 1 та 3 групи; ! - достовірні різниця з $p < 0,05$ між показниками 2 та 4 групи; !! - достовірні різниця з $p < 0,01$ між показниками 2 та 4 групи; !!! - достовірні різниця з $p < 0,001$ між показниками 2 та 4 групи.

Показники КНП «ВОКДІЛ ВОР» у 1-2 та 3-4 кварталах достовірно 2021 року оптимально й значуще відрізнялись між собою із різним ступенем достовірності (з використанням парного t-тесту Стюдента для параметричних величин), адже фінансування закладу зросло за рахунок фінансових потоків із покращенням фінансуванням ЛПЗ відповідно пакету послуг надання медичної допомоги хворим на COVID-19 з урахуванням глобального бюджету та оптимальних показників навантаження на бригаду медичних працівників відповідно до постанови КМУ, ефективністю приймання управлінських рішень директором КНП «ВОКДІЛ ВОР». Показники самооцінювання МЦ «MedOk» достовірно різнились у певних категоріях, що показувало стагнацію управлінських рішень керівників ЛПЗ.

3.2. Стратегічні орієнтири трансформації механізму фіксування охорони здоров'я України.

Слід наголосити на тому, що публічна політика сфери охорони здоров'я повинна передбачати адаптацію та формування нових поглядів на організацію охорони здоров'я України, вироблення шляхів та засобів оптимального функціонування на загальнодержавному рівні охорони та покращення здоров'я, імплементації системи ведення здорового способу життя, медико-соціального спрямування профілактики захворювань, реабілітації з позиції громадського здоров'я.

Серед пріоритетних цілей нової ідеології галуззі охорони здоров'я можна виокремити такі позиції: стимулювання державою соціальної спрямованості розвитку суспільства; упровадження ефективних технологій, що забезпечують покращення охорони життя та здоров'я в процесі господарської діяльності; забезпечення державою пріоритетного фінансування комплексних національних програм профілактики, лікування, реабілітації та інших заходів щодо охорони здоров'я відповідно Конституції України; стимулювання різного спрямування державою підприємств та організацій, які активно інвестують сучасні стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я України.

За результатами показників стратегічних цілей публічної політики України в системі охорони здоров'я встановлено, що вони повинні включати й реалізовувати: стагнацію та зниження інтегральних показників захворюваності й смертності різних вікових груп населення; зростання показників середньої тривалості життя людини при збереженні показників та індексів достатньої його якості; зростання тривалості трудового довголіття і соціальної активності громадян; оптимізація та нівелювання негативного впливу умов середовища на функціональний стан здоров'я населення; функціональне покращення системи медичної профілактики захворювань, а також покращення процесів реабілітації осіб, які втратили працездатність, дієздатність та погіршили показники здоров'я.

За даними Кучеренко О.О., встановлено, що: «...структура публічної політики в умовах розбудови незалежної демократичної України визначається стратегією соціального вибору та масштабами суспільних перетворень і в цілому відбиває багатоаспектність існування й розвитку основних потреб та інтересів суспільства. Для підвищення якості державної політики необхідні не тільки змістовні та структурні зміни, а й суттєве підвищення функціональної результативності її реалізації. Суть цього завдання полягає в забезпеченні максимальної відповідності змісту, структури, функцій, методів і впливу державної політики цілям і вимогам суспільних трансформацій перехідного періоду».

За даними О. Поживілової, встановлено: «...Стратегічною метою політики держави у сфері охорони здоров'я є поліпшення стану здоров'я населення, підвищення реальної доступності медичної допомоги для всіх його прошарків. Збереження і поліпшення здоров'я забезпечує більш повне використання багатогранних можливостей людини, продовження тривалості активного працездатного періоду її життя та піднесення економічно значущих якісних характеристик населення. Здоров'я сприймається не стільки як здатність до фізичного благополучного існування, скільки здатність до виконання соціально-трудова функцій, до відтворення сукупності людських здібностей та потреб узагалі».

Ступінь розвитку різноманітних можливостей особистості й повнота їх реалізації, інтенсивність та результативність життєдіяльності індивіда є не лише кореляційними величинами й показниками, але й визначаються закономірними залежними величинами від стану його здоров'я, який залежить і від рівня ефективності галуззі охорони здоров'я, критеріями якої мають бути реалізовані ефективні управлінські рішення, які матимуть вплив на end-points.

Галузь охорони здоров'я варто розглядати не лише з певних обмежених позицій, вирішуючи неоднозначну одну проблему (наприклад реалізація медичної допомоги цивільному населенню на різних рівнях надання медичної допомоги; сімейної медицини, екстреної медицини тощо). Повинні відбуватися трансформаційні інституційні перетворення й покращення системи, що має змінити та індукувати посилення змін в усіх сфер діяльності, здатних підняти її на сучасний рівень розвитку.

За даними професорів М. Білинської та Я. Радиша, визначено: «...Зокрема, впровадження доказової медицини та інших інноваційних напрямів являють собою єдину інформаційно-методологічну доктрину, здатну підняти вітчизняну охорону здоров'я на якісно новий рівень. Адже охорона здоров'я – це високотехнологічна, науко- та ресурсомістка галузь, яка за своїм характером та специфікою припускає наявність централізованих підходів та

державного регулювання при розміщенні ресурсів і забезпеченні їх доступності для кожного мешканця держави».

Після аналізу літературних джерел, достеменним є факт, що внутрішніх зусиль лише самої системи охорони здоров'я для вирішення проблем громадського здоров'я недостатньо. Варто чітко розподіляти обов'язки з охорони здоров'я населення між громадськістю та державою. Необхідно, щоб, в основному, цивільне населення було повноцінно зацікавленим у підтримці, зміцненні й збереженні власного здоров'я. Не можна цілком у всіх аспектах реалізації публічної політики у галуззі покладатися на державу або на лікаря, як виконавця й реалізатора політики, й бути впевненим, що прийом медикаментів, навіть найефективніших, допоможевилікувати будь-які хвороби та стануть панацеєю від усіх недуг.

За даними професора М. Білинської визначено, що: «Грунтуючись на викладеному вище, можна зробити висновок про те, що стан здоров'я громадян України і національної галузі охорони здоров'я є наочним відображенням рівня економічного розвитку країни, спрямованості її національної політики, і зокрема – тієї уваги, яка приділяється соціальним питанням та формуванню людського капіталу. Виступаючи якісною характеристикою економічно активного населення, стан здоров'я нації безпосередньо зумовлює рівень продуктивності праці в суспільстві і значною мірою впливає на перспективи його соціально-економічного розвитку».

Варто зазначити, що покращення реалізації можливих механізмів імплементації публічної політики у лікувально-профілактичних закладах галуззі є можливим лише після оптимізації системи контролю якості.

Побудова громадського здоров'я в Україні постає достатньо вагомо у світлі імплементації Угоди про асоціацію з ЄС. Першочерговим заходам у галузі громадського здоров'я присвячена 22 глава цієї Угоди, а ст. 427 передбачено створення Національного центру громадського здоров'я, котрий буде виконувати функції нагляду за рівнем захворюваності та буде запобігати ризикам виникнення певних патологій. Питання оновлення сфери охорони

громадського здоров'я з урахуванням глобальних викликів та положень зазначеної Угоди як ключове питання розглядалося Стратегічною дорадчою групою при МОЗ України, громадською ініціативою «Реанімаційний пакет реформ» та іншими громадськими робочими групами. Втім, існуюча практика діяльності в сфері охорони здоров'я не повністю забезпечує на сьогодні ефективну протидію вказаним вище факторам та потребує вдосконалення. За даними «Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони» визначено, що: «...Аналіз інформаційних матеріалів МОЗ України свідчить, що рівень здоров'я населення України сьогодні кваліфікується як незадовільний, оскільки впродовж останнього десятиріччя спостерігається зростання рівня загальної смертності населення, а середня тривалість очікуваного життя на 5-10 років менша, ніж в економічно розвинених європейських державах» [33].

За даними звіту, визначено, що: «...Водночас імплементація ринкових механізмів у систему охорони здоров'я робить підвищує її ефективність, спонукає її ефективніше реагувати на потреби пацієнтів і, як наслідок, сприяє зміцненню системи охорони здоров'я та збереженню соціальних цінностей. На користь раціональності такої позиції свідчить досвід Великобританії, Фінляндії, деяких країн Центральної Європи, насамперед Угорщини та Чехії: у країнах, в яких ключова увага надавалась обережному розвитку ринкових відносин у межах системи охорони здоров'я, за останні 20 років було приватизовано незначну кількість державних медичних закладів» [42].

За даними Красної О.І., визначено, що: «...Підписання Україною Угоди про асоціацію з ЄС безумовно є важливим законодавчим кроком. Втім, варто акцентувати увагу і на інших міжнародно-правових джерелах, котрі мають вагомий вплив на систему національного законодавства у галузі охорони здоров'я – Європейський суд з прав людини. Кількість справ, винесених цією міжнародною судовою інстанцією у справах пов'язаних з медициною з кожним роком зростає. На перший погляд, даний факт є безумовно позитивним,

оскільки вказує на авторитетність та можливість громадян захистити свої права. Однак, з іншого боку – велика кількість справ є результатом проблем всередині системи національного законодавства» [17]. З метою усунення таких проблем вживаються заходи загального характеру на національному рівні [17].

На практиці іноді складно сформулювати, організувати заходи загального характеру, а тим більше їх використати у практичній діяльності. У певних випадках основною причиною дезадаптивного порушення може бути відсутність відповідної законодавчої бази [37]. Для нормування й запровадження функціонування національного механізму вжиття заходів, що матимуть загальний характер, то він регламентований статтями 14 та 15 Закону України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини».

Реформування галуззі через систему внесення змін у оптимальне функціонування мережі закладів охорони здоров'я має вплив на рівень громадського здоров'я у цілому, а як наслідок, - може чинити прямий або неопосередкований вплив на тривалість життя громадян та показники його якості [40]. Забезпечення необхідного режиму контролю якості медичної допомоги є основою забезпечення достатнього якості життя населення, що, є метою трансформаційних змін усіх сфер господарської діяльності суспільства.

Узагальнюючи проведені дослідження, можемо вказати, що пошук шляхів удосконалення контролю якості у галузі охорони здоров'я повинен здійснюватись комплексно, з урахуванням євроінтеграційного спрямування України, намагання запровадити медичне страхування та забезпечити пацієнтам дотримання вимог статті 49 Конституції України.

На рівні центральних органів виконавчої влади для реалізації вищезазначеного твердження необхідно: розробити засади державної політики щодо якості надання медичної допомоги з метою орієнтування системи управління охороною здоров'я на вирішення проблем надання такої допомоги; розробити критерії якості медичної допомоги, встановити вимоги до стосовно її забезпечення та визначити відповідальність за неналежну якість такої послуги;

здійснювати підтримку та сприяти розвитку ринку медичних послуг в Україні, що дозволить громадянам забезпечити вибір ефективного надавача медичної допомоги та сприятиме здоровій конкуренції на засадах гарантії її якості; прискорити впровадження ліцензування медичної практики та реального лікарського самоврядування в закладах охорони здоров'я, що здійснюють реорганізаційні зміни в системі управління;

На рівні закладу охорони здоров'я потрібно: вдосконалювати практику розробки та впровадження моделей якості у діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити залежність якості медичної послуги від оптимальної системи управління (такими нормативними структурними моделями можуть стати: система міжнародних стандартів якості ISO 9001; системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua), моделі спільна комісія з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO)); впроваджувати комунікативні технології та налагоджувати взаємовідносини між медичними працівниками закладу охорони здоров'я та пацієнтами і їх документальне оформлення; аналізувати скарги пацієнтів; постійно моніторувати зміни лікувального процесу, що впливають на якість надання медичної допомоги; забезпечити сталий професійний розвиток персоналу, покращувати його мотивацію та задоволеність умовами праці; створити умови для впровадження нових технологічних документів на засадах доказової медицини; забезпечити впровадження системи моніторингу якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я; запровадити елементи самооцінювання діяльності закладу охорони здоров'я з метою підвищення якості надання медичної допомоги.

Висновки до розділу 3

Варто підкреслити, що процеси гармонізації та управління системним розвитком лікувально-профілактичних закладів в Україні повинно мати логічний, структурований підхід з урахуванням узгоджених та ефективних управлінських рішень, які повинні реагувати адекватно до сучасних й нових парадигм, що виникають у суспільстві. Імплементация нових ефективних

шляхів покращення системи управління якістю у сфері охорони здоров'я може і повинна реалізуватись комплексно з урахуванням сучасних трендів та комунікативних взаємодій на основі кращих управлінських практик, як на законодавчому, так й на виконавчому рівнях влади, а також безпосередньо в лікувально-профілактичних закладах.

Проблема самооцінки усіх ефективних аспектів роботи ЛПЗ різних форм власності є відкритою, адже дозволяє оптимально стежити за динамічно змінними аспектами їх діяльності та приймати своєчасне управлінське рішення для їх вчасного вирішення.

Перспективними напрямками модернізації аспектів реалізації економічних механізмів публічної політики у сфері охорони здоров'я України в період пандемії COVID-19 для досягнення соціально-економічного ефекту й вдосконалення системи контролю якості медичних послуг ЛПЗ є: впровадження процесів інтенсифікації попиту на медичні послуги у ЛПЗ різних форм власності, можливість диверсифікація спектру наданих, як діагностичних, так й лікувальних медичних послуг; вдосконалення системи конкуренції на ринку державних та приватних медичних послуг на позиції прозорості; вдосконалення та розширення спектру та мережі можливостей публічного партнерства у медичній галуззі; оптимізація законодавства України, яке регламентує функціонування системи у цілому; системна модернізація і оптимізація механізмів публічної політики.

ВИСНОВКИ

Узагальнення концептуальних та інтегральних результатів проведеного дослідження дало можливість сформулювати наступні висновки:

1. Теоретичний аналіз розвитку, вдосконалення, імплементації та становлення механізмів реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я України в науковому дискурсі визначив основні тематичні напрямки дослідження актуальності даної проблеми: визначив методологічні тенденції публічного управління сферою охорони здоров'я України у період пандемії COVID-19; особливості реформування системи охорони здоров'я України в умовах ліквідації наслідків пандемії, зумовленої коронавірусною інфекцією; дослідив адаптаційну організацію структур публічного управління на рівні системи і лікувально-профілактичних закладів; аргументував необхідність аналізу реалізації економічних механізмів публічної політики системи охорони здоров'я України і ефективність використання ресурсів в галузі.

2. На основі ретроспективного інтегрального багатofакторного аналізу нормативно-правової бази, яка регламентує ініціацію та продовження реформування сфери охорони здоров'я України й у еру пандемії COVID-19, визначено та стратифіковано базові проблеми, які визначають швидкість реалізації Національної стратегії реформування медичної системи України та впливають на імплементацію механізмів економічного регулювання публічної політики галузі. Аргументовано висновок, що актуальність дослідження проблеми механізмів реалізації публічної політики посилюється необхідністю подолання та вирішення великої кількості існуючих парадигм та дисонансів у сфері охорони здоров'я, а менеджмент галуззю в Україні потребує інтегральних та міждисциплінарних змін, які повноцінно не визначені у законодавчій базі, у міжнародних стандартах якості, ані у теоретичних розробках вітчизняних науковців з публічного управління та адміністрування, організації охорони здоров'я.

3. Обґрунтовано підхід інтегральної трансформації механізмів публічного управління розвитком медичної галуззі України, в якому визначено базові тренди (реалізація децентралізації, забезпечення демократизації, імплементування автономізації, інтенсифікація, дотримання рівня лібералізації), засоби (реформа та реструктуризація влади, власності територіальних громад, галузевого та регіонального управління, фінансів, виробничих сил і відносин, контролю якості наданих послуг, системи моніторингу якості відповідно до міжнародних стандартів), механізми трансформаційних змін та реалізації економічного механізму публічної політики, які спрямовані для реалізації базової функції держави у системі охорони здоров'я – покращення, збереження та зміцнення здоров'я громадян, яке гарантоване Конституцією України.

4. Визначено перспективні напрями вдосконалення аспектів реалізації економічних механізмів публічної політики інтегральними змінами у сфері охорони здоров'я України в період пандемії COVID-19 для досягнення соціально-економічного ефекту й вдосконалення системи контролю якості медичних послуг ЛПЗ, а саме: інтенсифікація попиту на медичні послуги у ЛПЗ різних форм власності, диверсифікація спектру надання медичних послуг; вдосконалення системи конкуренції на ринку державних та приватних медичних послуг; вдосконалення та розширення спектру та мережі можливостей публічного партнерства у медичній галуззі; вдосконалення законодавства України, яке регламентує функціонування медичної сфери; системна трансформація і оптимізація механізмів публічної політики; синергізм у гармонійній взаємодії медичної галузі України з іншими соціально-економічними сферами діяльності.

5. Гармонійність розвитку лікувально-профілактичних закладів та їх структурних підрозділів вимагає формування узгодженого управлінського впливу який був би адекватно новим відповідно сучасних тенденцій та потреб суспільства. В еру пандемії COVID-19, лікувально-профілактичні заклади переживають своєрідну кризу, яка пов'язана із нестабільністю управлінської

системи та вимагає адекватного контролю якості та фінансування закладів галуззі охорони здоров'я з урахуванням сучасної парадигми, що відповідає оптимальним трансформаційним світовим та національним напрямкам розвитку системи охорони здоров'я. Пошук шляхів удосконалення контролю у сфері охорони здоров'я може і повинен здійснюватись комплексно з урахуванням кращих міжнародних провідних практик, що були імплементовані на законодавчому та виконавчому рівнях влади, а також у практичній діяльності медичних закладів.

6. Проблема самооцінки ЛПЗ різних форм власності є відкритою, адже дозволяє динамічно відслідковувати проблемні аспекти їх діяльності та приймати ефективне управлінське рішення для їх оптимального вирішення. Форма власності ЛПЗ визначає збільшення фінансового економічного доходу, сприяє вищій мотиваційній складові діяльності персоналу ЛПЗ. Імплементация системи опитувальника USAID для різних ЛПЗ є ефективним інструментом контролю та динамічного спостереження за різними аспектами діяльності ЛПЗ, а систематичне анкетування співробітників з використанням дистанційних технологій (електронні таблиці) дозволяє акцентувати увагу управлінців з метою приймання оптимальних рішень для надання ефективних 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. Ардашева Н.А. Словарь терминов и понятий по медицинскому праву. СПб.: СпецЛит, 2007. 528 с.
4. 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.
5. Войцехович Б., Редько А., Козиева И. Предпринимательская деятельность в здравоохранении. Минск : Высшее образование, 2008. 208 с.
6. Воробьев П.А. Качество медицинской помощи: проблемы оценки, контроля и управления. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. № 10. С. 6–14.
7. Воробьев П.А. Качество медицинской помощи: проблемы оценки, контроля и управления. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. № 10. С. 6–14.
8. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) / Гладун. – Тернопіль : Економічна думка, 2005. – 460 с.
9. Державна служба статистики України: веб-сайт. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 09.05.2021).
10. Донабедіан В. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я. К., 2015. С. 89-91.
11. Думанский Ю. В., Шутов М. М., Лобас В. М., Вовк С. М. Современное состояние систем здравоохранения мира: монография. Донецк : ВИК, 2013. 367 с.

12. Кармишев 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.
13. 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 Президентові України. 2016. № 1. С. 56.
14. 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 Президентові України. 2016. № 1. С. 56.
15. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. – К. : Міністерство юстиції України, 2006. – 124 с.
16. Краснова О.І., Плужнікова Т.В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 7. С. 46-48
17. Краснова О.І., Плужнікова Т.В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 7. С. 46-48.
18. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Київ: «МП Леся», 2017. – 244 с 24
19. Майданик Р. А. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація. Медичне право. 2013. № 2. С. 63-74.
20. Медична реформа: відповіді на всі питання. Коли чекати. URL: https://espreso.tv/.../2017/.../medychna_reforma_vidpovid_i (дата звернення: 07.02.2021).
21. 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.

22. Національна служба здоров'я України: веб-сайт. URL: <https://www.nszu.gov.ua> (дата звернення: 09.05.2021)
23. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон від 19.11.1992. [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради. – 1993. – № 4. – Ст. 19. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>
24. Підгаєць С. В. Механізм державно-приватного партнерства в системі інституціоналізації розвитку національної економіки : дис. ... канд. екон. наук: 08.00.03. Тернопіль, 2015. 240 с.
25. 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/>
26. 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: 03.03.2021).
27. 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>.
28. 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>.
29. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року: Закон України від 22.01.2010
30. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів від 2 листопада 2006 р. // Офіційний вісник України. – 2006. – № 45. – Ст. 3000
31. 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>
32. Солдатенко О. Європейський досвід фінансування видатків на охорону здоров'я. Юридична Україна. 2010. № 4. С. 53-58
 33. Статистичний бюлетень «Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України». URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/15/Arch_nroz_bl.htm (дата звернення: 17.11.2021).
 34. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні: тези до нормативно-правового забезпечення. Публічне право. 2013. № 2 (10). С. 57–63.
 35. 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.
 36. 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: 19.02.2021).
 37. 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: 12.11.2021).
 38. 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.
 39. 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.

40. 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.
41. 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. 2021).
42. Health Action International : Statement to 109th WHO Executive Board meeting, 2002. URL: <http://www.haiweb.org/campaign/PPI/EB109statement.html> (дата звернення: 17.11.2021).
43. 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: 12.11.2021).
44. Public Administration in Transition: Theory - Practice - Methodology / Gunnar Gjelstrup, editor; Eva Sorenson, author. NY: Djoef Publishing, 2007. 366 p.
45. 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.
46. Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: Healthsystem review. Health Systems in Transition, 2011. 13 (5):1. 266 p.
47. Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: Healthsystem review. Health Systems in Transition, 2011. 13 (5):1. 266 p.
48. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 18 June 1996. Bulletin of the World Health Organization. 1997. Vol. 77. № 1. P 48 - 49.
49. The world bank. URL: <http://www.worldbank.org/uk/country/ukraine> (дата звернення: 17.11. 2021).
50. Todorovski N. Medical law and health law is it the same? Acta Medica Medianae. 2018. Vol. 57 (2). P. 34-39.