

Міністерство освіти і науки України
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ТОНКЕВИЧ
Мар'яна Василівна
Публічне управління охороною здоров'я в умовах проведення медичної
реформи
Public health care management in the context of health care reform
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
Освітньо-професійної програми «Публічне управління та
адміністрування»
Кваліфікаційна робота за освітнім рівнем «магістр»

Виконала студентка групи ПУАзм-21
Тонкенвич М.В.
Науковий керівник: д.е.н, професор
Желюк Т.Л. _____

ЗМІСТ

ВСТУП	3
Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІЙНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	5
1.1. Охорона здоров'я як об'єкт публічного управління	5
1.2. Інституційні засади публічного управління сферою охорони з здоров'я	18
Висновки до розділу 1	24
Розділ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	27
2.1 Моніторинг стану охорони здоров'я національної економіки	27
2.2 Оцінка стратегічних інструментів управління сферою охорони здоров'я	37
2.3 Аналіз результативності управління сферою охорони здоров'я	49
Висновки до розділу 2	45
Розділ 3. ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	48
3.1 Запровадження сучасних підходів у наданні екстреної медичної допомоги	48
3.2 Організаційне забезпечення впровадження цифрових медичних послуг у державній службі України з надзвичайних ситуацій (ДСНС)	53
Висновки до розділу 3	62
ВИСНОВКИ	64
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	68

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Для забезпечення гарантованих стандартів в наданні медичних послуг, стимулювання структурні зміни в секторі охорони здоров'я цим сектором необхідно управляти.

В Україні дослідженню окремих питань публічного управління сферою охорони здоров'я присвячені праці Т. Желюк, А.Жуковської, Д. Карамишева, Г.Корицького, Н. Карпишин, О. Кириленко, О.Тулай, А.Мельник, М. Шкільняка, Т.Попович та інших. Серед зарубіжних вчених питаннями охорони здоров'я та управлінню їх діяльністю займалися І. Шейман, Р. Салтман, Т. Акімова, а також В. Семенов, Г. Поляк, Л. Трушкіна, А. Малагардіс, та інші.

Однак зовнішні пандемічні виклики, задекларовані реформи децентралізації, цифровізації вимагають напрацювання дієвого організаційного механізму публічного управління модернізацією сферою охорони здоров'я на всіх рівнях її функціонування. Саме тому дослідження інструментарію публічного управління сферою охорони здоров'я є актуальним і має мприкладний інтерес.

Мета і завдання дослідження. Метою випускної кваліфікаційної роботи є дослідження діючого сану охорони здоров'я в національній економіці, системи управління нею і вироблення рекомендацій по вдосконаленню інструментарію публічного управління сферою охорони здоров'я з врахуванням ендогенних та екзогенних викликів.

Для досягнення означеної мети вирішуємо наступні завдання:

- розглянути наукові підходи та інституційне забезпечення публічного сферою охорони здоров'я;
- оцінити діючу практику публічного управління сферою охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи;
- сформулювати найважливіші напрямки вдосконалення управління сферою охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес функціонування сфери охорони здоров'я загалом та медицини катастроф на прикладі функціональної діяльності медичних підрозділів ДСНС України.

Предметом дослідження є механізм управління сферою охорони здоров'я в сучасних умовах проведення медичної реформи.

Методи і методика дослідження. Для досягнення завдань в роботі використані методи наукового узагальнення; порівняння; системного аналізу при обґрунтуванні необхідності та сутнісних засад публічного управління сферою охорони здоров'я, для оцінювання трансформації системи публічного управління сферою охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи, моніторингу індикаторів трансформаційних змін, нормативно-правового аналізу для оцінювання створеного інституційного базису розвитку медичної галузі.

Апробація. Основні результати дослідження апробовані у роботі Університетської науково-практичної конференції молодих вчених «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (25.11.21, ЗУНУ, Тернопіль; II Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, 28 травня 2021 року). [52, 53].

Структура та обсяги роботи. Робота містить 3 розділи, 7 параграфів, висновки до розділів та до роботи, список використаних джерел.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІЙНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Охорона здоров'я як об'єкт публічного управління

Найвищою цінністю є здоров'я людини, яке характеризується гармонією духовної, психічної, фізичної, соціальної складових. Всі глобальні цілі і стратегії лежать в площині збереження здоров'я і життя людини, мінімізації його ризиків і загроз. Модель здоров'я можна описати в розрізі певних складових: видів, чинників, ознак (рис.1.1):



Рис.1.1. Складові моделі здоров'я

Примітка: побудовано автором з використанням [33]

Для характеристики здоров'я використовують досить багато індикаторів (лише у ВООЗ їх понад 300), однак найважливішими є тривалість життя, народжуваність та смертність. У всьому світі загальний коефіцієнт народжуваності, або середня кількість народжень на одну жінку протягом життя, знизився з 3,2 у 1990 році до 2,3 у 2020 році [54]. Проте, оскільки у багатьох країнах немає достовірних даних, впливе пандемії COVID-19 щодо глобального рівня народжуваності та смертності, реалістична картина може бути іншою. Дисперсія світових показників (табл.1.1) є дуже високою: при найвищій народжуваності країни Африки мають найкоротшу тривалість життя і найвищий рівень смертності.

Таблиця 1.1

Показники здоров'я та тривалості життя в світі

Країна	Всього населення (у тисячах)	Кількість народжених за рік на 1000 жителів Народжуваність	Кількість померлих за рік на 1000 жителів Смертність	Середня тривалість життя в роках	Кількість померлих дітей віком до року на 1000 народжених, Рівень дитячої смертності	Кількість дітей (дітей) на одну жінку	Швидкість зростання	Населення віком 65 років і старше (у тисячах)
Африка	1 373 486	32,2	7,7	63,8	43,1	4,24	24,1	48 898
Латинська Америка і Кариби	659 744	15,6	6,5	75,8	14,2	1,98	8,7	60 882
Північна Америка	371 108	11,8	8,9	79,3	5,5	1,75	6,0	63 805
Азія	4 679 661	15,6	7,1	74,0	22,6	2,11	8,1	427 664
Європа	747 748	10,0	11,2	78,9	3,6	1,61	-0,1	145 696
Океанія	43 220	16,1	6,8	79,0	16,6	2,31	12,5	5 615

нія								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--

Примітка: систематизовано на основі World Population Prospects. Nations Unies. 2019

На даний час у світі є сім найбільших країн за населенням (Китай, Індія, США, Індонезія, Пакистан, Бразилія, Нігерія), в яких проживає більша половина населення всього світу - 4,0 мільярда жителів (у світі 7,7 млрд).

За показником смертності найнижчий рівень має Буркіна-Фасо та Японія (з показниками відповідно 8 та 11 смертей на 1000 жителів) . Одночасно в Японії тривалість життя найвища у світі 85 років а у Буркіна-Фасо - 62 роки.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у своїх статутних документах декларує, що володіння хорошими показниками здоров'я є одним із основних прав кожної людини. Право на здоров'я включає своєчасний доступ до прийнятної, якісної та доступної медичної допомоги. Проте близько 100 мільйонів людей у всьому світі щорічно опускаються за межу бідності через витрати на охорону здоров'я. Уразливі та маргіналізовані групи, як правило, мають занадто високу частку проблем зі здоров'ям. Загальне охоплення медичними послугами є засобом заохочення права на здоров'я.

Іншою характеристикою підходів, заснованих на правах, є осмислена участь. Участь означає, що національні уряди та зацікавлені сторони – включаючи недержавні суб'єкти, такі як неурядові організації – беруть участь у всіх фазах управління даним процесом: аналіз, планування, впровадження, моніторинг та оцінка показників здоров'я.

Право на найкращий стан здоров'я згідно підходів ВООЗ передбачає виконання набору соціальних критеріїв, сприятливих для стану здоров'я всіх, зокрема наявність медичних послуг, безпечні умови праці, відповідне житло та поживне харчування. Реалізація права на здоров'я тісно пов'язана з реалізацією інших прав людини, включаючи право на їжу, житло, роботу, освіту, недискримінацію, доступ до інформації та участь.

Право на здоров'я передбачає як свободи, так і права. Свободи включають право людини контролювати своє здоров'я та тіло (наприклад, сексуальні та репродуктивні права), а також право на недоторканність

(наприклад, право не піддаватися катуванням і не піддаватися без його згоди на лікування чи медичний досвід).

Права включають право на доступ до системи охорони здоров'я, яка гарантує кожному на рівних засадах можливість користуватися найвищим досяжним рівнем здоров'я.

Політика та програми охорони здоров'я мають здатність заохочувати або порушувати права людини, включаючи право на здоров'я, залежно від того, як вони розроблені чи реалізовані. Хоча вони спрямовані на повагу та захист прав людини, вони допомагають сектору охорони здоров'я виконувати свої обов'язки піклуватися про здоров'я кожного.

Якщо права людини порушуються або враховуються недостатньо, це може мати серйозні наслідки для здоров'я. Очевидна або неявна дискримінація при наданні медичних послуг є порушенням основних прав.

Багато людей з проблемами психічного здоров'я потрапляють в психіатричні установи проти їхньої волі, навіть якщо вони здатні приймати рішення про своє майбутнє. І навпаки, коли ліжок не вистачає, члени цієї групи часто залишають лікарню передчасно, що може призвести до високого рівня реадмісії, навіть до смерті, і що також є порушенням їхнього права на лікування.

Так само жінкам часто відмовляють у доступі до послуг сексуального та репродуктивного здоров'я в розвинених країнах і країнах, що розвиваються. Це порушення прав людини, глибоко вкорінене в цінностях суспільства щодо жіночої сексуальності. На додаток до відмови в лікуванні, жінки в деяких суспільствах іноді змушені проходити такі процедури, як стерилізація, аборт або обстеження невинності.

Підхід до охорони здоров'я, заснований на правах людини, надає стратегії та рішення для протистояння та виправлення нерівності, дискримінаційної практики та несправедливої боротьби за владу, які часто є основою нерівних наслідків для здоров'я.

Підхід, заснований на правах людини, спрямований на те, щоб усі політики, стратегії та програми в галузі охорони здоров'я були розроблені таким чином, щоб поступово покращувати користування всіма правами на здоров'я. Для цього необхідно, щоб національні системи здоров'я відповідали нижче задекларованим принципам і стандартам:

1. Недискримінації: принцип недискримінації спрямований на забезпечення реалізації прав людини без будь-якої дискримінації за статевою, віковою, релігійною, політичною, мовною, світоглядною, фізіологічною ознаками чи будь-яких інших переконань, національного чи соціального походження, стану, народження, інвалідність, вік, сімейний та сімейний стан, сексуальна орієнтація та гендерна ідентичність, стан здоров'я, місце проживання чи економічне та соціальне становище.

2. Доступність: достатня кількість закладів охорони здоров'я та охорони здоров'я, товарів, послуг і програм.

3. Доступність: Оздоровчі заклади, товари та послуги доступні для всіх. Доступність складається з чотирьох взаємопов'язаних вимірів: відсутність дискримінації; фізична доступність; доступність реальна; доступність інформації.

4. Прийнятність: усі медичні заклади, товари та послуги повинні поважати медичну етику та культурні відмінності, а також враховувати потреби чоловіків і жінок протягом усього життя.

5. Якість: Якість, а також науковий та медичний рівень закладів, товарів та медичних послуг повинні бути адаптовані.

6. Підзвітність: держави та інші відповідальні організації повинні нести відповідальність за те, наскільки вони поважають права людини.

7. Універсальність: права людини є універсальними та невідчужуваними. Їх треба поважати для кожної людини, скрізь.

Політика та програми розроблені таким чином, щоб задовольнити потреби людей через створену систему підзвітності. Підхід, заснований на правах людини, визначає відносини між різними суб'єктами, щоб надати людям

можливість відстоювати свої права та заохочувати осіб, які приймають рішення, і постачальників послуг поважати їх зобов'язання створювати системи захисту прав людини.

ВООЗ прагне інтегрувати права людини в національну та регіональну політику та програми охорони здоров'я, розглядаючи основні детермінанти здоров'я як частину комплексного підходу до здоров'я та прав людини. Крім того, ВООЗ активно посилила свою технічну, інтелектуальну та політичну роль лідера у сфері права на здоров'я, включаючи: посилення спроможності Організації та її держав-членів інтегрувати підхід до охорони здоров'я, заснований на правах людини; віддаючи більше місця праву на здоров'я в міжнародному праві та в процесах міжнародного розвитку; захист прав людини, що стосуються здоров'я, включаючи право на здоров'я.

Для досягнення цілей здоров'я необхідна продумана публічна політика. Політика охорони здоров'я ставнолює цілі охорони здоров'я на міжнародному, національному або місцевому рівні та визначає рішення, плани та дії, які необхідно здійснити для досягнення цих цілей. Реально політика охорони здоров'я може досягти кількох речей: вона роз'яснює цінності, на яких базується політика; визначає бачення майбутнього, що, у свою чергу, допомагає встановити цілі та пріоритети серед них; і це полегшує встановлення цілей і віх на коротко- та середньострокову перспективу. Це може прояснити проблеми, з якими потрібно зіткнутися, чому ці проблеми потрібно вирішувати, а також можливі й ефективні способи як цього зробити. Тоді консенсус може бути зміцнений, і різні групи зацікавлених інститутів зможуть зрозуміти, якою може бути їхня очікувана роль у реалізації даної політики.

Важливою складовою публічної політики охорони здоров'я є політика громадського здоров'я, яка розробляється за допомогою дуже складних процесів, які залучають різні рівні уряду та численні зацікавлені сторони з різними потребами та інтересами. Розуміння цього процесу може допомогти розробникам політики досягти своїх цілей у сфері охорони здоров'я.

Публічна політика здоров'я є ключовим компонентом Оттавської хартії сприяння здоров'ю (1986 р.) [33]. Концепція включає політику, розроблену спеціально для зміцнення здоров'я (наприклад, заборону реклами сигарет) і політику, яка не стосується безпосередньо здоров'я, але визнана такою, що впливає на здоров'я (включаючи політику в таких секторах, як транспорт, освіта та економіка).

Згідно Оттавської хартії [33] зміцнення здоров'я - це процес, дає людям можливість впливати на своє здоров'я и покращувати його. Для досягнення повного фізичного, душевного і соціального благополуччя індивідуми та спільноти повинні бути в стані змінювати або пристосовуватися до умов навколишнього середовища. Здоров'я є ресурсом для повсякденного життя, а не існування, воно вказує на важливість особистих ресурсів, поряд з фізичними можливостями. Тому зміцнення здоров'я - це завдання не тільки сектору охорони здоров'я, необхідні зусилля по формування здорового способу життя і, в більш широкому плані, кожній державі через соціальну політику необхідно дбати про підвищення рівня загального благополуччя людей.

Політика зміцнення здоров'я включає різні, але взаємодоповнюючі компоненти, такі як законодавство, фінансові заходи, оподаткування та організаційні перетворення. Вона є узгодженою діяльністю у галузі охорони здоров'я, розподілу доходів та соціальної політики, що сприяє більш повному дотриманню принципів соціальної справедливості. Загальні зусилля допомагають забезпечити безпечні для здоров'я умови.

Політика зміцнення здоров'я в глобальному просторі передбачає виявлення перешкод для повноцінного врахування інтересів здоров'я у діяльності інших секторів, окрім охорони здоров'я, а також шляхи подолання проблем, що негативно на нього впливають. Ціль політики – створити такі умови, за яких керівникам, які визначають політику, було б легше, ухвалювати рішення з урахуванням інтересів здоров'я.

Сприяння зміцненню здоров'я здійснюється за допомогою конкретних та ефективних заходів на місцевому рівні, під час яких встановлюються

пріоритети, приймаються рішення, розробляються та виконуються стратегічні комплекси заходів, вкладених у поліпшення здоров'я.

Наріжним каменем цього процесу є розширення повноважень місцевих громад – вони мають бути повноправними господарями всіх своїх починань та своєї долі. Розвиток місцевих спільнот, що включає організацію самопомоги та зміцнення соціальної підтримки, а також розробку гнучкої системи заходів щодо залучення громадських структур до активної діяльності з управління процесами охорони здоров'я, залежить від наявних людських та матеріальних ресурсів. Це вимагає повного та безперервного доступу до інформації, можливостям набуття знань у галузі зміцнення здоров'я, а також фінансової підтримки.

З часу прийняття Оттавської хартії зросло визнання важливості соціальних детермінант здоров'я – тих умов, у яких людина народилася, виросла, живе та працює, її віку, а також необхідності постійного обліку питань охорони здоров'я при розробці політики. Охорона здоров'я є драйвером для приношення людського потенціалу.

На основі Хартії була розроблена у 2012 році Стратегія «Здоров'я-2020» – це інституційна основа політики охорони здоров'я, узгоджена державами-членами, яка за основу взяла концепцію позиціонування питань здоров'я у всіх заходах політики та визнає складність поточних завдань у галузі охорони здоров'я. Дві основні цілі Стратегії «Здоров'я-2020» полягають у тому, щоб, по-перше, зменшити розрив у рівні здоров'я (між державами-членами і всередині них), покращити здоров'я та підвищити рівень добробуту всіх людей, а по-друге, удосконалити керівництво та управління за участю громадськості на користь здоров'я.

На початку 2020 року світ зіткнувся із найважчим, незапланованим випробуванням на міцність: пандемією COVID-19. Події, що відбулися не залишають сумнівів у тому, що наші політичні, економічні та соціальні системи зазнали катастрофічної поразки, виявившись не в змозі впоратися з найсерйознішою кризою нашого часу. Внаслідок трагедії загинули люди, було

завдано колосального удару по здоров'ю. Щоб усунути негативні наслідки глобальної пандемії Загальноєвропейська комісія з питань здоров'я та сталого розвитку напрацювала низку рекомендацій.

Провідні експерти в галузі політики, біології та медицини, економіки, охорони здоров'я та соціального забезпечення, бізнесу та фінансів дійшли консенсусу щодо необхідності застосування двох новаторських підходів для подальшої роботи.

По-перше, ми повністю визнати взаємозв'язок між здоров'ям людей, тварин, рослин та планети – насамперед навколишнього середовища, біорізноманіття та клімату.

По-друге, запропонована політика «Єдине здоров'я» має бути повністю інтегрована у ширші та послідовніші стратегічні рамкові механізми, що включають економічні та фінансові, технологічні, соціальні та міжнародні стратегії. На основі даної стратегії країни повинні розробити національні стратегії «Єдине здоров'я» з метою координації дій щодо усунення взаємозв'язків та ризиків для здоров'я, що виникають у результаті взаємодії людини, тварин та навколишнього середовища. Основними детермінантами даної стратегії має бути: боротьба з нерівністю, що глибоко вкорінилася, виявляти тих, хто живе у важких умовах, і розробляти політику, спрямовану на підвищення їх безпеки; підтримувати інновації в медицині та розподіляти ризики між державним та приватним секторами у цій сфері; збільшення інвестицій у систему охорони здоров'я, особливо у систему первинної медико-санітарної допомоги та охорони психічного здоров'я, а також у кадрові ресурси охорони здоров'я; посилення систем епіднагляду, раннього оповіщення та кризового реагування; вдосконалення глобального управління в галузі охорони здоров'я за рахунок створення глобальної ради з охорони здоров'я під егідою Групи двадцяти, розробки договору щодо проблеми пандемій для спільного прийняття рішень та підготовки глобальної політики щодо вакцин; заснування загальноєвропейської ради з загроз здоров'ю та мережі боротьби з

захворюваннями з метою виконання політичних зобов'язань та вжиття рішучих заходів у разі виникнення загроз.

В цьому контексті Міністерством охорони здоров'я України спільно з стейкхолдерами сфери охорони здоров'я напрацьовано Стратегію розвитку охорони здоров'я до 2030 року, яка містить шість засадничих структурних елементів (див. рис.1.2).



Рис.1.2. Стратегічні вектори політики охорони здоров'я національної економіки

Примітка: побудовано з використанням [22, 26, 30].

Основними видами здоров'я є соматичне, фізичне, психічне, моральне, репродуктивне, популяційне.

Соматичний (я можу) - це поточний стан органів та систем органів в організмі людини. Основу його є генетична програма індивідуального розвитку. Воно залежить від того, як функціонує організм від його морфологічних та функціональних показників.

Фізичне здоров'я – рівень зростання та розвитку органів та систем організму. Основою його є резерви організму. Фізичне здоров'я характеризують сукупністю антропометричних, фізіологічних та біохімічних показників, які змінюються відповідно до природно-кліматичних умов, віку, статі, середовища

проживання та навчання. Людині необхідно знати, як повинні функціонувати органи, щоб зрозуміти, здорова вона чи в її організмі щось не так.

Психічне здоров'я – це стан психічної сфери. Його основу становить загальний душевний комфорт, який би адекватні поведінкові реакції, характер, тип вищої нервової діяльності. Психічне здоров'я залежить від того, наскільки добре ми розуміємося на своїх почуттях, вміємо ділитися ними з іншими людьми. Важливо, щоб людина розуміла, які почуття є нормальними: добро, любов, краса, співпереживання.

Моральне здоров'я (я винен) – це система мотиваційних цінностей, установок, норм поведінки індивідуума у суспільстві. Моральне здоров'я залежить від того, що ми належимо до життєвих цінностей, що для нас має найбільше значення. Воно є стрижнем нашого способу життя.

Індивідуальне здоров'я залежить від цього, як ми сприймаємо себе як особистість, у напрямі її у собі розвиваємо, чого сподіваємося досягти в особистому та суспільному житті (у сім'ї, професійній діяльності).

Популяційне здоров'я – це здоров'я населення якогось регіону, республіки. Воно визначається за низкою демографічних показників (народжуваність, смертність, середня тривалість життя) та соціально-медичних (загальна, інфекційна онкологічна захворюваність, частота захворюваності).

Репродуктивне здоров'я – це функціональний стан репродуктивних органів.

Охорона здоров'я – це невід'ємна складова збалансованого розвитку, і тому функціонування підсистем охорони здоров'я набуває особливої важливого значення у реалізації національної публічної політики. Для статистичного обліку стану охорони здоров'я використовують такі показники: «рівень імунного захисту і стійкості; рівень і гармонійність фізичного розвитку; функціональний стан організму та його резервні можливості; нормативність статевого розвитку і сексуальної поведінки; наявність дефектів розвитку і захворювання; рівень морально-вольових і ціннісно-мотиваційних установок» [22].

Для збереження здоров'я людини держава створює систему охорони здоров'я (СОЗ), яка об'єднує лікувальну-профілактичну; санітарно-профілактичну; санітарно-курортну; фізкультурно-оздоровчу; лікарських засобів та препаратів; науково-медичну; санітарно-епідеміологічну підсистеми.

Модель реформування СОЗ національної економіки включає цілі, вектори, пріоритети (рис.1.3).

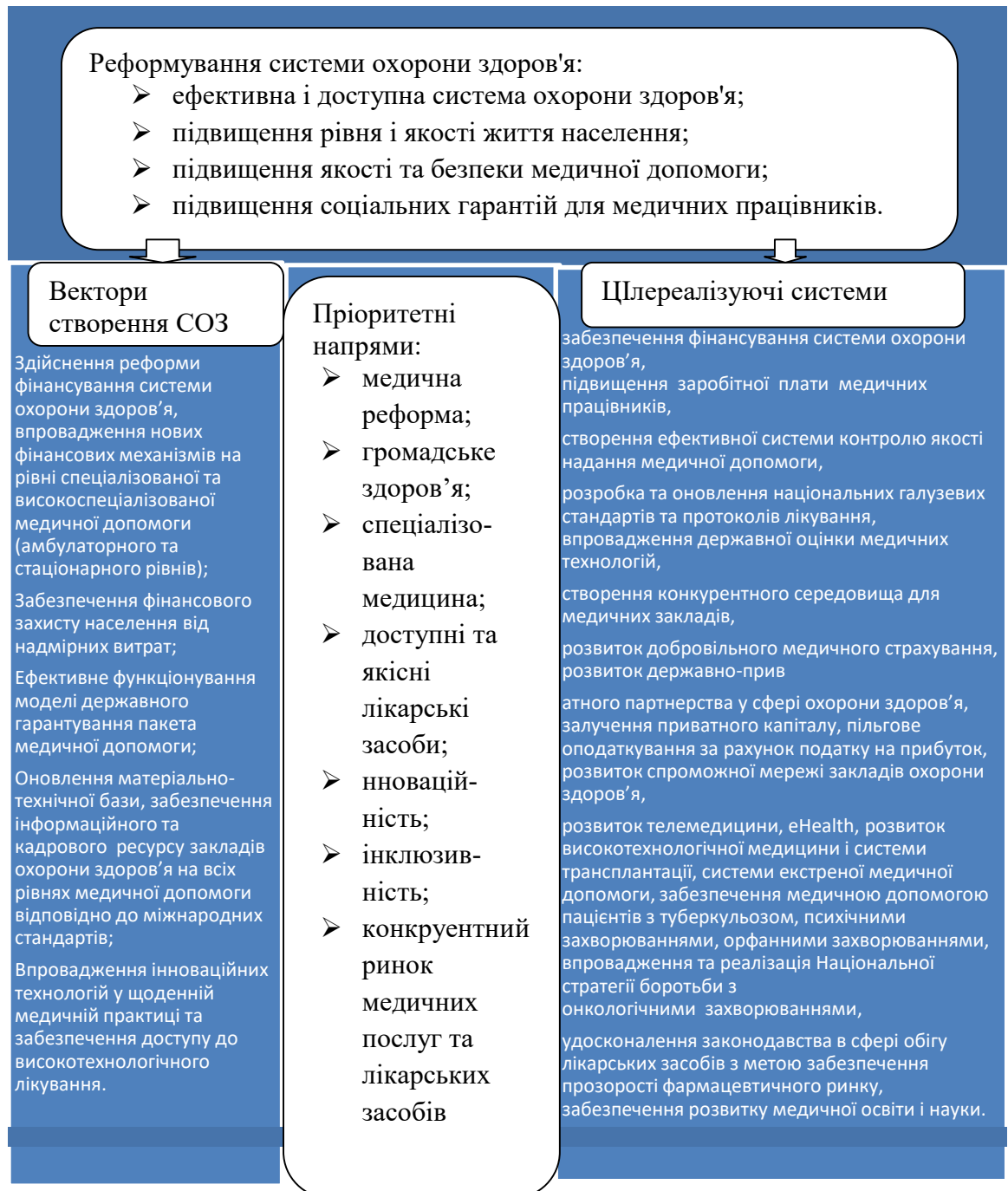


Рис.1.3. Пояснююча модель реформування системи охорони здоров'я національної економіки

Примітка: побудовано автором з використанням [51].

Згідно із інформацією МОЗ на початок 2021 року на ринку медичних послуг укладено контрактів з НСЗУ 3095 надавачами медичних послуг. «Дані заклади отримали з державного бюджету 51,6 млрд. грн. за надання послуг: 13,3 млрд. грн. на первинну допомогу; 29,7 млрд. грн. - на вторинну (спеціалізовану) допомогу; 3,7 млрд. грн. - закладам екстреної медичної допомог; 4,9 млрд. грн. - медичним закладам, що надають допомогу пацієнтам хворим на COVID-19» [4].

Об'єктом управління у сфері охорони здоров'я є система відносин, пов'язаних із утворенням закладів охорони здоров'я та надання ними медичних послуг від ліцензування, акредитації, ресурсного супроводу, фінансування, регламентування, управління якістю до оцінювання результативності (рис.1.4).



Рис.1.4. Об'єкти управління в сфері охорони здоров'я

Примітка: побудовано автором.

«Зasadничі концепти побудови національної системи охорони здоров'я визначено в ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [32].

Забезпечення здоров'я людини як найвищої суспільної цінності, вивчення впливу ендогенних та екзогенних чинників з метою їх стримування чи навпаки підтримки, є важливим завданням соціальної складової публічної політики.

1.2. Інституційні засади публічного управління сферою охорони здоров'я

Інституційний базис покликаний забезпечити конституційні гарантії щодо охорони здоров'я та медичної допомоги, закріплені Конституцією України, стаття 49 [21].

Аналіз праць вітчизняних вчених (Більнська М.М. [8], Желюк Т.Л. [13]) показує, що система управління охороною здоров'я може будуватися за трьома підходами: використання та підтримки потенціалу здоров'я, інноватизації методів та підходів до надання медичних послуг, валеологічна концепція, яка підтримує превентивні технології в управлінні охороною здоров'я. І в цьому управлінні можна орієнтуватися на людину, а можна орієнтуватися на результат. «Якщо на людину, то це передусім: «задоволення потреб людини; інклюзивний підхід до надання медичних послуг; висока якість та безпека надання послуг; наближеність до громади; швидке реагування на зміни в сфері охорони здоров'я; цифровізація послуг; інноватизація методів та підходів до надання медичних послуг; дотримання принципу міжсекторного партнерства публічних інститутів, надавачів та отримувачів медичних послуг, науковців, інвесторів». Якщо орієнтуватися на результат, то управління має бути спрямоване на: високі показники здоров'я; фінансова захищеність пацієнтів; економічна та соціальна ефективність послуг; інноватизація внутріорганізаційного менеджменту медичних закладів; сучасна система оцінювання та мотивації роботи персоналу; системні реформи; відповідальність та контроль за реалізацією реформ; доступні медичні послуги та лікарські засоби» [13].

Інституційний базис для публічної політики в сфері охорони здоров'я створюють формальні та неформальні інститути, нормативно-правові акти.

Важливою складовою інституційного супроводу публічної політики в системі охорони здоров'я є неформальні інститути. До них слід віднести, як слушно відмічає Зима І.Я. «... норми поведінки в сім'ї, відношення до свого

здоров'я, відношення до здоров'я в суспільстві, самостійне використання та доступність ліків в Україні, самолікування, використання методів народної медицини є основними інституційними елементами культури народу України в процесі охорони здоров'я» [17].

Основними нормативно-правовими актами для реалізації публічної політики є Закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», «Про лікарські засоби» [14].

Законодавчі акти підсилюються введеними в дію програмами та іншими документами національного значення. Серед таких документів необхідно визначити як головні: «Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр.», Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір, Наказом МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» [14, 22, 30].

На даний час активно триває робота над Стратегією розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року.

Іманентними ознаками даної Стратегії є «поетапне включення до тарифів на медичні послуги вартості медикаментів і витратних матеріалів, які є необхідними для надання медичних послуг у рамках програми медичних гарантій; створення вертикальної інтегрованої системи контролю за якістю надання медичної допомоги, впровадження ключових показників ефективності для керівників закладів охорони здоров'я та розроблення правил поведінки працівників сфери охорони здоров'я; розвиток національної системи донорства крові та її компонентів; покращення системи реабілітаційної допомоги завдяки збільшенню мережі відповідних закладів; вдосконалення підготовки медичних кадрів, зокрема, шляхом запровадження нової моделі інтернатури і лікарської резидентури з урахуванням вимог Директиви 2005/36/ЕС; стимулювання

розвитку вітчизняного виробництва імунобіологічних препаратів (вакцин, анатоксинів, імуноглобулінів, сироваток, тощо)» [51].

Передбачено також введення коригувальних коефіцієнтів до тарифів на медичні послуги в залежності від складності медичних випадків, об'єднання вторинної і третинної медичної допомоги в один вид – спеціалізована медична допомога; введення 1 січня 2024 року мораторію на рекламу лікарських засобів.

Крім законодавчих інструментів і стратегій для інституційної системи важливий процес генерування та реалізації управлінських рішень, уникнення бюрократичних пасток, вивчення зарубіжних конкурентних моделей управління сферою охорони здоров'я та підтримка креативних управлінців у цій сфері.

Коли ми розглядаємо сфери інституційного впливу, то тут варто виокремити такі сфери управлінського впливу:

- регулювання якості та результативності медичних послуг;
- регулювання інституційних умов надання медичних послуг через акредитацію і ліцензування;
- медична інклюзія;
- цінове регулювання платних послуг;
- інституціалізація умов медичного страхування;
- регулювання ринку медичних засобів;
- регулювання професійної діяльності лікарів.

Питання інституційної трансформації в сфері охорони здоров'я в науковій літературі представлено трьома підходами (Солоненко Л.Ф.): «...шляхом лібералізації попиту на медичні послуги, розширення спектру медичних закладів; диверсифікація переліку медичних послуг; підвищення якості медичних послуг в умовах конкурентного середовища» [49].

Систему державної політики у сфері охорони здоров'я можна представити системою інститутів (рис.1.5).

Політика охорони здоров'я є складовою соціальних векторів політики національної безпеки. Відповідно до Закону України «Про національну безпеку України» (Стаття 3) вона спрямована на захист особи та громадянина, у тому

числі їх життя та гідності. З врахуванням Стратегії національної безпеки України, Стратегії розвитку людини, Указу Президента України «Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та надання додаткових гарантій медичного персоналу» держава гарантує забезпечення конституційного права громадян України на охорону здоров'я та медичне обслуговування.

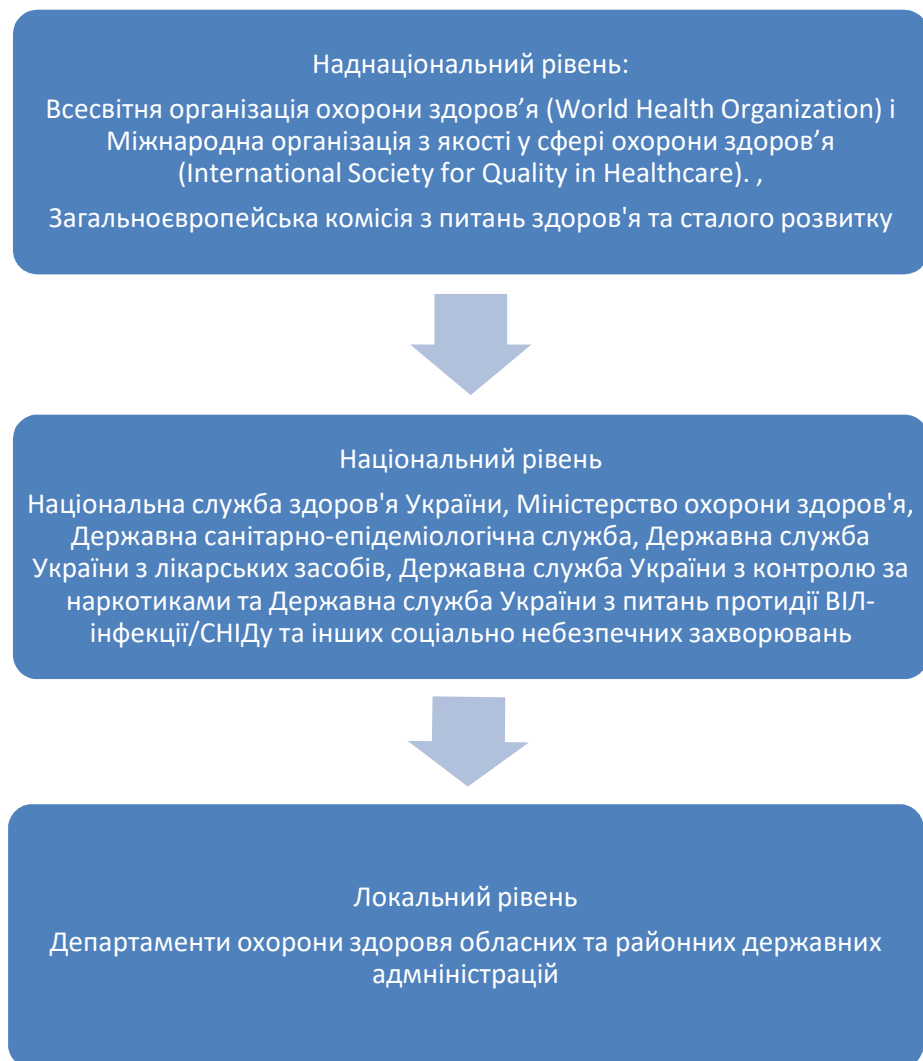


Рис. 1.5. Рівнева інституційна модель реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я

Примітка: побудовано автором.

«Основи державної політики у сфері охорони здоров'я визначає Верховна Рада України - шляхом закріплення конституційних і

законодавчих засад охорони здоров'я, визначення мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів розвитку медичної галузі» [32].

Президент України є гарантом дотримання конституційного права громадян на якісну медичну допомогу.

Компетенція Кабінету Міністрів України напрацьовує та реалізує економічні та організаційні важелі управлінського впливу на охорону здоров'я.

«Міністерство охорони здоров'я у межах своїх повноважень виконує такі функції: розробка, координація та контроль за виконанням державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості; контроль і нагляд за дотриманням санітарного законодавства, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення; контроль за усуненням причин і умов виникнення та поширення інфекційних хвороб, масових неінфекційних захворювань, отруєнь та радіаційних уражень людей» [32].

Управління (департаменти) охорони здоров'я у складі місцевих органів виконавчої влади здійснюють прогностичні функції, заходи превентивного характеру, сприяють наданню медико-санітарної допомоги населенню, послуг експертизи, координаційні функції в частині дотримання державних стандартів, вимог, спрямованих на збереження благополуччя населення.

Крім перерахованих інститутів публічне управління здійснюють: Національна рада з питань охорони здоров'я населення; Міжвідомча комісія по боротьбі з туберкульозом; Національна координаційна рада боротьби з наркоманією; Міжвідомча координаційна рада з питань міжгалузевої взаємодії при МОЗ; ДП «Медичні закупівлі України».

Результати тендерів нового держпідприємства «Медичні закупівлі України» виявилися успішними: ефективність протягом 2019-2020 рр була до 34% і були нижчі ціни, ніж у регіональних закупівель. Більшість аукціонів, що пройшли у 2018 році були набагато нижчими, ніж у системи ProZorro. Такі низькі ціни стали можливими за рахунок агрегування потреб на медичні засоби.

Локальний рівень управління представляють органи місцевого самоврядування. Місцеві органи в питаннях управління охороною здоров'я реалізують державні та регіональні цільові програми розвитку галузі, санітарно-гігієнічне благополуччя населення, забезпечення медичною допомогою, яка гарантується державою, контролюють дотримання медичних стандартів.

З 2017 року органи місцевого самоврядування отримали більше повноважень у сфері управління сферою охорони здоров'я. В результаті реформи децентралізації доходи місцевих бюджетів зросли з 68.6 млрд.грн., до 104,9 млрд.грн. [43]. З 1 серпня 2018 року через розпорядника Національну службу здоров'я України державою оплачуються послуги первинної ланки (дільничі сімейні лікарі, педіатри), а з 1 квітня 2020 року держава оплачує лікарням, які відповідають встановленим вимогам до якості, надання послуг, що входять до гарантованого пакету на вторинному рівні спеціалізованої медичної допомоги

З метою забезпечення швидкого та мобільного перерозподілу ліків, зменшення бюрократичних бар'єрів МОЗ України дерегулювало перерозподіл ліків та виробів медичного призначення та надав заклади охорони здоров'я незалежно від регіону та місця для перерозподілу ліків та виробів медичного призначення.

Для забезпечення ротації медичних засобів, їх продуктивного використання становлено, що лікарні мають забезпечити першочергове використання ліків та виробів медичного призначення з меншим терміном придатності.

Крім того, для ефективного використання ліків, виробів медичного призначення та вакцин обласні служби охорони здоров'я та лікарні зобов'язані ініціювати перерозподіл до МОЗ України принаймні за п'ять місяців до закінчення терміну придатності або у разі передбачуваної неможливості використання ліки та ліки. коли термін придатності лікарських засобів і

виробів медичного призначення становить не менше 30% загального терміну придатності.

Для моніторингу наявності ліків, виробів медичного призначення та вакцин у закладах охорони здоров'я та в областях Уряд звернувся до відомств з проханням оприлюднити на своїх сайтах інформацію про запаси ліків та ціну, за якою вони закупаються, незалежно від бюджету. - місцевий або державний. Ця публікація також здійснюється на онлайн-ресурсі eliku.in.ua, яким користуються заклади охорони здоров'я в усіх регіонах України і є безпрецедентним прикладом співпраці пацієнтів, лікарень та держави. Це ще один крок до громадського контролю за використанням дорогих ліків та медичних виробів.

Крім того, обласні управління уповноважені здійснювати моніторинг залишків ліків та вакцин у кожному закладі охорони здоров'я області та у разі потреби оперативно перерозподіляти їх між закладами охорони здоров'я, координуючи процес відпуску ліків безпосередньо пацієнту на рівні області.

Висновки до розділу 1

Результати дослідження в даному розділі дозволи отримати такі висновки.

Реалізація права на здоров'я є базовою потребою життєдіяльності і пов'язане з реалізацією інших прав людини. Воно включає як свободи, так і права. Свободи включають можливість людини контролювати своє здоров'я та тіло (наприклад, сексуальні та репродуктивні права), право на недоторканність (наприклад, право не піддаватися катуванням і не піддаватися без його згоди на лікування чи медичний досвід). Права включають право на доступ до системи охорони здоров'я, яка гарантує кожному на рівних засадах можливість користуватися найвищим досяжним рівнем здоров'я.

Забезпечуються права і свободи через інструменти публічної політики, яка «визначається цілями, принципами та співвідношеннями елементів системи, а також суспільним устроєм, політичним і соціально-економічним

становищем, традиціями, культурою, історією, релігією, іншими чинниками та системою спеціальних компенсаторів, характерною для кожної окремої країни» [46]. Вона лежить в корі дорах цілей сталого розвитку національної економіки та забезпечення соціальної складової національної безпеки.

Система охорони здоров'я має будуватися відповідно до потреб країни в охороні здоров'я.

Реформування системи охорони здоров'я в умовах України передбачає ефективну і доступну систему охорони здоров'я; підвищення рівня і якості життя населення; підвищення якості та безпеки медичної допомоги; підвищення соціальних гарантій для медичних працівників.

Для збереження здоров'я людини, продовження її життя в масштабах держави створена система охорони здоров'я (СОЗ), яка є сукупністю взаємопов'язаних підсистем: лікувально-профілактичної; санітарно-профілактичної; санітарно-курортної; фізкультурно-оздоровчої; лікарських засобів та препаратів; науково-медичної; санітарно-епідеміологічної.

Пріоритетні напрями її функціонування є : усі рівні медичної допомоги, цифрове та громадське здоров'я; спеціалізована медицина; доступні та якісні лікарські засоби; інноваційність; інклюзивність; конкурентний ринок медичних послуг та лікарських засобів.

Об'єктом управління у сфері охорони здоров'я є система відносин, пов'язаних із утворенням закладів охорони здоров'я та надання ними медичних послуг, ліцензуванням, акредитацією, ресурсним супроводом, фінансуванням, регламентуванням, управлінням якістю, оцінюванням результативності. Сюди також входять доказова медицина, медичні ризики, комунікації, багатоланкова мережа, структурні трансформації, стандарти,

Система управління охороною здоров'я може будуватися за трьома підходами: використання та підтримки потенціалу здоров'я, інноватизації методів та підходів до надання медичних послуг, валеологічна концепція, яка підтримує превентивні технології в управлінні охороною здоров'я.

Інституційний базис для публічної політики в сфері охорони здоров'я створюють формальні та неформальні інститути, нормативно-правові акти. Важливою складовою інституційного супроводу публічної політики в системі охорони здоров'я є неформальні інститути, оскільки вони формують основу превентивної моделі управління сферою охорони здоров'я. До них слід віднести, відношення до здоров'я як кожної людини так і суспільства в цілому, використання методів народної медицини, тетахілінгу (енергетичних практик), що власне формує потенціал політики охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Моніторинг стану охорони здоров'я національної економіки

Для оцінювання стану здоров'я в Україні використовується показники індексу здоров'я, який розраховується експертним методом шляхом опитування населення щодо задоволення отримання ними медичних послуг. Результати такого опитування в 2020 році (див.рис.2.1) показали, що 14,3% респондентів вважають, що якість медичної допомоги, яку надають сімейні лікарі, дільничні терапевти або педіатри, покращилася за останній рік.

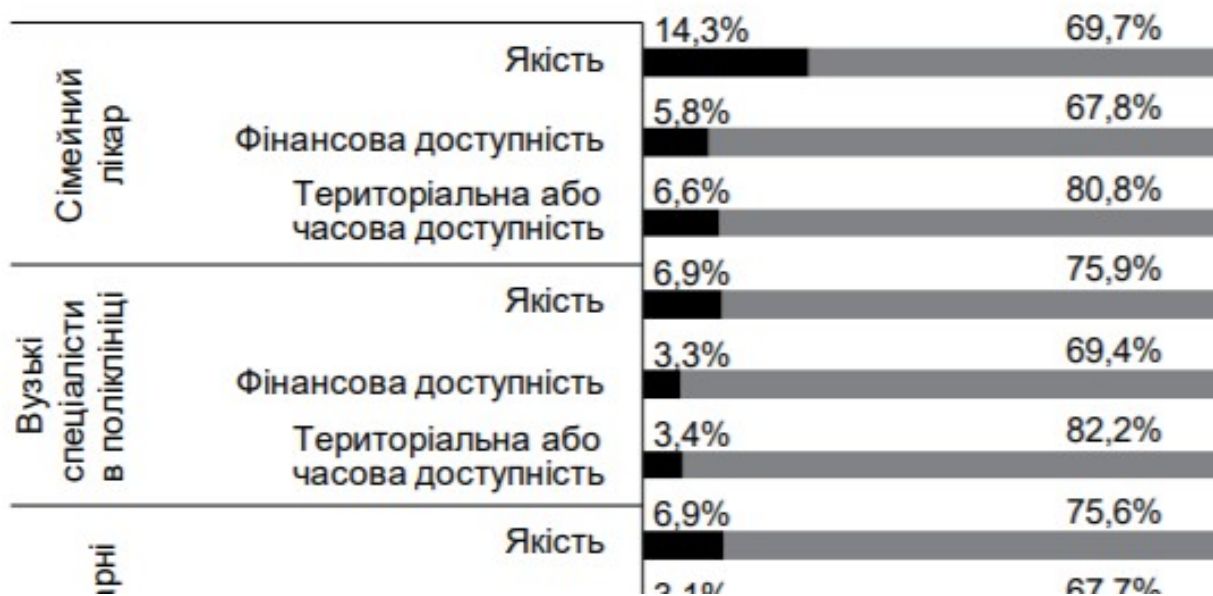


Рис.2.1. Основні складові індексу здоров'я населення України у 2020 році

Примітка: складено на сонові інформації [44].

При цьому 69,7% респондентів вважають, що якість не змінилася, а 16% обрали відповідь, що якість погіршилася. Щодо зміни доступності допомоги сімейного лікаря, дільничного терапевта чи педіатра, то 5,8% респондентів вказали на її покращення, а 26,4% – на її погіршення. При цьому 80,8% респондентів вважають, що територіальна доступність цієї допомоги залишилася незмінною. Загалом територіальна чи тимчасова доступність різних

видів медичної допомоги, на думку респондентів, за останній рік також мало змінилася. Найгірша ситуація з доступністю охорони здоров'я - з усіх аспектів, що оцінюються, саме той, який отримав найбільш «гірше», і це вірно для всіх розглянутих рівнів охорони здоров'я.

Якщо проаналізувати значення індексу здоров'я для Тернопільської області (табл. 2.1), то можна помітити, що лівова частка населення задоволенні первинним рівнем надання медичних послуг і половина населення вважають себе здоровими. Однак витрати на медикаменти забирають третину витрат українців, що вказує на низький рівень добробуту громадян.

Таблиця 2.1

Показники індексу здоров'я для Тернопільської області

Показники індексу	2017 рік	2018 рік	2019 рік	2020 рік
1	2	3	4	5
Задоволені дільничним терапевтом / сімейним лікарем	84%	78%	80%	84%
Задоволені медичною допомогою в стаціонарі	76%	58%	65%	58%
Зверталися до лікаря в останньому випадку хвороби	52%	58%	71%	84%
Проходили профілактичні медогляди за останні 12 міс.	47%	77%	56%	65%
Витрати на ліки протягом останніх 30 днів (грн.)	916	1118	1103	1625
Відвідували навіть в умовах низької платоспроможності за останні 12 міс.	72%	85%	92%	92%
Не відмовлялися від вакцинації для своїх дітей	58%	61%	75%	71%
Знають хоча б два симптоми інсульту	21%	30%	23%	38%

Продовження таблиці 2.1

1	2	3	4	5
Оцінюють свій стан здоров'я як добрий або дуже добрий	37%	39%	51%	49%
Не мають надлишкової ваги або ожиріння	50%	48%	46%	44%
Вимірювали тиск протягом останнього року	-	82.2%	-	-

Примітка: наведено на основі інформації [44]

Аналізуючи фінансові індикатори розвитку системи охорони здоров'я в Україні, слід сказати, що вони є одними із найнижчих у світі, 89 місце у світі серед 184 країн за видатками на охорону здоров'я на душу населення та 108 місце за показником тривалості життя, (табл.2.2). Адже, якщо видатки на душу населення в Україні знаходяться на рівні 63 доларів на рік, то в США 10566 дол., Швейцарії – 7317 дол., Норвегії –6187 дол., Швеції –5647 дол., Канаді–4974 дол., Франції–4965 дол., Японії–4766 дол., Фінляндії–4266 дол., Великобританії –4070 дол. , Туреччині 1277 дол., одній із найбідніших країн Індії – 266 дол., тощо. [47]

У країнах OECD 76% (51–85% витрат на душу населення в порівнянні з американською моделлю) витрат на охорону здоров'я здійснюється за кошти держави або через систему обов'язкового медичного страхування. «У США з моменту прийняття закону про доступну допомогу (Affordable Care Act) у 2014 р. ця частка становить 85%, що відображає наявність індивідуального мандату на придбання медичного страхування. Федеральні та державні програми, такі як Medicaid та Medicare, продовжують відігравати важливу роль у придбанні медичної допомоги» [47].

Таблиця 2.2

**Аналіз індикаторів підтримки розвитку сфери охорони здоров'я в
Україні за 2015-2021 рр.**

Показники	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (прогноз)	Темпи ррросту 2020 до 2015, в %
Реальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, в грн.	1 657	1 553	1850	1 897	1 959	1 988	1 848	20
Витрати на охорону здоров'я у % до ВВП	3,6	3,2	3,4	3,3	3,2	3,0	3,0	-14,8
Чисельність населення (млн)	42,8	42,7	42,5	42,3	42,0	41,8	41,8	-2.4
Економічне зростання (зміна реального ВВП у %)	-9,8	2,4	2,5	3,4	3,2	3,7	3,5	-
Частка видатків на охорону здоров'я у консолідованих видатках державного бюджету	10,4	9,0	9,7	9,3	9,4	9,2	9,2	-11,5

Примітка: складено на сонові інформації Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства [20].

Хоча фактичні реальні видатки на охорону здоров'я зросли на душу населення на 20% з 2015 по 2020 рр., всерівно вони є найнижчими в порівнянні з іншими крахнами світу. Навіть це збільшення стало можливим за рахунок зменшення чисельност населення на 2,9%. Одночасно знизилися бюджетні консолідовані видатки на охорону здоров'я з 3,6% до 3,0% ВВП, що вказує на значно повільніші темпи зростання витрат держави на охорону здоров'я від

темпів зростання всієї економіки. Якщо ця тенденція збережеться до 2022 року, залишаючись на рівні 3%, очікується, що фактична вартість медичного захисту скоротиться до 8,4%. Це при тому, що у світі згідно Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), витрати на охорону здоров'я збільшуються швидше зростання світової економіки і становлять 10 % глобального ВВП, у бідних країнах вартість медичних послуг щорічно зростає на 6 %, а в багатих - на 4%.

Щоб досягнути позитивної динаміки розвитку медичної галузі було скорочено державні витрати (з 34,2% до 32,9% ВВП), що означає, що загальний обсяг державних витрат на економіку фактично зменшився.

Скорочення витрат на охорону здоров'я протягом 2012-2019 років пояснювалися скороченням поступлень до Пенсійного фонду. У консолідованих видатках (на всіх рівнях влади), інвестиціях в економічну інфраструктуру, освіта та безпека поступово замінюються видатками на охорону здоров'я. Охорона охорона здоров'я є однією з головних пріоритетних галузей соціальної сфери, що підтримуються державою на всіх рівнях управління. Масштабна реформа фінансування системи охорони здоров'я з 2017 року передбачала централізацію видатків на придбання пакета медичних послуг. Однак, коли Уряд консолідував свої ресурси у 2020 році для централізованого фінансування пакету базових медичних послуг, одночасно вдвічі зменшив дотацію на додаткове утримання закладів охорони здоров'я та освіти.

Практика бюджетування останніх років засвідчує не надто сильну динаміку зростання бюджетних асигнувань на структурну модернізацію галузі. Навпаки, фінансування охорони здоров'я знизилося порівняно з іншими витрати державного бюджету. Не було надано жодних додаткових фінансових преференцій для системи охорони здоров'я. Недостатній пріоритет здоров'я у публічній політиці держави порівняно з іншими секторами залишається питанням політичного вибору.

Реформа системи фінансування охорони здоров'я у 2017-2020 роках була спрямована на нівелюванні фінансових обмежень та запровадження в

системі бюджетування методу програмно-цільового спрямування видатків на охорону здоров'я. «Оскільки НСЗУ адмініструє основний пакет медичних послуг у якості єдиного національного закупівельника на основі договорів про медичне обслуговування з 2020 року, а також оскільки багато постачальників медичних послуг міняють свій правовий статус на комунальне некомерційне підприємство, відтепер може працювати одна всеохоплююча бюджетна програма – Програма медичних гарантій (ПМГ) України, яка включає первинну, спеціалізовану та екстрену допомогу. Однак, ефективне функціонування Програми медичних гарантій обмежується якістю даних, які використовуються для оцінки витрат в рамках стратегічних закупівель» [37].

Однак в процесі реформування системи охорони здоров'я поступово здійснюється перехід на використання даних електронної системи охорони здоров'я e-Health.

Дослідження охорони здоров'я дало можливість виокремити певні стимулюючі та стримуючі чинники її розвитку :

зниження народжуваності та висока смертність, проблеми з репродуктивним здоров'ям населення, поширення гострої коронавірусної хвороби COVID-19, висока ймовірність епідемій у зв'язку з появою нових збудників інфекцій, наявність інших біологічних загроз, недостатнім потенціалом втручання в надзвичайних ситуаціях;

реформування системи охорони здоров'я здійснюється переважно несистемно і охоплює лише фінансовий аспект;

відсутність єдиного медичного простору та неоднорідність організаційно-правових форм функціонування державних і комунальних закладів охорони здоров'я, що призводять до дисбалансу у функціонуванні галузі, неефективного державного управління у сфері охорони здоров'я та ускладнень у плануванні діяльності на всіх рівнях національної системи охорони здоров'я;

ціноутворення на платні медичні послуги в рамках реалізації програми державних гарантій медичної допомоги населенню відбувається без урахування

документів щодо стандартизації медичної допомоги, що призводить до невідповідності цін і реальних витрат закладів і призводить до неможливості надати пацієнтам медичну допомогу належного обсягу та якості;

спроможність української системи охорони здоров'я впливати на демографічну ситуацію, покращувати стан здоров'я та якість життя населення обмежена через втрату профілактичної складової в організації медичної допомоги;

рівень гарантування організаційних, фінансових, інформаційних, персональних, технічних, технологічних та інших потреб системи охорони здоров'я вкрай недостатній для задоволення потреб населення у рівному доступі до медичної допомоги;

не має цілісної стратегії кадрового забезпечення галузі спеціалістами необхідного профілю, що призводить до відтоку висококваліфікованих спеціалістів та молодих спеціалістів галузі.

2.2 Оцінка стратегічних інструментів управління сферою охорони здоров'я

Якщо розглядати конкретний механізм управління сферою охорони здоров'я, то його, як слушно відмічає Желюк Т.Л. [13] умовно можна представити у вигляді організаційної та економічної підсистем (див. рис.2.2). З рисунку видно, що стратегічне планування є базовим основоположним інструментом для визначення стратегічних векторів, цілей та цілереалізуючих ситсем для розвитку сфери охорони здоров'я.

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на 2015-2020 роки визначила можливі напрями реформи охорони здоров'я. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я 2030 (проект) є синергетикою стейкхолдерів сфери охорони здоров'я в тому числі міжнародних партнерів.



Рис.2.1. Механізм реалізації публічного управління сферою здоров'я національної економіки

Примітка: побудовано на основі [28]

«В основу розробки Стратегії розвитку зохорони здоров'я України покладено Національна економічна стратегія (2030), Стратегія економічної безпеки (2025), Стратегія із створення безбар'єрного простору (2030), Стратегія людського розвитку, Національна стратегії у сфері прав людини, Державна стратегія регіонального розвитку (2027), Стратегія комунікації у сфері європейської інтеграції (2021), а також низка міжнародних документів та зобов'язань національної економіки: Цілі сталого розвитку тисячоліття ООН, Угода про асоціацію між Україною та ЄС, Оцінки з дотримання прав людини відповідно до механізму Універсального періодичного огляду Загальноєвропейської комісії з питань охорони здоров'я, Зобов'язання за Меморандумом про взаєморозуміння між Україною та ЄС, Зобов'язання

України перед МВФ в частині соціальних питань, Цілі сталого розвитку охорони здоров'я на 2016-2030 рр. ООН» [14].

Також Стратегія розвитку сфери охорони здоров'я опирається на вже напрацьовані стратегічні та програмно-планові документи, які є розроблені в сфері охорони здоров'я:

«Стратегія розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню, Стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні (2025), Стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам (2030), Стратегія розвитку імунопрофілактики (2022), Стратегія розвитку національної системи крові (2022), Стратегія розвитку медичної освіти, Стратегія державної політики щодо наркотиків (2030), Національна стратегія контролю онкологічних захворювань (2030)» [14].

Загалом модель Стратегії носить людиноцентричний характер, її можна подати через рис.2.3.

Завдання Стратегії	Людиноцентричний характер	Сфери реалізації Стратегії
<ul style="list-style-type: none"> •Продовжувати реформу охорони здоров'я, спираючись на успіхи та враховуючи отримані уроки •Рухатись у напрямку забезпечення Universal Health Coverage (UHC) •Покращити показники здоров'я населення, ріння задоволеності послугами, та рівня захисту фінансових ризиків •Забезпечити фактологічний підхід до процесу, одночасно визнаючи контекстуальну специфіку та потреби •Забезпечити узгодженість з Цілями сталого розвитку та міжнародними зобов'язаннями України перед її партнерами •Залучити громадянське суспільство та стейкхолдерів до процесу розробки Стратегії та консультацій 	<ul style="list-style-type: none"> •Послуги спільно вироблені для того, щоб відповідати потребам людей •Послуги координовані для забезпечення безперервної допомоги •Послуги є комплексними, безпечними, ефективними, своєчасними та доступними •Всі надавачі послуг вмотивовані, мають відповідні знання та навички, працюють в підтримуючому середовищі 	<ul style="list-style-type: none"> •Надання медичних послуг та їх фінансування •Громадське здоров'я та боротьба з епідеміями •Доступ до лікарських засобів та медичних виробів •Освіта, наука та медичні кадри

Рис.2.3. Структурні блоки Стратегії розвитку охорони здоров'я України до 2030 року

Примітка: побідовнао на сонові інформації МОЗ України [4].

«Відповідно до цілей сталого розвитку охорони здоров'я в рамках глобальної Стратегії сталого розвитку до 2030 року передбачено орієнтацію системи управління охороною здоров'я на стимулювання здорового способу життя для всіх і в будь-якому віці» [51].

Саме тому, керівними принципами Стратегії розвитку охорони здоров'я України до 2030 року є орієнтованість на людей, що позиціонує на прешому місці права людини, справедливість, людський розвиток, людино-центровану медичну допомогу, біо-психосоціальну модель, спільне вироблення послуг охорони здоров'я (co-production), гендерно чутливий (gender-sensitive) та перетворюючий/ трансформуючий (gender-transformative) підхід до надання медичних послуг, політику та прийняття рішень на основі доказовості (evidence-based, data-driven policy and decision making), розвиток конкурентного ринку охорони здоров'я, відповідальність держави за стандарти медичної допомоги.

Результати стратегічного планування зводяться до: створення єдиного медичного простору, в якому працюватимуть єдині інституційні правила, єдина модель, яка забезпечує збалансоване, доказове, безперервне надання послуг; централізованої моделі закупівель послуг НСЗУ, створення конкурентної мережі надавачів послуг в сфері охорони здоров'я (ОЗ), що відповідає потребам людей; максимальної фінансової захищеності при отриманні послуг в ОЗ, відсутності неформальних платежів; функціонування системи управління якістю в ОЗ на національному, регіональному та локальному рівнях; ефективної системи самоврядування працівників в сфері ОЗ з індивідуальним ліцензуванням фахівців; забезпечення безперервності лікування на всіх рівнях надання медичної допомоги; наявності ефективною системи готовності та реагування ОЗ в надзвичайних ситуаціях.

В питаннях розвитку громадського здоров'я (ГЗ) стратегічне планування направлене на функціонування конкурентоспроможної системи ГЗ, спрямованої на збереження здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення та реагування на виклики для здоров'я; з забезпеченням

необхідного доступу до якісних профілактичних послуг, спрямованих на збереження здоров'я.

Стратегія 2030 направлена на забезпечення доступності до ліків та лікарських засобів. В цьому контексті має бути створено незалежну Агенцію з оцінка медичних технологій, що забезпечує обґрунтованість та доказову базу вибору лікарських засобів (ЛЗ) та медичних виробів (МВ), що закупаються державою в рамках ПМГ.

Передбачається гармонізація політики доступу до ЛЗ та МВ, що має бути затверджено перелік пріоритетних хвороб та станів, регулярно оновлюватися протоколи лікування, має бути створено позитивний перелік ЛЗ, де діятиме нова політика ціноутворення.

В рамках Стратегії гарантується відсутність дефіциту критичних ЛЗ: локалізація виробництва, державні програми стимулювання R&D, механізми екстреного доступу до ЛЗ та МВ, тощо.

Національне регулювання ринку ЛЗ та МВ повинно до 2010 року бути адаптованим до кращих світових практик: передусім має бути запроваджено стандарти GxP, всі ЛЗ мають 2Д кодування (ЄС), для дотримання принципів етичної конкуренції.

Особливий акцент в системі стратегування робиться зміцненню кадрового потенціалу. В проекті Стратегії 2030

1. Медична освіта та наука відповідає європейським стандартам. Це означає, що освітні програми відповідають стратегічним цілям країни; система оцінки якості медичної освіти за європейськими критеріями; практичні навички набуваються на базі університетських клінік та симуляційних центрів на додипломному, післядипломному рівнях та під час БПР; введена резидентура; система БПР відповідає потребам медичної спільноти, наукові дослідження на актуальні теми у сфері ОЗ проводяться за рахунок грантової підтримки та на принципах відкритості та прозорості

2. Функціонує ефективна система лідерства та управління КРОЗ, в рамках якої функціонує інститут менеджменту; система планування

середньострокової потреби в КРОЗ ефективна, самоврядні професійні організації відіграють ключову роль у допуску до професії та професійному розвитку; функціонує система корпоративного управління ЗОЗ, впроваджено професійне ліцензування, функціонують інформаційні системи КРОЗ

3. Людиноорієнтованість є основним пріоритетом професійної діяльності працівників у сфері. Зокрема, працівники ОЗ здатні надавати належний рівень якості медичних послуг; професійна діяльність кадрів в ОЗ забезпечує право пацієнта на гідне ставлення під час отримання медичних послуг, введена система професійних стандартів, розширені повноваження медичних сестер/медичних братів, до надання медичних послуг залучені немедичні працівники

4. Забезпечується професійне благополуччя працівників в охороні здоров'я, передусім оплата праці здійснюється за результат та відповідає рівню конкурентного оточення; соціальний захист гарантовано державою та роботодавцем; безпечні та комфортні умови праці створені роботодавцем; впроваджено страхування професійної відповідальності.

Інноваційною складовою трансформації в стратегічному управлінні є створення моделі цифрового здоров'я. До 2030 року має бути: створено єдиний медичний інформаційний простір з національною і транскордонною інтегрованістю та наскрізними процесами та сервісами; визначено і забезпечено інфраструктурні та технічні умови надання якісних медичних послуг з використанням ІТ систем на всіх рівнях, включно з приватним сектором, та створено передумови впровадження інтелектуальних систем підтримки прийняття рішень; забезпечено механізми збору та контролю якості даних, візуалізації та аналізу відкритих даних, дані є прозорими та актуальними в рамках всієї системи ОЗ; створено зручні та прозорі механізми доступу користувачів до повних даних про своє здоров'я, доступні та надані послуги, ризики та профілактику, управління цією інформацією; створено сталі інституції з чіткою моделлю управління, що забезпечує гнучкість та ефективність розвитку eHealth та існування ринку eHealth з саморегуляцією,

інтероперабельністю; відпрацьовано ефективні механізми розвитку та підтримки цифрових компетенцій користувачів електронних медичних технологій пацієнтами та лікарями

Екосистема eHealth має стати інформаційно-аналітичним базисом для прийняття управлінських рішень в тому числі з використанням підходів Big Data та технологій штучного інтелекту. Телемедицина має ефективно працювати для будь-якого пацієнта в будь-якій точці України та забезпечує розширення покриття та доступність послуг

2.3 Аналіз результативності управління сферою охорони здоров'я

Оцінювання результативності управління охороною здоров'я в рамках даного дослідження проаналізуємо на прикладі взаємодії МОЗ і установ Державної служби надзвичайних ситуацій (ДСНС). Дана взаємодія передбачає співпрацю між інститутами ДСНС та МОЗ (рис. 2.4)

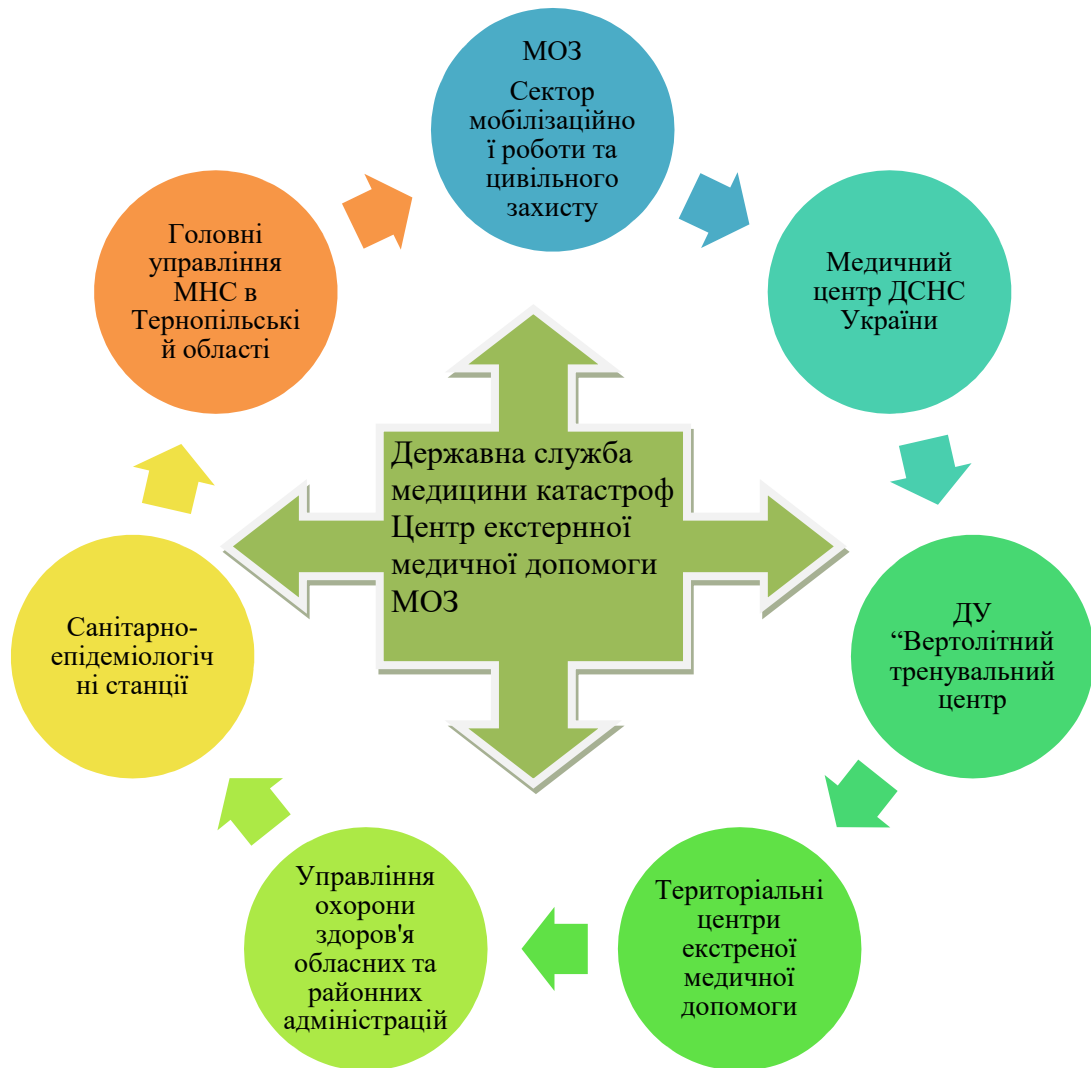


Рис.2.4. Інституційна взаємодія установ ДСНС України і МОЗ України

Примітка: побудовано автором.

Така взаємодія дозволяє досягнути задекларованого стратегічного вектору розвитку сфери охорони здоров'я в частині створення ефективної системи готовності та реагування в надзвичайних ситуаціях.

Суть такої співпраці полягає в «прогнозуванні та оцінюванні медико-санітарної обстановки; попередженні та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій; рятуванні життя та збереження здоров'я людей; проведенні аеромедичної евакуації хворих ; наданні ураженим і постраждалим усіх видів медичної допомоги в необхідних обсягах і в оптимальні терміни; ліквідації епідемічних осередків інфекційних захворювань та забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя населення у зонах надзвичайних ситуацій; охороні здоров'я населення і профілактики захворювань; збереженні

життя і здоров'я населення; професіоналізації кадрового складу в питаннях порятунку життя» [29].

В співпраці з МОЗ ДСНС та його структурні підрозділи виконують низку функцій: інформаційного, медико-санітарного забезпечення, контролюючого характеру

МОЗ в умовах надзвичайних ситуацій:

- приводить у режим підвищеної готовності до ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій сили та засоби ДСНС, установ та закладів охорони здоров'я, Держсанепідслужби України відповідної галузі;
- своєчасно визначає сили, засоби закладів охорони здоров'я та державної санітарно-епідеміологічної служби для ліквідації наслідків НС;
- організовує та здійснює санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи на територіях, що прилягають до зони надзвичайної ситуації;
- посилює моніторинг радіаційного фону, хімічного забруднення атмосферного повітря, бактеріологічного та хімічного забруднення води з відкритих джерел та водопровідних мереж, продуктів харчування

Заходи щодо запобігання або зниження ступеня шкоди людям, своєчасного надання медичної допомоги постраждалим та їх лікуванню, забезпеченню епідемічного благополуччя повинні включати: планування та використання наявних сил та засобів медичних установ, незалежно від форм власності та управління; розгортання необхідної кількості мобільних медичних закладів в умовах надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру; раннє застосування профілактичних препаратів та санітарно-епідеміологічних заходів; контроль якості харчових продуктів та харчової сировини, питної води та джерел водопостачання; контроль за станом атмосферного повітря та опадів; раннє створення та підготовка спеціальних

лікувальних формувань; накопичення медичних засобів захисту, медичного та спеціального майна та обладнання; контроль за станом довкілля, санітарно-епідеміологічною обстановкою; підготовку медичних кадрів та загальна санітарна освіта населення.

В першому півріччі 2021 року в Україні було зареєстровано 51 надзвичайну ситуацію (НС) (табл.2.3) із них имають місце: техногенні надзвичайні ситуації – 19; Надзвичайні ситуації природного характеру – 28; надзвичайні соціальні ситуації - 4. Внаслідок цих надзвичайних ситуацій загинули 63 особи (з них 4 діти), 161 особа отримали поранення (з них 106 дітей). У 2021 році продовжувався розвиток надзвичайної медико-біологічної ситуації на державному рівні, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. За даними МОЗ України, з початку надзвичайної ситуації зафіксовано 2 231 914 випадків захворювання на COVID-19. - В Україні зареєстровано 19 коронавірусів, з них 52 181 випадок із летальним наслідком.

«Порівняно з аналогічним періодом 2020 року, загальна кількість НС у 2021 році зменшилася на 7,3%, при цьому кількість НС техногенного характеру зменшилася на 13,6%, природного характеру – майже на 10%. Найбільшу кількість загиблих в НС (19 осіб) зареєстровано в Харківській області, переважна більшість (16 осіб) унаслідок в НС, пов'язаних із пожежами. Найбільшу кількість постраждалих в НС (54 особи) зареєстровано в Тернопільській області, усі внаслідок медико-біологічних НС» [29].

Забезпечити своєчасне надання екстреної медичної допомоги постраждалим від техногенних та надзвичайних ситуацій природного та природного характеру передусім мають рятувальники та особи, які задіяні до ліквідації техногенних та надзвичайних ситуацій і є службовцями Державної служби медицини катастроф, яка включає послуги медицини катастроф як особливого виду екстреної допомоги. Координація діяльності центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф при надзвичайних ситуаціях

техногенного та природного характеру здійснюється спеціальними комісіями регіонального чи локального рівнів.

Таблиця 2.3.

Динаміка надзвичайних ситуацій в Україні щза 2020-2021 рр.

Надзвичайні ситуації	2020 рік перше півріччя	2021 рік, перше півріччя	Динаміка, адіння у %	ріст,п
Загальна кількість НС	55	51	7,3	
Техногенного характеру	22	19	13,6	↓
Природного характеру	31	28	9,7	↓
Соціальні НС	2	4	200	↑
Державного рівня	3	1	66,7	↓
Регіонального рівня	3	1	66,7	↓
Місцевого рівня	23	25	4,3	↑
Об'єктного рівня	26	24	7,7	↓
Загинуло людей	69	63	8,7	↓
Постраждало людей	54	161	290	↑
Завдано збитків, ттис. Грн..	12147027	164738	98,6	↓

Примітка: складено на сонові інформації ДСНС України.

Складовими медичної допомоги населенню при НС є оцінка медико-санітарної обстановки, медичні (медико-тактичні) та інші спеціальні види розвідки, медико-евакуаційне забезпечення населення при НС, санітарно-протиепідемічне забезпечення населення під час надзвичайних ситуацій. Медико-санітарна ситуація при надзвичайній ситуації - це сукупність умов та факторів, що визначають обсяг, характер та спрямованість організації медичної допомоги, необхідної для подолання медико-санітарних наслідків надзвичайної ситуації. Основними елементами оцінки стану здоров'я мають бути: величина та структура втрат здоров'я; санітарні витрати; обсяг наданої медичної допомоги; санітарно-гігієнічна та епідемічна обстановка в осередках НС; потреба в силах та засобах для надання медичної допомоги та їх доступність; умови роботи лікувальних формувань; умови життя населення.

За результатами оцінки медико-санітарної обстановки у зоні НС визначається прогноз санітарних втрат населення у зоні НС, організація

медичної евакуації та санітарно-гігієнічного та протиепідемічного забезпечення населення.

Медична розвідка проводиться з метою своєчасного визначення об'єктивних даних про стан здоров'я та має бути активною, проводиться безперервно та забезпечувати своєчасне та швидке отримання певної інформації. Як правило, її проводять усі медичні частини (формування, підрозділи), але коли наслідки стихійного лиха стали значними або мають тенденцію до поширення, розвідку проводять оперативно-медичні групи центрів екстреної допомоги та медицини катастроф наодинці.

«Основною санітарно-епідеміологічної розвідки є збір даних щодо санітарно-гігієнічної і епідемічної обстановки в осередку катастрофи. В окремих випадках при виникненні інфекційного осередку з тенденцією до поширення кількості захворілих у районі стихійного лиха здійснюється бактеріологічна розвідка. Вона є самостійним видом розвідки і організовується протиепідемічними та ветеринарними закладами шляхом використання своїх пересувних формувань. Основна мета лікувально-евакуаційного забезпечення – здійснення медичної допомоги ураженим під час медичної евакуації з осередку НС до лікувальних закладів. Медична допомога вважається своєчасною, якщо перша медична допомога була надана постраждалим у перші 30 хв. після ураження, долікарська (фельдшерська) відповідно – до 1-2 годин, а перша лікарська допомога надана протягом перших 4-6 годин» [10].

«Надання першої медичної допомоги, лікарської та лікарської лікарської здійснюють бригади швидкої медичної допомоги, спеціалізовані медичні бригади постійної готовності першої черги, медичні загони, лікувально-профілактичні заклади, розташовані поблизу центру НС, лікувальні заклади, рятувальники та інші особи. Метою першої медичної допомоги є порятунок життя людини, попередження або зменшення тяжких ускладнень та підготовки потерпілого для евакуації до лікувальних закладів» [11].

«До медичних формувань ДСНС належать мобільні шпиталі (мобільний шпиталь МНС України), медичні загони, медичні бригади постійної готовності

першої черги (бригади швидкої медичної допомоги), спеціалізовані медичні бригади постійної готовності другої черги (хірургічні, токсико-терапевтичні, терапевтичні). Штат розгорнутого стану госпіталю складається з 156 працівників, з яких 57 лікарів, 55 середніх медичних працівників та 44 працівники обслуговуючого персоналу. Для роботи у шпиталі залучаються медичні працівники від Державної служби медицини катастроф, інших закладів охорони здоров'я, заздалегідь визначених та затверджених спільним розпорядчим документом МНС та МОЗ» [10].

Покращення співпраці інститутів ДСНС, МОЗ в умовах надзвичайних ситуацій має відбуватися в руслі таких напрямів:

1. Взаємодії з державним сектором через платформу комунального закладу «Центр громадського здоров'я», створеного за підтримки Всесвітньої організації охорони здоров'я (проведення форумів, онлайн-курсів, створення інформаційних платформ).
2. Виконання настанов Варшавського саміту НАТО щодо такої співпраці: забезпечення безперервного управління та виконання важливих державних функцій.
3. Створення самодостатнього центру антикризового управління; забезпечення сталого постачання енергоресурсами (це потребує створення додаткових планів дій щодо реагування на надзвичайні ситуації та резервних електромереж).
4. Забезпечення сталого постачання продовольчими та водними ресурсами (стратегічні продовольчі та водні ресурси мають бути захищені від знищення або саботажу).
5. Підвищення стабільності системи цивільного зв'язку (різні типи систем цивільного зв'язку можуть легко стати об'єктом гібридної атаки чи іншого виду диверсій, метою яких є виведення з ладу державних систем або порушення інших важливих соціальних чи економічних функцій. стійкість цивільні транспортні системи (транспортні системи повинні

бути придатними для швидкого реагування та переміщення цивільних або кризових служб).

Висновки до розділу 2

Оцінювання результативності реалізації інструментів публічного управління показало, що Україна за інструментами бюджетної підтримки сфери охорони здоров'я має низькі рейтингові позиції у світі – 89 місце у світі серед 184 країн за видатками на охорону здоров'я на душу населення та 108 місце за показником тривалості життя. Найгірша ситуація в питаннях доступності та якості медичної допомоги. В рамках проаналізованого нами індексу здоров'я для Тернопільської області лєвова частка населення хоча і задоволені первинним рівнем надання медичних послуг, однак лише половина населення вважають себе здоровими і в більшості населення витрати на медикаменти забирають половину витрат українців, що вказує на низький рівень добробуту громадян.

Оцінювання результативності управління сферою охорони здоров'я було проведено за напрямом функціонування медицини надзвичайних ситуацій, під якою слід розуміти медичну діяльність з надання екстренної медичної допомоги у особливих умовах НС техногенного, природного, політичного, соціального, військового характеру, коли відчувається нестача необхідних медичних сил та засобів.

Оцінювання результативності управління цією сферою здійснювалося за результатами моніторингу співпраці установ МОЗ та ДСНС України в частині надання екстренної медичної допомоги, під якою слід розуміти комплекс лікувально-профілактичних заходів, що здійснюються в умовах НС для збереження життя людей та неопущення.

У разі ліквідації медико-санітарних наслідків НС застосовується двоетапна система надання медичної допомоги постраждалим: догоспітальний етап (передбачає надання медичної допомоги постраждалому в осередку та в

зоні надзвичайної ситуації та під час евакуації); та госпітальний етап (передбачає надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги потерпілому в лікувально-профілактичному закладі).

Дітя практика показала, що складовими медичної допомоги населенню при надзвичайних ситуаціях є оцінка медико-санітарної обстановки, медичні (медико-тактичні) та інші спеціальні види розвідки, медико-евакуаційне забезпечення населення при НС, санітарно-протиепідемічне забезпечення населення під час надзвичайних ситуацій.

Заходи щодо запобігання НС або мінімізації шкоди людям від них має включати розгортання необхідної кількості мобільних медичних закладів, застосування профілактичних заходів; контроль екологічних показників, якості харчових продуктів; створення та підготовка спеціальних лікувальних формувань; накопичення необхідних медичних засобів для використання в НС; контроль за станом довкілля, санітарно-епідеміологічною обстановкою; підготовку медичних кадрів та загальна санітарна освіта населення.

РОЗДІЛ 3. ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Запровадження сучасних підходів у наданні екстреної медичної допомоги

Проведені дослідження в попередньому розділі показали, що особливим вектором Стратегії розвитку охорони здоров'я до 2030 року є надання допомоги в умовах надзвичайних ситуацій.

«Надзвичайна ситуація – обстановка що склалася на окремій території внаслідок аварії, катастрофи, небезпечного природного явища, стихійного, чи іншого лиха, що можуть призвести, чи призводять до людських жертв, шкоді здоров'ю людей чи навколишньому середовищу, матеріальних збитків, погіршення умов життєдіяльності» [7, с.14]. Зона надзвичайної ситуації – це певна територія, де виникла надзвичайна ситуація і вона вимагає застосування інструментів медицини надзвичайних ситуацій. Складові характеристики зони, подані на рис.3.1

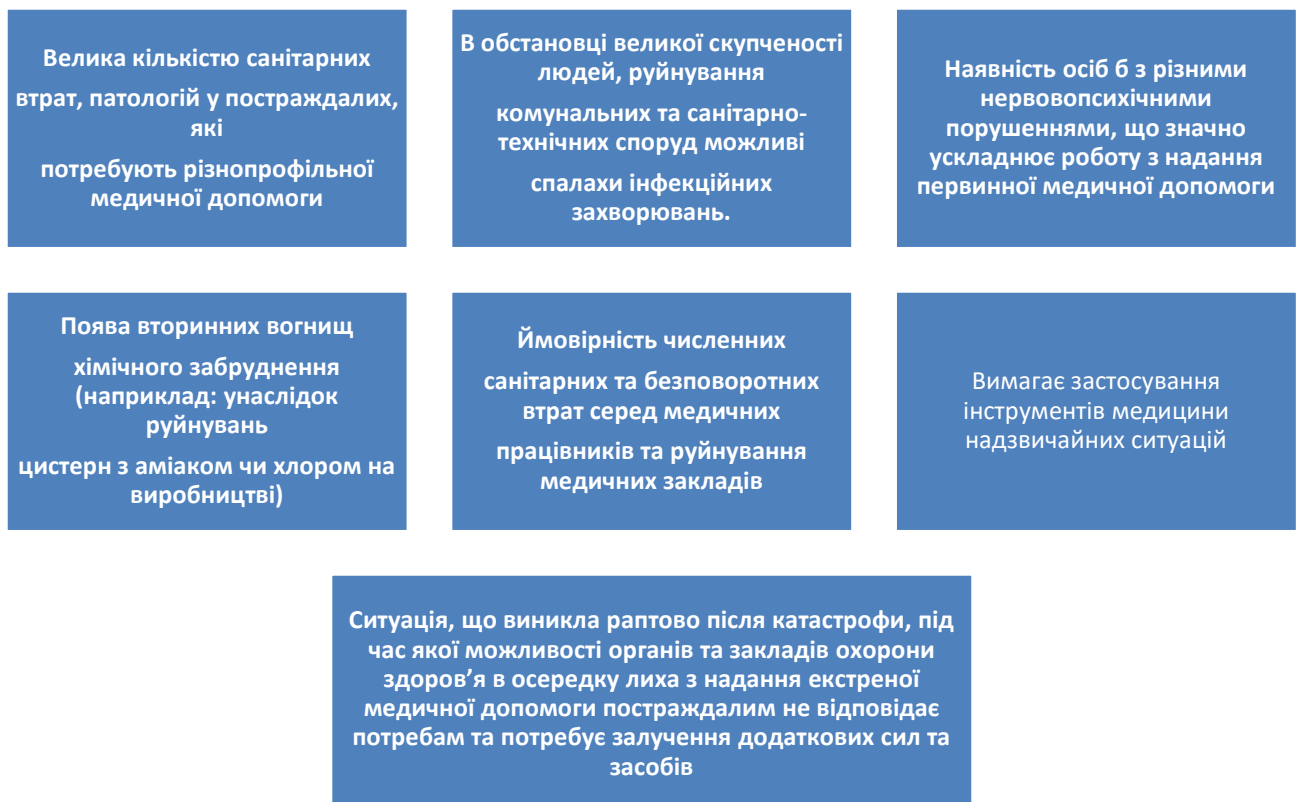


Рис.3.1. Складові елементи надзвичайних ситуацій

Технологічний розвиток, який забезпечив людству процвітання і прогрес, одночасно поставив його перед новими небезпеками. Якщо раніше основними проблемами були стихійні лиха, війни та епідемії хвороб, то тепер з'явилася велика група техногенних катастроф та широкий спектр руйнівних наслідків діяльності людини. У ХХ столітті понад 200 мільйонів людей загинули внаслідок техногенних катастроф – втрати, які ніколи раніше не мали місця в історії людства [55]. У цих умовах все більшого значення набуває вміння поєднувати інструменти медицини надзвичайних ситуацій і самопомічі з використанням найпростіших медичних заходів, що виконуються у порядку само- і взаємної первинної медичної допомоги (ПМД).

Єдиної системи надання ПМД немає і швидше за все не може бути – дуже широке коло поразок та екстремальних станів, що загрожують життю людини: травми, опіки, кровотечі, інтоксикації, лікарські та хімічні отруєння, радіаційні ураження, гіпо- та гіпертермії, тяжкі інфекції, гострі захворювання внутрішніх органів, різні коматозні стани тощо і всі вони вимагають різних, часто дуже специфічних заходів надання ПМД. Однак, коли йдеться про клінічну смерть, то основою надання ПМД є заходи щодо відновлення дихання та серцевої діяльності.

Для всіх надзвичайних ситуацій ВООЗ розробила стратегічні плани реагування та ведення спільних операцій з участю національних органів охорони здоров'я та партнерів. ВООЗ інтегрувало зусилля національних урядів з метою підвищення якості послуг охорони здоров'я та розширення їх охоплення; зміцнення систем первинної, вторинної, а також стаціонарної медичної допомоги за допомогою розгортання мобільних бригад та посилення служб охорони здоров'я; вдосконалення епіднагляду та систем раннього попередження; проведення кампаній вакцинації; розподілу лікарських засобів та матеріалів; а також професійної підготовки працівників охорони здоров'я.

ВООЗ спільно з більш ніж 900 національними та міжнародними партнерами розробила програму гуманітарного розвитку та реагування на COVID-19 з чисельністю груп населення 107 мільйонів людей. Спільно з ООН та національними урядами ВООЗ активно посилює координацію та міжсекторальне співробітництво з урахуванням конкретних умов з метою покращення показників охорони здоров'я.

Основні завдання, невідкладної медицини включають: своєчасне надання невідкладної медичної допомоги, евакуацію та лікування постраждалих; реабілітацію постраждалих, скорочення кількості безповоротних втрат; забезпечення санітарного благополуччя в зоні надзвичайної ситуації, профілактику поширення масових інфекційних захворювань; збереження життя та здоров'я медичного персоналу у період ліквідації медичних наслідків надзвичайної ситуації.

Для того, щоб здійснювати управлінську діяльність в умовах надзвичайних ситуацій необхідна достовірна інформація. Для цього ми пропонуємо використовувати певні індикатори в розрізі основних видів безпеки в НС:

1. Епідеміологічна безпека (реєстрація всіх випадків сепсису, реєстрація інфекцій, післяопераційних ран).
2. Хірургічна безпека (допущені помилки в операційному періоді, сторонні тіла у сфері оперативного втручання).
3. Безпека середовища (неповноцінне харчування, небезпечні для здоров'я умови праці, низькі доходи, зниження доступу до ефективного медичного обслуговування).
4. Безпека ідентифікації пацієнтів (операції не на пацієнтові, не на тому боці тіла або не на тому органі).

Важливим елементом надання медичної допомоги постраждалим у НС є допомога травматологічного профілю на догоспітальному етапі – в цьому сенсі

має бути підготований лікарський персонал аварійно-рятувальних, пожежно-рятувальних формувань ДСНС України, спеціальних медичних формувань – у вигляді авіамедичних бригад, також необхідно модернізувати діючу техніку, яка залучається до цих випадків. Мова йде про спеціальні надпрохідні (вода, суша) судна на подушці типу амфібійного судна, з спеціальним медичним модулем, для надання екстреної медичної допомоги постраждалим травматологічного профілю.

Важливим управлінським механізмом в умовах НС є між секторна взаємодія, організація оперативної та ефективної взаємодії з відомчою та приватною охороною здоров'я, з екстреними оперативними службами території. Чітка та належна взаємодія забезпечує успішне виконання завдань із порятунку життя та збереження здоров'я осіб, які постраждали в НС, попередження або пом'якшення уражень осіб, що знаходяться поблизу зони НС і здатні зазнати або зазнали дії вражаючих факторів НС.

Взаємодія – це система узгоджених та взаємопов'язаних (за цілями та завданням, місцем та часом, принципам та методам, способами та обсягом медичної допомоги) заходів з підготовки органів управління, формувань та установ НС, медичних установ до дій з ліквідації медико-санітарних наслідків НС. Воно повинно передбачати : прогнозування, виявлення та оцінку медико-санітарної обстановки у районах НС; планування заходів щодо ліквідації медико-санітарних наслідків прогнозованих та/або фактичних НС на території або в окремій медичній організації; виконання заходів щодо забезпечення сталого управління силами та засобами у процесі ліквідації медико-санітарних наслідків НС.

Взаємодія має організовуватися з медичними організаціями, які здійснюють свою діяльність на відповідній території, у частині визначення числа та профілю ліжок для госпіталізації постраждалих, кількості та виду створюваних бригад швидкого реагування в умовах НС; з державними організаціями, що здійснюють постачання продукції медичного призначення

для забезпечення діяльності установ та формувань НС; з громадською організацією «Червоний Хрест»; аварійно-рятувальними службами ДСНС України та їх формуванням; засобами масової інформації (у частині оповіщення про стан і динаміку НС); іншими установами та організаціями, що мають можливості тимчасового розміщення пацієнтів та персоналу під час проведення заходів екстреної евакуації (установи освіти, культури та спорту).

Може бути здійснена доставка лікарні в район невідкладної допомоги повітряним, залізничним чи автомобільним транспортом. Після медичного сортування постраждалих у приймально-сортувальному відділенні одні прямують за показаннями в операційну, лікарняне чи інфекційне відділення, інші постраждалі, які не потребують медичного втручання направляються у відділ евакуації.

Набутий досвід свідчить, що на територіях, які потерпіли від НС організація лікувально-діагностичного процесу може бути забезпечена наступним чином: переведення фахівців до дільничних лікарень для ведення амбулаторного прийому; шляхом використання мобільних формувань.

З метою надання повноцінної стаціонарної, а також методичної та консультативної допомоги у населених пунктах, відрізаних від нормальної зони життєдіяльності, для посилення роботи дільничних лікарень організуються бригади фахівців з числа провідних фахівців обласних чи міських клінічних лікарень для роботи вахтовим методом.

Якщо моделювати результати надання медичної допомоги при ліквідації медико-санітарних наслідків НС, то їх можна подати у вигляді певних періодів.

1. У період порятунку до 57 днів в зоні НС.
2. У період відновлення до трьох місців надається спеціалізована медична допомога.

3.2 Організаційне забезпечення впровадження цифрових медичних послуг у державній службі України з надзвичайних ситуацій

Перспективами охорони здоров'я імплементація досягнень в сфері цифрових технологій, таких як штучний інтелект, VR/AR, 3D-друк, робототехніка або нанотехнології. Індустрія охорони здоров'я вступає в еру цифрових інновацій, оскільки пацієнти шукають медичну допомогу на вимогу через свій напружений графік. Останнім часом в Україні активізувалися дискусії щодо напрямів та механізмів реформ, оскільки система охорони здоров'я потребує кардинальних змін. У медицині та охороні здоров'я цифрові технології можуть допомогти перетворити крижкі системи охорони здоров'я на стійкі, вирівняти ігрові умови між медичними працівниками та пацієнтами, а також забезпечити дешевші, швидші та ефективніші рішення щодо захворювань.

«Цифрова трансформація в охороні здоров'я - це позитивний вплив технологій на охорону здоров'я. Медичні прилади, що підтримують телемедицину, штучний інтелект (AI), та електронні медичні записи на блокчейнах - лише кілька конкретних прикладів. Україна стала на шлях цифровізації, про що свідчить Прийняття у 2018 році Концепції розвитку цифрової економіки та суспільства України на 2018-2020 роки та затвердженому плані заходів щодо її реалізації» [46].

У даному документі наголошується про те, що «розвиток цифрової економіки України полягає у створенні ринкових стимулів, мотивацій, попиту та формуванні потреб щодо використання цифрових технологій, продуктів та послуг серед українських секторів промисловості, сфер життєдіяльності, бізнесу та суспільства. А шлях до цифрової економіки пролягає через внутрішній ринок виробництва, використання та споживання інформаційно-комунікаційних та цифрових технологій» [46].

«Цифрове здоров'я - це використання цифрових технологій та доступних даних, а також пов'язані з цим культурні зміни, щоб допомогти населенню керувати своїм здоров'ям та добробутом та трансформувати характер надання медичної допомоги. В Україні Центральний компонент зберігає дані поки що лише реєстру пацієнтів і фіксування вибору лікаря. Але є надія, що розвиток цього процесу відбуватиметься тими темпами, які намічені у реформі. Широкий спектр цифрового здоров'я включає такі категорії, як мобільне здоров'я (mHealth), інформаційні технології в галузі охорони здоров'я (ІТ), носячі пристроїв, телебачення та телемедицина та персоналізована медицина» [46].

Медична інформаційна система Health24 (MIS) є частиною процесу медичної реформи, однією з 15 поточних MIS, які підключені до центрального компонента та перевірені eHealth. MIS Health24 – це хмарна система, яка не вимагає придбання мережевого обладнання, конкретних серверів та їх встановлення. MIS Health24 знаходиться в захищеній хмарній інфраструктурі, забезпечує високий рівень безпеки, а її комплексна система захисту інформації сертифікована відповідно до вимог ДСНС, рівень інформаційної безпеки підтверджується сертифікатом ISO 27001.

Слід зазначити, що вибір такої хмарної МІС себе виправдовує. Оскільки MIS Health24 вимагає лише доступу до Інтернету (3G або WiFi), і він працює на будь-якому пристрої, планшеті / ноутбуку / ПК, незалежно від його потужності, виробника чи операційної системи. Саме використання хмарних сервісів MIS дозволяє нам залишатися гнучкими та розвиватися без збільшення вартості послуг для наших користувачів.

Наразі МІС Health24 надає безкоштовні послуги, необхідні медичним закладам для роботи в електронній системі охорони здоров'я, а саме: реєстрацію медичних закладів, їх підрозділів; складання декларацій між лікарем і пацієнтом; укладання договорів.

Зараз у MIS Health24 працює понад 1000 приватних лікарів, а також 120 державних і приватних медичних закладів. Система Health24 надає можливість використовувати: електронний реєстр; загальногоспітальну базу пацієнтів онлайн; моніторинг навантаження та планування графіка роботи лікарів; складати та вести робочий календар і графік прийомів онлайн; зберігати та передавати медичні дані; фіксувати історію хвороби з електронним підписом лікаря. До того ж, ця система надає змогу створення електронної лікарні, відділень та кабінетів, шаблонів для усіх розділів медичних записів - анамнезу, об'єктивного обстеження, направлень, медикаментозного лікування.

Для споживачів, створено додаткові цифрові можливості в рамках використання мобільних додатків: нагадування про необхідність відвідування лікаря та ліки, лист-рецепт, щоденник симптомів і скарг, імунізації та алергії.

Комп'ютерна інформаційна система оптимізує та інформаційно насичує процес прийняття управлінського рішення. Наприклад, медичний директор потсїно має оперативну інформацію про кількість хворих як в поліклініці, так і в хірургічному відділенні, виконання планового завдання на час лікування, хірургічну діяльність та інше.

Сучасні умови функціонування медичних закладів вимагають роботи з активізації розвитку та використання в медичних закладах комунікаційних технологій, зокрема, за напрямками:

- впровадження внутрішнього електронного документообігу та автоматизації процесу формування баз даних, а також електронної системи внутрішнього контролю медичних закладів, їх структурних підрозділів та окремих посадових осіб та зовнішнього контролю - громадськістю;
- створення єдиного реєстру електронних медичних послуг, популяризація системи електронного урядування та формування у громадян культури споживання електронних медичних послуг;
- забезпечення відкритості медичних закладів;

- організації контролю в адміністраціях медичних закладів;
- моніторингу процесів у медичних закладах, а показники для моніторингу слід підбирати виходячи з цілей конкретного закладу;
- встановлення офіційного та громадського контролю за діяльністю медичних закладів та їх персоналу;
- модернізації інформаційно-аналітичних технологій управління медичними закладами;
- використання ситуаційного підходу, що дозволить керівникам медичних закладів визначити найбільш оптимальну структуру чи варіант управління, що відповідає конкретній ситуації, а також передбачити структурні нововведення, впровадження яких дозволить підтримувати ефективність роботи цих закладів.

Оцифрування є одним із найважливіших рішень багатьох питань, з якими в майбутньому стикатиметься охорона здоров'я.

Завдяки новітнім цифровим технологіям, пацієнти отримують краще лікування, хоча і виникають окремі питання безпеки та конфіденційності, а лікарі організаційно впорядковують надання медичних послуг за допомогою систем, що працюють на штучному інтелекті.

Для впорядкування використання цифрових технологій ми пропонуємо покрокову модель (рис.3.2).

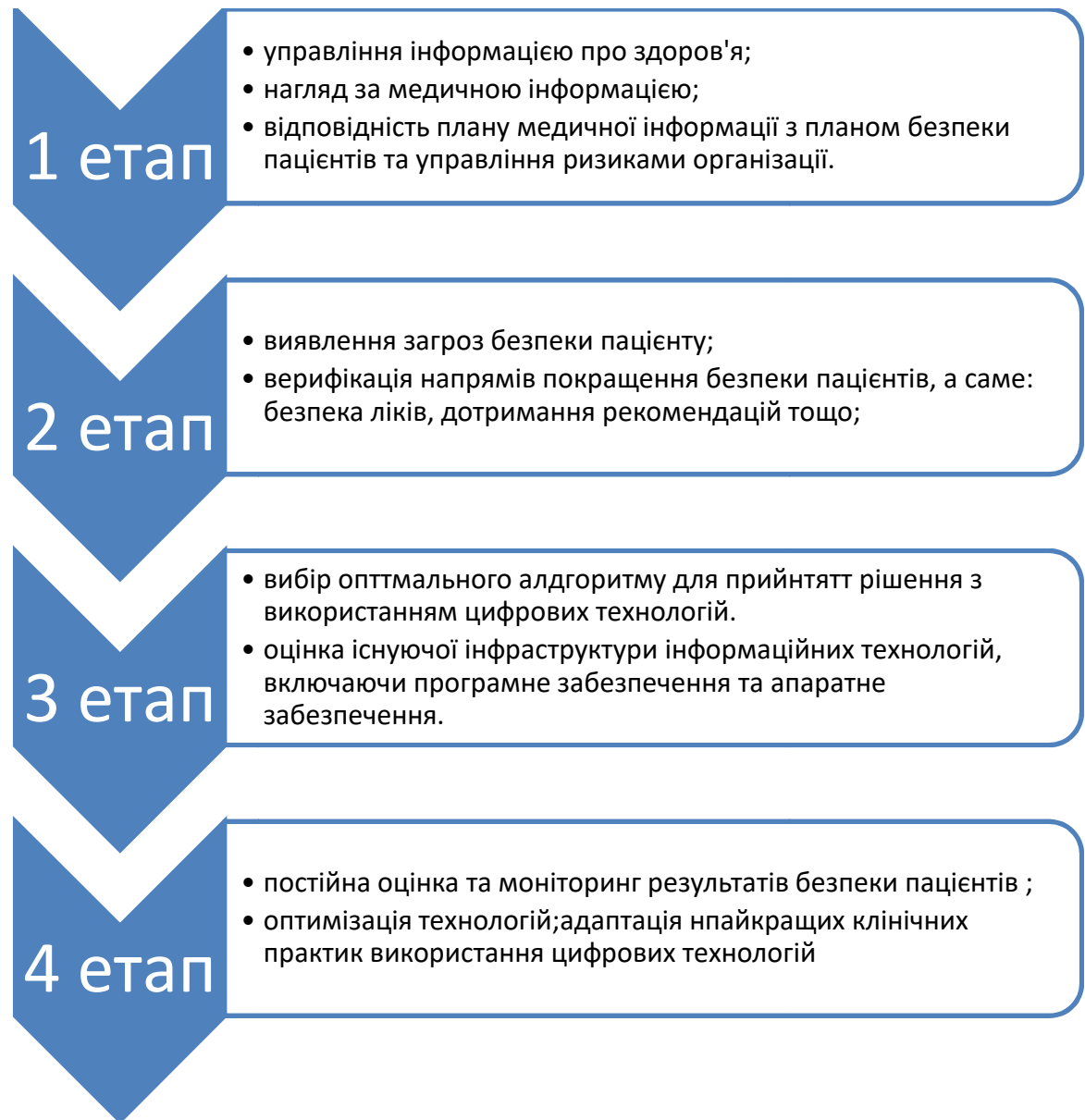


Рис.3.2. Покрова модель імплементації інструментів цифровізації в наданні медичних послуг

Примітка: побудовано автором.

У ході оцифрування послуг ДСНС Тернопільської області в частині вирішення питань НС було створено сайт, який супроводжується, підтримується і розвивається. На цьому сайті у тестовому режимі подано і представлено такі можливості як: інтернет – приймальня (рис. 3.3); портал електронних послуг, який включає у себе декларування і ліцензування (рис. 3.4), а також можливість пошуку документа.

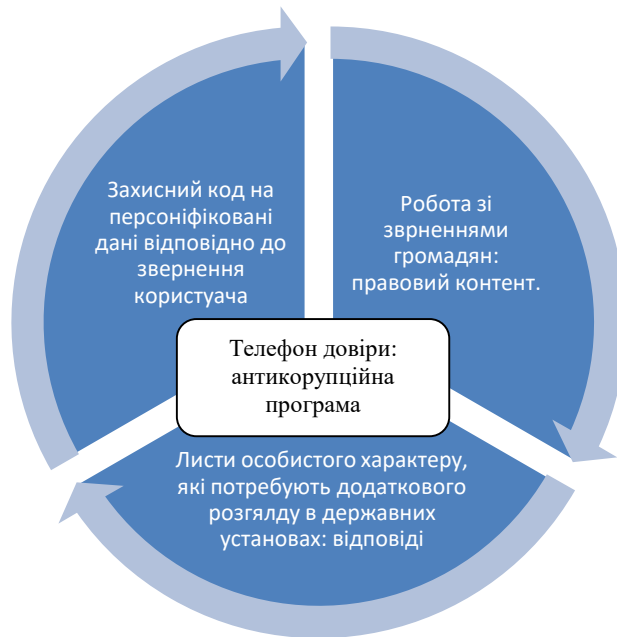


Рис.3.3. Модель Інтернет – приймальні ДСНС

Примітка: складено автором.



Рис. 3.2 Портал електронних послуг ДСНС

Примітка: складено автором.

Декларування - це заповнення декларантом документа за встановленою формою певних даних. Такий документ називається декларацією. Оформлення

декларації здійснюється відповідно до матеріально-технічної бази суб'єкта господарювання з вимогами законодавства з питань пожежної безпеки.

Ліцензія є підтверджуючим документом державного зразка, що «засвідчує право ліцензіата на провадження зазначеного в ньому виду господарської діяльності протягом певного строку за умови виконання ліцензійних умов» [25].

Ліцензування зводиться до видачі або переоформлення ліцензій, видачі дублікатів ліцензій, ведення ліцензійної справи та ліцензійних реєстрів, контролю за додержанням ліцензіатів ліцензійних умов, видання припису про усунення порушень ліцензійних умов чи ліцензування. З моменту отримання ліцензії економічному суб'єкту надається право здійснювати відповідний вид діяльності, який може здійснюватися протягом строку дії ліцензії, після чого це право припиняється. Корпоративне ліцензування є формою ліцензування, за якої фірма орендує корпоративну торгову марку чи логотип, які вже набули популярності в одній із категорій товарів і послуг, а потім використовує їх у спорідненій категорії.

Серед електронних цифрових послуг в сфері екстренної медичної допомоги можна виокремити:

-комп'ютерну розсилку (CAD): на основі програмного забезпечення, яке використовується системою EMD для ініціації відповіді на виклик, аналіз звіту про ситуацію на момент виклику бригади EMD, а також для відстеження та моніторингу ефективності реагування на виклик вчасно;

-пристрої контролю стану здоров'я пацієнтів. Цей пристрій для медичного моніторингу є комп'ютерною системою, яка може надавати дані про контрольовані параметри здоров'я пацієнта (часті запитання);

-програмне забезпечення для мобільних пристроїв. Це мобільні додатки, якими користуються споживачі, включаючи ноутбук, планшет, смартфон або

інший мобільний телефон комунікаційний пристрій. Вони також можуть бути аксесуарами, які кріпляться до вашого смартфона або інший мобільний пристрій або комбінацію аксесуарів та програмного забезпечення;

-електронну медичну карту (EHR), по суті це цифрова версія паперової карти пацієнта в режимі реального часу, яка миттєво та безпечно надає інформацію авторизованим користувачам. EHR розроблено, щоб вийти за рамки зібраних стандартних клінічних даних, і може забезпечити оперативною медичною інформацією лікаря про історію лікування. Однією з ключових особливостей EHR є те, що EHR призначений для обміну інформацією інші постачальники медичних послуг та організації - такі як лабораторії, спеціалісти, медичні установи, аптеки, заклади невідкладної допомоги, школи та робочі місця не мають такої можливості інформаційного обміну;

-географічні інформаційні системи, дорожні карти та датчики (GIS), що інтегрують апаратне, програмне забезпечення необхідні дані для збору, управління, аналізу і відображення всіх форм географічної інформації ;

- систему інформаційного обміну, що дає змогу медичним працівникам і пацієнтам належним чином отримувати доступ до важливої інформації про стан здоров'я пацієнта в електронному вигляді з метою підвищення швидкості, якості, безпеки та зниження витрат на медичне обслуговування;

-автоматизовані системи інвентаризації, які є програмним пакетом для управління та розподілу матеріальних ресурсів, можуть включати управління замовленнями, відстеження активів, управління сервісом (відстеження вартості поставок для послуги), ідентифікація товару (штрих-коди, QR-коди для ідентифікації всіх аспектів продукту) та облік витрат на продукт;

- безпеку транспортних засобів - спеціальна технологія, призначена для забезпечення безпеки дорожнього руху та безпеки водіїв і пасажирів, яка

включає системи запобігання ДТП, уникнення перекидання та захисту, технології автоматичного виявлення та аварійних ситуацій тощо.

- діагностичні прилади для бригаад ЕМД: використовуються бригадами різного виду вимірювання (наприклад, ЕКГ та пульсоксиметрія) (часті запитання);

- мобільні пристрої та програми EMD, це пристрої та програми, які використовуються постачальниками медичних послуг (на відміну від споживачів) (часті запитання);

- телемедицина дає можливість обмінюватися візуалізованою інформацією, давати поради на відстані на основі цієї інформації та даних про статус пацієнта, включає більшу кількість програм і сервісів, які використовують двостороннє відео, електронну пошту, смартфони, бездротові засоби та інші види телекомунікаційних технологій;

- соціальні засоби комунікації. Соціальні медіа – це засоби взаємодії між людьми через мережі. Зазвичай учасники створюють, діляться та/або інформацію та ідеї віртуальні спільноти та мережі з людьми, яких вони знають, але також можуть поділитися такою інформацією із зацікавленими передплатниками;

- пристрої з голосовою активацією: датчики для відстеження місцезнаходження людини, диктофони, камери чи інше обладнання для звучання. Це може включати легке обладнання, закріплене на одязі або на тілі людини (наприклад, голова, рука, нога). До переваг цих пристроїв можна віднести безкоштовну функцію руки зі складними сенсорними та/або голосовими інтерфейсами;

- бездротовий широкопasmовий доступ – це технологія, яка забезпечує високу пропускну здатність можливість бездротового доступу до Інтернету та спілкування на великій відстані. Це дозволяє передавати більше інформації,

забезпечує доступ до найякісніших інтернет-сервісів – потокового медіа, VoIP (інтернет-телефон). Широкопasmовий доступ завжди ввімкнено, але він не блокує телефонні лінії та не забезпечує підключення до мережі після виходу з неї. Забезпечує меншу затримку передачі контенту при використанні широкопasmового зв'язку, що надзвичайно важливо для системи EMD.

Отже, цифрові медичні послуги беззаперечно є позитивним етапом трансформації сфери охорони здоров'я, що супроводжується технологічними змінами. Вони включають кращу обізнаність про ситуацію, прийняття більш обґрунтованих рішень, ефективніший збір даних і спрощене управління.

Висновку до розділу 3

Розвиток цифрових технологій є складовою модернізації та стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я та її складової - медицини надзвичайних ситуацій. Однак, він супроводжується певними інституційними прогалинами, такі як допомога в моніторингу стану здоров'я пацієнтів, виявлення НС, своєчасне надання допомоги персоналу бригади EMD обмін інформацією, але необхідно оволодіти новими навичками для розробки, впровадження та управління технології в системі EMD. Це може включати розробку навчальних програм для інтеграції використання технологій DT; розробку мобільних навчальних модулів на основі відеоматеріалів; важливо покращити інформаційний обмін між бригадами EMD та системами медичної та госпітальної допомоги.

Для усунення недоліків цифровізації пропонуємо утворити замкнуто інформаційну мережу з єдиними інформаційними технологіями з усіма підсистемами охорони здоров'я, громадської безпеки, надзвичайних ситуацій, безпеки на транспорті, що потребує створення відповідної цифрової інформаційної інфраструктури та програмного забезпечення.

«Отже, майбутнє охорони здоров'я стає все більш цифровим, і визнання важливості цифрових технологій у цій галузі стало актуальним, особливо в період пандемії. Впровадження засобів цифрового управління в сфері охорони здоров'я мають величезний потенціал для поліпшення наших можливостей точно діагностувати та лікувати захворювання та покращувати надання медичної допомоги пацієнтам» [53].

ВИСНОВКИ

У даній кваліфікаційній роботі було розглянуто питання про публічне управління охороною здоров'я в умовах проведення медичної реформи. У магістерській роботі представлено і розглянуто у першому розділі - теоретичні та інституційні основи публічного управління сферою охорони здоров'я, у другому розділі - аналіз механізму публічного управління сферою охорони здоров'я, у третьому розділі напрями вдосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в умовах медичної реформи. Результати дослідження, дозволили зробити наступні висновки та пропозиції.

Охорона здоров'я є одним із пріоритетних напрямків державної соціальної та гуманітарної політики, оскільки дозволяє зберігати та множити людський потенціал, покращувати параметричні характеристики людського розвитку та тим самим зміцнювати конкурентні позиції національної економіки.

Володіння хорошими показниками здоров'я є одним із основних прав кожної людини. Право на здоров'я включає своєчасний доступ до прийнятної, якісної та доступної медичної допомоги. Право на найкращий стан здоров'я згідно підходів ВООЗ передбачає виконання набору соціальних критеріїв, сприятливих для стану здоров'я всіх, зокрема наявність медичних послуг, безпечні умови праці, відповідне житло та поживне харчування. Право на здоров'я передбачає свободи, що включають право людини контролювати своє здоров'я та тіло, право мати доступ до системи охорони здоров'я, яка гарантує кожному на рівних засадах можливість користуватися найвищим досяжним рівнем здоров'я.

Існуюча система охорони здоров'я в сучасних умовах не здатна повною мірою задовольнити потреби населення у медичній допомозі, забезпечити доступність, високу якість та своєчасність медичних послуг.

Світ-системний аналіз підходів до модернізації сфери охорони здоров'я та управління нею дозволив викоремити такі моделі: споживчо-орієнтовану, яка

будується на приватній медицині і державному соціальному страхуванні; ринковій, в основі якої покладено принципи комерціалізації ринку медичних послуг і його конкурентного функціонування; ліберальній з необмеженою фінансовою автономією медичних закладів; державну, в рамках якої пропонується гарантований державою перелік медичних послуг; превентивну, відповідно до якої держава інвестує кошти і підтримує ініціативу приватного сектору в розвитку превентивної складової сфери охорони здоров'я.

Відповідно до обраних моделей відбувається трансформація медичного сектору в рамках лібералізації попиту на медичні послуги, диверсифікації медичних послуг, зміни суб'єктно-об'єктного характеру взаємовідносин між споживачами та надавачами медичних послуг на засадах інклюзії, партнерства, цифровізації, дотримання медичної етики та безпеки, імплементації міжнародних стандартів якості медичної допомоги; розвитку приватної медицини; напрацювання нової системи фінансових стимулів для закладів охорони здоров'я.

Публічне управління сферою охорони здоров'я в Україні охоплює інституційну, цільову, інструментальну, векторну, рівневу підсистеми і направлене на покращення параметричних характеристики показників здоров'я національної економіки, продовження індивідуальної тривалості життя і знаходиться в коридорах сталого розвитку національної економіки, політики зміцнення здоров'я ВООЗ, наднаціональних хартій та доктрин, які ратифіковані Україною.

Механізм модернізації публічної політики у сфері охорони здоров'я має базуватися на засадах децентралізації, цифровізації, інноватизації.

Цифровізація утверджує нову парадигму управління сферою охорони здоров'я - цифровим здоров'ям. «Цифрове здоров'я - це використання цифрових технологій та доступних даних, а також пов'язані з цим культурні зміни, щоб допомогти населенню керувати своїм здоров'ям та добробутом та трансформувати характер надання медичної допомоги. До складу цифрового здоров'я входять мобільне здоров'я (mHealth), інформаційні технології в галузі

охорони здоров'я (ІТ), пристрої, телебачення та телемедицина та персоналізована медицина» [34].

Важливою складовою стратегічного управління охорони здоров'я є покращення параметричних характеристик безпеки та середовища життєдіяльності через систему надання медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій з використанням інструментів невідкладної екстреної медичної допомоги, медицини катастроф тощо. Основні завдання, невідкладної медицини включають: своєчасне надання невідкладної медичної допомоги, евакуацію та лікування постраждалих; реабілітацію постраждалих, скорочення кількості безповоротних втрат; забезпечення санітарного благополуччя в зоні надзвичайної ситуації, профілактику поширенню масових інфекційних захворювань; збереження життя та здоров'я медичного персоналу у період ліквідації медичних наслідків надзвичайних ситуацій.

Для того, щоб здійснювати управлінську діяльність в умовах надзвичайних ситуацій необхідна достовірна інформація. Для цього ми пропонуємо використовувати певні індикатори в розрізі основних видів безпеки в НС: епідеміологічну безпеку, хірургічну безпеку, безпеку середовища життєдіяльності, безпеку ідентифікації пацієнтів.

Сучасні умови функціонування медичних закладів вимагають роботи з активізації розвитку та використання в медичних закладах комунікаційних технологій, зокрема, за напрямками: впровадження внутрішнього електронного документообігу та автоматизації процесу формування баз даних, створення єдиного реєстру електронних медичних послуг, проведення моніторингу, громадського контролю за діяльністю медичних закладів та їх персоналу, модернізації інформаційно-аналітичних технологій управління медичними закладами; використання ситуаційного підходу, ризик-менеджменту, управління якістю, що дозволить керівникам медичних закладів визначити найбільш оптимальну структуру чи варіант управління, що відповідає

конкретній ситуації, а також передбачити структурні нововведення, впровадження яких дозволить підтримувати ефективність роботи цих закладів.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf
2. В Україні 42% чоловіків не доживають до 65 років. URL: <https://zn.ua/ukr/UKRAINE/v-ukrajini-42-cholovikiv-ne-dozhivajut-do-65-rokiv.html>
3. Веб-сайт ДСНС України URL: <https://www.dsns.gov.ua/>
4. Веб-сайт Міністерства охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua>
5. Вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення. Постанова КМУ від 28 березня 2018 р. № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text>
6. Вимоги до Програми медичних гарантій на 2021. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>
7. Гур'єв С.О., Шищук В.Д., Шкатула Ю.В. Медицина надзвичайних ситуацій. Екстренна медична допомога: навчальний посібник.-Суми: Видавництво СумДУ, 2010.321 с.
8. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. К. ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с/
9. Екстренна медична допомога (нормативно-правові документи): довідник / за ред. В. Д. Юрченка. Київ:Міжрегіон. видавн. центр «Медінформ», 2014. 275 с.
- 10.Екстренна медична допомога в країнах ЄС. 2007. URL: www.euromergencymed.com/pt/re/ejem/
- 11.Екстренна медична допомога травмованим на догоспітальному етапі: навч. посіб. / В. О. Крилюк та ін. Київ, 2017. 400 с.
- 12.Електронне здоров'я (eHealth). URL: <https://ehealth.gov.ua/dp-elektronne-zdorov-ya-presentuye-svij-brendezdorovya/>

13. Желюк Т.Л. Сучасні підходи до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Вісник ТНЕУ. 2019. № 1. С.37-50.
14. Законодавство України. Офіційний портал. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/zak>
15. Западничук О. П. Інформаційно-комунікативні технології як інструмент проведення адміністративної реформи. Стратег. пріоритети. 2011. № 3 (20). С. 127–132.
16. Здоров'я українців. Чи усвідомлює місцева влада відповідальність. URL: <https://centreua.org/mistsevi-vibori-2020/zdorovya-ukrayinciv-chi-usvidomlyuye-misceva-vlada-vidpovidalnist/>
17. Зима І.Я. Аналіз сучасної інституційної системи реформування охорони здоров'я у відповідності до Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=6587&i=14>
18. Індекс здоров'я Україна. URL: <http://health-index.com.ua/>
19. Інформаційно – аналітична довідка про виникнення НС в Україні упродовж I півріччя 2021 року. Офіційний веб-сайт ДСНС України. URL: <https://www.dsns.gov.ua/ua/Dovidka-za-kvartal/126497.html>
20. Консенсус-прогноз Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства (МЕРТСГ, 2020с), Державна казначейська служба України (2020b), Державна служба статистики України (2020а, 2020b, 2020с). URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf
21. Конституція України URL: <http://portal.rada.gov.ua/uploads/documents/27396.pdf>
22. Концепція Загальнодержавної програми "Здоров'я 2020: український вимір" URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787>

23. Ларіна Р. Р., Владзимирський А. В., Балусєва О. В. Державний механізм інформатизації системи охорони здоров'я: монографія / за заг. ред. проф. В. В. Дорофійенко. Донецьк: Вебер, 2008. 252 с.
24. Маніфест Європейської Асоціації Екстреної медичної допомоги. URL: <http://www.ursc.org.ua/>
25. Медицинское право Украины. Учебное пособие. Волков В.Д., Дешко Л.Н., Заброцкий В.П. и др. - Донецк: ДонНУ, 2005.-268 с.
26. Медична реформа. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
27. Менеджмент : навч. посіб. / М. М. Шкільняк, О. Ф. Овсянюк-Бердадіна, Ж. Л. Крисько, І. О. Демків. Тернопіль : КРОК, 2017. 252 с.
28. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т.Л., Шкільняка М.М. Тернопіль, Крок. 2020. 560с
29. Національна служба охорони здоров'я. URL: <https://nszu.gov.ua>
30. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 — 2020 роки URL: <http://moz.gov.ua/strategija>
31. Організація роботи інформаційно-аналітичної системи МОЗ України з питань надзвичайних ситуацій: практ. посіб. / за заг. ред. В. О. Волошина; МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, КМАПО ім. П.Л. Шупика. Київ, 2002. 102 с.
32. Основи законодавства України про охорону здоров'я" URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/>
33. Оттавська хартія URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf
34. Пироженко А. Електронна медицина – вимога сьогодення. Практика управління медичним закладом. 2018. №11. С. 16-20. URL : <http://med-info.net.ua/index.php?q=content/elektronna-medytsina-vymoga-syogodennya>

35. Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#n19>
36. Причини передчасної смертності та заходи щодо запобігання їй. URL: <https://www.umj.com.ua/article/20664/prichini-peredchasnoi-smertnosti-ta-zahodi-shhodo-zapobigannya-ij>
37. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#n137>
38. Про цифровізацію медичної сфери URL: <https://thedigital.gov.ua/news/elektronni-likarnyani-notariat-ta-sotsialni-poslugi-onlayn-mikhaylo-fedorov-prezentuvav-94>
39. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. URL: <https://www.rada.gov.ua>
40. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я . Наказ Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15>
41. Про лікарські засоби. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96>
42. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>
43. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою. Указ Президента України [від 18 серпня 2021 року № 369/2021](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text>
44. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою. Рішення РНБО України від 30.07.21. Указ Президента України [від 18 серпня 2021](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text)

- [року № 369/2021](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text>
45. Про схвалення Концепції реформи системи екстреної медичної допомоги: проект Розпорядж. Каб. Міністрів України від 15.06.2018. URL: http://moz.gov.ua/uploads/1/5592-pro_20180615_1_dod.pdf
46. Про схвалення Концепції розвитку цифрової економіки та суспільства України на 2018-2020 роки та затвердження плану заходів щодо її реалізації: розпорядження від 17 січня 2018 р. № 67-р/. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/67-2018-p#n13>
47. Рахуємо чужі гроші: де послуги у сфері охорони здоров'я найдешевші, а де — найдорожчі/ Аптечний саміт України.2021.№.11. URL: <https://www.apteka.ua/article/524775>
48. Робота системи екстреної медичної допомоги України: проблеми та шляхи вирішення (2017). URL:<https://nmapo.edu.ua/uk/vitaemo-koleg-z-dnem-narodzhennya/4802-aktualna-tema-roboty-sistemiekstrenoji-medichnoji-dopomogi-ukrajini-problemi-ta-shlyakhi-virishennya>
49. Соколенко Л. Ф. Цифровізація як вектор розвитку економічних систем та модернізації системи бухгалтерського обліку. Облік і фінанси. 2019. №3(85). С.41-49.
50. Статус держави визначають економіка та чисельність населення. URL: <http://www.golos.com.ua/article/345882>
51. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <http://khocz.com.ua/strategichnij-plan-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov-ja-naselennja-do-2030-roku-bude-zatverdzenij-cogorich/>
52. Тонкевич М. Вдосконалення механізму управління сферою охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки : матеріали доп. II Всеукр. наук.-практ. к онф. з міжнар. участю [Тернопіль, 28 трав. 2021 р.] / редкол. : Р. Р. Августин, А. Ю. Васіна, Т. Л. Желюк [та ін.]; відп. за вип. М. М. Шкільняк. Тернопіль : ЗУНУ, 2021. Ч. 1.

- 53.Тонкевич М. Стан системи охорони здоров'я національної економіки: нові виклики та перспективи . Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні. Матеріали наукової Інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу. Тернопіль. ЗУНУ. 25.11.2021.
- 54.World health organization<https://www.who.int/>
- 55.Source : World Population Prospects. Nations Unies. URL : 2019<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/tous-les-pays-du-monde/>
- 56.Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale N° 20, La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels; 2009.
- 57.Botterill, L. and Hindmoor, A. (2012) 'Turtles all the way down: Bounded rationality in an evidence-based age'. *Policy Studies*, 33(5): 367-379
- 58.Cairney, P. (2016) *The Politics of Evidence-Based Policy Making*. London: Palgrave Macmillan
- 59.Davies, H.T.O., Nutley, S.M. and Smith, P.C. (2000) *What works?: Evidence-based policy and practice in public services*. Bristol UK: Policy Press
- 60.Harrison, T. (2000) 'Urban policy: addressing wicked problems'. In: Davies, H.T.O., Nutley, S.M. and Smith, P.C. (eds.) *What works?: Evidence-based policy and practice in public services*. Bristol UK: Policy Press
- 61.Kingdon, J. (1995) *Agendas, alternatives and public policies*. USA: Harper Collins
- 62.Lewis, J.M. (2003) 'Evidence based policy: a technocratic with in a political world'. In: Lin, V/ and Gibson, B. (eds.) *Evidence-based health policy: problems and possibilities*. Melbourne: Oxford University Press
- 63.Lord, A. and Hincks, S. (2010) 'Making Plans: The Role of Evidence in England's Reformed Spatial Planning System'. *Planning Practice & Research*, 25(4): 477-496

64. Nadin, V. (2007) 'The emergence of the spatial planning approach in England'. *Planning Practice & Research*, 22(1): 43-62
65. Parkhurst, J. (2017) *The Politics of Evidence: From evidence-based policy to the good governance of evidence*. London and New York: Routledge
66. Pawson, R. (2006) *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications
67. Russel, J., Greenhalgh, T., Byrne, E. and McDonnell, J. (2008) 'Recognizing rhetoric in health care policy analysis'. *J Health Serv Res Policy*, 13(1): 40-46
68. Solesbury, W. (2002) 'The Ascendance of Evidence'. *Planning Theory & Practice*, 3(1): 90-96
69. Weber, M. (1968) 'Science as a vocation'. In: Eisenstadt, S.M. (ed.) *Max Weber On Charisma and Institution Building*. Chicago and London: The University of Chicago Press