Форма № 24

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет бізнес-технолгій та економіки
(повне найменування факультету)

Кафедра «Менеджменту та адміністрування»
(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проєкту (роботи)
магістр
(ступінь вищої освіти)

на тему Удосконалення процесу надання послуг в медичних установах регіону на основі концепції публічного управління

(назва теми)

Виконав: студент 2 курсу, групи БТЕ-0813

Спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» .
(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)
«Регіональне управління»

Олег ТРИБУШНИЙ
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник Тетяна ПУЛІНА
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)
Рецензент_Максим КУЧЕРЕНКО
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет бізнес-технологій та економіки
Кафедра «Менеджмент та адміністрування»
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»

Освітня програма (спеціалізація) «Регіональне управління»
(назва освітньої програми (спеціалізації)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри, д.е.н., професор
Тетяна ПУЛІНА
«_____» _____2024 року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)
Олег ТРИБУШНИЙ
(ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Удосконалення процесу надання послуг в медичних установах регіону на основі концепції публічного управління

керівник проєкту (роботи)___ зав. каф., д.е.н., проф. Тетяна ПУЛІНА,
(науковий ступінь, вчене звання, ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)
затверджені наказом закладу вищої освіти від «__05__»____11____ 2024 року №457

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 23.11.2024

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) наукові праці українських та іноземних вчених з проблем публічного управління медичними установами, матеріали конференцій, інформація Інтернет-ресурсів, а також звітність ДОЗ Запорізької ОВА.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) 1. Теоретичні аспекти публічного управління медичними установами. 2. Аналіз процесу надання послуг в медичних установах Запорізького регіону з позиції публічного управління. 3. Розробка рекомендацій щодо удосконалення процесу надання послуг в медичних установах регіону на основі концепції публічного управління.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень, кількість слайдів, плакатів)
32 рис., 12 табл., 100 джерел, 1 додаток

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРІЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
I	Пуліна Т.В., проф. кафедри «Менеджмент та адміністрування»	30.04.2024	30.05.2024
II	Пуліна Т.В., проф. кафедри «Менеджмент та адміністрування»	02.09.2024	02.10.2024
III	Пуліна Т.В., проф. кафедри «Менеджмент та адміністрування»	21.09.2024	21.10.2024
Нормоконтроль	Пуліна Т.В., проф. кафедри «Менеджмент та адміністрування»	30.10.2024	28.11.2024

7. Дата видачі завдання «___01___» _____04_____2024___року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Організаційне зібрання щодо термінів подання кваліфікаційної роботи та методики її виконання	04.03.2024	
2	Вибір теми	15.03.2024	
3	Затвердження переліку тем кваліфікаційних робіт на кафедрі	20.03.2024	
4	Огляд та опрацювання наукової та спеціальної літератури з теми	постійно	
5	Наказ Ректора НУ «Запорізька політехніка» про затвердження тем кваліфікаційних робіт	29.10.2024	
6	Видача завдання до кваліфікаційної роботи	20.03.2024	
7	Розробка робочого плану кваліфікаційної роботи за узгодженням з науковим керівником	05.04.2024	
8	Написання 1 розділу та представлення його на кафедру в друкованому вигляді	30.05.2024	
9	Написання 2 розділу та представлення його на кафедру в друкованому вигляді	02.10.2024	
10	Написання 3 розділу та представлення їх на кафедру в друкованому вигляді та чорнового варіанту роботи в цілому	21.10.2024	
11	Нормоконтроль	30.10.2024	
12	Попередній захист кваліфікаційної роботи	14.11.2024	
13	Подання роботи на кафедру в остаточному чистовому оформленні	28.11.2024	
14	Захист кваліфікаційної роботи перед ЕК	11.12.2024-19.12.2024	

Студент(ка) _____ **Олег ТРИБУШНИЙ**
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи) _____ **Тетяна ПУЛІНА**
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ

ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ЗУ	Закон України
КПН	Комунальне-некомерційне підприємство
НСЗУ	Національна служба здоров’я України
НУО	Неурядова організація

РЕФЕРАТ

Дипломна робота: «Удосконалення процесу надання послуг в медичних установах регіону на основі концепції публічного управління»: 117 с., 23 рис., 14 табл., 60 джерел, 1 додаток.

Об'єктом дослідження є процес удосконалення надання послуг в медичних установах регіону на основі концепції публічного управління**.**

Предметом дослідження є теоретичні, методичні та практичні питання удосконалення процесу надання послуг в медичних установах регіону на основі концепції публічного управління.

Метою написання роботи є розробка теоретичних і практичних рекомендацій щодо удосконалення процесу надання медичних послуг у регіональних медичних установах на основі концепції публічного управління з метою підвищення їхньої ефективності, доступності та якості.

Методи дослідження: аналіз, синтез, групування, порівняння, графічний.

Результати і їх новизна. Проведено дослідження, результатом якого стало розробка рекомендацій щодо удосконалення процесу надання послуг в медичних установах регіону на основі концепції публічного управління, серед яких основними є запровадження обов’язкового медичного страхування та удосконалення організаційно-економічного механізму.

Основні положення роботи. Розглянуто теоретичні та методичні аспекти процесу надання медичних послуг на основі концепції публічного управління. Проведено дослідження процесу надання послуг в медичних установах Запорізького регіону, виявлено сильні сторони та проблеми.

Значущість роботи і висновки. Розробка практичних рекомендацій спрямованих на удосконалення процесу надання послуг в медичних установах Запорізького регіону на основі концепції публічного управління та світового досвіду.

Ключові слова: МЕДИЧНА ПОСЛУГА, МЕДИЧНА УСТАНОВА, ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИЙ МЕХАНІЗМ, ОБОВ’ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ, ПРОЦЕС, ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я**.**

ANNOTATION

Master thesis: « Improving the service process in regional healthcare institutions based on the concept of public administration »: 117 pp., 23 figures, 14 tables, 60 sources, 1 appendices.

The object of research is the process of improving service in medical institutions of the region based on the concept of public governance.

The subject of research is theoretical, methodological, and practical issues of improving the service process in regional healthcare institutions based on the concept of public governance.

Purpose of the work is the development of theoretical and practical recommendations for improving the process of providing medical services in regional healthcare institutions based on the concept of public governance to enhance their efficiency, accessibility, and quality..

Research methods: analysis, synthesis, grouping, comparison, graphic.

Results and their novelty. A study was conducted, resulting in the development of recommendations for improving the service providing process in regional healthcare institutions based on the concept of public governance. The main recommendations include the implementation of mandatory health insurance and the improvement of the organizational and economic mechanism.

Basic provisions of work. The theoretical and methodological aspects of the process of providing medical services based on the concept of public administration have been considered. A study of the service providing process in medical institutions in the Zaporizhzhia region has been conducted, highlighting strengths and identifying problems.

Significance of work and conclusions. Development of practical recommendations aimed at improving the process of service in medical institutions of the Zaporizhzhia region based on the concept of public governance and global experience.

Keywords: MEDICAL SERVICE, MEDICAL INSTITUTION, ORGANIZATIONAL AND ECONOMIC MECHANISM, MANDATORY HEALTH INSURANCE, PROCESS, PUBLIC ADMINISTRATION, HEALTHCARE SYSTEM**.**

ЗМІСТ

Завдання на дипломну роботу …… 2
Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень та термінів…. 4
Реферат ……. 5
Annotation……. 6
Вступ …… 9
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ПОСЛУГ В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ НА ОСНОВІ КОНЦЕПЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ……. 13
1.1 Система охорони здоров’я регіону як об’єкт публічного управління….. 13
1.2 Публічні послуги у сфері охорони здоров’я …….. 23
1.3 Законодавча база публічного управління в сфері охорони здоров’я …. 33
Висновок до розділу 1 …….. 41
РОЗДІЛ2. АНАЛІЗ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ПОСЛУГ В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ З ПОЗИЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ …… 43
2.1 Дослідження стану та оцінка медичної сфери Запорізького регіону.. 43
2.2 Аналіз факторів впливу на процес надання послуг в медичних установах Запорізького регіону …….. 54
2.3 Аналіз існуючих проблем управління процесом медичного обслуговування в закладах охорони здоров’я Запорізького регіону …… 67
Висновок до розділу 2 …….. 75
3. РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ПОСЛУГ В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ РЕГІОНУ НА ОСНОВІ КОНЦЕПЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ …….. 77
3.1 Обґрунтування напрямків удосконалення процесу надання послуг в медичних установах Запорізького регіону на основі концепції публічного управління …… 77

3.2 Обов’язкове медичне страхування як інструмент удосконалення процесу надання послуг в медичних установах ……. 85
3.3 Удосконалення організаційно-економічного механізму публічного управління процесом медичного обслуговування в закладах охорони здоров’я …….. 94
Висновок до розділу 3 ……. 100
Висновки …… 102
Список використаних джерел …… 106
Додатки …… 114
Додаток А. Перелік нормативно-правових актів, що регулюють публічне управління в сфері охорони здоров’я …… 115

ВСТУП

Актуальність теми визначається значною потребою в удосконаленні процесів надання послуг в медичних установах під впливом сучасних викликів, особливо на регіональному рівні, де існують проблеми з низьким рівнем доступності, якості та ефективності медичних послуг, що обмежує можливості населення у реалізації права на здоров'я.

Концепція публічного управління передбачає впровадження інноваційних підходів до управління медичними установами, орієнтованих на прозорість, підзвітність та максимальне задоволення потреб громадян. Такий підхід дозволяє інтегрувати принципи партнерства між державою, місцевим самоврядуванням, громадськими організаціями та бізнесом для підвищення якості та доступності медичних послуг. Особливого значення набуває вдосконалення процесів управління в умовах реформування системи охорони здоров’я України, зокрема у контексті децентралізації та зміни фінансування медичних послуг. Це створює як нові можливості, так і виклики для регіональних медичних закладів, що вимагає впровадження ефективних моделей управління та адаптації до сучасних умов.

Отже, дослідження механізмів удосконалення процесу надання послуг у медичних установах регіону на основі концепції публічного управління є актуальним як з точки зору теоретичного аналізу, так і з практичної перспективи, оскільки сприяє підвищенню якості життя населення та ефективності функціонування системи охорони здоров’я.

Основні положення щодо визначення системи охорони здоров’я як об’єкту публічного управління викладено у нормативних документах [38-44; 54-60] та роботах Аніщенко М.А. [2], Козачеко Г.В., Сологуб О.В. [15], Логвиненко Б. [21], Устимчук О. В. [56] та інших.

Важливість надання якісних медичних послуг для розвиту суспільства та досягнення цілей сталого розвитку показано в деклараціях та кодексах

міжнародних організацій [10, 12, 27], дослідженнях Дубинського С.В. [11], Орхіх М.Ф. [34], Сурай І.Г., Цап В.І. [53].

Питання організації системи надання медичних послуг як з позиції світового досвіду, так і в контексті медичних реформ в Україні широко висвітлюються в роботах Вовк С. М., Половян Н. С., Вовк Т. В. [8], Капацін Ю. [14], Кузьменко Г.О. [19], Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Борвінко Е.В. [20], Назаренко С.О. [30], Нонко В. [33], Решота Н. [49], Черніховський Р.І. [59].

Проблематика управління різними питаннями медичної сфери, зокрема удосконалення механізму управління медичними закладами, боротьби з корупцією, фінансування медичних закладів тощо знаходилась досліджувалася в роботах Величко О., Ткачук О., Серебряков М. [5], Вовк С. М., Половян Н. С., Вовк Т. В. [6], Гавриченко Д. Г., Козирєва О. В., Попова Т. О., Сергієнко Л. В. [7], Кузьменко Г.О. [19], Назаренко С.О. [30], Поя А. [38] та інших.

Мета і задачі дослідження – розробка теоретичних і практичних рекомендацій щодо удосконалення процесу надання медичних послуг у регіональних медичних установах на основі концепції публічного управління з метою підвищення їхньої ефективності, доступності та якості.

Об'єктом дослідження є процес удосконалення надання послуг в медичних установах регіону на основі концепції публічного управління.

Предметом дослідження є теоретичні, методичні та практичні питання удосконалення процесу надання послуг в медичних установах регіону на основі концепції публічного управління.

Відповідно до мети роботи поставлені наступні завдання:

- дослідити система охорони здоров’я регіону як об’єкту публічного управління як об’єкт публічного управління;

- розглянути основні публічні послуги у сфері охорони здоров’я;

- дослідити законодавчу базу публічного управління в сфері охорони здоров’я;

- проаналізувати та оцінити стан медичної сфери Запорізького регіону;

- здійснити аналіз факторів впливу на процес надання послуг в медичних установах Запорізького регіону;

- дослідити існуючі проблеми управління процесом надання послуг в медичних установах Запорізького регіону;

- надати обґрунтування напрямків удосконалення процесу надання послуг в медичних установах Запорізького регіону на основі концепції публічного управління;

- показати роль обов'язкового медичного страхування як інструменту удосконалення процесу надання послуг в медичних установах;

- запропонувати рекомендації щодо удосконалення організаційно-економічного механізму публічного управління процесом медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я.

Методи дослідження. Для реалізації запланованих завдань та досягнення мети та результатів в магістерській роботі було використано такі методи, як: аналіз та синтез (для систематизації та узагальнення теоретичних аспектів, підходів до організації сфери охорони здоров'я, існуючих практик та механізмів організації процесу надання послуг в медичних закладах різного рівня); компаративний аналіз (для порівняння українського та іноземного досвіду організації системи медичного забезпечення); стратегічний аналіз (PEST-аналіз для оцінки факорів, що впливають на медичний омплекс запорізького регіону), табличний та графічний методи (для представлення результатів дослідження).

Наукова новизна на основі аналізу системи охорони здоров'я як обєкту публічного управління запропоновано складники публічного управління в медичній сфері є, а саме форми організації в державній медицині, методи управління та джерела фінансування, які покладено в основу запропонованих рекомендації щодо удосконалення організаційно-економічного механізму публічного управління процесом надання послуг в медичних установах.

Практична цінність результатів дослідження полягає у тому, проведено дослідження та оцінка стану медичної сфери Запорізького регіону, здійснено аналіз факторів впливу на процес надання послуг в медичних установах Запорізького регіону, виявлено та проаналізовано існуючи проблеми управління процесом надання послуг в медичних установах Запорізького регіону. Дано обґрунтування напрямків вдосконалення процесу надання послуг в медичних установах Запорізького регіону, розглянуто роль та обов'язкового медичного страхування як інструменту удосконалення процесу надання послуг в медичних установах та запропоновано рекомендації щодо запровадження системи обов'язкового медичного страхування. Запропоновано рекомендації щодо удосконалення організаційно-економічного механізму публічного управління процесом медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я.

Інформаційну базу дослідження кваліфікаційної роботи склали нормативно-правові та законодавчі акти України, документи міжнародних організацій, наукові праці українських дослідників публічного управління в медичній галузі (монографії, підручники, статті), інформаційні ресурси та джерела, дані Державної статистичної служби України.

Структура і обсяг роботи. Кваліфікаційна робота містить вступ, три розділи, висновки, список використаної літератури. Повний обсяг роботи – 117 сторінок, включаючи 14 таблиць, 23 рисунка. Список використаних джерел (60 найменувань) – 8 сторінок, 1 додаток – 3 сторінки.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ПОСЛУГ В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ НА ОСНОВІ КОНЦЕПЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

1.1 Система охорони здоров’я регіону як об’єкт публічного управління

В Україні медичні послуги населенню надаються в межах системи державної та недержавної системи охорони здоров’я. Державна система охорони здоров’я, яка сформувалася ще за часів СРСР, незважаючи на активне реформування все ще потребує вдосконалення системи управління.

Спершу визначимо основні дефініції та сутність сфері охорони здоров’я як об’єкту публічного управління.

Згідно до проєкту «Стратегія розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року» констатується, що «Збереження, охорона та зміцнення здоров’я та благополуччя громадян – один із ключових обов’язків та пріоритетів Уряду України. Здоров’я населення дуже важливе для того, щоб люди могли прожити життя якісно та повністю реалізувати свій потенціал. Вирішення проблем здоров’я населення не є обов’язком лише сектора охорони здоров’я, а потребує консолідації зусиль суспільства та лідерства уряду на національному, обласному та місцевому рівні» [52]. Тому для всієї країни в цілому і для кожного регіону окремо актуальним є питання розвитку медичного комплексу та забезпечення його ефективного управління.

Відповідно до українського законодавства охорона здоров’я «це система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров’я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками,

громадськими об’єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [35].

Згідно визначенню Всесвітньої організація охорони здоров'я (далі ВООЗ), система охорони здоров'я «це сукупність усіх організацій, людей та дій, основним завданням яких є сприяння, відновлення чи підтримка здоров'я. Сюди входять зусилля, що впливають на детермінанти здоров'я та більш безпосередню оздоровчу діяльність. Таким чином, система охорони здоров’я – це більше, ніж піраміда закладів громадської власності. Вона ще включає всі міжгалузеві дії медичного персоналу для покращення здоров'я населення» [49].

Система охорони здоров’я в Україні складається з трьох рівнів, які в узагальненому вигляді показано на рис. 1.1.

На верхньому (третьому) рівні системою керує Міністерство охорони здоров’я, якому підпорядковуються наукові та медичні навчальні заклади, спеціалізовані національні лікарні, диспансери та санаторії.

На вторинному рівні розташовані регіональні медичні заклади: обласна лікарня, обласні диспансери, обласні спеціалізовані диспансери, обласний центр «Здоров’я»

На первинному рівні – міські та районні лікарні, фельдшерсько-акушерські пункти та лікарські амбулаторії.

Первинний та вторинний рівні – це предмет публічного управління на регіональному рівні. Але, незважаючи на рівень, публічне управління сферою охорони здоров’я тісно пов’язано на всіх рівнях цієї системи, вимагає узгоджених та єдиних дій, реформування, законодавчого обґрунтування та виробітки єдиних економічних, юридичних та організаційних механізмів. «Механізм публічного управління розглядається в єдності всіх його складових, як категорія не лише збірна, але й системна. А його засоби «окреслено» з їх механічної, динамічної сторони, що, як наслідок, сприяє відображенню в

проблемі механізму процесу функціонування права та його динаміку» [34, с. 67].

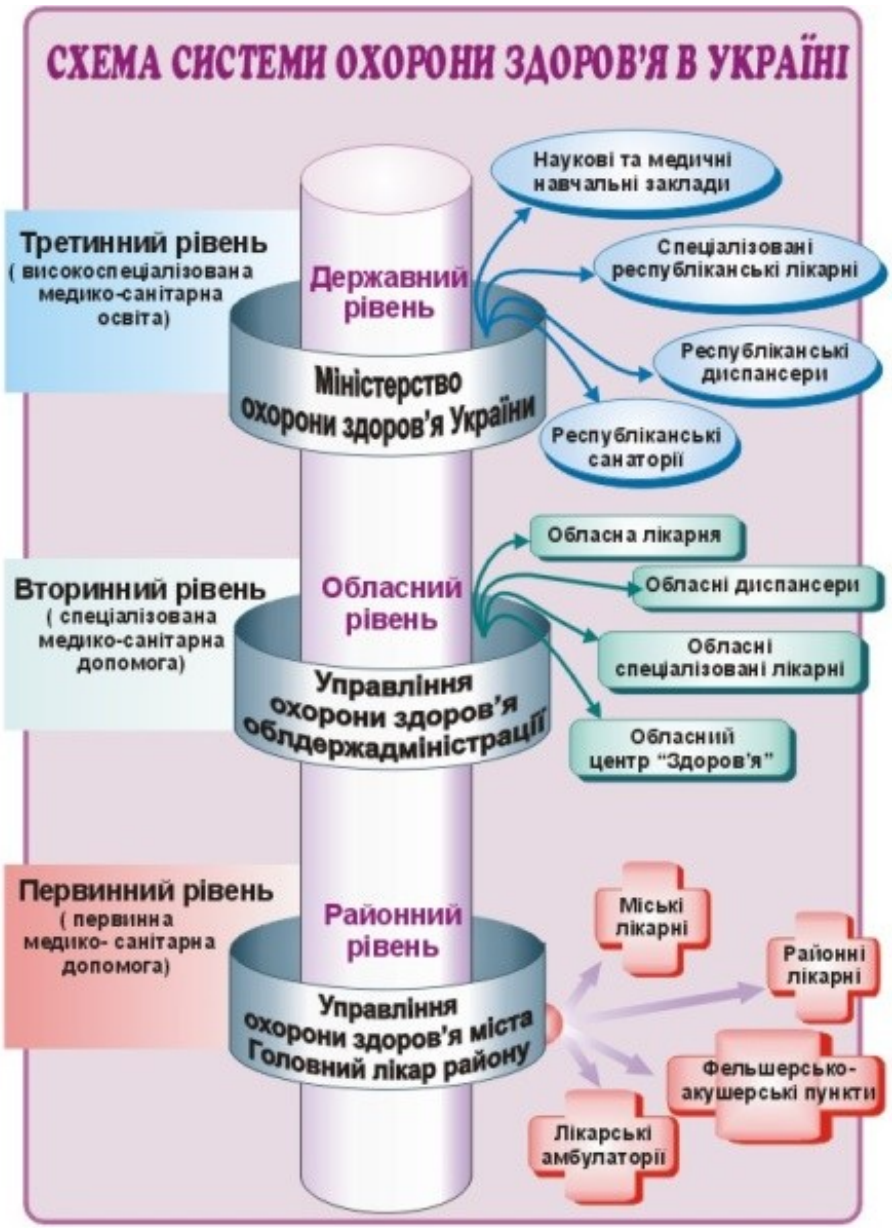


Рис. 1.1 Система охорони здоров’я України [54]

Публічне управління у сфері охорони здоров’я може бути визначено як «…публічно владна діяльність відповідних суб’єктів адміністрування на різних рівнях, яка не може розвиватись та функціонувати ізольовано від проблем сьогодення» [2].

На рис. 1.2 представлено суб’єкти, які здійснюють публічне управління у сфері охорони здоров’я.

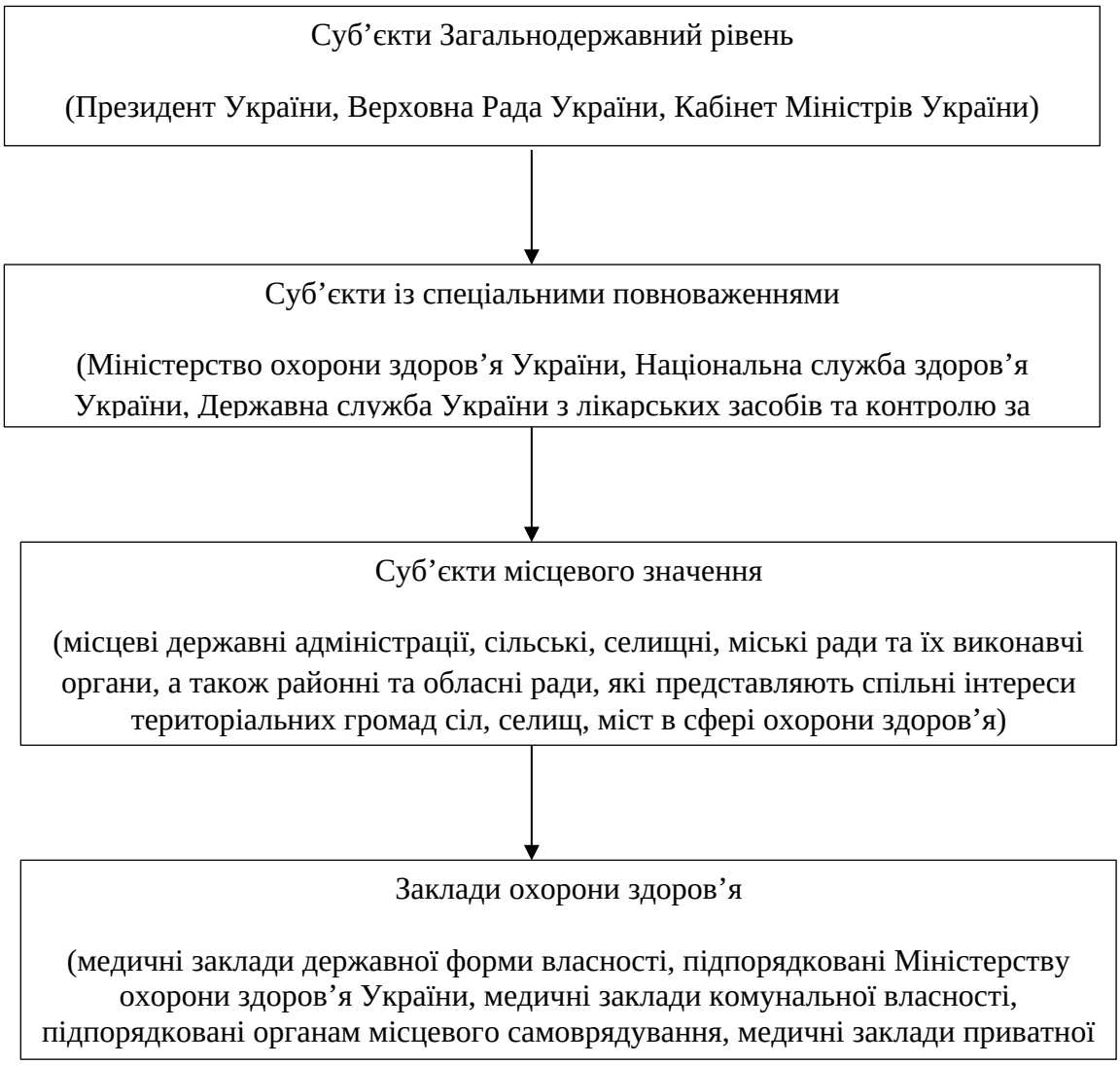


Рис. 1.2 Суб’єкти публічне управління у сфері охорони здоров’я України

Примітка. Складено автором на основі [2]

Як можна побачити з рис. 1.1 та 1.2 система публічного управління сферою охорони здоров’я має ієрархічний характер. Всі ланки Законодавчої та виконавчої влади комплексно працюють на те, щоб забезпечити реалізацію конституційних прав громадян на здоров’я та медичне обслуговування. В табл. 1.1. дано характеристики того, як окремі державні органи виконують управління сферою охорони здоров’я.

Таблиця 1.1

Функції суб’єктів загальнодержавного рівня управління системою охорони здоров’я та суб’єктів зі спеціальними повноваженнями

Суб’єкти	Характеристика діяльності
Президент	Гарантує права громадян на здоров’я та медичне обслуговування
Верховна Рада	Здійснює законодавче регулювання права громадян на здоров’я та медичне обслуговування. Робочий орган – Комітет з питань охорони здоров’я Верховної Ради
Кабінет Міністрів	Забезпечує реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій, координує роботу міністерств та інших центральних органів виконавчої влади
Рада громадського контролю	Забезпечує інтереси пацієнтів в рамках гарантованого державою пакета медичного обслуговування населення
Міністерство Охорони здоров’я	Координує діяльність Національної служби здоров’я України. Забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров’я, розвитку медичних послуг, гарантування епідемічного благополуччя населення, впровадження електронної системи охорони здоров’я, забезпечення якісними лікарськими засобами і виробами медичного призначення.
Національна служба здоров’я України	Узагальнює практику застосування законодавства з питань, що належать до її компетенції; готує пропозиції щодо вдосконалення законодавчих актів, проводить аналіз і прогнозує потреби населення України у медичних послугах та лікарських засобах з метою розроблення проекту програми медичних гарантій; здійснює стратегічні закупівлі у частині щодо забезпечення медичних послуг та реімбурсації лікарських засобів за програмою медичних гарантій; розробляє проекти програм медичних гарантій та проекти специфікацій і умов закупівлі медичних послуг за програмою медичних гарантій; вносить пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів; визначає референтні заклади охорони здоров’я, які визначені МОЗ як заклади охорони здоров’я незалежно від форми власності; проводить аналіз витрат при розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми медичних гарантій.

Примітка. Складено автором на основі [2, 37]

Суб’єкти, чия діяльність розглядається у таблиці 1.1 здійснюють регулювання медичної сфери на загальнодержавному рівні, але водночас мають значний вплив на регіональному та місцевому рівнях.

Розглядаючи публічне управління в медичній сфері слід зауважити, що вона не обмежується лише сферою надання послуг та провадженням медичної

діяльності. Вона також включає фармацевтичну діяльність, реабілітацію, діяльність народних цілителів тощо.

Не менш важливу роль ніж національні органи в управлінні сферою охорони здоров’я відіграють органи місцевого самоуправління. До їх завдань входить створення, реорганізація та ліквідація мережі комунальних закладів охорони здоров’я на території підпорядкованих їм громад. До компетенцій органів місцевого самоврядування входить:

- покупка медичного обладнання;
- виділення коштів на ремонт будівель та споруд комунального закладу;
- передача комунальним закладам охорони здоров’я нових будівель та споруд для здійснення їх статутної діяльності;
- затверджують та виконують місцеві програми соціально-економічного розвитку в сфері охорони здоров’я (безоплатна або пільгова видача лікарських засобів соціально незахищеним категоріям мешканців, надання в безоплатне користування житла для лікарів, медичних сестер, фельдшерів, інших працівників охорони здоров’я, які працюють на території відповідної громади територіальної громади, забезпечення їх безоплатними або пільговими комунальними послугами) [43].

На рис. 1.3 показано основні складники публічного управління в медичній сфері.

Як можна побачити з рис. 1.3 основними складниками публічного управління в медичній сфері є: форми організації в державній медицині, методи управління та джерела фінансування. Питання поліпшення якості надання медичних послуг в медичних закладів різних рівнів включають розробку та реалізацію механізмів в щодо перелічених основних складників.

До сфер діяльності суб’єктів публічного управління в Україні через її багаторівневість та складність входять:

- загальне управління;
- ліцензування медичної діяльності;

- акредитації медичних закладів;
- контроль щодо дотримання законодавства та ліцензійних умов.

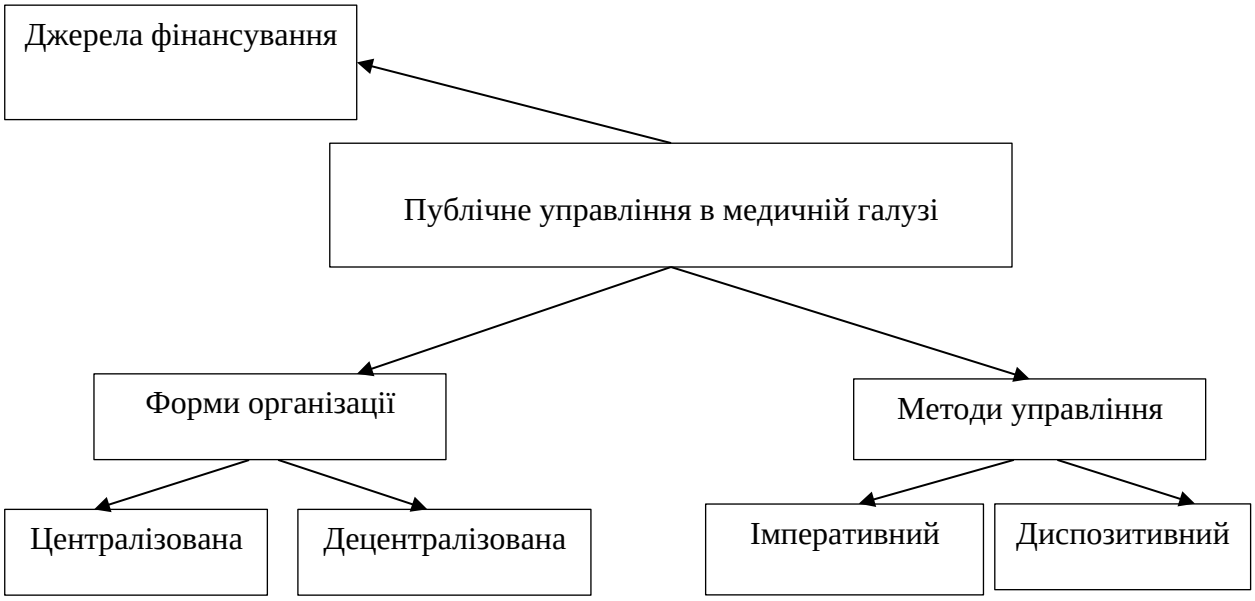


Рис. 1.3 Складники публічного управління в медичній сфері

Примітка. Складено автором на основі [2]

Публічне управління в медичні сфері залежать від підходу до побудови системи охорони здоров’я в країні. В світі існує декілька підходів до формування системи охорони здоров’я, які показано в табл. 1.2.

На сьогодні в світі розповсюджено чотири базових моделі охорони здоров’я: моделі Беверіджа, Бісмарка, національного медичного страхування, «з власної кишені». Слід зазначити, що такий розподіл за моделями є досить умовним, оскільки в сучасному світі більшість країн під час створення систем охорони здоров’я використовують риси різних систем.

Модель Беверіджа, створена у 1948 році, була першою у світі державною моделлю охорони здоров’я, яка надавала повністю безкоштовне медичне обслуговування на основі громадянства, а не за рахунок страхових внесків чи інших платежів, або умов, наприклад праці.

Таблиця 1.2

Світові підходи до побудови системи охорони здоров’я

Система охорони здоров’я	Характеристика	Переваги	Недоліки	Країна розповсюдження
Модель Беверіджа	Національна медична служба з єдиним платежем. Повністю безкоштовне медичне обслуговування на основі громадянства, а не сплати зборів чи страхування.	Повністю безкоштовне медичне обслуговування, рівні права всіх громадян на медичне обслуговування.	Довгі списки очікування; у разі нестабільної надзвичайної ситуації в країні, наприклад, війни чи кризи здоров'я, фінансування медичних послуг може скорочуватися, оскільки зменшуються доходи населення, посилюючи фінансовий тягар, притаманний великому напливу пацієнтів.	Велика Британія, Іспанія, Нова Зеландія, Куба
Модель Бісмарка	Модель соціального медичного страхування - децентралізована форма охорони здоров'я	Державне регулювання цін на медичні послуги	Не була створена для забезпечення універсального охоплення здоров'я, фокусує ресурси на тих, хто може зробити свій внесок у фінансову сферу, незрозуміло як забезпечити непрацюючих	Німеччина, Бельгія, Японія, Швейцарія
Національна модель медичного страхування	Поєднання моделей Бісмарка та Беверіджа: уряд виступає єдиним платником медичних процедур, і, постачальники послуг є приватними.	Надає населенню більшість медичних процедур незалежно від рівня доходу	Довгі черги очікування на лікування.	Канада, Тайвань, Південна Корея, Австрія, Італія
Модель з прямим платежем "з власної кишені"	Пацієнти повинні платити за процедури з власної кишені	Швидкий доступ до будь-яких послуг, відсутність солідарної системи медичного страхування	Бідні верстви населення не мають доступу до медичного обслуговування	Індія, Китай, Африка, Південна Америка

Примітка. Складено автором на основі [49]

В рамках цієї моделі медична система є централізованою з єдиним органом управління (для України такий орган – Національна служба здоров’я України – НСЗУ), а основний фокус уваги приділяється здоров’ю громадян як права людини. Фінансування медицини відбувається за рахунок податку на прибуток, що робить медичні послуги безкоштовними. Медичні працівники в межах системи Беверіджа є державними службовцями. Держава гарантує кожному громадянину однаковий доступ до медичного обслуговування.

Модель Бісмарка – децентралізована модель, яка була створена наприкінці XIX ст. модель передбачає, що працевлаштовані мешканці країни мають доступ до «медичних фондів», профінансованих з обов’язкових відрахувань роботодавців та робітників. Крім того, у кожного працевлаштованого повинен бути приватний страховий медичний поліс. Більшість медичних закладів є приватними, хоча фонди соціального медичного захисту – державні. У Франції та Південній Кореї – єдиний страховик, в Німеччині або Чехії – декілька конкуруючих страховиків, у Японії – декілька страховиків, які не конкурують між собою. При цьому уряд жорстко контролюють ціни на медичні послуги, а страхові компанії не отримають прибутку. Значною проблемою даної моделі, є той факт, що доступ до медичного обслуговування мають лише працевлаштовані, і невизначеними є механізми як надавати послуги, тим хто не працює, або хто не може дозволити собі внесок.

Національна модель медичного страхування поєднує в собі риси двох розглянутих вище моделей. Більш того в останні роки в країнах, де розповсюджена та чи інша модель спостерігається тенденція до взаємного проникнення рис однієї та іншої, що призводить до розвитку змішаної моделі, навіть в таких країнах як Німеччина.

Національна модель медичного страхування забезпечує баланс між державним і приватним медичним сектором. При цьому фінансові бар’єри є низькими і будь-який громадянин може обрати собі лікарів за власним бажанням. В межах цієї моделі населення отримує більшість медичних послуг незалежно від рівня доходу.

Що стосується управління, то національна модель медичного страхування за рахунок прозорості дозволяє значно скоротити витрати та дублювання послуг.

Найбільшим недоліком моделі – є наявність довгих черг очікування на лікування, яка не обмежується плановими операціями, але й розповсюджується на невідкладні медичні процедури. Старіння населення та надмірне використання медичних ресурсів у невідкладних ситуаціях також є проблемами для довгострокової стабільності моделі

Остання розповсюджена у світі модель – це модель орієнтована на ринок, яка має назву «з власної кишені». Розповсюдження даної моделі є характерним для бідних країн, де держава не в змозі забезпечити відповідну систему охорони здоров’я, або в тих країнах, де не розвиваються соціальні стандарти. За такої системи доступ до медичного обслуговування мають не всі, а лише ті у кого є гроші.

Сучасна система охорони здоров’я в Україні має певні риси моделі Бісмарка, а також ринкової моделі. Хоча тривалий час в Україні існувала так звана модель Семашка – система загальнообов’язкового медичного страхування, де медичне обслуговування безкоштовне для всіх. Однак на відміну від моделі Беверіджа, де фінансування медицині відбувається за рахунок спеціального оподаткування населення, система Семашка фінансується з державного бюджету.

У моделі Семашка медичні послуги надавалися ієрархією державних установ, підпорядкованих Міністерству охорони здоров’я. Модель включала державні медичні заклади, найманих медичних працівників, великих постачальників первинної медичної допомоги та надзвичайно високий рівень державного управління, що забезпечувало універсальність медичних послуг, що надавалися.

Незалежно від системи охорони здоров’я, публічне управління в цій сфері виконує такі функції:

- окреслення напрямів реалізації норм чинного медичного законодавства;

- захист прав пацієнтів;

- удосконалення та стовідсоткове упровадження електронного обміну даними в медичній діяльності;

- забезпечення доступності ресурсів державної та комунальної охорони здоров’я;

- формування єдиного медичного простору України [21].

Отже, як можна побачити сфера охорони здоров’я є складними та багатоаспектним суб’єктом публічного управління, який потребує законодавчого, економічного і соціального регулювання. В Україні тривалий час існувала ієрархічна та жорстко регульована система охорони здоров’я, яка уніфікувала не лише процедури та процеси, але й підходи до пацієнтів. Тому надання медичних послуг в Україні після набуття нею незалежністю тривалий час знаходилися на низькому рівні. Однак з розвитком ринку та посиленням конкуренції на ринку медичних послуг, питання поліпшення якості надання послуг медичними закладами, в тому числі за рахунок удосконалення механізмів публічного управління цим процесом, набуває особливої актуальності.

1.2 Публічні послуги у сфері охорони здоров’я

В законодавстві України наведено два визначення публічних послуг, звичайних та електронних:

- публічна послуга – юридично або соціально значуща дія суб’єкта надання публічної (електронної публічної) послуги, у тому числі адміністративна послуга, за заявою (зверненням, запитом) суб’єкта звернення або без такого звернення, у результаті якої набуваються, переходять, припиняються права та/або здійснюються обов’язки суб’єктом звернення, надаються відповідні матеріальні та/або нематеріальні блага суб’єкту звернення;

- електрона публічна послуга – це послуга, що надається органами державної влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями, які перебувають в їх управлінні, у тому числі адміністративна послуга (у тому числі в автоматичному режимі), яка надається з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем на підставі заяви (звернення, запиту), поданої в електронній формі з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем (у тому числі з використанням Єдиного державного веб-порталу електронних послуг), або без подання такої заяви (звернення, запиту) [44].

Як можна побачити з наведених вище визначень публічна послуга в будь-якому випадку надається державними органами або органами місцевого самоврядування.

В сфері охорони здоров’я публічні послуги надаються державними та комунальними медичними закладами.

В літературі існують різні підходи до визначення публічних послуг в сфері охорони здоров’я як «медичних послуг» та «медичної допомоги». Через те, що в Україні сфера охорони здоров’я тривали час була, а деяка її частина все ще залишається у державній власності, і не мала ринкового характеру, то найчастіше використовувався термін «медична допомога». Однак з активним розвитком медичного ринку, особливо приватного його сектору, все частіше використовується термін «медична послуга». Різниця між зазначеними термінами може бути досить суттєвою, залежно від контексту їх використання. В табл. 1.3 показано основі відмінності розглянутих дефініцій, з яких видно, що термін «медична послуга» є більш загальним і охоплює всі види медичної діяльності, тоді як «медична допомога» відноситься до конкретних дій, які виконуються для надання невідкладної допомоги пацієнтам.

Як можна побачити з табл. 1.3 «медична послуга» має економічний характер, а отже пов’язана з ринковою діяльністю суб’єкту господарювання і має особливості. Головною особливістю послуги є її нематеріальність (відсутність фізичного втілення).

Таблиця 1.3

Відмінності у дефініціях «медична послуга» та «медична допомога»

Параметри порівняння	Медична послуга	Медична допомога
Визначення	Охоплює широкий спектр заходів, які надаються пацієнту, включаючи діагностику, лікування, профілактику та реабілітацію.	Дії, пов’язані з наданням термінової або невідкладної допомоги пацієнту
Характеристики	Надаються в межах системи охорони здоров'я, носять регулярний або плановий характер. Можуть включати організацію медичного процесу, адекватне обслуговування та супутні послуги (таких як лабораторні аналізи, консультації тощо).	Носить екстрений характер і призначена для вирішення термінових медичних проблем (швидкі дії для порятунку життя або запобігання серйозним ускладненням).
Характер	Економічні відносини	Соціальне забезпечення
Приклад	Індивідуальні процедури (обстеження або лікування), комплексні програми (медичні курси).	включати першу допомогу, реанімаційні заходи, а також лікування в критичних ситуаціях

Примітка. Складено автором на основі [22]

До інших характеристик послуг відноситься:

- нездатність до зберігання – не можна накопичувати, зберігати та виробити заздалегідь;
- нерозривність процесів виробництва та споживання;
- нестабільність якості, залежність якості від багатьох чинників;
- індивідуальний характер.

Існує багато класифікаційних ознак послуг, але для медичних послуг доцільно обрати такі критерії класифікації:

- за сферою надання (комерційні, соціальні, комунальні, державні);
- за характером (матеріальні та нематеріальні);
- за видами (первинні, спеціалізовані тощо).

Виходячи з визначених ознак класифікації медичні послуги можна узагальнити в декілька груп (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Види медичних послуг

Послуга	Опис послуги
Первинна медична допомога	Надається лікарями загальної практики, педіатрами та медичними сестрами у вигляді регулярних обстежень, вакцинацій та лікування незначних захворювань.
Спеціалізована медична допомога	Надається лікарями-спеціалістами, які проводять більш складні обстеження та лікування, включаючи хірургічні втручання, лікування хронічних захворювань тощо.
Невідкладна медична допомога	Оперативне реагування на надзвичайні ситуації шляхом надання швидкої медичної допомоги
Профілактика та вакцинація	Програми профілактики захворювань, включно із щепленнями дітей та дорослих, скринінгами захворювань (онкологічні захворювання, діабет, гіпертонію тощо)
Забезпечення психічного здоров’я	Послуги, що забезпечують підтримку психічного здоров’я, включаючи консультування, терапію та стаціонарне лікування
Реабілітація	Програми відновлення після травм, операцій чи захворювань, що включають фізіотерапію та інші види лікування
Просування здорового способу життя	Освітні програми, що сприяють здоровому способу життя, правильному харчуванню та фізичній активності
Соціальні послуги	Підтримка людей з обмеженими можливостями, літніх людей та інших вразливих груп населення для забезпечення їхнього доступу до медичних послуг

Медичні послуги, що надаються на першому рівні медичного обслуговування становлять групу основних медичних послуг. До них відносять [14]:

- надання консультацій щодо стану здоров’я, профілактики захворювань, їх діагностики та лікування;
- контроль (спостереження) та лікування хронічних хвороб, таких як цукровий діабет, гіпертонія та інші;
- проведення вакцинації;
- проведення профілактики та профілактичних заходів;
- надання рекомендації щодо подальшого лікування у вузьких спеціалістів (направлення до вузьких спеціалістів).

Первинна медична допомога надається лікарями загальної практики, педіатрами, медсестрами та іншими фахівцями. Основною її метою є

забезпечення доступності, своєчасності та комплексності медичних послуг для населення.

Наступним видом медичних послуг є спеціалізовані, які надаються лікарями з вузькою спеціалізацією, які мають глибокі знання та досвід у конкретній області медицини, наприклад кардіологія, неврологія, ендокринологія тощо. Спеціалізовані медичні послуги мають свої особливості:

- вони надаються лікарями високої кваліфікації, які мають певну вузьку спеціалізацію та додаткову освіту;
- для їх надання необхідно застосування новітніх технологій, обладнання, методик діагностики і лікування;
- під час надання спеціалізованих послуг застосовується мультидисциплінарний підхід, який потребує співпраці декількох різних фахівців;
- зосереджена на лікуванні конкретних захворювань або станів;
- надається після направлення від лікарів загальної практики.

Основними видами послуг спеціалізованої медичної допомоги є:

- хірургічна допомога;
- лікування хронічних захворювань, наприклад, гіпертонія, астма тощо;
- діагностика а лікування злоякісних новоутворень;
- лікування серцево-судинних захворювань;
- виявлення та лікування психічних розладів тощо.

Третім видом медичних послуг є невідкладна медична допомога, яка включає надання швидкої та ефективної медичної допомоги в ургентних ситуаціях (наприклад, у разі травм, серцевих нападів, інсультів, алергічних реакцій). Основними характеристиками невідкладної медичної допомоги є:

- терміновість – надається без затримок, щоб запобігти негативних наслідків для життя та здоров’я пацієнта;
- поширюється на значну кількість проблем із здоров’ям – отруєння, травми, раптове загострення хронічних захворювань тощо;
- надається висококваліфікованими медичними працівниками;

- необхідно проводити оцінку стану пацієнта для визначення пріоритетності надання допомоги
- носить мобільний характер, оскільки надається на місці події.

Види невідкладної медичної допомоги показано на рис. 1.4.



Рис. 1.4 Види невідкладної медичної допомоги

Послуги невідкладної медичної допомоги є критично важливими для збереження життя пацієнтів, тому мають надаватися ефективно та професійно.

Публічне управління сферою охорони здоров’я потребує створення ефективного механізму надання послуг. Існують різні підходи та погляди на цей механізм, як у вітчизняній, так і у закордонній літературі.

Найбільше уваги в дослідженнях, присвячених пошуку механізму публічного управління у сфері охорони здоров’я, приділено питанням фінансування [7, 57], правового регулювання та аналізу нормативно-правової бази [7, 56], якості надання медичних послуг [6], а також правовий статус споживача медичних послуг.

На рис. 1.5 представлено склад механізмів публічного управління у сфері охорони здоров’я в Україні запропонованого Козаченко В.Г. та Сологуб О.В. [15].

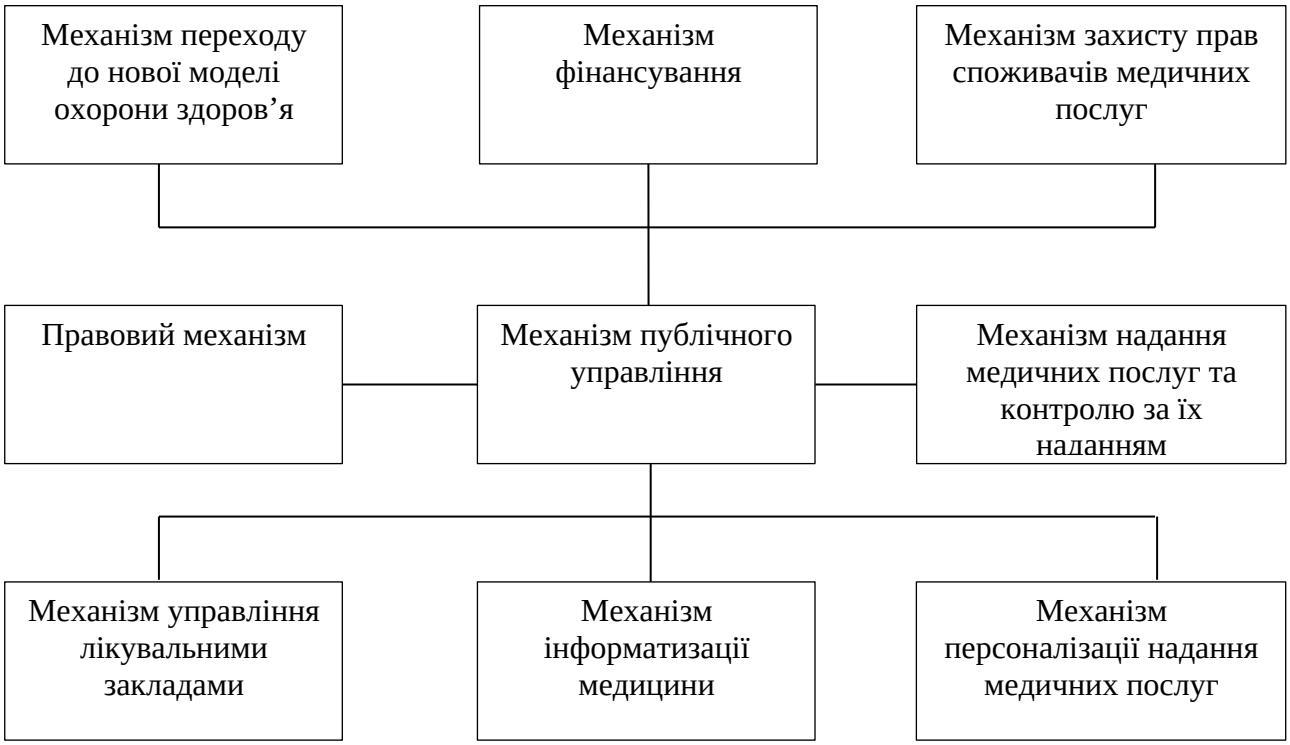


Рис. 1.5 Склад механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я [15]

Як можна побачити з рис. 1.5 багато уваги авторами приділяється саме механізму надання медичних послуг, їх персоналізації, а також захисту прав споживачів медичних послуг.

Це пов'язано з тим, що в Україні тривалий час найменша увага приділялася саме питанню задоволеності споживачів медичних послуг, оскільки державна форма власності медичних закладів не передбачає дотримання інтересів пацієнтів, а відсутність ринку – боротьби за них. З моменту ж активного розвиту ринку медичних послуг та посилення конкуренції медичним закладам всіх форм власності довелося приділити увагу питанню організації наданню якісних медичних послуг [45].

Дослідники питань фінансування процесу надання медичних послуг в Україні говорять про те, що хоча за законом всі лікувальні заклади незалежно від форми власності та організаційно-правової форми діяльності мають право на державне фінансування, приватні медичні заклади майже не охоплені дією фінансування через чисельні ускладнення та недоліки системи. «Фінансування

процесу надання медичних послуг в сфері охорони здоров’я містить державний гарантований пакет медичної допомоги, передбачає створення єдиного національного замовника медичних послуг, автономізацію постачальників медичної допомоги, перехід на нові методи оплати праці та нову систему управління якістю послуг» [15].

Важливим аспектом в наданні публічних послуг в галузі охорони здоров’я є інформатизація цього процесу. Розвиток цифрових технологій та загальний тренд на діджиталізацію економіки, роботи уряду, органів місцевого самоврядування тощо, призвели до значних зрушень в інформатизації медицини.

Діджиталізація не тільки інтегрується в традиційну охорону здоров’я, а й сприяє більш персоналізованому підходу до надання послуг пацієнтам, завдяки, наприклад, впровадженню «електронної черги» в лікарнях, забезпечення пацієнтів доступом до амбулаторної картки в електронному вигляді, можливістю дистанційної діагностики стану здоров’я та проведенням онлайн-консультацій лікарів тощо.

Персоналізація надання медичних послуг – ще один напрямок в публічному управлінні в сфері охорони здоров’я. В загальному вигляді, персоналізація надання медичних послуг передбачає адаптацію медичних рішень, лікувальних методик та профілактичних заходів до індивідуальних потреб, особливостей та ризиків кожного пацієнта. Персоналізований підхід до надання медичних послуг пацієнтам передбачає:

- збір інформації про спосіб життя, хронічні захворювання, генетичні ризики та інші фактори для формування повної картини здоров'я пацієнта з використанням цифрових інструментів (медичних карт, застосунків, трекерів), які сприяють кращому доступу до необхідних даних та полегшує їх обробку;
- діагностика ймовірності розвитку певних захворювань за допомогою генетичних тестів, а також оцінка індивідуальної чутливості до ліків та реакції на різні методи лікування;

- використання мобільних застосунків, дистанційних консультацій, моніторингових пристроїв (смарт-годинники, глюкометри) та інших інструментів для постійного контролю показників здоров'я, що дозволяє виявити відхилення в реальному часі та оперативно реагувати;

- **і**ндивідуальні плани лікування та профілактики – створення персональних програм лікування з урахуванням специфіки здоров'я пацієнта, його сімейного анамнезу, звичок і рівня стресу, що дозволяє уникнути зайвих ліків або процедур та підвищити ефективність лікування;

- використання алгоритмів штучного інтелекту для аналізу великих обсягів даних дозволяють передбачати ризики захворювань на основі аналізу даних і визначити, які профілактичні заходи чи зміни в способі життя можуть знизити ці ризики;

- залучення пацієнта до процесів лікування та підвищення його поінформованості про стан здоров’я.

Отже, персоналізація надання медичних послуг пацієнтам створює передумови досягнення кращих результатів і зниження ризиків ускладнень лікування.

Публічне управління в сфері надання медичних послуг також повинно розглядатися з позиції адміністрування лікувального закладу, яке можна визначити як сукупність заходів та політик, що здійснюються державними органами та органами місцевого самоврядування для забезпечення ефективної, доступної та якісної медичної допомоги.

Публічне управління лікарняними закладами включає такі елементи:

а) розробку державної політики в сфері охорони здоров’я:

- формування нормативно-правових актів, які регулюють діяльність медичних закладів (ліцензування, акредитація, стандарти якості);

- визначення державних стандартів медичних послуг, обов’язкових для всіх лікарень, незалежно від форми власності;

- підтримка програм реформи охорони здоров'я, включаючи нововведення, які покращують доступність та якість медичної допомоги;

б) фінансування та бюджетування на державному і місцевому рівнях, субсидування закладів охорони здоров’я, які надають послуги незахищеним верствам населення, забезпечення прозорості та підзвітності бюджетних витрат;

в) регулювання та контроль:

- за дотриманням стандартів якості медичних послуг шляхом проведення перевірок та акредитації закладів охорони здоров’я;

- за діяльністю медичних закладів для запобігання випадків недбальства та неналежного обслуговування;

г) моніторинг та оцінка ефективності:

- ведення статистики захворювань, оцінка потреб населення у медичних послугах;

- оцінка ефективності використання ресурсів лікарнями, зокрема виявлення надлишків або дефіциту у фінансуванні;

- використання результатів моніторингу для розробки нових політик та коригування існуючих.

д) забезпечення доступності медичних послуг:

- реалізація програм для покращення доступу до медичних послуг у сільській місцевості та віддалених регіонах;

- зниження бар’єрів доступу до медичних послуг, таких як висока вартість, нестача персоналу чи обмеженість інфраструктури;

- забезпечення рівності доступу до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від соціального статусу чи місця проживання;

е) профілактичні та просвітницькі кампанії:

- організація державних програм з профілактики захворювань (щеплення, скринінг, інформаційні кампанії);

- залучення громадськості до обговорення питань здоров'я через консультації та форуми;.

ж) забезпечення кадрового потенціалу:

- підтримка навчання та перепідготовки медичного персоналу;

- мотивація випускників медичних закладів та молодих фахівців до праці у сільській місцевості;

- розробка та реалізація державних програм підтримки студентів медичного університету (надання грантів та стипендій);

з) кризовий менеджмент:

- розробка планів дій у разі епідемій, природних катастроф тощо;

- забезпечення медичних закладів резервами медичних матеріалів та ресурсів;

- підтримка координації між державними установами, медичними закладами та громадськими організаціями для ефективного реагування на надзвичайні ситуації.

Отже, публічне управління у сфері охорони здоров'я спрямоване на побудову ефективної системи медичних закладів, яка працює на благо суспільства, забезпечуючи доступність, якість і справедливість медичних послуг.

1.3 Законодавча база публічного управління в сфері охорони здоров’я

Важливим аспектом публічного управління в сфері охорони здоров’я є його законодавче регулювання. Медицина – є соціальною галуззю, яка відповідає за безпеку та благополуччя громадян, тому всі процедури, послуги та аспекти управління в медичній галузі мають жорстке регулювання з боку держави. Система регулювання медичних послуг складається з механізмів, законів, нормативно-правових актів, які охоплюють та регулюють різні аспекти надання медичних послуг, ліцензування та акредитації медичних закладів та медичного персоналу, захисту прав пацієнтів та медичного персоналу та інші.

В табл. 1.5 представлено ієрархію нормативно-правових актів, що регулюють надання медичної допомоги в Україні та публічне управління в сфері охорони здоров’я. Повний перелік нормативно-правових актів наведено в додатку А.

Таблиця 1.5

Основні нормативно-правові акти України, що регулюють надання медичних послуг та публічне управління в сфері охорони здоров’я

Нормативно-правовий акт	Характеристика
Конституція України	Стаття 49. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.
Кодекси України	Містять систему правових норм в певній галузі, наприклад Кодекс законів про працю
Закони України	Встановлюють основні норми та правила функціонування сфери охорони здоров’я, публічного управління, надання медичних послуг (Основи законодавства України про охорону здоров’я, ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», ЗУ «Про лікарські засови», ЗУ «Про захист прав споживачів», ЗУ «Про забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення», ЗУ «Про психіатричну допомогу», ЗУ « Про донорство крові та її компонентів», ЗУ «Про лікарські засоби», ЗУ «Про систему громадського здоров’я» та інші.)
Підзаконні нормативно-правові акти	Регламентують різні аспекти роботи медичних закладів, ліцензування медичної діяльності, акредитацію медичних закладів, стандарти надання медичних послуг тощо (укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров’я).
Локальні нормативні акти	Видаються органами місцевого самоврядування, адміністрацією медичних закладів (правила внутрішнього розпорядку, стандарти надання послуг).
Міжнародні договори та угоди, які ратифіковані Верховною Радою України	Конвенція про права людини та біомедицину, Конвенція про права дитини, Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну, Міжнародні медико-санітарні правила, Європейська Соціальна Хартія, Конвенція ООН «Про права осіб з інвалідністю» та інші. У випадах суперечок між міжнародними договорами та національним законодавством, міжнародні договори мають пріоритетний характер.
Законодавство про публічне управління	ЗУ «Про державну службу», ЗУ «Про місцеве самоврядування», ЗУ «Про центральні органи виконавчої влади» тощо

Примітка. Складено автором на основі [10, 12, 16, 27, 37]

Основним нормативно-правовим актом, що регулює публічне управління в галузі охорони здоров’я є Конституція України. В ст. 49 «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» говориться, що «Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх

громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності. Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя» [16].

Другу групу нормативних актів, які регулюють відносини публічного управління у сфері охорони здоров’я, становлять різні Кодекси, зокрема Цивільний Кодекс України, у якому регламентовано право на охорону здоров’я: «Охорона здоров’я забезпечується системною діяльністю державних та інших організацій, передбаченою конституцією України та законом» (стаття 283) [58].

Найбільшу групу нормативно-правових актів становлять закони, які регулюють різні аспекти регулювання процесу надання медичних послуг населенню, надання права на медичне обслуговування, забезпечення якості та рівня життя в країні, соціальних гарантій тощо. Так, наприклад, Закон України закон «Про основи законодавства України про охорону здоров’я» визначає права громадян на охорону здоров’я. В статті 6 цього закону зазначено, що право громадян на охорону здоров’я передбачає [35, ст.6]:

- життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров’я людини;
- здорові і безпечні умови відпочинку, навчання, побуту та праці, а також санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту;
- право отримувати кваліфіковану медико-санітарну допомогу, своєчасну та достовірну інформацію про здоров’я населення і про стан свого здоров’я;
- участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров’я;
- участь в управлінні охороною здоров’я та можливість об’єднання в громадські організації з цією метою; оскарження неправомірних

дій і рішень працівників закладів охорони здоров’я та відшкодування заподіяної здоров’ю шкоди пацієнтів;

- правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов’язаних зі станом здоров’я;
- безпечне для життя і здоров’я навколишнє природне середовище;
- можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров’я можуть бути обмежені загальновизнані права людини і громадянина.

Нормативно-правову базу публічного управління в сфері охорони здоров’я формує законодавча гілка влади України, а саме Верховна Рада шляхом розробки, прийняття, впровадження та доповнення законів, кодексів та інших нормативних актів. До компетенції Верховної Ради України входить закріплення конституційних та законодавчих основ охорони здоров’я, становлення обсягів бюджетного фінансування, визначення мети, завдань, напрямів та пріоритетів розвитку, затвердження загальнодержавних програм у сфері охорони здоров’я. Також Верховна Рада виконує функції створення податкових, ліцензійних та митних умов функціонування галузі.

Реалізація публічного управління в сфері охорони здоров’я покладена на органи виконавчої влади – Президента України, Міністерства, Обласні та місцеві органи управління. Так, на регіональному рівні система охорони здоров’я регулюється законодавчими та нормативними актами як загальнодержавного рівня, так і документами, які приймаються місцевими органами влади.

Виходячи з багаторівневості системи управління в сфері охорони здоров’я та враховуючи необхідність ув’язки різних законів, правових актів, наказів, протоколів тощо виникає необхідність в адмініструванні всього цього процесу. Неугодніков А. під публічним адмініструванням розуміє «регламентовану законами та іншими нормативно-правовими актами діяльність

суб’єктів публічного адміністрування, яку спрямовано на здійснення законів та інших нормативно- правових актів шляхом прийняття адміністративних рішень та надання встановлених законами послуг» [32]. І на основі даного визначення говорить про публічне адміністрування сфери охорони здоров’я як про «поєднання загальної теорії адміністративного права та специфіки сфери охорони здоров’я як регламентовану законами та іншими нормативно-правовими актами виконавчо-розпорядчу діяльність щодо охорони та забезпечення належного стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя шляхом прийняття адміністративних рішень та надання встановлених законами послуг у сфері охорони здоров’я» [32].

Важливим аспектом публічного управління сферою охорони здоров’я є врахування міжнародних стандартів та рекомендацій. В табл. 1.6 наведено основні документи, якими найчастіше керуються законодавчі та виконавчі органи влади України при розробці нормативних актів, що регулюють сферу охорони здоров’я.

Приведений в табл. 1.6 перелік нормативних документів та організацій не є вичерпним, однак він дозволяє визначити основні напрямки публічного адміністрування сфери охорони здоров’я, зокрема:

- стандарти надання послуг;
- права пацієнтів;
- права та обов’язки лікарів;
- медична етика;
- дотримання соціальних стандартів якості життя;
- забезпечення здорового розвитку дітей і нації.

В цілому розглянуті міжнародні стандарти в публічному адмініструванні складають систему норм, яка охоплює найважливіші аспекти процесу управління наданням медичних послуг в Україні.

Важливим аспектом нормативно-правового регулювання сфери охорони здоров’я є інституційний механізм публічного управління.

Таблиця 1.6

Міжнародні документи, що регулюють сферу хорони здоров'я

Назва документа	Організація	Зміст
Загальна декларація прав людини	ООН	«Кожна людина має право на медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдівства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини» [12]
Міжнародний пакту про економічні, соціальні і культурні права		Кожна держава повинна вживати заходів щодо забезпечення права в сфері охорони здоров'я спрямовані на «забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини; поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості; запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними; створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби» [27].
Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе	Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)	Визначає вимоги до інформації, що надається пацієнту, і яка має бути вичерпною, «умови надання згоди на медичне втручання та умови збереження відомостей про стан здоров'я і будь-яких інших відомостей особистого характеру про пацієнта. У розділі п'ятому містяться норми, що регулюють питання надання медичної допомоги відповідно до стану здоров'я, включаючи профілактичну і лікувальну допомогу, а реалізація прав пацієнта закріплена у шостому розділі міжнародного акту» [10].
Міжнародний кодекс медичної етики	Всесвітня Медична Асоціація	Визначають права та обов'язки медичних працівників, пацієнтів, стандарти та правила поводження, висвітлюють етичні аспекти роботи лікарів.
Декларація з прав людини і особистої свободи медичних працівників		
Декларація стосовно і незалежності професійної свободи лікаря		
Декларація про незалежність і професійну роботу лікаря		

Примітка. Складено автором на основі [10, 12, 27]

В Україні його забезпечують служби та відомства показані на рис. 1.6.



Рис. 1.6 Інституційний механізм нормативно-правового регулювання публічного управління сфери охорони здоров'я України (складено автором на основі [32])

Головним елементом інституційного механізму є Національна служба здоров'я України, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [32].

На місцевому рівні органи охорони здоров'я представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст у сфері охорони здоров'я.

Органам місцевого самоврядування підпорядковуються лікарні відповідних рівнів. На діяльність всіх учасників впливають громадські об’єднання, «які діють із метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [32].

Втім, незважаючи на досить розгалужену структуру показаного інституційного механізму в системі публічного управління сферою охорони здоров’я є значні недоліки. Так, на думку дослідників цієї галузі «доцільно створити Державну інспекцію з питань якості медичних послуг. До компетенції цього органу має належати перевірка дотримання міжнародних медичних протоколів, дотримання медичної етики, видача, зупинення та анулювання ліцензії на зайняття медичною практикою» [32].

Для удосконалення системи публічного управління сферою охорони здоров’я низка дослідників, зокрема Черніховський Р.І. [59] пропонує три групи цілей, які необхідно досягти різними заходами (табл. 1.7).

Таблиця 1.7

Цілі покращення публічного управління в сфері охорони здоров’я [59**]**

Мета	Цілі	Завдання
Оптимізація системи публічного управління в сфері охорони здоров’я	- забезпечення ефективного використання ресурсів у галузі охорони здоров’я; - підвищення доступності та якості медичних послуг.	- аналіз і усунення адміністративних та бюрократичних перешкод у роботі системи охорони здоров’я; - впровадження ефективних систем моніторингу та оцінки результативності; - розробка та впровадження стратегій оптимізації витрат та ресурсів.
Підвищення ефективності медичних послуг	-зменшення рівня захворюваності та тривалості та якості життя населення; - смертності; - збільшення	- розробка та впровадження превентивних програм та кампаній з попередження захворювань; - підтримка наукових досліджень для вдосконалення методів лікування.
Забезпечення належних умов для функціонування системи охорони здоров’я	- забезпечення доступності та рівномірного розподілу медичних ресурсів; - забезпечення доступу до сучасних технологій у лікуванні та діагностиці.	- оптимізація системи постачання медичних препаратів та обладнання; - розвиток інфраструктури та технологічних рішень для поліпшення діагностики та лікування.

Аналізуючи нормативно-правове регулювання публічного управління в сфері охорони здоров’я слід приділити особливу увагу питанням захисту прав життя, здоров’я та прав пацієнтів в процесі надання їм медичних послуг.

Права пацієнтів регулюються спеціальними нормативно-правовими актами, а також можуть бути поділені на загальні та спеціальні. Загальні права пацієнтів регулюються Конституцією, Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» та іншими загальними правовими актами. Однак існує декілька галузей медицини в яких права пацієнтів закріплено у спеціальних нормативно-правових актах:

- психіатрія (ЗУ «Про психіатричну допомогу» – право пацієнтів, що мають психічні захворювання та їх законних представників, на одержання й використання конфіденційних відомостей про стан свого психічного здоров’я та надання їм психіатричної допомоги;
- захворювання на ВІЛ (ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» – право на безперешкодне ознайомлення з інформацією про стан свого здоров’я, що зберігається в закладах охорони здоров’я; право на поінформованість про послуги із забезпечення необхідної їм психологічної, соціальної та правової підтримки й за бажанням одержати таку підтримку в спосіб, що не зумовить розкриття їхнього ВІЛ-статусу.

Разом з тим, що права пацієнтів в Україні захищено різними законами, більшість дослідників [32, 56] сходяться на думці, що ця сфера потребує реформування з урахуванням сучасних реалій, вимог міжнародного законодавства, процесів діджиталізації тощо.

Висновки до розділу 1

Розглянуто сутність система охорони здоров’я як об’єкт публічного управління, що дозволило дати основні дефініції, з’ясувати рівні, суб’єктів системи охорони здоров’я та підходи до побудови таких систем у світі.

Характеристика функцій, які виконують окремі елементи системи охорони здоров’я різних рівнів дозволило визначити напрямки удосконалення надання послуг в медичних установах, зокрема підвищення якості послуг, орієнтація на пацієнтів та індивідуалізацію обслуговування, оптимізація мережі медичних закладів тощо.

Розглянуто сутність публічних послуг у сфері охорони здоров’я, що дозволило визначити економічний характер послуги та показати її відмінність від звичного трактування медичної допомоги. Систематизовано основні види медичних послуг, зокрема первинні, невідкладні, спеціалізовані тощо та дано характеристику кожного виду. Розглянуто систему механізмів публічного управління наданням послуг в сфері охорони здоров’я, яка, зокрема, включає фінансовий, правовий, нормативний, персоналізації послуг, інформатизації, управління лікарняними закладами та інші.

Проведено аналіз законодавчої бази публічного управління в сфері охорони здоров’я, що дозволило не лише визначити основні нормативно-правові акти, які регулюють питання надання медичних послуг, захисту прав пацієнтів, організації механізму регулювання та адміністрування закладів охорони здоров’я, але й визначити основні недоліки публічного управління медичної галузі, а також з’ясувати основні напрямки що потребують удосконалення, серед яких деталізація контроля, захист прав пацієнтів та інші.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ПОСЛУГ В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ З ПОЗИЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

2.1 Дослідження стану та оцінка медичної сфери Запорізького регіону

Запорізький регіон – південно-східна область України, яка межує із Дніпропетровською, Донецькою та Херсонською областями. В Запорізькому регіоні розвинені промислове виробництво, видобувна та агропромисловість, торгівля. На 01.2022 року в Запорізькій області проживало 1363,6 тис. ос. [31], але з початком повномасштабного вторгнення та окупацією 72% області населення скоротилося суттєво. Сьогодні неможливо дати точну оцінку того, яка чисельність населення залишилась в частині Запорізької області підконтрольної Україні, оскільки людей, які виїхали замінили переселенці з Донецької області, а також з окупованих частин Запорізької та Херсонської областей. При цьому кількісний склад населення області весь час змінюється під впливом різних факторів, пов’язаних з військовими діями.

Скорочення чисельності населення Запорізького регіону і до 2022 року було досить суттєво, що показано на рис. 2.1. Як можна побачити з рис. 2.1 впродовж двадцяти років чисельність населення Запорізького регіону мало постійну тенденцію до скорочення та знизилося більш ніж на 300 тис. осіб. Одним з чинників, через які знижується чисельність населення є якість та доступність медичного обслуговування. В цілому доступність медичних послуг та їх якість характеризують якість життя населення, яка, в свою чергу впливає на бажання та можливість жити на тій або іншій території, і, тому, має відслідковуватися та удосконалюватися.

Медичне обслуговування населення регіону залежить від стану медичної сфери, кількості медичних закладів – їх форм та видів. Система охорони здоров'я – одна з найважливіших галузей для забезпечення стабільності в

регіоні. Діяльність медичних підприємств прямо впливає на стан громадян, їх добробут та загальний стан суспільства. Галузь також впливає на розвиток суміжних секторів: хімічної промисловості, фармацевтики, та стимулює зростання економіки. Окрім того, медичні заклади формують медичний туризм та створюють потенціал для інвестування [24].

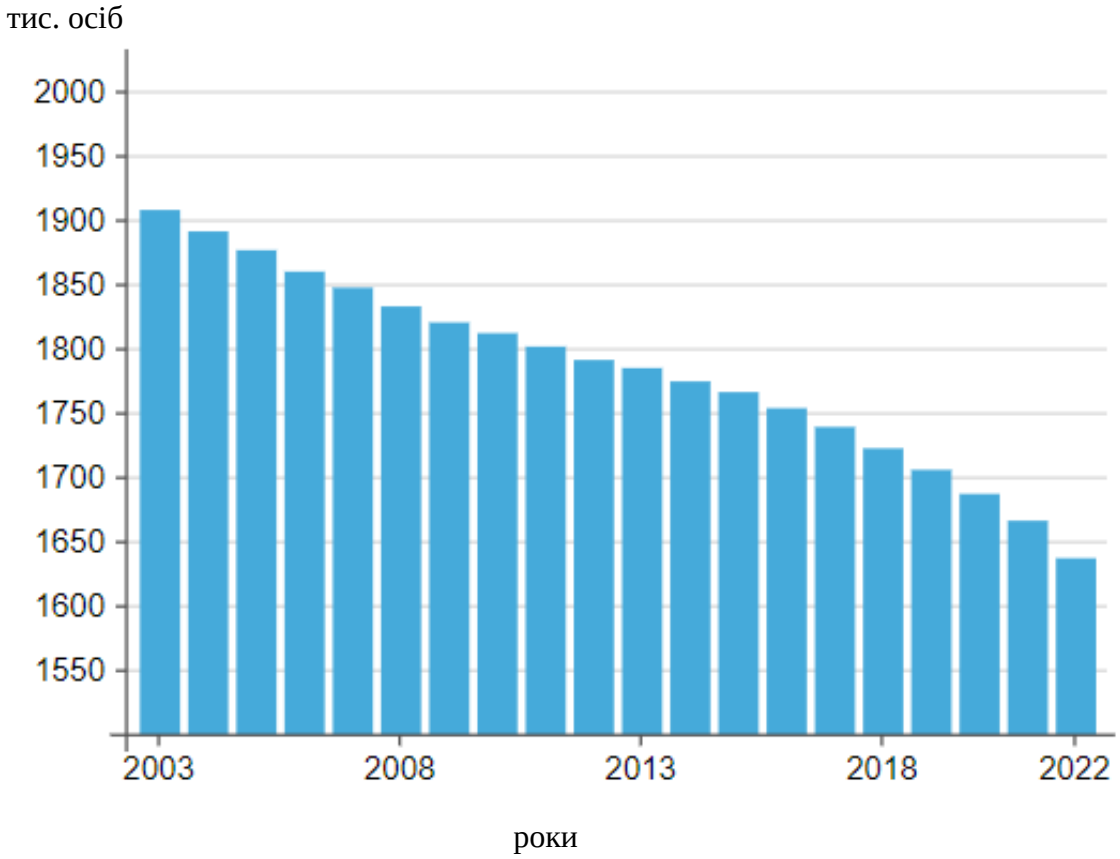


Рис. 2.1 Динаміка зміни чисельності населення Запорізького регіону у 2003-2022 рр. [31]

За даними статистики до початку повномасштабного вторгнення рф населення Запорізької області можна було охарактеризувати такими показниками, пов’язаними зі станом медичної сфери та медичним обслуговуванням [40]:

- негативний природній приріст населення: 2019 р. – (-8,6%); 2020 р. – (-10,8%); 2021 р. – (-12,9%);

- тривалість життя населення Запорізької області в середньому 71 рік (63,76 – чоловіки та 73,54 – жінки);
- показник смертності населення в останнє десятиріччя мав тенденцію до зростання)2019 р. – 14,9; 2020 р. – 16,4; 2021 р. – 18,1);
- у структурі смертності населення м. Запоріжжя на першому місці стоять хвороби системи кровообігу (54,7%); на другому – злоякісні новоутворення (12%); на третьому – травми та отруєння (4,4%).

На момент початку медичної реформи в Україні, яка стартувала у 2018 році в Запорізькій області було 152 медичні заклади (14125 ліжок) різної направленості державної та комунальної форми власності [40]. Однак впродовж 2018-2023 рр. за результатами реформи, основним завданням якої було створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я, що зможуть надавати певний перелік послуг, через скорочення та оптимізацію кількість державних та комунальних установ значно зменшилися.

Оскільки головна мета реформи – покращення якості медичних послуг, які надаються запоріжцям та підвищення ефективності роботи медичних закладів, експерти вважають, що «…необхідно проводити реформування шляхом створення самодостатніх лікарень, які не потребують дотацій з міського бюджету. Всі міські лікарні мають забезпечувати за рахунок власних коштів, отриманих від НСЗУ, виплату заробітної плати своїм працівникам. Адже не потрібно забувати, що можливості бюджету в умовах війни зараз обмежені. Також після реформування лікарні мають відповідати всім вимогам, щоб максимально ефективно співпрацювати з НСЗУ, отримуючи кошти за надання послуг населенню» [48].

Оптимізація медичних закладів продовжується і у 2024 році, незважаючи на військовий стан та всі події, пов'язані з війною. Об'єднують та оптимізують лікарні екстреної медицини, лікарні для дорослих, дитячі лікарні, спеціалізовані лікарні, що не завжди добре відбивається на якості медичного обслуговування населення регіону.

У 2022-2024 рр. відбувається реалізація вже четвертого етапу медичної реформи, яка передбачає створення декількох рівнів, що визначають роль лікарні у мережі надання медичних послуг. Ці рівні показано на рис. 2.2.

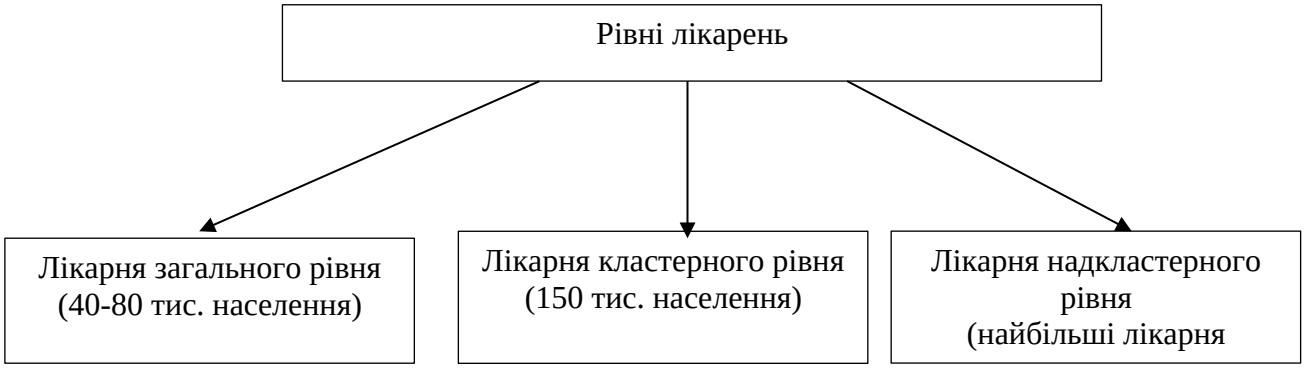


Рис. 2.2 Нова типологізація лікарень в залежності від їх рівня [9]

Згідно реформи на певну кількість населення повинна бути одна лікарня певного (загального, кластерного, надкластерного) рівня з визначеним набором послуг, переліком лікарів тощо. В табл. 2.1 приведено характеристики кожного рівня лікарень.

Таблиця 2.1

Характеристика лікарень різних рівнів*

Рівень лікарні	Кількість населення, тис. ос.	Медичні послуги
Загальний	40-80	Інтенсивна терапія + анестезіологія; терапія; загальна хірургія; неврологія; травматологія та ортопедія; інфекційні хвороби.
Кластерний	150-300	Кардіологія, інтервенційна хірургія, у т.ч. судинна; нейрохірургія; педіатрія; акушерство і гінекологія + ІТ новонароджених; офтальмологія; отоларингологія; психіатрія; терапія + ІТ (ІІ); неврологія; травматологія та ортопедія (ІІ); реабілітація; інфекційні захворювання; ендокринологія; урологія; паліативна допомога; трансфузіологія.
Надкластерний		Всі інші напрямки, як не включені в попередні, а також кардіодиспансери, онкологічні диспансери.

Примітка. Складено автором на основі [9]

Виходячи з наведених нормативів в табл. 2.1 та кількості населення Запорізького регіону на момент початку повномасштабного вторгнення рф, то в результаті реформи в Запорізькому регіоні залишиться 17 загальних лікарень та 5 кластерних, що може бути недостатнім для якісного обслуговування населення. Разом з тим, коли державні лікарні покидають ринок на їх місце приходить приватна медицина.

Лікарні загального рівня – найпоширеніша первинна ланка обслуговування пацієнтів. Згідно програмі розвитку медичних послуг в м. Запоріжжі, первинна медична допомога в м. Запоріжжі та Запорізькому регіоні є основною, найбільш наближеною до населення ланкою медичної допомоги, яка передбачає спостереження сімейним лікарем, забезпечує діагностику і лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь та інших станів тощо. Подальше впровадження медичних послуг з перинної медичної допомоги передбачає підвищення ефективності роботи центрів первинної медико-санітарної допомоги, доступності послуг для пацієнтів, надання комплексних лікувальних, паліативних і профілактичних послуг, раціональне використання медичних технологій і лікарських засобів [9].

Згідно реформи медичної сфери запроваджено фінансування медичних установ за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Це означає, що кожний пацієнт, який обрав свого сімейного лікаря, педіатра чи терапевта, має право безкоштовно отримати визначений перелік медичних послуг. Цей перелік зростає із віком пацієнта. Вартість наданих послуг держава компенсує лікарю або медзакладу [23].

В результаті медичної реформи доступ до медичних послуг для пацієнтів повинен був стати більш простим, а вартість багатьох послуг для пацієнта знизитися. Однак, реформа привела до скорочення закладів і того, що багато лікарів залишили державні та комунальні заклади та перейшли до приватної медицини. Ситуація що склалася погіршується через війну, нестачу коштів бюджетного фінансування, міграцію фахівців.

За програмами НСЗУ мешканці Запорізького регіону можуть отримувати такі безкоштовні послуги:

- загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою;
- загальний аналіз сечі;
- глюкоза крові;
- загальний холестерин;
- вимірювання артеріального тиску;
- електрокардіограма;
- вимірювання ваги, зросту, окружності талії;
- швидкий тест на вагітність;
- швидкий тест на тропонін;
- швидкі тести на ВІЛ, вірусні гепатити;
- мамографія;
- 5 видів рентгенологічних обстежень: грудна клітина, суглоби, хребет, кістки і приносові пазухи;
- ехокардіографія, моніторинг ЕКГ і 2 види тесту для визначення патологій серцево-судинної системи;
- 6 видів УЗД: шлунково-кишковий тракт, нирки, сечовий міхур, артерії ніг, щитовидна і молочні залози;
- 4 види біопсії під контролем УЗД: щитовидної залози, лімфатичних вузлів, молочних та передміхурової залоз;
- видалення новоутворень: м’яких тканин і шкіри, у носі, гортані, вухах;
- ендоскопічні дослідження і операції одного дня: стравоходу, шлунку, дванадцятипалої і товстої кишки, сечового міхура, трахеї і бронхів.

Показаний перелік послуг дозволяє забезпечити основні потреби населення області в отриманні якісного медичного обслуговування. Однак значне скорочення чисельності державних та комунальних закладів з одного боку, а також можливість приватних медичних закладів укладати договори з НСЗУ і також отримувати державне фінансування певних медичних послуг

змінили структуру медичного ринку на користь приватних медичних закладів. Пацієнтами державних та комунальних медичних закладів переважно залишаються пенсіонери, які не можуть собі дозволити послуги приватної медицини, а також родини з дітьми до 18 років, оскільки пропозиція приватної медицини для дітей не настільки велика, як для дорослих. Хоча скорочення дитячих лікарень та поліклінік також погіршило можливість надання своєчасних та якісних послуг пацієнтам.

Для реалізації медичної реформи в Запорізькому регіоні прийнято низьку нормативно-правових актів, зокрема «Програму охорони здоров'я міста Запоріжжя на період з 2019 по 2021 рр.» [42] та внесення змін до неї [40], інші. Медичні заклади Запорізької області входять в загальну систему охорони здоров'я України. Через повномасштабне вторгнення рф, сектор медичних послуг також зазнав негативного впливу – велика кількість обстрілів, часткове або повне руйнування закладів, окупація регіонів держави, ускладнення постачань медичних засобів та ліків. За даними Міністерства охорони здоров'я, станом на 11.09.2024 р., 55 (36% від довоєнної кількості) медичних заклади в Запорізької області були пошкоджені, зокрема 47 (31%) зруйновано частково, 8 (5%) – повністю, 77 лікарень (50,6%) потрапили в окупацію, що значно зменшило медичний потенціал. Стан медичної сфери запорізької області у показниках цілих, зруйнованих та окупованих медичних закладів показано на рис. 2.3.

Найбільші втрати закладів охорони здоров'я зафіксовано у Пологівському, Василівському та Запорізькому районах [3, 29]:

- Кам'янська амбулаторія загальної практики сімейної медицини у складі КНП «Василівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Василівської міської ради;

- Нестерянська амбулаторія загальної практики сімейної медицини у складі КНП «Оріхівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Оріхівської міської ради;

- Степногірська амбулаторія загальної практики сімейної медицини у складі КНП «Василівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Василівської міської ради;

- КНП «Вільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Вільнянської міської ради;

- Зарічненська амбулаторія загальної практики сімейної медицини у складі КНП «Центр первинної медико- санітарної допомоги» Комишуваської селищної ради;

- Зарічненська амбулаторія загальної практики сімейної медицини у складі КНП «Центр первинної медико- санітарної допомоги» Преображенської сільської ради;

- фельдшерський пункт смт Залізничне у складі КНП «Гуляйпільський центр первинної медико- санітарної допомоги» Гуляйпільської міської ради;

- Новоданилівська амбулаторія загальної практики сімейної медицини» у КНП «Оріхівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Оріхівської міської ради.

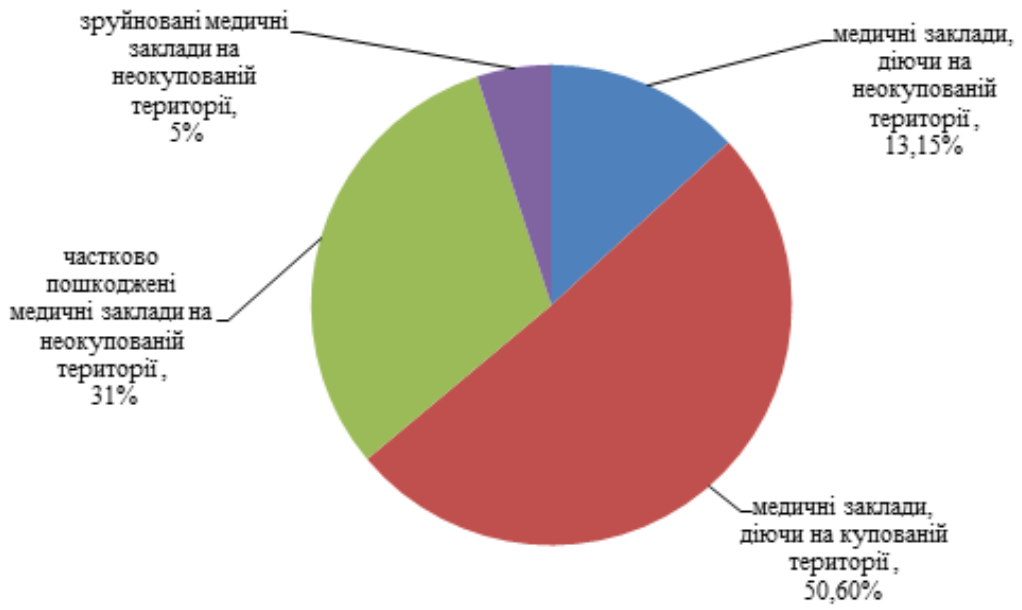


Рис. 2.3 Стан медичних закладів Запорізького регіону на вересень 2024 року

Примітка. Складено автором на основі [3, 29])

Крім того, Запорізька область має втрати і в автівках екстреної медичної допомоги. Зокрема, російські окупанти 110 автомобілів захопили та 6 пошкодили. Попит на послуги в секторі суттєво знизився на початку великої війни, впавши приблизно на 70%, але станом на 01.06.2024 р. спостерігається відновлення сектору. Громадяни знову почали слідкувати за станом власного здоров’я, повертаються на місця реєстрації або звертаються по допомогу в тих регіонах, в які були переміщені наслідок бойових дій.

Найбільшими діючими закладами Запорізької області залишаються: Запорізька обласна клінічна лікарня, Міські клінічні лікарні №3, 5, 7, 9, Центри первинної медико-санітарної допомоги №1 та №10, Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня, профільні лікарні – Онкологічний диспансер, протитуберкульозний клінічний диспансер та інші. В табл. 2.2 наведено дані щодо виручки, яку отримали найбільші медичні заклади м. Запоріжжя у 2023 році за даними НСЗУ [51].

Таблиця 2.2

Найбільші медичні заклади Запорізького регіону у 2023 році за обсягом виручки

№ з/п	Медичний заклад	Розмір виручки, тис грн.
1	КНП «Міська лікарня №9» Запорізької міської ради	496714
2	КНП «Територіальне медичне об’єднання «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Запорізької обласної ради	491002
3	КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради	456950
4	КНП «Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» Запорізької міської ради	419564
5	КНП «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» Запорізької обласної ради	235227
6	ТОВ «УкрМедГрупа»	180516,8
7	КНП «Міська дитяча лікарня №5» Запорізької міської ради	169171
8	КНП «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» Запорізької обласної ради	153965
9	ТОВ «Вітацентр»	150870
10	ТОВ «Діасервіс»	99604,1

Примітка. Складено автором на основі [51]

Як можна побачити, що поряд із закладами державної форми власності в Запорізькому регіоні активно розвиваються заклади приватної медицини, які входять до 10-ти найбільших закладів регіону. Впродовж 2017-2024 рр. відкрито декілька нових багатопрофільних приватних лікарень, які становлять серйозну конкуренцію найпотужнішим клінікам регіону. Серед найбільших конкурентів приватного сектору слід відзначити ТОВ «Вітацентр», ТОВ «Діасервіс», Багатопрофільну лікарню Клініка Святого Миколая, Uniclinic, Першу Олександрівську лікарню та чисельні вузькопрофільні клініки.

Більшість лікарень впродовж 2022-2024 рр. зосередилася в межах міста Запоріжжя, що ускладнює надання медичної допомоги мешканцям прифронтових громад. Про це свідчить звіт DRC щодо моніторингу потреб у соціально-правовому захисті в Україні» [13] у 2022-2023 рр. в якому відображено результати опитування у прифронтових областях України, зокрема і в Запорізькій щодо доступності та якості медичного обслуговування.

За даними звіту, здоров’я, як і раніше, має першочергове значення для більшості опитаних домогосподарств [13, с. 20-21]: 50% (566) респондентів називають його першочерговою потребою. Однак понад 33% (371) вказали, що стикаються з бар’єрами у доступі до медичних послуг, серед яких:

- брак спеціалізованих медичних послуг (47%, 171 респондент);
- брак доступних закладів охорони здоров’я (39%, 143 респонденти);
- віддаленість та брак засобів перевезення для доступу до наявних закладів (38%, 138 респондентів);
- вартість проїзду (31%, 112 респонденти);
- вартість надаваних послуг (25%, 91 респондент).

У звіті повідомлялося, що в Запорізькій області у деяких віддалених селах і селищах без закладів охорони здоров’я відвідування лікарями первинної допомоги (і державними, і пов’язаними з НУО) відбувається раз на тиждень або раз на два тижні. Існує незадоволена потреба в предметах першої необхідності, як-от засоби для пересування, і спеціалізованих послугах, таких як офтальмологічні та стоматологічні послуги. У місцевих службах охорони

здоров’я дуже рідко є лікарі-спеціалісти, тому пацієнти, особливо літні люди та особи з інвалідністю, які часто потребують більш повного та комплексного догляду, повинні їздити до районних закладів попри те, що громадський транспорт не є безбар’єрним. Доступ до ліків та діагностичних тестів є ускладненим через високі ціни. За словами опікунів, що брали участь в опитуванні у західних областях, найважче у тому, щоб бути єдиним опікуном, — це задоволення медичних потреб дітей. Дехто казав, що їм доводиться витрачати кошти в першу чергу на ліки та лікування дітей, навіть якщо через це треба економити на харчуванні. Вони відзначили недостатню підтримку з боку держави та відсутність гуманітарних організацій, які могли б надати більше, ніж базову медичну допомогу. Ті, хто проживає у прифронтових районах, постраждали найбільше. Учасники опитування на рівні домогосподарств вказали на нестачу аптек у сільській місцевості Запорізької області та, в деяких випадках, обмежений вибір ліків, що змушує багатьох їхати до Запоріжжя, щоб купити рецептурні ліки. Через велику відстань до найближчої аптеки вони або покладаються на когось, хто час від часу туди їздить, або чекають тижнями, доки їхні власні витрати на поїздку не стануть виправданими [13, с. 20-21].

Для оцінки стану медичної сфери Запорізького регіону слід порівняти державну та приватну складову за певними критеріями, наприклад рівень доступності, якість послуг, що надаються, рівень професійності лікарів, рівень державної підтримки, вартість послуг. Для порівняльної оцінки можна використати 10-ти бальну шкалу та експертний метод оцінки. Такий порівняльний аналіз наведено в табл. 2.3.

Як можна побачити приватна медицина на сьогодні є більш потужною складовою медичної сфери Запорізького регіону, оскільки має більшу свободу в прийнятті рішень, виборі шляхів розвитку та джерел фінансування. Водночас медична реформа забезпечує приватним медичним закладам державну підтримку за певними напрямками, в разі укладання угоди з НСЗУ та надання населенню певного переліку послуг, що в сукупності з більш клієнтоорієнтованим підходом приваблює більше людей до приватних клінік.

Хоча, і у них є проблеми у вигляді перевантаження і неможливості потрапити на прийом в разі гострої необхідності, високих цін, що зменшує доступність послуги.

Таблиця 2.3

Порівняння державного та приватного сектору медицини в Запорізькому регіоні*

	Оцінка в балах	
Параметр оцінки	Державна медицина	Приватна медицина
Рівень доступності	5	7
Якість послуг	4	8
Вартість послуг	7	3
Рівень професійності лікарів	10	10
Рівень державної підтримки	7	5
Кількість закладів	4	10
Ступінь незалежності	3	10
Середня оцінка	**5**	**6,7**

Примітка. Складено автором

Але якщо розглядати приватну та державну медицину в сукупності, то загальний стан медичної сфери, свідчить про досить задовільне забезпечення населення медичними послугами, питання лише в якості та рівні доступності останніх.

2.2 Аналіз факторів впливу на процес надання послуг в медичних установах Запорізького регіону

Медична сфера Запорізького регіону є частиною загальнонаціональної медичної сфери і на неї впливають загальноукраїнські фактори та тенденції. Фактори впливу на процес надання послуг в медичних установах та стану медичної сфери умови можна поділити на фактори макросередовища та фактори мікросередовища. Фактори середовища медичної сфери показано на рис. 2.4.

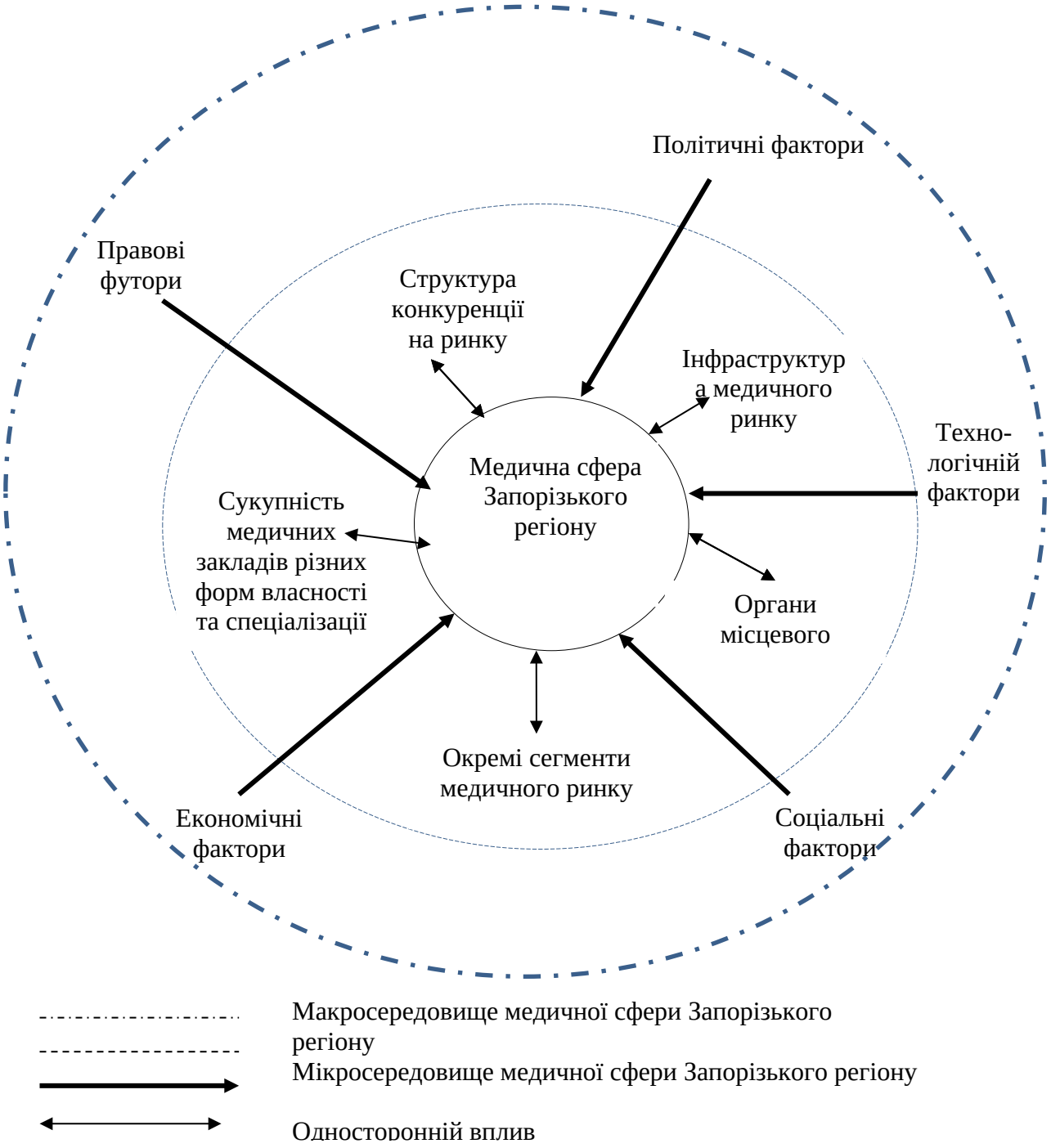


Рис. 2.4 Середовище медичної сфери Запорізького регіону

Фактори макросередовища:

- політичні (політична система, політичний процес, стабільність уряду, наявність політичних конфліктів, зовнішньої агресії (війни), міжнародні організації та фонди, тощо);

- правові (законодавство, що регулює медичну сферу, фінансування медицини, регулювання правових відносин між лікарняними закладами ті лікарями / постачальниками/ пацієнтами, регулювання медичних препаратів тощо);
- економічні (загальний стан економіки, рівень безробіття та інфляції, рівень реальних доходів населення та платоспроможний попит, рівень ділової активності та інші);
- соціальні (демографічні характеристики населення, рівень освіти, ставлення до свого здоров’я, наявність соціальних хвороб суспільства тощо) ;
- технологічні (сучасні технології в медицині, інформаційній інфраструктурі).

До чинників мікросередовища відносять:

- сукупність медичних закладів різних форм власності та спеціалізації, які надають медичні послуги населенню;
- структура конкуренції на ринку;
- інфраструктура медичного ринку (постачальники послуг, фахові навчальні заклади, інвестори);
- окремі сегменти медичного ринку;
- органи місцевого самоврядування.

Всі перелічені чинники мають різний характер та різний рівень та інтенсивність впливу на процес надання послуг в медичних закладах регіону. Для закладів державної форми власності вплив чинників буде більш суттєвим, оскільки вони позбавлені можливості швидкого реагування на зміни у середовищі та прийнятті рішень. Натомість приватні заклади будуть більш гнучкими та зможуть швидше реагувати на чинники середовища.

Розглянемо більш детально кожну складову середовища та чинники, які можуть впливати на процес надання медичних послуг.

Політична складова. Серед всіх факторів політичної складової на ситуацію в медичній сфері впливають активні бойові дії, які відбуваються на території України через агресію рф. Особливо це стосується Запорізького

регіону, територія якого є окупованою на 72%, через що було втрачено велику кількість інфраструктурних об’єктів медичної галузі, починаючи від лікарень первинної ланки, і закінчуючи санаторно-курортною базою. Медичні заклади, які залишилися на неокупованій території регулярно підверджені атакам та руйнуванням.

Ще одним чинником, який виник через війну та негативно впливає на діяльність медичних закладів – це руйнування енергетичної інфраструктури та вимкнення електроенергії, які негативно відображаються на роботі закладів, зокрема державних поліклінік, які не мають резервного живлення, але при цьому мають цифровий запис до лікаря.

Разом з негативним впливом, політична складова має низку позитивних чинників, зокрема активну залученість міжнародних організацій таких як Unicef, USAID та інших до покращення матеріально-технічної бази та інфраструктури медичних закладів.

Правова складова. Медична сфера – це одна з найбільш регульованих сфер діяльності, оскільки прямо впливає на здоров’я та безпеку життя громадян. Впродовж 2016-2021 рр. було прийнято багато законів, що сприяли інтеграції української медичної сфери до європейського простору. Вище перелічені закони, пов’язані з медичною реформою та забезпеченням роботи медичної сфери, вибором лікаря, фінансуванням лікарень тощо. В 2023 році прийнято закони, що зумовлюють обіг рецептурних препаратів, однак дія закону призупинена через військовий стан. Вплив законодавчої складової на процес надання медичних послуг населенню – позитивний, оскільки забезпечує високу якість та безпеку послуг, гарантує доступ до необхідних ліків та формує культуру споживання ліків, коли певні ліки пацієнт отримує лише в разі необхідності та чіткого призначення лікаря.

Економічна складова. Економічні фактори в Україні завжди були слабкою ланкою та чинили негативний вплив на будь-яку сферу, бізнес або галузь. В умовах війни економічні чинники здійснюють ще більш негативний вплив, оскільки руйнування виробничої та транспортної інфраструктури,

логістичних шляхів, знищення багатьох експортних галузей та ведення бойових дій не сприяє наповненню бюджету. Медична сфера – це сфера яку утримує бюджет. Отже, уповільнення економіки, має негативний вплив на медичну сферу.

Соціальна складова. Фактори соціальної складової характеризують кількість населення, його структуру за віком та статтю, освітою, соціальними групами, ставленням до здоров'я тощо.

Як було показано вище кількість населення в Запорізькому регіоні перманентно знижується останні тридцять років, але з початком повномасштабного вторгнення рф чисельність населення в регіоні скоротилося в декілька разів і продовжує зменшуватися.

Структура населення Запорізького регіону є характерною для України – перевага жінок над чоловіками у всіх вікових категоріях, переважання людей похилого віку.

Запорізька область має досить великий перелік як негативних так і позитивних значень показників здоров'я населення. Запорізький регіон є одним з досить благополучних регіонів відносно поширенням таких хвороб як туберкульоз, ВІЛ та інших, що є досить позитивною тенденцією, оскільки в умовах військових дій такі хвороби мали б дуже негативний вплив на регіон та основні показники його існування.

У звіті Центру громадського здоров'я показано, що «…в Запорізькій області стандартизований коефіцієнт смертності від усіх причин перевищує зазначений коефіцієнт по країні в цілому на 7,7% (1753,3 на 100 000 населення та 1627,2 на 100 000 населення відповідно). В частині напряму «Населення» область демонструє досить високі показники щодо рівня абортів серед жінок 20-34 років (показник на 100 000 жіночого населення в області – 1360,8, національний – 1138,1 відповідно). Неінфекційні захворювання мають значний вплив на здоров'я населення, зокрема слід виокремити наступні ключові показники: рівень загальної передчасної смертності у віці від 30 до 69 років від хвороб системи кровообігу – 515,5 на 100 000 населення, у порівняні із

загальнонаціональним значенням – 447,4 на 100 000 населення, від злоякісних новоутворень – 245,3 на 100 000 населення у порівнянні із національним значенням 193,1 на 100 000 населення, від хвороб органів дихання – 42,8 на 100 000 населення у порівнянні із національним значенням 39,3 на 100 000 населення. Разом з тим, у області передчасна смертність населення у віці 30-69 років залишається на високому рівні, хоча статистичні показники є нижчі національного рівня, зокрема, від хвороб органів травлення - 71,5 на 100 000 населення, у порівняні із загальнонаціональним значенням – 78,4 на 100 000 населення, від цукрового діабету – 2,8 на 100 000 населення, у порівняні із загальнонаціональним значенням – 5,5 на 100 000 населення. Показник поширеності злоякісних новоутворень серед загального населення є значним та перевищує національні значення: у області він становить 3033,5 на 100 000 населення, в країні загалом – 2931,4. Також, у області є високою смертність населення внаслідок самогубств – 23,9 на 100 000 населення, при національному значенні 16,1 та від випадкових отруєнь – 25,0 на 100 000 населення, при національному значенні 10,86» [47]. На рис.2.5 показано узагальнені цифри приведених даних щодо захворюваності та смертності населення Запорізького регіону.

Значно впливає на соціальну складову екологічна ситуація, яка для Запорізького регіону є критичною через забруднення повітря, води, негативні наслідки російської агресії, винищення екосистем тощо. Екологія негативно впливає на статистику онкозахворювань, алергій, захворювань шкіри, опорно-рухливого апарату тощо.

Значний негативний вплив на соціальну складову середовища здійснюють військові дії на території регіону, бомбардування та тривоги, які викликають стреси у населення, що негативно відбивається на здорові та призводить до розвитку багатьох захворювань, депресивних станів тощо.

Технологічна складова. Україна в цілому та Запорізькій регіон зокрема характеризується впровадженням чисельних інновацій, використанням інформаційних технологій, закупівлею нового медичного обладнання всіма

медичними закладами регіону. Тому вплив технологічної складової на медичну сферу можна однозначно визначити як позитивну.

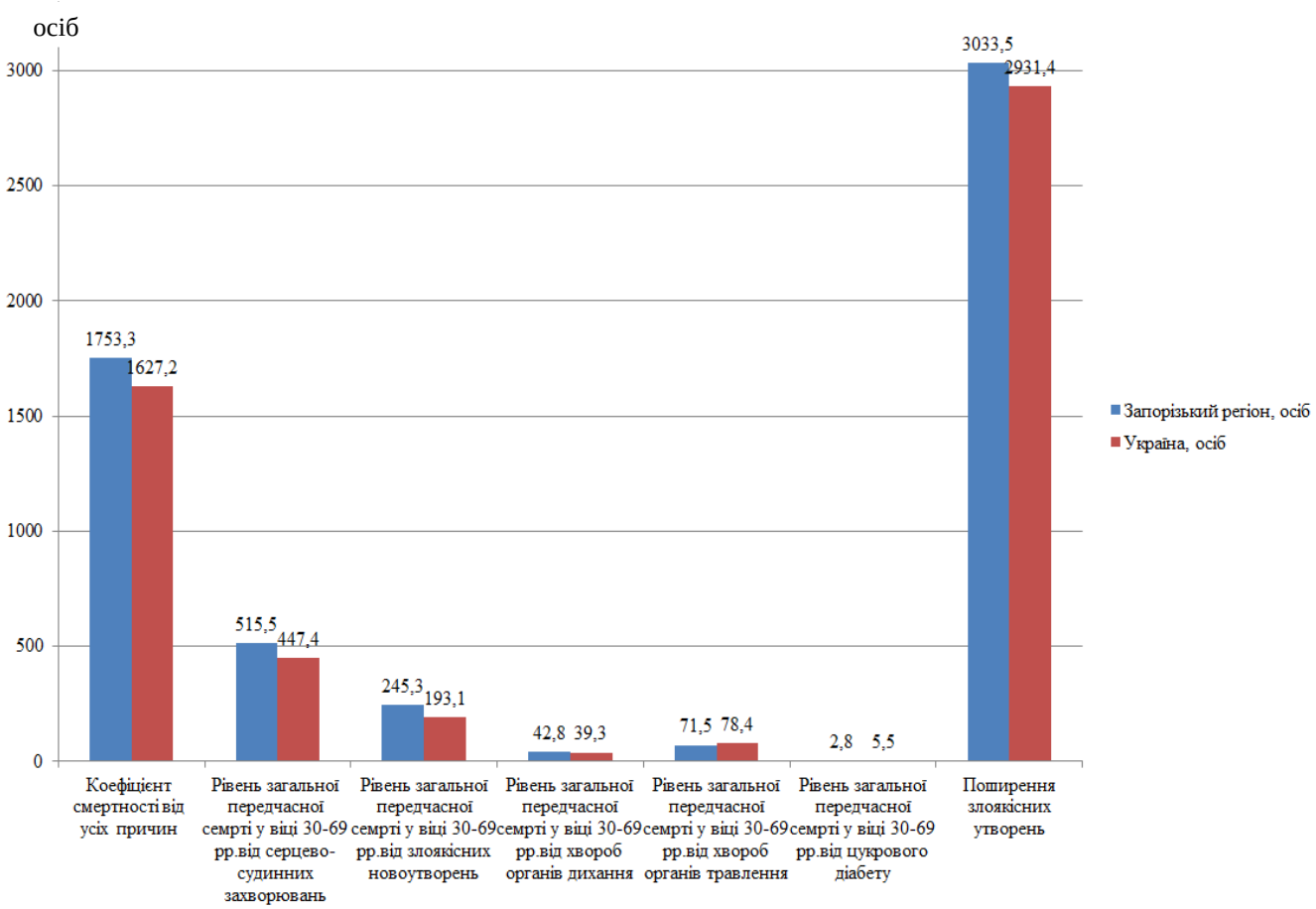


Рис. 2.5 Показники захворюваності та смертності населення Запорізького регіону у порівнянні з загальноукраїнськими на 100000 осіб

Примітка. Складено автором на основі [47]

Оцінку впливу факторів зовнішнього середовища здійснимо за допомогою методу PEST-аналізу.

Оцінка факторів впливу на процес надання послуг в медичних установах регіону представлено в табл. 2.4. Оцінку здійснено експертним методом за 5-ти бальною шкалою.

Як можна побачити за результатами PEST-аналізу політичні, правові та технологічні фактори середовища здійснюють позитивний вплив на процес надання послуг в медичних установах регіону.

Таблиця 2.4

PEST-аналіз факторів впливу на процес надання послуг в медичних установах Запорізького регіону

Фактори	оцінка	вага	напрям дії	Загальна оцінка
Політична складова				
1. Стабільність державного управління	4	0,2	+	+0,8
2. Наслідки вторгнення рф (військові дії)	5	0,3	-	-1,5
3. Зростання залученості міжнародних організацій до розвитку медичної сфери України	5	0,25	+	+1,25
4. Медична реформа	5	0,25	+	+1,25
Загальна оцінка політичної складової		**1,0**		**+2,3**
Правова складова				
1. Значний рівень законодавчого регулювання медичної сфери	5	0,2	+	+1
2. Ліцензування та акредитація медичних закладів	5	0,3	+	+1,5
3. Інтеграція до законодавства ЄС	5	0,1	+	+0,5
4. Практична реалізація законодавчої бази медичної реформи	5	0,4	-	-2
Загальна оцінка правової складової		1,0		**+1**
Економічні:				
1. Уповільнення економіки та ділової активності	5	0,1	-	-0,5
2. Зменшення бюджетного фінансування	5	0,1	-	-0,5
3. Зростання цін на ресурси (електроенергію), руйнування енергетичної інфраструктури	5	0,25	-	-1,25
4. Потреба в покупці додаткового обладнання	5	0,2	-	-1
5. Рівень інновацій	5	0,2	+	+1
6. Регіональні програми розвитку медичної сфери	4	0,15	+	+0,6
Загальна оцінка економічного впливу		1,0		**-1,65**
Соціальні:				
1. Демографічна ситуація в регіоні	5	0,2	-	-1
2. Показники захворюваності населення	4	0,25	-	-1
3. Показники смертності населення	4	0,25	-	-1
4. Екологічна ситуація	5	0,2	-	-1
5. Психологічний стан населення регіону в умовах військових дій	5	0,1	-	-0,5
Загальна оцінка соціального впливу		1,0		**-4,5**
Технологічні:				
1. Темпи розвитку медичних технологій / обладнання	5	0,5	+	+2,5
2. Рівень цифровізації галузі	5	0,5	+	+2,5
Загальна оцінка технологічного впливу		1,0		**+5**

Графічно вплив факторів середовища на процес надання медичних послуг наведено на рис. 2.6.

Так, незважаючи на негативні наслідки вторгнення рф та військові дії, зокрема руйнування закладів охорони здоров’я та медичної інфраструктури, такі фактори політичної складової як стабільність влади, зростання залученості різних міжнародних організацій до фінансування медичних проєктів в регіоні, а

також позитивні наслідки від продовження впровадження медичної реформи забезпечили позитивної вплив складової.

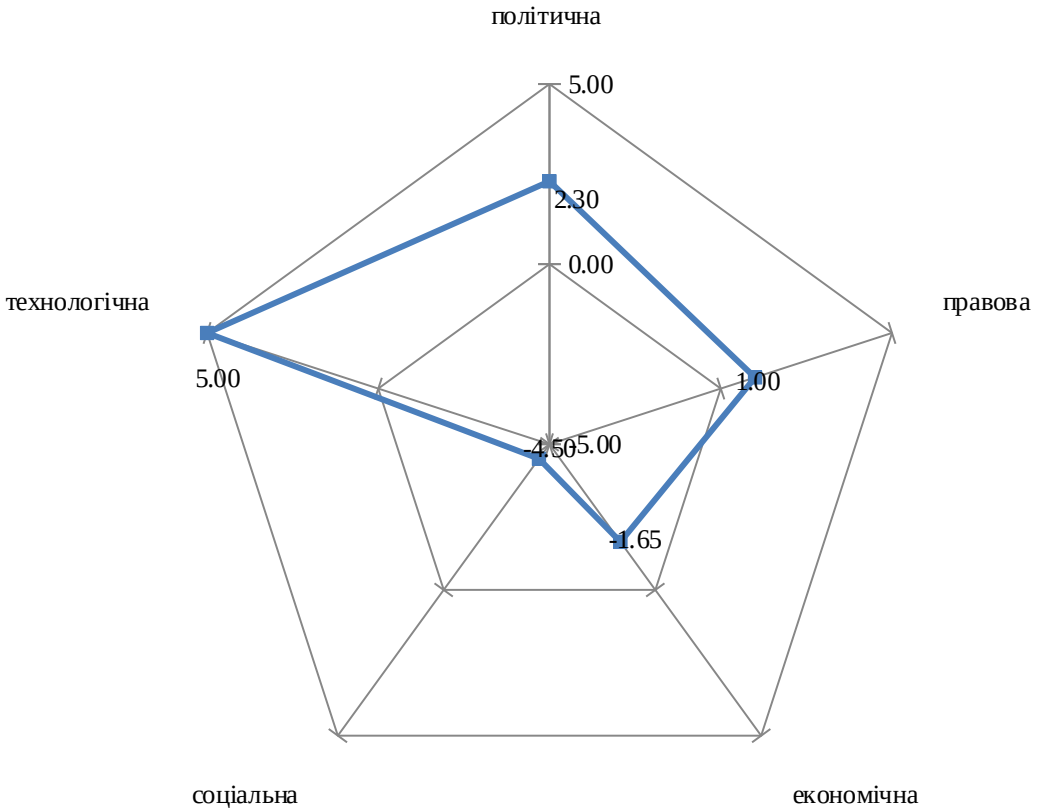


Рис. 2.6 Оцінки впливу факторів середовища на процес надання послуг в медичних закладах Запорізького регіону

Серед факторів правової складової негативний вплив здійснює лише практична реалізація законодавчої бази медичної реформи, зокрема фінансування медичних закладів через неврегульованість певних питань, разом з цим значне законодавче регулювання галузі, а також ліцензування діяльності медичних закладів, регулювання обігу рецептурних препаратів тощо забезпечують надання якісних та безпечних медичних послуг в закладах регіону.

Негативний вплив здійснюють економічна та соціальна складова. Стан економіки, зростання вартості енергоресурсів, знищення енергетичної інфраструктури, що призвело о необхідності покупки додаткового енергетичного обладнання для безперебійної роботи – мають негативний вплив

на медичні заклади, якість надання медичних послуг та призводять до зростання їх вартості. Одночасно через поганий стан економіки зменшується фінансування, що викликає відтік лікарів з державної до приватної медицини.

Найбільш негативний вплив на процес надання медичних послуг здійснюють фактори соціальної складової через зниження кількості населення, зростання смертності та рівня захворювань в регіоні, зокрема через стрес, екологію тощо.

Що стосується факторів мікросередовища, то на якість надання послуг в медичних закладах регіону впливають:

- запити та уподобання пацієнтів;
- кількість та профіль медичних закладів в регіоні;
- рівень кваліфікації лікарів;
- політика органів місцевого самоврядування;
- рівень розвитку інфраструктури медичного ринку в регіоні, в тому числі суміжні та підтримуючі галузі (освіта, фармацевтика тощо).

Запити та уподобання пацієнтів. Виходячи із картини захворюваності, а також з того, що всі медичні послуги надаються за призначенням сімейного лікаря в найбільшій мірі затребувані послуги сімейного лікаря (укладання декларацій) та лабораторні дослідження, а серед вузьких фахівців алергологів, ендокринологів, кардіологів, онкологів, хірургів і травматологів та інших.

Також, у зв’язку зі зменшенням кількості лікувальних закладів, відсутність закладів в окремих громадах через війну, руйнування, відтік лікарів тощо, існує незадоволений попит на медичні послуги, що призводить до черг, тривалого очікування візиту до окремих лікарів, необхідність долати значні відстані для відвідування лікаря.

Важливим фактором попиту залишається вибір між державною та приватною медициною. Багато пацієнтів, особливо старшого віку, обслуговуються в державних закладах через їх фінансову доступність, користуються послугами реєстратури, оскільки не можуть використовувати

цифрові інструменти, що сповільняє процес обслуговування та сприяє відтоку платоспроможних пацієнтів до приватних закладів.

Отже, в даній компоненті факторами, що впливають на процес надання медичних послуг є: фізична доступність послуги, тривалість очікування прийому, потреба в конкретному фахівці, кількість декларацій з сімейними лікарями.

Медична галузь в Україні одна з найбільш розвинених і характеризується значними темпами зростання, особливо приватного сегменту. В Запорізькому регіоні існує значна перевага приватного сектору медичних закладів над державними. За даними статистики [51] в Запорізькому регіоні понад 3000 приватних медичних закладів, з яких 1679 – компанії різних розмірів та форм власності та 1423 ФОПи. Натомість на неокупованій території діють 67 медичних закладів, більше з половини яких мають пошкодження внаслідок військових дій (рис. 2.7).

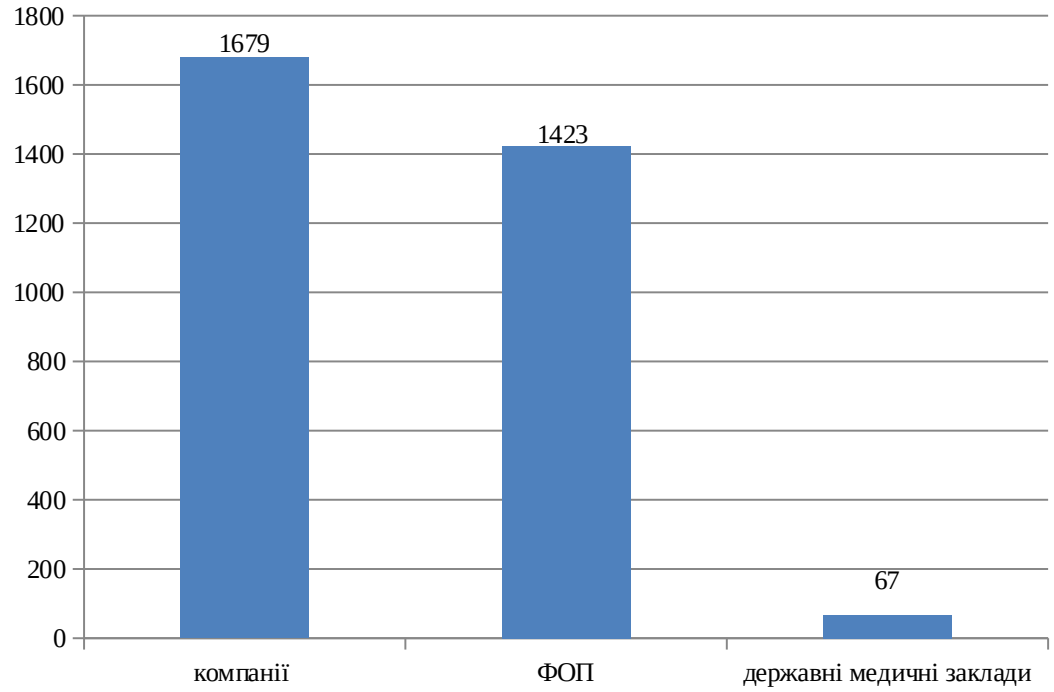


Рис. 2.7 Кількість приватних та державних медичних закладів в Запорізькому регіоні у 2024 р.

Примітка. Складено автором на основі [51]

Отже, як можна побачити кількість приватних медичних закладів значно переважає кількість державних, що призводить до появи незадоволеного попиту через високі ціни на медичні послуги [46] Проблему можна було б вирішувати завдяки страховій медицині, але в Україні немає чіткого механізму та законодавства щодо страхової медицини.

Що стосується профілю медичних закладів, то існуючі в Запорізькому регіоні надають повний перелік необхідних медичних послуг, високої якості за конкурентними цінами.

Рівень кваліфікації лікарів – важливий фактор процесу надання медичних послуг. В Запорізькому регіоні для забезпечення лікарняних закладів фахівцями відповідної кваліфікації створена відповідна навчальна інфраструктура: фахові коледжі, Запорізький державний медичний університет, Навчально-науковий інститут післядипломної освіти, різні професійні освітні програми, наприклад «Реабілітація» відкрито в інших непрофільних ВНЗ регіону. Частково на даний фактор здійснює вплив держава, оскільки саме вона регулює розмір замовлення фахівців різних спеціальностей, розмір бюджетного замовлення, здійснює заходи ліцензування та акредитації.

Кількість медичних працівників в Україні у 2022 р. у порівнянні з 2021 р. знизилася на майже 14%. Найбільше скорочення зафіксоване серед молодшого медичного персоналу — на 16,5%. Кількість медичних працівників зменшилася саме у регіонах, де ведуться активні бойові дії або на тимчасово окупованих рф територіях: Луганській, Херсонській, Донецький, Запорізькій областях. Однак помітного припливу медичних працівників в тилових регіонах не відбулося, крім Полтавської області, де трохи зросла кількість лікарів. Такі тенденції можуть вказувати на масштаби міграції медиків за кордон (рис. 2.8).

Як видно з рис. 2.7 кількість лікарів в країні, і в Запорізькому регіоні у 2022-2023 рр. значно знизилося, особливо це стосується вузьких фахівців, що в негативному сенсі впливає на якість надання медичних послуг пацієнтам.

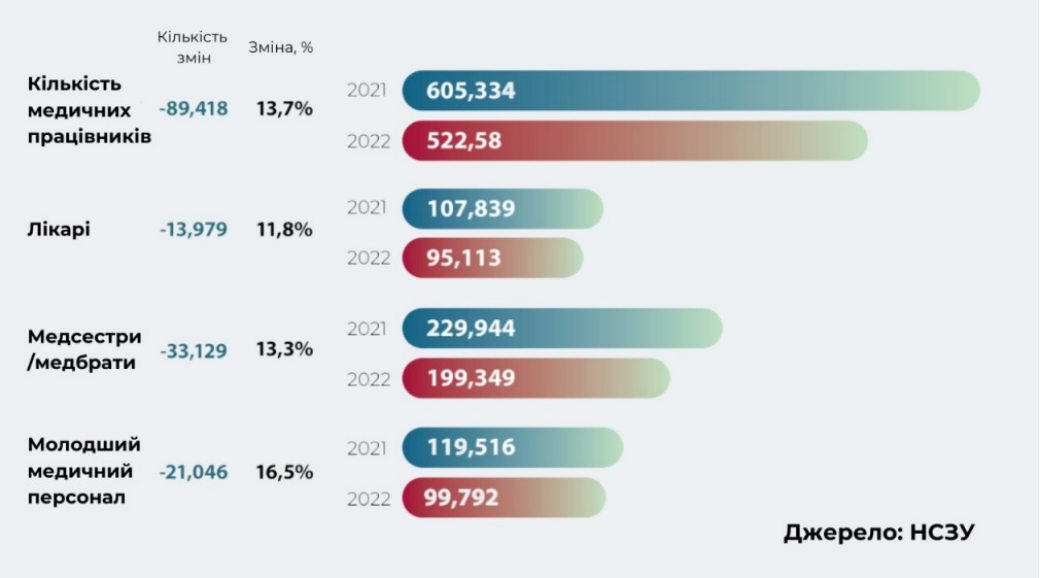


Рис. 2.8 Зміни кількості медичного персоналу різних рівнів у 2021-2022 рр. [1]

Інфраструктура медичного ринку. В Запорізькому регіоні, як і в Україні в цілому значно розвинена інфраструктура, від навчальних закладів, які готують фахівців до цифрового забезпечення процесу надання послуг (запис на прийом, ведення історії хвороби, виписування рецептів тощо).

Сьогодні українські лікувальні заклади працюють за допомогою таких платформ як «helsi.me», «doc.ua», «MIC Health24», «Лікарні», які дозволяють обрати лікарів, укласти декларацію із сімейним лікарем, записатися на прийом до будь-якого фахівця та надають багато інших послуг онлайн. Окрім цього існує багато сайтів-агрегаторів інформації про лікувальні засоби, медичні товари, послуги тощо, які дозволяють знайти та обрати потрібні ліки, відслідкувати їх якість, купити ліки за найнижчими цінами, зокрема «tabletki.ua», «compendium.com.ua», «apteka911.ua» та інші.

Використання цифрової інфраструктури і цифровізація даних пацієнтів робить процес надання медичних послуг більш прозорим та дозволяє оптимізувати його.

Таким чином, дослідження різних факторів, що впливають на процес надання послуг медичними закладами Запорізького регіону дозволило виявити основні проблеми, які супроводжують ей процес, і які потребують вирішення.

Дослідження також показало, що незважаючи на війну, руйнування, нестачу фінансування медична система регіону вистояла і продовжує надавати послуги населенню. Водночас вона потребує удосконалення управління.

2.3 Аналіз існуючих проблем управління процесом медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я Запорізького регіону

Якщо розглядати рівні факторів, що впливають на процес медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я, то управлінські фактори відносяться до внутрішніх: безпосереднє керівництво закладами, забезпечення якості медичної допомоги персоналом лікарень тощо. При цьому слід розрізняти проблеми, що виникають в приватних закладах та закладах державної форми власності.

Управління приватними закладами охорони здоров'я, хоч і вимагає дотримання вимог щодо ліцензування діяльності, акредитації закладу, атестації лікарів тощо, але більше знаходиться в полі ринкової економіки, конкуренції та задоволення пацієнта. Натомість державні заклади до всіх перелічених питань змушені вирішувати проблеми пов'язані з фінансуванням, забезпеченням прозорості діяльності (наприклад, закупівель ліків, обладнання), утриманням персоналу тощо.

Аналіз літератури, присвяченої питанням медичного забезпечення населення України [11, 13, 53], а також дослідження факторів, що впливають на процес медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я дозволили виділити такі проблеми в цій сфері:

- нестача фінансування;
- низький рівень освіти і інформованості;
- нерівний доступ до послуг охорони здоров'я;
- недостатнє дотримання міжнародних медичних протоколів;
- проблеми із дотриманням медичної етики;

- видача, зупинення та анулювання ліцензії на зайняття медичною практикою;
- низька якість медичних послуг;
- недостатній захист прав пацієнтів;
- відсутність координації та співпраці;
- недостатньо розвинена інфраструктура в державному секторі;
- скорочення чисельності лікарень та лікарів;
- застарілі технології та стандарти (протоколи) лікування, що не відповідають сучасним міжнародним стандартам;
- нерозвиненість медичного страхування як джерела фінансування лікування населення;
- відсутність чітких механізмів реалізації медичної реформи, непослідовність її виконання, що було викликано недостатнім науковим опрацьовуванням питань управління і фінансування галузі;
- відсутність ефективного менеджменту в лікарнях всіх рівнів;
- значна корупція в системі охорони здоров'я.

В дослідженнях С.В. Дубинского показано, що для розв'язання проблем управління процесом медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я необхідно враховувати певні особливості медичної галузі, зокрема:

а) той факт, що частина медичних послуг має властивості «суспільних товарів», які є об'єктом колективного споживання, наприклад, санітарно-гігієнічні заходи, пов'язані із запобіганням інфекційним захворюванням;

б) на відміну від звичайних ринків, в охороні здоров'я виробник, а не споживач, визначає обсяг благ, що надаються, що призводить до виникнення структурних диспропорцій і зловживань в охороні здоров'я, а отже необхідно здійснювати цілеспрямоване управління обсягами і структурою надання медичної допомоги;

в) дотримання принципу рівності в отриманні медичної допомоги, особливо в тих випадках, коли для зменшення страждань і врятування життя людини потрібна екстрена медична допомога. Забезпечення рівних

можливостей в споживанні медичних послуг диктує необхідність перерозподілу бюджету охорони здоров'я на користь найменш захищених верств населення – бідняків, дітей, осіб з низьким доходом, хронічних хворих тощо [11].

Дослідник також наголошує на необхідності дотримання принципу суспільної солідарності, реалізація якого потребує активного втручання держави та використання складніших механізмів управління порівняно з іншими галузями ринкової економіки [11].

Значною проблемою в державні медицині було та залишається дотримання якості медичних послуг, що надаються. Якість медичної послуги – це комплексна категорія, яка складається з багатьох елементів, частина з яких представлена на рис. 2.9.

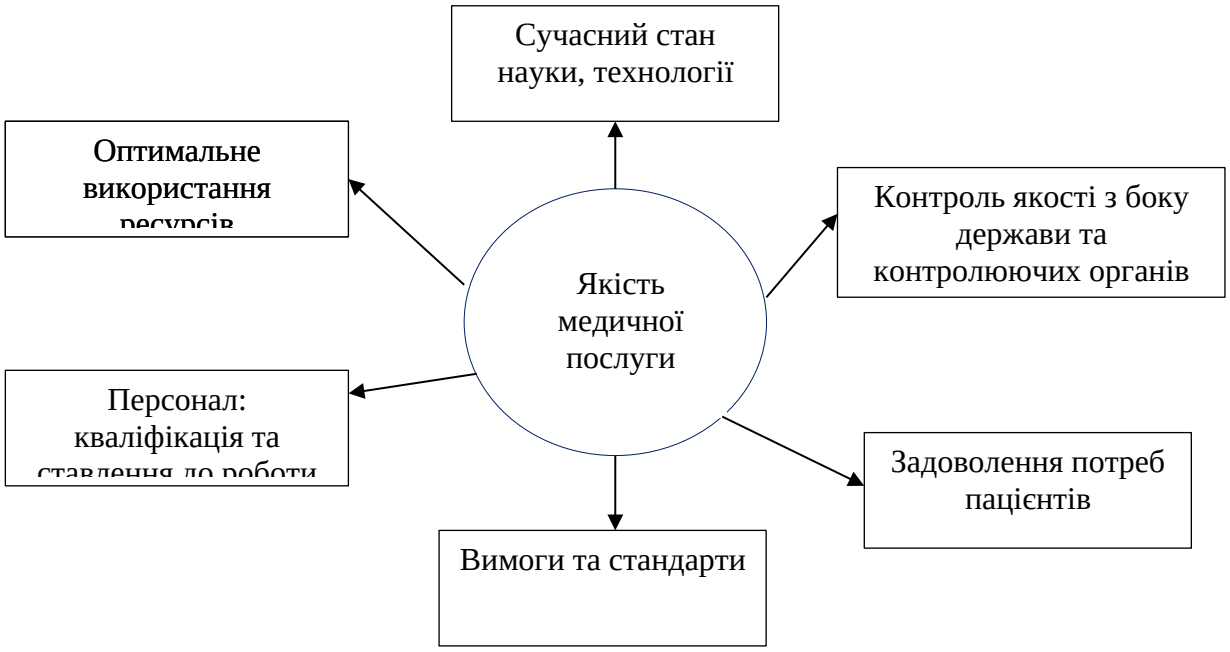


Рис. 2.9 Складові категорії «якість медичної послуги»

При оцінці діяльності медичних закладів як і раніше використовуються показники статистичної звітності, які відображають ступінь дотримання організаційних принципів надання медичної допомоги: кількість ліжок та їх задіяність, рівень летальності в лікарні, частота збігів / розбіжностей клінічних і

патолого-анатомічних діагнозів, а не рівень якості медичної послуги. Водночас дослідники процесів управління в медичній сфері вважають, що «…сучасні управлінські технології повинні реалізовувати комплексний підхід до оцінки якості, оцінювати як процес надання медичної допомоги, так і досягнення результату» [11, с. 55].

Наступною проблемою в управлінні медичними закладами сьогодні є фінансування медичних закладів, а також забезпечення оплати праці медичного персоналу та його мотивування. Для забезпечення зростання якості надання медичних послуг необхідно створювати зацікавленість персоналу всіх рівнів: лікарів, молодшого медичного та середнього персоналу, адміністраторів. Що призводить до необхідності впровадження платних послуг та платної медичної допомоги, водночас зберігаючи доступність послуг для всіх верств населення. Більшість експертів галузі вважають, що забезпечити доступність платних послуг можна завдяки впровадженню на державному рівні страхової медицини.

Окрім низької мотивації медичного персоналу адміністрація лікарень під час організації процесу надання медичних послуг стикається з такими проблемами: відсутність захисту, з правової точки зору, а також фізичного захисту від дій неадекватних пацієнтів.

У сільській місцевості регіонів багато лікарів не забезпечено приміщеннями для роботи, є незахищеними із соціальної точки зору.

Наступною проблемою в галузі управління наданням медичних послуг є нестача кваліфікованого персоналу. В різних дослідженнях можна побачити думку про те, що «сьогодні в державній системі охорони здоров’я професійні стандарти фахівців не відповідають сучасним світовим вимогам та не дають змоги сформувати єдині методи встановлення нормативів у різних розділах соціальної, психологічної та медичної сфер, щоб вони сприяли раціональному використанню кадрових ресурсів в організації охорони здоров’я». Тому, потребують удосконалення нормативно-правові акти, щодо номенклатури спеціальностей та посад медичної сфери, кваліфікаційні вимоги до посад і

характеристики спеціальностей, обліково-звітні дані про кадрове забезпечення закладів охорони здоров’я.

Проблеми, пов’язані із задоволенням потреб пацієнтів показано в табл. 2.5, переважна більшість яких пов’язана з нестачею персоналу, технічними проблемами, невідповідністю стандартів лікування України до міжнародних, недосконаліть законодавства та реформи фінансування медичної системи.

Таблиця 2.5

Проблеми задоволення потреб пацієнтів при наданні послуг в медичних закладах Запорізького регіону

Проблема	Характеристика
Тривалий час очікування прийому, навіть в приватній клініці	Може спричинити розвиток ускладнень захворювань
Обов’язкове направлення до спеціалістів від лікаря загальної практики для (переважно для державних закладів)	Втрата часу через необхідність отримати направлення від терапевта до вузького спеціаліста
Низький рівень кваліфікації лікарів загальної практики	Загальні уявлення про спеціалізовані захворювання допускає сліпе лікування, що може призвести до тяжких наслідків або переходу хвороби в хронічну форму.
Складнощі у наданні невідкладної медичної допомоги	Високий рівень завантаженості лікарів, відсутність технічно-справних автомобілів для виїзду, часте консультування лише телефоном
Залежність медичної допомоги від якості комп'ютерної техніки, стабільності інтернет-з'єднання	Потреба у сучасній техніці, програмному забезпеченні, що призводить до потреб у фінансуванні, а в разі відсутності інтернет-з’єднання до некоректної роботи обладнання.
Не існує загальнонаціонального моніторингу сучасних світових методів лікування поширених захворювань	У процесі лікування серцево-судинних захворювань, туберкульозу, раку та ін. не здійснюється використання прогресивних підходів міжнародного рівня, системно не пропагується здоровий спосіб життя
Обмежений доступ до ліків	Пільгові ліки доступні лише для деяких категорій громадян в обмеженій кількості аптек і в обмеженій кількості
Практична відсутність профілактичних заходів щодо зниження захворюваності населення	Відсутність мотивації пацієнтів до профілактики захворювань, що викликає швидкий розвиток невиліковних та хронічних захворювань і подорожчання лікування.

Примітка. Складено автором на основі [4, 19]

Однією з найбільших проблем в галузі охорони здоров’я України, зокрема і в Запорізькому регіоні є високий рівень корупції. Корупцію у сфері медицини можна поділити на такі основні рівні:

- «пацієнт – лікар» чи інший медичний працівник;
- «працівник медичної установи – керівництво лікарні»;
- на рівні держави з приводу державних закупівель медикаментів;
- в середині системи.

Величко О., Ткачук О., Серебряков М. в своєму дослідженні корупційних схем в регіонах України у 2020 році найбільш розповсюдженими прикладами, в тому числі в Запорізькому регіоні, визнали такі [5]:

- спотворення конкурсних процедур задля фіктивного проведення конкурсу й обрання завідомо визначеного керівника лікарні;
- розміщення у приміщеннях лікарень аптек та торгівельних точок, що експлуатуються наближеними до керівників лікарень особами;
- необліковані оплати послуг, що надаються закладами охорони здоров’я.

За даними звіту «Корупція в Україні 2022: розуміння, сприйняття, поширеність» в 2022 році в Україні з корупцією в медичній сфері стикалися 24,9% громадян, які зверталися за медичними послугами, що показано на рис. 2.10. [17, с. 81].

На рис. 2.10 видно, що 73,2% опитаних, які мали контакти зі сферою, свідчать про відсутність корупційного досвіду в цій сфері. «Зазначені показники статистично значуще різняться від показників 2021 року: частка тих, хто стикався із корупцією, знизилася на 14,5%, а частка тих, хто заявляє про відсутність корупційного досвіду, зросла на 15,4%. Також зменшилася частка респондентів, які перебували в контактних ситуаціях, що містили ознаки корупції – про це заявили 33,4%» [17, с. 81].

Заданими дослідження найбільш поширеною залишається ситуація, коли треба було «віддячити» за лікування або оперативне втручання, з нею

стикалися 23,5% респондентів (що на 7,2 % менше, ніж у 2021 році, зниження є статистично значущим); на 2-му місці – вирішення питання щодо умов перебування пацієнта у стаціонарі (15,7%, зниження порівняно з 2021 роком на 6,2%); 3 місце – проходження медичного огляду, (12,8%, показник статистично зменшився порівняно з 2021 роком, зниження становило 3,3 %)[17, с. 82].



Рис. 2.10 Аналіз корупційного досвіду в сфері
(% тих, хто звертався до цієї сфери) [17, с. 81]

Інші ситуації в яких пацієнти стикалися з корупцією показано на рис. 2.11. Респонденти у 2022 році менше говорили про медичних працівників щодо корупції (зниження на 11,1%) Досить часто ініціаторами створення корупційної ситуації залишаються і самі пацієнти, в середньому, у кожному п’ятому випадку. А в ситуаціях проходження медичного огляду і отримання COVID-сертифікатів активність пацієнтів як ініціаторів корупційних відносин, має тренд до зростання (зростання на 7,0 та 8,3 %) [17, с. 83]. Ініціативи щодо корупції показано на рис. 2.12.



Рис. 2.11 Корупційний досвід у розрізі ситуацій, які могли виникати при зверненні (% тих, хто звертався до цієї сфери) [17, с. 82]

Наявність корупційних проблем в публічному управлінні сфери охорони здоров'я призводить до виникнення наступної проблеми, а саме – дотримання прав пацієнтів у достатньому обсязі.

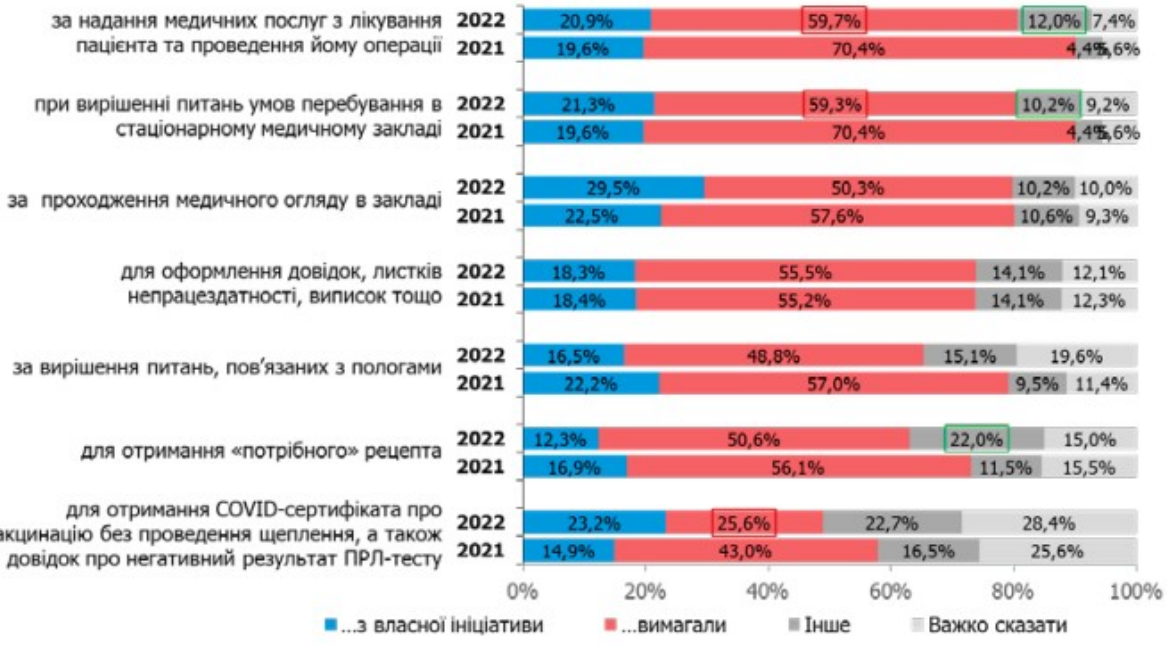


Рис. 2.12 Ініціатори корупційних ситуацій (% тих, хто стикнувся із ситуацією)

Серед інших проблем можна назвати такі [38]:

- необхідність забезпечити лікарні та поліклініки обладнанням для лікування і діагностики – 52%;
- забезпечення відповідальності лікарів за здоров’я пацієнтів та результати лікування – 51%;
- необхідність встановлення прозорих і та доступних цін на медичні послуги в лікарнях – 48%;
- забезпечення належного лікування та реабілітацію поранених ветеранів – 46%.

В цілому аналіз існуючих проблем управління процесом медичного обслуговування в закладах охорони здоров’я регіону показав, що незважаючи на проведення реформ та значні зміни в публічному управлінні в цій сфері все ще залишається багато проблем, зокрема відсутність чітких правових, управлінських, фінансових та інших механізмів публічного управління, проблеми із захистом прав пацієнтів, забезпеченням рівного доступу до медичних послуг, корупція.

Висновки до розділу 2

Проведено дослідження стану медичної сфери Запорізького регіону, яке дозволило з’ясувати існуючи проблеми, сильні та слабкі сторони, зокрема зменшення доступності медичних послуг для мешканців Запорізького району, прифронтових громад та інших громад, які знаходяться поза обласним центром, через скорочення лікарень, їх оптимізацію, руйнування та окупацію. Показано важливість медичного забезпечення населення та його вплив на рівень життя, а також бажання населення залишатися жити в регіоні, та вплив медичного обслуговування на основні демографічні показники. Здійснено порівняння державного та приватного сектору медичної сфери Запорізького регіону, на основі чого зроблено висновок про перевагу саме приватного сектору через більшу доступність, високу якість послуг, ступінь незалежності. Натомість заклади державної форми потребують удосконалення в управлінні та підходів

до надання послуг. В цілому показано, що оскільки медична сфера містить, і державну, і приватну складові, які успішно працюють, населення регіону, особлива мешканці міста Запоріжжя забезпечені медичними послугами. При цьому, проблеми з медичним забезпеченням виникають у мешканців прифронтових громад.

Проведено аналіз факторів, які впливають на процес надання послуг в медичних установах регіону. Фактори згруповано в декілька груп: макросередовище, мікросередовище та внутрішнього середовища самих медичних закладів. Оцінку факторів, що впливають на процес надання медичних послуг здійснено за допомогою методу PEST-аналізу, в результаті чого з’ясовано інтенсивність та напрям впливу (позитивний – політичних, законодавчих, технологічних; негативний – економічних та соціальних). В результаті дослідження також окреслено коло проблем управління процесом медичного обслуговування в закладах регіону, зокрема окремі недоліки медичної реформи, скорочення чисельності медичних закладів державної та комунальної власності, скорочення чисельності лікарів, зменшення рівня доступності послуг у прифронтових громадах.

Здійснено аналіз існуючих проблем управління процесом медичного обслуговування в закладах охорони здоров’я регіону дозволило визначити основні групи проблем галузі, зокрема фінансування, рівень доступу до системи охорони здоров’я, особливо в прифронтових громадах, нерозвиненість інфраструктури, відсутність чітких механізмів публічного управління закладами та процесом надання послуг, необхідність удосконалення нормативно-правової бази. Окремою групою проблем стоїть корупція в галузі медицини і необхідність адміністрування цієї проблеми як на місцевому, так і на державному рівнях. Значну проблему становить висока вартість якісних послуг і низька якість умовно безкоштовних послуг. В світовій практиці ця проблема вирішується страховою медициною, але в Україні даний механізм відсутній. Всі виділені проблеми потребують вирішення, зокрема і в площині публічного управління.

РОЗДІЛ 3
РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ПОСЛУГ В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ РЕГІОНУ НА ОСНОВІ КОНЦЕПЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

3.1 Обґрунтування напрямків удосконалення процесу надання послуг в медичних установах Запорізького регіону на основі концепції публічного управління

Запорізький регіон є одним із ключових промислових регіонів України, який сильно постраждав під час збройної агресії рф. Обидва фактори визначають високий рівень навантаження на систему охорони здоров’я, через високий рівень професійних захворювань, захворювань, пов’язаних з екологічним забрудненням, старінням населення регіону, травм, отриманих через обстріли та військові дії. Також актуальності питанням удосконалення процесу надання послуг в медичних установах Запорізького регіону на основі концепції публічного управління додають проблеми із кадровим забезпеченням, необхідність оновлення медичної інфраструктури регіону та необхідність імплементації реформи охорони здоров’я, які в переважній мірі носять управлінський характер.

Медична сфера та медичні установи Запорізького регіону, як показав попередній аналіз, потребують значної трансформації та удосконалення процесів управління, в тому числі і публічного. Особливої актуальності це набуло в останні роки, через виклики з якими стикаються всі сфери суспільного життя в Україні через активні військові дії, тим більше в прифронтових регіонах.

Для забезпечення ефективного функціонування медичних установ і підвищення якості медичних послуг необхідною умовою є впровадження

сучасного підходу публічного управління, орієнтованого на прозорість, звітність, ефективність, інновації та пацієнторієнтованість.

На рис. 3.1 представлено основні напрямки удосконалення процесу надання медичних послуг в медичних установах з урахуванням особливостей Запорізького регіону.

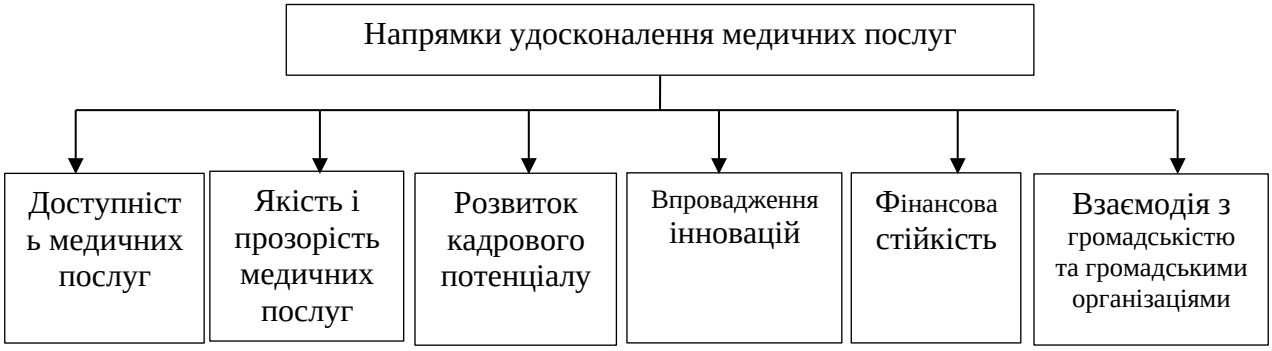


Рис. 3.1 Напрямки удосконалення процесу надання медичних послуг на основі підходу публічного управління

Примітка. Складено автором

Отже, першим пунктом в заходах щодо удосконалення медичних послуг на рис. 3.1 стоїть покращення їх доступності. Запорізький регіон є прифронтовим регіоном, де багато громад та населених пунктів знаходяться у важкій фізичній доступності, а через відсутність нормальних умов та постійні обстріли люди потребують медичної допомоги.

Тому для покращення доступності послуг необхідно:

- здійснити оптимізацію інфраструктури медичних закладів із врахуванням демографічних змін, потреб переселенців та стану місцевої інфраструктури. Оптимізація може включати відновлення та модернізацію будівель медичних закладів;
- продовження процесу цифровізації послуг, а саме розвиток електронних медичних систем, які дозволяють пацієнтам дистанційно

записуватися на прийоми, отримувати консультації, доступ до медичних даних, що особливо важливо в умовах переміщення населення;

- створення мобільних медичних команд для обслуговування віддалених та прифронтових громад.

Україна прагне до вступу ЄС, що вимагає від влади на державному та місцевому рівнях забезпечити реформування та прозорості всіх сфер публічного управління. Тому, для удосконалення процесу надання послуг в медичних установах Запорізького регіону на основі концепції публічного управління необхідно створювати умови для підвищення якості та прозорості медичних послуг. Заходи з удосконалення включатимуть:

- розробка стандартів якості медичних послуг та їх постійний моніторинг, що дозволить покращити якість лікування та забезпечити відповідність послуг світовим стандартам;

- запровадження практики публічного звітування про діяльність медичних закладів, включно із даними про ефективність лікування, фінансові витрати та задоволеність пацієнтів, що сприятиме підвищенню довіри громадян та забезпечить прозорість витрачання коштів;

- впровадження систем оцінки медичного обслуговування через опитування, відгуки пацієнтів та спеціальні гарячі лінії.

Підвищення якості та прозорості медичних послуг дозволяє не лише покращити рівень обслуговування пацієнтів, але й сприяти формуванню довіри громадян до медичних установ. На рис. 3.2 наведено приклади того, яким чином медичні установи можуть досягти прозорості та підвищити якість послуг, що надаються.

Впровадження стандартизації та сертифікації всіх медичних процедур дозволить гарантувати однаковий рівень їх надання в будь-якому закладі регіону, і гарантуватиме якість та безпеку для пацієнта. Також сертифікація послуг дозволить створити єдині критерії акредитації медичних установ, що в свою чергу, сприятиме підвищенню рівня надання медичної допомоги. Для забезпечення заходів зі стандартизації та сертифікації необхідно впровадити

постійний моніторинг якості послуг, їх регулярний аналіз та оцінку із залученням незалежних аудиторів.



Рис. 3.2 Заходи щодо підвищення якості та прозорості надання послуг медичними закладами в Запорізькому регіоні

Примітка. Складено автором

Стандартизація та сертифікація передбачає активізацію впровадження сучасних моделей якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Такими моделями можуть є: система міжнародних стандартів якості ISO 9001; Моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров’я (ISQua); моделі спільної комісії з

акредитації організацій охорони здоров’я (JCAHO); моделі постійного покращення (Associatesin Process Improvement) [28].

Наявність системи прозорої звітності в сфері охорони здоров’я дозволить виконувати вимоги, які ставлять до України міжнародні організації щодо прозорості публічного управління в медицині, скорочення корупційної складової, уникнення зловживань із закупівлями ліків тощо. Так, публікація звітів про фінансову діяльність, використання бюджетних коштів, а також досягнення та проблеми у роботі медичних закладів сприятиме більшій довірі та залученню коштів інвесторів, підвищенню іміджу України в світових рейтингах з питань прозорості влади та рівня корупції.

Побудова системи прозорості також включає творення публічних рейтингів медичних установ на основі задоволеності пацієнтів, якості послуг та ефективності управління, що сприятиме підвищенню рівню послуг, що надаватиметься пацієнтом та зростанню конкурентоспроможності медичного закладу. Особливо актуальним останнє є для комунальних та державних медичних закладів, які програють за якістю послуг приватній медицині.

В умовах цифровізації економіки для більшої ефективності системи прозорості слід впровадити платформу для збору відгуків та пропозицій пацієнтів, що дозволить врахувати їх думки для покращення послуг.

Впровадження інновацій в публічне управлінні в сфері медицини також здатне покращити якість медичних послуг. Зокрема, орієнтуючись на практику європейських країн, США, Ізраїлю та інших розвинених країн світу слід впроваджувати принципи державно-приватного партнерства для залучення приватних інвесторів та модернізації медичних закладів, задля удосконалення їх матеріально-технічної бази. Серед основних принципів державно-приватного партнерства слід зазначити такі:

- взаємна користь – створення умов, за яких обидві сторони отримують вигоду: держава – доступ до ресурсів, технологій і досвіду приватного сектору; приватний партнер – можливість участі в стратегічних проєктах із мінімальними ризиками;

- розподіл ризиків: держава бере на себе політичні та регуляторні ризики, а приватні партнери – фінансові та операційні;
- довгостроковість відносин;
- задоволення потреб суспільства;
- гнучкість;
- фінансова стійкість;
- контроль та моніторинг.

Інноваційна активність полягає також в автоматизації процесів управління, а саме – використання цифрових рішень для автоматизації фінансового обліку, контролю за персоналом, запасами ліків тощо, що знижує адміністративні витрати і підвищує точність операцій. Серед інших інновацій, спрямованих на підвищення якості послуг можуть бути:

- надання дистанційних консультацій та діагностичних послуг, що підвищить доступність медичних послуг, особливо для населення віддалених районів за допомогою телемедицини;
- запровадження в медичних закладах електронних медичних карток пацієнтів, онлайн-запису на прийоми та зберігання історії хвороби в цифровому форматі, що підвищить ефективність і зручність обслуговування;
- забезпечення ефективного управління запасами ліків через автоматизовані системи, що знизить ймовірність дефіциту та підвищить надійність.

Якість надання медичних послуг значно залежить від компетентності та кваліфікації медичного персоналу. Тому з метою підвищення якості надання послуг в медичній сфері необхідно забезпечити систему підвищення компетенцій медичного персоналу. Така система має включати наступні елементи:

- підсистема підвищення кваліфікації методичного персоналу – проведення навчальних програм, курсів підвищення кваліфікації та тренінгів для медичних працівників, щоб забезпечити актуальні знання та навички;
- підсистема мотивації персоналу;

- програми підтримки та додаткових ресурсів для медичних установ у воєнний час, що дозволить забезпечити якісне обслуговування в складних умовах.

Аналіз практик управління медичною сферою в різних країнах світу показав, що будь-який елемент удосконалення надання послуг потребує врахування піцієнтоорієнтованого підходу. До пацієнтоорієнтованого підходу відноситься:

- покращення умов перебування пацієнтів, забезпечення комфортних умов у медичних закладах (зручні палати, сучасне обладнання, позитивну атмосферу);
- організації системи підтримки пацієнтів та навігації в медичних закладах (інформаційних точок у медичних закладах, де пацієнти можуть отримати консультації щодо своїх прав, послуг, які їм доступні, та інформацію про подальші кроки лікування);
- забезпечення психологічної підтримки пацієнтів, особливо тим, хто проходить складне лікування або постраждав унаслідок воєнних дій.

Впровадження заходів спрямованих на підвищення якості та прозорості медичних послуг сприятиме формуванню довіри до медичної системи та зміцненню позитивного іміджу медичних установ Запорізького регіону. Впровадження цих напрямків є важливим кроком на шляху до стійкої та ефективної системи охорони здоров'я, яка відповідає сучасним потребам громадян.

Публічне управління надання послугами в сфері охорони здоров’я повинно спрямовуватися і на забезпечення та посилення фінансової стійкості закладів охорони здоров’я. Оптимізація витрат та залучення додаткових джерел фінансування, зокрема за допомогою благодійних внесків, грантів міжнародних організацій, що підтримують розвиток медичних установ.

Важливим завданням забезпечення фінансової стійкості є дотримання принципів прозорості та відкритості у фінансовій звітності щодо використання бюджетних коштів шляхом регулярної публікації фінансових звітів, проведення

аудиту, що забезпечить підзвітність перед громадськістю і сприятиме ефективнішому використанню фінансів.

Публічне управління дозволяє пов’язати процеси адміністрування медичних закладів з їх відносинами із громадськістю та урядовими організаціями. Так, публічні консультації з громадськістю щодо змін у медичних установах, організація спільних обговорень з представниками громадських організацій для врахування реальних потреб громади сприятимуть розвитку діалогу медичними працівниками, пацієнтами та іншими зацікавленими особами, зокрема неурядовими організаціями, інвесторами, волонтерськими організаціями.

В умовах воєнного стану співпраця з волонтерськими організаціями для координації гуманітарної допомоги, залучення донорських ресурсів і підтримки медичних працівників у кризових регіонах сприяє посиленню підтримки місцевого населення та поліпшення якості його життя.

Останній блок заходів з підвищення ефективності надання послуг в медичній сфері є їх інформаційна підтримка, зокрема проведення медичних кампаній для інформування населення про профілактичні заходи, вакцинацію, здоровий спосіб життя, що допоможе знизити рівень захворюваності і підвищити обізнаність.

Отже, запровадження концепції публічного управління до процесу надання послуг медичними закладами дозволить суттєво підвищити ефективність і прозорість діяльності медичних установ у Запорізькому регіоні. Це допоможе забезпечити високий рівень доступу до якісної медичної допомоги, оптимізувати управлінські та фінансові процеси та зміцнити кадровий потенціал, сприяючи позитивним змінам в системі охорони здоров’я регіону.

3.2 Обов’язкове медичне страхування як інструмент удосконалення процесу надання послуг в медичних установах

Надання медичних послуг як в Україні в цілому, так і в Запорізькому регіоні стикається із значними фінансовими проблемами в державному секторі. Незважаючи на медичну реформу, модернізацію системи фінансування, виділення обов’язкового пакету медичних послуг, який покривається державним фінансуванням, сама організація медичної системи в Україні не дозволяє отримувати якісні медичні послуги пацієнтом з низьким рівнем доходів. Цю проблему можна вирішити за допомогою системи обов’язкового медичного страхування, але вона так і не запроваджується в Україні, через велику кількість проблем.

Обов’язкове медичне страхування – один із найважливіших елементів системи соціального захисту населення в сфері охорони здоров’я та одержання медичної допомоги в разі захворювання або нещасного випадку. Головним завданням держави є визначення основних принципів її організації, встановлення тарифів внесків, кола страхувальників і створення спеціальних державних фондів для акумуляції внесків.

Основною метою обов’язкового медичного страхування є забезпечення всіх громадян рівними гарантованими можливостями одержання медичної, лікарської і профілактичної допомоги у розмірах, встановлених державними програмами через збір й капіталізації страхових внесків.

Обов’язкова форма медичного страхування розповсюджена в країнах, де переважне значення має громадська охорона здоров’я, а добровільна – там, де поширені приватні страхові програми. Обов’язкове медичне страхування запроваджено у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах. В Ізраїлі і Швейцарії переважає добровільне страхування, а обов’язкове існує лише відносно осіб окремих професій.

Для України доцільно буде вивчити досвід різних країн, щоб обрати ефективну та зручну для імплементації в українських умовах. В табл. 3.2

наведено порівняння систем обов’язкового медичного страхування в різних країнах.

Таблиця 3.2

Порівняльна характеристика систем обов’язкового медичного страхування в світі

	Параметри порівняння			
Країна	Принцип організації та дії системи	Джерело фінансування	Охоплення населення	Особливості
Німеччина	Солідарна	Внески працівників та роботодавців	Повне	Пацієнти мають вибір страхового фонду; часткове співфінансування
Франція	Соціальна	Внески, субсидії держави	Повне	Часткове відшкодування вартості послуг; додаткове страхування популярне
Японія	Солідарна	Внески, оплата пацієнтів	Повне	Контрольовані ціни на медичні послуги
Великобританія	Державна	Податки	Повне	Безкоштовні послуги для користувача; іноді довгі черги
США	Змішана	Приватні та державні фонди	Часткове	Висока вартість послуг; сильна роль приватного страхування
Ізраїль	Універсальна	Медичний податок, субсидії	Повне	Конкуренція між касами стимулює якість послуг

Однією з найефективніших систем обов’язкового медичного страхування є Ізраїльська, оскільки вона забезпечує доступ до якісної медичної допомоги для всіх громадян і постійних мешканців країни. Ізраїль немає державної системи медичного обслуговування, втім 94% населення країни охоплено медичним страхуванням. Медичне страхування забезпечується фондами медичного страхування (лікарняними касами) Клалит (Clalit), Маккабі (Maccabi), Меухедет (Meuhedet), Леуміт (Leumit). Медичні заклади знаходяться у відомстві різних агентств, головними з яких профспілки а уряд [50].

В медустановах країни пацієнти є привілейованими особами і мають такі права: отримувати якісну медичну допомогу, для отримання страховки пацієнт

може обрати лікарняну касу, де не мають права йому відмовити, право на отримання повного переліку послуг тощо.

Лікарняна каса – центр надання медичного сервісу, навколо якого створена система якісного лікування на базі певного числа клінік країни. За рахунок коштів, які зосереджено в касі, госпіталізації за направленням або через швидку допомогу є безкоштовними, так само, як послуги діагностики, амбулаторного лікування, здачу аналізів в місцевих лабораторіях (при відсутності можливості провести аналіз каса оплачує лабораторні дослідження в іншій клініці), радіологію, можливість викликати лікаря додому (в окремих випадках і при частковій оплаті) або швидку допомогу, профілактику (щеплення, огляди тощо), консультацію у дієтолога.

В Німеччині діє децентралізована система медичного страхування. Уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров’я (за винятком деяких його сегментів), а лише створює умови для того, щоб необхідні фонди були створені працівниками та роботодавцями, а також здійснює нагляд над функціонуванням усієї системи медичного страхування. Забезпеченням медичного страхування займається біля 1200 страхових кас побудованих по професійному принципу (шахтарі, фермери, моряки та ін.), по територіальному принципу та ерзац каси. Територіальні страхові каси беруть на себе страхування тих категорій, що не охоплені страхуванням на підприємствах. Всі три різновиди кас входять у систему керованого державою медичного страхування. Однак, вони є автономними організаціями, які мають право встановлювати ставки страхових внесків, розширювати перелік медичних послуг понад основну програму та обирати форми взаєморозрахунків із медичними закладами. Взаємодія страхових кас із урядом спрямована на реалізацію активної політики стримування зростання вартості медичних послуг. Вони беруть на себе зобов’язання щодо впровадження жорсткіших механізмів взаєморозрахунків із медичними установами, введення доплат для застрахованих та інших заходів. Завдяки цьому страхові каси спільно з

органами управління охороною здоров’я розділяють відповідальність за забезпечення населення якісною медичною допомогою [33].

Головна функція уряду при цьому – слідкування за дотриманням норм законодавства, що включає контроль за виконанням страхових програм. Держава надає медичному страхуванню обов’язковий характер, визначає основні умови його функціонування: базові ставки страхових внесків, механізми фінансування та організації медичної допомоги. Крім того, держава бере участь у формуванні цін на медичні послуги та передає частину функцій управління системою недержавним органам – страховим компаніям та асоціаціям лікарів. Ці організації отримують право представляти інтереси застрахованих та медичних працівників [33].

У Франції в системі обов’язкового медичного страхування основну роль відіграє Національна страхова організація (Національна каса страхування найманих працівників) Міністерства соціального забезпечення та праці. В країні діє єдина ієрархія страхових кас із вертикальною системою управління. Кожне відділення відповідає за страхування в певному регіоні. Місцеві відділення мають певний рівень автономії, але підпорядковуються адміністративному контролю з боку центрального органу. У Франції також добре розвинена мережа приватних страхових компаній. Якщо громадянин оформлює страховий поліс у приватній компанії, вона, як і державні страхові каси, покриває витрати на госпіталізацію та лікування у лікарів. При цьому спектр додаткових послуг варіюється і є предметом конкуренції серед приватних компаній.

Основу системи медичного страхування у Великобританії складає бюджетне, що зумовлює його державний характер та значний ступінь централізації управління. Фінансовою основою системи є надходження від податків, які складають 90% бюджету охорони здоров’я. Тільки 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. В цілому, пацієнти платять 10% вартості лікування. Всі працюючі підлягають обов’язковому страхуванню здоров’я за винятком непрацюючих жінок у шлюбі, які можуть приєднатися до

страхування по добровільним програмам. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги по тимчасовій непрацездатності в зв’язку із хворобою. Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров’я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено більше 13% населення. Головний принцип приватних страхових компаній – доповнення державної системи охорони здоров’я, тому об’єктом приватного страхування є лише ті ризики, які не бере на себе держава. Сфера діяльності приватного медичного страхування досить обмежена і охоплює лише платну частину медичної допомоги, як у комерційних медичних закладах, так і в лікарнях Національної служби охорони здоров’я, але лише на ту частину діяльності державних медичних закладів, яка виходить за рамки суспільних зобов’язань.

Система медичного страхування США базується на сполученні центрального страхового фонду із сіткою місцевих незалежних страхових організацій. Також в США медичне страхування тісно пов’язане із трудовою діяльністю – групове страхування по місцю роботи складає 58% населення. Втрата робочого місця автоматично приводить до втрати медичної страховки. Найбільш широко медичним страхуванням охоплені робітники промисловості, державні службовці, члени профспілки, робітники, що працюють повний робочий день. Біля 15% населення США не мають доступу до медичного страхування (малозабезпечені, безробітні, бездомні, члени сімей працівників підприємств, що не мають системи медичного страхування). Але й наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки. До того ж, розроблена система класифікації випадків госпіталізації та кількості медичних послуг приводить до значних перевитрат коштів через безпідставне затримання хворих в стаціонарі, зростання числа операцій без показників, клінічних, лабораторних та інших досліджень. При цьому, ціль загальної доступності медичної допомоги для всіх громадян так і не була досягнута [33].

Система медичного страхування Японії складається з двох програм: державної та суспільної. Страхування охоплює абсолютно всіх працівників на підприємствах із числом працюючих 5 та більше осіб, а також членів їх сімей. Сума страхового внеску нараховується зі стандартного заробітку, що визначається щомісячно. Страхові компанії також проводять добровільне медичне страхування для підвищення комфортності обслуговування, використання дорогих медикаментів та медичних технологій.

Проведений аналіз дозволив дійти висновку, що найефективнішими є ті системи, які забезпечують доступність, якість медичної допомоги та захист від фінансових ризиків. Україні доцільно врахувати особливості таких моделей для створення ефективної системи обов'язкового медичного страхування, які показано на рис. 3.3.

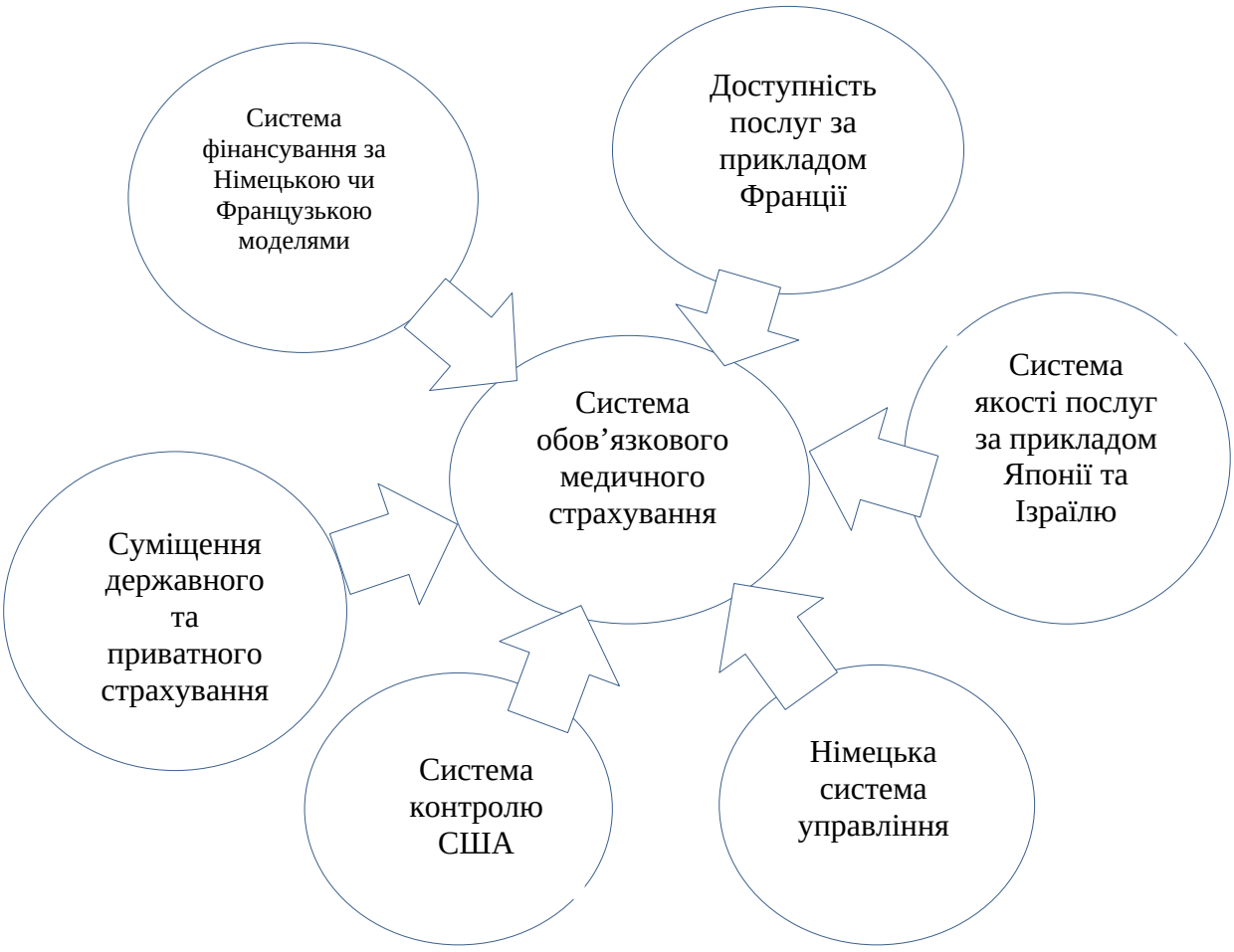


Рис. 3.3 Рекомендації щодо запровадження системи обов’язкового медичного страхування в Україні на основі аналізу світового досвіду

Примітка. Складено автором

Аналіз проблем управління закладами охорони здоров’я в Україні показав, що однією з найбільших – це фінансування, навіть в умовах проведеної реформи. Тому, запровадження моделі фінансування медицини, подібної до ізраїльської чи німецької, де фінансування охорони здоров’я забезпечується через страхові внески працівників і роботодавців, з частковою підтримкою з боку держави є найкращим варіантом. Адже економіка України не зможе витримати навантаження як у Великобританії або Швеції, особливо в умовах війни та повоєнного відновлення. Разом з цим система фінансування потребує децентралізації, яку можна почерпнути в Німеччині та Франції, що забезпечить гнучкість та ефективність управління коштами. Також позичання французької моделі дозволить запровадити основний пакет медичних послуг, який фінансуватиметься державою, із можливістю розширення за рахунок приватного страхування. Оскільки сьогодні створити державний фонд медичного страхування в Україні не просто через відсутність законодавства, кваліфікованих фахівців, службовців відповідного напрямку.

Система обов’язкового страхування в Україні має використати досвід Японії у впровадженні інноваційних технологій та якісного медичного обслуговування. Разом з тим, для покращення якості послуг, до системи обов’язкового страхування в Україні слід додати профілактичні програми, як у Ізраїлі, включаючи щеплення та профілактичні огляди. Це дозволить не лише розширити межі медичної допомоги, яка надаватиметься населенню, але й вирішить проблеми попередження важких захворювань із серйозними наслідками.

Під час створення системи обов’язкового страхування в Україні слід врахувати досвід Ізраїлю щодо гарантованого право кожного громадянина вільно обирати страхову організацію, яка не має права відмовляти у наданні страховки. При цьому система має охоплювати всіх громадян, забезпечуючи доступу до базових медичних послуг для соціально вразливих груп, як у Великобританії, де охорона здоров’я фінансується за рахунок податків і охоплює 100% населення.

При побудові системи управління та контролю системою обов’язкового страхування доцільно скористатися досвідом США та Німеччини, який передбачає:

- перехід на змішану модель управління системою охорони здоров’я, з передачею частини функцій недержавним органам (страховим компаніям, професійним асоціаціям);
- впровадження механізмів контролю за витратами медичних установ, включаючи стандартизацію послуг і врегулювання тарифів;
- уникнення зловживань у госпіталізації та діагностиці через створення прозорих механізмів звітності.

Проведений аналіз також показав, що лише державної системи страхування здоров’я не вистачає для повного задоволення всіх потреб в медичному обслуговуванні, тому потрібно додавати в цей механізм приватні страхові компанії.

В Україні діє понад сто страхових компаній, які пропонують різні пакети медичного страхування, але ці програми добровільні. В той же час в Україні культура добровільного страхування тим більше медичного вкрай низька. І тому необхідно формувати заходи по заохоченню населення, приватного бізнесу, роботодавців до придбання таких програм.

Запровадження обов’язкового медичного страхування може стати важливим інструментом покращення надання медичних послуг у Запорізькому регіоні. Це дозволить створити стабільну фінансову базу для медичних установ, підвищити якість обслуговування та забезпечити доступ до необхідного лікування для всіх громадян. Основні переваги та можливості обов’язкового медичного страхування:

- фінансова стабільність медичних установ за рахунок збільшення фінансування за рахунок надходжень від страхових внесків. Лікарні та клініки зможуть отримувати більш стабільне фінансування, що дозволяє їм покривати витрати на матеріали, обладнання та оплату праці. Це також дозволить зменшити залежність лікарень від бюджетного фінансування, що знизить

навантаження на державний бюджет, адже витрати на медицину частково покриваються внесками застрахованих осіб. Водночас, стабільний потік коштів дозволить інвестувати в сучасне медичне обладнання та інноваційні методи лікування, що підвищить рівень медичної допомоги;

- підвищення доступності та якості медичних послуг завдяки наданню гарантій медичного обслуговування, фінансування профілактичних заходів, зменшення неформальних платежів. Кожен застрахований пацієнт матиме право на базовий перелік послуг, що гарантує доступність медичної допомоги незалежно від фінансового стану, а також забезпечення більшої прозорості у розподілі витрат, що дозволяє уникати неофіційних платежів за медичні послуги. Оскільки обов’язкове медичне страхування включає покриття профілактичних обстежень і вакцинацій, що сприяє зниженню захворюваності та економії ресурсів на лікування;

- посилення контролю медичних послуг завдяки запровадження більш жорсткої системи ведення обліку та звітності про використання коштів, а також контролю за обґрунтованістю медичних процедур та раціональним використанням ресурсів. Крім того, страхові компанії, які виступають посередниками, зацікавлені в якості наданих послуг, що стимулює заклади охорони здоров’я підвищувати свій рівень;

- підвищення рівня медичного обслуговування через мотивацію персоналу, оскільки надходження від обов’язкового медичного страхування дозволяють установам виділяти більше коштів на оплату праці. Водночас, додаткові пакети страхування можуть надаватися й самим працівникам, що сприяє їхній соціальній захищеності;

- запровадження системи винагороди за високу якість і задоволеність пацієнтів стимулює персонал надавати послуги на вищому рівні;

- пацієнти зможуть отримувати покриття витрат на послуги не лише в державних, але й у приватних медичних закладах, що знижує навантаження на державний сектор. Таким чином, пацієнти зможуть обирати заклади, що сприятиме підвищенню конкуренції та покращенню якості медичних послуг у

цілому, а доступ до послуг у всіх установах допоможе вирівняти навантаження на лікарні та поліклініки, оптимізуючи їхню роботу;

- застраховані пацієнти можуть мати єдину медичну карту, що спростить доступ до історії лікування та планування подальших процедур;

- запровадження обов'язкового медичного страхування сприятиме запровадженню інформаційних систем, що забезпечуватимуть точнішу звітність і облік послуг, завдяки чому страхові компанії можуть ініціювати розробку додатків і програм для пацієнтів, зокрема для онлайн-запису до лікаря, що значно спрощує доступ до послуг.

Україні важливо створити систему медичного страхування, яка забезпечуватиме доступність і якість послуг для всіх громадян, водночас підтримуючи фінансову стійкість. Це можливо шляхом адаптації найкращих міжнародних практик до національних умов.

3.3 Удосконалення організаційно-економічного механізму публічного управління процесом медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я

Організаційно-економічний механізм управління процесом медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я є важливим елементом, який впливає на якість, доступність та ефективність надання медичних послуг населенню. Його удосконалення в умовах реформування охорони здоров'я спрямоване на забезпечення прозорості, підзвітності та збалансованості системи медичних послуг.

В Україні організаційно-економічний механізм публічного управління сферою охорони здоров'я формується на трьох рівнях, які взаємопов'язані та формують цілісну систему, як показано на рис. 3.4.

Як видно з рис. 3.4 окремі елементи організаційно-економічного механізму існують на державному, регіональному та місцевому рівнях

публічного управління. Ці елементи пов’язані між собою та складають цілісну систему медичного забезпечення громадян країни.

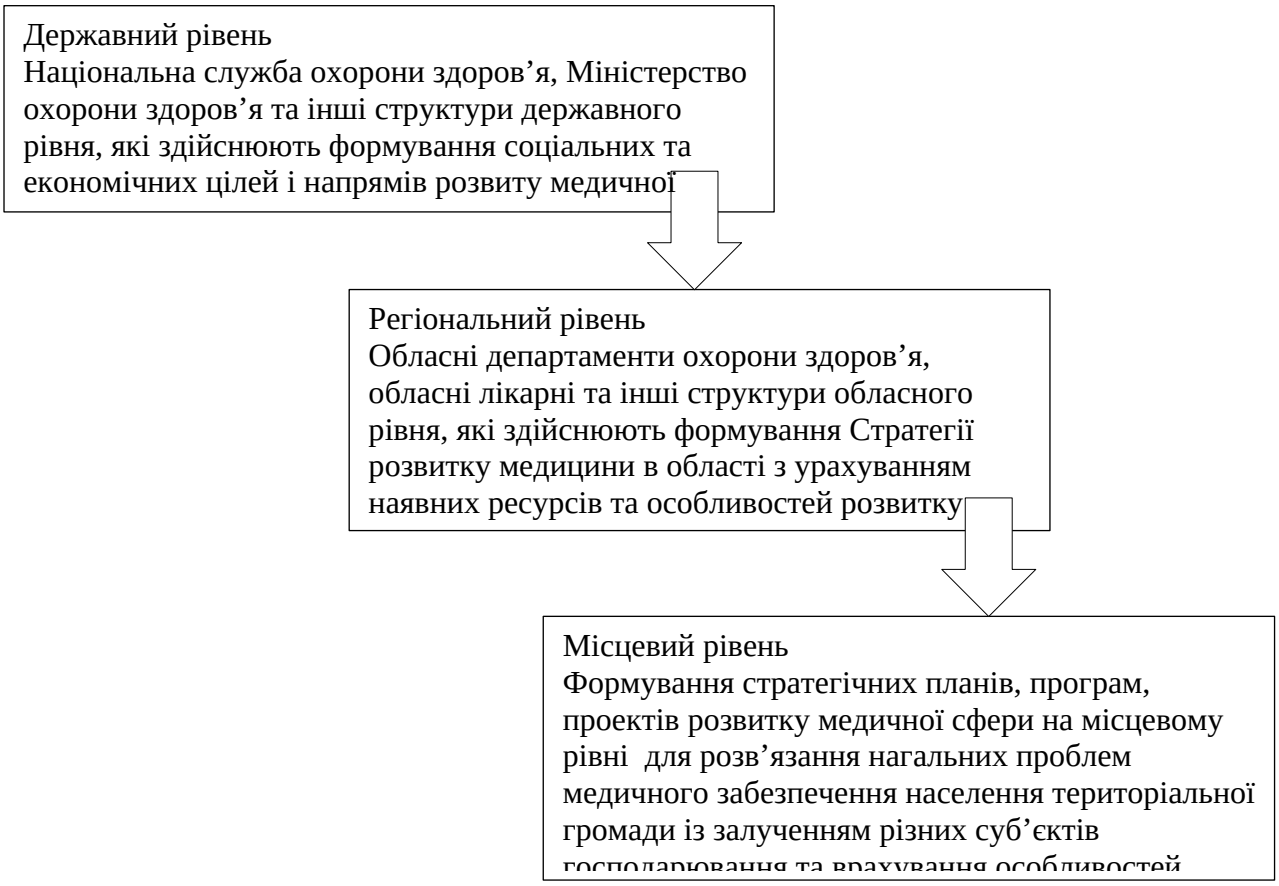


Рис. 3.4 Формування організаційно-економічного механізму управління медичною сферою за рівнями публічного управління

Примітка. Складено автором

Організаційно-економічний механізм публічного управління процесом медичного обслуговування складається з таких елементів:

- організаційний – формування органів управління охороною здоров’я, оптимізація структури закладів охорони здоров’я, координація між різними рівнями медичної допомоги, впровадження сучасних систем електронного управління;
- економічний – бюджетне планування та фінансування закладів охорони здоров’я, впровадження механізмів державного і приватного

партнерств, оптимізація витрат шляхом раціонального використання ресурсів, розробка механізму фінансової мотивації для медичного персоналу;

- регулятивно-правовий – розробка регіональних програм охорони здоров’я, контроль і виконання стандартів і нормативів медичної допомоги, підтримка прав пацієнтів та забезпечення доступності медичних послуг;
- соціальний – моніторинг та оцінка стану здоров’я населення регіону, підтримка профілактичних заходів та здорового способу життя;
- інформаційно-аналітичний – збір та аналіз даних про стан здоров’я населення та діяльність медичних закладів, використання великих чисел для прогнозування та прийняття управлінських рішень.

Заходи щодо удосконалення організаційно-економічного механізму процесу надання послуг медичними закладами необхідно впроваджувати на всіх трьох рівнях публічного управління показаних на рис. 3.4. Однак, оскільки державний та регіональний рівні залежать від великого числа чинників, що на них впливають, потребують тривалих процедур щодо прийняття законів, постанов, їх узгодження та впровадження, то в межах магістерської роботи буде розглянуто саме місцевий рівень, а точніше рівень окремих закладів охорони здоров’я.

Заклади охорони здоров’я – це окремі суб’єкти організаційно-економічного механізму управління медичною сферою, від яких безпосередньо залежить рівень якості медичних послуг, що надається. Отже, організаційно-економічний механізм управління ним повинен містити функціональну підсистему та підсистему забезпечення діяльності і розвитку.

Організаційно-економічний механізм надання послуг в медичній сфері показано на рис. 3.5.

На рис. 3.5 можна побачити, що функціональна підсистема забезпечує ефективне функціонування організаційно-економічного механізму надання послуг в закладах охорони здоров’я, вимагає обов’язкове державне ліцензування, а також впровадження регламентованих державних норм та стандартів (впровадження уніфікованих клінічних протоколів, розробка та

впровадження локальних клінічних протоколів відповідно до технічного забезпечення та особливостей функціонування закладу охорони здоров’я, інструкцій для персоналу).



Рис. 3.5 Елементи організаційно-економічного механізму надання послуг в медичному закладі

Локальні протоколи лікування медичних закладів, незалежно від форми власності необхідно узгоджувати у відповідних структурних підрозділах державних органів з питань охорони здоров’я, тому на цьому етапі важливо розробити процедури публічного управління, які полегшають таке погодження та унеможливлять корупційну складову.

В закладах охорони здоров’я, як правило, до локальних протоколів також розробляються клінічні маршрути (алгоритм) руху пацієнтів структурними підрозділами. Клінічний маршрут передбачає розробку та опис заходів з надання пацієнту медичних послуг, а тому в цьому місці також можна знайти резерви удосконалення якості їх надання. Заходи розробляються з урахуванням технічних можливостей медичного закладу і протоколів, що в них використовуються.

Функціональна підсистема складається із правової системи та поточних бізнес-процесів. Правова система складається з норм та нормативів, зокрема:

- забезпечення необхідним технологічним медичним обладнанням;
- забезпечення приладами діагностики;
- лікування відповідно до існуючих стандартів та клінічних протоколів;
- норм забезпечення закладів охорони здоров’я необхідним для їхнього роботи персоналом.

В будь-якому лікувальному закладі обов’язково присутні бізнес-процеси, які є резервом для удосконалення процесу надання послуг пацієнтам. До таких процесів можна віднести:

- формування пакетів послуг;
- ведення баз даних клієнтів
- ведення баз даних постачальників ліків.

Підсистема забезпечення діяльності та розвитку закладів охорони здоров’я та надання складається з організаційного забезпечення, аудиту, інноваційної складової тощо.

Для удосконалення організаційно-економічного механізму надання послуг в закладах охорони здоров’я необхідно впровадити систему внутрішнього аудиту, який скрадатиметься з наступних елементів:

- аудит організаційної структури – оцінка стану кадрового забезпечення, фінансово-економічного забезпечення, матеріального забезпечення та відповідності ведення медичної документації;

- аудит бізнес-процесів – аналіз та оцінка технологічного забезпечення, клінічної діяльності, організаційно-методичного забезпечення;
- аудит інноваційної діяльності;
- аудит ефективності надання послуг – забезпечення незалежної оцінки результатів діяльності закладу (якість надання медичної допомоги, задоволеність пацієнтів, стан задоволеності персоналу роботою, зміни стану здоров'я населення регіону в цілому).

Загалом організаційно-економічний механізм надання послуг закладом охорони здоров'я може розглядатися, як на макрорівні - як невід'ємний механізм формування сучасної системи охорони здоров'я, так і на мікрорівні - діяльність та функціонування окремих закладів охорони здоров'я.

В цілому організаційно-економічний механізм надання послуг закладом охорони здоров'я зумовлює зміни, які мають відбуватися з точки зору організації роботи, управління та адміністрування, а також нових економічних механізмів його функціонування.

Під час надання послуг в закладах охорони здоров'я після з'являється проблема, пов'язана з хаотичним укладанням договорів між пацієнтами та сімейними лікарями. Цей процес був спонтанним, швидким і не продуманим, через що часто укладалися договори з лікарями з низькою кваліфікацією. В результаті спостерігалися значні проблеми у якості послуг. Тому, удосконалення організаційно-економічного механізму полягає у впорядкуванні процесу укладання договорів із сімейними лікарями та забезпеченням системи підвищення кваліфікації персоналу, його мотивації та технологічного забезпечення сімейних лікарів необхідним медичним обладнанням для проведення діагностики та проведення первинних досліджень. Як результат навантаження наступних ланок медичного забезпечення стане меншим, а якість послуг зросте.

Висновки до розділу 3

Запровадження концепції публічного управління в медичній сфері Запорізького регіону є необхідним кроком для забезпечення ефективності, прозорості та якості надання медичних послуг. Аналіз показав, що існуюча система охорони здоров’я стикається з численними викликами через демографічні зміни, наслідки воєнних дій та екологічні проблеми. За результатами проведених досліджень запропоновано такі заходи щодо удосконалення надання медичних послуг на основі концепції публічного управління: оптимізацію інфраструктури медичних закладів та цифровізацію послуг для підвищення їх доступності, підвищення прозорості через публічне звітування, моніторинг якості та стандартизацію медичних послуг, впровадження інновацій, як медичних, так і управлінських, підвищення кваліфікації медичного персоналу через освітні програми, системи мотивації та підтримку в складних умовах, забезпечення фінансової стійкості та пацієнтоорієнтовність. Реалізація цих заходів сприятиме зростанню довіри громадян до системи охорони здоров’я, залученню інвестицій, ефективному використанню ресурсів та позитивним змінам у регіоні. Це також стане важливим внеском у реформування медичної сфери України відповідно до європейських стандартів.

Обов’язкове медичне страхування може стати ефективним інструментом для вдосконалення надання медичних послуг у Запорізькому регіоні. Забезпечуючи фінансову стабільність медичних установ, обов’язкове медичне страхування сприятиме підвищенню якості обслуговування, прозорості та доступності медичних послуг для громадян, а також стимулює запровадження інновацій та оптимізацію управлінських процесів. Успішна реалізація цієї ініціативи значно покращить медичний сервіс у регіоні та сприятиме підвищенню рівня довіри до системи охорони здоров’я.

Організаційно-економічний механізм управління процесом медичного обслуговування є ключовим елементом, що визначає якість, доступність і

ефективність надання медичних послуг. Його удосконалення в умовах реформування охорони здоров’я має сприяти підвищенню прозорості, підзвітності та збалансованості функціонування системи. Механізм управління охороною здоров’я в Україні формується на трьох рівнях публічного управління – державному, регіональному та місцевому, кожен з яких інтегрує організаційні, економічні, регулятивно-правові, соціальні та інформаційно-аналітичні компоненти. На місцевому рівні важливу роль відіграють заклади охорони здоров’я, що є основними суб’єктами цього механізму. Покращення організаційно-економічного механізму вимагає: запровадження локальних клінічних протоколів, маршрутизації пацієнтів та стандартів медичної допомоги; оптимізації бізнес-процесів у медичних закладах, таких як формування пакетів послуг, ведення баз даних пацієнтів і постачальників; розробки ефективних механізмів укладання договорів із сімейними лікарями, підвищення їхньої кваліфікації та забезпечення належного технологічного обладнання; впровадження системи внутрішнього аудиту, яка оцінює організаційну, інноваційну та операційну діяльність закладів охорони здоров’я, а також якість надання послуг. Реалізація запропонованих заходів дозволить удосконалити роботу закладів охорони здоров’я, зменшити навантаження на вищі ланки медичного забезпечення та підвищити загальну якість послуг. Це сприятиме ефективному функціонуванню сучасної системи охорони здоров’я як на макро-, так і на мікрорівнях.

ВИСНОВКИ

Відповідно до поставлених у роботі завдань було отримано наступні висновки:

- розглянуто сутність система охорони здоров’я як об’єкт публічного управління, що дозволило дати основні дефініції, з’ясувати рівні, суб’єктів системи охорони здоров’я та підходи до побудови таких систем у світі. Характеристика функцій, які виконують окремі елементи системи охорони здоров’я різних рівнів дозволило визначити напрямки удосконалення надання послуг в медичних установах, зокрема підвищення якості послуг, орієнтація на пацієнтів та індивідуалізацію обслуговування, оптимізація мережі медичних закладів тощо;
- розглянуто сутність публічних послуг у сфері охорони здоров’я, що дозволило визначити економічний характер послуги та показати її відмінність від звичного трактування медичної допомоги. Систематизовано основні види медичних послуг, зокрема первинні, невідкладні, спеціалізовані тощо та дано характеристику кожного виду. Розглянуто систему механізмів публічного управління наданням послуг в сфері охорони здоров’я, яка, зокрема, включає фінансовий, правовий, нормативний, персоналізації послуг, інформатизації, управління лікарняними закладами та інші;
- проведено аналіз законодавчої бази публічного управління в сфері охорони здоров’я, що дозволило не лише визначити основні нормативно-правові акти, які регулюють питання надання медичних послуг, захисту прав пацієнтів, організації механізму регулювання та адміністрування закладів охорони здоров’я, але й визначити основні недоліки публічного управління медичної галузі, а також з’ясувати основні напрямки що потребують удосконалення, серед яких деталізація контроля, захист прав пацієнтів та інші;
- проведено дослідження стану медичної сфери Запорізького регіону, яке дозволило з’ясувати існуючи проблеми, сильні та слабкі сторони, зокрема

зменшення доступності медичних послуг для мешканців Запорізького району, прифронтових громад та інших громад, які знаходяться поза обласним центром, через скорочення лікарень, їх оптимізацію, руйнування та окупацію. Показано важливість медичного забезпечення населення та його вплив на рівень життя, а також бажання населення залишатися жити в регіоні, та вплив медичного обслуговування на основні демографічні показники. Здійснено порівняння державного та приватного сектору медичної сфери Запорізького регіону, на основі чого зроблено висновок про перевагу саме приватного сектору через більшу доступність, високу якість послуг, ступінь незалежності. Натомість заклади державної форми потребують удосконалення в управлінні та підходів до надання послуг. В цілому показано, що оскільки медична сфера містить, і державну, і приватну складові, які успішно працюють, населення регіону, особлива мешканці міста Запоріжжя забезпечені медичними послугами. При цьому, проблеми з медичним забезпеченням виникають у мешканців прифронтових громад;

- проведено аналіз факторів, які впливають на процес надання послуг в медичних установах регіону. Фактори згруповано в декілька груп: макросередовище, мікросередовище та внутрішнього середовища самих медичних закладів. Оцінку факторів, що впливають на процес надання медичних послуг здійснено за допомогою методу PEST-аналізу, в результаті чого з’ясовано інтенсивність та напрям впливу (позитивний – політичних, законодавчих, технологічних; негативний – економічних та соціальних). В результаті дослідження також окреслено коло проблем управління процесом медичного обслуговування в закладах регіону, зокрема окремі недоліки медичної реформи, скорочення чисельності медичних закладів державної та комунальної власності, скорочення чисельності лікарів, зменшення рівня доступності послуг у прифронтових громадах;
- здійснено аналіз існуючих проблем управління процесом медичного обслуговування в закладах охорони здоров’я регіону дозволило визначити основні групи проблем галузі, зокрема фінансування, рівень доступу до

системи охорони здоров’я, особливо в прифронтових громадах, нерозвиненість інфраструктури, відсутність чітких механізмів публічного управління закладами та процесом надання послуг, необхідність удосконалення нормативно-правової бази. Окремою групою проблем стоїть корупція в галузі медицини і необхідність адміністрування цієї проблеми як на місцевому, так і на державному рівнях. Значну проблему становить висока вартість якісних послуг і низька якість умовно безкоштовних послуг. В світовій практиці ця проблема вирішується страховою медициною, але в Україні даний механізм відсутній. Всі виділені проблеми потребують вирішення, зокрема і в площині публічного управління;

- запровадження концепції публічного управління в медичній сфері Запорізького регіону є необхідним кроком для забезпечення ефективності, прозорості та якості надання медичних послуг. Аналіз показав, що існуюча система охорони здоров’я стикається з численними викликами через демографічні зміни, наслідки воєнних дій та екологічні проблеми. За результатами проведених досліджень запропоновано такі заходи щодо удосконалення надання медичних послуг на основі концепції публічного управління: оптимізацію інфраструктури медичних закладів та цифровізацію послуг для підвищення їх доступності, підвищення прозорості через публічне звітування, моніторинг якості та стандартизацію медичних послуг, впровадження інновацій, як медичних, так і управлінських, підвищення кваліфікації медичного персоналу через освітні програми, системи мотивації та підтримку в складних умовах, забезпечення фінансової стійкості та пацієнтоорієнтовність. Реалізація цих заходів сприятиме зростанню довіри громадян до системи охорони здоров’я, залученню інвестицій, ефективному використанню ресурсів та позитивним змінам у регіоні. Це також стане важливим внеском у реформування медичної сфери України відповідно до європейських стандартів;

- обов’язкове медичне страхування може стати ефективним інструментом для вдосконалення надання медичних послуг у Запорізькому

регіоні. Забезпечуючи фінансову стабільність медичних установ, обов’язкове медичне страхування сприятиме підвищенню якості обслуговування, прозорості та доступності медичних послуг для громадян, а також стимулює запровадження інновацій та оптимізацію управлінських процесів. Успішна реалізація цієї ініціативи значно покращить медичний сервіс у регіоні та сприятиме підвищенню рівня довіри до системи охорони здоров’я;

- організаційно-економічний механізм управління процесом медичного обслуговування є ключовим елементом, що визначає якість, доступність і ефективність надання медичних послуг. Його удосконалення в умовах реформування охорони здоров’я має сприяти підвищенню прозорості, підзвітності та збалансованості функціонування системи. Механізм управління охороною здоров’я в Україні формується на трьох рівнях публічного управління – державному, регіональному та місцевому, кожен з яких інтегрує організаційні, економічні, регулятивно-правові, соціальні та інформаційно-аналітичні компоненти. На місцевому рівні важливу роль відіграють заклади охорони здоров’я, що є основними суб’єктами цього механізму. Покращення організаційно-економічного механізму вимагає: запровадження локальних клінічних протоколів, маршрутизації пацієнтів та стандартів медичної допомоги; оптимізації бізнес-процесів у медичних закладах, таких як формування пакетів послуг, ведення баз даних пацієнтів і постачальників; розробки ефективних механізмів укладання договорів із сімейними лікарями, підвищення їхньої кваліфікації та забезпечення належного технологічного обладнання; впровадження системи внутрішнього аудиту, яка оцінює організаційну, інноваційну та операційну діяльність закладів охорони здоров’я, а також якість надання послуг. Реалізація запропонованих заходів дозволить удосконалити роботу закладів охорони здоров’я, зменшити навантаження на вищі ланки медичного забезпечення та підвищити загальну якість послуг. Це сприятиме ефективному функціонуванню сучасної системи охорони здоров’я як на макро-, так і на мікрорівнях.

-

СПИСОК ВИКОРИТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Албул С. У минулому році кількість медиків в Україні скоротилась на 14%, - звіт Українського центру охорони здоров’я. Ресурс LB.ua. URL: https://lb.ua/society/2023/04/28/553393_minulomu_rotsi_kilkist_medikiv.html. (дата звернення 05.09.2024 р.).

2. Аніщенко М.А. Сфера охорони здоров’я як об’єкт публічного управління. *Публічне управління і адміністрування в Україні.* 2023. Вип.4. URL: http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/20614/1/%d0%a1%d1%84%d0%b5%d1%80%d0%b0%20%d0%be%d1%85%d0%be%d1%80%d0%be%d0%bd%d0%b8.pdf. (дата звернення 12.09.2024 р.).

3. Байбара І. В Запорізькій області за понад два роки від російських атак постраждало 55 медзакладів. Локатор медіа. URL: https://lokatormedia.online/v-zaporizkij-oblasti-za-ponad-dva-roky-vid-rosijskykh-atak-postrazhdalo-55-medzakladiv/(дата звернення 15.09.2024 р.).

4. Борщ В. І. Ринок охорони здоров‘я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. Том 19. Вип. 1 (44). 2020 р. С. 140. URL: http://rinek.onu.edu.ua/article/view/198360/201446. (дата звернення 15.09.2024 р.).

5. Величко О., Ткачук О., Серебряков М. 100 корупційних схем в регіонах України. 2020. URL: https://www.rpk.org.ua/wp-content/uploads/2020/12/as-100-schemes-2-1.pdf (дата звернення 04.10.2024 р.).

6. Вовк С. М., Половян Н. С., Вовк Т. В. Особливості трансформації механізмів управління якістю надання медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 3. С. 33–37.

7. Гавриченко Д. Г., Козирєва О. В., Попова Т. О., Сергієнко Л. В. Механізм фінансування охорони здоров’я України в умовах трансформації. *Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії і практики*. 2022. № 1. С.

125–133. URL: https://fkd. net.ua/index.php/fkd/article/view/3674/3467/ (дата звернення 22.10.2024 р.).

8. Гавриченко Д. Г. Нормативно-правовий механізм забезпечення розвитку охорони здоров'я України. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія «Публічне управління та адміністрування»*. 2022. Т. 33. № 2. С. 22–28.

9. Галіч М., Топольник Ю. Четвертий етап медичної реформи на Запоріжжі: що зміниться. Суспільне Запоріжжя. 9 січня 2023 р. URL: https://suspilne.media/zaporizhzhia/355126-cetvertij-etap-medicnoi-reformi-na-zaporizzi-so-zminitsa/ (дата звернення 05.09.2024 р.).

10. Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе. Европейское совещание по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994 г. URL: https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Patients_rights_WHO.pdf. (дата звернення 03.11.2024 р.).

11. Дубінський С.В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. *Європейський вектор економічного розвитку*. 2016. № 1 (20). С.51-59.

12. Загальна декларація прав людини: Міжнародний документ від 10.12.1948 р. *Офіційний вісник України*. 2008. № 93. Ст. 89.

13. Звіт DRC щодо моніторингу потреб у соціально-правовому захисті в Україні. URL: https://pro.drc.ngo/media/xl0cj31j/drc-qpmr_october-december-2023_ua.pdf. (дата звернення 24.10.2024 р.).

14. Капацін Ю. Первинна медична допомога: правила функціонування та вимоги до надавача медпослуг. Медична справа. Платформа Медзаклад. URL: https://medplatforma.com.ua/article/1414-pervinna-medichna-dopomoga-pravila-funktsionuvannya-ta-vimogi-do-nadavacha-medposlug. (дата звернення 16.09.2024 р.).

15. Козачеко Г.В., Сологуб О.В. Механізм публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні: стан і системотворення. *Бізнес-Інформ*. 2024. №2. URL: https://www.business-inform.net/export_pdf/business-inform-2024-2_0-pages-36_46.pdf. (дата звернення 05.11.2024 р.).

16. Конституція України. 254к/96-ВР. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text. (дата звернення 24.09.2024 р.).

17. Корупція в Україні 2022: розуміння, сприйняття, поширеність. 2022. URL: https://nazk.gov.ua/wp-content/uploads/2023/04/1f23b766-e031-4c3f-81a4-0167b4f93116.pdf. (дата звернення 08.11.2024 р.).

18. Кращі практики управління медичним закладом. Посібник на основі матеріалів онлайн курсу / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021. URL: https://миколаїв-5.пмсд.укр/wp-content/uploads/2021/12/manual-best-practices_web_compressed.pdf. (дата звернення 13.10.2024 р.).

19. Кузьменко Г.О. Проблеми реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в україні. *Публічне урядування*. 2 (30). С. 47-54. https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-2(30)-6. (дата звернення 22.10.2024 р.).

20. Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Борвінко Е.В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра.* 2013. №4 (61). С. 99-105.

21. Логвиненко Б. Основні функції публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні. *Національний юридичний журнал: теорія і практика*. Грудень, 2017. С. 55–58.

22. Марова С.Ф., Вовк С.М. Медична послуга як товар медичного ринку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 4. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1056. (дата звернення 10.10.2024 р.).

23. Медична реформа. Офіційний сайт Запорізької міської ради. URL: https://zp.gov.ua/uk/page/medichna-reforma (дата звернення 05.09.2024 р.).

24. Медичні установи Запорізької області. Каталог компаній. Медичні заклади України. URL:

https://catalog.youcontrol.market/medychni-zaklady/zaporizka-oblast (дата звернення 05.09.2024 р.).

25. Мережа закладів охорони здоров’я Запорізької області. Офіційний сайт Департаменту охорони здоров’я Запорізької обласної державної адміністрації. URL: https://doz.zoda.gov.ua/zakladi/91-zoz/1128-merezha-1-kv-2016 (дата звернення 05.09.2024 р.).

26. Мережа закладів охорони здоров’я Запорізької області 2020 р. Комунальна установа «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Запорізької області. URL: http://surl.li/pymggf (дата звернення 05.09.2024 р.)

27. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права: Міжнародний документ від 16.12.1966 р.

28. Модернізація менеджменту системи охорони здоров’я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль, Кам’янець–Подільський, 12–13 грудня 2018 року. URL: http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf / (дата звернення 20.09.2024 р.).

29. На Запоріжжі майже 80 лікарень працюють на тимчасово окупованій території — Національна служба здоров'я. *Суспільне Запоріжжя*. URL: https://suspilne.media/zaporizhzhia/281786-na-zaporizzi-majze-80-likaren-pracuut-na-timcasovo-okupovanij-teritorii-nacionalna-sluzba-zdorova. (дата звернення 05.09.2024 р.)

30. Назаренко С.О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров’я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf. (дата звернення 10.10.2024 р.).

31. Населення України. Запорізька область. Інформаційний портал Мінфін. URL: https://index.minfin.com.ua/ua/reference/people/zaporozhskaya/ (дата звернення 05.09.2024 р.).

32. Неугодніков А. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров’я. *Юридичний вісник*. 2019. №3. URL: http://yurvisnyk.in.ua/v3_2019/12.pdf. (дата звернення 15.10.2024 р.).

33. Нонко В. Іноземний досвід медичного лікування. URL: https://forinsurer.com/public/02/12/12/155. (дата звернення 26.09.2024 р.).

34. Орзіх М. Ф. Особистість і право: монографія. Одеса: Юридична література, 2005. 312 с.

35. Основи законодавства України про охорону здоров’я Закон України від 19.11.1992. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12. (дата звернення 12.10.2024 р.).

36. Показники здоров’я населення та використання ресурсів охорони здоров’я Запорізької області. Департамент охорони здоров’я Запорізької обласної державної адміністрації. 2021 р. URL: http://surl.li/nqyosi (дата звернення 05.09.2024 р.)

37. Положення про Міжвідомчу координаційну раду при Міністерстві охорони здоров’я з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров’я: постанова Кабінету Міністрів України від 22.03.2000 № 536. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5362000-%D0%BF#Text (дата звернення 05.09.2024 р.).

38. Поя А. Корупція і дорогі ліки: українці назвали основні проблеми в галузі охорони здоров’я. *Українська правда*. 11 вересня 2023 р. URL: https://life.pravda.com.ua/health/2023/09/11/256485/. (дата звернення 22.10.2024 р.).

39. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України № 294-IX від 14.11.2019 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text (дата звернення 10.09.2024 р.)

40. Про внесення змін до Програми «Охорона здоров’я міста Запоріжжя на період 2022-2024 роки», затвердженої рішенням міської ради від 22.12.2021 №41» (зі змінами): Рішення Запорізької міської влади №34 від 22.12.2023 р. URL: https://zp.gov.ua/documents/123856-pro-vnesennia-zmin-do-programi-

oxorona-zdorovia-mista-zaporizzia-na-period-2022-2024-roki-zatverdzenoyi-risenniam-miskoyi (дата звернення 10.09.2024 р.).

41. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: Наказ Мінестерства охорони здоров'я України №503 від 21.03.2018 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text (дата звернення 10.09.2024 р.).

42. Про затвердження Програми «Охорона здоров'я міста Запоріжжя на період 2019-2021 роки»: Рішення Запорізької міської ради № 32 від 19.12.2018 р. URL: https://zp.gov.ua/uk/documents/item/34059 (дата звернення 10.09.2024 р.).

43. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України. Поточна редакція від 20.10.2019. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text. (дата звернення 17.10.2024 р.).

44. Про особливості надання публічних (електронних публічних) послуг : Закон України від 02.09.2024 № 1689-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1689-20#Text. (дата звернення 17.10.2024 р.).

45. Пуліна Т. В. Аналіз методів внутрішнього аудиту для оцінювання системи управління якістю в органах влади. *Бізнес Інформ: науковий журнал*. 2017. № 8. С. 259–264.

46. Пуліна Т.В. Маляренко Я.А. Маркетингові технології у сфері охорони здоров'я. *Вчені записки Університету "КРОК"*. 2020. №4(60). С. 23-27.

47. Регіональні профілі громадського здоров'я. Центр громадського здоров'я. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/PHC_profili_regioniv_Zaporizjka_2021.pdf (дата звернення 10.09.2024 р.).

48. Реформування медицини – важливе питання для міста. Офіційний сайт Запорізької міської ради. URL: https://zp.gov.ua/news/142039-reformuvannia-medicini-vazlive-pitannia-dlia-mista (дата звернення 05.09.2024 р.).

49. Решота Н. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. Інформаційний портал InGenius. Блог. URL:

https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny. (дата звернення 18.10.2024 р.).

50. Система охорони здоров'я та медичного страхування Ізраїлю. Insurance TOP. URL: https://insurancetop.com/markets/5. (дата звернення 28.10.2024 р.).

51. Список компаній за виручкою у 2023 році. Каталог компаній України. Медичні заклади. URL: https://catalog.youcontrol.market/medychni-zaklady/zaporizka-oblast (дата звернення 23.09.2024 р.)

52. Стратегія розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf. (дата звернення 14.11.2024 р.).

53. Сурай І.Г., Цап В.І. Формування місцевої програми як механізм посилення сектору громадського здоров’я в територіальній громаді. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2024. № 6. DOI: http://doi.org/10.32702/2307-2156.2024.6.6. (дата звернення 30.10.2024 р.).

54. Схема системи охорони здоров'я в Україні. Науковий репозитарій Тернопольського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського. URL: https://repository.tdmu.edu.ua/handle/1/9905. (дата звернення 16.10.2024 р.).

55. Трансформація системи. Міністерство Охорони здоров’я України. URL: https://moz.gov.ua/uk/plan-reform (дата звернення 05.09.2024 р.).

56. Устимчук О. В. Аналіз нормативно-правових засад регулювання сфери надання медичних послуг в Україні. Аспекти публічного правління. 2018. Т. 6. № 10. С. 5–13.

57. Філіпова Н. Аналіз системи фінансування охорони здоров’я в Україні. Проблеми і перспективи економіки та управління. 2021. № 1. С. 151–158. DOI: https://doi.org/10.25140/2411-5215-20211(25)-151-158. (дата звернення 22.10.2024 р.).

58. Цивільний кодекс України: Відомості Верховної Ради України, 2003, NoNo 40-44, ст.356.

59. Черніховський Р.І. Публічне управління в сфері охорони здоровя та засоби його покращення. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права.* 2023. Вип. 6. С. 277-282. URL: https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/551/499. (дата звернення 05.09.2024 р.).

60. Borshch V., Rudinska O., Rogachevskyi O., Martyniuk O., Kusyk N., Huz D. Strategic health care management: Challenges and realities of emergencies. Economic Affairs. 2022. No 67(4s). P. 851–857. URL: https://www.proquest.com/openview/f6968f98f03b1ce72a1bc45abeb6efce/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032164/ (дата звернення 05.09.2024 р.).

ДОДАТКИ

Додаток А

Перелік нормативно-правових актів, що регулюють публічне управління в сфері охорони здоров’я

1	Конституція України
2	Цивільний кодекс України
3	Кодекс законів про працю України
4	Бюджетний кодекс України
5	Податковий кодекс України
6	Закон України «Основи законодавства про охорону здоров’я»
7	Закон України «Про наукову та науково-технічну діяльність»
8	Закон України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності»
9	Закон України «Про інноваційну діяльність»
10	Закон України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні»
11	Закон України «Про Державний бюджет України на 2024 рік»
12	Закон України «Про державну службу»
13	Закон України «Про здійснення державних закупівель»
14	Закон України «Про запобігання корупції”
15	Закон України «Про стандартизацію»
16	Закон України «Про інформацію», «Про доступ до публічної інформації»
17	Закон України «Про вищу освіту»
18	Закон України «Про звернення громадян»
19	Закон України «Про захист прав споживачів»
20	Закон України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»
21	Закон України «Про подолання туберкульозу в Україні»
22	Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»
23	Закон України «Про захист персональних даних»
24	Закон України «Про лікарські засоби»
25	Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори»
26	Закон України «Про екстрену медичну допомогу»
27	Закон України «Про Національну програму інформатизації»
28	Закон України «Про колективні договори і угоди»
29	Закон України «Про заходи щодо законодавчого забезпечення реформування пенсійної системи»
30	Закон України «Про відпустки»
31	Указ Президента України від 15.06.1992 (п.1 ч.1) «Про Клятву лікаря»
32	Закон України «Основи законодавства України про загальнообов’язкове державне соціальне страхування» (зі змінами)
33	Постанова КМ України від 29 квітня 2015 р. № 266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти”
3	Постанова КМ України від 29.04.2015 р. № 266 «Про затвердження переліку галузей знань і

4	спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти»
35	Постанова КМ України від 11.07.2002 № 955 «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги»
36	Закон України “Про метрологію та метрологічну діяльність”
37	Постанова КМ України від 11 .01. 2018 р. № 13 «Про затвердження Порядку формування тематики наукових досліджень і науково-технічних (експериментальних) розробок, що фінансуються за рахунок коштів державного бюджету, та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України»
38	Постанова КМУ від 20.02.2002 № 228 «Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ» (зі змінами)
39	Постанова КМУ від 30.08.2002 № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери » (зі змінами)
40	Постанова КМУ від 29.12.2009 № 1418 «Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років медичним та фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів охорони здоров’я» (зі змінами)
41	Постанова КМУ від 11.05.2011 № 524 «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери»
42	Постанова КМУ від 11 жовтня 2016 р. № 710 «Про ефективне використання державних коштів”
43	Постанова КМ України від 25 квітня 2018 «Деякі питання електронної системи охорони здоров’я»
44	Постанова КМ України від 15.07.1997 № 765 « Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров’я» (зі змінами)
45	Постанова КМ України від 24 січня 2023 р. № 68 «Про затвердження технічного опису, зразка бланка, форм заяв для отримання, внесення змін та продовження строку дії дозволу на застосування праці іноземців та осіб без громадянства в Україні»
46	Постанова КМ України від 24 червня 2016 р. № 461 «Про затвердження списків виробництв, робіт, професій, посад і показників, зайнятість в яких дає право на пенсію за віком на пільгових умовах»
47	Постанова КМ України від 21.02.2001 № 163 «Про затвердження Переліку виробництв, цехів, професій і посад із шкідливими умовами праці, робота в яких дає право на скорочену тривалість робочого тижня»
48	Постанова КМ України від 02.08.1995 № 597 «Про Типову форму контракту з керівником підприємства, що є у державній власності»
49	Постанова КМ України від 10 травня 2022 р. № 577 «Про затвердження переліку медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи або оточуючих»
50	Розпорядження КМ України від 10.07.2006 № 393-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007-2016 роки»
51	Постанова КМ України від 12.08.2009 № 869 «Про затвердження загальних вимог до програмних продуктів, які закуповуються та створюються на замовлення державних органів»
52	Лист Державної митної служби України 09.06.2005 N 11/5-18/6719-ЕП “Про Перелік продукції, що підлягає обов’язковій сертифікації в Україні»
53	Про затвердження плану заходів на 2021-2023 роки з реалізації Стратегії розвитку сфери інноваційної діяльності на період до 2030 року від 9 грудня 2021 р. № 1687-р
54	Наказ МОН України від 27.10.2008 № 977 «Про затвердження Порядку державної реєстрації та обліку відкритих науково-дослідних, дослідно-конструкторських робіт і дисертацій»
55	Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження матеріально – технічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі МОЗ»
56	Наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 11.01.2012 № 10 «Про затвердження Порядку надання відомостей про основні результати наукової, науково-технічної , інноваційної діяльності у сфері трансферу технологій»
57	Наказ Міністерства освіти і науки України від 23.09.2019 № 1220 «Про опублікування результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук»
58	Наказ МОЗ України від 23.09.2009 № 690 «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики»
59	Наказ МОЗ України від 28.10 2002 № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров’я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров’я» (зі змінами)
6	Наказ МОЗ України від 22.06.2021 № 1254 «Про затвердження Положення про інтернатуру”

0	
61	Наказ МОЗ України від 10.11.2022 № 2016 «Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства»
62	Наказ МОЗ України від 10.11.2022 № 2016 «Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства»
63	Наказ МОЗ України від 23.11.2007 № 742 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою»
64	Наказ Міністерства праці і соціальної політики України та Міністерства освіти і науки України від 26.03.2001 № 127/151 «Про затвердження Положення про професійне навчання кадрів на виробництві» (зі змінами)
65	Наказ МОЗ України від 07.07.2009 № 484 «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах»
66	Наказ МОЗ України від 02.03.2009 № 132 «Про організацію навчання окремих категорій немедичних працівників навичкам надання першої невідкладної медичної допомоги»
67	Наказ МОЗ України від 04.08.2021 № 1627 «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти»
68	Наказ МОЗ України від 28.04.2009 № 283 «Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги»
69	Наказ МОЗ України від 18.03.2005 № 120 «Про організацію навчання медичних і немедичних працівників з надання медичної допомоги в екстрених ситуаціях»
70	Наказ МОЗ України від 24.04.2008 № 230 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 07.12.1998 № 346 «Про затвердження Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичному) закладах (факультетах) післядипломної освіти»
71	Наказ МОЗ України від 14.03.2011 № 142 «СТАНДАРТИ акредитації закладів охорони здоров’я»
73	Спільний наказ Мінпраці та МОЗ України від 05.10.2005 № 308/519 (із змінами) «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров’я та установ соціального захисту населення»
74	Наказ Міністерства освіти і науки України від 26.09.2005 № 557 «Про впорядкування умов оплати праці та затвердження схем тарифних розрядів працівників навчальних закладів,установ освіти та наукових установ» (зі змінами)
75	Наказ Міністерства фінансів України від 28.01.2002 № 57 «Про затвердження документів, що застосовуються в процесі виконання бюджету» (зі змінами)
76	Наказ МОЗ України від 25.05.2006 № 319 «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров’я» (зі змінами)
77	Наказ Міністерства фінансів України від 21.06.2012 № 754 «Про внесення змін до Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету»
78	Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників випуск 1 (розділ 1,2) Міністерства праці та соціальної політики України ДК 003:2010
79	Наказ Державного комітету з питань технічного регулювання та споживчої політики від 11.10.2010 № 457 «Про затвердження та скасування національних класифікаторів» (Державного класифікатора продукції та послуг ДК 016-2010)
80	Наказ МОЗ України від 30.12.2013 № 1163 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров’я України від 10 лютого 2011 року № 80»
81	Наказ МОЗ України від 08.10.2012 № 786 «Про визначення головної організації у сфері розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, проектів нормативних актів щодо медичного, в тому числі фармацевтичного, обслуговування та фармаконагляду»
82	Наказ МОЗ України від 01.06.2023 № 1003 «Про затвердження документів з питань забезпечення якості лікарських засобів”
83	Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров’я в Україні на період до 2020 року»
84	Наказ МОЗ України від 10.10.2011 № 653 «Про затвердження Плану заходів на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров’я в Україні на період до 2020 року»
85	Наказ МОЗ України від 26.03.2009 № 189 «Про Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги» (зі змінами)
86	Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги»
8	Методичні рекомендації щодо порядку проведення аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої)

7	медичної допомоги, затверджені Наказом МОЗ України від 17.08.2012 № 637
88	Наказ МОЗ України від 13.11.2001 № 455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян» (зі змінами)
89	Наказ МОЗ України від 09.04.2008 № 189 «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності»