

КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ШИШКА ІГОР ВАСИЛЬОВИЧ

УДК 33.338.4

ДИСЕРТАЦІЯ
КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ
ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Спеціальність 08.00.03 – Економіка та управління національним
господарством

Подається на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ І.В. Шишка

Запоріжжя – 2024

АНОТАЦІЯ

Шишка І.В. Концептуальні основи формування стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук за спеціальністю 08.00.03 – економіка та управління національним господарством. – Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2024.

У дисертації обґрунтовано концептуальні основи формування стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я. Об'єктом дослідження є процес формування стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я. Предметом дослідження є теоретико-методологічні й концептуальні основи формування стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я.

Виокремлено основні цілі і функції системи охорони здоров'я, які є інтегрованим результатом функціонування її складових елементів. Проаналізовано основні показники діяльності системи охорони здоров'я за період 2018-2022 років, які засвідчили, що українська система охорони здоров'я все ще має ознаки моделі Семашка і не відповідає сучасним вимогам щодо необхідності застосування високовартісних медичних технологій та не спроможна забезпечити надання медичних послуг високої якості.

На основі морфологічного аналізу визначено сутність дефініції «механізм стратегічного управління сферою охорони здоров'я» як сукупності процесів, прийомів, методів, підходів, здійснення певних дій з метою досягнення довгострокових цілей її інноваційного розвитку галузі з урахуванням загальновизнаних пріоритетів, дотриманням основних принципів стратегічного планування, раціонального використання наявного потенціалу галузі, врахуванням впливу чинників її зовнішнього і внутрішнього її середовища. Серед основних складових елементів зазначеного механізму виокремлено інституціональне, інформаційне, науково-методичне, організаційне і ресурсне забезпечення довгострокового інноваційного розвитку галузі.

У результаті проведення SWOT-аналізу виявлено десять суттєвих зовнішніх загроз і шість можливостей, а також десять слабких і дев'ять сильних сторін внутрішнього середовища. У результаті проведення PEST-аналізу визначено, що готовність сфери охорони здоров'я до реагування на прогнозований вплив чинників зовнішнього середовища опосередкованої дії відповідає середньому рівню. На основі результатів SWOT-аналізу запропоновано у якості основних стратегій розвитку сфери охорони здоров'я України обрати стратегії відновлення, реструктуризації та реінжинірингу.

Аналіз фундаментальних і специфічних ризиків стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я на основі експертних оцінок дозволив узагальнити, що станом на 2023 рік найбільшу загрозу становили соціально-політичні, кадрові і виробничо-фінансові ризики, при цьому ризики перших двох груп мають тенденцію до зростання протягом найближчих двох років. Розроблено заходи мінімізації ризиків стратегічного розвитку галузі.

Зазначено, що сектор охорони здоров'я як складова світової економіки трансформується і вдосконалюється під впливом глобалізаційних і інформатизаційних процесів, а також під впливом специфічних чинників. На основі аналізу звітів фахівців міжнародних організацій та розробників програмних продуктів узагальнено певні тенденції розвитку сектору охорони здоров'я, що сформувалися під впливом пандемії COVID-19.

Під час дослідження класифіковано найбільш суттєві глобалізаційні тенденції світового ринку медичних послуг. Виокремлено позитивні і негативні прояви глобалізації. Запропоновано заходи мінімізації глобалізаційних ризиків. Виокремлено форми міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я на основі узагальнення підходів до їх класифікації. Проаналізовано результативність міжнародної співпраці України у сфері охорони здоров'я. Визначено проблеми і позитивні результати міжнародного співробітництва України у сфері охорони здоров'я.

Проаналізовано звітні дані НСЗУ та дайджести змін у системі охорони здоров'я за період 2018-2022 років. Отримані результати співставлено з

оцінками експертів ВООЗ, фахівців освітньої, медичної, інформаційно-технологічної галузей, керівників громадських організацій та пацієнтів.

Проаналізовано зміст розділів «Стратегії регіонального розвитку до 2020 року», Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», що стосуються розвитку системи охорони здоров'я, а також Стратегії сектору «Охорона здоров'я» (базовий рівень), розміщеної на сайті Асоціації міст України. Проаналізовано інформацію, надану у моніторингових звітах щодо реалізації зазначених стратегій. У якості стратегічної програми для аналізу обрано «Середньостроковий план пріоритетних дій Уряду до 2020 року» та щорічні звіти Уряду для оцінки її результативності.

Виявлено відсутність відповідності між цілями і завданнями обраних для аналізу стратегій і стратегічної програми, між стратегіями і звітами про їх реалізацію, між цілями стратегічної програми і звітними показниками, між запланованими діями і фактичними заходами реформування галузі, що виконували у цей період часу МОЗ і НСЗУ. Надано оцінку результативності виконання стратегічних завдань. Запропоновано напрями удосконалення процесів стратегічного планування розвитку галузі.

Проаналізовано зміст проектів «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» від 23 лютого 2022 року і від 13 лютого 2023 року. Визначено основні відмінності зазначених документів. Визначено, що 33% завдань дублюють зміст інших або мають популістичний характер, 9% завдань є суперечливими; ступінь опрацювання питань, що стосуються фінансування реалізації оперативних заходів, є недостатньою; аналіз ризиків реалізації Стратегії та заходів з їх мінімізації відсутній.

Визначено, що 50% завдань «Концепції розвитку електронної охорони здоров'я», затвердженої у 2020 році, не виконано, 36% завдань виконано частково і лише 24% завдань виконані в достатньому обсязі. З'ясовано, що вирішенню проблем заважає визначення у якості єдиного джерела фінансування коштів технічної допомоги міжнародних установ, організацій та іноземних країн та відсутність заходів з мінімізації можливих ризиків

реалізації стратегії.

У якості концептуальних основ формування стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я запропоновано використовувати: результати SWOT-аналізу, які обґрунтовують доцільність застосування стратегій відновлення, реструктуризації і реінжинірингу; результати аналізу світових тенденцій розвитку сектору охорони здоров'я (зростання попиту на отримання допомоги поза лікарнями, дефіцит і виснаження медичних працівників, погіршення психічного здоров'я, підвищення ролі особистісних стосунків між пацієнтом і лікарем, зростання попиту на доступне та безпечне лікування, дистанційний моніторинг та взаємодія між установами охорони здоров'я, зростання масштабів застосування мобільних додатків і інформаційних технологій); результати ідентифікації і оцінки впливу фундаментальних і специфічних ризиків; визначені МОЗ ключові цінності і керівні принципи реформування галузі.

У якості стратегічних цілей розвитку сфери охорони здоров'я визначено подальше реформування галузі, забезпечення євроінтеграції і повоєнна відбудова. У межах кожної цілі розроблено тактичні цілі економічного розвитку. Запропоновано заходи досягнення зазначених тактичних цілей.

З метою оцінки сформованих у національній економіці умов для запровадження бюджетно-страхової моделі обов'язкового медичного страхування проаналізовано текст двох законопроектів. Визначено, що у затвердженій МОЗ «Дорожній карті впровадження медичного страхування» виокремлено цілі щодо розвитку лише додаткового (добровільного) медичного страхування, досягнення яких потребує створення відповідних макроекономічних і правових умов. Складено програму запровадження бюджетно-ринкової моделі медичного страхування в Україні, що дозволило визначити тривалість реалізації деяких її етапів. Розглянуто перспективні механізми збільшення обсягів фінансування сфери охорони здоров'я у короткостроковій перспективі.

На основі програмного підходу обґрунтовано, що кінцеві терміни

запровадження моделі медичного страхування на основі бюджетного фінансування і добровільного медичного страхування на даний час передбачити не можливо, оскільки основним підґрунтям ефективного функціонування зазначеної моделі є забезпечення зростання ВВП, яке, у свою чергу, доволі складно прогнозувати в умовах післявоєнної відбудови національної економіки з огляду на наявність чисельних чинників впливу і ризику. Зазначено найбільш досяжні механізми удосконалення фінансування сфери охорони здоров'я у короткостроковій перспективі.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що окремі положення, висновки та пропозиції можуть бути використані у науково-дослідній діяльності за темами «Розвиток національної економіки в контексті сучасної економічної теорії» (Державний реєстраційний номер: 0122U001739) та «Стратегія економічного розвитку в контексті залучення смарт технологій прийняття рішень» (Державний реєстраційний номер: 0121U111281) в частині удосконалення процесу стратегічного управління функціонуванням сфери охорони здоров'я, а також у навчальному процесі для розробки складових навчальних дисциплін циклу професійної підготовки здобувачів вищої освіти.

Ключові слова: сфера охорони здоров'я, формування стратегії економічного розвитку, механізм забезпечення досягнення стратегічних цілей розвитку, бюджетно-ринкова модель медичного страхування, фундаментальні і специфічні ризики, фінансування сфери охорони здоров'я, е-здоров'я

ABSTRACT

Shishka I.V. Conceptual foundations of the formation of a strategy for the economic development of the health care sector. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Economic Sciences, specialty 08.00.03 – Economics and management of the national economy. – Classical private university, Zaporizhzhia, 2024.

The dissertation substantiates the conceptual foundations of the formation of

a strategy for the economic development of the health care sector. The object of the study is the process of forming a strategy for the economic development of the health care sector. The subject of the study is the theoretical-methodological and conceptual basis of forming a strategy for the economic development of the health care sector.

The main goals and functions of the health care system, which are the integrated result of the functioning of its constituent elements, are highlighted. The main indicators of the health care system for the period 2010-2019 were analyzed, which proved that the Ukrainian health care system still has the features of the Semashka model and does not meet modern requirements regarding the need to use high-value medical technologies and is unable to ensure the provision of medical services high quality.

On the basis of morphological analysis, the essence of the definition "mechanism of strategic management in the field of health care" is defined as a set of processes, techniques, methods, approaches, the implementation of certain actions in order to achieve the long-term goals of its innovative development of the industry taking into account generally recognized priorities, observing the main principles of strategic planning, rational use of the available potential of the industry, taking into account the influence of factors of its external and internal environment. Institutional, informational, scientific-methodical, organizational and resource support for long-term innovative development of the industry is singled out among the main constituent elements of the specified mechanism.

The SWOT analysis revealed ten significant external threats and six opportunities, as well as ten weaknesses and nine strengths of the internal environment. As a result of the PEST analysis, it was determined that the readiness of the health care sector to respond to the predicted impact of indirect environmental factors corresponds to the average level. Based on the results of the SWOT analysis, it is proposed to choose recovery, restructuring and reengineering strategies as the main strategies for the development of the health care sector of Ukraine.

The analysis of fundamental and specific risks of the strategic development of

the health care sector based on expert assessments made it possible to generalize that as of 2023, the biggest threat is socio-political, personnel, and production-financial risks, while the risks of the first two groups have a tendency to grow in the coming years. Measures have been developed to minimize the risks of the strategic development of the industry.

It is noted that the healthcare sector as a component of the world economy is being transformed and improved under the influence of globalization and informatization processes, as well as under the influence of specific factors. Based on the analysis of the reports of experts of the World Economic Forum, experts of the American Hospital Association, the National Management and Technology Consulting Firm "West Monroe", the consulting firms "Precedence Research Healthcare IT Market", "Deloitte", the International Independent Expert on the Quality of Informatization of Medical Care, software developers HIMSS products and software developers certain trends in the development of the health care sector, formed under the influence of the COVID-19 pandemic, are summarized.

During the study, the most significant globalization trends of the world market of medical services were classified. Positive and negative manifestations of globalization are singled out. Measures to minimize globalization risks are proposed. Forms of international cooperation in the field of health care are singled out based on the generalization of approaches to their classification. The effectiveness of Ukraine's international cooperation in the field of health care was analyzed. The problems and positive results of Ukraine's international cooperation in the field of health care are identified.

The report data of the National Health Service and digests of changes in the health care system for the period 2018-2022 were analyzed. The obtained results were compared with the evaluations of WHO experts, specialists in the educational, medical, information and technology fields, heads of public organizations and patients.

The contents of the sections "Strategies of Regional Development until 2020", Sustainable Development Strategy "Ukraine-2020", related to the development of

the health care system, as well as the Strategy of the "Health Care" sector (basic level), posted on the website of the Association of Cities, were analyzed of Ukraine. The information provided in the monitoring reports regarding the implementation of the specified strategies was analyzed. As a strategic program for analysis, the "Medium-term plan of priority actions of the Government until 2020" and the annual reports of the Government to evaluate its effectiveness were chosen.

The lack of correspondence between the goals and objectives of the strategies selected for the analysis and the strategic program, between the strategies and reports on their implementation, between the goals of the strategic program and the reporting indicators, between the planned actions and the actual measures of reforming the industry performed by the Ministry of Health and the National Health Service during this period of time was revealed. An assessment of the performance of strategic tasks is provided. Directions for improving the processes of strategic planning of the development of the industry are proposed.

The content of the projects "Strategies for the development of the health care system until 2030" from February 23, 2022 and from February 13, 2023 was analyzed. The main differences of the specified documents are determined. It was determined that 33% of tasks duplicate the content of others or have a populist character, 9% of tasks are contradictory; the degree of processing of issues related to financing the implementation of operational measures is insufficient; there is no analysis of the risks of implementing the Strategy and measures to minimize them.

It was determined that 50% of the tasks of the "Concept for the Development of Electronic Healthcare" approved in 2020 have not been completed, 36% of the tasks have been partially completed, and only 24% of the tasks have been completed to a sufficient extent. It was found that the solution of problems is hindered by the identification as the only source of financing of technical assistance funds of international institutions, organizations and foreign countries and the lack of measures to minimize possible risks of strategy implementation.

It is proposed to use the following as the conceptual basis for the formation of a strategy for the economic development of the health care sector: the results of a

SWOT analysis, which substantiate the expediency of applying recovery, restructuring and reengineering strategies; the results of the analysis of global trends in the development of the health care sector (increasing demand for care outside hospitals, shortage and exhaustion of medical workers, deteriorating mental health, increasing the role of personal relationships between the patient and the doctor, increasing demand for affordable and safe treatment, remote monitoring and interaction between health care institutions, increasing use of mobile applications and information technologies); the results of identification and assessment of the impact of fundamental and specific risks; the key values and guiding principles of industry reform are defined by the Ministry of Health.

Further reform of the sector, ensuring European integration and post-war reconstruction have been identified as strategic goals for the development of the health care sector. Within each goal, tactical goals of economic development have been developed. Measures to achieve the specified tactical goals are proposed.

In order to assess the conditions created in the national economy for the introduction of the budget-insurance model of mandatory health insurance, the text of two draft laws was analyzed. It was determined that the "Road map for the implementation of health insurance" approved by the Ministry of Health identified goals for the development of only additional (voluntary) health insurance, the achievement of which requires the creation of appropriate macroeconomic and legal conditions. A program for the introduction of the budget-market model of health insurance in Ukraine was drawn up, which allowed to determine the duration of the implementation of some of its stages. Prospective mechanisms for increasing the funding of the health care sector in the short term are considered.

Based on the programmatic approach, it is substantiated that the deadlines for the introduction of the health insurance model based on budget financing and voluntary health insurance cannot be predicted at the moment, since the main basis for the effective functioning of the mentioned model is the provision of GDP growth, which, in turn, is quite difficult to predict in the conditions of the post-war reconstruction of the national economy, given the presence of numerous factors of

influence and risk. The most achievable mechanism for improving the financing of the health care sector in the short term is indicated.

The practical significance of the obtained results is that certain provisions, conclusions and proposals can be used in research activities on the topics "Development of the national economy in the context of modern economic theory" (State registration number: 0122U001739) and "Strategy of economic development in the context of the involvement of smart decision-making technologies" (State registration number: 0121U111281) in terms of improving the process of strategic management of the functioning of the health care sector, as well as in the educational process for the development of component educational disciplines of the cycle of professional training of higher education applicants.

Keywords: the field of health care, the formation of an economic development strategy, the mechanism for ensuring the achievement of strategic development goals, the budget-market model of medical insurance, fundamental and specific risks, financing the field of health care, e-health.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА:

1. Статті у закордонних виданнях, що включені до міжнародних наукометричних баз даних Scopus та Web of Science:

1. Mashchenko O., Serhieieva L., Shyshka I. Analysis of trends in the development of the pharmaceutical market of Ukraine in 2007-2021. *Baltic Journal of Economic Studies*. 2023. Vol. 9. № 3. P. 145-150. DOI: <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2023-9-3-145-150>. URL:

<http://www.baltijapublishing.lv/index.php/issue/article/view/2139/2144>.

2. Shyshka I., Shalbayeva Sh. Strategy selection of healthcare sector development and risk management of its implementation. *Economics Ecology Socium*. 2023. Vol. 7. № 3. P. 77-90. DOI: 10.31520/2616-7107/2023.7.3-7. URL: <https://ees-journal.com/index.php/journal/article/view/229/190>.

3. Shyshka I., Mashchenko O., Tomareva V. Theoretical and methodological foundations of the healthcare system of Ukraine. *Baltic Journal of Economic Studies*. 2023. Vol. 9. № 3. P. 253-261. DOI: <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2023-9-4-253-261>. URL: <http://www.baltijapublishing.lv/index.php/issue/article/view/2224/2223>.

2. Статті у наукових періодичних виданнях України:

4. Шишка І.В. Формат і основні напрями міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я. *Науково-виробничий журнал «Бізнес-навігатор»*. 2022. Випуск 3 (70). С. 161-169. DOI: <https://doi.org/10.32782/business-navigator.70-28>. URL: http://business-navigator.ks.ua/journals/2022/70_2022/30.pdf.

5. Шишка І.В. Науково-методичне, організаційне і ресурсне забезпечення механізму стратегічного управління сферою охорони здоров'я. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Економічні науки*. 2023. Випуск 2 (69). С. 11-120. DOI: <https://doi.org/10.32689/2523-4536/69-15>. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/economics/article/view/4385/4699>.

6. Шишка І.В. Аналіз зовнішнього середовища системи охорони здоров'я України. *Проблеми системного підходу в економіці. Маркетинг*. 2023. Випуск № 2(91). С. 190-197. DOI: <https://doi.org/10.32782/2520-2200/2023-2-25>. URL: http://www.psae-jrnl.nau.in.ua/journal/2_91_2023_ukr/27.pdf.

7. Шишка І.В. Визначення готовності сфери охорони здоров'я до реагування на вплив зовнішнього середовища. *Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво*. 2023. № 2 (128). С. 82-86. DOI: <https://doi.org/10.32782/1814-1161/2023-2-13>. URL: http://www.econom.stateandregions.zp.ua/journal/2023/2_2023/15.pdf.

8. Шишка І.В. Аналіз результатів реалізації стратегічних планів розвитку сфери охорони здоров'я. *Приазовський економічний вісник*. 2023.

Випуск 4(36). С. 112-118. DOI: <https://doi.org/10.32782/2522-4263/2023-4-18>.
URL: http://pev.kpu.zp.ua/journals/2023/4_36_ukr/20.pdf.

9. Шишка І.В. Розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграції. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2023. № 10. С. 56-65. DOI: <https://doi.org/10.32782/2413-2675/2023-56-8>. URL: <http://vestnik-econom.mgu.od.ua/journal/2023/56-2023/10.pdf>.

10. Шишка І. Визначення сильних і слабких сторін внутрішнього середовища системи охорони здоров'я України. *Підприємництво та інновації*. 2023. № 28. С. 87-91. DOI: <https://doi.org/10.32782/2415-3583/28.14>. URL: <http://ei-journal.in.ua/index.php/journal/article/view/699/680>.

11. Шишка І. Інституційне та інформаційне забезпечення механізму стратегічного управління сферою охорони здоров'я. *Економіка та суспільство*. 2023. Випуск 47. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-47-97>. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/4666/4608>.

12. Шишка І.В. Оцінка результатів реалізації стратегічних програм розвитку сфери охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. Випуск 49. С. 162-169. DOI: <https://doi.org/10.32782/2413-9971/2023-49-31>. URL: http://visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/49_2023ua/33.pdf.

13. Шишка І.В. Тенденції розвитку світового ринку медичних послуг. *Інфраструктура ринку. Розділ 8. Економіка*. 2023. Випуск 73. С. 204-212. DOI: <https://doi.org/10.32782/infrastruct73-34>. URL: http://market-infr.od.ua/journals/2023/73_2023/36.pdf.

14. Шишка І. Тенденції технологічної трансформації ринку медичних послуг. *Сталий розвиток економіки*. 2024. № 2(49). С. 363-369. DOI: <https://doi.org/10.32782/2308-1988/2024-49-57>. URL: <https://economdevelopment.in.ua/index.php/journal/article/view/1071/1026>.

15. Шишка І. Характеристика сильних і слабких сторін внутрішнього

середовища системи охорони здоров'я України. *Трансформаційна економіка*. 2024. № 2 (07). С. 120-129. DOI: <https://doi.org/10.32782/2786-8141/2024-7-19>. URL: <https://transformations.in.ua/index.php/journal/article/view/123/120>.

16. Шишка І. Програмний підхід до вдосконалення механізмів фінансування медицини в Україні. *Via Economic*. 2024. № 4. С. 232-240. <https://doi.org/10.32782/2786-8559/2024-4-33>. URL: <https://journals.rshu.rivne.ua/index.php/viaeconomica/article/view/202/184>.

17. Shyshka Ihor Development of the concept of the development of the health care sector. *Економіка та суспільство*. 2024. Випуск 60. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-60-155>. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/4667/4609>.

18. Шишка І.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я на основі звітної документації НСЗУ. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2024. № 5. С. 418-424. DOI: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2024-334-63>. URL: <https://heraldes.khmnua.edu.ua/index.php/heraldes/article/view/775/839>.

19. Шишка І.В. Напрями і перспективи цифровізації і комп'ютеризації процесу надання медичних послуг. *Математичні методи, моделі та інформаційні технології в економіці. Розділ 7. Математичні методи, моделі та інформаційні технології в економіці*. 2024. Випуск 76. С. 183-190. DOI: <https://doi.org/10.32782/infrastruct76-31>. URL: http://market-infr.od.ua/journals/2024/76_2024/33.pdf.

20. Шишка І.В. Аналіз основних структурних елементів та показників діяльності системи охорони здоров'я України. *Український журнал прикладної економіки та техніки*. 2024. Том 9. № 3. С. 169-174. DOI: <https://doi.org/10.36887/2415-8453-2024-3-29>. URL: <http://ujae.org.ua/analiz-osnovnyh-strukturnyh-elementiv-ta-pokaznykiv-diyalnosti-systemy-ohorony-zdorov-ya-ukrayiny/>.

21. Шишка І.В. Аналіз експертних оцінок результативності реформи системи охорони здоров'я України. *Економічний вісник Донбасу*. 2024. № 1-2

(75-76). С. 144-153. DOI: [https://doi.org/10.12958/1817-3772-2024-1-2\(75-76\)-144-153](https://doi.org/10.12958/1817-3772-2024-1-2(75-76)-144-153). URL: <http://www.evd-journal.org/download/2024/1-2/19-Shyshka.pdf>.

22. Шишка І. Теоретико-методологічні засади функціонування системи охорони здоров'я України. *Modeling the Development of the Economic Systems*. 2024. № 3. Р. 159-167. DOI: <https://doi.org/10.31891/mdes/2024-13-21>. URL: <https://mdes.khmnu.edu.ua/index.php/mdes/article/view/394/378>.

23. Шишка І.В. Оцінка доцільності основних векторів «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року». *Вісник економічної науки України*. 2024. № 1 (46). С. 68-73. DOI: [https://doi.org/10.37405/1729-7206.2024.1\(46\).68-73](https://doi.org/10.37405/1729-7206.2024.1(46).68-73). URL: <http://www.venu-journal.org/download/2024/1/09-Shyshka.pdf>.

3. Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Шишка І.В. Тактичні цілі стратегії реінжинірингу сфери охорони здоров'я України. *Стратегічні пріоритети соціально-економічного розвитку в умовах інституційних перетворень глобального середовища: матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 11 листопада 2022 р.)*. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2022. 173 с. С. 167-170. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-254-1-42>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/184/9419/21203-1>.

2. Шишка І.В. Створення умов для підвищення якості медичних послуг. *Антикризове регулювання економіки у 2023 році: теорія та практика в умовах європейської інтеграції України: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Одеса, 17 лютого 2023 р.)* / відп. за випуск д.е.н., проф. С. О. Якубовський. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 202 с. С. 200-202. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-290-9-47>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/197/9418/21197-1>.

3. Шишка І.В. Зміст та результати реалізації «Концепції розвитку електронної охорони здоров'я». *Розвиток транспортної інфраструктури як драйвер економічного зростання галузей економіки: матеріали Всеукраїнської*

науково-практичної конференції (м. Київ, 24 березня 2023 р.). Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 85 с. С. 80-83. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-294-7-18>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/196/9470/21313-1>.

4. Шишка І.В. Проблеми запровадження договорів державно-приватного партнерства у сфері надання медичних послуг. *Трансформаційні процеси національної економіки в умовах сьогодення: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 8 квітня 2023 р.)*. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 144 с. С. 139-144. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-296-1-30>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/198/9474/21341-1>.

5. Шишка І.В. Проблемні питання посилення політик та спроможності інститутів національної системи охорони здоров'я. *Ефективність міжнародної економічної інтеграції: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 3 листопада 2023 р.)*. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 116 с. С. 111-114. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-326-5-29>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/234/9472/21329-1>.

6. Шишка І.В. Основні тактичні цілі реструктуризації системи охорони здоров'я України. *Фінансово-економічний потенціал країни і регіонів: механізми функціонування в сучасних умовах: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Одеса, 2 лютого 2024 р.)*. / відп. за випуск д.е.н., проф. С.О. Якубовський. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. 196 с. С. 190-193. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-362-3-46>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/255/9417/21191-1>.

7. Шишка І.В. Проблеми фінансування розбудови телемедицини в Україні. *Міжнародне економічне співробітництво: аналіз стану, реалії і проблеми: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Ужгород, 23-24 лютого 2024 року)* / За заг. ред.: М. М. Палінчак, В. П. Приходько, В. В. Химинець та ін. Львів-Торунь: Liha-

Pres, 2024. 306 с. С. 301-304. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-363-0-82>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/258/9421/21215-1>.

8. Шишка І.В. Проблеми правового забезпечення запровадження страхової медицини в Україні. *Реформування економіки в контексті міжнародного співробітництва: механізми та стратегії: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 6-7 березня 2024 р.)*. Львів-Торунь: Ліха-Прес, 2024. С. 263-268. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-364-7-57>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/261/9420/21209-1>.

9. Шишка І.В. Оцінка процесу стратегічного планування розвитку сфери охорони здоров'я в Україні. *Ефективність інвестиційної діяльності: перспективний підхід: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 22 березня 2024 р.)*. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. 200 с. С. 193-198. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-365-4-44>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/263/9471/21323-1>.

10. Шишка І.В. Переваги і недоліки моделей фінансування сфери охорони здоров'я. *Ефективне управління економікою на світовому, державному та регіональному рівнях: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 19-20 квітня 2024 р.)*. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. 208 с. С. 199-204. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-367-8-49>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/271/9473/21335-1>.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	20
РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	35
1.1. Понятійно-категоріальний апарат стратегічного управління у сфері охорони здоров'я.....	35
1.2. Оцінка й аналіз економічно-інфраструктурних показників функціонування системи охорони здоров'я в Україні.....	47
1.3. Механізм стратегічного управління сферою охорони здоров'я	70
Висновки до розділу 1.....	93
Список використаних джерел до розділу 1.....	95
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	110
2.1. Аналіз зовнішнього середовища функціонування системи охорони здоров'я України.....	110
2.2. Аналіз впливу чинників внутрішнього середовища системи охорони здоров'я України на процеси стратегічного розвитку.....	132
2.3. Обрання стратегії економічного розвитку та управління ризиками її реалізації.....	156
Висновки до розділу 2.....	177
Список використаних джерел до розділу 2.....	179
РОЗДІЛ 3. ВПЛИВ ГЛОБАЛІЗАЦІЙНИХ І ІНТЕГРАЦІЙНИХ ЧИННИКІВ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ І ЕКОНОМІЧНИЙ РОЗВИТОК СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	198
3.1. Тенденції розвитку світового ринку медичних послуг.....	198
3.2. Розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграції.....	220

3.3. Формат і основні напрями міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я.....	242
Висновки до розділу 3.....	264
Список використаних джерел до розділу 3.....	266
РОЗДІЛ 4. ПРАКТИКА РОЗРОБЛЕННЯ Й РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	282
4.1. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні.....	282
4.2. Аналіз результатів реалізації стратегічних планів і програм розвитку сфери охорони здоров'я за період 2015-2020 років.....	305
4.3. Оцінка доцільності основних векторів «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року».....	331
Висновки до розділу 4.....	351
Список використаних джерел до розділу 4.....	353
РОЗДІЛ 5. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	368
5.1. Напрями і перспективи цифровізації й комп'ютеризації процесу надання медичних послуг.....	368
5.2. Розроблення концепції економічного розвитку сфери охорони здоров'я.....	390
5.3. Програмний підхід до вдосконалення механізмів фінансування медицини в Україні.....	414
Висновки до розділу 5.....	437
Список використаних джерел до розділу 5.....	440
ВИСНОВКИ.....	454
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	462
ДОДАТОК.....	530

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я є метою процесів її реформування, які відбуваються протягом останніх восьми років. Основними очікуваними результатами реформи є підвищення стійкості галузі в умовах глобальних викликів і потрясінь. Тематичне спрямування наукових пошуків українських науковців в напрямку реформування й розбудови національної системи охорони здоров'я є доволі різновекторним. Серед проблем, що розглядаються, можна зазначити: пошук напрямів забезпечення стійкості системи охорони здоров'я, оцінювання фінансового стану медичного закладу в умовах реформи, формування механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств, ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я, визначення поняття «охорона здоров'я», адміністративно-правові засади контролю у сфері охорони здоров'я тощо. При цьому автори недостатньо приділяють уваги визначенню теоретико-методологічних засад функціонування системи охорони здоров'я, таким як цілі і функції, складові елементи, класифікаційні ознаки, що є підґрунтям для проведення подальших аналітичних досліджень.

Питання стратегічного аналізу взагалі і зокрема у сфері охорони здоров'я розглядають як українські, так і іноземні науковці. У сфері стратегічного управління охорони здоров'я більшість авторів акцентує увагу на проблемах: визначення пріоритетів стратегічного управління сферою охорони здоров'я (В. Галай, О. Мащенко, О. Терзі, В. Томарева-Патлахова, І. Трикоз К. Шапошников), напрямів забезпечення стійкості системи охорони здоров'я (В. Маргасова, Д. Рябець, Л. Сергєєва, О. Фірсова, М. Фесенко), оцінювання і аналіз фінансового стану медичного закладу в умовах реформування галузі (О. Гуцалюк, К. Черненко, Г. Семененко, О. Луконін), розроблення механізму управління ефективністю медичних установ (І. Алшарф, О. Більська, О. Радченко), прийоми і методи ефективного управління

медичним закладом під час реформування системи охорони здоров'я (М. Зось-Кіор, С. Назарко) тощо.

Наявність недоліків механізму державного стратегічного управління сферою охорони здоров'я, що віддзеркалюються у формальному характері стратегічного планування економічного розвитку галузі, неефективному контролі за реалізацією обраної стратегії, неузгодженості певних стратегічних дій, обумовлює підвищений інтерес науковців до розв'язання проблем стратегічного управління сферою охорони здоров'я.

Достатньо високий інтерес українські і іноземні науковці та практики виявляють до питань стратегічного аналізу взагалі, і стратегічного аналізу у сфері охорони здоров'я, зокрема. У сфері охорони здоров'я більшість авторів акцентує увагу на проблемах удосконалення технологій стратегічного управління діяльністю медичних закладів, напрямках трансформації медичної системи, аналізі внутрішнього середовища медичних закладів. При цьому недостатньо висвітленими залишаються питання здійснення стратегічного аналізу та розроблення планів стратегічного розвитку галузі, чинники внутрішнього середовища автори не розмежовують за вагомістю і впливовістю, дослідження стратегічного планування медичними закладами і сферою охорони здоров'я обмежуються визначенням за допомогою SWOT-аналізу зовнішніх можливостей і загроз та сильних і слабких характеристик об'єктів дослідження. Проте, такий аналіз не є цілком стратегічного аналізу, а є підґрунтям для обрання певної стратегії або декількох стратегій економічного розвитку. Також слід зауважити, що ідентифікація, оцінювання і розроблення заходів з мінімізації ризиків є обов'язковою складовою стратегічного планування. Також у світлі поновлення роботи над розробленням довгострокової стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я, певний дослідницький інтерес становить розгляд змісту стратегічних цілей і оперативних завдань на предмет їхньої доцільності ситуації, що склалася наразі в суспільстві.

Отже, визначено наявність таких протиріч:

– попри зростання інтересу науковців до вирішення проблем стратегічного управління сферою охорони здоров'я, що обумовлені недосконалістю відповідного механізму державного регулювання, використання методичного інструментарію стратегічного аналізу є незадовільним;

– наявність значної кількості стратегічних програм і планів економічного розвитку сфери охорони здоров'я при відсутності якісних моніторингових і звітних документів щодо їх реалізації;

– необхідність перегляду пріоритетів економічного розвитку сфери охорони здоров'я оскільки визначені до повномасштабного вторгнення РФ на територію України пріоритети втратили свою актуальність.

Необхідність розв'язання зазначених протиріч обумовлює актуальність обраної теми дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження є складовою науково-дослідної роботи Класичного приватного університету за темами: «Стратегія економічного розвитку в контексті залучення смарт технологій прийняття рішень» (номер державної реєстрації 0121U111281), у межах якої автором розроблено концепцію розвитку сфери охорони здоров'я, окреслено стратегічні і тактичні цілі економічного розвитку галузі; розроблено програму запровадження бюджетно-ринкової моделі медичного страхування в Україні; надано пропозиції щодо вдосконалення механізмів фінансування медицини в Україні на основі програмного підходу; «Розвиток національної економіки в контексті сучасної економічної теорії» (номер державної реєстрації 0122U001739), в межах якої автором удосконалено методику складання профілю середовища завдяки її адаптації до аналізу галузі, класифікацію форм і напрямів міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я, а також найбільш актуальних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг. Пропозиції автора розміщено у звітах про виконання зазначених науково-дослідних тем.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є розроблення й

обґрунтування концептуальних теоретико-методологічних основ формування стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я України.

Досягнення мети обмовлено виконанням таких *завдань*:

- визначити сутність понять «система охорони здоров'я», «стратегічне управління галуззю охорони здоров'я», «стратегія розвитку», «механізм стратегічного управління»;
- надати оцінку і проаналізувати економічно-інфраструктурні показники функціонування системи охорони здоров'я в Україні;
- визначити основні складові механізму стратегічного управління сферою охорони здоров'я;
- проаналізувати чинники зовнішнього і внутрішнього середовища задля виокремлення з них найбільш впливових на процеси стратегічного економічного розвитку системи охорони здоров'я України;
- обрати оптимальні стратегії розвитку галузі та розробити підходи до управління ризиками їх реалізації;
- узагальнити тенденції розвитку світового ринку медичних послуг;
- дослідити вплив глобалізаційних та інтеграційних процесів на розвиток і функціонування ринку медичних послуг;
- визначити формат і основні напрями міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати результати реформування системи охорони здоров'я в Україні на основі вивчення звітів НЗСУ, ВООЗ, публікацій науковців і практиків у сфері охорони здоров'я, а також результатів опитування населення;
- проаналізувати результати реалізації стратегічних планів і програм розвитку галузі;
- оцінити доцільність зазначених у «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» заходів з реформування галузі;
- визначити напрями і оцінити перспективи цифровізації і комп'ютеризації процесу надання медичних послуг;

- розробити концепцію розвитку сфери охорони здоров'я;
- надати пропозиції щодо вдосконалення механізмів фінансування медицини в Україні на основі програмного підходу.

Об'єктом дослідження є процес формування стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретико-методологічні й концептуальні основи формування стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я.

Наукова гіпотеза дослідження ґрунтується на положенні, що якісне розроблення стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я потребує застосування сучасних методик економічного аналізу, прогнозування, оцінювання і управління ризиками, врахування світових тенденцій розвитку медичної сфери, застосування інформаційних технологій, визначення найбільш пріоритетних завдань з метою забезпечення стійкості сфери охорони здоров'я в умовах невизначеності, глобальних і локальних ризиків.

Методи дослідження. Під час дослідження нами застосовувались як загальнонаукові, так і спеціальні методи. Серед загальнонаукових методів слід зазначити: метод операціоналізації понять (для дослідження категоріального апарату, формулювання сутності категорій «система охорони здоров'я», «стратегічне управління галуззю охорони здоров'я» «стратегія розвитку»); морфологічний аналіз (для визначення сутності поняття «механізм стратегічного управління сферою охорони здоров'я»); системний аналіз і синтез (для оцінки та аналізу показників функціонування системи охорони здоров'я України); метод абстрагування (для обрання оптимальних стратегій економічного розвитку сфери охорони здоров'я на основі аналізу чинників зовнішнього і внутрішнього середовища); монографічний (для вивчення наукової літератури з проблематики дослідження, звітів КМУ, МОЗ, НСЗУ, ВООЗ, Всесвітнього економічного форуму, законодавчих актів і законопроектів, експертів Американської асоціації лікарень, консалтингових фірм, Міжнародного незалежного експерту з якості інформатизації медичної

допомоги HIMSS, розробників програмних продуктів); методи співставлення і порівняння (для співставлення звітних даних НСЗУ, дайджестів змін у галузі охорони здоров'я протягом 2018-2022 років з оцінками експертів ВООЗ, фахівців різних галузей, керівників громадських організацій та пацієнтів); метод узагальнення (для формування висновків, обґрунтування та систематизації наукових підходів і принципів, класифікації форм міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я). Спеціальними методами виступали: SWOT-аналіз і метод побудови профілю середовища (для аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища функціонування системи охорони здоров'я України); PEST-аналіз (для оцінювання готовності сфери охорони здоров'я до реагування на опосередкований вплив чинників зовнішнього середовища); метод експертних оцінок (для виявлення і оцінки загальних і специфічних ризиків стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я); статистичні методи (для порівняння абсолютних і відносних величин); графічний метод (для складання діаграм і графіків з використанням програмних продуктів Excel, Word); програмний підхід (для розроблення програми запровадження бюджетно-ринкової моделі медичного страхування в Україні).

Інформаційною базою дослідження слугували: нормативно-правові акти та програмні документи державних органів України, аналітичні дані і звіти міжнародних організацій та іноземних компаній, звіти Кабінету Міністрів України, статистичні матеріали Державної служби статистики України, наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених, інформаційні ресурси мережі Інтернет, особисті спостереження та результати особистих досліджень автора.

Наукова новизна отриманих результатів. Основні положення, що формують наукову новизну дослідження, полягають у такому:

вперше:

– запропоновано концепцію формування стратегії економічного розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, що передбачає застосування стратегій реструктуризації, відновлення та реінжинірингу за такими

напрямами як забезпечення подальшого реформування сфери охорони здоров'я України, реалізація євроінтеграційних процесів та повоєнна відбудова системи охорони здоров'я шляхом: створення оптимальної мережі лікарень, забезпечення достатніх обсягів фінансування, цифровізація процесів управління і надання онлайн послуг, підвищення якості та конкурентоспроможності медичних послуг, наближення процесів надання медичних послуг до вимог ЄС результатів ідентифікації і оцінки впливу фундаментальних і специфічних ризиків; ключових цінностей і керівних принципів реформування галузі, визначених МОЗ, що дасть змогу оптимізувати функціонування системи охорони здоров'я та стимулювання розвитку закладів охорони здоров'я;

– розроблено механізм забезпечення досягнення стратегічних цілей розвитку сфери охорони здоров'я України до 2030 року, який включає такі складові: стратегічні пріоритети розвитку (продовження процесів реформування галузі, євроінтеграцію і повоєнне відновлення); стратегії, що забезпечують реалізацію пріоритетних напрямів розвитку (відновлення, реінжиніринг і реструктуризація); тактичні цілі реалізації обраних стратегій (посилення і оптимізація функцій галузевих інститутів, створення оптимальної мережі лікарень, забезпечення достатніх обсягів фінансування, цифровізація процесів управління і надання медичних послуг, формування і розвиток медичного персоналу, підвищення якості медичних послуг, євроінтеграція процесів функціонування системи громадського здоров'я, імплементація актів права ЄС у діяльність фармацевтичної галузі, наближення процесів надання медичних послуг до вимог ЄС, узгодження освітніх процесів зі стандартами ЄС, відновлення надання основних медичних послуг, інституційне і ресурсне забезпечення коригування фізичного і психічного здоров'я населення, створення оптимальних умов проведення медичних маніпуляцій), що забезпечить оптимізацію функціонування системи охорони здоров'я та стимулювання розвитку медичних закладів;

– запропоновано програму запровадження бюджетно-ринкової моделі

медичного страхування із зазначенням тривалості кожного етапу, яка передбачає виконання таких заходів: визначення переліку медичних послуг відповідно джерелам фінансування; створення відповідної законодавчої бази; приведення страхового ринку до нових умов функціонування; проведення інформаційних кампаній для підвищення обізнаності населення щодо умов страхових пропозицій; збільшення розмірів ВВП України у післявоєнний період, що дозволить підвищити економічну ефективність функціонування системи охорони здоров'я;

удосконалено:

– методичний підхід до оцінювання впливу факторів середовища на функціонування сфери охорони здоров'я шляхом визначення чинників, ступеня готовності реагувати на їх вплив та вагових коефіцієнтів – чинників опосередкованого зовнішнього впливу (соціально-економічні, політичні, науково-технічні, екологічно-техногенні) та суб'єктів та чинників прямого впливу (споживачі, конкуренти, постачальники і контактні аудиторії), внутрішнього середовища (організаційне, маркетингове, фінансове, кадрове, матеріально-технічне забезпечення), що дозволить виявити зовнішні можливості і загрози та внутрішні сильні і слабкі сторони для обрання типу стратегії розвитку залежно від результатів перехресного аналізу чинників зовнішнього і внутрішнього середовища;

– концептуальний підхід щодо процесу управління ризиками стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я, який, на відміну від існуючих, базується на системі фундаментальних ризиків (поглиблення нерівності у доступі до послуг, посилення конкуренції в галузі, зростання вимог до якості медичних послуг, цінова та технічна доступність інновацій щодо надання медичних послуг, загроза кібератак) та специфічних ризиків (якість імплементації реформи охорони здоров'я, опір змінам, зниження кадрового потенціалу, формування госпітальних округів, неефективність менеджменту медичних закладів) на основі методу експертних оцінок для їх ідентифікації та оцінювання, що дає змогу оцінити ступінь певного виду

ризик, спрогнозувати його динаміку на найближчі роки та розробити заходи щодо мінімізації ризиків функціонування сфери охорони здоров'я;

– методичний підхід до реалізації процесів довго- і середньострокового планування економічного розвитку сфери охорони здоров'я шляхом закріплення функцій з розроблення стратегічних планових документів за МОЗ, забезпечення відповідності між напрямками стратегічного управління галуззю і стратегічними цілями її розвитку, закріплення функцій з періодичного моніторингу реалізації стратегічних планів і програм за тим самим підрозділом МОЗ, який розробляє планові документи, обов'язкового розміщення звітів про виконання запланованих завдань на сайті МОЗ, що дасть змогу: чітко формулювати довгострокові пріоритети розвитку сфери охорони здоров'я, забезпечити досягнення стратегічних цілей розвитку, визначити основні цільові показники функціонування галузі, забезпечити відповідність змісту звітів структурі планових документів, забезпечити відкритість і доступність інформації про стратегічне управління сферою охорони здоров'я;

– науково-практичний підхід до визначення перспективних напрямів фінансування сфери охорони здоров'я шляхом оптимізації кількості і якості медичних закладів завдяки створенню госпітальних округів; приватизації закладів, що не увійшли до складу лікарняних мереж; встановлення відповідальності керівників медичних закладів за неефективне використання бюджетних коштів; запровадження проектів державно-приватного партнерства у медичній сфері, що забезпечить раціональне використання обмежених фінансових ресурсів, дасть змогу отримати додаткові надходження до державного бюджету і створити альтернативне джерело фінансування сфери охорони здоров'я, а також підвищить якість і доступність медичних послуг;

– методичний підхід до побудови матриці SWOT-аналізу завдяки визначенню загальної суми показників ступеню важливості, розрахованих під час складання відповідних профілів середовища, з метою більш чіткого

визначення, які саме чинники зовнішнього та внутрішнього середовища мають перевагу у випадку однакової або приблизно однакової їх кількості, що дасть змогу більш чітко обирати найбільш оптимальні стратегії розвитку;

– науково-методичний базис класифікації форм і напрямів міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я шляхом виокремлення таких напрямів: членство у міжнародних організаціях, співпраця фахівців щодо протидії глобальним загрозам здоров'ю на неурядовому рівні, міжнародні економічні відносини, міжнародна науково-дослідна і освітня діяльність, міжнародна технічна допомога, міжнародний обмін досвідом державного управління сферою охорони здоров'я, що дасть змогу більш повно використовувати можливості міжнародного співробітництва під час розроблення стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я;

набуло подальшого розвитку:

– науково-практичний підхід до аналізу результатів реформування системи охорони здоров'я завдяки співставленню звітних даних НСЗУ з оцінками експертів ВООЗ, українських фахівців і науковців, а також пацієнтів (за результатами проведених опитувань), що дозволило виявити невідповідності звітних даних, а саме: виключно позитивні результати реформування галузі за оцінками НСЗУ, позитивні і негативні результати реформування за оцінками фахівців, негативні оцінки населення щодо результатів реформування системи охорони здоров'я із-за недостатньої поінформованості про цілі і завдання реформи та завищених очікувань, що дасть змогу підвищити якість процесів стратегічного планування і моніторингу виконання стратегічних планів;

– концептуальні аспекти визначення стратегічних цілей розвитку системи е-здоров'я, визначених у «Стратегії розбудови телемедицини в Україні», затвердженій КМУ у 2023 році завдяки акцентуванню уваги на необхідності додання заходів з мінімізації можливих зовнішніх і внутрішніх ризиків, а також на визначенні коштів технічної допомоги міжнародних

установ, організацій та іноземних країн як ненадійного джерела фінансування заходів реалізації стратегії, що дає змогу заздалегідь убезпечити процес економічного розвитку сфери охорони здоров'я від впливу негативних зовнішніх і внутрішніх чинників та створити необхідні умови для виконання визначених у Стратегії завдань;

– наукові положення щодо ідентифікації економічної складової архітектоніки сфери охорони здоров'я, зокрема: визначення сутності поняття «система охорони здоров'я» як сукупності державних, комунальних і приватних організацій, що складають певне ієрархічне утворення, взаємодіють між собою як суб'єкти і об'єкти управління та реалізують фінансові, організаційні, соціально-економічні та інші заходи, спрямовані на надання якісних та конкурентоспроможних медичних послуг, які спрямовані на підтримку оптимальної працездатності і соціально-економічної активності людини завдяки відновленню її фізіологічних і психологічних функцій;

– уточнено визначення понять: «стратегічне управління галуззю охорони здоров'я» як діяльності з визначення й забезпечення досягнення довгострокових цілей її інноваційного розвитку з урахуванням загальновизнаних пріоритетів, дотриманням основних принципів стратегічного планування, раціонального використання наявного потенціалу галузі, врахуванням впливу чинників зовнішнього і внутрішнього її середовища; «стратегія розвитку» як документу (плану), що визначає довгострокові цілі розвитку, заходи щодо їх досягнення, перелік необхідних ресурсів, підходи, прийоми і методи контролю запланованих заходів; «механізм стратегічного управління» як сукупності певних складових елементів, як-то: інституціональне, інформаційне, науково-методичне, організаційне і ресурсне забезпечення довгострокового інноваційного розвитку галузі;

– теоретико-методичний підхід до узагальнення інноваційних напрямів розвитку світового ринку медичних послуг на основі виокремлення таких сфер: використання мобільних додатків (телемедицина, цифрові рецепти та

медичні записи, дистанційний моніторинг пацієнтів за допомогою пристроїв носіння, персоналізована медицина і геноміка, ігрові програми, роздрібна охорона здоров'я, клінічні та фітнес рішення, догляд за психічним здоров'ям); використання інформаційних технологій (великі дані, штучний інтелект, Інтернет речей, доповнена і віртуальна реальності, хмарні обчислення, прогнозний аналіз, чат-бот, кібербезпека та конфіденційність даних, інтеграція FinTech, нанотехнології, 3D біодрук та імпланти); інвестування в рішення, спрямовані на психічне здоров'я, нестачу персоналу та нерівність у сфері охорони здоров'я, що створює підґрунтя для застосування проактивного підходу до оптимізації впливу на результати лікування пацієнтів та ефективність медичних організацій;

– теоретико-методичний підхід до класифікації чинників глобалізації світового ринку медичних послуг шляхом їх об'єднання у такі групи: політичні чинники (діяльність міжнародних організацій, неурядових організацій і фондів, захист прав інтелектуальної власності); економічні чинники (міжнародна торгівля медичними послугами; утворення міжнародних медичних кластерів, функціонування міжнародного фармацевтичного ринку); технологічні чинники (розроблення медичних технологій і обладнання, запровадження міжнародних стандартів медичної допомоги, інформаційний обмін); соціальні чинники (міжнародна міграція, медична освіта, поширення захворювань), що упорядковує процес аналізу впливу кожного окремого чинника і усіх глобалізаційних чинників загалом на ефективність стратегічного управління трансформацією сфери охорони здоров'я України.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що розроблені теоретичні та методичні положення доведено до рівня конкретних пропозицій, придатних для впровадження в практику під час формування стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я. Деякі практичні пропозиції можуть бути використані для розробки заходів із підвищення ефективності стратегічного управління медичними закладами, а також для

вдосконалення методичного забезпечення навчальних дисциплін під час професійної підготовки здобувачів вищої освіти.

Практичні рекомендації, зокрема, щодо концептуальних положень стосовно формування стратегії економічного розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, використано в практичній діяльності Запорізької обласної державної адміністрації (довідка № 01-3/0275-вс від 23.02.2024). Науково-практичні рекомендації щодо визначення перспективних напрямів фінансування сфери охорони здоров'я та впровадження механізму забезпечення досягнення стратегічних цілей економічного розвитку сфери охорони здоров'я, використано в практичній діяльності Запорізької міської ради (довідка № 596 від 11.04.2024). Пропозиції автора щодо підвищення якості процесу планування діяльності закладів охорони здоров'я, впровадження комплексного підходу до оцінювання середовища та результатів діяльності закладу, управління ризиками економічного розвитку закладу сфери охорони здоров'я використані в практичній діяльності закладів охорони здоров'я м. Запоріжжя (довідка № 3598 від 28.06.2024, довідка № 01-8/874 від 18.07.2024, довідка № 421 від 22.05.2024, довідка № 02-12/258/1 від 24.03.2023).

Результати дисертаційної роботи використовують у навчальному процесі Класичного приватного університету під час викладання дисциплін «Стратегічне управління закладом охорони здоров'я», «Управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я», «Управління змінами в закладі охорони здоров'я», «Антикризове управління закладом охорони здоров'я» (довідка № 1872 від 22.03.2024).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є одноосібно виконаним науковим дослідженням. Теоретичні й практичні положення, висновки та пропозиції, що виносяться на захист, отримані автором самостійно й відображені в опублікованих працях. Матеріали та висновки кандидатської дисертації здобувача при підготовці цієї дисертації не використовувались.

Апробація матеріалів дисертації. Теоретичні положення, висновки та

практичні розробки дисертаційної роботи були апробовані на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях, зокрема: Стратегічні пріоритети соціально-економічного розвитку в умовах інституційних перетворень глобального середовища: матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 11 листопада 2022 р.); Антикризове регулювання економіки у 2023 році: теорія та практика в умовах європейської інтеграції України: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Одеса, 17 лютого 2023 р.); Розвиток транспортної інфраструктури як драйвер економічного зростання галузей економіки: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 24 березня 2023 р.); Трансформаційні процеси національної економіки в умовах сьогодення: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 8 квітня 2023 р.); Ефективність міжнародної економічної інтеграції: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 3 листопада 2023 р.); Фінансово-економічний потенціал країни і регіонів: механізми функціонування в сучасних умовах: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Одеса, 2 лютого 2024 р.); Міжнародне економічне співробітництво: аналіз стану, реалії і проблеми: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Ужгород, 23-24 лютого 2024 року); Реформування економіки в контексті міжнародного співробітництва: механізми та стратегії : матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 6-7 березня 2024 р.); Ефективність інвестиційної діяльності: перспективний підхід: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 22 березня 2024 р.); Ефективне управління економікою на світовому, державному та регіональному рівнях: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 19-20 квітня 2024 р.).

Публікації. Основні наукові положення і результати дисертаційної роботи відображено у 33 наукових працях: 23 статі у наукових фахових виданнях та виданнях, внесених до наукометричних баз даних, з яких 3 статі у

виданнях, які входять до наукометричних баз Scopus та Web of Science; 10 публікацій у матеріалах наукових конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається із анотації, вступу, п'ятих розділів, висновків, списку використаних джерел із 477 найменувань – на 141 сторінці, 1 додатку – на 6 сторінках. Повний обсяг дисертації – 537 сторінок, з них 365 сторінок основного тексту. Дисертація містить 38 рисунків, з яких 4 займають повні сторінки, 59 таблиць, з яких 27 займають повні сторінки.

РОЗДІЛ 1

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Понятійно-категоріальний апарат стратегічного управління у сфері охорони здоров'я

Людина є не лише центром сучасної економіки будь-якої цивілізованої країни, а ще й капіталом, який необхідно берегти і накопичувати. Тому держава має ставити пріоритетом життя і здоров'я людини, удосконалюючи систему охорони здоров'я за допомогою фінансових можливостей та організаційних змін. Стратегічне управління тут стає інструментом планування майбутнього галузі охорони здоров'я.

Удосконалення системи стратегічного управління у закладах охорони здоров'я, які власне надають медичні послуги, є важливим напрямом розвитку сфери охорони здоров'я. Держава має сприяти застосуванню у закладах охорони здоров'я стратегічного управління, визначаючи чітку послідовність дій організації щодо розробки та реалізації стратегії, визначення необхідних ресурсів і підтримку відносин із зовнішнім середовищем, з урахуванням аналізу сильних та слабких сторін, а також потенційних можливостей та загроз як усередині галузі охорони здоров'я, так і у закладі. Завдяки впровадженню стратегічного управління у закладах охорони здоров'я можливе формування не лише системи стратегічного управління, а й чітке розуміння ключових елементів системи: стратегія, стратегічне планування, розвиток підприємства, управління розвитком, стратегічний розвиток підприємства, стратегічне управління розвитком підприємства тощо.

У закладах охорони здоров'я структура цілей та завдань системи стратегічного управління спрямована на задоволення населення, яке потребує надання медичної допомоги відповідно до вимог Міністерства охорони

здоров'я. Завдяки виконанню відповідних завдань можливе підвищення рівня якості та доступності медичної допомоги з урахуванням потреб населення, зниження рівня захворюваності.

Вивченню методології та теорії стратегічного управління, аналізу і розвитку на рівні організації, підприємства присвятили свої роботи багато зарубіжних та українських вчених і науковців. Зокрема, учені А. А. Томпсон і А. Дж. Стрікланд [16], досліджуючи процес стратегічного управління, вбачають його результатом досягнення балансу відносин між організацією як складної системи з окремих частин та зовнішнім середовищем, досягнення цілей організації. Так, науковці В. Василенко і Т. Ткаченко вивчають стратегічне управління, спираючись на «людський потенціал як основу організації, який орієнтує виробничу діяльність на запити споживачів, здійснює гнучке регулювання і своєчасні зміни в організації, що відповідають викликам середовища, і дозволяють організації виживати в довгостроковій перспективі» [2].

Українська науковиця З. Шершньова досліджує концепцію стратегічного управління у контексті розвитку підприємства, «в якій поєднуються цільовий, системний, ситуаційний та інтегральний підходи до діяльності підприємства, що дає змогу встановлювати цілі розвитку, порівнювати їх з наявними можливостями підприємства та приводити їх у відповідність з останніми, розробляючи та реалізуючи систему стратегій» [14].

Не заперечуючи внеску цих та інших учених і науковців у процес пізнання стратегічного управління організацією, зокрема підходів щодо прийняття стратегічних рішень у закладах охорони здоров'я питання функціонування злагодженої системи стратегічного управління у закладах охорони здоров'я як складової системи управління розвитком підприємства залишається відкритим для дискусій та дослідження.

Здорове суспільство України є показником демографічної ситуації, крім того є запорукою стабільності та національної безпеки країни. Держава представляє та захищає інтереси громадян у галузі охорони здоров'я та

соціального захисту. Останніми роками реформування національної системи охорони здоров'я та зміни у світовій системі, які, насамперед, зумовлені фінансуванням, розвитком приватного сектору охорони здоров'я, підвищенням рівня конкуренції на ринку медичних послуг та пошуком нових шляхів підвищення ефективності та результативності закладів охорони здоров'я, спричинили нові виклики для цих закладів охорони здоров'я та їх менеджменту.

Розширення прав і можливостей присутності приватних медичних закладів на галузевому ринку потребує вдосконалення господарської діяльності в контексті приведення до світових стандартів, зокрема й стратегічного менеджменту [13]. Це підсилює необхідність дослідження теоретичних і методологічних основ формування системи стратегічного управління у сфері охорони здоров'я, стратегічних рішень закладів охорони здоров'я щодо їхнього розвитку в умовах реформування галузі в Україні.

Сучасний стан закладів охорони здоров'я вимагає обґрунтування доцільності подальшого їх розвитку в Україні і перспективного аналізу при різноманітних комбінаціях зовнішніх і внутрішніх значущих чинників, які обумовлюють ту чи іншу стратегію виходу з кризи, де головна роль відводиться державній політиці нарівні з забезпеченням соціальної безпеки населення.

Реформування системи надання первинної медичної допомоги стало флагманом змін, що почали відбуватися в галузі охорони здоров'я. Задіяним стали численні напрями діяльності: це й зміни організаційно-правової структури, фінансування за принципом «гроші ходять за пацієнтом», укладання декларацій з населенням на надання послуг первинної медичної допомоги, впровадження багато чисельних електронних інструментів та інше. Необхідність комунальним закладам в умовах реформи бути конкурентоспроможними порівняно з сектором приватної медицини обумовлює потребу в удосконаленні підходів стратегічного управління в сфері охорони здоров'я.

У загальному тлумаченні управління в науковій літературі розуміють як цілеспрямований організаційний вплив на діяльність підприємства в умовах ринку для досягнення встановлених цілей і отримання прибутку. Ефективне управління підприємством передбачає сукупність управлінських впливів, що забезпечують на всіх стадіях його життєвого циклу розвиток потенціалу.

Однією з головних особливостей сучасного менеджменту організації як наукового підходу у виробничо-економічній діяльності суб'єктів ринку є обґрунтування управлінських рішень. Від їх доцільності залежать досягнення встановлених цілей, ефективне використання стратегічних ресурсів, продуктивність праці, мотивація персоналу та інші аспекти управління. Наслідки прийняття управлінських рішень є головними критеріями оцінки менеджменту. Це можливе завдяки ефективному стратегічному управлінню розвитком організації, яке передбачає наявність стратегії і системи стратегічного управління в умовах конкурентного середовища.

Існує різноманіття конструктивних підходів до визначення поняття «стратегія» і «стратегічне управління», сформованих іноземними та українськими науковцями. Так, з філософської точки зору стратегію можна тлумачити як:

- позицію, спосіб життя, що не дає зупинитися на досягнутому, а орієнтує на постійний розвиток;
- інтегральну частину менеджменту, що дає можливість усвідомити майбутнє;
- процес мислення, інтелектуальні вправи, які вимагають спеціальної підготовки, навичок і процедур;
- відтворювану цінність, що дає змогу досягти найкращих результатів активізацією діяльності всього персоналу [10].

Науковець Г. Мінцберг вивчав стратегію як «напрямок, вектор або курс майбутніх дій; модель, тобто певну послідовність дій у часі» [15, с. 20]; а А. Томпсон – «як специфічний управлінський план дій, спрямованих на досягнення встановлених цілей. Вона визначає, як організація

функціонуватиме та розвиватиметься, а також яких підприємницьких, конкурентних і функціональних заходів і дій буде вжито для того, щоб організація досягла бажаного стану...» [16].

На нашу думку, для організацій (установ чи закладів) сфери охорони здоров'я доцільно визначати стратегію як довготерміновий курс розвитку установи, спосіб досягнення цілей, який вона визначає для себе, керуючись власними цінностями і конкурентними перевагами в межах своєї політики і спеціалізації.

Стратегічне управління варто розглядати як динамічний процес, що базується на використанні потенціалу підприємства, орієнтується на отримання довгострокових конкурентних переваг на ринку при своєчасному коригуванні цілей функціонування (відповідно до змін, що відбуваються у зовнішньому середовищі) шляхом інноваційної спрямованості, зростання обсягів господарювання, реструктуризації підприємств або антикризового управління. А метою стратегічного управління є побудова динамічної системи, яка б дала змогу забезпечувати своєчасне визначення місії, цілей та стратегій, розробку і виконання системи планів, забезпечуючи при цьому довгострокові конкурентні переваги підприємства на ринку [6, с. 109].

Первинною ланкою стратегічного управління у закладах охорони здоров'я є стратегічне планування. Існують три підходи до стратегічного планування [11]:

- процес «зверху вниз» – менеджери отримують завдання й передають його вниз по ланцюжку;
- процес «знизу вверх» – менеджери нижчої і вищої ланок разом зі своїми підлеглими розробляють плани, окреслюють завдання і розробляють бюджети, які представляють на розгляд вищого керівництва;
- змішаний процес – комбінування двох попередніх процесів.

На цих ланцюжках приймаються управлінські рішення для забезпечення реалізації процесу. Управлінські рішення у закладах охорони здоров'я класично є вибором з альтернативних варіантів різних видів діяльності,

пов'язаних із наданням медичних послуг. Відповідно до рівнів управління в організації управлінські рішення умовно можна розділити на два класи: стратегічні рішення, виконання яких спрямоване на забезпечення довгострокового успішного функціонування організації на ринку та забезпечення розвитку галузі охорони здоров'я, і поточні (тактичні чи оперативні) рішення, реалізація яких необхідна для виконання стратегічних цілей. Тому система стратегічних рішень у закладах охорони здоров'я важлива для ефективного процесу стратегічного управління та підтримки всіх зацікавлених сторін цього процесу і реформування галузі охорони здоров'я.

Особливістю стратегічного управління є необхідність застосування системного підходу до прийняття саме стратегічних рішень. Враховуючи системоутворюючу функцію стратегічних рішень, можна досягти балансу всіх елементів організації та формування єдиного напрямку її розвитку з дотриманням спільних пріоритетів і критеріїв ефективності. Для цього необхідно прийняти рішення щодо вибору альтернативи розвитку і вибору механізму координації дій менеджменту і персоналу щодо виконання такої альтернативи.

Відповідно до системного підходу до прийняття стратегічних рішень розвиток закладу охорони здоров'я є системою таких взаємопов'язаних елементів:

- вхід – постачання обладнання, інструментів, реактивів, загальне формування та утримання інфраструктури основної і виробничої діяльності, очікування від пацієнтів;
- операційна діяльність – процеси надання медичних послуг і обслуговування пацієнтів;
- вихід – характеристики наданих медичних послуг, їхня якість, комплексність, достатність, частота, відповідність протоколам та галузевим стандартам і нормам;
- зворотній зв'язок – загальні дані про результати основної і виробничої діяльності, відгуки пацієнтів, скарги, потреба у повторних послугах, репутація

на ринку медичних послуг, громаді, регіоні;

– розвинені відносини із зовнішнім середовищем: відносини з органами державної і муніципальної влади, фінансово-кредитними установами, постачальниками, іншими закладами охорони здоров'я тощо.

Основним критерієм успішності стратегічних рішень є їх націленість на формування й утримування закладом конкурентних переваг у галузі (рис. 1.1). До основних чинників, які формують системний підхід до стратегічного управління закладом охорони здоров'я, варто віднести: цілі закладу, масштаби діяльності, галузеву спеціалізацію, динаміку захворювань, на яких спеціалізується заклад, можливість надання послуг іноземцям, стратегії конкурентів, стан галузевого ринку та позицію на ньому, конкурентні переваги, потенціал розвитку, особливості послуг, стадію життєвого циклу товару чи послуги, витрати на операційну діяльність, кваліфікацію персоналу, пріоритети керівництва, фінансові ресурси тощо [13].

До чинників, які найбільше впливають на вибір альтернативи стратегічного управлінського рішення, варто віднести цілі закладу охорони здоров'я, пріоритети та інтереси менеджменту чи власників (табл. 1.1). Системний підхід передбачає не лише прийняття стратегічних управлінських рішень, а також якість їх реалізації. Якість стратегічних рішень починається на первинних етапах обслуговування пацієнтів – з процедури документарного оформлення, прийняття, направлення, бронювання місць у закладах охорони здоров'я. Тут найважливішим завданням стає установлення високого рівня стандартів домедичного обслуговування.

Практичний досвід медичних закладів Великобританії пропонує використовувати метод «упровадження системних структур», який передбачає впровадження системного підходу до стратегічних рішень закладу охорони здоров'я за всіма напрямками стратегічного управління закладу – від встановлення місії установи і розроблення стратегії до опису процедур поточної діяльності відповідно до окреслених стратегічних пріоритетів (рис. 1.2).



Рис. 1.1. Визначення стратегії для вузькоспеціалізованої організації у галузі охорони здоров'я

*Складено автором за джерелами [3; 4; 5; 6; 7; 8; 9]

Таблиця 1.1

Ціннісні орієнтації менеджменту чи власників закладу охорони здоров'я*

Орієнтації	Категорії цінностей	Пріоритетні цілі закладу

Професійні	Знання, навички, кваліфікація, компетенція, сучасне мислення	Стратегічні дослідження та розробки, здатність засвоїти нововведення, підвищення кваліфікації
Економічні	Практична користь	Подовження життєвого циклу, прибутковість, рентабельність, задоволеність зацікавлених сторін, зниження захворюваності, динаміка обсягу надання послуг
Політичні	Влада і вплив, визнання	Участь у реформуванні галузі охорони здоров'я, поліпшення стандартів надання медичних послуг, політика здорової нації
Соціальні	Корпоративна культура, репутація, управління конфліктами	Соціальна відповідальність, корпоративна етика та відповідальність, дотримання законодавства, відсутність корупції
Естетичні	Художня гармонія, форми та симетрія	Сервіс, якість, комфортність, дизайн, імідж
Релігійні	Моральні норми	Наука й етика

*Складено автором

До стратегічних пріоритетів закладу охорони здоров'я, який використовує системний підхід до стратегічних управлінських рішень, як правило, відносять:

- високу кваліфікацію персоналу;
- наявність прогресивного технологічного медичного обладнання;
- зручне місце розташування, комфорт і безпека медичного обслуговування;
- високу репутацію та імідж на галузевому ринку;
- наявність бази даних про потреби клієнтів та їх урахування під час надання медичних послуг;
- сильне позиціонування на ринку [13].

Отже, впровадження системного підходу має позитивні результати у практиці діяльності закладів охорони здоров'я і є доцільним для застосування під час розроблення і прийняття стратегічних рішень менеджерами закладів охорони здоров'я.

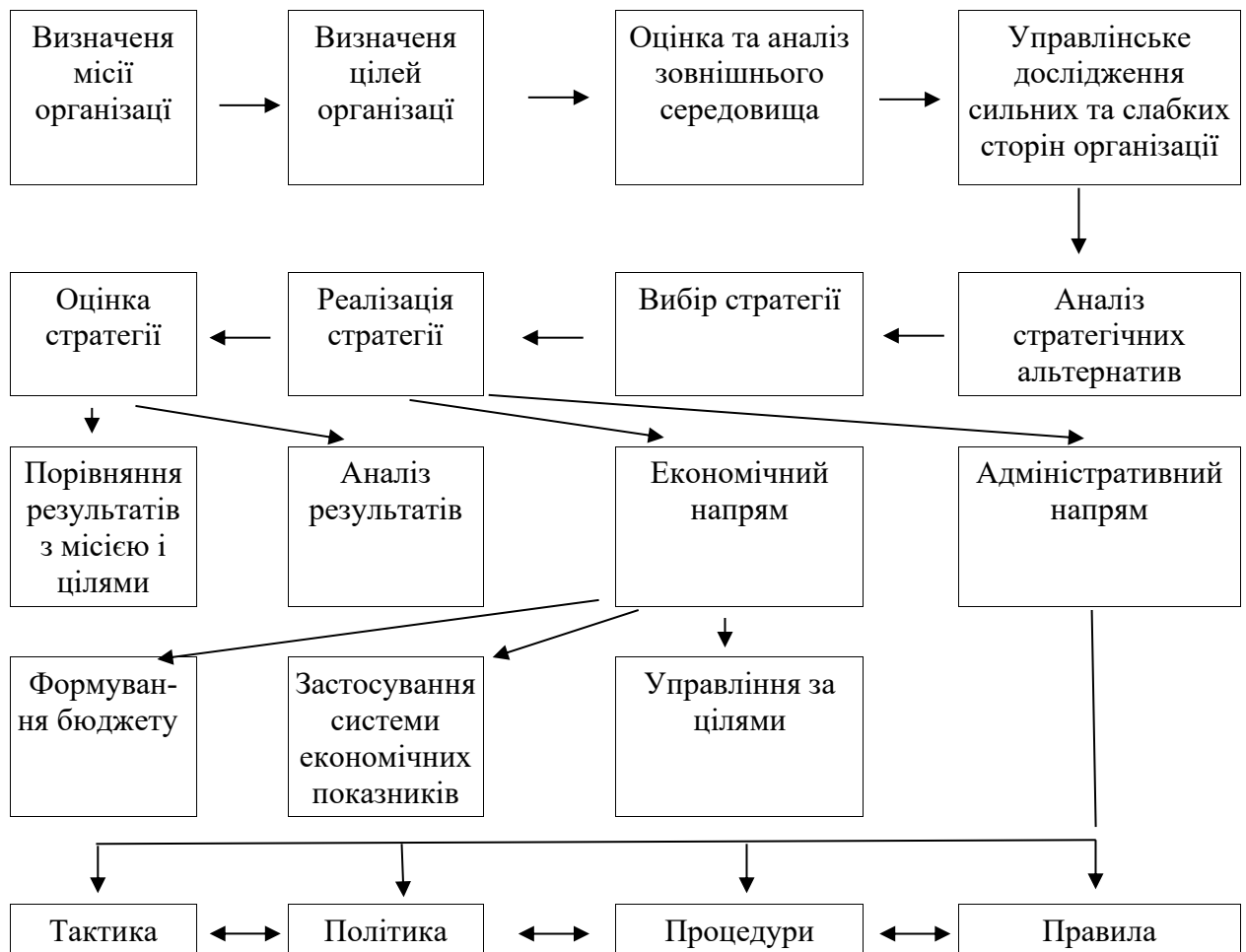


Рис. 1.2. Схематична модель реалізації системного підходу до прийняття стратегічних рішень у закладі охорони здоров'я [12]

Процес розвитку, як складне явище, характеризується прагненням підприємства досягнути високих результатів діяльності при збереженні або підвищенні конкурентоспроможності і стійкості. Загострення конкурентної боротьби викликає необхідність захисту і оновлення конкурентних переваг, котрі відповідають сучасним тенденціям ринкових вимог. Тому складним, але дуже важливим є визначення фази життєвого циклу технології, яка використовується, продукції, і, як наслідок, власне суб'єкта господарювання.

Вирішальну роль у розв'язанні задач стратегічного управління процесами розвитку організації відіграє фактор невизначеності. Отже, при формуванні стратегії необхідна оцінка ризику діяльності. Поняття «криза» найтіснішим чином пов'язана з ризиком, який значно впливає на методологію

розробки кожного управлінського рішення. Якщо виключити з нього очікування кризи – пропаде гострота сприйняття ризику і стануть несподіваними не тільки кризові ситуації, а й звичні помилки [1].

Таким чином, визначення виду і причин кризи сприятиме вибору напрямків і методів перетворень, які повніше і більш адекватно відповідають ситуації, що виникла. Тому виникає проблема оперативності реагування менеджменту на зміни зовнішнього і внутрішнього середовища, зокрема на кризові ситуації.

Так, стратегічне управління розвитком підприємства розуміють як цілеспрямований процес щодо створення необхідних умов для кількісно-якісних перетворень та координації дій, спрямованих на попередження формування й усунення протиріч, які виникають у внутрішньому середовищі та внаслідок його взаємодії із зовнішнім середовищем.

Якщо стратегічне управління розвитком підприємства розглядається як певна система і метою підприємства є забезпечення його формування і дієвості, то справедливо стверджувати, що необхідне введення принципів, які лежать в основі формування напрямку розвитку, умов виконання та оцінки ефективності зазначеної стратегії.

Так, механізм стратегічного управління розвитком закладу охорони здоров'я формується під впливом принципів і вимог стратегічного й антикризового управління, управління ризиком та життєвим циклом установи (рис. 1.3).

Таким чином, під час стратегічного управління розвитком закладу охорони здоров'я необхідно забезпечити виконання послідовних функцій:

1. Аналіз і оцінка впливу зовнішнього середовища як загального для галузі, так і безпосередньої для закладу охорони здоров'я дії.
2. Перегляд місії, уточнення цілей існування і розвитку закладу охорони здоров'я як суб'єкта господарювання.
3. Оцінка внутрішнього середовища з метою аналізу рівня розвитку стратегічного потенціалу закладу, а також наявності і стійкості його

конкурентних переваг.

4. Виявлення економічного механізму формування кризових явищ у закладі охорони здоров'я і загалом у галузі.

5. Оцінка і врахування ризику діяльності, визначення можливостей його зниження і оперативного прогнозування, аналіз та прогнозування тенденцій розвитку закладу охорони здоров'я і його складових.

6. Формування дієвої системи контролю реалізації стратегії розвитку, а також комплексу заходів (альтернатив) її коригування.

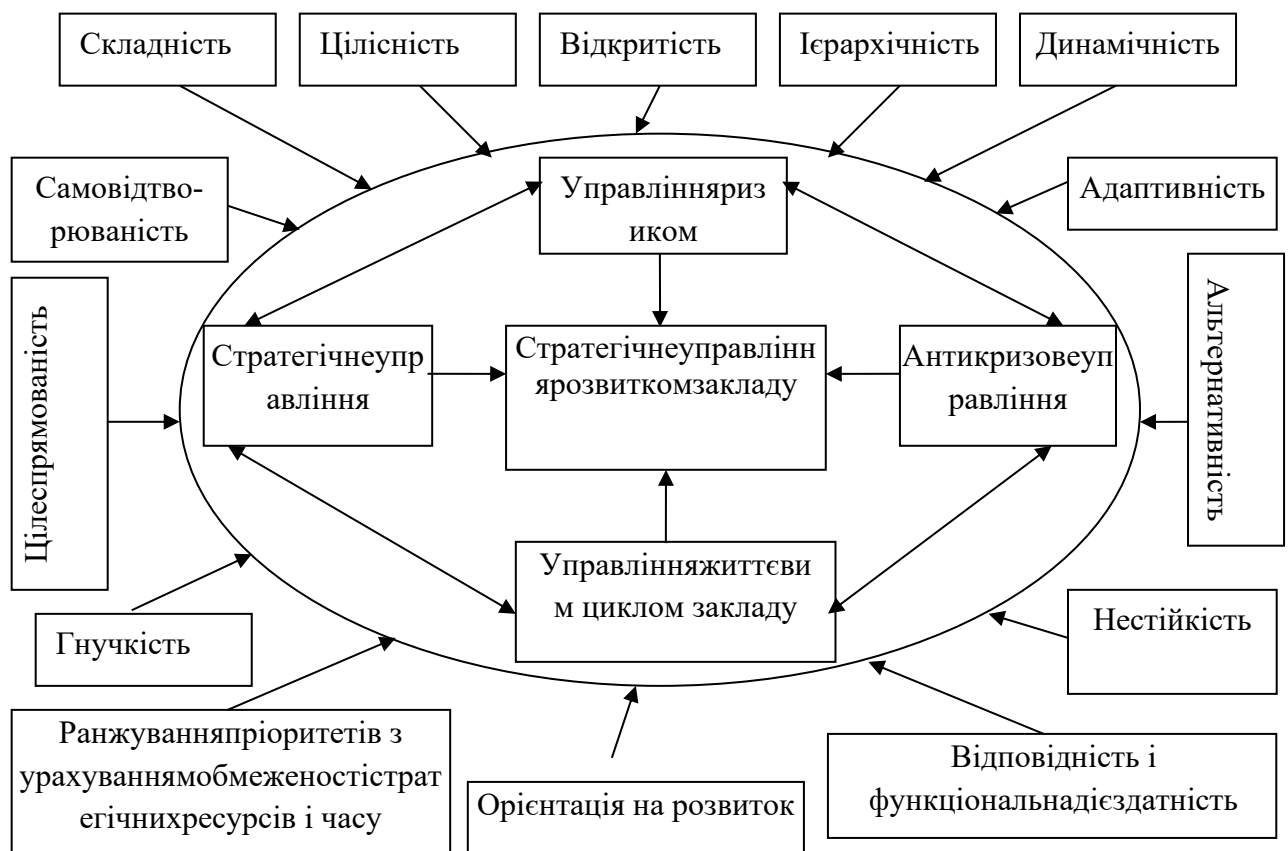


Рис. 1.3. Формування теоретичних засад стратегічного управління розвитком закладу охорони здоров'я

Отже, при стратегічному управлінні розвитком закладу охорони здоров'я у процесі прийняття стратегічних управлінських рішень необхідно актуалізувати всі складові комплексного механізму стратегічного і антикризового управління, управління ризиком і життєвим циклом закладу охорони здоров'я. За умов реалізації такого підходу буде сформовано

необхідний інформаційний базис для вибору адекватного стратегічного управлінського рішення, що забезпечить конкурентну перевагу на ринку медичних послуг і збереження життєздатності у галузі.

1.2. Теоретико-методологічні засади функціонування системи охорони здоров'я України

Питання забезпечення ефективного функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я декілька років поспіль є найбільш обговорюваними в українських наукових колах, що пов'язано з необхідністю її реформування та підвищення стійкості в умовах глобальних викликів і потрясінь. Визначення теоретико-методологічних засад функціонування системи охорони здоров'я України можуть слугувати підґрунтям для подальших наукових пошуків найбільш оптимальних умов та інструментів забезпечення невідпинного підвищення якості надання медичних послуг та покращення рівня здоров'я населення.

Тематичне спрямування наукових пошуків українських науковців в напрямку реформування й розбудови національної системи охорони здоров'я є доволі різновекторним. Серед проблем, що розглядаються, можна зазначити: пошук напрямів забезпечення стійкості системи охорони здоров'я (О. Фірсова [38]), оцінювання фінансового стану медичного закладу в умовах реформи (К. Черненко, Г. Семененко, О. Луконін [29]), формування механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств (І. Алшарф [27]), ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я (С. Назарко [26]), визначення поняття «охорона здоров'я» (О. Терзі [24]), адміністративно-правові засади контролю у сфері охорони здоров'я (О. Ліфінцев [22]) тощо. При цьому недостатньо приділено уваги визначенню теоретико-методологічних засад функціонування системи охорони здоров'я, таким як цілі і функції, складові елементи, класифікаційні ознаки, що є підґрунтям для проведення подальших аналітичних досліджень.

Під час визначення сутності поняття «система охорони здоров'я» ми виходили з того, що основне змістове навантаження припадає не на слово «система», а на словосполучення «охорона здоров'я». На жаль одностайність щодо визначення сутності поняття «система охорони здоров'я» серед вітчизняних науковців наразі відсутня.

Деякі автори трактують це поняття як сукупність певних організацій і ресурсів [1; 23, с. 33], інші – як сукупність соціально-економічних і медичних заходів [21, с. 9] або законодавчо регламентованих заходів [22, с. 6], треті – як специфічний ринок з певною ієрархією і організаційною системою [19, с. 911; 18]. При цьому, призначення цієї системи не викликає непорозуміння серед авторів – покращення здоров'я кожної людини і в цілому населення країни (табл. 1.2).

На нашу думку, найбільш ґрунтовним і близьким до сутності терміну, визначеного на законодавчому рівні [20, ст. 3], є визначення системи охорони здоров'я О. Терзієм як сукупності взаємопов'язаних заходів різного спрямування, що здійснюють державні і недержавні організації задля покращення здоров'я людей [24, с. 49].

Отже, під системою охорони здоров'я ми розуміємо сукупність державних, комунальних і приватних організацій, що складають певне ієрархічне утворення, взаємодіють між собою як суб'єкти і об'єкти управління та реалізують медичні, фінансові, організаційні, соціально-економічні та інші заходи, спрямовані на підтримку оптимальної працездатності і соціальної активності людини завдяки відновленню її фізіологічних і психологічних функцій [97, с. 160].

Система охорони здоров'я України, як і будь-яка інша система, має цілі, функції, складові елементи та особливі характеристики, що дозволяють віднести її до того чи іншого типу.

Таблиця 1.2

Визначення сутності поняття «система охорони здоров'я» в роботах українських авторів*

Автор, джерело	Визначення
Приятельчук О. [19, с. 911]	Система охорони здоров'я являє собою специфічний ринок із властивими йому ієрархією, організаційною системою, правилами та мережевими ланцюгами координації та співпраці
Москаленко В. [1]	Система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка чи відновлення здоров'я. Модель системи охорони здоров'я визначається цілями, принципами та співвідношеннями елементів системи, а також суспільним устроєм, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, історією, релігією, іншими чинниками та системою спеціальних компенсаторів, характерною для кожної окремої країни
Сміянов В. [18]	... система охорони здоров'я розглядається управлінням як керована, єдина, складна, суспільна динамічна система з багатьма складовими елементами. Вони взаємодіють поміж собою і зовнішнім оточенням та об'єднані спільними законами функціонування. Ця система створена і використовується суспільством для здійснення всього комплексу соціальних та медичних заходів, які спрямовані на постійне покращення здоров'я кожної людини та населення країни в цілому
Глушков В. [21, с. 9]	система соціально-економічних і медичних заходів, спрямованих на збереження та підвищення рівня здоров'я кожної людини та населення
Ліфінцев О. [22, с. 6]	система законодавчо регламентованих заходів зі сторони спеціально уповноважених суб'єктів господарської діяльності, що провадять медичну практику, які спрямовані на подання населенню послуг медичного характеру
Білінська М., Радиш Я. [23, с. 33]	відкрита, динамічна, складна соціально-економічна система, що є сукупністю різноманітних державних і недержавних органів та організацій, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих відносин і направлена на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення
Основи законодавства України про охорону здоров'я [20, ст. 3]	охорона здоров'я – система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи - підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни
Терзі О. [24, с. 49]	... охорона здоров'я є системою (сукупністю) взаємопов'язаних і взаємозалежних заходів політичного, правового, організаційного, фінансового, соціально-економічного та медичного характеру, які здійснюються органами державної влади та недержавними організаціями з метою забезпечення довготривалого активного фізичного і психічного життя людини

*Складено автором

Основними цілями системи охорони здоров'я нами визначено:

забезпечення доступності медичної допомоги для усіх громадян; надання медичної допомоги високої якості; забезпечення власної економічної ефективності [18]; постійне покращення показників здоров'я населення; сприяння фінансовій захищеності пацієнтів; забезпечення швидкого і ефективного реагування на будь-які кризові ситуації [25, с. 18].

Під функціями системи охорони здоров'я ми розуміємо сукупність конкретних дій, що забезпечують досягнення цілей її існування і розвитку [97, с. 160].

Відповідно до визначення, наданому у Єдиному термінологічному словнику (Глосарії) з питань управління якості медичної допомоги, «доступність медичної допомоги – це вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи мовних бар'єрів» [30]. Фахівці у галузі медицини, державного управління, економіки, права вважають доступність і якість медичних послуг найбільш важливими стратегічними цілями функціонування будь-якої системи охорони здоров'я.

Результати дослідження соціологічної групи «Рейтинг», проведеного у жовтні 2018 року засвідчили, що 56% українців мають свого сімейного лікаря, 13% зазначили спрощення процедури запису на прийом, 19% взяли участь у програмі «Доступні ліки». Однак, майже чверть українців все ще відкладають лікування через нестачу коштів, а 25% респондентів зазначили, що не відчували ніяких змін після укладання договору з сімейним лікарем [31]. Однією з основних проблем на даний час залишається доступність медичної допомоги у сільській місцевості.

Отже, досягнення цілі щодо забезпечення доступності медичної допомоги для усіх громадян передбачає виконання таких завдань:

- створення оптимальної кількості лікувальних закладів усіх форм власності відповідної медичної спеціалізації;
- створення й розвиток матеріально-технічної бази і кадрового складу закладів охорони здоров'я;

- створення й розвиток транспортної інфраструктури (автомобільні дороги, майданчики для авіатранспорту, парк авіаційних, автомобільних та інших спеціалізованих санітарних транспортних засобів);

- створення умов для застосування сучасних технологій медичного обслуговування (телемедицина, електронні медичні картки, електронні рецепти тощо);

- створення й розвиток телекомунікаційної інфраструктури (широкопasmовий Інтернет, актуальне програмне забезпечення, комп'ютерне обладнання тощо) [97, с. 160].

Якість медичних послуг є складним і багатокритеріальним показником, який залежить від рівня кваліфікації медичних працівників, їх економічно обґрунтованої чисельності, сучасності медичних технологій і обладнання, своєчасності надання допомоги та інших чинників. Однак, навіть у економічно розвинутих країнах існує статистика нанесення шкоди пацієнтам під час лікування.

Функції системи охорони здоров'я щодо забезпечення високої якості медичної допомоги передбачають скоординовані дії органів виконавчої влади і медичних закладів у напрямку:

- ліцензування діяльності суб'єктів медичної практики та контролю дотримання ними ліцензійних вимог;

- сертифікації, атестації і підвищення мотивації медичних працівників;

- акредитації медичних закладів та оцінювання технологій надання медичних послуг;

- сертифікації систем управління якістю медичних закладів;

- запровадження міжнародних і національних стандартів медичної допомоги;

- здійснення аудиту і моніторингу якості медичного обслуговування [97, с. 161].

Досягнення усіх вищезазначених цілей функціонування системи охорони здоров'я не можливо, на нашу думку, без забезпечення економічної

ефективності господарської діяльності медичних закладів. На жаль, наразі не усі керівники медичних закладів мають чітке уявлення про сутність поняття економічної ефективності, що обумовлено тривалим терміном перебування медичних закладів у статусі бюджетних установ.

Навіть у наукових публікаціях, присвячених проблемам забезпечення економічної ефективності закладів охорони здоров'я, автори надають доволі розмите визначення цьому поняттю. Так, С. Назарко визначає економічну ефективність як надання медичної допомоги «таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути марних витрат» [26], а І. Алшарф – як економічну категорію, «що виражає здатність медичного закладу досягати поставлених тактичних і стратегічних цілей з оптимальними витратами ресурсів, які найбільш повно забезпечують реалізацію економічних інтересів його власників» [27, с. 196]. Така ситуація обумовлена тим, що автори керуються визначенням терміну «ефективність», наданому у Єдиному термінологічному словнику (Глосарії) з питань управління якістю медичної допомоги – «досягнення запланованого результату шляхом мінімального використання ресурсів» [30].

Відповідно до визначення, наданого у Тлумачному словнику економіста, «ефективність – відносний ефект, результативність процесу, операції, проекту, що визначається як відношення результату до затрат, які зумовили його одержання. Ефективність виробництва характеризується ринковою вартістю виробленої продукції, поділеної на сумарні затрати ресурсів підприємства» [28, с. 126].

Виходячи з класичного розуміння феномену «економічної ефективності», основними напрямками щодо її підвищення є або сприяння збільшенню обсягів надання медичних послуг (що є некоректним з огляду на головну мету діяльності закладу охорони здоров'я), або зменшення загальних витрат (що може вплинути на якість послуг, які надаються). Таким чином, маємо певні протиріччя, що обґрунтовують відмову керівників медичних закладів від використання показника «економічна ефективність» надання

медичних послуг. Проте, як слушно зауважує І. Алшарф, «в умовах, коли показники економічної ефективності не розраховуються, не нормуються і не плануються, окремі медичні установи і вся система охорони здоров'я приречені бути ресурсномістким і низько ефективними» [27, с. 197].

Суттєвим чинником забезпечення економічної ефективності медичних закладів є їхня автономізація завдяки отриманню статусу некомерційних комунальних підприємств, основними перевагами якої є:

- самостійність керівника підприємства в ухваленні рішень щодо розпорядження активами і фінансами, формування кадрової політики, проектування організаційної структури закладу;

- самостійне встановлення керівником підприємства будь-якої форми оплати праці персоналу;

- підвищення ефективності використання фінансових коштів, що надаються на основі фінансового плану, а не за постатейним кошторисом витрат;

- право медичного закладу мати власний рахунок у будь-якій банківській установі;

- право медичного закладу утворювати об'єднання з іншими підприємствами для перерозподілу функцій та оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів [97, с. 162].

Серед можливих напрямів покращення фінансово-господарської діяльності медичного закладу комунальної форми власності К. Черненко і співавтори [29] зазначають:

- оновлення основних засобів і медичної апаратури, що забезпечить підвищення якості діагностики і лікування та призведе до значного збільшення кількості пацієнтів за умов конкурентного середовища;

- оптимізацію рівня грошових активів поза обігом задля досягнення більш високого рівня ліквідності;

- пошук напрямів збільшення обсягів фінансування діяльності (корпоративне обслуговування підприємств, програми лояльності споживачів,

програми поширення профілактичних заходів);

- розширення переліку джерел фінансування (грантові програми, цільові кредити, лізингу і оренда обладнання, допомога меценатів, інвестування тимчасово вільних грошових коштів);

- інвестування в людський капітал, підвищення продуктивності та ефективності праці;

- оптимізацію статей витрат (енергозберігаючі технології, оптимальність постачань ресурсів, матеріалів, робіт і послуг).

Таким чином, основними функціями системи охорони здоров'я задля забезпечення власної економічної ефективності є:

- розроблення стратегічних планів розвитку на усіх рівнях системи (формулювання цілей, обрання ефективних методів і засобів їх досягнення, визначення обсягів необхідних ресурсів і критеріїв результативності діяльності медичних закладів);

- формування фінансових ресурсів з альтернативних джерел, створення цільових фондів для фінансування програм розвитку охорони здоров'я, управління фінансовими ризиками;

- оптимізація інформаційно-комунікативного забезпечення діяльності медичних закладів (внутрішньо організаційні комунікації, взаємодія з органами державної влади, громадськістю, споживачами медичних послуг);

- підвищення раціональності процесів організації надання медичних послуг [97, с. 162].

Світові тенденції у галузі охорони здоров'я за останні 50-60 років характеризуються переходом від інфекційного до неінфекційного типу патології та суттєвим зростанням витрат на охорону здоров'я на одного мешканця. Серед основних досягнень у сфері охорони здоров'я можна зазначити зростання середньої тривалості життя, розвиток медичних технологій, зокрема профілактичних, застосування генної медицини, винахід нових ліків тощо. Але, поряд з цим, у більшості країн спостерігається старіння населення, посилення негативного впливу на стан здоров'я людини чинників

навколишнього середовища, швидке поширення хвороб через високу мобільність населення, підвищення резистентності мікроорганізмів, брак фінансових ресурсів [97, с. 162].

Найбільш суттєвою загрозою фахівці визнають значне поширення хронічних неінфекційних захворювань, пов'язаних з нездоровим способом життя, незбалансованим харчуванням, низькою фізичною активністю тощо. Смертність від серцево-судинних, онкологічних, хронічних респіраторних захворювань, цукрового діабету, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та малярії складає 60% від загальної кількості випадків [33]. Інтенсивне використання екологічних систем, що віддзеркалюється у значному забрудненні довкілля і зміні клімату, негативно впливає на здоров'я людини і призводить до виникнення екологічно залежної патології.

З огляду на зазначені вище проблеми, особливої актуальності набувають завдання системи охорони здоров'я, що стосуються налагодження системи завчасної профілактики захворювань та невідкладного покращення показників здоров'я населення. На жаль, в Україні на профілактичні заходи за підсумками 2020 року було спрямовано лише 1,7% від загальної суми витрат на охорону здоров'я [32], хоча збільшення масштабів профілактичних заходів спроможне в довгостроковій перспективі сприяти скороченню переліку соціально небезпечних хвороб та чинників ризику їх виникнення.

Функції системи охорони здоров'я, спрямовані на досягнення цілі щодо забезпечення невідкладного покращення показників здоров'я населення, на нашу думку, здебільшого співзвучні з національними індикаторами сталого розвитку, як-то:

- зменшення рівня материнської смертності, смертності новонароджених та дітей віком до 5 років;
- припинення епідемії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та інших інфекційних захворювань;
- посилення профілактики та лікування зловживання наркотичними речовинами;

- зменшення смертності від неінфекційних захворювань (серцево-судинних захворювань, раку, діабету 2-го типу, хронічних респіраторних захворювань);
- забезпечення доступу до основних ліків та вакцин [34, с. 15].

Такі чинники як зростання вартості медичних послуг, неможливість прогнозування потреби в них або їх відстрочення, необхідність оплати послуги в момент її отримання є потенційними загрозами зубожіння населення, що, у свою чергу, обумовлює необхідність розроблення заходів щодо фінансового захисту пацієнтів. Усталеною є думка, що мінімізація ризику зубожіння населення можлива за умови скорочення прямих платежів за надання медичних послуг до 15-20% від їхньої загальної вартості.

На початку 2000-х років в Україні спостерігався високий рівень прямих платежів або виплат «з кишені» з причини недофінансування охорони здоров'я та економічного спаду. Така ситуація призвела до того, що у 2010-2015 роках частка домогосподарств зі значними витратами на медичні послуги «з кишені» зросла з 7,6% до 9,0%, а частка з катастрофічними виплатами «з кишені» збільшилась з 11,5% до 14,5% [35]. За період 2015-2017 років частка витрат населення на охорону здоров'я коливалася від 47,5% до 52,3% від загальних витрат [34, с. 31].

У жовтні 2017 року парламент України прийняв Закон про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, який визначив перелік видів медичної допомоги, що надаються за рахунок коштів Державного бюджету України, а саме: екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітація у сфері охорони здоров'я, медична допомога дітям до 16 років та медична допомога у зв'язку з вагітністю та пологами [36, ст. 4]. Законом визначено, що на реалізацію програми медичних гарантій щорічно повинно спрямовуватись не менше 5% валового внутрішнього продукту України.

Таким чином, досягнення цілі щодо гарантування фінансової захищеності пацієнтів забезпечено реалізацією Програми медичних гарантій,

яка дозволяє кожному пацієнту отримувати необхідні медичні послуги та ліки без виникнення додаткових фінансових труднощів через оплату лікування. Протягом 2021 року пацієнти мали можливість обрати лікарню, звернутися з електронним направленням по медичну допомогу та отримати безоплатну медичну послугу, яку в повному обсязі оплачувала лікарні Національна служба здоров'я України. Тим не менш, уникнути виплат «з кишені» не вдалося, що потребує запровадження антикорупційних механізмів.

Протягом останніх трьох років значно зросла увага до спроможності системи охорони здоров'я швидко і ефективно реагувати на кризові ситуації, що було пов'язано, спочатку, з поширенням пандемії COVID-19, а потім – з військовими діями на території України. Щорічно Україна, як держава-учасниця Міжнародних медико-санітарних правил (ММСП), подає доповідь Всесвітній асамблеї охорони здоров'я про реалізацію вимог до основних можливостей відповідно ММСП та з метою забезпечення транспарентності і взаємної підзвітності між державами-учасницями щодо глобальної безпеки громадської охорони здоров'я в межах механізму моніторингу та оцінки ММСП ВООЗ [97, с. 163].

Держави-учасниці ММСП використовують Інструмент щорічної звітності на основі самооцінки або SPAR, який складається з 35 індикаторів для 15 можливостей ММСП (табл. 1.3), необхідних для виявлення, оцінки, повідомлення, звітності та реагування на ризики для здоров'я населення та надзвичайні події, що викликають стурбованість усередині країни та за кордоном. Результати самооцінки, подані Україною в межах Інструменту e-SPAR, виявили у 2021 році чотири проблеми: людські ресурси (оцінка 40%), підготовка з профілактики інфекцій та інфекційному контролю (оцінка 40%), комунікація з питань ризиків та взаємодія з місцевим населенням (оцінка 47%), зоонозні захворювання (оцінка 40%). Середнє значення для всіх основних можливостей ММСП для України становило 65%, що трохи вище глобального середнього показника (64%) та значно нижче середнього показника Європейського регіону ВООЗ (74%).

**Реалізація вимог до основних можливостей відповідно Міжнародним
медично-санітарним правилам у 2021 році***

Можливості ММСП	Середнє значення для України, у %	Середнє значення по регіону (51 країна), у %	Середнє значення у світі (184 країни), у %
Політичні заходи, правові та нормативні акти для виконання Міжнародних медично-санітарних правил	50	61	52
Координація зусиль по ММСП, функції національних координаторів по ММСП та інформаційна діяльність	60	75	66
Фінансування	80	74	63
Лабораторні служби	76	80	72
Епідеміологічний нагляд	80	85	81
Людські ресурси	40	67	59
Забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та реагування на них	87	77	70
Надання медичних послуг	80	80	72
Підготовка з профілактики інфекцій та інфекційному контролю	40	72	60
Комунікація з питань ризиків та взаємодія з місцевим населенням	47	69	67
Пункти в'їзду і санітарні заходи у прикордонних пунктах	60	65	62
Зоонозні захворювання	40	76	65
Безпечність продуктів харчування	80	78	63
Хімічні події	80	70	54
Радіаційні надзвичайні ситуації	80	74	57

*Складено автором на основі даних [37]

Отримані результати вказують напрями, що потребують реалізації конкретних оптимізаційних заходів на певний момент часу. При цьому, функції системи охорони здоров'я щодо забезпечення здатності швидко і ефективно реагувати на кризові ситуації повинні мати більш масштабний характер та упорядковувати такі питання, як:

- формування й удосконалення інституційного механізму сфери охорони здоров'я для управління надзвичайними ситуаціями;
- забезпечення відповідних медичних закладів витратними матеріалами

і устаткуванням для реагування при надзвичайних ситуаціях;

- створення інформаційно-аналітичних систем для програм зниження ризиків, забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій і реалізації заходів реагування при надзвичайних ситуаціях;

- створення умов для ефективного управління медичними закладами при надзвичайних ситуаціях: забезпечення умов для підвищення ефективності системи швидкої медичної допомоги, запровадження процедур і протоколів управління лікарнями при подіях з масовим кількістю постраждалих, забезпечення безперервності основних медичних програм і послуг, налагодження логістики і функцій оперативної підтримки [38].

Таким чином, функції системи охорони здоров'я підпорядковані її головним цілям, віддзеркалюють впорядковану, закономірну і організовану її поведінку під час взаємодії із зовнішнім середовищем та є проявом властивостей системи (табл. 1.4) [97, с. 164]. Між функціями і структурою системи охорони здоров'я існує певний закономірний взаємозв'язок, оскільки функції будь-якої системи є інтегрованим результатом функціонування її складових елементів.

Координацію діяльності системи охорони здоров'я забезпечує Міністерство охорони здоров'я України через Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях та управління охорони здоров'я Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Структуру охорони здоров'я України утворюють три рівні: національний, регіональний та місцевий. Національний рівень утворюють Міністерство охорони здоров'я України (МОЗУ), Національна служба здоров'я України (НСЗУ) та заклади охорони здоров'я державної форми власності, що підпорядковані МОЗУ. НСЗУ реалізує державну політику у сфері державних закупівель медичних послуг, а її діяльність координує Кабінет Міністрів України через Міністра охорони здоров'я [96, с. 170].

Таблиця 1.4

Цілі і функції системи охорони здоров'я*

Цілі функціонування системи охорони здоров'я	Функції системи охорони здоров'я, що забезпечують досягнення цілей
Забезпечення доступності медичної допомоги для усіх громадян	– створення оптимальної кількості лікувальних закладів усіх форм власності відповідної медичної спеціалізації; – розвиток матеріально-технічної бази і кадрового складу закладів охорони здоров'я; – розвиток транспортної інфраструктури; – створення умов для застосування сучасних технологій медичного обслуговування; – розвиток телекомунікаційної інфраструктури
Надання медичної допомоги високої якості	– ліцензування медичних закладів та контроль дотримання ліцензійних вимог; – сертифікація, атестація і мотивація медичних працівників; – акредитація медичних закладів і оцінювання технологій надання медичних послуг; – сертифікація систем управління якістю медичних закладів; – запровадження міжнародних і національних стандартів медичної допомоги; – здійснення аудиту і моніторингу якості медичного обслуговування
Забезпечення економічної ефективності	– стратегічне планування діяльності на усіх рівнях системи; – формування фінансових ресурсів з альтернативних джерел, запровадження технологій фінансового менеджменту; – оптимізація інформаційно-комунікативного забезпечення діяльності медичних закладів
Покращення показників здоров'я населення	– зменшення рівня материнської і дитячої смертності; – припинення епідемії інфекційних захворювань; – профілактика та лікування зловживання наркотичними речовинами; – зменшення смертності від неінфекційних захворювань; – забезпечення доступ до основних ліків та вакцин
Сприяння фінансовій захищеності пацієнтів	– реалізація Програми медичних гарантій; – запровадження антикорупційних механізмів
Швидке й ефективне реагування на кризові ситуації	– формування й удосконалення інституційного механізму сфери охорони здоров'я; – забезпечення медичних закладів витратними матеріалами і устаткуванням; – створення інформаційно-аналітичних систем для програм зниження ризиків, забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій і реалізації заходів реагування; – створення умов для ефективного управління медичними закладами при надзвичайних ситуаціях

*Складено автором

Регіональний рівень системи охорони здоров'я утворено Міністерством

охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях, державними закладами охорони здоров'я та закладами охорони здоров'я, що територіальним громадам (обласні лікарні, діагностичні центри тощо). Місцевий рівень системи охорони здоров'я утворюють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (рис. 1.4).

Триланковість системи управління охороною здоров'я в Україні є результатом поділу медичної допомоги на первинну, вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) лікувально-профілактичну допомогу. Первинна допомога надається за територіальною ознакою лікарями загальної практики. Суб'єктами управління для закладів первинної ланки є: у містах – управління охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради; у селах – головний лікар району.

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога надається населенню у спеціалізованих міських, центральних районних і частково в обласних лікарнях. Суб'єктами управління для закладів вторинної ланки є: головний лікар району – для центральної районної лікарні; відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради – для міських лікарень; управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації – для обласних лікарень.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих республіканських лікарнях, диспансерах, санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах Академії медичних наук України, медичних установах, які є клінічними базами медичних закладів вищої освіти та Інститутів удосконалення лікарів. Суб'єктами управління для закладів третинної ланки є: управління охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради – для міських лікарень; управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації – для обласних лікарень; Міністерство

охорони здоров'я України – для центральних спеціалізованих лікарень, клінік, медичних університетів, академій і інститутів удосконалення лікарів [96, с. 170].



Рис. 1.4. Інфраструктурні складові системи охорони здоров'я України*

*Складено автором

Показники діяльності закладів охорони здоров'я в Україні протягом 2010-2020 років мали негативну динаміку за виключенням чисельності

амбулаторно-поліклінічних закладів, загальна кількість яких зросла на 17,5% (табл. 1.5). Найбільшого скорочення за вказаний період зазнали чисельність медичних закладів (-40,6%), число лікарняних ліжок (-31,2%) та чисельність середніх медичних працівників (-29,2%). Найбільш суттєве скорочення зазначених показників відбулося у наслідок тимчасової окупації території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя, територій Донецької та Луганської областей у 2014 році – на 36,5, 22,4 та 20,4% відповідно. Також певне скорочення показників діяльності відбулося у результаті запровадження реформи системи охорони здоров'я [96, с. 171].

Таблиця 1.5

Показники діяльності закладів охорони здоров'я в Україні [39]

Показники	Роки						Відхилення 2020 р. до 2010 р., %
	2010	2015	2017	2018	2019	2020	
Число медичних закладів, тис. од.	2,8	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	-42,9
Число лікарняних ліжок, тис. од.	429	333	309	302	295	275	-35,9
Забезпеченість ліжками на 10000 населення, од.	94,0	78,1	73,1	71,8	70,7	65,6	-30,2
Число амбулаторно-поліклінічних закладів, тис. од.	9,0	10,0	10,4	10,5	10,6	10,6	+17,8
Чисельність лікарів, тис. осіб	225	186	186	186	185	180	-20,0
Забезпеченість лікарями на 10000 населення, осіб	49,3	43,7	44,1	44,2	44,3	43,0	-12,8
Чисельність середнього медичного персоналу, тис. осіб	467	372	360	345	330	309	-33,8
Забезпеченість середнім медичним персоналом на 10000 населення, осіб	102,4	87,3	85,4	82,3	79,2	73,8	-27,9

Тим не менш, фахівці вважають, що наявна інфраструктура галузі все ще є доволі громіздкою, оскільки в розвинутих країнах зазначені показники є набагато нижчими, і це не призводить до погіршення результативності національних систем охорони здоров'я. Серед основних недоліків української системи охорони здоров'я до 2017 року неодноразово зазначалось: домінування спеціалізованої і стаціонарної медичної допомоги; нераціональне використання потенціалу амбулаторно-поліклінічних закладів із-за значної їх

кількості; відсутність поділу на заклади первинної та вторинної допомоги; невідповідна кваліфікація та незадовільна мотивація дільничних лікарів.

Потреба в оптимізації структури системи охорони здоров'я обумовлена неспроможністю бюджетної системи України фінансувати розгалужену і громіздку медичну інфраструктуру, яка залишалася у спадок від СРСР. Саме певний механізм фінансування є класифікаційною ознакою для поділу систем охорони здоров'я на чотири типи: модель Беверіджа, модель Бісмарка, модель національного медичного страхування і модель «з власної кишені». Класифікація, запропонована експертами ВООЗ, виокремлює три типи систем: державні (системи Беверіджа і Семашка); система, заснована на страхуванні здоров'я (система Бісмарка); недержавна, ринкова або приватна система охорони здоров'я (табл. 1.6) [96, с. 171].

Наведені у табл. 1.6 назви моделей систем охорони здоров'я наразі мають більш теоретичний характер, оскільки кожна країна формує свою індивідуальну систему, яка може поєднувати характеристики різних моделей. При цьому критеріальними ознаками організації управління охороною здоров'я є: обсяг державних гарантій; джерела фінансування медичної галузі; статус замовника і надавача послуг; механізм державного управління охороною здоров'я; інститути захисту прав пацієнтів та надавачів медичних послуг. Відношення прав власності, способи фінансування та механізми стимулювання медичних працівників і споживачів послуг виступають головними економічними характеристиками системи охорони здоров'я [18].

Дві протилежні ідеології функціонування медичної галузі, солідарна і лібертарна, є цілком виправданими і такими, що відповідають очікуванням і потребам споживачів медичних послуг. Провідним принципом солідарної ідеології є забезпечення рівноправного та безкоштовного доступу споживачів до базового набору медичних послуг за рахунок надходження коштів до загального бюджету у формі податків [96, с. 171].

Таблиця 1.6

Характеристики різних моделей систем охорони здоров'я*

Назва моделі	Роль держави	Джерела фінансування	Переваги	Недоліки	Країни, що мають таку модель
Державна модель (системи Беверіджа)	гарантує надання медичної допомоги всім громадянам	– державний бюджет	– доступність медичної допомоги для усіх громадян; – проста технологій фінансування лікувально-профілактичних закладів; – проста система оплати праці медичних працівників	– відсутність чинників ринкового стимулювання; – слабка мотивація до підвищення якості медичних послуг; – необхідність вкладання значних фінансових ресурсів з державного бюджету у розвиток галузі	Велика Британія, Ірландія, Швеція, Фінляндія, Канада, Іспанія
Державна модель (системи Семашка)	централізоване державне управління та контроль	– державний бюджет; – державні фонди постачання матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення	– ефективна при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії); – доступність медичної допомоги для всіх верств населення	– низькі показники розвитку медичної допомоги; – відсутність мотивації щодо підвищення якості послуг; – низький рівень заробітної плати медичних працівників	країни, що утворилися після розпаду СРСР
Модель, заснована на страхуванні здоров'я (система Бісмарка)	регламентує діяльність державних або приватних страхових компаній	– податки у суспільні фонди; – суспільні фонди медичного страхування; – змішана система фінансування	– принцип солідарної оплати медичної допомоги; – доступність медичної допомоги для всього населення країни	– великий адміністративний апарат; – складна система розрахунків з лікувальними закладами; – високі витрати на утримання страхової інфраструктури	Бельгія, Франція, Німеччина, Японія, Люксембург, Нідерланди
Недержавна, ринкова або приватна модель	законодавче регулювання відносини суб'єктів ринку медичних послуг, реалізація окремих програм, що фінансуються з державного бюджету	– приватні страхові фонди; – внески з приватних джерел; – прямі виплати споживачів медичних послуг; – комбінування вищезазначених джерел	– стимулювання розвитку нових технологій; – інтенсивна діяльність медичних працівників; – підвищення якості надання медичних послуг у наслідок конкуренції; – мобільність ресурсів	– нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення; – високі витрати на послуги; – відсутність державного контролю розвитку пріоритетних напрямів охорони здоров'я; – можливість не доброчесної конкуренції між надавачами медичних послуг	США, Індія, Китай, країни Африки та Південної Америки

*Складено автором за [18; 40]

В основі лібертарної ідеології лежить трактування медичної послуги як товару, характеристики і ціну якого регулюють основні ринкові механізми – пропозиція і попит, а якість визначається купівельною спроможністю споживачів (ціною страхового полісу).

Між тим слід зауважити, що доволі поширеною тенденцією для багатьох європейських систем охорони здоров'я стає усе більше послаблення втручання держави у процеси забезпечення медичного обслуговування, що обумовлено появою нових соціальних інститутів, які переймають на себе ці функції.

Сучасні системи охорони здоров'я країн з розвинутою економікою характеризуються такими ознаками:

1. Фінансування діяльності медичних закладів за рахунок відрахувань з доходів підприємств, з державного бюджету та за рахунок страхових внесків населення.

2. Медична допомога робітникам і членам їхніх родин фінансується виключно за рахунок підприємств.

3. Стимулювання конкуренції між надавачами медичних послуг завдяки вільного вибору лікаря та медичного закладу споживачами, що, у свою чергу, сприяє підвищенню якості медичної допомоги.

4. Наявність розвинутої системи добровільного медичного страхування [96, с. 171].

Серед основних напрямів модернізації національних систем охорони здоров'я країн світу можна виокремити міжнародну уніфікацію стандартів надання медичних послуг, розвиток ринкових механізмів функціонування систем охорони здоров'я, урегулювання обсягів витрат населення на медичне обслуговування. Заходами оптимізації медичного обслуговування при цьому виступають:

- 1) перепрофілювання закладів охорони здоров'я з лікування на передчасну діагностику та профілактику захворюваності, що, у кінцевому підсумку, призводить до зниження рівня захворюваності, полегшення протікання хвороби, скорочення видатків на лікування;

2) лікування захворювань на ранніх стадіях, що також сприяє економії обмежених фінансових, матеріальних і людських ресурсів.

Отже, кожна країна стикається з індивідуальними проблемами при створенні й розбудові системи медичної допомоги. Усі системи мають унікальні характеристики і особливості, поява яких обумовлена необхідністю врахування національного менталітету, проблем зі здоров'ям і рівня життя населення, пріоритетами і спрямуванням соціальної політики держави. Тому безоглядне переймання навіть дуже прогресивного досвіду не завжди виправдано.

Модель Семашка, створена у 1918 році, наразі не відповідає сучасним вимогам щодо необхідності застосування високовартісних медичних технологій та не спроможна забезпечити надання медичних послуг високої якості. Саме це стало основним обґрунтуванням необхідності проведення медичної реформи в Україні. Схвалення Кабінетом Міністрів України наприкінці 2016 року концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я стало відправною точкою для реалізації головного інструменту реформування системи – створення госпітальних округів в Україні [96, с. 172].

Відповідно до визначення, наданого у Законі України «Основи законодавства України з охорони здоров'я», госпітальний округ – це «територія, у межах якої забезпечено надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги шляхом організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [20, ст. 3].

Постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» від 28 лютого 2023 року було затверджено «Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж», в якому спроможна мережа закладів охорони здоров'я визначена як «мережа надавачів медичних послуг, що забезпечує медичне обслуговування у межах відповідного госпітального округу, зокрема під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного чи воєнного стану, та дає змогу організувати належну якість такого обслуговування,

своєчасність та доступність для населення, а також ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів» [41, п. 2].

Законотворцем встановлено таку структуру госпітального округу:

1) межею округу визначено межі Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя, на території яких розташовано надкластерні заклади охорони здоров'я:

- одна багатопрофільна лікарня для дорослих;
- одна багатопрофільна лікарня для дітей;
- не більше одного закладу, який виконує функцію головного центру з надання медичної і реабілітаційної допомоги за фтизіопульмонологічним або інфекційним, онкологічним, кардіологічним, психіатричним, перинатальним напрямками;

2) до складу госпітального округу входять госпітальні кластери, які функціонують у межах адміністративних районів областей. Мережу госпітального кластеру складають:

- кластерні заклади охорони здоров'я з розрахунку – один заклад на 120 тис. осіб (у обласних центрах – на 150 тис. осіб) з урахуванням територіальної доступності населення до такого закладу;

– загальні заклади охорони здоров'я, які повинні мати певну фінансову стійкість, забезпечувати доступність до медичної допомоги у радіусі 60 кілометрів та мати найменшу можливу кількість місць надання медичних послуг відповідно до базового переліку напрямів медичного обслуговування;

- надавачі первинної медичної допомоги;
- центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф із пунктами постійного базування бригад швидкої медичної допомоги (рис. 1.5) [96, с. 173].

Пункти постійного базування бригад швидкої медичної допомоги повинні бути розташовані таким чином, щоб відповідати нормативу прибуття на місце події, який становить 20 хвилин з моменту надходження звернення до оперативно-диспетчерської служби [42, п. 4].



Рис. 1.5. Структура госпітального округу*

*Складено автором за [41]

Отже, реформування структури медичних закладів України спрямовано на те, що медична допомога при лікуванні найпростіших захворювань надаватиметься у загальних лікарнях, які розташовані якомога ближче до пацієнта, а у разі виникнення більш складних проблем – у кластерних та надкластерних лікарнях, які будуть спроможні надавати високоспеціалізовані медичні послуги. За оцінками МОЗ України, місце і роль надкластерних, кластерних і загальних лікарень у наданні медичних послуг повинні бути визначені до кінця 2022 року таким чином: у загальних лікарнях розвиватимуться відділення ургентної медичної допомоги, а в кластерних та надкластерних – відділення екстреної медичної допомоги з цілодобовим прийомом [43].

При цьому необхідно зауважити, що провідною технологією формування ефективної системи медичних закладів повинно бути стратегічне планування на усіх рівнях національної системи охорони здоров'я [96, с. 173].

1.3. Механізм стратегічного управління сферою охорони здоров'я

У світлі реформування національної системи охорони здоров'я проблеми стратегічного планування і стратегічного управління галуззю все частіше стають об'єктами досліджень вітчизняних науковців. Значна чисельність публікацій у даному напрямку обумовлена наявністю певних недоліків у механізмі державного стратегічного управління сферою охорони здоров'я, що віддзеркалюється у формальному характері стратегічного планування розвитку галузі, неефективному контролі за реалізацією обраної стратегії, неузгодженості певних стратегічних дій [95].

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить про достатньо широке коло питань, що стосуються проблеми стратегічного управління сферою охорони здоров'я, до вирішення яких виявляють інтерес вітчизняні автори. Так, В. Галай спрямовує увагу на аналіз чинної нормативно-правової бази та стану реалізації реформи у сфері охорони здоров'я в Україні за період до 2020 року, формування нових аспектів державної політики та визначення пріоритетів при розробці положень Стратегії реформування системи охорони здоров'я до 2030 року [50], Д. Рябець розглядає процес формування концептуальних засад стратегічного управління сферою охорони здоров'я [51], І. Трикоз досліджує концептуальні засади розвитку охорони здоров'я шляхом визначення основних напрямів стратегії її розвитку [52], Ю. Вороненко вивчає теоретичні і практичні аспекти стратегічного управління в галузі охорони здоров'я та підходи до розробки стратегії [53], О. Радченко і В. Лагодієнко досліджують сутність стратегії як основи наукових досліджень, що забезпечують системний підхід до аналізу явищ і процесів, які відбуваються в соціально-економічних системах, на прикладі національної системи охорони здоров'я, а також моделювання динамічного бачення довгострокових перспектив суспільного розвитку медичної галузі в умовах глобалізації [54], Ф. Стецюк досліджує сутність процесу стратегічного

планування [55].

Не заперечуючи внеску зазначених науковців у процес пізнання й удосконалення стратегічного управління сферою охорони здоров'я, вважаємо, що питання формування збалансованого і ефективного механізму цієї діяльності досліджено недостатньо.

Аналіз наукових публікацій з проблем стратегічного управління галуззю охорони здоров'я (медичними закладами) виявив застосування авторами різних підходів до трактування сутності і співвідношення понять «стратегічне управління», «механізм стратегічного управління» і «стратегічне планування» [95]. Так, на думку Д. Рябця, основою концепції стратегічного розвитку галузі охорони здоров'я є її місія та принципи, які є підґрунтям для визначення цілей, стратегій і планів їх реалізації [51, с. 124]. Якщо розуміти під стратегічним розвитком стратегічне управління, то виникає певна невідповідність, оскільки визначення місії можна вважати основоположним у процесі розроблення стратегії, але основною ідеєю концепції стратегічного управління є необхідність врахування взаємозв'язку між зовнішнім і внутрішнім середовищем при формулюванні цілей довгострокового розвитку суб'єкта управління [60, с. 83].

За визначенням О. Радченка і В. Лагодієнка, розроблення стратегії галузі охорони здоров'я передбачає визначення напряму дій органів державної влади щодо вирішення проблем, досягнення цілей і виконання завдань функціонування системи охорони здоров'я [54, с. 40].

Ми погоджуємося з таким визначенням, але вважаємо доцільним наголосити на тому, що стратегія, відповідно наданому у «Тлумачному словнику економіста» визначенню, – це форми і методи перспективних дій, пов'язаних з вирішенням основних проблем і досягненням перспективних цілей [56, с. 237]. Тобто стратегія передбачає застосування відповідних форм і методів реалізації заходів, а не лише визначення їх напряму, з метою досягнення цілей розвитку, а не просто функціонування галузі.

Автор Ф. Стецюк переконаний, що стратегічне управління реалізується

через стратегічне планування з врахуванням публічної політики, очікувань суспільства, нової інформації, доказової бази, показників реального стану здоров'я населення, трендів медійного простору [55, с. 323].

Вважаємо таке визначення дещо неактуальним, оскільки стратегічне управління, на сучасному етапі свого розвитку, повинно враховувати такі об'єктивні процеси як: глобалізація соціально-економічних процесів, діджиталізація процесів управління, інтенсифікація інноваційної діяльності, економіка знань, пріоритет розвитку персоналу над продуктивністю, необхідність розроблення стратегічних планів знизу-догори з метою врахування й задоволення потреб суспільства [57].

Таким чином, під стратегічним управлінням галуззю охорони здоров'я ми розуміємо діяльність з визначення й забезпечення досягнення довгострокових цілей її інноваційного розвитку з урахуванням загальновизнаних пріоритетів, дотриманням основних принципів стратегічного планування, раціонального використання наявного потенціалу галузі, врахуванням впливу чинників зовнішнього і внутрішнього її середовища. Відповідно стратегія розвитку – це документ (план), який визначає довгострокові цілі розвитку, заходи щодо їх досягнення, перелік необхідних ресурсів, підходи, прийоми і методи контролю запланованих заходів [95].

Автори «Тлумачного словника економіста» С. Гончаров і Н. Кушнір визначають сутність дефініції «механізм» як сукупності «процесів, прийомів, методів, підходів; здійснення певних дій задля досягнення мети», а «механізм управління» – як способу «організації управління суспільним виробництвом з притаманними йому формами, методами, засобами, що відповідають кожній історичній епосі та соціально-економічному устрою» [56, с. 185]. Науковець П. Присяжнюк дає визначення поняттю «механізм управління» як складному та багатоетапному процесу, що включає такі складові елементи як прогнозування, планування розвитку, мотиваційне, організаційне, інформаційне та інше забезпечення, методи і способи управління, завдяки

яким керуюча система впливає на керовану [59].

Отже, відповідно до вищезазначених концепцій, механізм стратегічного управління галуззю охорони здоров'я являє собою сукупність певних складових елементів, як-то: інституціональне, інформаційне, науково-методичне, організаційне і ресурсне забезпечення довгострокового інноваційного розвитку галузі з метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я [95].

Під інституційним забезпеченням стратегічного управління галуззю охорони здоров'я ми розуміємо усіх учасників процесу розроблення й реалізації стратегії розвитку галузі. При цьому сутність терміну «інститут» ми розуміємо як «абстрактну функціональну модель конкретних організацій, що фіксує їх видовий статус і найзагальніші інституційні риси» [61, с. 61]. Серед таких інститутів слід зазначити:

- центральні органи влади (КМУ, Президент, МОЗ, Мінрегіон, Мінфін, НСЗУ, Держлікслужба);
- державні підприємства (ДП «Медичні закупівлі»);
- органи місцевої влади (місцеві державні адміністрації) та місцевого самоврядування (ради народних депутатів адміністративно-територіальних одиниць);
- міжнародні організації (ВООЗ, Світовий Банк, МФ «Відродження», міжнародні проекти технічної допомоги, Національний демократичний інститут);
- медичні організації;
- пацієнтські організації (БФ «Пацієнти України», БО «100% Життя»);
- громадські організації (Всеукраїнське лікарське товариство, Всеукраїнська громадська організація «Фармацевтична асоціація «ФАРМУКРАЇНА», Громадська спілка «Орфанні захворювання України», Громадська організація «Всеукраїнська рада захисту прав та безпеки пацієнтів», Громадська спілка «Коаліція Реанімаційний Пакет Реформ», всеукраїнське громадське об'єднання Інститут «Республіка») (рис. 1.6) [95].

Головною метою залучення представників зазначених інститутів до розроблення стратегії розвитку системи охорони здоров'я є забезпечення її виваженості і збалансованості, що передбачає узагальнення думок і пропозицій лікарів, науковців, пацієнтів і громадських експертів.

Провідна роль у організації процесу розроблення стратегії розвитку системи охорони здоров'я належить МОЗ України. Для розроблення «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років» було створено Стратегічну дорадчу групу з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні (СДГ) [62] за ініціативою керівництва країни та Джорджа Сороса.

Головне завдання діяльності СДГ передбачало залучення висококваліфікованих українських і іноземних фахівців до консультативної допомоги з визначення стратегічних підходів до реформування галузі за участю міжнародних донорів [95].

У грудні 2021 року для розроблення проєкту «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» МОЗ України було утворено міжсекторальну робочу групу (МРГ), до складу якої увійшли експерти МОЗ, НСЗ, Держлікслужби, ДП «Медичні закупівлі», експерти ВООЗ, представники міжнародних проєктів технічної допомоги, практикуючі лікарі, управлінці сфери охорони здоров'я, пацієнтські організації, представники органів місцевого самоврядування та керівники медичних закладів [44]. Головна мета створення МРГ – формування політики за всіма напрямками, що забезпечують розвиток системи охорони здоров'я [45]. Також було утворено п'ять підгруп МРГ за окремими тематичними напрямками, до складу яких увійшло понад 80 експертів. На офіційному сайті МОЗ у рубриці «Стратегія» відбувалося оприлюднення матеріалів роботи підгруп МРГ [95].



Рис. 1.6. Складові елементи механізму стратегічного управління сферою охорони здоров'я України*

*Складено автором

За сприяння Національного Демократичного Інституту (НДІ), «Коаліції Реанімаційний Пакет Реформ» та Інституту «Республіка» МОЗ України запровадило проведення публічних консультацій у режимі онлайн на платформі Zoom, цілю яких було збирання і опрацювання рекомендацій від зацікавлених сторін до змістового наповнення Стратегії. У якості зацікавлених сторін виступали: керівники закладів охорони здоров'я, лікарі усіх ланок, медичний персонал, профільні асоціації, представники органів місцевого самоврядування, громадські організації, пацієнти, експерти та науковці, представники та студенти медичних навчальних закладів, представники бізнес-спільноти [95].

З 07 по 14 грудня 2021 року на загальне обговорення були винесені питання універсального охоплення послугами охорони здоров'я, громадського здоров'я, готовності та реагування на надзвичайні ситуації, залучення людей та громад, врядування у сфері охорони здоров'я, кадрового забезпечення системи охорони здоров'я. При цьому формат консультацій передбачав: виступи представників МОЗ, виступи інших експертів з питань охорони здоров'я, серію запитань і відповідей, роботу учасників у групах, презентацію розроблених рекомендацій [46]. Такий формат розроблення стратегії розвитку галузі є більш прогресивним у порівнянні з практикою минулих років, але, з огляду на зміни парадигми стратегічного управління, підвищення якості стратегічних документів потребує запровадження технології їх складання знизу-догори.

Так, досвід планування медичних послуг у Великій Британії зосереджує увагу на необхідності збалансування об'єктивного, технічного виміру планування з реаліями контексту, в якому воно відбувається. При цьому підґрунтям для планування медичних послуг можуть бути будь-які зміни, що виникають внаслідок:

- реформи охорони здоров'я, які змінюють підзвітність і прийняття рішень у Національній служби охорони здоров'я (NHS);
- потреби в охороні здоров'я, які можуть змінюватися з часом

відповідно до вікової структури та профілю здоров'я населення (наприклад, збільшення кількості людей похилого віку);

- технологічний прогрес, який є основним чинником витрат на охорону здоров'я та має значний потенціал для покращення результатів і ефективності медичних послуг;

- програми на базі доказів, що встановлюють стандарти якості та специфікують послуги [95].

Механізм планування медичних послуг у Великій Британії передбачає:

1. Спільну оцінку стратегічних потреб (JSNA). Відповідно до Закону про місцеве самоврядування та залучення громадськості до охорони здоров'я (2007 р.) місцева влада, зацікавлені сторони і громадяни проводять спільну оцінку стратегічних потреб щодо здоров'я та добробуту місцевої громади, яка є важливим інструментом (основним набором даних) для комісарів. Висновки JSNA враховують також низку місцевих планів. JSNA забезпечує основу для вивчення всіх чинників, що впливають на здоров'я та добробут місцевих громад, включаючи зайнятість, освіту, житло та чинники навколишнього середовища. Місцеві органи влади, спираючись на цей основний набір даних, використовують чіткі критерії для вибору додаткової, високоякісної та актуальної для місцевих умов інформації, яка формує чітке уявлення про певну територію.

2. Планування медичних послуг. Значна кількість спеціалістів із планування охорони здоров'я є представниками медичних професій. Також до процесу залучають експертів та фахівців з планування. Таким чином, досягається мета щодо реального, а не символічного внеску спільнот і користувачів у процес планування. Для оцінки важливості впливу зацікавлених сторін використовується багато методів, включаючи аналіз зацікавлених сторін [63].

Наразі, за підтримки проєкту міжнародної технічної допомоги «Зміцнення ресурсів для сталого розвитку приймаючих громад на сході України» Програми «Перспективи розвитку східних регіонів України»

німецької федеральної компанії Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH та за участі експертів AICM Ukraine, International Fund / МБФ «AICM Україна» деякі громади розробили «Стратегії здоров'я (Community Health Strategy)» [64; 65; 66]. Зазначені документи складено за однаковим шаблоном (зразком), проте, у додатках розміщено результати проведених опитувань серед жителів і медичних працівників громад. На нашу думку, саме таку інформацію необхідно використовувати у якості базової під час стратегічного планування, хоча її структура потребує перегляду і вдосконалення [95].

Інформаційне забезпечення стратегічного управління системою охорони здоров'я передбачає використання й узгодження таких джерел інформації як: Закони України і підзаконні нормативно-правові акти; Національні стратегії розвитку; міжнародні документи у сфері охорони здоров'я; статистична звітність, комплексні обласні програми, галузеві програми, обласні програми, обласні цільові соціальні програми та ін. [95].

Процес розроблення стратегій розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні регламентовано низкою нормативно-правових актів, серед яких: Закони України «Про місцеве самоврядування в Україні», «Про стимулювання розвитку регіонів», «Про засади державної регіональної політики»; Порядок розроблення регіональних стратегій розвитку і планів заходів з їх реалізації, а також проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації зазначених регіональних стратегій і планів заходів, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 11.11.2015 № 932; Методичні рекомендації щодо формування і реалізації прогнозних та програмних документів соціально-економічного розвитку об'єднаної територіальної громади, затверджені наказом Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 30.03.2016 № 75; Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року [49].

Розроблення проєкту «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до

2030 року» здійснювалось на виконання Указу Президента України від 18 серпня 2021 року № 369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [47]. Однією з вимог до такого роду документів є їх узгодження з чинними національними стратегіями, як-то: Національна економічна стратегія [67], Стратегія економічної безпеки [68], Стратегія із створення безбар'єрного простору [69], Стратегія людського розвитку [70], Стратегія регіонального розвитку на 2021-2027 роки [71] та ін. Кожна із зазначених ратифікованих стратегій має пункти, що визначають певні перспективи розвитку системи охорони здоров'я, тому розроблювана стратегія розвитку галузі не повинна суперечити раніше визначеним цілям. Основою для розроблення стратегій розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні, відповідно, є Стратегії регіонального розвитку, Державна стратегія регіонального розвитку України, Стратегія сталого розвитку України.

Важливою вимогою до процесу розроблення стратегії розвитку галузі є її узгодження зі світовими та європейськими стандартами, такими як: права і обов'язки населення і медичних працівників; медична інформація і звітність; управління та організація охорони здоров'я; лікарські засоби, протоколи лікування основних захворювань; міжнародна кваліфікація хвороб; підготовка кадрів, атестація та ліцензування діяльності тощо. Такими документами є стандарти, рекомендації, модельне законодавство ВООЗ, хартії, декларації ООН, стандарти і стратегії європейського бюро ВООЗ [48], Світового банку та інших організацій. Відповідними міжнародним стандартам документами України є: Стратегія та план заходів щодо забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 року [72]; Державна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року [73].

Отже, вищезазначені документи визначають спрямування стратегії

розвитку системи охорони здоров'я, її цілісність і відповідність іншим напрямам діяльності держави щодо забезпечення певного рівня життя населення. Однак, вони не можуть слугувати базою для визначення показників розвитку, тому під час розроблення стратегічних планів використовують дані медичної статистики, яка вивчає: кількісні та якісні характеристики здоров'я населення; розвиток системи охорони здоров'я в країні; вплив на неї соціально-економічних, медико-біологічних та інших чинників; використання різноманітних статистичних методів для оброблення та аналізу результатів медичних досліджень (клінічних, експериментальних, епідеміологічних, гігієнічних, медико-соціальних) [74].

В Україні функціонує структурована служба Медичної статистики, центральним органом і координатором якої є Центр медичної статистики МОЗ України. З 2008 року запроваджено збирання статистичної інформації від усіх закладів охорони здоров'я, не залежно від відомчої підпорядкованості та форми власності. Для цього у всіх областях України створено обласні інформаційно-аналітичні центри Медичної статистики, а в закладах охорони здоров'я – інформаційно-аналітичні відділи. Для оброблення інформації застосовується медична інформаційна система «МедСтат». З 01 квітня 2020 року розпочала функціонування електронна система охорони здоров'я (e-health), яку складають Центральна база даних і Медичні інформаційні системи (МІСи), автоматичний обмін даними між якими відбувається через відкритий програмний інтерфейс (API) [95].

Узагальнення інформації на рівні ЗОЗ, регіону або держави відбувається за допомогою звітних форм, які, у свою чергу, формуються на основі первинної документації, що складають медичні працівники під час внесення медичних записів до Реєстру системи МІС. На основі первинної медичної документації можливий контроль якості на нижньому рівні для виявлення проблемних ділянок роботи. Таким чином, працює певна система, умовами функціонування якої є: наявність відповідних функціональних обов'язків персоналу щодо ведення первинної медичної документації у визначених

формах і обсягах; наявність ліцензійних вимог до ЗОЗ щодо надання звітності; наявність відповідних фахівців у ЗОЗ та обласних департаментах охорони здоров'я (організаційно-методичні і статистичні відділи); наявність механізму контролю звітної діяльності; наявність відповідної нормативної бази. Наказами МОЗ України затверджена велика кількість річних, піврічних та квартальних звітів. Загально обов'язковими з них є звіти про лікувальну роботу (звіт за формою № 20) та звіт про медичні кадри (звіт за формою № 17), що затверджені наказом МОЗ України № 385 від 10.07.2007 року. Інформація звітних форм узагальнюється та слугує основою для отримання показників, індикаторів якості тощо [95].

Суттєвим інформаційним джерелом для розроблення стратегічних планів розвитку галузі, на наш погляд, є результати опитувань пацієнтів і медичних працівників. Перші можуть слугувати підґрунтям для оцінювання якості медичних послуг, а другі – використовуватись для розроблення напрямів удосконалення процесів надання цих послуг. Опитування пацієнтів є ефективним способом зворотного зв'язку з клієнтами медичного закладу, який може реалізовуватись у формі анкетування на виході, телефонного опитування, E-mail анкетування, особистого або поштового опитування. Кожен з зазначених методів має позитивні і негативні риси. Обрання певного методу залежить від мети опитування та кількості запитань в анкеті. Найбільш розгорнуту інформацію можна отримати під час поштового опитування. У нагоді тут може стати медична інформаційна система, яка містить певний обсяг інформації про клієнтів та може полегшити процес формування вибірки респондентів [95].

Опитування медичних працівників є одним з завдань служби з управління персоналом. Тематичне спрямування таких опитувань може охоплювати широкий спектр питань, як-то: ефективність дії мотиваційних заходів, рівень вмотивованості, бажані напрями професійного розвитку, умови праці, рівень стресостійкості та інші. Також опитування можуть використовуватись з метою визначення потенційних напрямів розвитку

медичного закладу. При цьому необхідно забезпечити достатній рівень валідності і надійності інструментів вимірювання [95].

Ще одним інформаційним джерелом для стратегічного управління сферою охорони здоров'я може слугувати огляд наявних на ринку технічних і технологічних інновацій, як-то: програмне забезпечення, прикладні комп'ютерні програми, медичне обладнання, штучний інтелект, віртуальна реальність, 3D-друк, робототехніка, нанотехнології, високотехнологічна фармацевтика тощо [95].

Якість використовуваної інформації має безпосередній вплив на якість стратегічних цілей і заходів їх досягнення, але не менш важливими є також і наукові методи, що застосовуються під час стратегічного управління. Ці методи є комплексом процедур і дій, спрямованих на виявлення, групування, систематизацію і аналіз інформації щодо стану компонентів системи охорони здоров'я. Більшість наукових і науково-методичних публікацій, що розглядають процес здійснення стратегічного планування у сфері охорони здоров'я [75; 76; 77; 78], пропонують у якості методу діагностики метод SWOT-аналізу. Безперечно цей метод є доволі зручним і доречним під час стратегічного аналізу, але він не є єдиним. При розробці галузевих прогнозів, проектів, програм і планів доцільним може бути використання методів економічного і стратегічного аналізу, а також методів стратегічного планування [94, с. 112].

Економічний аналіз передбачає угруповання і порівняльне оцінювання показників лікувально-виробничої та фінансової діяльності. Головною метою економічного аналізу є оцінка раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я на основі дослідження взаємозв'язку між окремими показниками. Завданнями, які вирішує економічний аналіз є:

- контроль досягнення планових показників;
- вимірювання ефективності використання ресурсів;
- виявлення чинників, що впливають на отримання результатів;
- оцінка результативності управлінських рішень.

Управлінські рішення, які можуть прийматися у результаті проведення економічного аналізу, спрямовані на:

- визначення резервів використання виробничих ресурсів;
- упровадження інноваційних лікувальних технологій;
- визначення ефективності управлінських рішень та медичної допомоги;
- виявлення напрямів підвищення ефективності роботи медичних закладів.

До групи методів економічного аналізу належать:

1. Статистично-економічні методи: статистичне спостереження (з метою збирання цифрових даних, проведення вибіркового обстеження, анкетування, тощо); економічне групування, порівняння, вирахування середніх і відносних показників, коефіцієнтів (індексів) тощо (з метою аналізу матеріально-технічного забезпечення, аналізу лікувального процесу, аналізу розрахунків та розподілу коштів. визначення закономірностей, резервів, темпів змін і інтенсивності явищ).

2. Розрахунково-конструктивні методи: зважування; аналогія; застосування нормативів (з метою розроблення системи заходів, моделей, концепцій, програм розвитку та інших проектів).

3. Абстрактно-логічні методи: індукція і дедукція, аналіз і синтез, порівняння, системно-структурний, формалізації і моделювання, програмування і прогнозування (з метою розроблення моделей, розширення визначень понять, створення системи концепцій і програм) [94, с. 112].

Групу методів стратегічного аналізу складають: розрахунково-аналітичні – балансовий, нормативний та ін.; графоаналітичні – екстраполяційні (трендові), сіткові, регресивно-аналітичні, кореляційний аналіз, метод трендів тощо; економіко-математичні – лінійне, нелінійне, динамічне програмування, теорія ігор та ін.; методи експертних оцінок; специфічні – матричні методи портфельного аналізу [79].

Методами стратегічного планування у сфері охорони здоров'я є:

- програмно-цільовий метод (визначення мети та завдань розвитку відповідно до внутрішньогалузевих цільових параметрів і стандартів з урахуванням стратегічного потенціалу галузі);
- структурно-функціональний метод (оптимізація внутрішньогалузевої структури та забезпечення взаємодії між її елементами з метою задоволення потреб споживачів і зацікавлених сторін;
- факторний метод (визначення індикаторів розвитку галузі на основі оцінювання впливу чинників внутрішнього і зовнішнього середовища);
- індикативний метод (визначення стандартних внутрішньогалузевих індикаторів, що характеризують якісні показники стратегічного розвитку суб'єктів галузі;
- балансовий метод (узгодження наявного і бажаного обсягів матеріальних, нематеріальних і людських ресурсів);
- матричний метод (встановлення взаємозв'язків між чинниками внутрішньогалузевого середовища) [80, с. 94];
- моделі визначення зовнішніх шансів та ризиків (STEEP-аналіз, PEST-чи PESTLE-аналіз);
- сценарне планування;
- методологія стратегічного прогнозування «Форсайт», основу якої становлять численні методи прогнозування, найбільш популярними серед яких є: метод Дельфі, розробка сценаріїв (процес TAIDA: відстеження змін і ознак загроз та потенційних можливостей; аналіз наслідків і складання сценаріїв; з'ясування можливості та створення бачення бажаного розвитку подій; оцінювання інформації, визначення альтернатив і стратегії; встановлення короткострокових цілей, реалізація запланованих заходів), технологічна дорожня карта, формування експертних панелей [88, с. 227].

До методів стратегічного контролю З. Шершньова відносить статистичний контроль, спеціальні повідомлення (звіти), оперативні ревізії, особисте вивчення (у формі співбесід чи інтерв'ю), обстеження, інспектування. При цьому, дослідниця наголошує на тому, що створення

відповідного підґрунтя для забезпечення контролю мають такі методи управління, як бюджетування, «управління за цілями», «управління за результатами», управління за відхиленнями [82]. Тобто ті методи управління, які передбачають визначення конкретних цілей, що значно полегшує процеси контролю. Також доволі поширеною є практика застосування методу «аналізу розриву» для оцінювання обраної стратегії розвитку, який полягає у порівнянні наявного потенціалу галузі з показниками стратегічного плану. У випадку виявлення невідповідності розробляють спеціальну програму дій, спрямовану на усунення «розриву» [94, с. 114].

На думку К. Пастух [83], О. Берданової і В. Вакуленка [84] найбільш ефективними методами контролю виконання стратегічних планів є моніторинг і оцінювання. Моніторинг – це періодичне відстеження результатів виконання робіт з реалізації стратегічного плану. Оцінювання – це визначення відповідності фактичних результатів заздалегідь обраним критеріям [83, с. 50]. Порівняльну характеристику моніторингу і оцінювання подано в табл. 1.7. Процес оцінювання показників реалізації стратегічних планів базується на результатах моніторингу. При цьому моніторинг може здійснюватись по відношенню до ситуації (наявність чи відсутність змін у галузі, зміни державної політики, інституційні зміни тощо), або до процесу (відстеження наслідків виконання стратегічних завдань) [94, с. 112].

Серед форм проведення моніторингу О. Берданова і В. Вакуленко виокремлюють [84, с. 44]: внутрішній моніторинг, який здійснюють члени Робочої групи зі стратегічного планування, економічні підрозділи виконавчих органів місцевого самоврядування; зовнішній моніторинг, який здійснюють зовнішні незалежні експерти або представники уповноважених органів; змішаний моніторинг, який передбачає одночасне застосування попередніх двох форм. Залежно від етапу реалізації стратегії оцінювання може бути: попереднім (з метою прогнозування успішності розробленої стратегії); проміжним (з метою визначення рівня досягнення стратегічних цілей та чинників, що впливають на цей процес); підсумковим (з метою визначення

результатів реалізації стратегії розвитку та фіксації позитивного і негативного досвіду) [94, с. 114].

Таблиця 1.7

**Основні характеристики моніторингу і оцінювання показників
реалізації стратегічних планів [84, с. 41]**

Характеристики	Моніторинг	Оцінювання
Призначення	Виявлення відхилень з метою своєчасного корегування результатів	Аналіз доцільності, економічності, продуктивності, результативності планів, програм і видів діяльності
Періодичність	Проводиться постійно	Проводиться на ключових етапах реалізації стратегії
Мета використання	Опис проблем реалізації стратегії	Пояснення причин виникнення проблем реалізації стратегії і визначення шляхів їх розв'язання
Зміст процедури	Порівняння фактичних результати із запланованими	Аналіз причин недосягнення запланованих результатів
Використання результатів	Інформація використовується для покращання робіт з реалізації стратегії	Інформація використовується як для покращання робіт, так і для уточнення планів на майбутнє

Організаційне забезпечення будь-якого процесу у теорії управління передбачає формування організаційних структур, розподіл повноважень і функцій управління, встановлення комунікаційних зв'язків між елементами організаційної структури, розроблення нормативних документів (методик, регламентів, процедур, посадових інструкцій, наказів, положень тощо), реалізацію організаційних заходів для виконання розроблених управлінських рішень [94, с. 115]. На думку Г. Островерхової, організаційне забезпечення – це «комплекс структур і правил, які створюють умови для нормального протікання тих чи інших процесів, реалізації планів, підтримки функціонування системи на необхідному рівні за рахунок забезпечення необхідними ресурсами, організації взаємозв'язків між окремими елементами та ліквідації відхилень, що можуть виникати у системі» [85, с. 64]. Спираючись на структурно-ресурсний підхід, Е. Камишнікова пропонує розглядати організаційне забезпечення як систему організаційних заходів і засобів, що сприяють нормальній реалізації планів та програм, досягненню поставлених

цілей через використання організаційних ресурсів та побудову ефективної організаційної структури системи [86, с. 62].

Враховуючи наведені визначення, ми розуміємо під організаційним забезпеченням стратегічного управління сферою охорони здоров'я прийоми, підходи, заходи і засоби щодо розподілу повноважень і управлінських функцій між органами публічної влади, нормативного супроводу функціонування медичних закладів, організації комунікаційних процесів між суб'єктами і об'єктами управління, а також усіма зацікавленими сторонами.

Так, Верховна Рада є вищим законодавчим органом України, який формує нормативно-законодавчу базу функціонування та фінансування сфери охорони здоров'я України. Вищим виконавчим органом – Урядом України – повноваження щодо стратегічного планування, реформування, поточного управління, закупівлі ліків та їх розподілу делеговано Міністерству охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я має владні повноваження щодо закладів вищої та середньо-професійної освіти, науково-дослідних інститутів та департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, які, у свою чергу, здійснюють планування та поточне керівництво діяльністю департаментів при районних, міських державних адміністраціях та селищних і сільських органах місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я третинного рівня, закладів охорони здоров'я територіальних громад. Управлінням та департаментам при районних, міських державних адміністраціях та селищних та сільських органах місцевого самоврядування підпорядковані заклади охорони здоров'я первинного і вторинного рівня комунальної власності. МОЗ, департаменти та управління охорони здоров'я здійснюють моніторинг діяльності закладів охорони здоров'я. Контроль якості здійснюється за допомогою адміністративних методів, як-то: протоколи лікування, механізми ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я, сертифікація лікарів (табл. 1.8) [94, с. 115].

Таблиця 1.8

Функції суб'єктів державного регулювання системи охорони здоров'я

України [87, с. 61]

Суб'єкт державного регулювання	Функціональні обов'язки у сфері охорони здоров'я
Верховна Рада України	Формування державної політики у сфері охорони здоров'я через закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я
Президент України	Реалізація державної політики охорони здоров'я, виконання функцій гаранта влади та здійснення інших повноважень, передбачених Конституцією України
Кабінет міністрів України	Організація розроблення і здійснення державних цільових програм, створення економічних, правових і організаційних механізмів, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечення розвитку мережі закладів охорони здоров'я, укладання міжурядових угод і координація міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснення інших повноважень, покладених на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я
Міністерство охорони здоров'я України	Планування і здійснення заходів з реалізації державної політики України, виконання програм у галузі охорони здоров'я та у сфері розвитку медичної науки
Національна служба здоров'я України	Реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення
Верховна Рада АР Крим, Рада Міністрів АР Крим, обласні ради, обласні державні адміністрації (ОДА), управління охорони здоров'я ОДА	Забезпечення реалізації державної політики охорони здоров'я на відповідних територіях, управління закладами охорони здоров'я державної власності та закладами охорони здоров'я, що перебувають у спільній власності територіальних громад (республіканські Автономної Республіки Крим та обласні лікарні, діагностичні центри тощо)
Районні ради, районні державні адміністрації, сільські, селищні ради	Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством
Міські ради, виконавчі комітети міських рад, управління (відділи) охорони здоров'я міських рад	Здійснення управління закладами охорони здоров'я, організація медичного обслуговування населення, забезпечення доступності медичного обслуговування, розвиток лікувальних закладів усіх форм власності

Важливим компонентом організаційного забезпечення стратегічного

управління сферою охорони здоров'я, на нашу думку, є стратегічні комунікації у публічному управлінні, метою запровадження яких є встановлення стратегічного зв'язку між суб'єктами публічного управління (органами публічної влади) і об'єктами (цільовими аудиторіями) шляхом здійснення відповідного впливу. Дослідниця Т. Сивак [88, с. 61] відносить стратегічні комунікації до основних елементів публічно-управлінського процесу, призначенням яких є формування і реалізація публічної політики та стратегій з метою зміни, коригування суспільних станів, подій і явищ.

На думку С. Іщука і В. Дрешпака [89], сферами активної комунікативної взаємодії органів публічного управління з цільовими аудиторіями є: консультації з громадськістю щодо проектів нормативно-правових актів, які мають стосуються прав та обов'язків громадян; утворення спільних консультативно-дорадчих та експертних органів, рад, комісій, груп для забезпечення врахування громадської думки у формуванні та реалізації державної політики; громадський моніторинг підготовки, виконання та експертизи рішень органів публічного управління, подання громадськими радами органам влади експертних пропозицій; виконання спільних інформаційних, аналітично-дослідницьких і соціальних проектів [90, с. 83].

Основними характерними ознаками стратегічних комунікацій є їх орієнтованість на віддалений у часі результат та оперування новими поняттями, що потребує застосування стратегічних інструментів і засобів переконання цільової аудиторії відповідно до розробленого плану (комунікаційної стратегії). Стратегічні комунікації застосовують під час: прогнозування в межах застосування Форсайт технології; роз'яснення суті запланованих змін учасникам реалізації стратегій та програм (міжвідомча комунікація); комунікації з суспільством. Реалізація стратегічних комунікацій повинна відбуватися, з одного боку, з дотриманням принципу децентралізації, який передбачає залучення усіх органів публічної влади до обговорення стратегічних змін, а з іншого – за наявності директивного центру, основним призначенням якого є забезпечення узгодженості розроблених планів

комунікативного впливу із стратегічними цілями розвитку [94, с. 115].

Ресурсне забезпечення стратегічного управління сферою охорони здоров'я повинно передбачати формування фінансових, матеріальних, інформаційних і людських ресурсів у достатньому обсязі та відповідного рівня якості. Безперечним є те, що провідна роль у ресурсному забезпеченні стратегічного розвитку системи охорони здоров'я належить фінансуванню, оскільки саме фінансове забезпечення діяльності медичних закладів дозволяє сформувати матеріальні (медикаменти, медичне устаткування, апаратура, медичні інструменти, перев'язувальні засоби, засоби догляду за хворими тощо), людські ресурси (заробітна плата, підвищення кваліфікації, навчання, стажування, стимулювання, соціальний захист, охорона здоров'я працівників) і інформаційні ресурси (медико-технологічні ІС, медичні інформаційно-довідкові системи, АРМ лікаря, скрінінгові системи, інформаційні системи поліклінічного обслуговування, госпітальні інформаційні системи, електронні медичні карти, електронна охорона здоров'я (E-health)) [94, с. 116].

Як зазначають укладачі звіту «Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні» [91], основоположні зміни у системі фінансування сфери охорони здоров'я України відбулися після прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [92], яким запроваджено Програму медичних гарантій (ПМГ) для усіх громадян, та створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) у якості стратегічного замовника медичних послуг. На кінець 2020 року 68% державних видатків охорони здоров'я було профінансовано за рахунок ПМГ. Однак, за рахунок місцевих бюджетів все ще фінансувалися витрати на оплату комунальних послуг комунальних медичних закладів, їхні поточні і капітальних витрати, що створює певну нерівність, оскільки обсяги коштів, які є у розпорядженні громад, різняться. З 2020 року до ПМГ було включено стаціонарну медичну допомогу, що є суттєвим чинником забезпечення фінансової стійкості домогосподарств. Але, як зазначають, розробники звіту, медичні гарантії не можуть надаватися належним чином у межах поточних

бюджетних обмежень, тому пакет гарантованих медичних послуг населенню профінансований лише частково [94, с. 117].

Тим не менш, позитивними наслідками запровадження нової системи фінансування системи охорони здоров'я є:

- ефективність і стійкість закупівель послуг первинної медичної допомоги (ПМД) на основі капітаційної ставки з урахуванням коригувальних коефіцієнтів залежно від вікової групи;

- зростання частки приватних надавачів ПМД в Україні; запровадження електронних направлень для пацієнтів, які потребують не-екстреної спеціалізованої медичної допомоги, завдяки використанню цифрових технологій;

- застосування електронних рецептів в межах Програми «Доступні ліки» (ПДЛ);

- включення у 2021 році до пакетів ПМГ додаткових послуг (туберкульоз, психічне здоров'я, вакцинація від COVID-19) та запровадження доплат на основі обраних індикаторів якості;

- контрактування надавачів стаціонарної медичної допомоги на тих самих умовах, що і надавачів ПМД (виконання певних вимог до персоналу, оснащення, інфраструктури та надання послуг за затвердженими ПМГ протоколами);

- запровадження з березня 2020 року оплати за пролікований випадок (для допомоги при гострому мозковому інсульті, гострому інфаркті міокарду, пологах, новонародженим у складних неонатальних випадках) [91, с. 2].

Попри зазначені досягнення у реформуванні системи охорони здоров'я України, слід зазначити, що досягнення стратегічних цілей розвитку галузі без достатнього обсягу фінансових ресурсів не можливо. Тобто одним з провідних завдань стратегічного управління повинен бути пошук додаткових джерел фінансування [94, с. 117].

Переважаюча частина науковців і фахівців вважають людські ресурси у сфері охорони здоров'я найбільш важливим стратегічним потенціалом галузі.

Це питання є доволі дискусійним, оскільки складно наразі уявити якісну медичну послугу без сучасного обладнання, лікарських і медичних засобів, але безперечним є цінність знань і умінь лікаря. Тому ми погоджуємося з твердженням, що провідна роль у забезпеченні якості медичних послуг належить медичному персоналу. За оцінками фахівців [93, с. 5] кадрове забезпечення стратегічного управління сферою охорони здоров'я України має низку недоліків, серед яких:

- відсутність оцінювання попиту на медичні кадри на національному рівні, що ускладнює стратегічне планування кадрового забезпечення;
- відсутність реального ринку медичних кадрів, що обумовлює формальний характер проведення конкурсу на заміщення посади та працевлаштування через неформалізовані джерела (знайомі, колеги, родичі);
- суттєві розбіжності точок зору керівників медичних закладів щодо найбільш доцільної системи оцінки ефективності роботи персоналу;
- використання у регіональній і національній статистичній звітності мінімального набору індикаторів із загальної їх кількості, що збирають медичні заклади, що погіршує якість процесів планування та управління кадровими ресурсами галузі.

Із зазначених вище недоліків лише проблеми у здійсненні планування кадрового забезпечення відповідно до потреб системи охорони здоров'я МОЗ визначило одним з ключових пріоритетів у проекті стратегії розвитку галузі до 2030 року [45].

Важливість інформаційних ресурсів для здійснення стратегічного управління системою охорони здоров'я обумовлена низкою чинників, а саме:

- потребою у надійних даних для визначення попиту населення і обсягів фінансування охорони здоров'я у довгостроковому і середньостроковому періодах;
- залежністю обсягів майбутніх стратегічних закупівель від інформації про доступність медичних закладів та наявність людських ресурсів у сфері охорони здоров'я;

– необхідністю узгодження даних на регіональному і національному рівні медичної статистики за межами системи е-здоров'я з метою розроблення нових послуг та врегулювання питань оплати праці медичних працівників [94, с. 117].

Постійне оновлення переліку ІТ-послуг на рівні МОЗ може забезпечити підвищення доступності та якості медичних послуг, поліпшення розподілу фінансових ресурсів між постачальниками послуг, зміцнення потенціалу планування, реалізації і моніторингу стратегічних планів і програм у галузі охорони здоров'я, поєднання різних інформаційних систем, що працюють через різні протоколи [94, с. 118].

Висновки до розділу 1

1. Стратегічне управління розвитком організації визначено як цілеспрямований процес щодо створення необхідних умов для кількісно-якісних перетворень та координації дій, спрямованих на попередження формування і усунення протиріч, які виникають у внутрішньому середовищі та внаслідок його взаємодії з зовнішнім середовищем. Для закладів охорони здоров'я визначено застосування системного підходу до прийняття стратегічних рішень у системі стратегічного управління. Урахування системоутворюючої функції стратегічних рішень необхідне для забезпечення збалансованості всіх елементів організації та формування єдиного напрямку розвитку з дотриманням спільних пріоритетів і критеріїв ефективності. Для цього необхідно прийняти рішення щодо вибору альтернативи подальшого розвитку і вибору механізму координації дій персоналу щодо виконання такої альтернативи. Запропоновано схематичну модель реалізації системного підходу до прийняття стратегічних рішень у медичному закладі, в якій конкретизовано весь спектр управлінських рішень та їх етапність, охарактеризовано особливості застосування такої моделі в стратегічних рішеннях медичного закладу.

2. Уточнено сутність поняття «система охорони здоров'я», виокремлено її цілі і функції, основні інфраструктурні елементи та особливі характеристики, що дозволяють віднести систему до того чи іншого типу. Доведено, що функції системи охорони здоров'я підпорядковані її головним цілям, та віддзеркалюють її впорядковану, закономірну і організовану поведінку у процесі взаємодії із зовнішнім середовищем. Визначено, що функції системи охорони здоров'я є інтегрованим результатом функціонування її складових елементів. Аналіз і характеристика основних показників діяльності системи охорони здоров'я за період 2010-2019 років дозволили підсумувати, що наявна інфраструктура галузі все ще є доволі громіздкою, характеризується домінування спеціалізованої і стаціонарної медичної допомоги та нераціональним використанням потенціалу амбулаторно-поліклінічних закладів. За основними критеріями, такими як відношення прав власності, способи фінансування, роль держави в управлінні галуззю та механізми стимулювання медичних працівників і споживачів послуг, вітчизняна система охорони здоров'я все ще має ознаки моделі Семашка, яка не спроможна забезпечити надання медичних послуг високої якості і не відповідає вимогам щодо необхідності застосування сучасних медичних технологій. Визначено, що головним інструментом реформування національної системи охорони здоров'я є створення госпітальних округів, що дозволить забезпечити надання більш якісних медичних послуг і значно скоротити витрати на утримання медичної інфраструктури в Україні. При цьому стратегічне планування на усіх рівнях національної системи охорони здоров'я повинно бути провідною технологією формування ефективної системи медичних закладів.

3. Визначено сутність дефініції «механізм стратегічного управління сферою охорони здоров'я» як сукупності процесів, прийомів, методів, підходів, здійснення певних дій з метою досягнення довгострокових цілей її інноваційного розвитку галузі з урахуванням загальновизнаних пріоритетів, дотриманням основних принципів стратегічного планування, раціонального

використання наявного потенціалу галузі, врахуванням впливу чинників її зовнішнього і внутрішнього її середовища. Серед основних складових елементів зазначеного механізму виокремлено інституціональне (усі учасники процесу розроблення й реалізації стратегії розвитку галузі – суб'єкти стратегічного управління), інформаційне (Закони України і підзаконні нормативно-правові акти; Національні стратегії розвитку; міжнародні документи у сфері охорони здоров'я; статистична звітність, комплексні обласні програми, галузеві програми, обласні програми, обласні цільові соціальні програми та ін.), науково-методичне (методи економічного і стратегічного аналізу, стратегічного планування і контролю), організаційне (прийоми, підходи, заходи і засоби щодо розподілу повноважень і управлінських функцій між органами публічної влади, нормативного супроводу функціонування медичних закладів, організації комунікаційних процесів між суб'єктами і об'єктами управління, а також усіма зацікавленими сторонами) і ресурсне забезпечення (формування фінансових, матеріальних, інформаційних і людських ресурсів у достатньому обсязі та відповідного рівня якості) довгострокового інноваційного розвитку галузі з метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я.

Список використаних джерел до розділу 1

1. Бурак О. М. Стратегія підприємства. Харків : ХНАМГ, 2012. 59 с.
2. Василенко В. О., Ткаченко Т. І. Стратегічне управління: навчальний посібник. Київ: ЦУЛ, 2003. 396 с.
3. Документи ВООЗ. URL: <http://www.who.int/ru/index.html> (дата звернення: 28.02.2024).
4. Москаленко В. Ф., Грузєва Т. С., Іншакова Г. В. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня: навч. посіб.; за заг. ред. В. Ф. Москаленко. Харків: Контраст, 2006. 295 с.
5. Нові технології навчання менеджменту в медицині:

- навчальний посібник / за ред. Ю.В. Вороненка. Київ: Книга плюс, 2015. 419 с.
6. Пащенко О.П. Сучасна парадигма стратегічного управління розвитком підприємства в контексті управління змінами. URL: https://km-news.ztu.edu.ua/wp-content/uploads/2012/10/rozdil-2_.pdf (дата звернення: 13.03.2024).
 7. Прахалад К., Рамасвами В. Майбутнє конкуренції. Творення унікальної цінності спільно з клієнтами / пер. з англ. М. Сливоцького. Київ: В-во Олексія Капусти, 2005. 258 с.
 8. Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України: Закон України від 23 березня 2000 р. № 1602-III. *Верховна Рада України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1602-14> (дата звернення: 28.02.2024).
 9. Про інвестиційну діяльність: Закон України від 18 вересня 1991 р. № 1560-XII. *Верховна Рада України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1560-12> (дата звернення: 05.03.2024).
 10. Скібіцький О. М. Стратегічний менеджмент. Навч. посіб. Київ: Центр навчальної літератури, 2006. 312 с. URL: http://ipk-dszu.kiev.ua/files/biblioteka/Strateg_menedgment-Skibitskiy.pdf (дата звернення: 12.03.2024).
 11. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для студентів стоматологічного факультету) / за ред. В.Ф. Москаленка. Київ: Книга плюс, 2013. 328 с.
 12. Степаненко А. Сучасні принципи стандартизації в медицині. *Ліки України*. 2003. № 4. С. 57–58.
 13. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи стратегічного управління закладом охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2019. Випуск 30. С. 77-83. URL: http://www.market-infr.od.ua/journals/2019/30_2019_ukr/14.pdf (дата звернення: 15.03.2024).
 14. Шершньова З. Є. Стратегічне управління: підручник. 2-ге вид., перероб. і доп. Київ: КНЕУ, 2004. 699с.

15. Mintzberg H., Ahlstrand B., Lampel J. StrategySafari. A guided tour through the wilds of strategicmanagement. NY: The Free Press, 1998.
16. Thompson Arthur A., Strickland A. J. Strategic Management. 12thed. McGraw-HillEducation, 2001. 572 p.
17. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. 04.07.2019. URL: <https://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/> (дата звернення 08.03.2023).
18. Сміянов В.А. Основні моделі систем охорони здоров'я та джерела їх фінансування. Презентація. URL: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-6-Public-health-propaedeutics.pdf> (дата звернення 08.03.2023).
19. Приятельчук О.А. Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в Скандинавському регіоні. *Економіка і суспільство. Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика*. 2018. Випуск 19. С. 910-918. URL: https://economyandsociety.in.ua/journals/19_ukr/137.pdf (дата звернення 12.03.2023).
20. Основи законодавства України з охорони здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 12.03.2023).
21. Глушков В.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения. Київ: Вища школа, 1987. 200 с.
22. Ліфінцев О.В. Адміністративно-правові засади контролю у сфері охорони здоров'я: автореф. ... канд. юр. наук. Спеціальність: 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. Дніпро: Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ, 2016. 22 с. URL: <http://dduvs.in.ua/wp-content/uploads/files/Structure/science/rada/auto/12/4.pdf> (дата звернення 12.03.2023).
23. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. М.М. Білинської, Я.Ф.

Радиша. К.: НАДУ, 2013. 424 с

24. Терзі О.О. Визначення поняття «охорона здоров'я». *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія ПРАВО*. 2018. Випуск 51. Том 2. С. 46-49. URL: <https://www.onmedu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/7030/Terzi.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 12.03.2023).

25. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. 41 с. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (дата звернення 14.03.2023).

26. Назарко 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 16.03.2023).

27. Алшарф І.А.М. Формування механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ: дис. ... канд. економ. наук. Спеціальність 08.00.04 – Економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності). Одеса, 2020. 239 с. URL: <https://mydisser.com/ua/catalog/view/45/769/531939.html> (дата звернення 16.03.2023).

28. Гончаров С. М., Кушнір Н. Б. Тлумачний словник економіста / за ред. проф. С. М. Гончарова. Київ: Центр учбової літератури, 2009. 264 с. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Honcharov_Stanislaw/Tlumachnyi_slovnyk_ekonomista.pdf (дата звернення 16.03.2023).

29. Черненко К. П., Семененко Г. М., Луконін О. В. Оцінка фінансового стану медичного закладу в умовах реформи фінансування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 12. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/12_2020/107.pdf (дата звернення 16.03.2023).

30. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги: наказ Міністерства охорони

здоров'я України від 20.07.2011 № 427. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/53248___53248 (дата звернення 17.03.2023).

31. Оцінка медичної сфери в Україні. Соціологічна група «Рейтинг». Дослідження. Дата публікації: 22.11.2018. URL: <https://ratinggroup.ua/research/ukraine/5394a7dfc7af39fd048942c62be97a4c.html> (дата звернення 17.03.2023).

32. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2020 році. Розподіл поточних витрат на охорону здоров'я за функціями (видами медичних послуг) та фінансуючими організаціями (фінансовими агентами). URL: https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz_rik/arh_sat_rah_zd_u.htm (дата звернення 17.03.2023).

33. Ukraine prepares for first nationwide survey to assess risk factors for noncommunicable diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2019/04/ukraine-prepares-for-first-nationwide-survey-to-assess-risk-factors-for-noncommunicable-diseases> (дата звернення 17.03.2023).

34. На шляху до здоровішої України. Прогрес у досягненні Цілей Сталого Розвитку у галузі охорони здоров'я – 2020. Аналітичний звіт. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. 75 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340956/WHO-EURO-2021-1523-41273-58139-ukr.pdf> (дата звернення 17.03.2023).

35. Goroshko A, Shapoval N, Lai T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/381590/ukraine-fpeng.pdf?ua=1 (дата звернення 17.03.2023).

36. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 17.03.2023).

37. e-SPAR state party annual report. URL: <https://extranet.who.int/e-spar> (дата звернення 18.03.2023).

38. Фірсова О. Д. Забезпечення стійкості системи охорони здоров'я. *Державне будівництво*. 2019. № 1. DOI: 10.342/db.19.01.16 (дата звернення 18.03.2023).

39. Статистичний щорічник України за 2022 рік. Київ: Державна служба статистики України, 2023. 387 с. URL: <https://stat.gov.ua/sites/default/files/2024-023бїрник%20Статистичний%20щорічник%20України%202022%20рік.pdf> (дата звернення 19.03.2024).

40. Решота Н. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny#:~:text=> (дата звернення 19.03.2023).

41. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова КМУ від 27 листопада 2019 № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення 19.03.2023).

42. Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події: Постанова Кабінету Міністрів України від 16.12.2020 № 1271. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1271-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення 19.03.2023).

43. Як МОЗ і КМУ визначатимуть межі та мережу лікарень госпітальних округів. URL: <https://dzplatforma.com.ua/news/57506-yak-moz-i-kmu-viznachatimut-mezhi-ta-merezhu-likaren-gospitalnikh-okrugiv> (дата звернення 19.03.2023).

44. Кривошеєв Д. Стратегія охорони здоров'я 2030 дозволить громадянам отримувати якісні безкоштовні медпослуги по всій Україні. URL: <https://rpr.org.ua/news/stratehiia-okhorony-zdorov-ia-2030-dozvolyt-hromadianam-otrymuvaty-iakisni-bezkoshtovni-medposluhy-po-vsiy-ukraini-kerivnytsia-dyrektoratu-moz/> (дата звернення 18.04.2024).

45. Україна вперше заговорить про інтереси медпрацівників за європейськими стандартами – Стратегія МОЗ 2030. URL: <https://rpr.org.ua/news/ukraina-vpershe-zahovoryt-pro-interesy-medpratsivnykiv-za-ievropeyskymy-standartamy-stratehii-moz-2030/> (дата звернення 18.04.2024).

46. Консультаційний документ до проєкту Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://rpr.org.ua/news/konsultatsiynyy-dokument-do-proiektu-stratehii-rozvytku-systemy-okhorony-zdorov-ia-do-2030-roku/> (дата звернення 18.04.2024).

47. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою: Указ Президента України від 18 серпня 2021 року № 369/2021. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713> (дата звернення 18.04.2024).

48. Європейська програма роботи, 2020-2025: Спільні дії для міцнішого здоров'я. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021. 64 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 18.04.2024).

49. Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.12.2018 № 1022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1022-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення 19.04.2024).

50. Галай В.О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство» Розділ VII. Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право.* 2022. № 6. С. 189-194. DOI <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.06.34>. URL: <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/273738/269079> (дата звернення 19.04.2024).

51. Рябець Д. М. Концептуальні засади стратегічного управління

сферою охорони здоров'я. *Український журнал прикладної економіки*. 2020 рік. Том 5. № 2. С.122-127. DOI: <https://doi.org/10.36887/2415-8453-2020-2-15> URL: http://ujae.org.ua/wp-content/uploads/2020/12/ujae_2020_r02_a15.pdf (дата звернення 19.04.2024).

52. Трикоз І. В. Концептуальні засади розвитку сфери охорони здоров'я. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2016. № 4(36). С. 63-73. URL: http://old.bumib.edu.ua/sites/default/files/visnyk/16_13.pdf (дата звернення 19.04.2024).

53. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Scientific Journal of the Ministry of Health of Ukraine*. 2014. №1 (5). С. 39-46. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=njmoz_2014_1_8 (дата звернення 19.04.2024).

54. Радченко О. П., Лагодієнко В. В. Сучасні тенденції та стратегічні орієнтири системи охорони здоров'я України. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2021. Том 21. Вип. 4 (47). С. 34-48. URL: <http://rinek.onu.edu.ua/article/view/226925> (дата звернення 19.04.2024).

55. Стецюк Ф. Механізм стратегічного управління сферою охорони здоров'я. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки : матеріали доп. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. з між нар. участю, Ч. 1 [м. Тернопіль, 15 травня 2020 р.] / редкол. : Р. Р. Августин, А. Ю. Васіна, Т. Л. Желюк [та ін.]; відпов. за вип. М. М. Шкільняк*. Тернопіль: ТНЕУ, 2020. С. 322-326. URL: <http://dSPACE.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38716/1/322.pdf> (дата звернення 19.04.2024).

56. Гончаров С. М., Кушнір Н. Б. Тлумачний словник економіста / за ред. проф. С. М. Гончарова. Київ: Центр учбової літератури, 2009. 264 с. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Honcharov_Stanislaw/Tlumachnyi_slovnyk_ekonomista.pdf (дата звернення 20.04.2024).

57. Довбня С. Б., Папуша І. В. Еволюція стратегічного управління та особливості його сучасного етапу. *Економіка та суспільство. Підприємництво, торгівля та біржова діяльність*. 2022. Випуск № 40. С. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1499/1445> (дата звернення 20.04.2024).

58. Завадський Й. С. Осовська Т. В., Юшкевич О. О. Економічний словник. Київ: Кондор, 2006. 355 с. URL: https://dut.edu.ua/uploads/l_592_12396286.pdf (дата звернення 20.04.2024).

59. Присяжнюк П. В. Механізм управління: сутність, види та складові. *Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка»*. 2019. № 12. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/12_2019/152.pdf (дата звернення 20.04.2024).

60. Тертичка В. В. Стратегічне управління: навч. посіб. Київ: НАДУ, 2014. 196 с. URL: https://www.ipas.org.ua/images/doc/Library/EducationalMaterials/strategichne_upravlinnia-tertychka_2014.pdf (дата звернення 20.04.2024).

61. Іншаков О. В., Фролов Д. П. Інституція – ключ до розуміння економічних інститутів. *Економічна теорія*. 2011. № 1. С. 52-62. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/28447/04-Inshakov.pdf?sequence=1> (дата звернення 20.04.2024).

62. Про організацію роботи стратегічної дорадчої групи з питань реформування системи охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 24.07.2014 № 522. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0522282-14#Text> (дата звернення 20.04.2024).

63. Markwell S., Beynon C. Health service development and planning. 2017. URL: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/organisation-management/5d-theory-process-strategy-development/health-service-development-planning> (дата звернення 21.04.2024).

64. Стратегія здоров'я громади Community Health Strategy Межівської селищної територіальної громади Дніпропетровської області на період 2021-

2027. URL: <https://mezhova.otg.dp.gov.ua/storage/app/sites/49/uploaded-files/Стратегія.pdf> (дата звернення 21.04.2024).

65. Стратегія здоров'я Чернігівської селищної територіальної громади на період 2022-2027 років. URL: <https://chegromada.gov.ua/news/1643180296/> (дата звернення 21.04.2024).

66. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я Первомайської міської територіальної громади на період 2022-2027 років. URL: <https://pervom-rada.gov.ua/info/page/6191> (дата звернення 21.04.2024).

67. Про затвердження Національної економічної стратегії на період до 2030 року: Постанова Кабінету міністрів України від 03 березня 2021 р. № 179. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnoyi-eko-a179> (дата звернення 21.04.2024).

68. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 11 серпня 2021 року «Про Стратегію економічної безпеки України на період до 2025 року»: Указ Президента України від 11.08.2021 № 347/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/347/2021#Text> (дата звернення 21.04.2024).

69. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 № 366-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text> (дата звернення 21.04.2024).

70. Про Стратегію людського розвитку: Рішення РНБО України від 14.05.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0036525-21#Text> (дата звернення 22.04.2024).

71. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 5 серпня 2020 р. № 695. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення 22.04.2024).

72. Про схвалення Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 року та затвердження плану заходів: Розпорядження Кабінету Міністрів України

від 27.11.2019 № 1416-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1416-2019-%D1%80#Text> (дата звернення 22.04.2024).

73. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text> (дата звернення 22.04.2024).

74. Медична статистика. Енциклопедія Сучасної України. URL: <https://esu.com.ua/article-66075> (дата звернення 23.04.2024).

75. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах / М. Брага, С. Пхіденко, Л. Масюк, Н. Гусак, Т. Лєпшошкіна. Київ: Програма «U-LEAD з Європою», 2019 URL: <https://healthcenter.od.ua/wp-content/uploads/2019/11/strategic.pdf> (дата звернення 23.04.2024).

76. Сабецька Т.І., Стефанишин Л.С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. *Науково-виробничий журнал «Бізнес-навігатор»*. 2020. Випуск 1 (57). С. 56-62. DOI: <https://doi.org/10.32847/business-navigator.57-9>. URL: http://www.business-navigator.ks.ua/journals/2020/57_2020/11.pdf (дата звернення 23.04.2024).

77. Європейські стратегії для місцевих громад України та Молдови: досвід країн Вишеградської четвірки: методичний посібник / Р. Шарлея, А. В. Кавунець, О. М. Безпалько, М. Москалу, А. І. Ланова. Київ: ГО «Європорегіон «Дністер», 2018. 76 с. URL: <https://regional.rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/03/Vinnytsia-Metodychnyy-posibnyk-rozrobky-stratehiy-rozvytku-hromad.pdf> (дата звернення 23.04.2024).

78. Практичний посібник з питань організації роботи органів місцевого самоврядування об'єднаних територіальних громад. Модуль 5. Стратегічний план розвитку громади. 2-ге вид. Київ: Асоціація міст України, 2016. URL: <https://auc.org.ua/sites/default/files/library/mod5web.pdf> (дата звернення 24.04.2024).

79. Саєнко М.Г. Стратегія підприємства: підруч. Тернопіль: Економічна думка. 2006. 390 с. URL: <https://buklib.net/books/24435/> (дата звернення 24.04.2024).

80. Баженов Є. В. Концептуальне забезпечення стратегічного планування у освітній галузі *Актуальні проблеми економіки. Публічне управління та адміністрування*. 2022. № 6-7 (252-253). С. 90-99. DOI: 10.32752/1993-6788-2022-1-252-253-90-99. URL https://eco-science.net/wp-content/uploads/2022/07/06-07.22._topic_Bazhenkov-I.V.-90-99.pdf: (дата звернення 24.04.2024).

81. Горбулін В. П., Качинський А. Б. Стратегічне планування: вирішення проблем національної безпеки: монографія. Київ: НІСД, 2010. 288 с. URL: https://niss.gov.ua/sites/default/files/2011-07/Gorbulin_Kachynsky-e2dd0.pdf (дата звернення 24.04.2024).

82. Шершньова З. Є. Стратегічне управління: підруч. 2-ге вид., перероб. і доп. Київ: КНЕУ, 2004. 699 с. URL: <https://buklib.net/books/29179/> (дата звернення 25.04.2024).

83. Пастух К. В. Стратегічне управління: конспект лекцій для студентів бакалавріату всіх форм навчання спеціальності 281 – Публічне управління та адміністрування. Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2020. 60 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/287725583.pdf> (дата звернення 25.04.2024).

84. Берданова О., Вакуленко В. Стратегічне планування місцевого розвитку. Практичний посібник. Київ: ТОВ «Софія-А», 2012. 88 с. URL: http://despro.org.ua/media/articles/04_book_berdanova_vakulenko_ctrateg_chne_planuvann.pdf (дата звернення 25.04.2024).

85. Островерхова Г. В. Сутність і структура організаційного забезпечення інноваційної діяльності. *Вісник Національного технічного університету «ХПІ»*. Темат. вип.: *Технічний прогрес і ефективність виробництва*. 2012. № 6. С. 59-67. URL: <https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/72c7f606-99cc-4da5-9071-b4a774673dc0/content> (дата звернення 26.04.2024).

86. Камишнікова Е. Сутність та структура організаційного забезпечення стратегічного управління корпоративною соціальною відповідальністю. *Проблеми і перспективи економіки та управління. Теоретичні проблеми розвитку національної економіки*. 2019. № 4 (20). С. 61-71. URL: https://www.researchgate.net/publication/345961099_SUTNIST_TA_STRUKTURA_ORGANIZACIINOGO_ZABEZPECENNA_STRATEGICNOGO_UPRAVLINNA_KORPORATIVNOU_SOCIALNOU_VIDPOVIDALNISTU (дата звернення 26.04.2024).

87. Борщ В. І. Сучасна парадигма державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я. С. 51-76. DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-022-3-4>. URL: <http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/download/90/2273/4905-1?inline=1> (дата звернення 27.04.2024).

88. Сивак Т. В. Інституціоналізація стратегічних комунікацій у системі публічного управління України: дис. ... докт. наук з держ. упр. Спеціальність: 25.00.01 – теорія та історія державного управління. Київ: Національна Академія державного управління при Президентові України, 2020. 491 с. URL: https://www.researchgate.net/publication/348233195_INSTITUCIONALIZACIA_STRATEGICNIH_KOMUNIKACIJ_U_SISTEMI_PUBLICNOGO_UPRAVLINNA_UKRAINI (дата звернення 28.04.2024).

89. Ішук С. І. Правові проблеми взаємодії влади та громадянського суспільства в Україні. Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія «Право». 2011. № 1(3) С. 2-16. URL: <https://lj.oa.edu.ua/articles/2011/n1/11isisvu.pdf> (дата звернення 29.04.2024).

90. Дрешпак В. М. Комунікації в публічному управлінні : навч. посіб. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2015. 168 с. URL: <http://biblio.umsf.dp.ua/jspui/bitstream/123456789/3136/1/Комуніації%20в%20публічному%20управлінні.pdf> (дата звернення 30.04.2024).

91. Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні. Прогрес та майбутні напрями. Міжнародний розвиток у фокусі. Огляд звіту /

Бреденкамп К., Далє Е., Дорошенко О., Джигир Ю., Хабіхт Я., Хоукінс Л., Кацага О., Майнзюк К., Пак Х., Зусь О. Вашингтон, округ Колумбія: Світовий банк, 2022. 49 с. URL: <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/a76075b0-fb68-57c4-aa27-5316076d4e57/content> (дата звернення 02.05.2024).

92. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 04.05.2024).

93. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. URL: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf> (дата звернення 06.05.2024).

94. Шишка І.В. Науково-методичне, організаційне і ресурсне забезпечення механізму стратегічного управління сферою охорони здоров'я. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Економічні науки*. 2023. Випуск 2 (69). С. 11-120. DOI: <https://doi.org/10.32689/2523-4536/69-15>. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/economics/article/view/4385/4699>.

95. Шишка І. Інституційне та інформаційне забезпечення механізму стратегічного управління сферою охорони здоров'я. *Економіка та суспільство*. 2023. Випуск 47. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-47-97>. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/4666/4608>.

96. Шишка І.В. Аналіз основних структурних елементів та показників діяльності системи охорони здоров'я України. *Український журнал прикладної економіки та техніки*. 2024. Том 9. № 3. С. 169-174. DOI: <https://doi.org/10.36887/2415-8453-2024-3-29>. URL: <http://ujae.org.ua/analiz-osnovnyh-strukturnyh-elementiv-ta-pokaznykiv-diyalnosti-systemy-ohorony-zdorov-ya-ukrayiny/>.

97. Шишка І. Теоретико-методологічні засади функціонування системи

охорони здоров'я України. *Modeling the Development of the Economic Systems*. 2024. № 3. P. 159-167. DOI: <https://doi.org/10.31891/mdes/2024-13-21>. URL: <https://mdes.khmnu.edu.ua/index.php/mdes/article/view/394/378>.

98. Shyshka I., Mashchenko O., Tomareva V. Theoretical and methodological foundations of the healthcare system of Ukraine. *Baltic Journal of Economic Studies*. 2023. Vol. 9. № 3. P. 253-261. DOI: <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2023-9-4-253-261>. URL: <http://www.baltijapublishing.lv/index.php/issue/article/view/2224/2223>.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз зовнішнього середовища функціонування системи охорони здоров'я України

Вивчення характеру впливу чинників зовнішнього середовища під час стратегічного планування є важливим, оскільки будь-яка соціально-економічна система (підприємство, галузь, національна економіка) є відкритою системою, тобто ефективність її функціонування залежить, певною мірою, від зовнішніх чинників та динаміки їх змін. На даний час теорія управлінської науки має чисельні напрацювання щодо методичного забезпечення стратегічного аналізу і діагностики. Однак кожен з методів має певні недоліки і певні рекомендації щодо застосування. Тому формування переліку найбільш доцільних методів аналізу зовнішнього середовища сфери охорони здоров'я є актуальним завданням.

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить про достатньо високий інтерес вітчизняних і іноземних науковців і практиків до питань стратегічного аналізу взагалі, і у сфері охорони здоров'я, зокрема. Так, проблеми стратегічного аналізу висвітлюють М. Рабінович [5], В. Горбулін, А. Качинський [7], О. Берданова, В. Вакуленко, В. Тертичка [8], Р. Пуйт, Ф. Біргер Лі, С. Відером [9], М. Симмеринг [10], В. Дикань, І. Токмакова, В. Овчиннікова, М. Корінь, А. Толстова [11], М. Саєнко [12], З. Галушка, О. Лусте, В. Грунтковський [13], С. Микуланинець [31], Д. Хогі [33], Д. Горєлов, С. Большенко [34], В. Артюшок [35], М. Моррісон [36], Н. Лепетюха, Т. Артекова [37] та інші [132, с. 191].

У сфері охорони здоров'я більшість авторів акцентує увагу на проблемах удосконалення технологій стратегічного управління діяльністю медичних

закладів, серед яких можна зазначити Т. Сабецьку, Л. Стефанишина [2], А. Мельник, Л. Радзивілюка [337] та напрямах трансформації медичної системи – П. Іванчова [32], О. Бурцеву [40]. При цьому недостатньо висвітленими залишаються питання здійснення стратегічного аналізу та розроблення планів стратегічного розвитку галузі [133, с. 83].

Обов'язковість урахування впливу чинників зовнішнього оточення організації набула поширення у теорії і практиці управлінської науки наприкінці 50-х років минулого століття, що стало одним із найважливіших внесків системного підходу. Велика кількість чинників зовнішнього середовища, тобто середовища, характеристики і показники якого менеджери організації не можуть змінити шляхом прийняття управлінських рішень, обумовлює необхідність виокремлення серед них найбільш важливих [132, с. 190]. Переважна кількість науковців розподіляють зовнішні чинники на дві основні групи: чинники мікросередовища та макросередовища [37, с. 413]; чинники близького та далекого зовнішнього середовища [35, с. 46]; чинники прямої та опосередкованої дії [38, с. 78]. При цьому склад зазначених груп є приблизно однаковим. До чинників мікросередовища (близького зовнішнього середовища або чинників прямої дії) автори відносять постачальників, конкурентів, споживачів, контактні аудиторії (акціонери, кредитори, громадськість, профспілки), урядові органи, до чинників макросередовища (далекого зовнішнього середовища або чинників опосередкованої дії) – політичні, економічні, соціальні, демографічні, екологічні, галузеві технологічні [132, с. 191].

На нашу думку, більш обґрунтованим є поділ чинників зовнішнього середовища на чинники прямої та опосередкованої дії. При цьому вважаємо за доцільне наголосити на тому, що основною класифікаційною ознакою, яка дозволяє об'єднати чинники зовнішнього середовища у загальну групу, є їх не підконтрольність для суб'єкту управління. У нашому дослідженні у якості об'єкта виступає сфера охорони здоров'я, функції керівництва якою (або роль суб'єкта управління) виконують органи публічної влади державного,

регіонального і місцевого рівнів. Таким чином, діяльність урядових організацій доречно віднести до групи чинників внутрішнього середовища, соціальні і демографічні об'єднати, а галузеві не виокремлювати, оскільки сфера охорони здоров'я є галуззю (рис. 2.1) [132, с. 191].

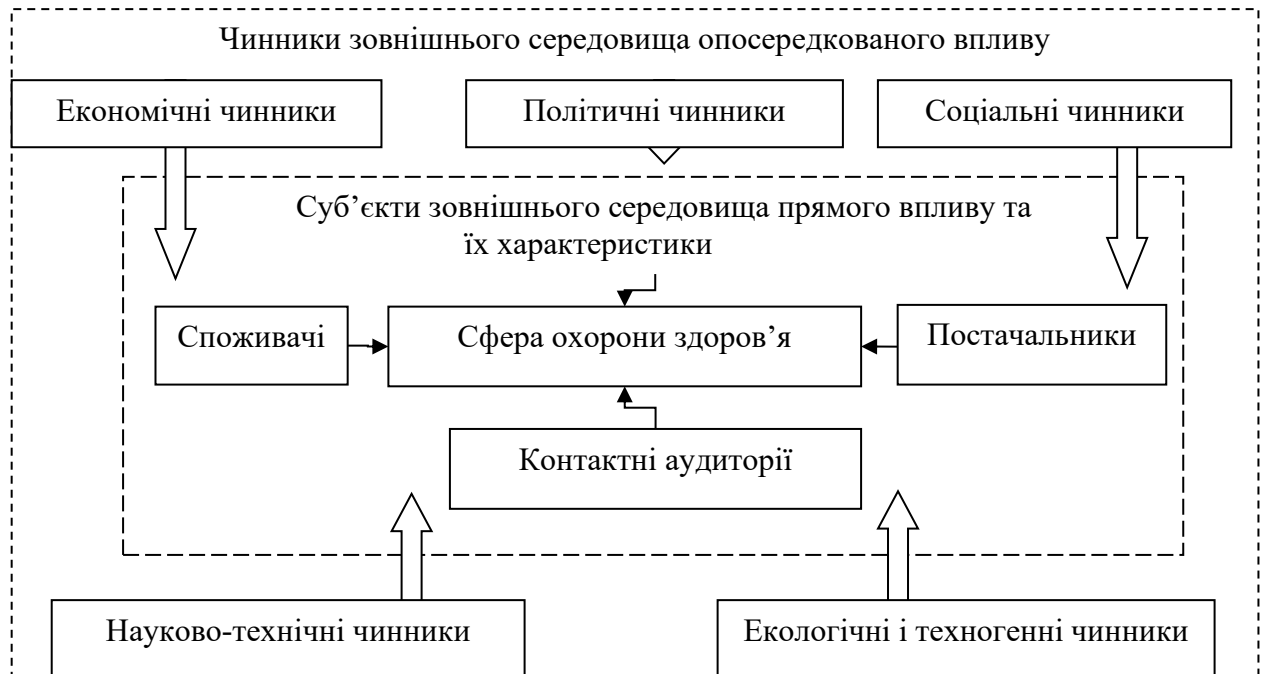


Рис. 2.1. Системна карта чинників зовнішнього середовища сфери охорони здоров'я*

*Складено автором на основі [38Помилка! Джерело посилання не знайдено., с. 121]

Найбільш популярним серед іноземних і українських авторів методом аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища є SWOT-аналіз, який передбачає визначення сильних (Strengths) і слабких (Weaknesses) сторін об'єкту дослідження та зовнішніх можливостей (Opportunities) і загроз (Threats). На думку Р. Пуйта та співавторів [9], початком історії застосування SWOT-аналізу в усіх його варіаціях була публікація у 1965 році Службою довгострокового планування Стенфордського науково-дослідного інституту (SRI) підходу SOFT, основою якого є оригінальні ідеї Р. Стюарта щодо довгострокового планування: творче мислення та діалог між усіма керівниками організації щодо поточних операційних питань, з урахуванням потреб груп зацікавлених сторін, у чітко окресленому процесі участі для

визначення мети організації та асоційована стратегія. Відтоді методика проведення аналізу зазнала чисельних змін. Попри це, на даний час загальноприйнятої методики не існує, і кожен дослідник модифікує її під власні потреби і цілі [132, с. 191].

Переважає більшість українських дослідників [44, с. 19; 2, с. 59; 3, с. 78; 4; 5] результатом проведення SWOT-аналізу вважає складання переліку зовнішніх можливостей і загроз та внутрішніх сильних і слабких сторін. Можливо, такий підхід ґрунтується на використанні авторами «Методичних рекомендацій щодо формування і реалізації прогностичних та програмних документів соціально-економічного розвитку об'єднаної територіальної громади», затверджених Наказом Мінрегіону України у 2016 році [6]. При цьому, у більшості випадків, не зрозумілим залишається механізм визнання обраних чинників найбільш впливовими. Вважаємо такий підхід недостатньо продуктивним, оскільки результат стратегічної діагностики – обрання певної стратегії подальшого розвитку об'єкту дослідження – у даному випадку не досягається [132, с. 191].

У роботах В. Горбуліна і А. Качинського [7, с. 113], О. Берданової, В. Вакуленка, В. Тертички [7, с. 72], М. Сіммерінг [10], В. Диканя і співавторів [7, с. 67], З. Галушки і співавторів [7, с. 24] проведення SWOT-аналізу завершується побудовою SWOT-матриці 2×2 , на основі якої дослідники мають можливість обрати тип стратегії розвитку залежно від результатів перехресного аналізу чинників зовнішнього і внутрішнього середовища. Такий підхід, на наш погляд, є більш продуктивним. Однак залишається нерозкритим питання визначення вагомості впливу кожного з чинників [132, с. 191].

Найбільш оптимальним підходом до аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища під час проведення SWOT-аналізу вважаємо використання методики побудови профілю середовища, приклади застосування якої наведено у роботах М. Сасенка [12, с. 96], В. Горбуліна і А. Качинського [7, с. 113].

Отже, аналіз зовнішнього середовища системи охорони здоров'я, відповідно до методики SWOT, повинен передбачати виявлення можливостей, тобто зовнішніх сприятливих обставини, які можна використати для подальшого розвитку галузі, та загроз – несприятливих економічних, соціальних, природних або техногенних явищ, що можуть спричинити смерть людей і завдати шкоди їхньому здоров'ю, призвести до матеріальних і фінансових збитків, погіршити стан довкілля тощо. Результатом SWOT-аналізу повинна бути оцінка спроможності системи охорони здоров'я за рахунок власних сил і ресурсів реалізувати наявні можливості та протистояти загрозам, а також подолати внутрішні недоліки державної політики охорони здоров'я [132, с. 191].

Незважаючи на достатньо просту методику виконання SWOT-аналізу, науковці виокремлюють декілька правил його здійснення, які є запорукою уникнення необґрунтованих висновків, серед них:

- фокусування аналізу на конкретній сфері господарської діяльності;
- чітке розмежування чинників внутрішнього середовища (підконтрольних державному управлінню) і чинників зовнішнього середовища (непідконтрольних державному управлінню);
- врахування лише найвагоміших можливостей і загроз, а також найбільш сильних і слабких сторін;
- забезпечення реалістичності і об'єктивності оцінок за рахунок використання даних наукових досліджень;
- проектування експертних оцінок на майбутню ситуацію у галузі;
- спрямування стратегії, розробленої за допомогою SWOT-аналізу, на максимально ефективне використання внутрішніх сильних сторін і зовнішніх можливостей для компенсації негативного впливу слабких сторін і потенційних загроз;
- урахування суб'єктивізму експертних оцінок [7, с. 107].

Джерелами інформації, яка використовується експертами під час аналізу впливу чинників зовнішнього середовища, можуть слугувати нормативно-

правові і підзаконні акти, програми, національні стратегії розвитку суміжних галузей національної економіки, державні статистичні дані, вітчизняні і закордонні відкриті джерела інформації, наукові розробки і публікації, результати соціологічних опитувань громадської думки тощо. При цьому, великі масиви даних не потрібні. За допомогою методу мозкового штурму необхідно запропонувати експертам сформувати перелік чинників зовнішнього середовища системи охорони здоров'я опосередкованого і прямого впливу [132, с. 191].

Наступним етапом аналізу повинно бути кількісне оцінювання впливовості кожного з обраних чинників зовнішнього середовища на процес розвитку сфери охорони здоров'я. Метод складання профілю середовища передбачає надання бальної оцінки важливості для галузі кожного з чинників (за шкалою: 3 – сильний прояв, 2 – помірний прояв, 1 – слабкий прояв), оцінки впливу на організацію (за шкалою: 3 – сильний вплив, 2 – помірний вплив, 1 – слабкий вплив) та визначення спрямованості впливу (за шкалою: +1 – позитивна спрямованість, -1 – негативна спрямованість) [7, с. 110].

У випадку, коли аналіз здійснюється для галузі, зазначену методику необхідно відповідним чином адаптувати шляхом вилучення оцінок впливу зовнішніх чинників на організацію. Також, з метою врахування вагомості певного чинника доцільно на основі експертних оцінок визначити вагові коефіцієнти для кожного чинника в межах відповідної групи. При цьому, сума вагових коефіцієнтів по кожній групі повинна дорівнювати одиниці. У табл. 2.1 наведено перелік чинників зовнішнього середовища сфери охорони здоров'я, який складено на основі експертних оцінок, наданих фахівцями в наукових публікаціях відповідної тематики, а також на основі практичного досвіду автора. Отже, кожна з восьми груп чинників опосередкованої і прямої дії містить по шість чинників, що надає можливість під час розподілу вагових коефіцієнтів забезпечити достатній розрив між найбільшою і найменшою впливовістю [132, с. 191].

Таблиця 2.1

Профіль зовнішнього середовища сфери охорони здоров'я*

Чинники впливу	Ваговий коефіцієнт А	Вплив чинника на галузь В	Спрямова ність впливу С	Ступінь важливості D=A×B×C
Чинники опосередкованого впливу				
<i>Економічні</i>				
Поглиблення нерівності у розподілі матеріальних благ і доступу до послуг	0,25	3	-1	-0,75
Темп зростання ВВП	0,18	3	-1	-0,54
Обсяг внутрішніх і зовнішніх інвестицій	0,20	3	-1	-0,60
Рівень інфляції	0,16	3	-1	-0,48
Рівень безробіття	0,11	3	-1	-0,33
Валютний курс	0,10	3	-1	-0,30
Разом	1,0			
<i>Політичні</i>				
Національна і світова політична ситуація	0,11	3	-1	-0,33
Тенденції до виникнення політичної кризи	0,10	3	-1	-0,30
Рівень бюрократії та корупції	0,23	3	-1	-0,69
Гальмування економічних реформ	0,25	3	-1	-0,75
Співпраця з ЄС	0,09	3	+1	+0,27
Стабільність Уряду	0,22	3	-1	-0,66
Разом	1,0			
<i>Соціальні</i>				
Сприйняття новітніх технологій	0,16	3	+1	+0,48
Міжнародна і внутрішня міграція населення	0,25	3	-1	-0,75
Поширення філософії здорового способу життя	0,18	2	-1	-0,36
Менталітет та ціннісні настанови	0,11	2	+1	+0,22
Рівень освіти населення	0,09	3	+1	+0,27
Старіння населення	0,21	3	-1	-0,63
Разом	1,0			
<i>Науково-технічні</i>				
Рівень розвитку технологій у світі і в Україні	0,13	3	+1	+0,39
Міжнародні тенденції модернізації та зміцнення систем охорони здоров'я	0,15	3	+1	+0,45
Доступ до Інтернету, мобільних пристроїв, інформаційно-комп'ютерних технологій	0,28	3	+1	+0,84
Частота інновацій, відкриттів, патентів	0,07	2	+1	+0,14
Доступ до інноваційних лікарських засобів	0,15	3	+1	+0,45
Упровадження новітніх медичних технологій в Україні	0,22	3	+1	+0,66
Разом	1,0			

Продовження табл. 2.1

Чинники впливу	Ваговий коефіцієнт А	Вплив чинника на галузь В	Спрямова ність впливу С	Ступінь важливості $D=A \times B \times C$
<i>Екологічно-техногенні</i>				
Забруднення атмосферного повітря	0,17	3	-1	-0,51
Невідповідність питної води чинним гігієнічним вимогам	0,20	3	-1	-0,60
Екологічно-техногенні проблеми житлово-комунальної сфери	0,18	2	-1	-0,36
Незадовільний санітарно-епідеміологічний стан населених пунктів із-за поводження з твердими відходами	0,15	3	-1	-0,45
Зміни клімату	0,12	3	-1	-0,36
Низький рівень екологічної свідомості населення	0,18	3	-1	-0,54
Разом	1,0			
Суб'єкти та чинники прямого впливу				
<i>Споживачі медичних послуг</i>				
Стиль життя (поведінкові особливості життя людини)	0,18	3	-1	-0,54
Рівень попиту на медичні послуги	0,22	3	+1	+0,66
Зростання вимог до якості медичних послуг	0,25	3	-1	-0,75
Рух і захист інтересів споживачів	0,10	2	-1	-0,20
Рівень лояльності і довіри споживачів	0,15	3	-1	-0,45
Рівень обізнаності пацієнтів про зміни у функціонуванні медичної галузі	0,10	2	-1	-0,20
Разом	1,0			
<i>Конкуренти</i>				
Рівень споживання цільовою аудиторією послуг-замінників	0,05	2	-1	-0,10
Характер і рівень конкуренції в галузі	0,28	3	+1	+0,84
Конкуренція з боку потенційних учасників ринку	0,22	2	+1	+0,44
Рівень вхідного бар'єру у галузь	0,25	3	-1	-0,75
Рівень міжнародної конкуренції	0,07	1	+1	+0,07
Зростання сектору приватних медичних закладів	0,13	2	-1	-0,26
Разом	1,0			
<i>Постачальники і контактні аудиторії</i>				
Розвиток ринку послуг зі страхування	0,21	3	+1	+0,63
Діяльність розробників комп'ютерних програмних продуктів	0,20	3	+1	+0,60
Цінова політика постачальників медичного обладнання	0,19	3	-1	-0,57
Цінова політика виробників ліків і лікарських засобів	0,15	3	-1	-0,45
Діяльність засобів масової інформації	0,10	2	+1	-0,20
Діяльність громадських організацій	0,15	2	-1	-0,30
Разом	1,0			

*Складено автором

До групи економічних чинників нами віднесено: поглиблення нерівності

у розподілі матеріальних благ і доступу до медичних послуг, темп зростання ВВП, обсяг внутрішніх і зовнішніх інвестицій, рівень інфляції, рівень безробіття і валютний курс. Найбільш вагомим з зазначених чинників визначено поглиблення нерівності у розподілі матеріальних благ і доступу до медичних послуг (ваговий коефіцієнт 0,25), оскільки низькі доходи більшості домогосподарств в Україні і необхідність витрачання коштів сімейного бюджету на оплату вторинної і третинної медичної допомоги значно знижують доступ до медичних послуг для переважної частки населення. Друге місце за вагомістю належить обсягу внутрішніх і зовнішніх інвестицій (0,20), що обумовлено недостатністю коштів державного фінансування для забезпечення бажаного рівня розвитку галузі. Темп зростання ВВП також є достатньо важливим чинником впливу, оскільки свідчить про зростання бюджетних надходжень, з яких фінансується сфера охорони здоров'я, а також зважаючи на загальноприйнятну практику визначення витрат на охорону здоров'я у відсотках до ВВП.

Показники рівня інфляції, безробіття та курсу національної валюти є макроекономічними чинниками, що впливають на функціонування будь-якої галузі національної економіки, оскільки визначають купівельну спроможність гривні (придбання обладнання, закупівля витратних матеріалів, вартість комунальних послуг, реальні доходи населення) і рівень конкуренції на ринку праці. Усі шість виокремлених економічних чинників, на наш погляд, здійснюють сильний вплив на функціонування сфери охорони здоров'я, і, оскільки спрямованість впливу кожного з них є негативною, усі вони є зовнішніми загрозами. Але під час обрання стратегії розвитку сфери охорони здоров'я враховувати слід тільки ті чинники, що отримали найбільшу негативну оцінку: поглиблення нерівності у розподілі матеріальних благ і доступу до медичних послуг і обсяг внутрішніх і зовнішніх інвестицій.

Серед політичних чинників впливу ми обрали: стан національної та світової політичної ситуації, тенденції до виникнення політичної кризи в країні, рівень бюрократії та корупції, гальмування економічних реформ,

форми і механізми співпраці з ЄС, стабільність Уряду. Найбільш вагомими з зазначених політичних чинників є: гальмування економічних реформ (0,25), рівень бюрократії і корупції (0,23) та стабільність Уряду (0,22). Такі оцінки обумовлені безпосереднім зв'язком успішності реформування сфери охорони здоров'я України з наявністю політичної волі щодо завершення процесів реформування системи державного управління, податкової системи, системи розвитку людського капіталу, судової системи (верховенство права і боротьба з корупцією), а також врегулюванням питань частотої зміни очільників МОЗ (за період 2012-2022 років посаду Міністра займали 11 осіб [14]). Обрання інших трьох чинників для аналізу обумовлено тим, що нестабільна політична ситуація в країні впливає на дестабілізацію усіх сфер соціально-економічного життя, а глибина глобалізаційних процесів спонукає до врахування також стану політичної ситуації і в інших країнах світу та форм і механізмів міжнародної співпраці. Усі політичні чинники, так як і економічні, здійснюють сильний вплив на функціонування сфери охорони здоров'я, який має негативне спрямування, за виключенням спрямування дії механізмів співпраці з ЄС.

Групу соціальних чинників зовнішнього середовища складають: сприйняття громадянами новітніх технологій, міжнародна і внутрішня міграція населення, поширення філософії здорового способу життя, менталітет та ціннісні настанови, рівень освіти і старіння населення. Найбільшу вагомість для забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я серед зазначених чинників має, на нашу думку, міжнародна і внутрішня міграція населення (зокрема і медичного персоналу), оскільки її наслідками є зміна концентрації населення, яка може призводити до надлишку або нестачі медичного персоналу у розрахунку на 1 000 населення, а також, у випадку зовнішньої міграції, втрата трудового і інтелектуального капіталу країни. Ще одним суттєвим викликом є загальне старіння населення, наслідками якого є дефіцит робочої сили і підвищення загального навантаження на систему охорони здоров'я.

На думку Н. Коляди і співавторів [15, с. 96] складниками здоров'я, окрім медичного обслуговування, є «нерівність у доходах, суспільний статус, соціальні мережі підтримки, освіта, зайнятість і умови праці, фізичне середовище, біологічні й генетичні особливості, персональні навички та уміння запобігати шкоді здоров'ю, здоровий розвиток у дитинстві». Тому включення до групи соціальних чинників філософії здорового способу життя, ставлення громадян до новітніх технологій, менталітету, ціннісних настанов і рівня освіти населення є цілком обґрунтованим. Поширення філософії здорового способу життя експерти ВООЗ вважають найбільш суттєвим чинником забезпечення здоров'я сучасної людини, але, нажаль, прибічників цієї філософії в Україні замало, саме тому вплив цього чинника визначено нами як негативний. Натомість спрямування впливу чинників сприйняття громадянами новітніх технологій, менталітету і ціннісних настанов та рівня освіти населення можна оцінити як позитивне.

Вплив науково-технічних чинників на розвиток сфери охорони здоров'я останнім часом набуває все більших масштабів, що пов'язано з глобальними і національними процесами діджиталізації усіх сфер соціально-економічного життя. У сфері охорони здоров'я результатами зазначених процесів повинні стати запровадження «електронної черги» в лікарнях, доступ пацієнтів до власних електронних амбулаторних карток, проведення лікарями дистанційної діагностики стану здоров'я та онлайн-консультацій пацієнтів, перехід на електронні лікарняні тощо. Тому найбільш вагомими у групі науково-технічних чинників нами визначено наявність доступу медичних закладів до Інтернету, мобільних пристроїв, інформаційно-комп'ютерних технологій (0,28). З огляду на сильний вплив цього чинника на подальший розвиток сфери охорони здоров'я та його позитивне спрямування, отримуємо одну з найбільш суттєвих зовнішніх можливостей.

Наприкінці серпня 2022 року наказом МОЗ [16] було остаточно сформовано законодавчу базу для впровадження в Україні програм розширеного доступу пацієнтів до незареєстрованих інноваційних лікарських

після завершення клінічних випробувань. На думку фахівців, це створить відповідні умови для отримання доступу тяжкохворих пацієнтів до лікування інноваційними препаратами і сприятиме розвитку клінічних досліджень в Україні. Не дивлячись на те, що на даний момент це лише законодавча зміна, можна оцінити дію зазначеного чинника як позитивну.

Урахування під час аналізу напрямів і заходів модернізації та зміцнення систем охорони здоров'я обумовлено наявністю відповідних Національних програм у Плані Відновлення України [17] з загальним обсягом фінансування 5 млрд дол., серед яких: виробництво модульних лікарень європейського зразку; упровадження телемедицини та інтелектуальних систем підтримки клінічних рішень; створення Data science центру та розвиток ІТ-інновацій і використання переваг обробки великих даних та інтелектуальних систем для прогнозування потреб охорони здоров'я; упровадження механізмів збору даних у сфері охорони здоров'я через інформаційно-комунікаційні системи та інші. Більшість з цих програм передбачають використання сучасних науково-технічних розробок і винаходів, що дозволяють відповідним чином спрямувати і прискорити процеси реформування сфери охорони здоров'я.

Рівень розвитку технологій у світі і в Україні, а також частота появи на ринку інновацій, відкриттів, патентів створюють необхідні передумови для модернізації і подальшого розвитку сфери охорони здоров'я, що обґрунтовує необхідність оцінювання цих чинників. Кількість патентів, винаходів, ноу-хау, публікацій, безперечно, є доволі значущим показником, але, з погляду практичної медицини, більш важливими є показники впровадження медичних інновацій, що безпосередньо впливають на стан здоров'я населення. Впровадження інновацій потребує певного ресурсного забезпечення, що обумовлює необхідність вирішення низки питань стосовно обрання інноваційної технології, оцінки наявних у медичного закладу ресурсів, визначення джерел фінансування проекту тощо. У 2020 році ДП «Державний експертний центр МОЗ України» разом з МОЗ України ініціювали повномасштабне впровадження підходів оцінки медичних технологій (ОМТ)

в систему охорони здоров'я України. У грудні 2020 року було затверджено «Порядок проведення державної оцінки медичних технологій» [18]. На основі ОМТ Міністерство охорони здоров'я, НСЗУ, ДП «Медичні закупівлі України» визначають перелік лікарських засобів і медичних виробів для закупівлі, а керівники лікарень мають можливість підтвердити якість медичної допомоги та забезпечити розвиток матеріально-технічної бази медичних закладів. Результатом ОМТ є експертні висновки щодо доцільності обирання певної медичної технології для відповідної схеми лікування з погляду клінічної ефективності, безпеки і економічної обґрунтованості. Отже, спрямованість впливу на розвиток сфери охорони здоров'я усіх зазначених вище науково-технічних чинників оцінений нами як позитивний.

Для екологічно-техногенних чинників, обраних для аналізу, спостерігається протилежна ситуація стосовно спрямованості впливу на функціонування і розвиток системи охорони здоров'я, оскільки їх дія призводить до значного погіршення стану здоров'я населення (проникнення в організм шкідливих речовин через органи дихання, хвороботворні мікроорганізми у питній воді, підтоплення території міст і селищ із-за втрат води з водопровідно-каналізаційних та теплоенергетичних мереж, незадовільний стан переробки твердих відходів), а значить і до надлишкового навантаження медичних закладів. У зв'язку з тим, що вагові коефіцієнти чинників не мають суттєвих відхилень (тобто вплив чинників приблизно рівнозначний), у межах групи виявлено лише одну суттєву загрозу (зважена оцінка $\geq 0,60$) – невідповідність питної води чинним гігієнічним вимогам.

Серед чинників впливу з боку споживачів медичних послуг виокремлено: стиль життя (поведінкові особливості життя людини), рівень попиту на медичні послуги, зростання вимог до якості медичних послуг, рух і захист інтересів споживачів, рівень лояльності і довіри споживачів, рівень обізнаності пацієнтів про зміни у функціонуванні медичної галузі. Найбільш значущими для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я є рівень попиту на медичні послуги та зростання вимог до якості медичних послуг. При цьому,

якщо стабільний рівень попиту є зовнішньою можливістю для галузі, оскільки ініціює певний обсяг пропозиції, то зростання вимог до якості медичних послуг з боку споживачів є певним зовнішнім викликом для сфери охорони здоров'я, оскільки нездатність медичних установ задовольнити наявні потреби може призвести до скорочення попиту на послуги не тільки певного медичного закладу (обрання споживачами медичних закладів-конкурентів), а і національної системи охорони здоров'я загалом (розвиток і поширення медичного туризму). Слід зауважити, що усі обрані для аналізу чинники впливу споживачів на розвиток сфери охорони здоров'я, за виключенням рівня попиту на медичні послуги, мають негативне спрямування, тобто виступають більшими або меншими зовнішніми загрозами. При цьому виправлення ситуації, що склалась, потребує інтенсифікації роботи лише за двома напрямками: підвищення якості медичних послуг, що усуне потенційні загрози незадоволення споживачів низькою якістю, потреби у захисті своїх прав і інтересів, зниження лояльності і довіри з їхнього боку до медичної установи, а також інтенсифікація комунікаційної політики, що сприятиме підвищенню обізнаності пацієнтів про актуальні зміни у діяльності медичних закладів та орієнтації населення на здоровий спосіб життя.

Декілька років тому питання конкуренції в медичній галузі керівники закладів майже не розглядали. Але зміни, що відбуваються останнім часом (запровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», вільне обрання пацієнтом медичного закладу тощо), вимагають приділення все більшої уваги розробці і реалізації конкурентних стратегій. Наразі жорсткої конкуренції у галузі не спостерігається, що обумовлено незначним рівнем міжнародної конкуренції (більш привабливими для іноземного капіталу є спорідненні сфери діяльності, як-то страховий бізнес, постачання медичного обладнання тощо), відсутністю загрозливих масштабів інвестування українських підприємств у відкриття медичних закладів (капітальні інвестиції у сферу охорони здоров'я і діяльність лікарняних закладів за січень-вересень 2020 року становили 1,0 і 0,7% від загального обсягу капітальних інвестицій

відповідно [20]). Саме тому усі зазначені вище чинники оцінено нами як зовнішні можливості. Серед незначних загроз можна зазначити темпи зростання приватного сектору у сфері охорони здоров'я (станом на березень 2020 року послугами приватних медичних закладів користувались лише 10,4% пацієнтів [19]) і майже повну відсутність послуг-замінників. Але, поряд з цим, слід зважати на невисокий вхідний бар'єр у галузь, тобто потребу у незначній сумі первинного капіталу для відкриття медичного бізнесу. У випадку сприятливих кон'юнктурних змін на ринку медичних послуг (зростання рівня прибутковості і рентабельності, зростання платоспроможного попиту, розвиток інноваційних технологій і розроблення новітнього медичного обладнання, розвиток страхової медицини) ситуація з рівнем конкуренції в галузі може докорінно змінитися.

Постачальники і контактні аудиторії не створюють суттєвих загроз для розвитку і функціонування сфери охорони здоров'я. Найбільш вагомим чинниками цієї групи є рівень розвитку страхового ринку і ринкові пропозиції розробників комп'ютерних програмних продуктів. Зважаючи на сильний вплив і позитивне спрямування дії зазначених чинників, їх можна вважати зовнішніми можливостями. Обґрунтуванням такого висновку слугує провідна роль страхових коштів у вирішенні проблеми недофінансування сфери охорони здоров'я, на чому неодноразово наголошували науковці і фахівці галузі у наукових публікаціях, а також визначна роль комп'ютерних програмних продуктів українських і іноземних розробників у досягненні цілей діджиталізації галузі, яка є одним з пріоритетів її подальшого розвитку і модернізації.

Діяльність засобів масової інформації (ЗМІ) у розрізі трансформаційних перетворень системи охорони здоров'я спрямована, у першу чергу, на своєчасне інформування населення про зміни, що відбуваються у результаті реалізації реформи, на забезпечення комунікаційних зв'язків між органами публічної влади, медичними закладами і населенням, а також на пропагування здорового способу життя. Але, зважаючи на наявність у медичних закладів і

органів публічної влади офіційних веб-сайтів, що виступають у якості альтернативних комунікаційних каналів, вагомість впливу ЗМІ на перспективний розвиток сфери охорони здоров'я отримала найнижчий коефіцієнт у групі. При цьому спрямування впливу цього чинника оцінено позитивно.

Відповідно даним всеукраїнського дослідження «Індекс здоров'я. Україна», проведеного у 2018 році, споживачі медичних послуг серед основних проблем системи охорони здоров'я поміж інших зазначили високу вартість ліків (21% опитаних) і брак сучасного обладнання (11,7%) [21, с. 131]. Ситуація з доступом до лікарських засобів дещо змінилася за останні чотири роки. В країні працює програма «Доступні ліки», відповідно до якої вартість лікарських засобів відшкодовується Національною службою здоров'я відповідно до договору між медичними закладами і НСЗУ про реімбурсацію [22], на яку у 2023 році виділено 4,7 млн гривень [23]. Ці обставини обумовили надання цьому чиннику незначного вагового коефіцієнту. Проте, загальний рівень цін на лікарські засоби зріс на 20-30%, тому спрямування впливу цінової політики виробників ліків і лікарських засобів визначено нами як негативне.

Високі ціни на медичне обладнання обумовлені, здебільшого штучними причинами, як-то: проведення закупівель через компанії-резиденти (посередники відомих виробників) у зв'язку з певними регуляторними обмеженнями, що значно підвищує рівень цін; випадки змови учасників ринку з метою необґрунтованого збільшення першої ціни під час проведення тендерів. Альтернативним підходом до вирішення проблем із закупівлею дорогого вартісного обладнання є укладання прямих договорів (розділення закупівель товару та сервісної складової) національною агенцією «Медичні закупівлі України» (МЗУ), для чого МЗУ пропонує медичним закладам електронні каталоги, за якими керівник закладу може обрати потрібний медичний апарат за певними критеріями. Попри наявні механізми, більшість медичних закладів все ще має проблеми з придбанням необхідного

обладнання, тому дію цього чинника ми оцінили як зовнішню загрозу.

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», у медичних закладах за рішенням власника повинні утворюватися наглядові ради з обов'язковим залученням представників громадськості. Основне призначення таких рад Закон вбачає у нагляді за дотриманням прав та забезпеченням безпеки пацієнтів, дотриманням вимог законодавства, фінансово-господарською діяльністю закладу охорони здоров'я [24, ст. 24]. Вплив діяльності громадських організацій на розвиток медичних закладів, з одного боку, можна оцінити як позитивний, якщо брати до уваги дії, спрямовані на підвищення якості медичних послуг, захист прав пацієнтів, удосконалення переліку послуг з урахуванням потреб споживачів. Але з іншого боку, відсутність чіткого плану таких дій, недостатня компетентність представників громадських організацій, не відпрацьованість механізму взаємодії з керівниками медичних закладів та організаціями публічної влади і місцевого самоврядування можуть певним чином ускладнювати роботу медичних закладів. Наразі, спираючись на думки експертів [25; 26; 27; 28], можна оцінити діяльність громадських організацій як чинник, що має негативну спрямованість впливу.

Таким чином, результати проведеного аналізу засвідчили, що у зовнішньому середовищі сфери охорони здоров'я України наразі існує більше загроз, ніж можливостей. Серед найбільш суттєвих зовнішніх загроз (зважена оцінка впливу $\leq -0,60$) можна зазначити: поглиблення нерівності у розподілі матеріальних благ і доступу до медичних послуг, обсяг внутрішніх і зовнішніх інвестицій, рівень бюрократії та корупції, гальмування економічних реформ, стабільність Уряду, міжнародна і внутрішня міграція населення, старіння населення, невідповідність питної води чинним гігієнічним вимогам, зростання вимог споживачів до якості медичних послуг, рівень вхідного бар'єру у галузь. Серед зовнішніх можливостей нами визначено: доступ до Інтернету і мобільних пристроїв, упровадження новітніх медичних технологій в Україні, рівень попиту на медичні послуги, характер і рівень конкуренції в

галузі, розвиток ринку послуг зі страхування, діяльність розробників комп'ютерних програмних продуктів. Таким чином, аналіз зовнішнього середовища засвідчив наявність десяти суттєвих загроз і шести можливостей.

Отримані результати можна використовувати для обрання стратегії розвитку сфери охорони здоров'я за умови визначення сильних і слабких сторін галузі та перехресного аналізу у матриці 2×2 [132, с. 195].

Другим з найбільш популярних методів стратегічного аналізу є PEST-аналіз, який вперше (на той момент ETPS) був представлений професором Гарварду Ф. Агіларом у роботі 1967 року «Сканування бізнес-середовища», у якій автор представив економічні (E), технічні (T), політичні (P) та соціальні (S) сектори як чинники впливу бізнес-середовища на діяльність компаній. Невдовзі після публікації Ф. Агілара А. Браун для Інституту страхування життя (США) реорганізував цей метод як «STEP» (Процес оцінки стратегічних тенденцій). Після цього «макроаналіз зовнішнього середовища» або «сканування середовища для змін» було знову модифіковано у STEPE-аналіз (соціальна, технічна, економічна, політична та екологічна таксономії). У 1980-х роках кілька інших авторів, зокрема Л. Фахі, В. Нараянан, М. Портер та інші, додали варіанти таксономічних одиниць у різній послідовності: PEST, PESTLE (додано правові і екологічні чинники), STEEPL (Social, Technological Economic, Environmental, Political, Legal, Education), DESTEP (додано демографічні та екологічні чинники), LoNGPESTEL (додано ще один локальний, національний чи глобальний рівень) [133, с. 83]. У жодному з форматів не передбачено чіткої послідовності чи пріоритету аналізованих секторів. Модифікація PESTLE особливо популярна на курсах з управління персоналом і вступних маркетингових курсах у Великобританії. Інші віддають перевагу PEST, STEP або STEEPL [33; 36].

PEST – це корисний стратегічний інструмент для розуміння зростання чи занепаду ринку, позиції бізнесу, можливостей і напрямів для потенційно необхідних дій. Політичні чинники включають податкову політику, законодавство про зайнятість, екологічне регулювання, торгові обмеження,

тарифи та політичну стабільність. Економічні чинники – це економічне зростання, відсоткові ставки, обмінні курси та рівень інфляції. Соціальні чинники включають культурні аспекти, ставлення до здоров'я, темпи зростання населення, віковий розподіл, ставлення до кар'єри. Технологічні чинники розглядають такі елементи, як науково-дослідна діяльність, автоматизація, технологічні стимули та швидкість технологічних змін [133, с. 83].

На думку Д. Хогі [33], перевагами PEST-аналізу є його простота, усвідомлення широти бізнес-середовища, сприяння розвитку стратегічного мислення, спрямованість на підвищення обізнаності про наявні і потенційні зовнішні загрози, завдяки якій організація може уникнути або мінімізувати вплив майбутніх труднощів та використати можливості. Серед недоліків автор зазначає: представлення результатів у вигляді простого, некритично представленого списку, складність у передбаченні майбутніх подій, ускладнення, пов'язані зі збиранням великої кількості інформації та її узагальненням, базування аналізу на необґрунтованих припущеннях, врахування лише зовнішнього середовища.

Практикуючі спеціалісти часто використовують аналіз PEST у поєднанні зі SWOT-аналізом. Так, авторський колектив у складі Н. Бленди, М. Коротєєва, Д. Соковніної, С. Соколока, О. Жарун зазначають, що основними методами оцінювання впливу факторів зовнішнього середовища підприємства є PEST- і SWOT-аналіз. При цьому автори пропонують додати до чотирьох загальноприйнятих блоків чинників зовнішнього середовища п'ятий блок – глобальні чинники (зміна клімату, голод, війни та міграція, урбанізація, хвороби та пандемії) [29, с. 126].

Укладачі «Звіту про етап розвитку оцінки медичних технологій в Україні» для здійснення детального системного аналізу та розроблення плану подальшого розвитку Департаменту ОМТ в Україні застосовували методи складання карти зацікавлених сторін, SWOT-аналізу, PEST-аналізу, оцінки ризиків і оцінки потреб [30, с. 17]. При цьому дослідники не наводять

методику здійснення аналізу, а дають лише його результати у формі переліків чинників впливу [133, с. 83].

Дослідник С. Микуланинець пропонує під час розроблення стратегії розвитку галузі на регіональному рівні використовувати PEST-аналіз для оцінювання впливу зовнішнього середовища за кожною групою чинників, SNW-аналіз для виявлення переваг і недоліків внутрішнього середовища галузі, а також SWOT-аналіз для поєднання результатів PEST- та SNW-аналізів [31]. При цьому також автор не наводить методику, на основі якої він визначає найбільш впливові чинники зовнішнього і внутрішнього середовища [133, с. 83].

Науковець П. Іванчов з метою визначення пріоритетних напрямів трансформації медичної системи України застосовує PEST-аналіз, у межах якого аналізує набір політичних, економічних, соціальних й технологічних чинників зовнішнього середовища (по 6 чинників у кожній групі), які здійснюють найбільш негативний вплив на трансформаційні процеси у галузі. Для цього автор узагальнив думки 15 експертів (працівників медичних закладів, пацієнтів і науковців) стосовно рівня важливості впливу обраних чинників за 5-бальною шкалою (1 – вплив мінімальний; 5 – максимальний) та можливості змін за 3-бальною шкалою (0 – в майбутньому чинник втратить свій вплив, 1 – дія чинника не зміниться найближчим часом, 2 – дія посилиться). Узагальнюючі оцінки розраховувались як середні і середньозважені значення [32].

Найбільш вдалим, з практичної точки зору, вважаємо застосування PEST-аналізу з метою визначення ступеня готовності об'єкта дослідження реагувати на поточні й прогнозовані чинники зовнішнього середовища, методику проведення якого надають Д. Горєлов і С. Большенко [34]. Автори виділяють такі етапи аналізу:

1. Складання переліку зовнішніх стратегічних чинників, що мають високу ймовірність реалізації і впливу на функціонування об'єкта дослідження з їх розподілом на можливості і загрози.

2. Оцінювання значимості (ймовірності здійснення) кожної події шляхом присвоєння їй певної ваги від одиниці (найважливіша) до нуля (незначна). Сума значень вагових коефіцієнтів усіх чинників повинна дорівнювати одиниці, що забезпечується нормуванням.

3. Надання оцінки ступеню впливу кожного чинника-події на стратегію розвитку за 5-бальною шкалою: 5 – сильний вплив, серйозна небезпека; 1 – відсутність загрози.

4. Визначення зважених оцінок шляхом множення вагового коефіцієнту чинника на силу його впливу, і підрахунок сумарної зваженої оцінки, яка вказує на ступінь готовності об'єкта дослідження реагувати на поточні й прогнозовані чинники зовнішнього середовища [133, с. 84].

Використовуючи результати проведеного SWOT-аналізу і беручи до уваги лише чинники зовнішнього середовища опосередкованої дії, можемо сформулювати перелік найбільш вагомих можливостей і загроз (табл. 2.2).

Найбільшу ймовірність реалізації, на нашу думку, матимуть загрози старіння населення і зростання масштабів міжнародної і внутрішньої міграції, що пов'язано з наслідками військових дій на території України. Також достатньо ймовірною є загроза частоті зміни керівництва профільного міністерства, як це відбувалося у попередні кризові роки. Ступінь небезпеки зазначених зовнішніх загроз для галузі оцінено у 5, 4 і 5 балів відповідно. Поряд з цим, доволі вірогідною є реалізація зовнішніх можливостей стосовно розширення масштабів доступу до Інтернету і мобільних пристроїв, відповідно до прийнятої «Стратегії економічного розвитку України до 2030 року», а також упровадження новітніх медичних технологій в Україні (e-health, телемедицина тощо). Ступінь небезпеки зазначених зовнішніх чинників для галузі оцінено у 1 бал, оскільки вони є можливостями [133, с. 84].

Середню ймовірність реалізації мають загрози гальмування реформ, високого рівня бюрократії і корупції та невідповідності питної води чинним гігієнічним вимогам. Такі оцінки пов'язані з тим, що, з одного боку, керівництво країни орієнтовано на поглиблення процесів євроінтеграції, які

передбачають усунення негативного впливу зазначених чинників на розвиток національної економіки, а з іншого боку – є певні проблеми соціального, економічного і технічного характеру у досягненні поставлених цілей. Ступінь небезпеки зазначених зовнішніх загроз для галузі оцінено у 5, 4 і 4 балів відповідно [133, с. 85].

Таблиця 2. 2

**Ступінь готовності сфери охорони здоров'я України реагувати на
поточні й прогнозовані чинники зовнішнього середовища ***

Зовнішні стратегічні чинники	Вага (ймовірність здійснення)	Бальна оцінка (ступінь небезпеки)	Зважена оцінка
Можливості			
Доступ до Інтернету і мобільних пристроїв	0,13	1	0,13
Упровадження новітніх медичних технологій в Україні	0,12	1	0,12
Загрози			
Поглиблення нерівності у розподілі матеріальних благ і доступу до медичних послуг	0,05	3	0,15
Недостатній обсяг внутрішніх і зовнішніх інвестицій	0,06	3	0,18
Високий рівень бюрократії та корупції	0,08	4	0,32
Гальмування економічних реформ	0,09	5	0,40
Нестабільність Уряду	0,12	5	0,60
Міжнародна і внутрішня міграція населення	0,14	4	0,56
Старіння населення	0,14	5	0,70
Невідповідність питної води чинним гігієнічним вимогам	0,07	4	0,28
Разом	1,0		3,43

*Складено автором

Найменша ймовірність реалізації визначена нами для загроз недостатнього обсягу внутрішніх і зовнішніх інвестицій та поглиблення нерівності у розподілі матеріальних благ і доступу до медичних послуг. Підґрунтям для встановлення таких оцінок є визначення декількох пріоритетних напрямів для інвестування у матеріалах українських ЗМІ (Економічна правда, Ліга, УНІАН, Дзеркало тижня, Інтерфакс-Україна) інформаційних повідомлень МЕУ, МЗС, Telegram-каналу IN AMELIN's HEAD, серед яких: будівництво та виробництво будівельних матеріалів,

переробка сільськогосподарської продукції, енергетика, оборонні технології, використання нових технологій імплантації, протезування та реабілітації, робототехніка та машинобудування, ІТ, логістика [39]. Ступінь небезпеки зазначених зовнішніх загроз для галузі оцінено у 3 бали для кожної.

Таким чином, спроможність сфери охорони здоров'я відповідним чином реагувати на чинники зовнішнього середовища опосередкованої дії відповідає середньому рівню (3,43 бали), при цьому максимальний рівень спроможності відповідає одиниці, а мінімальний – п'яти балам [133, с. 85].

Послідовність здійснення SWOT і PEST-аналізу залежить від цілей, які ставить перед собою дослідник. У випадку, коли першим проводиться PEST-аналіз, його результати можуть бути використані для формування профілю зовнішнього середовища у розрізі чинників опосередкованої дії під час проведення SWOT-аналізу. При цьому аналіз впливу чинників прямої дії, а також чинників внутрішнього середовища, потребуватиме додаткових витрат часу. Більш доцільним є проведення PEST за результатами SWOT-аналізу з метою визначення ступеня готовності об'єкту дослідження до реагування на прогнозований вплив чинників зовнішнього середовища опосередкованої дії.

2.2. Аналіз впливу чинників внутрішнього середовища системи охорони здоров'я України на процеси стратегічного розвитку

Для аналізу впливу внутрішніх чинників будь-якої соціально-економічної системи (організації, галузі, проекту тощо) на процеси її стратегічного розвитку, у більшості випадків, дослідники застосовують SWOT-аналіз, у межах якого відбувається визначення сильних і слабких сторін у результаті декількох так званих зрізів: кадрового, організаційного, виробничого, фінансового, маркетингового та ін. У підсумку формується довгий перелік чинників, які мають різний за силою вплив на стратегічне становище об'єкту дослідження і ускладнюють процес обрання оптимальної стратегії розвитку [134, с. 87].

Аналізу внутрішнього середовища медичних закладів приділяють увагу такі вітчизняні науковці, як: А. Дерезюк, І. Яремина, С. Головчанська-Пушкар, І. Байдюк [85], О. Мороз, Є. Мороз, Т. Катілова [86], Н. Глевацька, О. Якушев, В. Чередніченко [87], А. Мельник, Л. Радзивілюк [88] та інші. Також чинники внутрішнього середовища дослідники вивчають під час аналізу вітчизняної трансформаційної моделі державного солідарного медичного страхування (К. Ягельська [89]), планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах (М. Брага, С. Пхіденко, Л. Масюк, Н. Гусак, Т. Лепьошкіна [90]) тощо. При цьому автори не розмежовують чинники внутрішнього середовища за вагомістю і впливовістю [135, с. 121].

З метою урахування найбільш впливових чинників внутрішнього середовища доцільним вважаємо застосування методу побудови профілю середовища, описаного у роботах В. Горбуліна і А. Качинського [7, с. 113], М. Саєнка [12, с. 96].

На першому етапі дослідження нами було визначено склад чинників внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я, серед яких: державне управління, характеристики фінансового і кадрового забезпечення, застосування маркетингових технологій, матеріально-технічне і організаційне забезпечення, характеристики менеджменту медичних організацій (рис. 2.2). Усі зазначені чинники, відповідно до системного підходу, здійснюють вплив один на одного, і зміни одного з них можуть привести до змін усіх інших складових внутрішнього середовища. Для кожного чинника ми обрали по шість найбільш значущих параметрів, оцінювання ваги, впливу і спрямованості дії яких на розвиток сфери охорони здоров'я надасть можливість визначити її сильні і слабкі сторони [134, с. 87].

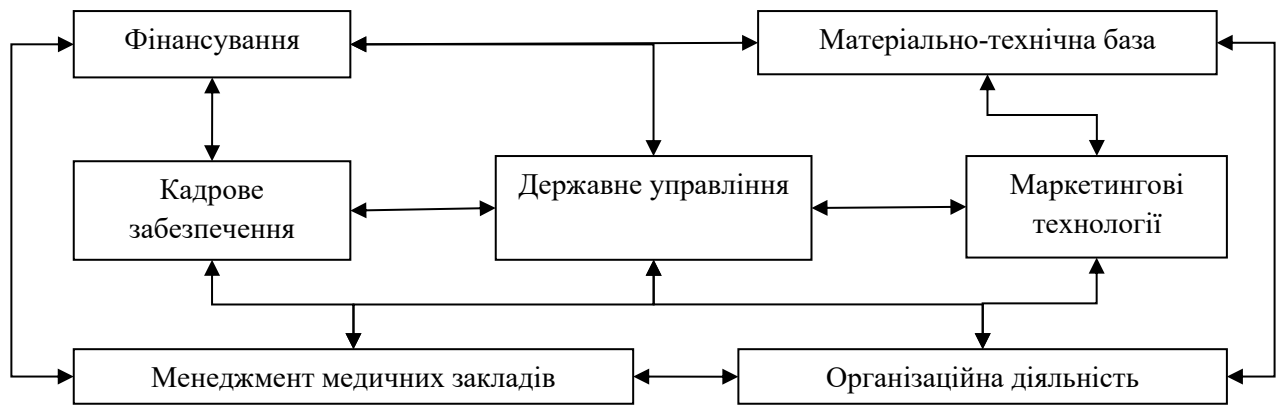


Рис. 2.2. Чинники внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я*

*Складено автором

Параметри чиннику державного управління віднесено нами до складників внутрішнього середовища оскільки вони є підконтрольними суб'єктові управління (органам публічної влади), зважаючи на те, що об'єктом дослідження є галузь. Найбільш важливими серед зазначених параметрів, на нашу думку, є: нормативно-правове забезпечення функціонування галузі, державний контроль, ліцензування діяльності з надання медичних послуг, акредитація медичних закладів, стандартизація якості медичних послуг та реалізація проектів з державно-приватного партнерства [135, с. 121].

Використання терміну «державне управління», а не «державне регулювання», обґрунтовано декількома обставинами: по-перше, специфікою інтересів, які забезпечуються під час реалізації державного управління (пріоритетність реалізації публічних інтересів і досягнення цілей держави [48, с. 117]), по-друге, переважною кількістю державних і комунальних медичних закладів у сфері охорони здоров'я (що передбачає пряме їх підпорядкування органам публічної влади), по-третє, переважанням обсягів державного фінансування у порівнянні з обсягами фінансування з інших джерел (що передбачає відповідний моніторинг і контроль) [134, с. 88].

Метою другого етапу дослідження є визначення для кожного параметру оцінки вагового коефіцієнту (віддзеркалює важливість параметру у межах групи), бальної оцінки впливу параметру на подальший розвиток галузі (за

шкалою: 3 – сильний вплив, 2 – середній вплив, 1 – слабкий вплив, 0 – відсутність впливу) та визначення спрямування дії параметру (сильна або слабка сторона внутрішнього середовища). Узагальнена оцінка ступеня важливості параметру визначалась як додаток вищезазначених показників [134, с. 88].

У сфері правового забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я за останні декілька років відбулися значні зміни, серед позитивних наслідків яких можна зазначити: зміну механізму фінансування надання послуг первинної медичної допомоги, створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), автономізацію медичних закладів, зміну принципів закупівлі лікарських засобів і реалізацію програми «Доступні ліки» тощо. Однак, як зазначають укладачі звіту про стан нормативно-правових актів у галузі охорони здоров'я [52, с. 9], діяльність законотворців зосереджена, здебільшого, на окремих законах, ніж на створенні сприятливого правового середовища для системи загального охоплення медичним обслуговування, оскільки системні зв'язки між законодавчими й підзаконними актами відсутні, що призводить до виникнення правових колізій. Чисельні не врегульовані правові питання, що негативно впливають на формування організаційних, економічних і соціальних засад функціонування сфери охорони здоров'я дозволяють віднести чинник нормативно-правового забезпечення державного управління до слабких внутрішніх сторін, яку необхідно враховувати при розробці стратегічних планів розвитку галузі, зважаючи на суттєву вагу і впливовість законотворчої діяльності.

Стандартизація медичних послуг є однією з головних умов забезпечення якості медичної допомоги, яка гарантує її надання, планування і оцінювання відповідно до встановлених державою еталонів, правил, зразків, вимог і характеристик. Не дивлячись на певні зрушення у цьому напрямі, як-то визначення наприкінці 2020 року головною організацією у сфері розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги Державне підприємство «Державний експертний центр МОЗ України»,

суттєве (удвічі) збільшення кількості затверджених галузевих стандартів медичної допомоги у 2022 році порівняно з 2021 роком [50], питання недостатньої забезпеченості галузевими стандартами медичних працівників є все ще актуальним. Загострення проблеми, що виникла у наслідок скасування МОЗ низки медичних стандартів у березні 2021 року [51], а також певних проблем із застосуванням на практиці рекомендованих клінічних настанов, негативно впливає на якість медичної допомоги та провокує незахищеність медичних працівників [49, с. 192]. Отже, чинник стандартизації можна визнати слабкою стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я, яка має також суттєву вагу і вплив на її діяльність [135, с. 121].

Потреба у ліцензуванні діяльності з надання медичних послуг обумовлена необхідністю встановлення кваліфікаційних, організаційних, технологічних та інших вимог до професійної діяльності лікарів, що гарантує підвищення відповідальності, професійного рівня медичних працівників та захист безпеки пацієнтів. Умови ліцензування визначено відповідним законодавчим актом [53, ст. 7 п. 15], процедура отримання є достатньо простою, хоча реальний строк видачі ліцензії МОЗ (до одного місяця) не відповідає встановленому Законом терміну (10 днів з моменту подання документів). Тим не менш, вважаємо чинник обов'язкового ліцензування медичної практики позитивною стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я [135, с. 121].

Акредитація закладів охорони здоров'я передбачає встановлення відповідності їх діяльності визначеним стандартам, оцінювання дотримання цих стандартів та присвоєння закладу відповідної акредитаційної категорії. На даний час проходження акредитації є добровільним для всіх закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності і не впливає на укладання договорів із НСЗУ [54]. Тим не менш, наявність акредитаційної категорії надає можливість закладу видавати лікарняні листи, надавати додаткові медичні послуги, проводити клінічні випробування, а також засвідчує певний рівень надання медичних послуг, що впливає на конкурентоспроможність закладу. Процедура

проходження акредитації все ще є досить складною, не дивлячись на те, що статистичну звітність наразі не треба подавати серед інших документів. Проте, на нашу думку, чинник акредитації закладів охорони здоров'я можна вважати сильною стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я, хоча і не дуже впливовою [135, с. 121].

Відповідно до Закону «Основи законодавства про охорону здоров'я» державний контроль у сфері охорони здоров'я включає: «контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я; державних стандартів; критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища та санітарно-епідемічного благополуччя населення; нормативів професійної діяльності в сфері охорони здоров'я; вимог Державної Фармакопеї; стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій» [55, ст. 22]. Оскільки деякі напрями державного контролю (стандартизацію, ліцензування, акредитацію) ми розглядаємо як окремі чинники державного управління галуззю, то під державним контролем у межах даного дослідження ми розуміємо контроль за додержанням законодавства, санітарно-епідемічний контроль та контроль за обігом ліків. За вагомістю цей чинник внутрішнього середовища посідає третє місце після нормативно-правового забезпечення і стандартизації медичних послуг, але його впливовість на функціонування галузі є однаково сильною, як і для зазначених двох чинників. Здійснення контролю за зазначеними напрямками ми оцінюємо як сильну сторону внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я [135, с. 121].

Державно-приватне партнерство (ДПП) фахівці вважають одним з підходів забезпечення розвитку державних і комунальних закладів охорони здоров'я за рахунок коштів приватних інвесторів. Такі договори можуть укладатися для здійснення публічних закупівель, оренди державного та комунального майна, інвестиційної, спільної та концесійної діяльності. Привабливими нішами для державно-приватного партнерства можуть стати модернізація санаторно-курортних закладів, будівництво і реконструкція

комунальних і державних закладів охорони здоров'я, управління медичним обслуговуванням. Однак, за інформацією Департаменту інвестицій Мінекономрозвитку на початок 2021 року у сфері охорони здоров'я було реалізовано лише 2 договори ДПП, що є незадовільним результатом. На думку медичного юриста, народного депутата України І. Сисоєнко недостатнє поширення договорів ДПП у сфері охорони здоров'я пов'язано з відсутністю єдиного підходу до взаємодії державних і комунальних закладів з бізнесом, наявністю високих корупційних ризиків та недосконалістю законодавства [56]. Отже, чинник ДПП можна вважати слабкою стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я [135, с. 121].

Серед основних показників кадрового зрізу, як правило, оцінюють забезпеченість закладів медичним персоналом, рівень його кваліфікації і віковий склад, періодичність і ефективність підвищення кваліфікації персоналу, показники плинності кадрів. Протягом 2018-2022 років відбулося скорочення чисельності медичного персоналу на 18,8% (табл. 2.3). Негативна динаміка, на наш погляд, пов'язана з міграцією населення (зокрема і медичних працівників) за кордон у зв'язку з військовими діями на території України [135, с. 122]. У наукових працях доволі часто автори порівнюють кількість лікарів або усіх медичних працівників на 1000 населення в Україні і у розвинутих країнах світу. На нашу думку, таке порівняння є некоректним, оскільки медичні системи різних країн формувалися під впливом низки економічних, політичних і соціальних чинників, які мають суттєві відмінності для різних країн. Достатність певних категорій медичного персоналу – одна з вимог НСЗУ для того, щоб медичний заклад міг укласти необхідний договір. При цьому залучення до штату одного спеціаліста може збільшити суму договору на кілька мільйонів гривень. Фахівці НСЗУ зазначають, що станом на початок 2021 року в Україні не відбулося ні масового звільнення лікарів, ні значного відтоку фахівців закордон [45]. Такі самі оцінки надають фахівці МОЗ на кінець 2022 року [46]. Отже, проблема критичної нестачі лікарів для України наразі не є актуальною, а значить можна віднести чинник чисельності

медичного персоналу до сильних сторін внутрішнього середовища (позитивна спрямованість впливу). При цьому, плинність персоналу як соціально-економічне явище є завжди негативним чинником для розвитку будь-якої організації [135, с. 122].

Таблиця 2.3

**Динаміка чисельності медичних працівників в Україні
за період 2018-2022 років***

Працівники	Роки					Абсол. відхилення 2022 року / 2018 року	Відн. відхилення 2022 року / 2018 року, %
	2018	2019	2020	2021	2022		
Кількість лікарів усіх спеціальностей, тис. осіб	186	185	180	144	163	-23,0	-12,4
Середній медичний персонал, тис. осіб	345	330	309	261	268	-77,0	-22,3
Разом	531	515	489	405	431	-100,0	-18,8
Найвнє населення (станом на 01 лютого), млн осіб	42,4	42,2	41,9	41,6	41,2	-1,2	-2,8
Кількість лікарів на 1000 населення, осіб	4,4	4,4	4,3	3,5	4,0	-0,4	-10,1
Кількість середнього медичного персоналу на 1000 населення, осіб	8,1	7,8	7,4	6,3	6,5	-1,6	-20,1
Кількість медичного персоналу на 1000 населення, осіб	12,5	12,2	11,7	9,7	10,5	-2,1	-16,5

*Складено автором на основі [44; 44]

Скорочення чисельності лікарів-пенсіонерів у 2022 році по відношенню до 2018 року склало 15%. Чисельність лікарів пенсійного віку за цей період коливалась у межах 21,3-22,6%. Скорочення середнього медичного персоналу пенсійного віку за той самий період було більш відчутним і становило 32,8%. При цьому питома частка пенсіонерів цієї категорії медичних працівників коливалось у межах 10,6-12,4% (табл. 2.4). Зазначені показники не є критичними, тобто такими, що можуть значно впливати на якість медичних послуг. Тому віковий склад персоналу також можна вважати сильною стороною внутрішнього середовища галузі [135, с.122].

Таблиця 2.4

Динаміка чисельності медичних працівників пенсійного віку та тих, хто працює у сільській місцевості за 2018-2022 роки*

Найменування показників	Роки								Відхилення 2022 року / 2018 року, %
	2018		2019		2020		2022		
	тис. осіб	% у заг. кільк.	тис. осіб	% у заг. кільк.	тис. осіб	% у заг. кільк.	тис. осіб	% у заг. кільк.	
Кількість лікарів усіх спеціальностей, з них:	186,0	100,0	185,0	100,0	180,0	100,0	163,0	100,0	-12,4
працівників пенсійного віку	42,1	22,6	41,8	22,6	38,4	21,3	35,6	21,8	-15,4
працівників, що працюють в сільській місцевості	8,9	4,8	8,6	4,6	8,4	4,7	7,1	4,4	-20,2
Чисельність середнього медичного персоналу, з них:	345,0	100,0	330,0	100,0	309,0	100,0	268,0	100,0	-22,3
персонал пенсійного віку	42,7	12,4	40,1	12,2	32,9	10,6	28,7	10,7	-32,8
працівників, що працюють в сільській місцевості	39,0	11,3	35,7	10,8	32,5	10,5	26,0	9,7	-33,3
Усього медичного персоналу, з них:	531,0	100,0	515,0	100,0	489,0	100,0	431,0	100,0	-18,8
працівників пенсійного віку	84,8	16,0	81,9	15,9	71,3	14,6	64,3	14,9	-24,2
працівників, які працюють в сільській місцевості	47,9	9,0	44,3	8,6	40,9	8,4	33,1	7,7	-30,9

*Складено автором на основі [44]

Чисельність медичного персоналу, який працював у сільській місцевості протягом 2018-2022 року коливалась у межах 7,7-9% від загальної кількості працівників. Загальне скорочення чисельності цієї категорії медичних кадрів за період становить 30,9%, при цьому кількість середнього медичного персоналу скоротилася більш відчутно (на 33,3%). Невідповідний розподіл медичних працівників між закладами, що функціонують у міській і сільській місцевості, кількості міського і сільського населення є слабкою стороною внутрішнього середовища. Слід зазначити, що частка медичних працівників,

що мають високий рівень кваліфікації, протягом останніх чотирьох років майже не змінилась. Отже рівень кваліфікації медичних працівників є також сильною стороною.

З 2019 року МОЗ змінило процедуру атестації лікарів [57], яка наразі передбачає щорічне звітування медичних працівників про набрані бали безперервного професійного розвитку (БПР). У 2021 році КМУ визначив перелік заходів, за які лікарю можуть бути нараховані бали БПР [58]. Також було ініційовано запуск електронної системи БПР працівників сфери охорони здоров'я, що містить зареєстровані заходи, участь у яких забезпечує набрання необхідних балів. Відповідно до Положення № 725 [58], лікар може отримати бали БПР за здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я. Серед очікуваних переваг від запровадження змін слід зазначити: забезпечення доступності, прозорості і спрощення процедури атестації для лікарів; зменшення фінансових витрат медичних працівників завдяки запровадженню електронного подання документів; мінімізацію впливу людського чинника на процедуру подання; колегіальне оцінювання компетенції та здобутків лікарів. З огляду на запровадженні зміни, можна вважати чинник підвищення кваліфікації медичних працівників сильною стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я.

Стосовно ваги та впливу чинників кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я слід зазначити таке: найбільш вагомими є чисельність персоналу і рівень його кваліфікації; меншу вагу мають чинники розподілу персоналу між міськими і сільськими медичними закладами (з урахуванням зростання масштабів утворення госпітальних округів), віковий склад, рівень плинності і підвищення кваліфікації персоналу; сильний вплив на розвиток галузі мають чисельність, рівень і підвищення кваліфікації, плинність; середній вплив здійснюють віковий склад і рівномірність розподілу фахівців за територіальною ознакою. Таким чином можна підсумувати, що найбільш вагомими і впливовими сильними сторонами кадрового забезпечення, які необхідно враховувати під час розроблення стратегії розвитку сфери охорони

здоров'я, є чисельність персоналу і рівень кваліфікації працівників. Значущих слабких сторін кадрового забезпечення під час аналізу нами не виявлено [135, с. 122].

До групи фінансових чинників внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я ми включили: достатність фінансового забезпечення, диверсифікованість джерел фінансування, рівень рентабельності, платоспроможність, ліквідність засобів, наявність методики оцінювання ефективності фінансового забезпечення. На думку фахівців [60; 61; 62], обсяги фінансування, не зважаючи на запроваджені зміни, залишаються недостатніми для забезпечення розвитку медичних закладів. При цьому, суттєвою проблемою поряд з недостатністю коштів є неефективне їх використання. Попри щорічне зростання обсягів фінансування сфери охорони здоров'я залишаються майже незмінними його джерела (табл. 2.5). Так, протягом 2018-2020 років потреби галузі фінансувалися за рахунок бюджетних коштів (46,8-49,9%) та за рахунок коштів домогосподарств (46,4-49,7%). Ці обставини дозволяють віднести достатність фінансування і диверсифікованість фінансових джерел до слабких сторін внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я [135, с. 122]. За оцінками Держкомстату у 2020 році рентабельність операційної діяльності підприємств охорони здоров'я і надання соціальної допомоги становила 11%, що є достатньо високим показником (більш рентабельною була діяльність підприємств сільського, лісового та рибного господарства (18,4%), підприємств торгівлі і ремонту автотранспорту (16,3%), підприємств сфери інформації та телекомунікації (15,2%)) [63].

Таблиця 2.5

**Витрати на охорону здоров'я за суб'єктами фінансування
протягом 2018-2020 років [59]**

Фінансові агенти	2018 рік		2019 рік		2020 рік	
	млрд грн	%	млрд грн	%	млрд грн	%
1. Уряд	125,63	47,57	137,06	46,77	164,34	49,90
Територіальний Уряд	124,62	47,18	136,07	46,44	163,92	49,77

Центральний Уряд	30,27	11,46	44,90	15,32	121,67	36,94
Муніципальний Уряд	94,35	35,72	91,17	31,11	42,25	12,83
Фонди соціального страхування	1,01	0,38	0,99	0,33	0,42	0,13
2. Приватний сектор	136,48	51,68	153,85	52,50	163,51	49,65
Інше приватне добровільне страхування	2,42	0,91	2,99	1,02	3,12	0,95
Витрати домогосподарств	131,38	49,74	144,23	49,22	152,76	46,38
Некомерційні організації, що обслуговують домашні господарства	0,06	0,02	0,10	0,04	0,11	0,03
Приватні фірми та корпорації	2,63	1,00	6,53	2,23	7,51	2,28
3. Весь інший світ	2,01	0,76	2,12	0,72	1,50	0,45
Загальні витрати на охорону здоров'я	264,12	100,00	293,03	100,00	329,34	100,00

Але такий рівень показника є виключенням, оскільки у 2018 році він становив 3,7%, у 2019 році – 3,0%, у 2021 році – 0,0%. Слід зауважити, що рентабельність некомерційних медичних закладів є цільовим показником, тобто показником, який закладено у ціну медичної послуги, тому в даному випадку більше питань виникає до системи ціноутворення, ніж до оптимізації витрат чи пошуку напрямів збільшення прибутку в умовах конкуренції. Отже, вважаємо обґрунтованим віднести рентабельність медичних послуг до слабких сторін внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я [135, с. 123].

Платоспроможність є однією зі складових фінансової стійкості закладів охорони здоров'я, що дає змогу оцінити їхню готовність до погашення своїх боргів. Коефіцієнт поточної платоспроможності визначається як відношення вартості оборотних активів до поточних зобов'язань і показує якою мірою заборгованість за короткостроковими (поточними) фінансовими зобов'язаннями може бути погашеною. Нормативні значення коефіцієнта платоспроможності знаходяться у інтервалі 0,5-0,7. Як свідчать розрахунки, протягом 2018-2021 років платоспроможність закладів загальної медичної практики перевищувала нормативні показники (табл. 2.6), що є позитивним

явищем. Отже, маємо ще одну сильну сторону внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я [135, с. 123].

Таблиця 2.6

Рівень поточної платоспроможності закладів загальної медичної практики протягом 2018-2021 років*

Роки	Оборотні активи, тис. грн	Поточні зобов'язання і забезпечення, тис. грн	Коефіцієнт поточної платоспроможності
2018	3397203,9	3846785,2	0,88
2019	5060721,6	4928959,1	1,03
2020	8094395,0	7719799,8	1,05
2021	9450877,5	9110310,2	1,04

*Складено і розраховано автором на основі [65]

Здатність підприємства негайно погасити свою короткострокову заборгованість також характеризує коефіцієнт абсолютної ліквідності, який має особливий інтерес для постачальників. Нормативним значенням цього коефіцієнту вважається значення 0,2. Тобто активи підприємства можна вважати ліквідними, якщо вони за термінами реалізації відповідають наявним фінансовим зобов'язанням. Коефіцієнт абсолютної ліквідності розраховують як відношення суми грошових коштів і короткострокових фінансових вкладень до поточних зобов'язань [66]. Розрахунок цього коефіцієнту для медичних закладів показав, що його значення у 2020-2021 роках значно перевищували нормативне (табл. 2.7).

Значне перевищення розрахованого показника ліквідності над нормативним, як правило, свідчить про неефективну стратегію управління фінансовими ресурсами, а саме – відволікання значної частини капіталу на формування непродуктивних активів. Таким чином, можна віднести ліквідність активів медичних закладів до слабких сторін внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я [135, с. 123].

Таблиця 2.7

Значення абсолютної ліквідності медичних закладів протягом 2018-2021 років*

Роки	Грошові	Поточні	Поточні	Коефіцієнт

	кошти, тис. грн	фінансові інвестиції	зобов'язання і забезпечення, тис. грн	абсолютної ліквідності
2018	1883450,4	262711,7	3846785,2	0,56
2019	3484412,3	424543,6	4928959,1	0,79
2020	18784629,6	670867,6	7719799,8	2,52
2021	17823019,0	730050,5	9110310,2	2,04

*Складено і розраховано автором на основі [64; 65]

Однією з умов ефективності управління фінансами медичних закладів є його методичне забезпечення. Наявні фінансово-аналітичні методики, як стверджують фахівці-економісти і керівники медичних закладів [67, с. 117], характеризуються значною трудомісткістю, багатоваріантністю, складністю для менеджерів-початківців внаслідок використання значної кількості показників, які часто не пов'язані один з одним, відсутністю урахування особливостей комунальних некомерційних підприємств (одночасне отримання коштів з державного бюджету і надання платних послуг). Отже відсутність відповідного методичного забезпечення управління фінансами можна вважати слабкою стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я. Таким чином, суттєвих сильних сторін не визначено, а найбільш вагомою і впливовою слабкою стороною внутрішнього середовища галузі є недостатній обсяг фінансування [135, с. 123].

До чинників матеріально-технічного забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я нами віднесено: забезпеченість обіговими коштами, основними фондами і, зокрема, комп'ютерною технікою, наявність відповідного програмного забезпечення, медичних матеріалів, ліків, транспортних засобів. У складі обігових коштів медичних закладів найбільшу питому частку протягом 2018-2021 років мали запаси, дебіторська заборгованість і грошові кошти (табл. 2.8) [135, с. 123].

Таблиця 2.8

**Динаміка обсягів обігових активів закладів сфери охорони здоров'я
протягом 2018-2021 років***

Показники	Роки	Відхи

	2018		2019		2020		2021		лення 2021 р. до 2018 р., %
	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	
Оборотні активи, усього	8355,5	100,0	15784,3	100,0	43416,1	100,0	46496,1	100,0	+456,5
Зокрема:									
запаси	2854,4	34,2	7158,3	45,4	16321,0	37,6	20270,1	43,6	+610,1
поточні біологічні активи	0,4	0,0	7,3	0,1	44,7	0,3	3,2	0,0	+726,0
дебіторська заборгованість	2863,9	34,3	3854,9	24,4	6629,2	15,3	7042,7	15,1	+145,9
поточні фінансові інвестиції	262,7	3,1	424,5	2,7	670,9	1,5	730,0	1,6	+177,9
грошові кошти	1883,5	22,5	3484,4	22,1	18784,6	43,3	17823,0	38,3	+846,3
витрати майбутніх періодів	285,8	3,4	416,9	2,6	536,5	1,2	307,0	0,7	+7,4
інші оборотні активи	204,9	2,5	437,9	2,8	429,2	1,0	320,0	0,7	+56,2

*Складено і розраховано автором на основі [65]

Протягом зазначеного періоду спостерігалось зростання усіх видів обігових активів. Найбільшого зростання зазнали грошові кошти (846%), поточні біологічні активи (726%) і запаси (610%). Загальне зростання вартості обігових коштів у 2021 році у порівнянні з 2018 роком склало 457%. Це є, безумовно, позитивним чинником. Завеликий обсяг запасів і грошових коштів свідчить про недостатню ефективність управління обіговими активами, що можна пояснити відсутністю відповідного досвіду у керівників закладів охорони здоров'я. Тим не менш, вважаємо зростання обсягів обігових коштів медичних закладів сильною стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я.

У структурі необоротних активів лєвова частка належить основним засобам та нематеріальним активам. Протягом 2018-2021 років загальне зростання вартості необоротних активів склало 548% (табл. 2.9) [135, с. 124].

Таблиця 2.9

Динаміка вартості необоротних активів закладів сфери охорони здоров'я

протягом 2018-2021 років*

Показники	Роки								Відхилення 2021 р. до 2018 р., %
	2018		2019		2020		2021		
	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	
Необоротні активи, усього	18474,9	100,0	50658,6	100,0	98333,2	100,0	119834,2	100,0	+548,6
Зокрема:									
основні засоби та нематеріальні активи, залишкова вартість	16196,3	87,7	45888,9	90,6	90868,4	92,4	111791,1	93,3	+590,2
знос (довідково)	13710,5	84,7	44302,9	96,5	102987,9	113,3	156998,9	140,4	+1045,1
інвестиційна нерухомість, залишкова вартість	1,1	0,0	14,9	0,0	6,6	0,0	3,1	0,0	+177,3
довгострокові біологічні активи, залишкова вартість	0,002	0,0	12,7	0,0	20,4	0,0	0,027	0,0	+1388,9
незавершені капітальні інвестиції	1624,5	8,8	4011,6	7,9	6830,5	6,9	7289,1	6,1	+348,7
довгострокові фінансові інвестиції	385,9	2,1	385,5	0,8	299,9	0,3	467,7	0,4	+21,2
інші необоротні активи	267,0	1,4	345,0	0,7	307,4	0,3	283,2	0,2	+6,1

*Складено і розраховано автором на основі [68]

Цей факт можна було б розглядати як позитивний, якби не катастрофічне зростання показника зносу у понад 10 разів (1045%). Тобто наявне обладнання медичних закладів є застарілим, що є слабкою стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я.

Наявність необхідного комп'ютерного і програмного забезпечення є наразі однією з умов фінансування медичних закладів НСЗУ, оскільки

зазначена співпраця передбачає обмін певною інформацією. Мінімальна потреба медичного закладу у комп'ютерах, підключених до Інтернету, за стандартними вимогами НСЗУ, дорівнює кількості робочих місць, плюс щонайменше 1 комп'ютер в кожному підрозділі. Максимальна потреба закладу у комп'ютерній техніці та прикладному і медичному програмному забезпеченні визначається власником і керівництвом закладу. Станом на 21.04.2020 року, за даними НСЗУ, мінімальним вимогам комп'ютеризації відповідали лише 57% закладів вторинної та третинної ланки [69]. Отже чинники забезпеченості комп'ютерною технікою і програмним забезпеченням можна віднести до слабких сторін внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я [135, с. 124].

Наразі медичні заклади мають змогу закуповувати ліки за Національним переліком та поза ним за рахунок місцевого бюджету, а також через міжнародні організації за кошти державного бюджету. Процедура закупівлі регламентована відповідними підзаконними актами [70; 71]. Окрім цього медичні заклади мають змогу ділитися медичними препаратами або медичними виробами один з одним [72]. Таким чином, можна вважати чинник забезпечення медичних установ ліками і медичними матеріалами сильною стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я [135, с. 124].

У 2017 році кількість спеціалізованого медичного транспорту системи екстреної медичної допомоги дорівнювала 2 965 одиницям, що становило лише 67% від нормативної потреби. При цьому 60-70% спеціалізованого медичного автотранспорту було застарілими і фізично зношеними [73]. У 2020 році МОЗ закупило 1074 спеціалізовані автомобілі. У 2021 році укладено контракти на закупівлю 622 автомобілів та планувалося провести додаткову їх закупівлю на суму 417 млн грн [74]. Станом на травень 2023 року, за оцінкою Л. Лукашук [75], автопарк санітарних автомобілів є істотно оновленим, машини обладнані GPS-трекерами, а бригади забезпечено планшетами для безперебійного зв'язку в режимі реального часу. Таким чином, чинник забезпечення транспортними засобами можна вважати сильною стороною

внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я.

Усі вищезазначені чинники матеріально-технічного забезпечення функціонування медичних закладів є однаково впливовими і мають приблизно однакову вагу. З урахуванням спрямування їхнього впливу можна зазначити, що до сильних сторін внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я, які необхідно враховувати під час стратегічного планування, належать забезпечення оборотними коштами, медичними матеріалами, ліками та транспортними засобами. Найбільш впливовою слабкою стороною є забезпечення основними активами.

Групу чинників організаційного забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я складають: мережа медичних закладів, відповідність типу організаційних структур стратегічним цілям діяльності медичних закладів, розподіл повноважень з управління закладом, організаційне регламентування, рівень розвитку комунікацій та ефективність договірної діяльності [135, с. 124].

На думку В. Гінзбург [76], керівниці Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації, в Україні наявна надлишкова кількість медичних закладів, які потребують реорганізації. Тобто, не зважаючи на суттєві ушкодження інфраструктури галузі у результаті повномасштабної війни (повне руйнування 177 медичних закладів і пошкодження понад 1,4 тис. закладів [77]), більшість медичних закладів, наявних на території України до початку військових дій, були фізично і морально застарілими, а у сільській місцевості спостерігалася їх нестача. Таким чином, мова йде не про кількість медичних установ, а про їх якість і територіальне розміщення.

З метою вирішення зазначеної проблеми у межах реформування сфери охорони здоров'я було започатковано утворення так званих госпітальних округів. 28 лютого 2023 року КМУ ухвалив постанову [78] про започаткування інфраструктурного етапу медичної реформи, який передбачає впровадження сучасних підходів до формування мережі медичних закладів. За оцінками керівника Проектного офісу з відновлення при МОЗ О. Яременка [79],

реформована мережа медустанов повноцінно запрацює з 2024 року. Однак, оскільки аналіз здійснюється на даний момент часу, необхідно враховувати, що якість будівель і розміщення медичних установ є незадовільними, а значить можна вважати цей чинник слабкою стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я.

Внутрішня організаційна структура медичних закладів, що належить до лінійно-функціонального типу, є сильною стороною, оскільки вона повністю відповідає стратегічним цілям діяльності з надання медичних послуг. З 2019 року в Україні було розмежовано посадові обов'язки генерального і медичного директора [80], що обґрунтовано потребою у підвищенні якості господарських рішень і якості медичних послуг. Не зважаючи на деякі проблеми перехідного періоду, цей чинник також можна віднести до сильних сторін внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я [135, с. 124].

Організаційного регламентування потребує не лише діяльність керівників медичних закладів, а й усього його персоналу. Це завдання виконується завдяки розробленню статутів, положень і посадових інструкцій та передбачає забезпечення оптимального розподілу функцій між підрозділами закладу, прав і обов'язків між виконавцями, упорядкування процесів надання інформації в межах організаційної комунікативної взаємодії та звітування. Наявність розгалуженої системи відповідних затверджених документів є сильною стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я.

Ефективні комунікаційні процеси у сфері охорони здоров'я мають суттєвий вплив на стан здоров'я населення оскільки забезпечують: інформування та навчання населення; поширення інформації щодо форм взаємодії з лікарями та медичними закладами; мотивування громадян до здорового способу життя. Потенційними перевагами підвищення якості комунікаційних процесів є: ліквідація медичної неграмотності; забезпечення доступності лікарів; скорочення витрат медичного закладу; підвищення ефективності процесів системного проектування команди медичного закладу;

спрощення оброблення, збереження і обміну інформацією; збільшення кількості пацієнтів за рахунок використання ІКТ. Попри визнання важливості зазначених показників для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я, на жаль, існує багато обставин технічного, фінансового, організаційного і людського характеру, які не дають змоги віднести цей чинник внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я до сильних сторін [135, с. 124].

Під договірною діяльністю у даному випадку ми розуміємо відносини медичних закладів з постачальниками лікарських засобів, матеріальних ресурсів і комунальних послуг. Зважаючи на широке застосування офіційного майданчику державних публічних закупівель ProZorro, функціонування державного підприємства «Медичні закупівлі України», можна вважати цей чинник сильною стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я.

Таким чином, у групі чинників, що характеризують організаційну діяльність сильними сторонами внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я, які необхідно враховувати при розробці стратегічних планів розвитку галузі, є лінійно-функціональна організаційна структура і розподіл повноважень з управління медичними закладами, а слабкими – незадовільний стан мережі медичних установ і рівень розвитку комунікацій [135, с. 125].

Застосуванню маркетингових технологій у сфері охорони здоров'я останнім часом приділяється все більше уваги. Фахівці наголошують на певних особливостях сутності медичних послуг, які повинні бути враховані під час розроблення комплексу медичного маркетингу. Проте, слід зазначити, що якість проведення маркетингових досліджень ринку медичних послуг, розроблення маркетингових стратегій, організація і реалізація рекламної діяльності, оптимізація підходів до формування асортиментної політики, розроблення конкурентних стратегій і сервісної політики не відповідають задовільному рівню. Отже, усі зазначені чинники є слабкими сторонами внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я, при цьому найбільший негативний вплив на подальший розвиток медичних закладів мають незадовільна асортиментна і сервісна політики.

До групи чинників внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я, що характеризують параметри менеджменту медичних закладів ми включили: якість процесів планування і контролю результатів діяльності, ефективність мотиваційних заходів, застосування антикризового управління, вплив організаційної культури на результативність функціонування закладів, ефективність стилю керівництва та процеси внутрішнього забезпечення якості медичних послуг [135, с. 125].

Якість процесів планування і контролю результатів діяльності медичних закладів, не зважаючи на певні проблеми із здійсненням стратегічного планування, можна віднести до сильних сторін внутрішнього середовища, оскільки керівники закладів мають достатню кількість методичних підходів до реалізації зазначених процесів і достатньо швидко адаптують їх до вимог сьогодення. Інша ситуація складається із застосуванням антикризового управління, що обумовлено недостатнім рівнем компетентності керівників для визначення показників кризового стану, його завчасній діагностики, формування антикризових програм відповідно до зовнішніх і внутрішніх загроз.

Організаційна культура як сукупність цінностей, норм і зразків поведінки здійснює суттєвий вплив на мобілізацію працівників медичної установи на досягнення оперативних і стратегічних цілей діяльності, оскільки визначає норми та стандарти поведінки (кваліфікаційні вимоги, підходи до роботи з документацією, поводження у конфліктних ситуаціях, методи і прийоми навчання, способи вирішення складних ситуацій), а також методи взаємодії співробітників і принципи професійної етики. За результатами дослідження А. Шулдика [81], найбільш характерною для медичних закладів є ієрархічна організаційна культура (за класифікацією К. Камерона і Р. Куінна [82, с. 69]), яка передбачає чіткі лінії розподілу повноважень щодо прийняття рішень, стандартизовані правила та процедури, механізми контролю та обліку, високий рівень бюрократії. Працівники вважають, що чинна культура має низьку корисність і, навіть, здійснює негативний вплив на результати роботи.

Погоджуємося з висновками автором і відносимо чинний тип організаційної культури медичних закладів до слабких сторін внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я.

Невідповідність організаційної культури очікуванням медичних працівників, незадовільний рівень оплати їхньої праці та низка інших чинників обумовлюють низький рівень мотивації працівників до розвитку навичок аналізу клінічних ситуацій, базованих на міжнародній доказовій клінічній інформації, розвитку комунікативних навичок тощо. Тобто ті мотиваційні заходи, що наразі запроваджено, є мало ефективними [135, с. 125].

Найбільш поширеним серед керівників медичних закладів є авторитарний стиль управління, за умов використання якого усі рішення приймаються керівником одноосібно, більшість владних повноважень зосереджено на найвищому управлінському рівні, процеси контролю відбуваються під наглядом або безпосередньо керівником. Не дивлячись на те, що цей стиль наразі не є популярним, вважаємо його обґрунтованим в умовах, що потребують прийняття швидких і відповідальних рішень. Отже, цей чинник є сильною стороною внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я (табл. 2.10).

Внутрішнє забезпечення якості медичних послуг здійснюється керівництвом та/або медичною радою закладу охорони здоров'я шляхом контролю рівня кваліфікації працівників, запровадження самооцінки медичних працівників, моніторингу реалізації управлінських рішень, дотримання структурними підрозділами стандартів у сфері охорони здоров'я (клінічних протоколів) і системи індикаторів якості медичної допомоги, вивчення думок пацієнтів [135, с. 125].

Таблиця 2.10

Профіль внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я*

Чинники	Ваговий коефіцієнт А	Вплив чинника на галузь В	Слабкість (-1) або сила (+1) С	Ступінь важливості $D=A \times B \times C$
Державне управління				
Нормативно-правове забезпечення	0,25	3	-1	-0,75

функціонування галузі				
Стандартизація якості медичних послуг	0,22	3	-1	-0,66
Ліцензування діяльності з надання медичних послуг	0,14	3	+1	+0,42
Акредитація медичних закладів	0,12	3	+1	+0,36
Державний контроль	0,17	3	+1	+0,51
Державно-приватне партнерство	0,10	2	-1	-0,20
Разом	1,0			
Кадрове забезпечення				
Чисельність медичного персоналу	0,22	3	+1	+0,66
Рівень кваліфікації персоналу	0,21	3	+1	+0,63
Плинність персоналу	0,15	3	-1	-0,45
Підвищення кваліфікації	0,16	3	+1	+0,48
Віковий склад персоналу	0,12	2	+1	+0,24
Рівномірність розподілу медичного персоналу за регіонами	0,13	2	-1	-0,26
Разом	1,0			
Фінанси				
Достатність обсягів фінансування	0,25	3	-1	-0,75
Джерела фінансування	0,20	2	-1	-0,40
Рівень рентабельності	0,12	3	-1	-0,36
Платоспроможність	0,15	3	+1	+0,45
Ліквідність засобів	0,12	3	-1	-0,36
Наявність методики оцінювання ефективності фінансового забезпечення	0,16	2	-1	-0,32
Разом	1,0			
Матеріально-технічна база				
Забезпеченість обіговими коштами	0,18	3	+1	+0,54
Забезпеченість основними фондами	0,18	3	-1	-0,54
Забезпеченість комп'ютерною технікою	0,15	3	-1	-0,45
Наявність відповідного програмного забезпечення	0,15	3	-1	-0,45
Забезпеченість медичними матеріалами і ліками	0,17	3	+1	+0,51
Забезпеченість транспортними засобами	0,17	3	+1	+0,51

Продовження табл. 2.10

Чинники	Ваговий коефіцієнт А	Вплив чинника на галузь В	Слабкість (-1) або сила (+1) С	Ступінь важливості $D=A \times B \times C$
Разом	1,0			
Організаційна діяльність				
Мережа медичних закладів	0,22	3	-1	-0,66
Відповідність типу організаційних структур цілям діяльності закладів	0,17	3	+1	+0,54
Розподіл повноважень з управління	0,20	3	+1	+0,60
Рівень розвитку комунікацій	0,18	3	-1	-0,54
Організаційне регламентування	0,15	3	+1	+0,45
Договірна діяльність	0,08	2	+1	+0,16
Разом	1,0			
Маркетингові технології				
Використання технологій дослідження ринку	0,15	2	-1	-0,30

Розроблення маркетингових стратегій	0,14	2	-1	-0,28
Рекламна діяльність	0,15	3	-1	-0,45
Асортиментна політика	0,20	3	-1	-0,60
Розроблення конкурентних стратегій	0,14	2	-1	-0,28
Сервісна політика	0,22	3	-1	-0,66
Разом	1,0			
Менеджмент медичних закладів				
Якість процесів планування і контролю	0,18	3	+1	+0,54
Ефективність мотиваційних заходів	0,19	3	-1	-0,57
Застосування антикризового управління	0,17	2	-1	-0,34
Організаційна культура	0,16	3	-1	-0,48
Стиль керівництва	0,10	3	+1	+0,30
Внутрішнє забезпечення якості медичних послуг	0,20	3	-1	-0,60
Разом	1,0			

*Складено автором

Основоположним з наведеного переліку заходів забезпечення і контролю якості медичних послуг, на наш погляд, є моніторинг індикаторів якості медичної допомоги. У 2023 році МОЗ України затвердило «Примірний перелік індикаторів якості надання первинної медичної допомоги» [82].

Індикатори якості медичної допомоги для артеріальної гіпертензії, хронічного обструктивного захворювання легень, цукрового діабету, а також для профілактики серцево-судинних захворювань наразі включено до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Однак, у системі статистичних даних системи МОЗ, доступних на сайті Центру медичної статистики, дані стосовно індикаторів якості медичної допомоги відсутні. Також відсутній прямий зв'язок між показниками якості медичної допомоги, наведених на сайті НСЗУ, та клінічними настановами і галузевими стандартами [84]. Отже, відсутність прозорих індикаторів якості та ефективності праці дозволяє віднести чинник внутрішнього забезпечення якості медичних послуг до слабких сторін внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я [135, с. 126].

Таким чином, серед чинників, що характеризують менеджмент закладів охорони здоров'я, найбільш вагомою сильною стороною є якість процесів планування і контролю, а найбільш вагомими слабкими сторонами є

ефективність мотиваційних заходів та процеси внутрішнього забезпечення якості медичних послуг. Отже, у результаті проведеного аналізу внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я визначено десять найбільш важливих і впливових слабких сторін (ступінь важливості $\leq -0,50$) і дев'ять сильних сторін (ступінь важливості $\geq 0,50$) [134, с. 88].

2.3. Обрання стратегії економічного розвитку сфери охорони здоров'я та управління ризиками її реалізації

Проблеми, напрями і перспективи стратегічного управління та реформування сфери охорони здоров'я останнім часом доволі активно обговорюються в періодичних наукових видання. Українські науковці досліджують правові (В. Галай [117]) і фінансові (Н. Філіпова, О. Михайловська [119]) аспекти стратегічного управління галуззю, визначають пріоритети (А. Роговий, М. Дубина, Т. Забаштанська [118]) та стратегічні орієнтири системи надання медичних послуг в Україні (О. Радченко, В. Лагодієнко [120]), надають визначення сутності стратегічного менеджменту, аналізують вимоги, що впливають із змін у політичних, соціальних та економічних системах цінностей постіндустріального суспільства (К. Хюбнер, Ш. Флесса [122]), складають опис процесу і кроки, які дозволяють сформулювати відповідний стратегічний план розвитку бізнесу в секторі охорони здоров'я (Суліман Джуман Аль Свайді [123]), розглядають історичну та сучасну політику та стратегії систем охорони здоров'я на глобальному рівні (Є. Бисков та співавтори [124]), аналізують діяльність постачальників медичних послуг з огляду ефективності та вартості стратегій покращення продуктивності праці медичних працівників у країнах з низьким і середнім рівнем доходу (С. Рове і співавтори [125]), розглядають стратегічне планування як оперативну перспективу системи охорони здоров'я (К. Денніс [126]), здійснюють огляд стратегічного планування в галузі охорони здоров'я (А. Расоулі та співавтори [127]). Також дослідники приділяють увагу

питанням управління ризиками впровадження реформ у сфері охорони здоров'я (Ю. Дзюрах, А. Амізян [114], О. Коломієць [115], І. Гринчишин [116]) [136, с. 78].

Аналіз публікацій за напрямом стратегічного планування діяльності медичних закладів і сфери охорони здоров'я свідчить про те, що автори за допомогою SWOT-аналізу визначають лише зовнішні можливості та загрози, а також сильні і слабкі характеристик об'єктів дослідження, не пропонуючи при цьому стратегію подальшого розвитку. Також слід зауважити, що орієнтування системи якості на застосування ризик-орієнтованого мислення «дає змогу організації визначати чинники, які можуть спричиняти відхилення її процесів та її системи управління якістю від запланованих результатів» [121, с. VI]. Тобто ідентифікація, оцінювання і розроблення заходів з мінімізації ризиків є обов'язковою складовою стратегічного планування, оскільки стратегічне управління передбачає застосування гнучкого підходу до визначення пріоритетних напрямів розвитку і саме управління ризиками дозволяє забезпечити необхідну гнучкість стратегічних планів.

Не применшуючи внеску вище зазначених авторів у розвиток теорії і практики стратегічного управління сферою охорони здоров'я, вважаємо за доцільне здійснити обрання комплексної стратегії розвитку галузі на основі результатів SWOT-аналізу, визначити і оцінити ризики її реалізації та запропонувати заходи їх мінімізації.

На даний час існує велика кількість класифікацій стратегій розвитку соціально-економічних систем, підґрунтям кожної з яких є певна класифікаційна ознака. Так, залежно від часу впровадження та швидкості реагування на зміни розрізняють активні і пасивні стратегії [91, с. 349], залежно від стадії життєвого циклу організації – фундаментальні (стратегії зародження бізнесу), розвитку, підтримки, згасання [92, с. 33], залежно від особливостей конкурентної боротьби – лідирування за витратами, широку диференціацію, стратегію оптимальних витрат, стратегію фокусування (ринкової ніші на основі низьких витрат), стратегію ринкової ніші на основі

диференціювання продукції [93, с. 206], стратегії конкуренції у нових, зрілих та згасаючих галузях, стратегії конкуренції у фрагментарних галузях і на міжнародних ринках [93, с. 263], корпоративні стратегії диверсифікації [93, с. 325].

Найбільш розгорнута класифікація стратегій розвитку соціально-економічних систем наведена у роботі І. Конової [94, с. 148] із узагальненням такі класифікаційні ознаки, як: рівень прийняття рішень, стиль розроблення, ступінь ризикованості, амбіційність очікувань, основа розвитку, характер зростання, спрямованість, ступінь регулювання, тип розвитку, результати прогнозування, взаємодія із зовнішнім середовищем.

Дослідниця А. Баланович [95] у якості класифікаційних ознак використовує зростання і стабілізацію розмірів підприємства, реструктуризацію і скорочення обсягів його активів, а також виокремлює групу економічних стратегій, що включає, знову ж таки, стратегії розвитку, стабілізації і виживання. Попри велике різноманіття і, навіть, деяку суперечливість підходів до класифікації стратегій розвитку соціально-економічних систем, ми не ставили перед собою завдання щодо упорядкування класифікаційних ознак. Але наведені вище приклади дозволяють узагальнити розуміння того, що стратегія функціонування соціально-економічної системи може бути обрана як за сприятливих, так і за несприятливих для неї зовнішніх і внутрішніх умов.

Відповідно до накопиченого досвіду у галузі стратегічного управління обрання певного типу стратегії розвитку будь-якої соціально-економічної системи ґрунтується на співставленні спрямованості впливу зовнішніх чинників з наявними сильними і слабкими сторонами внутрішнього середовища. Основні завдання, що повинні бути виконані під час співставлення виокремлених у процесі SWOT-аналізу характеристик зовнішнього і внутрішнього середовища, передбачають: встановлення взаємозв'язку основних проблем сфери охорони здоров'я з її сильними і слабкими сторонами, а також зі сприятливими чинниками і загрозами

зовнішнього середовища; пошук оптимальних рішень щодо використання сильних сторін галузі та сприятливих зовнішніх умов для вирішення основних її проблем; визначення заходів щодо усунення або скорочення впливу слабких сторін та зовнішніх загроз на подальше функціонування сфери охорони здоров'я.

У результаті проведеного нами SWOT-аналізу виокремлено десять суттєвих загроз і шість можливостей у зовнішньому середовищі та десять найбільш вагомих слабких сторін і дев'ять сильних сторін у внутрішньому середовищі сфери охорони здоров'я (рис. 2.3). Для більш чіткого визначення, які саме чинники зовнішнього та внутрішнього середовища мають перевагу у випадку однакової їх кількості (або приблизно однакової) пропонуємо використовувати загальну суму показників ступеню важливості, розрахованих під час складання відповідних профілів середовища [136, с. 79]. Так, загальна сума показників ступеню важливості слабких сторін сфери охорони здоров'я дорівнює -6,33 бала, а сильних сторін – +5,04 бала (див. табл. 2.10). Отже, у внутрішньому середовищі галузі перевагу мають слабкі сторони. Перевага загроз у зовнішньому середовищі та слабких сторін у внутрішньому середовищі визначає поле матриці SWOT «слабкість і загрози» (СЛЗ) актуальним для обрання стратегії розвитку сфери охорони здоров'я. Тобто увагу слід приділити стратегіям відновлення, реструктуризації та реінжинірингу.

Зовнішнє середовище			
		Можливості	Загрози
		1. Доступ до Інтернету і мобільних пристроїв. 2. Упровадження новітніх медичних технологій в Україні. 3. Рівень попиту на медичні послуги. 4. Характер і рівень конкуренції в галузі. 5. Розвиток ринку послуг зі страхування. 6. Діяльність розробників комп'ютерних програмних продуктів	1. Поглиблення нерівності у розподілі матеріальних благ і доступу до медичних послуг. 2. Обсяг внутрішніх і зовнішніх інвестицій. 3. Рівень бюрократії та корупції. 4. Гальмування економічних реформ. 5. Нестабільність Уряду. 6. Міжнародна і внутрішня міграція населення. 7. Старіння населення. 8. Невідповідність питної води чинним гігієнічним вимогам. 9. Зростання вимог споживачів до якості медичних послуг. 10. Рівень вхідного бар'єру у галузь
Внутрішнє	Сильні сторони 1. Державний контроль. 2. Чисельність медичного	Поле «сила і можливості» (СІМ)	Поле «сила і загрози» (СІЗ)

	персоналу. 3. Рівень кваліфікації медичного персоналу. 4. Забезпеченість медичних закладів обіговими коштами. 5. Забезпеченість медичних закладів медичними матеріалами і ліками. 6. Забезпеченість медичних закладів транспортними засобами. 7. Відповідність типу організаційних структур цілям діяльності закладів. 8. Розподіл повноважень з управління. 9. Якість процесів планування і контролю на рівні закладу	Спрямування зусиль: розвиток і розширення діяльності за рахунок використання сильних сторін і зовнішніх можливостей. Можливі стратегії: збільшення обсягів виробництва, вихід на нові ринки, запровадження нових технологій, розширення асортименту	Спрямування зусиль: використання сильних сторін для зменшення негативного впливу зовнішнього середовища шляхом запровадження антикризових заходів Можливі стратегії: контроль витрат, управління ризиками
	Слабкі сторони 1. Нормативно-правове забезпечення функціонування галузі. 2. Стандартизація якості медичних послуг. 3. Недостатність обсягів фінансування. 4. Незадовільна якість і кількість основних фондів. 5. Незадовільний стан мережі медичних закладів. 6. Незадовільний рівень розвитку комунікацій. 7. Асортиментна політика медичних закладів. 8. Сервісна політика медичних закладів. 9. Неєфективність мотиваційних заходів. 10. Процеси внутрішнього забезпечення якості медичних послуг	Поле «слабкість і можливості» (СЛМ) Спрямування зусиль: використання зовнішніх можливостей для подолання слабких сторін Можливі стратегії: залучення інвестиційних коштів на оновлення технологій, обладнання, структурні перетворення	Поле «слабкість і загрози» (СЛЗ) Спрямування зусиль: повне переформатування діяльності Можливі стратегії: відновлення, реструктуризація, реінжиніринг

Рис. 2.3. Матриця SWOT-аналізу сфери охорони здоров'я України*

*Складено автором

Реалізація стратегії відновлення є доцільною щодо вирішення проблеми незадовільного нормативно-правового забезпечення функціонування галузі. Основними стратегічними цілями, у даному випадку, повинні бути усунення правових колізій шляхом кодифікації медичного законодавства та створення правового підґрунтя для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я [136, с. 79].

Загальноприйняте визначення сутності процесу реструктуризації наразі в наукових і законодавчих джерелах відсутнє, що обумовлює існування великої кількості дефініцій, з огляду на складність і різноспрямованість зазначеного процесу. Якщо орієнтуватися на визначення, надані у підзаконних

актах [100; 98, ст. 1] та відомчих документах [99], то під реструктуризацією слід розуміти санаційну реструктуризацію, яка на думку А. Крутової та співавторів [102, с. 114] є лише одним з можливих варіантів проведення реструктуризації, орієнтованим на розв'язання специфічних управлінських завдань щодо подолання кризових явищ.

Інші автори визначають реструктуризацію як процес перетворень основних параметрів підприємства, як-то організаційна структура, фінансове забезпечення, напрями діяльності, ресурсний потенціал з метою забезпечення його економічної та фінансової життєздатності [103, с. 132]; виокремлюють структурний, радикальний, ринковий, адаптаційний, антикризовий та інтеграційний підходи до трактування сутності поняття «реструктуризація» [104, с. 54]; вважають реструктуризацію узагальнюючим терміном організаційних перетворень, а процеси реформування, реорганізації, реінжинірингу і реконструкції – різними сторонами управління зазначеними перетвореннями [97].

Таким чином, стратегія реструктуризації сфери охорони здоров'я повинна передбачати реалізацію організаційно-економічних, технологічних і соціальних перетворень у напрямках підвищення якості медичних послуг (стандартизація і внутрішнє її забезпечення) та управління активами медичних закладів (диверсифікація джерел фінансування, оновлення основних фондів, модернізація мережі медичних закладів, удосконалення мотиваційних заходів).

Реінжиніринг процесів передбачає створення цілком нових і більш ефективних бізнес-процесів без урахування чинних; це інструмент реалізації масштабних змін, забезпечення яких раніше було неможливим [105]. Підґрунтям для виникнення і розвитку концепції реінжинірингу є система загального управління якістю, яка акцентує увагу на управлінні процесами. Основним об'єктом реінжинірингу є робота (дії) персоналу. За умови ефективного застосування реінжинірингу може бути досягнуто істотне скорочення витрат, розширення масштабів господарської діяльності,

запровадження технологічних інновацій.

Сучасний методичний інструментарій реінжинірингу передбачає з метою проектування докорінно нових бізнес-процесів застосовування вертикального «стиснення» бізнес-процесу (зменшення часу на прийняття рішень за рахунок скорочення рівнів функціональної ієрархії), горизонтального «стиснення» бізнес-процесу (усунення зайвих процедур погоджень на одному рівні ієрархії), скорочення обсягів ресурсів, залучених до реалізації бізнес-процесу, розроблення процесів з вбудованими механізмами контролю тощо. Реалізація стратегії реінжинірингу створює необхідні передумови для докорінного переосмислення сутності, завдань, прийомів і методів маркетингової діяльності медичних закладів в загалі, а також розроблення ефективних рішень щодо формування і реалізації їх асортиментної, комунікаційної і сервісної політики зокрема.

Усунення або послаблення впливу таких зовнішніх загроз як високий рівень бюрократії і корупції, гальмування економічних реформ та нестабільність Уряду залежить, на нашу думку, виключно від політичної волі керівництва країни і від загальнонаціональної політики, яка реалізується.

Зменшення негативного впливу недостатності обсягів внутрішніх і зовнішніх інвестицій, зростання масштабів міжнародної і внутрішньої міграції населення, старіння населення, невідповідності питної води чинним гігієнічним вимогам можливо за умови розроблення стратегії управління ризиками, яка повинна містити певні заходи з мінімізації усіх можливих ризиків діяльності з надання медичних послуг. Ризик виникає у наслідок невизначеності, підґрунтям якої є відсутність необхідної і повної інформації про подію чи явище та неможливість прогнозування розвитку подій. Також ризик виникає за умови необхідності обирати одне рішення з декількох альтернатив за відсутності впевненості, що обрана альтернатива є найбільш ефективною. При цьому ризик є невід'ємним елементом господарської діяльності і певною умовою отримання прийнятної винагороди (прибутку, економічної, технологічної або соціальної ефективності).

Виокремлюють такі етапи процесу управління ризиками: ідентифікація і класифікація; аналіз і кількісна оцінка ризиків; розробка стратегії управління ризиками; моніторинг управлінських процесів і ухвалення тактичних рішень з управління ризиками [128; 129; 130]. Класифікація ризиків є підґрунтям для подальшого їх аналізу. Чинники ризику доцільно поділити на об'єктивні, що не залежать безпосередньо від кваліфікації і повноважень менеджерів (інфляція, конкуренція, політичні та економічні кризи, екологія тощо) та суб'єктивні, що виникають у наслідок прийняття рішень (стан виробничого потенціалу, технологічне забезпечення, організація праці, рівень компетенції та інтелектуальний потенціал суб'єкта прийняття рішення тощо).

У якості фундаментальних (об'єктивних) ризиків стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я ми визначили такі їх групи: економічні, соціально-політичні та організаційні. Відповідно до методики експертної оцінки ризиків зовнішнього і внутрішнього середовища, наведеної у монографії І. Зінов'єва і С. Черемісиної [101, с. 124], у межах кожної з зазначених груп необхідно виокремити по п'ять найбільш значущих чинників ризику. У якості методичних прийомів для обрання таких чинників можуть бути результати парного порівняння на основі багатомірного шкалування, думки експертів або результати PEST і SWOT-аналізу. Експертним шляхом встановлюються вагові коефіцієнти для кожного чинника. Сума всіх вагових коефіцієнтів у одній групі дорівнює одиниці. Чинник, що має більший вплив на оцінювані процеси отримує більший ваговий коефіцієнт. Кожен чинник оцінюється за 10-бальною шкалою, що ілюструє силу його впливу на стратегічний розвиток сфери охорони здоров'я. Кінцеве значення оцінок утримується шляхом перемноження бальних оцінок на вагові коефіцієнти. Значення сумарної оцінки певного виду ризику за рік визначається простим складанням зважених бальних оцінок усіх чинників в межах групи.

Чинниками економічних ризиків нами визначено: поглиблення нерівності у доступі до медичних послуг, темп скорочення ВВП, інфляційні процеси, посилення конкуренції в галузі, зменшення попиту, обсяг внутрішніх

і зовнішніх інвестицій (табл. 2.11) [136, с. 82].

Таблиця 2.11

**Система фундаментальних ризиків функціонування сфери охорони
здоров'я***

Групи і чинники ризиків		Коефіцієнт (вага)	Оцінка на 2023 р.		Оцінка на 2025 р.	
			бали	зважена оцінка	бали	зважена оцінка
Економічні ризик	Поглиблення нерівності у доступі до послуг	0,26	8	2,08	9	2,34
	Темп скорочення ВВП	0,20	8	1,60	7	1,40
	Інфляційні процеси	0,22	7	1,54	5	1,10
	Посилення конкуренції в галузі	0,15	3	0,45	4	0,60
	Обсяги внутрішніх і зовнішніх інвестицій	0,17	6	1,02	6	1,02
Разом		1,00		6,69		6,46
Соціально- політичні ризик	Нестабільність політичної ситуації в країні	0,18	6	1,08	7	1,26
	Рівень корупції	0,23	8	1,84	8	1,84
	Гальмування економічних реформ	0,18	6	1,08	6	1,08
	Міжнародна і внутрішня міграція населення	0,21	8	1,68	9	1,89
	Старіння населення	0,20	8	1,6	8	1,6
Разом		1,00		7,28		7,67
Організаційні ризик	Зростання вимог до якості медичних послуг	0,23	5	1,15	8	1,84
	Невідповідність питної води чинним гігієнічним вимогам	0,23	4	0,92	6	1,38
	Цінова та технічна доступність інновацій щодо надання медичних послуг	0,17	3	0,51	4	0,68
	Рівень лояльності і довіри споживачів	0,18	6	1,08	7	1,26
	Загроза кібератак	0,19	5	0,95	5	0,95
Разом		1,00		4,61		6,11

*Складено автором

За результатами оцінювання рівнів вищеназваних ризиків на 2023 та 2025 роки існують тенденції як до їх підвищення, так і до зменшення. Найбільш вагомими економічними ризиками для стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я виступають: темп скорочення ВВП, інфляційні процеси та поглиблення нерівності у доступі до медичних послуг.

Попри поширення останнім часом серед економістів думок про невідповідність показника ВВП сучасним завданням вимірювання економічного потенціалу певної країни [109], він все ще залишається одним з основних показників макроекономічного аналізу.

Важливість зазначеного показника для нашого аналізу обумовлена тим,

що ВВП є основним джерелом формування державного бюджету (зростання ВВП є важливим чинником збільшення доходів бюджету), кошти якого, зокрема, спрямовують на фінансування сфери охорони здоров'я. Також під час проведення міжнародного порівняння обсяги фінансування сфери охорони здоров'я вимірюють у відсотках до ВВП.

За оцінками експертів Міжнародного валютного фонду (МВФ) валовий внутрішній продукт України у 2022 році скоротився на 30,3%. Прогноз на 2023 рік коливався від скорочення на 3,0% до зростання на 1,0%. Протягом наступних двох років очікується зростання показника на 3,2 і 6,5% відповідно [106]. Національний банк України (НБУ) протягом 2023 року прогнозував зростання ВВП на 0,3%, що було обґрунтовано відсутністю доступу до портів та зменшенням площ посівів. Проте у 2024 році очікувалось зростання ВВП на 4,1%, а у 2025 році – на 6,4% [107]. Однак, попри наявність позитивних очікувань, слід наголосити, що прогнозоване зростання у загальному підсумку є набагато меншим отриманого у 2022 році падіння показника.

За прогнозом директорки з наукової роботи Growford Institute Т. Богдан [131] у 2023-2025 роках фінансові обмеження змусять Уряд утримувати співвідношення витрат на охорону здоров'я до ВВП на рівні 3,6-3,7% (рис. 2.4), тобто дія абзацу 1 ч. 5 ст. 4 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» щодо фінансування Програми медичних гарантій на рівні, не нижчому 5% ВВП, буде припинена, що, у свою чергу, призведе до недофінансування галузі. Зазначені обставини обумовили високі зважені оцінки негативного впливу темпів зростання ВВП на розвиток сфери охорони здоров'я (1,6 балів для 2023 року і 1,4 балів для 2025 року).

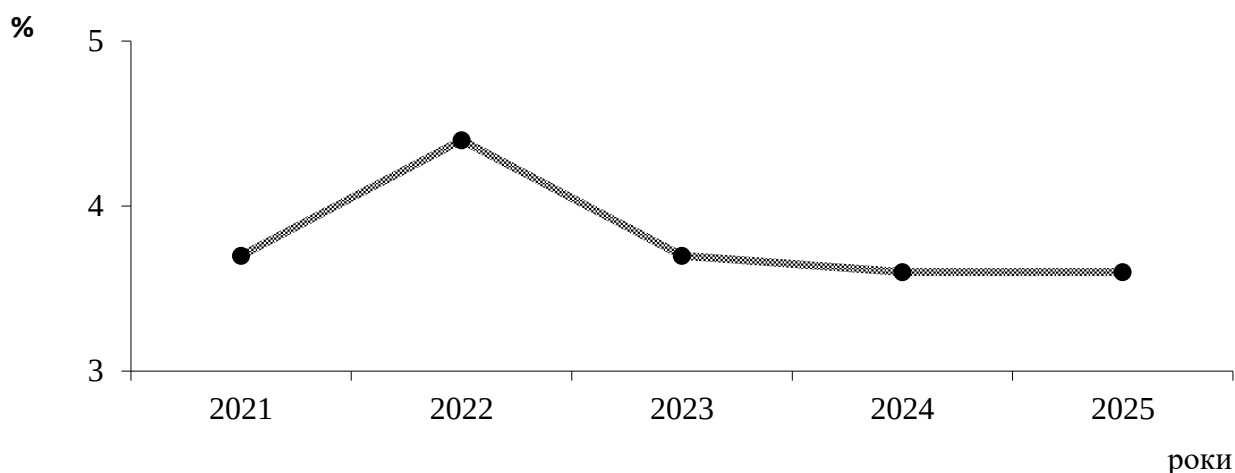


Рис. 2.4. Динаміка витратів зведеного бюджету України на охорону здоров'я протягом 2021-2025 (2023-2025 прогноз) років*

*Складено автором на основі [131]

Інфляція в будь-якому випадку є негативним чинником і, водночас, невід'ємною складовою ринкових економічних процесів. Зростання цін на лікарські засоби і товари медичного призначення, господарські товари, паливно-мастильні матеріали призводить до додаткових витрат медичних установ і підвищує вартість медичних послуг, що потребує збільшення обсягів державного фінансування та витрат домогосподарств на охорону здоров'я. Знецінення національної грошової одиниці призводить до зuboжіння населення і, в решті решт, до погіршення стану його здоров'я.

За оцінками НБУ у березні 2023 року інфляція в Україні сповільнилася до 21,3% в річному вимірі (за підсумками 2022 року показник склав 26,6%). З огляду на ці обставини НБУ прогнозує рівень інфляції у 2023 році на рівні 14,8% [108]. Проте, інфляційний тиск на виробничі витрати бізнесу залишається суттєвим. На думку експертів НБУ у 2025 році очікується зниження інфляції до 6,7% (Інфляція та ВВП у 2023 році: прогнози експертів, 2023). Відповідно прогнозу МВФ у 2023 році інфляція в Україні дорівнюватиме 20,0% (рис. 2.5), а у 2025 році зменшиться до 8,0% [106]. Зважаючи на зазначені прогнози, чинник інфляції оцінено нами у 1,54 бали на

2023 рік і у 1,1 бали на 2025 рік.

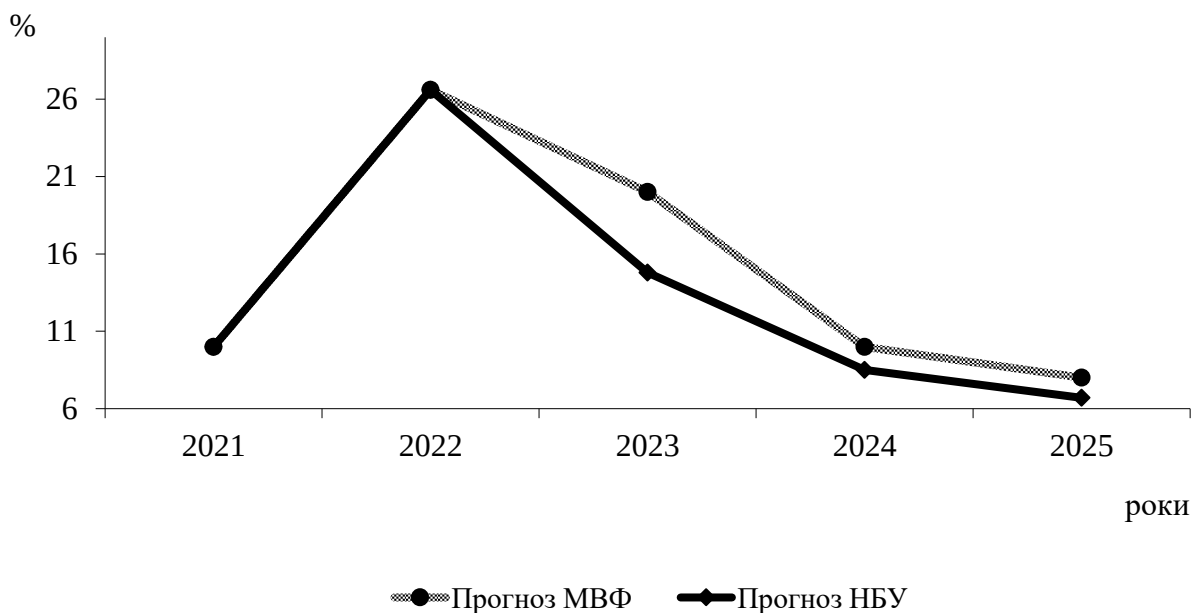


Рис. 2.5. Прогнозні рівні інфляції в Україні на 2023-2025 роки*

*Складено автором на основі [106; 107; 108]

Найбільш вагомим чинником економічних ризиків є поглиблення нерівності у доступі до медичних послуг. Основною причиною такого поглиблення є суттєве зменшення рівня добробуту населення, що обумовлено високим рівнем безробіття та суттєвим рівнем інфляції в країні. За даними МВФ, реальна зарплата (з урахуванням інфляції) у 2022 році зменшилась на 21,1%, у 2023 році прогнозується її скорочення ще на 2%.

Попри очікуване зростання заробітної плати у 2024 і 2025 роках на 2,5 і 5% відповідно, можна констатувати факт суттєвого падіння рівня життя населення. За умови великої частки платежів за медичні послуги «з кишені», скорочення обсягів доходів і зростання обсягів витрат населення нерівність у доступі до медичних послуг може суттєво зрости, що віддзеркалено у нашому аналізі збільшенням зваженої бальної оцінки чинника від 2,08 до 2,34 бали.

Суттєве підвищення облікової ставки до 25% річних у червні 2022 року як антиінфляційний захід має негативний вплив на можливість зростання обсягів внутрішнього інвестування у формі кредитів банків, оскільки призводить до автоматичного зростання відсотків за кредитами. Протягом

2022 року реальні зовнішні інвестиції в Україну не заходили з причини ведення військових дій. Така ж ситуація очікується і у 2023 році, якщо не зміниться ситуація на фронті. На думку укладачів звіту «Нова Україна: стимулювання інвестицій у свободу, мир та процвітання», для стимулювання інвестиційної діяльності необхідно забезпечити реалізацію низки реформ, що стосуються: створення основи для інвестиційної політики, орієнтованої на досягнення конкретних цілей; зміцнення інституцій для заохочення інвестицій; створення конкурентного середовища, що сприяє бізнесу; продовження антикорупційної реформи; зміцнення нормативної та інституційної основи регулювання капітальних інвестицій; прискорення процесу приватизації; прискорення вступу до ЄС [110, с. 2]. Таким чином, можна узагальнити, що ситуація з обсягами внутрішнього і зовнішнього інвестування у найближчі два роки суттєво не зміниться.

Ризик підвищення рівня конкуренції протягом 2023-2025 років може дещо зрости, що пов'язано зі структурною перебудовою мережі медичних закладів та зростанням кількості закладів приватної форми власності.

Таким чином сума зважених бальних оцінок економічних ризиків на 2023 рік становить 6,69 бали, а на 2025 рік – 6,46. Зменшення вагомості економічних ризиків на 0,23 бали не можна вважати суттєвим, а значить стратегія розвитку сфери охорони здоров'я повинна містити заходи щодо мінімізації зазначених ризиків. Управління економічними ризиками стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я повинно містити наступні заходи: забезпечення рівного доступу усіх верств населення до медичних послуг шляхом оптимального поєднання державного і приватного соціального страхування; забезпечення оптимального розподілу ресурсів та контролю витрат; підвищення інвестиційної привабливості галузі [136, с. 85].

Групу соціально-політичних ризиків складають: нестабільність політичної ситуації в країні, рівень корупції, гальмування економічних реформ, міжнародна і внутрішня міграція населення, старіння населення. Найбільш вагомими з них є: рівень корупції, міграція і старіння населення.

Відповідно до Державної антикорупційної програми на 2023-2025 роки серед основних корупційних проблем у сфері охорони здоров'я зазначили: відсутність можливості для пацієнтів і лікарів отримати лікарські засоби і медичні вироби вчасно та у повному обсязі; неурегульованість процедур під час надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації [111]; можливість неправомірного надання виплат унаслідок непрацездатності, фальсифікації профілактичних та обов'язкових медичних оглядів, незаконного встановлення групи інвалідності з причини недостатньої інтеграції електронної системи охорони здоров'я з іншими базами даних; сплату неофіційних платежів працівнику медичного закладу за оформлення медичних довідок; недостатню прозорість процедури добору кадрів у медичних закладах. Проблема корупції є достатньо суттєвою не тільки для сфери охорони здоров'я, і найбільш важким для подолання її складником, на нашу думку, є низький супротив громадян України корупційним діям. За таких умов прогнозувати повне усунення корупційних проявів протягом найближчих двох років не уявляється можливим, тому цей чинник ризику оцінено нами у 1,84 бали як станом на 2023, так і станом на 2025 роки.

Міжнародна і внутрішня міграція населення набула у 2022 році катастрофічних масштабів, що пов'язано з веденням військових дій на території країни. Однак, ці процеси продовжуються і у 2023 році, і можна прогнозувати їх продовження і на 2025 рік, що буде обумовлено післявоєнними кризовими явищами в економічному і соціальному житті. Саме тому вважаємо, що цей вид ризику буде посилюватись [136, с. 87].

Старіння населення, в першу чергу, пов'язано з недостатнім рівнем народжуваності, і, зважаючи на зазначені вище проблеми післявоєнного життя, навряд чи ситуація докорінно може змінитися у найближчі два роки. Тому зважені бальні оцінки для 2023 і 2025 років однакові.

Стосовно стабільності політичної ситуації в країні у 2025 році можна очікувати посилення негативних проявів з урахуванням складних соціально-психологічних процесів, які будуть мати місце на тлі економічної

невизначеності. Складна політична і економічна ситуація також, на нашу думку, не буде сприяти прискоренню економічних реформ.

Таким чином, узагальнення оцінка соціально-політичних ризиків є вищою за оцінку економічних ризиків та має тенденцію до зростання на 0,39 бали. Управління зазначеними соціально-політичними ризиками потребує розроблення Урядом комплексних антикризових програм, які повинні передбачати заходи щодо політичного, економічного, інфраструктурного і соціального урегулювання [136, с. 87].

До організаційних ризиків ми віднесли (за убутанням вагомості): зростання вимог споживачів до якості медичних послуг, невідповідність питної води чинним гігієнічним вимогам, загрозу кібератак, рівень лояльності і довіри споживачів, цінову і технічну доступність інноваційних медичних технологій.

Якість продукції – це її здатність задовольняти потреби споживачів. Для забезпечення відповідної якості медичних послуг необхідно запровадити певні стандарти і сертифікацію системи якості, що створить необхідні умови для виявлення неефективних ланок медичного закладу, сприятиме більш ефективному використанню його ресурсів, усуне дублювання робіт і визначить відповідальність за їх виконання. Наразі зазначені процеси не відповідають чинним очікуванням споживачів, що обумовило оцінку цього чинника у 1,15 бали. Прогнозні зміни ситуації, що склалася, на найближчі два роки ми оцінюємо як негативні з огляду на складну соціально-політичну і економічну ситуацію в країні.

За рівнем і якістю водозабезпечення Україна посідає одне з останніх місць у Європі. У результаті перевірок Держпродспоживслужби, проведених у 2020 році на понад 21 тисячі об'єктів централізованого і децентралізованого водопостачання, встановлено порушення санітарного законодавства на 50,4% з них. Невідповідність питної води чинним санітарним вимогам є причиною підвищення рівня інфекційних захворювань і отруєнь. Серед причин невідповідності фахівці зазначають: порушення облаштування та організації

зон санітарної охорони свердловин; фізичний знос обладнання; відсутність лабораторного контролю води, профілактичної промивки водопровідних споруд; недостатній запас дезінфікуючих засобів тощо [112]. Усунення зазначених вище проблем потребуватиме залучення певних інвестиційних коштів. Однак, зважаючи на суттєві інфраструктурні втрати та інші негативні наслідки військової агресії, можна прогнозувати посилення ризику невідповідності питної води чинним гігієнічним вимогам у 2025 році порівняно з 2023 роком [136, с. 87].

Усе більш масштабне упровадження цифрових технологій до процесу надання медичних послуг певною мірою актуалізує ризик кібератак, що можуть привести до фінансових втрат та негативно вплинути на якість медичної допомоги. Тим не менш, зважаючи на високий професіоналізм вітчизняних фахівців ІТ-сфери, ми оцінили цей ризик у 0,95 бали як на початок, так і на кінець прогнозного періоду.

Рівень лояльності і довіри споживачів до системи охорони здоров'я є віддзеркаленням її іміджу, який створено в інформаційному просторі країни. На формування цього іміджу впливає низка чинників, серед яких демографічні, соціально-економічні, релігійні, культурно-поведінкові та психологічні [113, с. 749]. Проте, ключовими з них є якість медичного обслуговування і ефективність функціонування системи охорони здоров'я. Ні перша, ні друга характеристики, наразі, не відповідають бажаному рівню, що обумовило надання цьому чиннику ризику оцінки у 1,08 бали станом на 2023 рік. З огляду на наявний і потенційний комплекс соціально-економічних і політичних проблем, у 2025 році цей ризик може посилитись.

Ризик цінової і технічної доступності (чи недоступності) інновацій у медичній сфері також має тенденцію до зростання, при цьому справа полягає не стільки у ціні, скільки у наявності необхідних обсягів фінансових коштів.

Таким чином організаційні ризики стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я протягом 2023-2025 років можуть збільшитися на 1,5 бали, хоча загальні зважені оцінки для цієї групи ризиків на початок і кінець періоду

є значно меншими, ніж для інших двох груп. Управління організаційними ризиками потребує пошуку додаткових джерел фінансування та розроблення ефективної комунікаційної політики.

У якості специфічних (суб'єктивних) ризиків стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я нами визначено ризики державного регулювання (оскільки управління галуззю здійснюється системою центральних, регіональних і місцевих органів державної влади), кадрові і виробничо-фінансові ризики (табл. 2.12) [136, с. 86].

До основних ризиків державного регулювання нами було віднесено: зниження довіри суспільства до Уряду, неефективне (недостатнє) нормативно-правове забезпечення функціонування галузі, незадовільна стандартизація якості медичних послуг, низька якість імплементації реформи охорони здоров'я на регіональному рівні та неефективність стратегічного управління. Найвищі оцінки станом на 2023 рік отримали чинники незадовільної стандартизації якості медичних послуг (1,84 бали) та низької якості імплементації реформи охорони здоров'я на регіональному рівні (1,4 бали) [136, с. 86].

Проблема забезпечення медичних працівників галузевими стандартами наразі залишається не вирішеною, хоча відповідна діяльність здійснюється Державним підприємством «Державний експертний центр МОЗ України», що надає підстави прогнозувати зменшення негативного впливу цього чинника на стратегічний розвиток сфери охорони здоров'я. Але, зважаючи на значну кількість проблем як у суспільстві загалом, так і в галузі зокрема, суттєвого зменшення ризику відсутності необхідних стандартів очікувати не можна. Від якості імплементації реформи охорони здоров'я на регіональному рівні залежить, у кінцевому підсумку, досягнення стратегічних цілей розвитку галузі. Невідповідна якість може бути обумовлена недостатнім розумінням державних службовців місцевих органів влади і місцевого самоврядування сутності стратегічних перетворень і низькою мотивацією щодо їх запровадження [136, с. 86].

Таблиця 2.12

Система специфічних ризиків функціонування сфери охорони здоров'я*

Види ризиків		Коефіцієнт (частка)	Оцінка на 2023 р.		Оцінка на 2025 р.	
			бали	зважена оцінка	бали	зважена оцінка
Ризики державного регулювання	Зниження довіри до Уряду	0,17	4	0,68	5	0,85
	Нормативно-правове забезпечення функціонування галузі	0,21	4	0,84	4	0,85
	Стандартизація якості медичних послуг	0,23	8	1,84	7	1,61
	Якість імплементації реформи охорони здоров'я на регіональному рівні	0,20	7	1,40	6	1,20
	Ефективність стратегічного управління	0,19	6	1,14	6	1,14
Всього		1,0		5,90		5,64
Кадрові ризики	Невідповідний рівень оплати праці працівників	0,23	8	1,84	9	2,07
	Опір змінам	0,17	6	1,02	7	1,19
	Зниження кадрового потенціалу	0,16	7	1,12	7	1,12
	Плинність кадрів	0,22	9	1,98	8	1,76
	Неефективна мотиваційна система	0,22	9	1,98	9	1,98
Всього		1,0		7,94		8,12
Виробничо- фінансові ризики	Недостатність обсягів фінансування	0,24	9	2,16	7	1,68
	Формування госпітальних округів	0,21	8	1,68	6	1,26
	Незадовільна асортиментна політика медичних закладів	0,17	7	1,19	7	1,19
	Відсутність діяльності з управління ризиками на усіх рівнях	0,20	6	1,20	5	1,00
	Неефективність менеджменту медичних закладів	0,18	8	1,44	7	1,26
Всього		1,0		7,67		6,39

*Складено автором

Загальна зважена оцінка ризиків державного регулювання сфери охорони здоров'я у найближчі два роки має тенденцію до незначного зменшення (на 0,26 бали). Управління зазначеними ризиками повинно передбачати розроблення конкретних заходів щодо мінімізації негативного впливу кожного чинника ризику, але усі вони повинні ґрунтуватися на підвищенні ефективності державного контролю досягнення стратегічних цілей розвитку [136, с. 86].

До найбільш впливових кадрових ризиків ми віднесли: невідповідний рівень оплати праці медичних працівників, кадровий опір перетворенням, зниження кадрового потенціалу, плинність кадрів та неефективну мотиваційну систему. Найбільші загрози становлять висока плинність кадрів

(1,98 бали), низька мотивація працівників (1,98 бали) та незадовільний рівень оплати праці (1,84 бали), який є першопричиною більшості з кадрових ризиків. Прогнозними змінами прояву зазначених ризиків у 2025 році є загострення проблеми з оплатою праці (2,07 бали), зважаючи на брак коштів під час війни і після її завершення, незначне збільшення опору змінам з боку працівників у зв'язку зі структурними перетворенням медичних закладів і мережі закладів, незначне зменшення плинності кадрів. При цьому загрозливі масштаби зниження кадрового потенціалу (здебільшого з причин міжнародної міграції) та неефективності мотиваційних систем залишаться незмінними, оскільки обидві проблеми потребують для вирішення більш тривалого часу. Загальний рівень кадрових ризиків матиме тенденцію до незначного зростання (на 0,18 бали).

Мінімізація кадрових ризиків потребує комплексного підходу, який повинен передбачати достатнє фінансове забезпечення, соціальний розвиток колективів і соціальний захист працівників, підвищення ефективності комунікаційних процесів в медичних установах, створення умов для вмотивованого підвищення кваліфікації працівників (рис. 2.6) [136, с. 87].

Групу виробничо-фінансових ризиків складають: недостатні обсяги фінансування галузі, проблеми формування госпітальних округів, незадовільна асортиментна політика медичних закладів, відсутність діяльності з управління ризиками на усіх управлінських рівнях, неефективність менеджменту медичних закладів.



Рис. 2.6. Заходи мінімізації ризиків стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я*

*Складено автором

Найбільшу загрозу для подальшого стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я становить недостатність фінансових коштів, що

спрямовуються на забезпечення її функціонування (2,16 бали). Надходження міжнародної фінансової допомоги протягом найближчих двох років може сприяти зменшенню рівня цього ризику (1,68 бали). Однак, і у 2025 році він залишатиметься доволі високим, оскільки суттєве його зменшення можливо за умов стабільного надходження податкових відрахувань до державного і місцевих бюджетів, а також за умови розвитку системи медичного страхування.

Також доволі суттєвими є ризики, пов'язані з проблемами формування госпітальних округів (1,68 бали) та неефективністю менеджменту медичних закладів (1,44 бали). У якості прикладів проблем формування спроможної мережі медичних закладів, що знаходяться на поверхні, тобто не є єдиними, можна зазначити незрозумілі перспективи медичних установ, що не увійдуть до мережі, констатування факту надмірної кількості лікарень в Україні і обіцянки керівництва не ліквідувати малоефективні заклади, виникнення браку або надлишку фахівців під час кадрового укомплектування мережних закладів, що потребуватиме переїзду лікарів до інших місць проживання та вирішення проблеми забезпечення фахівців житлом. Проте, зазначені проблеми будуть з часом вирішуватись, тому прогностичний показник впливу цього ризику має тенденцію до зменшення (1,26 бали). Також певні перспективи до зменшення має ризик неефективного менеджменту медичних закладів, що обґрунтовано наявністю у медичних працівників значного інтересу до отримання управлінських знань [136, с. 87].

Таким чином, загальний рівень виробничо-фінансових ризиків стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я протягом 2023-2025 років має тенденцію до відчутного зниження (на 1,28 бали), але отримані під час аналізу оцінки залишаються доволі високими, що обумовлює необхідність розроблення заходів з мінімізації виробничо-фінансових ризиків. Такими заходами повинні бути: пошук і сприянні розвитку додаткових джерел фінансування сфери охорони здоров'я, ефективне вирішення організаційних проблем формування госпітальних округів, сприяння підвищенню

ефективності менеджменту медичних закладів.

Отже, найбільш затребуваним заходом з мінімізації ризиків стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я, з огляду на кількість зовнішніх і внутрішніх ризиків, зменшення впливу яких потребує оптимального ресурсного забезпечення, є пошук і розвиток додаткових джерел фінансування галузі. Однак слід зважати на той факт, що достатні обсяги фінансування не завжди є панацеєю від будь-яких негараздів, тому необхідно забезпечити комплексне вирішення наявних проблем [136, с. 88].

Висновки до розділу 2

1. Сформовано перелік чинників зовнішнього середовища сфери охорони здоров'я опосередкованої (економічні, політичні, соціальні, науково-технічні, екологічні і техногенні чинники) і прямої дії (споживачі, конкуренти, постачальники, контактні аудиторії). Чинники державного регулювання віднесено до чинників внутрішнього середовища, оскільки державні організації виступають по відношенню до сфери охорони здоров'я у ролі суб'єктів управління. На основі побудови профілю середовища проведено SWOT-аналіз сфери охорони здоров'я, що включав такі етапи: визначення на основі вивчення думок експертів для кожної групи чинників зовнішнього середовища шести найбільш важливих складових; встановлення вагових коефіцієнтів для кожного параметру у межах групи; надання бальної оцінки важливості кожного з параметрів; визначення зважених коефіцієнтів впливовості. У результаті SWOT-аналізу у зовнішньому середовищі виявлено десять найбільш суттєвих загроз і шість вагомих можливостей для розвитку сфери охорони здоров'я. Проведення PEST-аналізу було спрямовано на визначення ступеня готовності медичної галузі до реагування на прогнозований вплив чинників зовнішнього середовища опосередкованої дії. Отриманий результат свідчить про середній рівень зазначеної готовності.

2. Використано метод побудови профілю середовища для дослідження

внутрішнього середовища сфери охорони здоров'я. У результаті проведення розрахунків до сильних сторін віднесено: державний контроль, чисельність і рівень кваліфікації медичного персоналу, забезпеченість медичних закладів обіговими коштами, медичними матеріалами, ліками і транспортними засобами, відповідність типу організаційних структур цілям діяльності закладів, розподіл повноважень з управління, якість процесів планування і контролю на рівні закладу. Слабкими сторонами є: нормативно-правове забезпечення функціонування галузі, стандартизація якості медичних послуг, недостатність обсягів фінансування, якість і кількість основних фондів, стан мережі медичних закладів, рівень розвитку комунікацій, асортиментна і сервісна політика медичних закладів, неефективність мотиваційних заходів і процеси внутрішнього забезпечення якості медичних послуг. Зазначені параметри необхідно враховувати під час обрання стратегії розвитку галузі.

3. З'ясовано, що стратегія функціонування соціально-економічної системи може бути обрана як за сприятливих, так і за несприятливих для неї зовнішніх і внутрішніх умов. Використовуючи результати SWOT-аналізу сфери охорони здоров'я України у якості основних стратегій розвитку запропоновано стратегії реструктуризації, відновлення і реінжинірингу. Реалізація стратегії відновлення є доцільною щодо вирішення проблеми незадовільного нормативно-правового забезпечення функціонування галузі. Стратегія реструктуризації повинна передбачати реалізацію організаційно-економічних, технологічних і соціальних перетворень у напрямках підвищення якості медичних послуг та управління активами медичних закладів. Реалізація стратегії реінжинірингу створює необхідні передумови для докорінного переосмислення сутності, завдань, прийомів і методів маркетингової діяльності медичних закладів в загалі, а також розроблення ефективних рішень щодо формування і реалізації їх асортиментної, комунікаційної і сервісної політики зокрема. Аналіз фундаментальних і специфічних ризиків стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я на основі експертних оцінок дозволив узагальнити, що станом на 2023 рік найбільшу загрозу становили

соціально-політичні, кадрові і виробничо-фінансові ризики, при цьому ризики перших двох груп мали тенденцію до зростання протягом найближчих двох років. Найбільш затребуваним заходом з мінімізації ризиків економічного розвитку сфери охорони здоров'я є пошук і розвиток додаткових джерел фінансування функціонування галузі.

Список використаних джерел до розділу 2

1. Звіт про етап розвитку оцінки медичних технологій в Україні. Київ: Департамент ОМТ ДЕЦ МОЗ України, 2019. 31 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2020/05/zvit-pro-etap-rozvytku-omt_2019_21.12-ost.pdf (дата звернення 14.05.2023).
2. Сабецька Т. І., Стефанишин Л. С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2020. Вип. 1. С. 56-62. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=bnav_2020_1_11 (дата звернення 14.05.2023).
3. Мельник А., Радзивілюк Л. Імплементация стратегічного планування в практику управління сучасним медичним закладом: методологічні та прикладні аспекти. *Вісник економіки*. 2021. № 3. С. 66-83. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/44308> (дата звернення 14.05.2023).
4. SWOT-аналіз. Тренінг «Стратегічне планування в охороні здоров'я на рівні госпітального округу». Модуль 2. Розробка та впровадження стратегічного плану. Київ: Програма ООН із відновлення та розбудови миру. 19 с. URL: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ua/P3-M2.pdf> (дата звернення 14.05.2023).
5. Рабінович М. Співпраця заради розвитку в Україні: сильні та слабкі сторони, можливості та загрози. 2021. URL: <https://voxukraine.org/spivpratsya-zaradi-rozvitku-v-ukrayini-silni-ta-slabki-storoni-mozhливosti-ta-zagrozi> (дата

звернення 14.05.2023).

6. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування і реалізації прогностичних та програмних документів соціально-економічного розвитку об'єднаної територіальної громади: Наказ Мінрегіону України від 30.03.2016 № 75. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0075858-16#Text>; https://ck-oda.gov.ua/docs/2019/03012019_31.pdf (дата звернення 14.05.2023).

7. Горбулін В. П., Качинський А. Б. Стратегічне планування: вирішення проблем національної безпеки: монографія. Київ: НІСД, 2010. 288 с. URL: https://niss.gov.ua/sites/default/files/2011-07/Gorbulin_Kachynsky-e2dd0.pdf (дата звернення 14.05.2023).

8. Берданова О., Вакуленко В., Тертичка В. Стратегічне планування: навчальний посібник. Львів: ЗУКЦ, 2008. 138 с. URL: https://ipas.org.ua/old/doc/pr/pauci/sp_student.pdf (дата звернення 14.05.2023).

9. Puylt R.W., Lie F.B., Wilderom Celeste P.M. The origins of SWOT analysis. *Long Range Planning*. 2023. Available online 22 February. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0024630123000110> (дата звернення 14.05.2023).

10. Simmering M. J. SWOT ANALYSIS. URL: <https://www.referenceforbusiness.com/management/Pr-Sa/SWOT-Analysis.html> (дата звернення 14.05.2023).

11. Економічна діагностика: підруч. / В. Л. Дикань, І. В. Токмакова, В. О. Овчиннікова, М. В. Корінь, А. В. Толстова. Харків: УкрДУЗТ, 2022. 284 с. URL: <http://lib.kart.edu.ua/bitstream/123456789/8612/1/Підручник.pdf> (дата звернення 14.05.2023).

12. Сасенко М. Г. Стратегія підприємства: підруч. Тернопіль: Економічна думка, 2006. 390 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/486/1/saenko_strateg_pidpr.pdf (дата звернення 14.05.2023).

13. Галушка З.І., Лусте О.О., Грунтковський В.Ю. Стратегічний SWOT-аналіз внутрішнього та зовнішнього середовища організації: методичні

рекомендації. Чернівці: Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, 2021. 49 с.

14. Список міністрів охорони здоров'я України. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Список_міністрів_охорони_здоров%27я_України (дата звернення 18.05.2023).

15. Коляда Н. В., Король С. М., Король С. А. Методики формування здорового способу життя: конспект лекцій. Суми: Сумський державний університет, 2021. 183 с. URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/82508/3/Koliada_Metodyky.pdf.pdf (дата звернення 19.05.2023).

16. Зміни до Порядку ввезення на територію України незареєстрованих лікарських засобів, стандартних зразків, реагентів: Наказ МОЗ України від 24.08.2022 № 1525. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1270-22#Text> (дата звернення 19.05.2023).

17. Проєкти нацпрограми «Модернізація системи охорони здоров'я». URL: <https://recovery.gov.ua/project/program/upgrade-healthcare-system> (дата звернення 19.05.2023).

18. Про затвердження Порядку проведення державної оцінки медичних технологій: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.12.2020 № 1300. URL: (дата звернення 20.05.2023).

19. Ставлення до медичної реформи в Україні: результати загальнонаціонального опитування громадської думки (прес-реліз). URL: <https://socis.kiev.ua/ua/2020-04-01/> (дата звернення 21.05.2023).

20. Капітальні інвестиції за видами економічної діяльності у січні-вересні 2020 року. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 21.05.2023).

21. Степурко Т. Г. Індекс здоров'я. Україна – 2018: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2018. 197 с. URL: https://health-index.com.ua/zvit_index_2018_ukr.pdf (дата звернення 21.05.2023).

22. Як працює програма реімбурсації «Доступні ліки» з оновленим

реєстром лікарських засобів. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/1975-yak-pratsyu-programa-rembursats-dostupn-lki-z-1-jovtnya> (дата звернення 21.05.2023).

23. МОЗ: Розширено перелік ліків, вартість яких покривається з бюджету в межах програми державних гарантій. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/mlz-rozshyreno-perelik-likiv-vartist-iakykh-pokryvaietsia-z-biudzhetu-v-mezhakh-prohramy-derzhavnykh-harantii> (дата звернення 21.05.2023).

24. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 23.05.2023).

25. Алексеев О. Г., Аніщенко М. А. Благодійні організації як суб'єкти правовідносин у сфері охорони здоров'я, що сприяють реалізації прав громадян на медичну допомогу. *Проблеми захисту суб'єктів правовідносин у сфері охорони здоров'я в контексті медичної реформи : збірник матеріалів науково-практичного круглого столу (м. Запоріжжя, 25 травня 2018 року) / За заг. ред. Ю.М. Колесника*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. С. 47-49.

26. Стеценко С. Г. Перспективи розвитку медичного права в Україні: концептуальні засади. *Публічне право*. 2016. № 3. С. 21-26. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pp_2016_3_4 (дата звернення 23.05.2023).

27. Сіделковський О. Л. Участь громадськості як елемент формування публічної політики у сфері охорони здоров'я України: адміністративно-правовий вимір. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2020. № 2. С. 105-108. URL: http://apnl.dnu.in.ua/2_2020/25.pdf (дата звернення 23.05.2023).

28. Миронов А. Державний та громадський контроль у сфері охорони здоров'я: спільні риси, відмінності та пріоритети в сучасній Україні. *Публічне право*. 2018. № 1 (29). С. 165-170. URL: <https://www.publichne-pravo.com.ua/files/29/20.pdf> (дата звернення 23.05.2023).

29. Бленда Н. О., Коротєєв М. А., Соковніна Д. М., Соколюк С. Ю., Жарун О. В. Стратегічний аналіз зовнішнього середовища – основа

визначення стратегічного напрямку розвитку підприємницьких структур. *Збірник наукових праць Уманського НУС*. 2021. Вип. 99. Ч. 2. С. 124-131. URL: <https://journal.udau.edu.ua/assets/files/99/99.2/12.pdf> (дата звернення 26.05.2023).

30. Звіт про етап розвитку оцінки медичних технологій в Україні. Київ: Департамент ОМТ ДЕЦ МОЗ України, 2019. 21 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2020/05/zvit-pro-etap-rozvytku-omt_2019_21.12-ost.pdf (дата звернення 25.05.2023).

31. Микуланинець С. І. Застосування результатів PEST-, SNW- та SWOT-аналізів під час розроблення стратегії розвитку туристично-рекреаційного комплексу Закарпатської області. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2018. Том 29 (68). № 5. С. 118-123. URL: https://www.econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2018/29_68_5/28.pdf (дата звернення 25.05.2023).

32. Іванчов П. В. Пріоритетні напрями трансформації медичної системи України на ринкових засадах. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство*. 2020. Випуск 33. Частина 1. С. 136-140. URL: http://www.visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/33_1_2020ua/26.pdf (дата звернення 25.05.2023).

33. Haughey D. PEST Analysis. 18 Oct 2021. URL: <https://www.projectsmart.co.uk/tools/pest-analysis.php> (дата звернення 26.05.2023).

34. Горєлов Д.О., Большенко С.Ф. Стратегія підприємства: навч. посіб. Харків: ХНАДУ, 2010. 133 с. URL: <https://buklib.net/books/36596/> (дата звернення 26.05.2023).

35. Артюшок В. С. Методи та моделі стратегічного аналізу у системі бізнес-планування. *Економіка та суспільство*. 2022. Випуск 44. С. 44-61. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-44-61>. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1851> (дата

звернення 26.05.2023).

36. Morrison M. PESTLE Analysis Tool (PEST Analysis) – History and Templates. 04/03/2021. URL: <https://rapidbi.com/the-pestle-analysis-tool/> (дата звернення 26.05.2023).

37. Лепетюха Н. В., Артекова Т. О. Оцінка впливу факторів зовнішнього середовища на діяльність підприємства харчової промисловості. *Глобальні та національні проблеми економіки. Економіка та управління підприємствами*. 2016. Випуск 14. С. 413-417. URL: <http://global-national.in.ua/archive/14-2016/86.pdf> (дата звернення 08.05.2023).

38. Mescon M.H., Albert M., Khedouri F. Management: Individual and Organizational Effectiveness. NY: Harper & Row, 1985. 756 p.

39. Україна цікава іноземним інвесторам попри війну. Але є нюанси. URL: <https://onova.org.ua/news/ukraina-tsikava-inozemnym-investoram-popry-viinu-ale-ie-niuanisy> (дата звернення 26.05.2023).

40. Бурцева О. Є. Трансформація системи охорони здоров'я як складової національної безпеки України. *Вісник економічної науки України*. 2020. № 2 (39). С. 123-127. DOI: [https://doi.org/10.37405/1729-7206.2020.2\(39\).123-127](https://doi.org/10.37405/1729-7206.2020.2(39).123-127) URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/178773/17-Burtseva.pdf?sequence=1> (дата звернення 26.05.2023).

41. Статистичні дані МОЗ всі відомства та приватні установи. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanividomstva.html> (дата звернення 28.05.2023).

42. Горбулін В. П., Качинський А. Б. Стратегічне планування: вирішення проблем національної безпеки: монографія. Київ: НІСД, 2010. 288 с. URL: https://niss.gov.ua/sites/default/files/2011-07/Gorbulin_Kachynsky-e2dd0.pdf (дата звернення 14.05.2023).

43. Сасенко М. Г. Стратегія підприємства: підруч. Тернопіль: Економічна думка, 2006. 390 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/486/1/saenko_strateg_pidpr.pdf (дата звернення 14.05.2023).

44. Чисельність населення та середня чисельність за періоди року. URL: <https://ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 29.05.2023).

45. Скільки лікарів в Україні? URL: <http://medosvita.info/2021/02/21/скільки-лікарів-в-україні/#more-213> (дата звернення 29.05.2023).

46. Ресурси системи охорони здоров'я в умовах війни. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r> (дата звернення 29.05.2023).

47. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія. / За наук. ред. д.е.н. М. М. Шкільняка і д.е.н. Т. Л. Желюк. Тернопіль: Крок. 2020. 560 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf (дата звернення 14.05.2023).

48. Ткач М. П. Державне регулювання і державне управління: співвідношення понять. *Підприємництво, господарство і право*. 2012. № 8. С. 110-119.

49. Рак С. Стандарти у сфері охорони здоров'я та кримінальна відповідальність медичних працівників: шляхи кореляції. *Кримінальне право*. 2020. № 9. С. 191-196. DOI <https://doi.org/10.32849/2663-5313/2020.9.33> URL: <http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2020/9/34.pdf> (дата звернення 02.06.2023).

50. У 2022 р. затверджено більше півсотні медико-технологічних документів у сфері стандартизації медичної допомоги, – Центр підвів підсумки. URL: <https://www.dec.gov.ua/news/u-2022-r-zatverdzheno-bilshe-pivsotni-mediko-tehnologichnyh-dokumentiv-u-sferi-standartyzacziyi-medychnoyi-dopomogy-czentr-pidviv-pidsumky/> (дата звернення 02.06.2023).

51. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 р. № 590. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0590282-20#Text> (дата звернення 02.06.2023).

52. Аналіз нормативно-правових актів у галузі охорони здоров'я. Відповідно до положень політичної декларації із загального охоплення послугами охорони здоров'я. Резюме. Київ, 2020. 21 с. URL:

[https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/UA_Analiz-normativno-pravovih-aktiv__Rezyume__final.pdf](https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/UA_Analiz-normativno-pravovih-aktiv_Rezyume_final.pdf) (дата звернення 02.06.2023).

53. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text> (дата звернення 02.06.2023).

54. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765. Редакція від 28.04.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text> (дата звернення 02.06.2023).

55. Основи законодавства України з охорони здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 02.06.2023).

56. Тернова С. Коли ДППі стане реальністю в українській медицині? 24/05/2021. URL: <https://www.vz.kiev.ua/chomu-derzhavno-pryvatne-partnerstvo-omynaye-vitchyznyanu-sferu-ohorony-zdorov-ya/> (дата звернення 03.06.2023).

57. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: Наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text> (дата звернення 03.06.2023).

58. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників: Постанова Кабінету Міністрів України від 14.07.2021 № 725. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення 03.06.2023).

59. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2020 році. URL: https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz_rik/arh_sat_rah_zd_u.htm (дата звернення 04.06.2023).

60. Рудий В. Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я. URL: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_6u.htm (дата звернення 04.06.2023).

61. Подтуркін Д. Економіка охорони здоров'я України: порівняння

ідеологій. 23 Лютого 22. URL: <https://intelmag.com/medicine/18034-ekonomika-ohorony-zdorovya-ukrayiny-porivnyannya-ideologij/> (дата звернення 04.06.2023).

62. Лікарні отримали такий бюджет, який не дає їм можливості розвиватися – заміністра охорони здоров'я Микичак. 22.07.2020. URL: <https://interfax.com.ua/news/interview/676298.html> (дата звернення 04.06.2023).

63. Рентабельність операційної та усієї діяльності підприємств за видами економічної діяльності з розподілом на великі, середні, малі та мікропідприємства (2010-2021). URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 04.06.2023).

64. Необоротні та оборотні активи, власний капітал та зобов'язання підприємств за видами економічної діяльності з розподілом на великі, середні, малі та мікропідприємства за 2013-2021 роки. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 04.06.2023).

65. Оборотні активи підприємств за видами економічної діяльності з розподілом на великі, середні, малі та мікропідприємства за 2013-2021 роки/ URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 04.06.2023).

66. Кобилецький В. Р. Коефіцієнт абсолютної ліквідності. *Онлайн-журнал «Financial Analysis online»*. URL: <https://analizua.com/slovnik-ekonomichnikh-terminiv/250-koefitsient-absolyutnoji-likvidnosti> (дата перегляду: 04.06.2023).

67. Жукевич С., Карпишин Н., Шегера О. Аналіз фінансової стійкості закладів охорони здоров'я в умовах сталого розвитку. *Світ фінансів. Фінанси суб'єктів господарювання*. 2022. № 3(72). С. 111-126. URL: <http://sf.wunu.edu.ua/index.php/sf/article/view/1538/1546> (дата звернення 04.06.2023).

68. Необоротні активи підприємств за видами економічної діяльності з розподілом на великі, середні, малі та мікропідприємства за 2013-2021 роки. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 05.06.2023).

69. Бадіков Т. Комп'ютеризація лікарень. Вимушений крок чи нові можливості? 4 травня 2020. URL: <https://blogs.pravda.com.ua/authors/badikov/>

5eaffa47eabf9/ (дата звернення 06.06.2023).

70. Про затвердження Порядку визначення обсягів потреби в закупівлі лікарських засобів закладами і установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів: Наказ МОЗ України від 11.07.2017 № 782. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0851-17#Text> (дата звернення 07.06.2023).

71. Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення: Постанова КМУ від 25.03.2009 р. № 333. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2009-%D0%BF#Text> (дата звернення 07.06.2023).

72. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для забезпечення здійснення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2011 № 298. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/298-2011-%D0%BF#Text> (дата звернення 07.06.2023).

73. 28 лютого 2017 року Комітет з питань охорони здоров'я провів засідання «круглого столу» на тему: «Робота системи екстреної медичної допомоги України: проблеми на шляхи вирішення». URL: <https://komzdrav.rada.gov.ua/print/73148.html> (дата звернення 07.06.2023).

74. Профільний комітет обговорив проблемні питання екстреної медичної допомоги. *Аптека online.ua*. 2021. № 48 (1319) 13 Грудня. URL: <https://www.apteka.ua/article/620519> (дата звернення 07.06.2023).

75. Лукашук Л. Реформа системи екстреної медичної допомоги: аналіз і поточні результати. 10 травня 2023. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/1937-sistema-ekstreno-medichno-dopomogi-v-ukran> (дата звернення 07.06.2023).

76. Озтурк І. Глава столичної медицини: В Україні, і в Києві зокрема, надлишкова кількість медичних закладів. 16 травня 2023. URL: <https://glavcom.ua/kyiv/news/hlava-stolichnoji-meditsini-v-ukrajini-i-v-kijevi->

zokrema-nadlishkova-kilkist-medichnikh-zakladiv-927522.html (дата звернення 08.06.2023).

77. У МОЗ назвали кількість зруйнованих медзакладів внаслідок повномасштабного вторгнення. 8 Травня 2023. URL: <https://www.volynnews.com/news/all/u-moz-nazvaly-kilkist-zruynovanykh-medzakladiv-vnaslidok-povnomasshtabnoho-vtorhnennia/> (дата звернення 08.06.2023).

78. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення 08.06.2023).

79. Левченко Г. Повноцінно реформована мережа медустанов запрацює з 2024 року – керівник Проектного офісу з відновлення при МОЗ. 02.01.2023. URL: <https://interfax.com.ua/news/interview/882143.html> (дата звернення 08.06.2023).

80. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: Наказ МОЗ України від 31.10.2018 № 1977. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1977282-18#Text> (дата звернення 09.06.2023).

81. Шульдик А. В. Типи корпоративної культури в медичних організаціях. *Правничий вісник Університету "КРОК"*. 2017. Вип. 27. С. 163-168. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pvuk_2017_27_24 (дата звернення 09.06.2023).

82. Cameron K.S., Quinn R.E. Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass, 2011. 288 p.

83. Про затвердження Примірного переліку Індикаторів якості надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 17.04.2023 № 716. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-17042023--716-pro-zatverdzhennja-primirnogo-pereliku-indikatoriv-jakosti->

nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi (дата звернення 09.06.2023).

84. Дячук Д. Д., Ліщишина О. М., Зюков О. Л., Гандзюк В. А. Індикатори якості в системах охорони здоров'я: в фокусі національних ресурсів результати, процеси та продуктивність. *Клінічна та профілактична медицина*. 2022. № 1(19). С. 90-101. URL: <https://cp-medical.com/index.php/journal/article/view/199> (дата звернення 09.06.2023).

85. Дерезюк А. В., Яремина І. В., Головчанська-Пушкар С. Є., Байдюк І. А. Покращення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я з використанням SWOT-аналізу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27. № 1. С. 160-165. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(1)-28.

86. Мороз О. О., Мороз Є. О., Катілова Т. О. Стратегічний підхід в системі антикризового фінансового менеджменту в закладах охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2021. № 4. С. 185-188. URL: <http://journals.khnu.km.ua/vestnik/wp-content/uploads/2021/09/vknu-es-2021-4-32.pdf> (дата звернення 09.06.2023).

87. Hlevatska N. M., Yakushev O. V., Cherednychenko V. V. Management of primary health care institution in modern economic conditions. *Збірник наукових праць ЧДТУ. Серія: Економічні науки*. Випуск 61. С. 22-31. URL: <http://ven.chdtu.edu.ua/article/view/236843> (дата звернення 09.06.2023).

88. Мельник А., Радзивілюк Л. Імплементация стратегічного планування в практику управління сучасним медичним закладом: методологічні та прикладні аспекти. *Вісник економіки*. 2021. № 3. С. 66-83. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/44308> (дата звернення 09.06.2023).

89. Ягельська К. Ю. Організаційно-економічні особливості трансформаційної моделі охорони здоров'я України. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2020. Том 31 (70). № 6, С. 83-88. URL: https://www.econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2020/31_70_6/ 16.pdf (дата звернення 09.06.2023).

90. Брага М., Пхіденко С., Масюк Л., Гусак Н., Лєпшошкіна Т.

Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. Київ: Програма «U-LEAD з Європою», 2019. 76 с. URL: <https://healthcenter.od.ua/wp-content/uploads/2019/11/strategic.pdf> (дата звернення 09.06.2023).

91. Гудзь О.І. Стратегія розвитку підприємства: сутність та класифікація. *Економічний журнал Мукачівського державного університету*. 2018. № 18. С. 346-352. URL: <https://economyandsociety.in.ua/journals/18.ukr/48.pdf> (дата звернення 27.06.2023).

92. Брінь П. В., Голтвянська Ю. В. Стратегія розвитку підприємства: сутність та класифікація. *Підприємництво та інновації*. 2021. Випуск 21. С.31-34. DOI: <https://doi.org/10.37320/2415-3583/21.5>. URL: <https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/5af192ec-92b0-43e2-9cee-b94cb2f07477/content> (дата звернення 27.06.2023).

93. Thompson A. A., Strickland A, J. Strategic Management: Concepts and Cases. New York: McGraw-Hill, 1999. 1056 p.

94. Кононова І. В. Класифікація стратегій розвитку соціально-економічних систем. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство*. 2017. Вип. 12. Част. 1. С.167-171. URL: http://www.visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/12_1_2017ua/39.pdf (дата звернення 27.06.2023).

95. Баланович А. М. Теоретико-методичні засади формування стратегій розвитку підприємства. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Економічні науки*. 2014. Випуск 8. Частина 2. С. 77-81. URL: http://www.ej.kherson.ua/journal/economic_08/70.pdf (дата звернення 27.06.2023).

96. Рудий В. Контроль над витратами і ефективне використання ресурсів як засоби покращення системи охорони здоров'я в Україні. URL: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_6u.htm (дата звернення 29.06.2023).

97. Кіпа М. О. Сутність та напрями реструктуризації підприємства.

Економіка та держава. 2017. № 6. С. 64-71. URL: http://www.economy.in.ua/pdf/6_2017/14.pdf (дата звернення 01.07.2023).

98. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо проведення реструктуризації державних підприємств транспортно-дорожнього комплексу: Наказ Мінтранс України 03.12.2002 № 859. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0859361-02#Text> (дата звернення 01.07.2023).

99. Методика розробки планів реструктуризації державних підприємств та організацій: Методика Агенства з питань запобігання банкрутству підприємств і організацій від 02.06.1997 № 73 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0073374-97#Text> (дата звернення 02.07.2023).

100. Положення про реструктуризацію підприємств: Наказ Мінпромполітики від 18.07.2008 № 460. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0718-08#Text> (дата звернення 02.07.2023).

101. Зиновьев И.Ф., Черемисина С.Г. Методика экономических исследований: монография. Симферополь: Таврия, 2005. 176 с.

102. Крутова А. С., Лачкова Л. І., Лачкова В. М. Управління фінансовою санацією підприємства: навч. посібник. Харків: Видавець Іванченко І. С., 2017. 189 с. URL: https://dut.edu.ua/uploads/1_2080_40458301.pdf (дата звернення 02.07.2023).

103. Фінансово-економічний словник: словник-довідник / кол. авт.: Юнін О. С., Круглова О. О., Савельєва М. О. та ін. Дніпро: Видавець Біла К. О., 2018. 164 с. URL: https://er.dduvs.in.ua/bitstream/123456789/1373/1/ФІН.-ЕКОН.%20СЛОВНИК__макет%20в%20печать.pdf (дата звернення 02.07.2023).

104. Македон В. В. Методологія реструктуризації промислових підприємств: інноваційні підходи в умовах трансформації економіки: дис. ... докт. економ. наук. Спеціальність 08.00.04 – економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності). Запоріжжя: Класичний

приватний університет, 2018. 510 с. URL: http://virtuni.education.zp.ua/info_cpu/sites/default/files/%20В.В._диссертация.pdf (дата звернення 02.07.2023).

105. Фармацевтична енциклопедія. Реінжиніринг процесів. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/1063/reinzhiniring-procesiv> (дата звернення 03.07.2023).

106. ВВП, інфляція та реальні зарплати: МВФ дав прогноз щодо економіки України до 2027 року. URL: <https://tsn.ua/groshi/vvp-inflyaciya-ta-realni-zarplati-mvf-dav-prognoz-schodo-ekonomiki-ukrayini-do-2027-roku-2298391.html> (дата звернення 13.07.2023).

107. Інфляція та ВВП у 2023 році: прогнози експертів. URL: <https://kosht.media/infliatsiia-ta-vvp-u-2023-rotsi-prohnozy-ekspertiv/> (дата звернення 13.07.2023).

108. НБУ покращив прогноз інфляції в Україні. URL: <https://www.dw.com/uk/nbu-pokrasiv-prognoz-inflacii-v-ukraini/a-65454382> (дата звернення 13.07.2023).

109. Бондарчук В. ВВП – показник «середнього по палаті». Що може прийти йому на зміну. Економічна політика. URL: <https://voxukraine.org/economic-growth-ua> (дата звернення 13.07.2023).

110. Нова Україна: стимулювання інвестицій у свободу, мир та процвітання / Д. Мерфі, М. Гелліер, С. Нерпій, В. Шилюк, Ф. Фархат. Київ: Проєкт USAID з економічного розвитку, управління та зростання підприємництва (EDGE), 2023. 39 с. URL: https://www.usaid.gov/sites/default/files/2023-04/EDGE%20UIPA%20Report-%20online%20-%20Ukrainian%20%2811%20Apr%202023%29_AC.pdf (дата звернення 13.07.2023).

111. Про затвердження Державної антикорупційної програми на 2023-2025 роки: Постанова Кабінету міністрів України від 4 березня 2023 р. № 220. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/516211___725692 (дата звернення 14.07.2023).

112. Щодо здійснення Держпродспоживслужбою державного санітарно-епідеміологічного нагляду на об'єктах систем водопостачання та водовідведення населених пунктів країни. URL: <https://dpss.gov.ua/news/shchodo-zdijsnennya-derzhprodspozhivsluzhboyu-derzhavnogo-sanitarno-epidemiologichnogo-naglyadu-na-obyektah-sistem-vodopostachannya-ta-vodovidvedennya-naselenih-punktiv-krayini> (дата звернення 14.07.2023).

113. Курносенко Л. В. Феномен довіри в умовах цифровізації охорони здоров'я. *Public Administration and Regional Development*. 2022. № 17. С. 746-761. URL: <https://dspace.chmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/756/1/Курносенко%20%20Л.%20В.%20%20Феномен%20довіри.pdf> (дата звернення 16.07.2023).

114. Дзюрах Ю.М., Амізьян А.А. Ризики впровадження реформ у сфері охорони здоров'я в Україні. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 5. С. 40-48. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/nauka/article/view/4591/4615> (дата звернення 16.07.2023).

115. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. *Економічний вісник Національного технічного університету України "Київський політехнічний інститут"*. 2018. № 15. С. 18-27. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/evntukpi_2018_15_5 (дата звернення 16.07.2023).

116. Гринчишин І. Ідентифікація ризиків у сфері охорони здоров'я та їхній вплив на функціонування територіальних громад в умовах реалізації сучасних реформ. *Економічний аналіз*. 2020. Том 30. № 3. С. 7-15. URL: (дата звернення 13.07.2023).

117. Галай В.О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство»*. Розділ VII. Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. 2022. № 6. С. 189-194. URL: <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/273738/269079> (дата звернення 16.07.2023).

118. Роговий А. В., Дубина М. В., Забаштанська Т. В. Стратегічні пріоритети розвитку сфери охорони здоров'я в Україні: Фінансові аспекти. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2021. № 3 (23). С. 158-165. URL: <http://ppeu.stu.cn.ua/article/view/224554/224783> (дата звернення 16.07.2023).

119. Філіпова Н. В., Михайловська О. В. Теоретичні засади стратегії фінансового забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2022. № 1(4). URL: (дата звернення 16.07.2023).

120. Радченко О. П., Лагодієнко В. В. Сучасні тенденції та стратегічні орієнтири системи охорони здоров'я України. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2021. Том 21. Вип. 4 (47). С. 34-48. URL: <http://rinek.onu.edu.ua/article/view/226925> (дата звернення 16.07.2023).

121. Національний стандарт України. ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT) «Системи управління якістю». Київ: ДП «УкрНДНС, 2016. URL: <https://khoda.gov.ua/image/catalog/files/%209001.pdf> (дата звернення 16.07.2023).

122. Huebner C., Flessa S. Strategic Management in Healthcare: A Call for Long-Term and Systems-Thinking in an Uncertain System. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. 19(14). DOI: [10.3390/ijerph19148617](https://doi.org/10.3390/ijerph19148617). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9324431/> (дата звернення 16.07.2023).

123. Al Swaidi S. J. Strategic Planning of Business Development in Health Care. *NILES journal for Geriatric and Gerontology*. 2022. 5. 2. P. 338-353. DOI: [10.21608/NILES.2022.253807](https://doi.org/10.21608/NILES.2022.253807). URL: https://niles.journals.ekb.eg/article_253807.html (дата звернення 16.07.2023).

124. Byskov, J., Maluka, S., Marchal, B., Shayo, E. H., Blystad, A., Bukach, S., Zulu, J. M., Michelo, C., Hurtig, A.-K. & Bloch, P. A systems perspective on the importance of global health strategy developments for accomplishing today's Sustainable Development Goals. *Health Policy and Planning*. 2019. 34. 9. P. 635-

645. DOI: org/10.1093/heapol/czz042. URL: <https://academic.oup.com/heapol/article/34/9/635/5541031> (дата звернення 16.07.2023).

125. Rowe S. Y., Peters D. H., Holloway K. A., Chalker J., Ross-Degnan D., Rowe A. K. A systematic review of the effectiveness of strategies to improve health care provider performance in low- and middle-income countries: Methods and descriptive results. *PLOS ONE*. 2019. 29 p. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0217617&type=printable> (дата звернення 16.07.2023).

126. Dennis C. Strategic planning – a health system operational perspective. *Journal of Hospital Management and Health Policy*. 2019. vol 3. URL: <https://jhmhp.amegroups.org/article/view/5557/html> (дата звернення 16.07.2023).

127. Rasouli¹ A., Khoonsari M. H. K., Ashja'ardalan S., Saraee F., Ahmadi F. Z. The Importance of Strategic Planning and Management in Health: A Systematic Review. *Journal of Health Management and Informatics*. 2020. 7(1). P. 1-9. URL: https://jhmi.sums.ac.ir/article_46622_42a6925030a359bf4d4cc84f508faf1b.pdf (дата звернення 16.07.2023).

128. Калініченко З.Д. Ризик-менеджмент: навчальний посібник для здобувачів спец. 051 «Економіка» та 073 «Менеджмент». Дніпро: ДДУВС, 2021. 224 с. URL: <https://er.dduvs.in.ua/bitstream/123456789/5854/1/1%20Калініченко%20%20РИЗИК-МЕНЕДЖМЕНТ%20Навч%20посіб.pdf> (дата звернення 16.07.2023).

129. Кривов'язюк І. В., Смерічевський С. Ф., Кулик Ю. М. Ризик-менеджмент логістичної системи машинобудівних підприємств: монографія. Київ: Видавничий дім «Кондор», 2018. 200 с. URL: <https://philpapers.org/archive/KRYHKL.pdf> (дата звернення 16.07.2023).

130. Федулова І. Ідентифікація господарських ризиків. Вісник КНТЕУ. 2017. № 4. С. 89-103. URL: <http://visnik.knute.edu.ua/files/2017/04/8.pdf> (дата звернення 16.07.2023).

131. Богдан Т. Війна і державні фінанси: скільки потрібно грошей на

відновлення і де їх брати. Економічна правда. 2022. 3 листопада. URL: <https://www.epravda.com.ua/columns/2022/11/3/693382/> (дата звернення 16.07.2023).

132. Шишка І.В. Аналіз зовнішнього середовища системи охорони здоров'я України. *Проблеми системного підходу в економіці. Маркетинг*. 2023. Випуск № 2(91). С. 190-197. DOI: <https://doi.org/10.32782/2520-2200/2023-2-25>. URL: http://www.psae-jrnl.nau.in.ua/journal/2_91_2023_ukr/27.pdf.

133. Шишка І.В. Визначення готовності сфери охорони здоров'я до реагування на вплив зовнішнього середовища. *Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво*. 2023. № 2 (128). С. 82-86. DOI: <https://doi.org/10.32782/1814-1161/2023-2-13>. URL: http://www.econom.stateandregions.zp.ua/journal/2023/2_2023/15.pdf.

134. Шишка І. Визначення сильних і слабких сторін внутрішнього середовища системи охорони здоров'я України. *Підприємництво та інновації*. 2023. № 28. С. 87-91. DOI: <https://doi.org/10.32782/2415-3583/28.14>. URL: <http://ei-journal.in.ua/index.php/journal/article/view/699/680>.

135. Шишка І. Характеристика сильних і слабких сторін внутрішнього середовища системи охорони здоров'я України. *Трансформаційна економіка*. 2024. № 2 (07). С. 120-129. DOI: <https://doi.org/10.32782/2786-8141/2024-7-19>. URL: <https://transformations.in.ua/index.php/journal/article/view/123/120>.

136. Shyshka I., Shalbayeva Sh. Strategy selection of healthcare sector development and risk management of its implementation. *Economics Ecology Socium*. 2023. Vol. 7. № 3. P. 77-90. DOI: 10.31520/2616-7107/2023.7.3-7. URL: <https://ees-journal.com/index.php/journal/article/view/229/190>.

РОЗДІЛ 3

ВПЛИВ ГЛОБАЛІЗАЦІЙНИХ І ІНТЕГРАЦІЙНИХ ЧИННИКІВ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ І ЕКОНОМІЧНИЙ РОЗВИТОК СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Тенденції розвитку світового ринку медичних послуг

Темпи зростання чисельності населення протягом останніх 100 років є дуже значними. Відповідно до останніх прогнозів ООН, населення світу до 2030 року складе приблизно 8,5 мільярдів, до 2050 року – 9,7 мільярдів, до 2080-х років – 10,4 мільярда людей і залишатися на цьому рівні до 2100 року [3]. Дещо інші прогнозні цифри надає дослідження Earth4all, що виокремлює два сценарії: на тлі подальшого економічного світового розвитку найбідніші країни подолають бідність, що призведе до скорочення чисельності населення у 2100 році до 7 мільярдів, при цьому пікова чисельність населення (8,6 мільярда) буде спостерігатися у 2050 році; завдяки інвестиціям у подолання бідності, розвиток освіти і охорони здоров'я, позитивним змінам у політиці продовольчої і енергетичної безпеки та гендерної рівності чисельність населення сягне максимуму (8,5 мільярда) до 2040 року, а до кінця століття знизиться приблизно до 6 мільярдів людей [2]. Проте, за умови реалізації будь-якого з наведених прогнозів, безперечним фактом є те, що протягом декількох найближчих десятиліть питома вага літніх людей буде зростати, що потребуватиме відповідного розвитку системи охорони здоров'я. Саме тому питання наявних і потенційних тенденцій розвитку сфери надання медичних послуг є доволі актуальними.

Дослідницьку активність іноземних і українських науковців щодо розроблення прогнозів розвитку і функціонування сектору охорони здоров'я на глобальному рівні не можна визначити як високу [109, с. 204]. Наразі можна зазначити внесок таких авторів як Е. Гапонова [31] (поглиблення теоретико-

методичних засад дослідження сучасних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг, а також обґрунтування стратегічних пріоритетів інтеграції України до світового ринку медичних послуг у контексті його інформатизації), І. Іринчина [32] (характеристика умов функціонування світового та національного ринків послуг з охорони здоров'я з огляду на тренди глобального розвитку світо господарської системи, обґрунтування напрямів якісного інноваційного глобального розвитку ринку послуг з охорони здоров'я), Е. Зімлічман, В.Ніклайн, Р. Аггарвал, Д. Бейтс [30] (обговорення прогалин та бар'єрів у чинній структурі охорони здоров'я, а також необхідної трансформації, включаючи перехід від систем на базі лікарень до систем первинної медичної допомоги, громадської та соціальної допомоги, оцінювання майбутньої еволюції платіжних систем, що веде до сталого здоров'я). Така ситуація обумовлена, на наш погляд, наявністю достатньої кількості спеціалізованих інститутів міжнародного масштабу, які складають прогнози поширення певних тенденцій розвитку глобального ринку медичних послуг. Співставлення і аналіз думок експертів, поданих у зазначених прогнозах, становить певний дослідницький інтерес [109, с. 204].

Якщо під тенденцією розуміти напрям розвитку, то найбільш масштабними тенденціями розвитку світової економіки наразі є глобалізація та інформатизація. Глобалізація передбачає усе більшу всесвітню економічну інтеграцію (взаємопроникнення, об'єднання) на основі лібералізації міжнародної торгівлі, руху капіталів, зростання темпів технологічного прогресу, дерегулювання (усунення перешкод для торгівлі завдяки розвитку нових технологій). Інформатизація передбачає комплексне інформаційне забезпечення соціально-економічного, політичного і культурного розвитку на базі сучасних інформаційних технологій і технічних засобів.

Сектор охорони здоров'я як складова світової економіки трансформується і вдосконалюється під впливом як зазначених вище загальних, так і специфічних чинників. У програмному звіті Всесвітнього економічного форуму «Глобальна стратегічна перспектива здоров'я та

охорони здоров'я: Формування майбутнього здоров'я і охорони здоров'я» визначено вісім поточних глобальних викликів, що постали перед системами охорони здоров'я в наслідок пандемії COVID-19, які необхідно враховувати під час їх відновлення і вдосконалення задля підвищення їхньої стійкості і справедливості, а саме:

1. Стрімке зростання витрат на охорону здоров'я та інвестицій. Між 2018 і 2022 роками світові витрати на охорону здоров'я зросли більше, ніж на 40% і досягли 12 трильйонів доларів. Інвестиції також досягли рекордних значень і спрямовувались здебільшого у сферу генної імунотерапії та нові мРНК-вакцини.

2. Наукові досягнення. Певний прогрес спостерігався у лікуванні та діагностиці захворювань: використанням біомаркерів, прогрес у рідкій біопсії, що змінює спосіб виявлення раку.

3. Цифрові інновації та штучний інтелект (ШІ). Пандемія сприяла швидкій цифровізації як охорони здоров'я, так і інших галузей. У 2021 році цифрові інвестиції в секторі охорони здоров'я зросли майже вдвічі до 57 мільярдів доларів з акцентом на телемедицину та психічне здоров'я. Стрімко розвиваються стартапи в галузі цифрової медицини, дедалі більше уваги приділяється даним, ШІ використовується у діагностиці, клінічних рішеннях, моніторингу і лікуванні, а також у робочому процесі. За допомогою ШІ використовується медична візуалізація і розроблення ліків.

4. Альтернативні моделі догляду. Усе більше усвідомленою стає необхідність і важливість надання допомоги поза лікарнями, вдома та в громадах. Очікується, що зростання витрат на охорону здоров'я та догляд вдома випередить витрати на охорону здоров'я майже в усіх інших сферах. Ці інвестиції будуть використані, наприклад, для подальшої домашньої діагностики, систем доставки ліків та пристроїв моніторингу пацієнтів.

5. Поглиблення нерівності. Пандемія виявила значну невідповідність в охопленні медичними послугами особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Майбутнє надання медичної допомоги має бути зосереджене

на тому, щоб зробити медичне обслуговування доступним для всіх.

6. Дефіцит і виснаження медичних працівників. Пандемія завдала шкоди медичним працівникам, збільшивши стрес і навантаження. Проблеми з психічним здоров'ям і виснаженням посилились, що призвело до масового звільнення фахівців.

7. Погіршення психічного здоров'я та самопочуття. Погане психічне здоров'я є проблемою, яка загострюється в суспільстві в цілому. Системи охорони здоров'я значною мірою применшують його важливість у порівнянні з фізичним здоров'ям, тоді як відкладений попит на підтримку та затримки втручання посилюють проблему. Широко поширена ізоляція, стрес, невизначеність і втрати під час карантину залишили відбиток на багатьох людях.

8. Макроекономічні питання. Геополітична напруженість, стрімке зростання цін на енергоносії, інфляція та проблеми з ланцюгом постачання створюють умови для зростання витрати системи охорони здоров'я. Екологічні проблеми та кліматична криза погіршують стан здоров'я людей та призводять до поширення деяких захворювань, а також створюють проблеми щодо стійкості систем охорони здоров'я [4, с. 8].

Отже, фахівці Всесвітнього економічного форуму зазначають у своїй доповіді, що стратегічними основами подальшого розвитку і трансформації систем охорони здоров'я повинні бути: справедливий доступ до медичних послуг і їх результативність; трансформація систем охорони здоров'я; технології та інновації; екологічна стійкість [4, с. 10]. Разом ці основи можна використовувати для підтримки системних довгострокових змін і покращення здоров'я та медичної допомоги в усьому світі.

Фахівці Американської асоціації лікарень (АНА), до складу якої входять майже 5000 лікарень, систем охорони здоров'я, мереж, інших постачальників медичної допомоги та 43 000 окремих членів, виокремлюють чотири тенденції, які, на їхню думку, можуть змінити охорону здоров'я протягом 2023 року:

1. Гібридне здоров'я як більш виграшна модель. Результати опитувань міжнародної мережі компаній «Deloitte», що надають послуги в галузі консалтингу та аудиту, проведених у США, свідчать про те, що більшість респондентів, які мали досвід відвідування віртуального медичного закладу, головними причинами доступу до віртуальних інструментів охорони здоров'я зазначили зручність (38%) та вартість (27%). Для подальшого розвитку цієї моделі учасникам традиційної охорони здоров'я потрібно буде тісніше співпрацювати з роздрібними торговцями, технологічними компаніями та іншими нетрадиційними гравцями.

2. Довіра як нова валюта для охорони здоров'я. Дослідження «Deloitte» показує, що 63% опитаних споживачів готові змінити постачальника послуг, якщо їм не подобається спілкуватися з їхніми лікарями. Довірливі особисті стосунки, які постачальники послуг побудували з пацієнтами, не віддзеркалюються в балансі, але можуть забезпечити суттєві конкурентні переваги.

3. Рівний доступ до послуг охорони здоров'я. Згідно з аналізом «Deloitte», несправедливість у сфері охорони здоров'я коштує США приблизно 320 мільярдів доларів на рік, а до 2040 року вона може досягти 1 трильйона доларів, якщо її не вирішити. Тому багато клієнтів «Deloitte» починають інтегрувати справедливість у сфері охорони здоров'я у свої стратегії зростання, фінанси, операційну діяльність і якість.

4. Вплив клімату і стійкості на інвестиційні стратегії. Формування стратегічного партнерства з компаніями, які розробляють нові платформи з широкими можливостями для покращення роботи охорони здоров'я та зменшення впливу на навколишнє середовище, може бути одним із способів уникнути затримок інвестицій [24].

Також Американська асоціація лікарень приділяє увагу проблемам залучення й утримання працівників покоління Z, тобто осіб, які народилися між 1996 і 2010 роками, оскільки робоча сила охорони здоров'я продовжує старіти. Ці працівники мають очікування та цінності, що суттєво

відрізняються від цінностей працівників більш зрілого віку, в саме:

1. Прагнення до більш широкого застосування новітніх технологій і автоматизації праці.
2. Досягнення прийняттого балансу між роботою та особистим життям, що забезпечується прагненням працювати в організаціях, які пропонують гнучкий графік, віддалену роботу, програми допомоги співробітникам і більше вільного часу.
3. Доступ до підтримки психічного здоров'я. Працівники хочуть мати роботодавців, які надають пріоритет психічному здоров'ю, забезпечують надання консультаційних послуг, управління стресом, створюють безпечний простір для обговорення проблем психічного здоров'я.
4. Різноманітність і включення в організацію. Працівники очікують від роботодавців спрямування певних зусиль на створення дружнього середовища в організації. Лікарні та системи охорони здоров'я можуть задовольнити цю потребу, сприяючи різноманітності в практиці найму, забезпечуючи навчання культурній компетентності та створюючи відповідні ресурси для працівників.
5. Прагнення соціальної відповідальності. Працівники очікують, що роботодавці будуть приймати участь у програмах роботи з громадськістю, впроваджувати екологічно чисті практики та підтримувати соціальну справедливість [25].

Національна консалтингова фірма з менеджменту та технологій «West Monroe» (США) у прогнозі щодо майбутнього сфери охорони здоров'я зосереджує увагу на таких тенденціях:

- актуалізація потреби пацієнтів у зручності, персоналізації та доступності медичної допомоги;
- наявність у лікарень значних втрат у 2022 році, нестачі персоналу і його виснаження;
- зростання витрат на охорону здоров'я у зв'язку із зростанням інфляції, що потребуватиме співпраці платників і постачальників послуг щодо пошуку інноваційних способів використання грошових резервів;

– скрутне становище науково-дослідних компаній, обумовлене дефіцитом робочої сили, збоями в ланцюжках поставок та наслідками інфляційного тиску;

– суттєвий рівень невизначеності на ринку медичних послуг та скорочення активності, яка була доволі високою у попередні два роки [26].

На думку фахівців «West Monroe» зазначені виклики одночасно можуть створювати можливості, які пов'язані із запровадженням у 2023 році цифрового мислення, інвестуванням у можливості, які задовольняють потреби пацієнтів і сприяють розвитку культури робочої сили.

Згідно зі звітом HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society), міжнародного незалежного експерта з якості інформатизації медичної допомоги, близько 80% систем охорони здоров'я планують збільшити рівень інвестицій у цифрову охорону здоров'я протягом наступних п'яти років [13]. Глобальний ринок послуг охорони здоров'я досяг майже 7,5 трильйонів доларів у 2022 році та продовжить зростати, перевищивши 9 трильйонів доларів у 2026 році [14]. Крім того, ринок ІТ у сфері охорони здоров'я також демонструє значне зростання. За даними «Precedence Research Healthcare IT Market» [15] у 2022 році він сягнув 320 мільярдів доларів, а до 2030 року, за прогнозами, досягне 857,6 мільярдів доларів. Відповідно до останнього звіту «Deloitte» [16], існує зростаючий попит на доступне та безпечне лікування, дистанційний моніторинг та взаємодію між установами охорони здоров'я.

Директор та співзасновник індійської компанії «Appinventiv», що працює у галузі розроблення складних програмних рішень для охорони здоров'я, Д. Гупта виокремлює тенденції мобільних додатків у сфері охорони здоров'я та тенденції технологій охорони здоров'я, які, на його думку, спроможні переосмислити функціонування галузі у 2023 році [5]. Доступ до медичних послуг революціонізував використання мобільних додатків. Від планування зустрічей, зв'язку з постачальниками послуг для пошуку інформації про здоров'я та навіть віддаленого моніторингу життєво важливих

показників – усе це можна ефективно зробити за допомогою мобільних додатків. Нагадування про прийом ліків, замовлення лабораторних аналізів і перегляд результатів тестів – це деякі функції, які можна отримати в мобільних програмах. Медичні записи можна швидко обмінювати між постачальниками та страховими компаніями, що забезпечує швидкий процес без небажаних затримок. Серед найважливіших тенденцій мобільних додатків у галузі охорони здоров'я Д. Гупта зазначає: телемедицину, цифрові рецепти та медичні записи, дистанційний моніторинг пацієнтів за допомогою пристроїв носіння, персоналізовану медицину і геноміку, ігрові програми, роздрібну охорону здоров'я, клінічні та фітнес рішення. Серед технологічних тенденцій, які трансформують галузь, автор виокремлює: великі дані, штучний інтелект, Інтернет речей, доповнену і віртуальну реальність, хмарні обчислення, прогнозний аналіз, чат-бот [5].

Телемедицина здійснила певну революцію в галузі охорони здоров'я, надавши можливість пацієнтам отримувати медичні послуги у режимі реального часу, а лікарям та опікунам реалізовувати необхідні профілактичні і лікувальні заходи. За даними «Grand View Research» [6] у 2019 році світовий ринок домашнього медичного обслуговування оцінювався в 281,8 мільярда доларів, у 2020 році – у 303,6 мільярда доларів США, у 2022 році світовий – у 362,1 мільярда доларів, з 2023 по 2030 рік очікується його зростання на 7,96%. Зростання геріатричного населення та зростання захворюваності на деменцію і хворобу Альцгеймера, а також ортопедичні захворювання, є чинниками, що сприятимуть зростанню ринку. Збільшення вартості лікування є однією з головних проблем для урядів та організацій охорони здоров'я, тому вони прагнуть скоротити витрати на охорону здоров'я. Лікування вдома є економічною альтернативою дорогому госпіталю, оскільки програми «лікарні вдома» дозволяють пацієнтам отримувати невідкладну допомогу вдома з меншою кількістю ускладнень і більш ніж 30%-им зниженням вартості лікування.

Віддалений моніторинг пацієнта (RPM) передбачає використання

спеціалізованого цифрового медичного обладнання та пристроїв Інтернету речей, таких як вимірювачі артеріального тиску або глюкометри. Програми, які підключаються до цих пристроїв, можна використовувати для збору даних і негайного сповіщення медичних працівників у разі будь-яких відхилень. Таким чином, очікується, що системи RPM стануть критично важливим компонентом у наданні постійної допомоги пацієнтам із груп ризику. У 2023 році світовий ринок систем RPM неухильно зростатиме, прогнозований обсяг якого до 2027 року становитиме понад 175,2 мільярда доларів США [8].

На значні перспективи для розвитку телемедицини як цифрового рішення для охорони здоров'я вказують фахівці багатьох споріднених галузей, серед яких: Д. Коллінз – генеральний директор, директор зі стратегії агенції зі створення і розвитку брендів «Audacity Health» [7], А. Хасінто – авторка контенту розробника програмного забезпечення «StarTechUP» [9], Р. Пайфер – старша репортерка інтернет-видання «Healthcare Dive», яке забезпечує глибоку журналістику та розуміння найвпливовіших новин і тенденцій, що формують охорону здоров'я [10], Я. Арнаутова – менеджер відділу продажів міжнародної компанії «GlobalLogic» («Hitachi Group»), що є лідером у розробці цифрових продуктів [11], А. Горячко – співзасновник міжнародної компанії з розроблення програмного забезпечення «Softermii» [12], Р. Марлі – співавторка і редакторка Healthcaretransformers.com., що надає високоякісний контент на тему майбутнього охорони здоров'я [17], Г. Андрощук – головний науковий співробітник НДІ інтелектуальної власності НАПрН України, кандидат економічних наук, доцент, судовий експерт [18].

Протягом 2023 року очікується сплеск використання цифрових рецептів з метою скорочення паперової роботи та підвищення тривалості зберігання інформації. Крім того, це допомагає створювати цифрові записи про стан здоров'я пацієнтів, що забезпечує кращий догляд за пацієнтами завдяки зменшенню людських помилок під час інтерпретації неправильного лікування. Ці досягнення можуть призвести до розвитку цифрових екосистем охорони здоров'я, які створюють необхідні зв'язки між різними зацікавленими

сторонами. Загалом особливості та структура електронної медичної карти (EHR) сприймаються як надійний метод удосконалення системи надання медичної допомоги. Очікується, що до 2024 року глобальний ринок електронних медичних записів досягне оцінки в 40 мільярдів доларів, що вказує на зростання попиту на EHR в медичних центрах [19].

Дистанційний моніторинг пацієнтів і переносні пристрої забезпечили реалізацію концепції персоналізованої охорони здоров'я та й надалі будуть важливими трендами мобільних додатків у сфері охорони здоров'я у 2023 році. Регулярний доступ у режимі реального часу до даних з підключених пристроїв носіння можна використовувати для профілактичних заходів охорони здоров'я. Пристрої носіння, датчики здоров'я та трекери допомагають відстежувати частоту серцевих скорочень, режим сну, споживання калорій, тривалість тренування тощо. Це може допомогти медичним працівникам отримати чітку картину здоров'я пацієнта та відповідним чином змінити їх. Цифрові манжети для вимірювання артеріального тиску та пульсу наразі використовуються для безперервного передання показань медичним працівникам.

Продовженням тренду персоналізованої медицини є використання технологій геноміки (дослідження генів) поряд з технологіями цифрових близнюків і штучного інтелекту, що дозволяють застосовувати лікування, адаптоване до індивідуального рівня. У результаті співпраці клінічних установ з фармакологічними компаніями розробляються персоналізовані лікарські засоби, які враховують індивідуальні показники пацієнта – рівень цукру в крові, рекомендації щодо фізичних вправ, особливості дієти та інші чинники. Такий підхід швидко призводить до безпечного лікування тяжких захворювань (серцевий напад, артрит, рак, хвороба Альцгеймера та ін.). Обсяги світового ринку прецизійної медицини до 2028 року становитимуть \$146,6 млрд проти \$65,9 млрд у 2021 році [12].

Певні перспективи поширення і практичного застосування фахівці прогнозують для ігрових програм у різних сферах охорони здоров'я та

догляду. Наразі ігри знаходять своє місце в медичній підготовці, реабілітаційних іграх, фітнес-іграх тощо.

Оскільки провідні роздрібні торговці, такі як Amazon, Walmart і CVS, почали пропонувати такі медичні послуги як вакцинація, аналізи крові та медичні огляди, роздрібна торгівля у сфері охорони здоров'я стає прибутковою тенденцією. Основними перевагами роздрібних медичних послуг порівняно з традиційними є їхня доступність та можливість не витрачати час на попередній запис і прийом лікаря. За даними «Forrester», кількість медичних послуг, що надаються роздрібними торговими точками, подвоїться у 2023 році, оскільки пацієнти обиратимуть роздрібні медичні послуги для своїх потреб первинної медичної допомоги [5].

Іншою важливою тенденцією мобільних додатків для охорони здоров'я є клінічне рішення, за допомогою якого пацієнти можуть записатися на прийом, обмінюватися інформацією зі своїми лікарями, отримувати відповіді на запитання, встановлювати нагадування для запису на прийом, негайно зв'язуватися з медичним персоналом у разі будь-якої невідкладної ситуації та оплачувати рахунки. Автоматизація допомагає зменшити витрати, оптимізувати процеси та покращити якість обслуговування пацієнтів. Очікується, що до кінця 2023 року на технології роботизованої автоматизації процесів (RPA) буде припадати більше половини всіх інвестицій в ІТ охорони здоров'я. RPA може допомогти автоматизувати обробку претензій, планування прийомів, підвищити точність записів пацієнтів. Інші типи автоматизації охорони здоров'я включають автоматизовані системи дозування ліків і алгоритми машинного навчання, які можуть виявляти аномальні медичні результати.

Фітнес-рішення включають живі та записані заняття вправ від досвідчених фітнес-тренерів. Ці програми зосереджені на загальному самопочутті, включаючи фізичну форму та психічне здоров'я. Вони пропонують віртуальні заняття з силових тренувань, йоги, танців, медитації тощо. Додатки для фітнесу були найпопулярнішою тенденцією мобільних

додатків у сфері охорони здоров'я під час пандемії, коли люди не мали можливості відвідувати спортивні клуби для підтримки фізичної форми [109, с. 208].

Тенденції розвитку мобільних додатків для охорони здоров'я ґрунтуються на відповідних технологічних тенденціях, які трансформують галузь. Так, використання технології «великих даних» є однією з умов покращення догляду за пацієнтами та зменшення помилок у лікуванні, сприяння профілактиці та вирішенню проблем, пов'язаних з ізольованістю і фрагментованістю даних пацієнтів. Це також важливо для дослідницьких і клінічних випробувальних компаній, які прагнуть до вдосконалення процесів тестування та аналізу великих наборів даних. Блокчейн – це одна з технологій, яка довела ефективність у підвищенні точності записів і запобіганні витоку даних у сфері охорони здоров'я. Прогнозована вартість технології блокчейн на ринку охорони здоров'я у 2030 році становить близько 126 мільярдів доларів. При цьому компанії охорони здоров'я завдяки застосуванню блокчейну щорічно економлять майже 100 мільярдів доларів для вдосконалення своїх ІТ-операцій. У 2021 році фармацевтичні та медичні компанії інвестували в блокчейн для заміни своїх традиційних систем близько 242 мільйонів доларів [20].

Серед основних переваг застосування блокчейну для медичних організацій фахівці зазначають:

- безпечне зберігання медичних карт пацієнтів в децентралізованій системі, яка є стійкою до злому та підробки;
- швидке прийняття рішень щодо лікування пацієнтів, оскільки всі дані зберігаються в єдиній системі, доступній у будь-який момент;
- прискорення процесу надання медичних посвідчень персоналу завдяки легкому доступу до даних;
- безпека конфіденційних медичних даних пацієнтів (ніхто не може отримати доступ до даних пацієнтів без їхнього дозволу);
- безпечне передання даних з пристроїв, які можна носити;

- суттєве спрощення процесу залучення пацієнтів до участі у медичних дослідженнях та її монетизація;
- надійність та простота перевірки інформації про ліки та їх клінічні випробування буде, легке виявлення підроблених ліків;
- швидке отримання пацієнтами підтвердження страхування (швидке передання даних між організаціями);
- можливість укладати страхові угоди за допомогою смарт-контрактів, що забезпечує безпеку даних пацієнтів і зручність для страховиків.

Доступність більш надійних даних у поєднанні з впровадженням цифрових рішень створили можливість для інновацій у сфері охорони здоров'я на основі штучного інтелекту (ШІ). Глобальний ринок штучного інтелекту в сфері охорони здоров'я стрімко розвивається, і очікується, що до 2029 року ринок зросте до 136,79 мільярда доларів, що більш ніж удвічі перевищує оцінку в 11,06 мільярда доларів у 2021 році [21]. ШІ пропонує необмежений потенціал для оптимізації операцій, прискорення досліджень, покращення ідентифікації ризиків і захворювань, а також сприяння прийняттю більш обґрунтованих клінічних рішень. Прикладами застосування ШІ наразі є: отримання інформації для покращення лікування діабету та його результатів; аналіз і зчитуванні радіологічних зображень, що дозволяє пришвидшити обробку та виявити аномалії, які є непомітними для людського ока; збирання і сортування ШІ-чат-ботами інформації про пацієнтів для подальшого її спрямування у формі запиту до відповідного фахівця; розпізнавання шаблонів у генетиці пацієнтів і аналіз медичних даних для пристосування лікування до унікальних потреб пацієнта; скорочення циклу розробки ліків [11].

Отже, ШІ являє собою набір технологій, які дозволяють машинам розуміти, відчувати, вивчати та діяти як люди тією мірою, в якій вони готові виконувати низку клінічних та адміністративних функцій охорони здоров'я. Ключовими чинниками, що сприяють впровадженню технології ШІ в охороні здоров'я, є потреба у зменшенні витрат, необхідність опрацювання складних наборів даних та зростання попиту на імпровізовані медичні послуги.

За даними «Precedence Research», розмір глобального Інтернету речей (IoT) на ринку охорони здоров'я оцінювався в 180,5 мільярдів доларів США в 2021 році, і очікується, що він досягне приблизно 960,2 мільярдів доларів США до 2030 року [22]. Технологія IoT може запропонувати безперервні дані про пацієнтів, які можна аналізувати для покращення якості медичної допомоги. Сумісність із продуктами на основі Інтернету речей, такими як Google Home або Alexa від «Amazon», також може стати важливою частиною розробки додатків для Android та iOS для охорони здоров'я. Вони можуть допомогти пацієнтам вирішити, коли їм приймати ліки, або допомогти з проведенням медичних досліджень. Прикладами застосування IoT є: введення інсуліну в замкнутому циклі, трекери активності, підключені інгалятори, датчики проковтування, підключений об'єктив, розумні годинники, безперервні монітори глікози (CGM), пристрої для лікування болю, пристрої для лікування серцево-судинних захворювань, монітори ЕЕГ.

Доповнена реальність (AR) і віртуальна реальність (VR) швидко розвиваються і можуть суттєво вплинути на розвиток сектору охорони здоров'я. Зазначені технології можуть забезпечити більш високий рівень інтерактивності медичної освіти, що сприятиме більш глибокому розумінню студентами складних медичних концепцій і покращити їхні навички завдяки спостереженню за практичними процедурами у віртуальному середовищі. У діагностиці AR і VR можуть візуалізувати медичні зображення (сканування, рентгенівські знімки), що дозволить медичним працівникам приймати більш обґрунтовані рішення та покращити результати лікування [110, с. 365].

Для медичних систем візуалізації AR можна використовувати для проектування медичних зображень на тіло пацієнта для полегшення виконання певних процедур. VR можна використовувати для імітації складних хірургічних процедур, дозволяючи лікарям попрактикуватися перед операцією. Технологія цифрових близнюків революціонізує створення прототипів медичних пристроїв, біосумісних матеріалів і протезів. За допомогою цієї інноваційної технології інженери можуть створити точну

віртуальну модель фізичного об'єкта та дослідити її в симульованому середовищі. Отже, AR/VR допомагає впливати на всі чотири основні сфери охорони здоров'я – діагностику, навчання, лікування та реабілітацію. Статистичні дані «Zion Market Research» показують, що обсяги поширення AR і VR на світовому ринку охорони здоров'я до 2025 року становитимуть 5,1 мільйонів доларів США [23].

Хмарні технології спроможні вирішувати багато проблем у наданні послуг, як-то: керування електронною поштою та електронними медичними записами (електронні картки пацієнтів); дистанційне лікування; охоплення пацієнтів з низьким рівнем доходу; створення безпечної та сумісної платформи багатоканального контакт-центру з розмовним штучним інтелектом та автоматизацією; швидкий доступ до бізнес-додатків; розгортання веб-служб і хмарних програм; здійснення різного роду обчислень та зберігання їх результатів.

Хмарні дата-центри є більш практичними у застосуванні, ніж локальні сервери у силу наявності низки переваг, що стосуються:

- економічності, оскільки організація платить лише за ті ресурси, які використовує, а значить не має потреби купувати і обслуговувати зайве обладнання;
- зручності, оскільки необхідні дані доступні у режимі реального часу з будь-якого місця, що значно полегшує процеси розширення діяльності та надання нових послуг;
- масштабів (обсягів) даних, що використовуються, оскільки організації, відповідно до власних потреб, що змінюються під впливом різних чинників, можуть збільшувати або зменшувати обсяг потрібних їм ресурсів;
- функціональності, оскільки хмари містять велику кількість готових сервісів, що спрощують роботу зі штучним інтелектом, машинним навчанням, великими даними тощо;
- безпеки, оскільки хмари захищені від кібератак завдяки вбудованим інструментам, які попереджають витоки даних, забезпечують

збереження інформації та швидке відновлення у разі аварії [27].

До 2027 року прогнозується, що світовий ринок хмарних обчислень у сфері охорони здоров'я досягне 89,4 мільярда доларів США, у той час, як у 2022 році він становив 39,4 мільярда доларів США [12]. Прогнозний аналіз використовують для оцінки ризику, геокартування та моделювання ситуацій «що-якщо». Прикладами практичного застосування є уникнення повторної госпіталізації, попередження погіршення стану пацієнта, запобігання нез'явленню на прийом, само ушкодження пацієнта тощо [5].

Завдяки чат-ботам, керованим штучним інтелектом, можна швидко та діагностувати проблеми зі здоров'ям, дозволяючи пацієнтам звертатися за медичною допомогою, не виходячи з дому. При наявності мобільних пристроїв та доступ до Інтернету, допомогу можна отримати у будь-який час. При цьому чат-боти забезпечують емоційне спілкування та наступні кроки, які пацієнти потребують для вирішення проблем зі здоров'ям. У Каліфорнійському університеті в Лос-Анджелесі дослідники розробили віртуального інтервенційного радіолога на основі об'єднання технологій чат-бота і ШІ, щоб допомогти пацієнтам у самодіагностиці [9].

Окрім зазначених вище мобільних додатків і технологічних тенденцій фахівці і аналітики у сфері ІТ у якості потенційних напрямів подальшої діджиталізації сфери охорони здоров'я зазначають: кібербезпеку та конфіденційність даних [12; 17; 9; 10], інтеграцію FinTech [12], нанотехнології [23; 9], 3D біодрук та імпланти [23; 9], догляд за психічним здоров'ям [12].

Масштабне поширення інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я призводить до зростання чисельності кібератак, тому фахівці вважають, що найближчими роками ринок охорони здоров'я буде активно шукати безпечне та надійне програмне забезпечення, яке відповідає стандартам безпеки пацієнтів. Наявні заходи кібербезпеки включають взаємозв'язок пристроїв ІоМТ, виявлення загроз у мережі та застосування надійних моделей штучного інтелекту для усунення необхідності обмінюватися інформацією про пацієнтів під час її аналізу. З метою мінімізації

кіберзагроз організаціям охорони здоров'я необхідно використовувати багаторівневий підхід, який включає шифрування, двофакторну автентифікацію, брандмауери програм, протоколи керування ідентифікацією та доступом тощо [9].

Останнім часом більшість лікарень і медичних закладів використовують продукти технологічної індустрії з метою покращення процесів складання і подання документів та виставлення рахунків. А, з огляду на те, що протягом найближчих трьох років прогнозується зростання витрат на охорону здоров'я до шести трильйонів доларів, фінансові технології будуть усе більш затребуваними. Ці технології охоплюють страхування, послуги управління, цифрові платежі, розрахункові послуги, залучення капіталу, депозити та кредитні послуги. Їх застосування полегшує та оптимізує процеси охорони здоров'я завдяки роботизованим інвестиційним консультаціям, P2P-кредитам, мобільним платежам, штучному інтелекту, машинному навчанню та технологіям блокчейн. Також фінтех-рішення можуть допомогти зменшити нерівність у доходах і фінансову відчуженість, а також дозволити особам із низьким і середнім доходом дозволити собі медичні послуги та отримати доступ до них [12].

Медичні нанотехнології є відносно новими, але вони вже впливають на процеси діагностики, лікування і запобігання широкому спектру захворювань. Для персоналізованої медицини зазначені технології будуть мати вирішальну роль, оскільки нанорозмірні матеріали є основою для більш чутливих датчиків і біомаркерів, що можуть використовуватись для ідентифікації значної кількості захворювань на ранніх стадіях. При цьому існують суттєві проблеми практичного застосування нанотехнологій, які пов'язані з контролем якості використовуваних матеріалів, визначенням і підвищенням продуктивності, усуненням небажаних побічних продуктів нанотехніки. Також наразі вартість нанотехнологій залишається доволі високою, а вплив на навколишнє середовище недостатньо дослідженим. Тому, не зважаючи на чисельні перспективні напрями застосування нанотехнологій, інвестори залишаються

обережними [28].

Імплантація і 3D-біодрук спроможні забезпечити кращі результати та якість обслуговування в медичних закладах. Розумні імпланти, які є крихітними комп'ютеризованими пристроями, використовують для моніторингу здоров'я та відновлення певних здібностей організму. Тривимірний біодрук надає можливість створювати живі органи і тканини. Фахівці вважають, що зазначені технології потребують тривалих досліджень і вдосконалення для того, щоб їх можна було повністю використати для створення індивідуальних медичних рішень. Проте, у 2023 році ці передові технології дозволять медичним установам досягти кращих результатів і покращити якість обслуговування.

Глобальна пандемія COVID-19 різко прискорила проблеми з психічним здоров'ям у всьому світі. За даними ВООЗ, майже 1 мільярд людей живуть з психічним розладом, а в країнах з низьким рівнем доходу більше 75% людей з цим розладом не отримують лікування. Удосконалення RPM зіграло значну роль у вирішенні цих проблем. Завдяки телемедицині пацієнти можуть отримувати якісну допомогу психотерапевтів, не ризикуючи своїм фізичним здоров'ям. Погане психічне здоров'я створює навантаження на світову економіку. Передпандемічні оцінки свідчать про те, що погане психічне здоров'я обходиться світовій економіці в 2,5 трильйона доларів США на рік, вартість, яка, за прогнозами, зросте до 6 трильйонів доларів США до 2030 року. Втрата продуктивності внаслідок тривоги та депресії становить 1 трильйон доларів США з цих щорічних незворотних витрат [29]. Тому, за прогнозом «Deloitte Global», впровадження програм для психічного здоров'я продовжуватиме зростати завдяки корпораціям, які визнають важливість підтримки благополуччя працівників і співпрацюють з розробниками програм для психічного здоров'я, щоб зробити їх доступними для своїх співробітників.

Співзасновник і директор економічних програм «Ukrainian Institute for the Future» А. Амелін спрогнозував тенденції розвитку сфери охорони здоров'я на найближче десятиріччя таким чином [91]: зростання обсягів

використання штучного інтелекту становитиме 38,6% на рік (з \$142 млрд у 2022 році до \$1,85 трлн у 2030 році); зростання сектору телемедицини – 38% на рік у період до 2025 року; зростання ринку передиктивної аналітики в охороні здоров'я – 25% на рік (з \$13,6 млрд у 2022 році до \$33 млрд у 2026 році); зростання ринку медичних технологій – на 20%. Загалом, на думку експерта, галузь охорони здоров'я є однією з десяти галузей, в якій значне і безперервне зростання найбільш ймовірне через старіння населення та збільшення попиту на персоналізоване та ефективне лікування.

Таким чином, наведені вище прогнози, хоча і мають певні точки перетину, але віддзеркалюють специфічні інтереси і сфери впливу їх розробників. Найбільш масштабним і різноспрямованим є прогноз фахівців Всесвітнього економічного форуму, який висвітлює фінансові, виробничі, технологічні і кадрові проблеми галузі, а також соціальні, екологічні і макроекономічні проблеми національних економік. Фахівці Американської асоціації лікарень акцентують увагу на стратегічних перспективах розвитку медичних закладів. Національна консалтингова фірма з менеджменту та технологій «West Monroe» (США) у прогнозі щодо майбутнього сфери охорони здоров'я висвітлює певні перспективи для пацієнтів, лікарень, наукових установ, які є для неї цільовими аудиторіями. Міжнародний незалежний експерт з якості інформатизації медичної допомоги HIMSS, «Precedence Research Healthcare IT Market», «Deloitte» прогнозують обсяги зростання інвестицій у цифрову охорону здоров'я. Чисельні розробники програмних продуктів висвітлюють тенденції попиту на певні їх види. При цьому, усі експерти дотримуються думки про те, що майбутній розвиток сфери охорони здоров'я нерозривно пов'язаний з її подальшою цифровізацією (рис. 3.1) [109, с. 209].



Рис. 3.1. Основні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг*

*Складено автором

Зосередження уваги на подальшому розвитку інформаційних технологій пов'язано з низкою переваг, які вони забезпечують для еволюційного перетворення сфери охорони здоров'я. Серед таких переваг експерти

зазначають:

- зниження ризику помилок завдяки доступу медичного персоналу до різноманітних клінічних ресурсів (медичних даних, лабораторних результатів, довідкових посібників з ліків, клінічних правил тощо), що дозволяє приймати обґрунтовані діагностичні рішення, підвищувати продуктивність практики, заздалегідь отримувати попередження про можливі ускладнення і належним чином планувати лікування;

- оптимізацію клінічних процесів шляхом використання Інтернету речей з метою підвищення ефективності управління ресурсами, зокрема відстеження обсягів запасів та систематичного їх поповнення;

- пропагування здорового способу життя шляхом поширення сучасних цифрових аксесуарів (розумні годинники, фітнес-трекери тощо), використання яких дозволяє людям правильно харчуватися, покращувати режим сну, відстежувати частоту серцевих скорочень, споживання калорій та іншу особисту інформацію [110, с. 368].

Таким чином, підсумовуючи вищезазначені прогнози, можна узагальнити, що світова індустрія охорони здоров'я потребує реалізації певних трансформаційних процесів з метою підвищення її результативності і ефективності, що, здебільшого, обґрунтовано низкою проблем, виявлених під час пандемії COVID-19. Трансформаційні процеси повинні охоплювати широкий спектр виробничих процесів від організації надання медичної допомоги до оплати її вартості. Значні можливості у даному сенсі надають сучасні інформаційні технології, що спроможні забезпечити досягнення стратегічних цілей, як-то зменшення витрат, підвищення якості медичних послуг, розширення доступу до медичної допомоги для всіх пацієнтів, створення нових робочих місць і можливостей для бізнесу та покращення загального стану здоров'я населення. Зміна потреб і очікувань споживачів, у свою чергу, стимулює розвиток нових технологій, таких як телемедицина та штучний інтелект, обмін даними, сумісність тощо.

Прагнення забезпечити справедливий доступ до медичної допомоги,

розширення можливостей споживачів, зміну поведінки людей відіграватиме провідну роль у перетворенні чинної системи охорони здоров'я від реакційного типу, який передбачає, перш за все, лікування, до інтерактивного, який зосереджується на профілактиці захворювань. Завдяки виваженим і обґрунтованим інвестиціям сфера охорони здоров'я зможе у майбутньому значно покращити здоров'я та благополуччя населення багатьох країн світу.

З огляду на наведені вище прогнози можна очікувати, що найближчим часом цифровізація торкнеться кожного аспекту екосистеми охорони здоров'я – від досвіду пацієнтів стосовно клінічних систем до навичок і культури медичних працівників. При цьому, технологія повинна розглядатися як засіб забезпечення руху системи охорони здоров'я до інклюзивного майбутнього. Технологія повинна змінити охорону здоров'я за такими напрямками, як: створення умов для самостійно піклування людей про стан свого здоров'я, звільнення медичних працівників від рутинних завдань, усунення спільнотами несправедливості у доступі до медичної допомоги та адаптації [109, с. 209].

На думку Е. Зімлічмана та співавторів [30], більша частина інновацій стосуватиметься впровадження результатів досліджень у практику, виведення медичної допомоги з лікарень і об'єднання охорони здоров'я та соціальної допомоги. Щоб оптимізувати вплив на результати лікування пацієнтів та ефективність медичних організації необхідно застосувати проактивний підхід, який передбачає реалізацію випереджальних управлінських дій по відношенню до чинників зовнішнього середовища. Для цього усі зацікавлені сторони – розробники політики, платники, одержувачі медичної допомоги та опікуни – мають бути залученими до процесів забезпечення ефективної трансформації.

3.2. Розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграції

Значні темпи науково-технічного прогресу, ускладнення й прискорення економічних процесів, зростання обсягів міжнародної торгівлі, підвищення

рівня життя населення у багатьох країнах світу сприяють значній інтеграції національних економік, що позитивно впливає на їх розвиток. Проте, пандемія COVID-19 і військова агресія росії проти України стали причинами масштабних економічних, продовольчих, паливних та фінансових криз, що загострило нерівність усередині та між країнами, підірвало глобальну солідарність і довіру, а також спричинило різке погіршення ключових показників охорони здоров'я через порушення доступу до основних медичних послуг. Попри це, світові лідери визнають необхідність розширення міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я та ініціювання змін у цьому напрямку [108, с. 56].

Проблемам глобалізації світового ринку медичних послуг приділяють увагу як українські, так і іноземні дослідники, серед яких Е. Гапонова [31], О. Сміянова [34], О. Іващенко, Н. Резнікова, М. Рубцова [49], Л. Пінчук [52], С. Войтко, С. Корольова [53], Т. Ясінська, М. Найчук-Хрущ [66], J. Stiglitz, R. Shiller, G. Gopinath, C. Reinhart, A. Posen, E. Prasad, A. Tooze, L. D'Andrea Tyson, K. Mahbubani, S. Theil [65], К.-Н. Raqué [67] та інші. При цьому, останнім часом зростає кількість публікацій, у яких автори доводять безперспективність і шкідливість глобалізаційних процесів для забезпечення стійкості і постійного розвитку національних економік.

Термін «глобалізація» набув суттєвого поширення і застосування після холодної війни на початку 1990-х років і окреслює характеристики постійно зростаючої взаємозалежності світових економік і культур завдяки інтенсифікації транскордонної торгівлі товарами і послугами, технологіями, інформацією, а також інвестиційних і міграційних потоків. Наразі глобалізаційні процеси є невід'ємною частиною повсякденного життя. Проте, значна кількість науковців і фахівців зазначають, що глобалізація має не тільки позитивні, але й негативні прояви [108, с. 56].

На думку Б. Мірошніченка [33], глобалізація породила протиріччя, які штовхають світ до торгових конфліктів та війн. У якості таких протиріч автор зазначає: завезення великої кількості товарів, з якими змушені конкурувати

місцеві виробники; скорочення штату працівників та зменшення зарплат у розвинутих країнах світу у наслідок відкриття кордонів для міжнародної торгівлі; посилення нерівності (наявність в межах СОТ для країн, що розвиваються, низки пільг, які спрощують їм вихід на нові ринки та дозволяють захищати власних виробників); зростання масштабів поширення кризових економічних проявів; ускладнення процедури арбітражу торгових конфліктів; прагнення підприємств зменшувати залежність від іноземних партнерів під впливом воєнної та санаційної загрози для ланцюгів постачання; зростання політичної залежності країн від постачальників продовольства в умовах санкцій, блокад та експортних обмежень.

Загострення військового, соціально-політичного і економічного характеру, що спостерігаються у світі протягом останніх декількох років, безперечно, здійснюють негативний вплив на світові глобалізаційні процеси. Однак, неможливо уявити ситуацію, при якій країни повністю відмовляться від міжнародного співробітництва, зокрема в галузі охорони здоров'я.

Кандидат економічних наук Е. Гапонова серед глобалізаційних тенденцій світового ринку медичних послуг зазначає: функціонування міжнародних організацій, що регулюють ринок, діяльність міждержавних, суспільних (неурядових) організацій, благодійних фондів для надання медичної допомоги у світі, лібералізацію торгівлі медичними послугами, монополізацію світового фармацевтичного ринку з боку ТНК, використання міжнародних стандартів надання медичної допомоги, розвиток сучасних методів лікування, медичних технологій та обладнання, створення умов для розвитку медичного туризму, інтернаціоналізацію медичної освіти, міжнародну міграцію медичних фахівців, утворення медичних кластерів [31, с. 50]. Старший викладач Медичного інституту Сумського державного університету О. Сміянова доповнює цей перелік такими чинниками як виникнення і поширення глобальних епідемій і дестабілізація зростання ВВП як головного джерела фінансування охорони здоров'я в бідних країнах [34]. На нашу думку, до зазначеного переліку слід також додати

інтенсифікацію інформаційного обміну завдяки значним темпам розвитку цифрових технологій та вихід процедур захисту прав інтелектуальної власності на глобальний рівень. Таким чином, глобалізаційні тенденції можна об'єднати у чотири групи: політичні, економічні, технологічні і соціальні (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Чинники глобалізації сфери охорони здоров'я*

*Допрацьовано автором на основі [31, с. 50]

З метою надання оцінки спрямованості впливу зазначених вище глобалізаційних тенденцій на розвиток ринку медичних послуг необхідно розглянути переваги і недоліки кожної з них більш докладно.

Міжнародні організації утворюються на основі урядових угод між країнами з метою виконання певних регулювальних функцій на наднаціональному рівні. Вирішення проблем зміцнення і збереження здоров'я

населення планети є основним завданням організацій спеціалізованої групи Організації Об'єднаних націй (ООН), серед яких: Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Організація з питань освіти, науки та культури (ЮНЕСКО), міжнародний фонд допомоги дітям (ЮНІСЕФ), міжнародна організація праці (МОП).

Провідна роль, безперечно, належить ВООЗ. Серед основних її досягнень за усі роки функціонування, починаючи з 1948 року, зазначають: укладання міжнародної класифікації хвороб; ліквідація тропічної гранульоми і онхоцеркозу, прийняття резолюції про розробку розширеної програми імунізації дітей, прийняття концепції «Основні лікарські засоби» і «Національна політика в сфері лікарських засобів», повне викорінення віспи в усьому світі, реалізація Глобальної ініціативи по ліквідації поліомієліту, прийняття Рамкової конвенції з боротьби проти тютюну, розповсюдження простих правил дієти, фізичних вправ, відмови від куріння, обережного вживання алкоголю та гігієнічних умов праці є головними цілями медико-санітарної освіти, прийняття Міжнародних медико-санітарних правил [36; 37]. Наразі основними завданнями ВООЗ визначено боротьбу з ВІЛ/СНІД, туберкульозом, малярією, сприяння безпечній вагітності, збереження здоров'я підлітків, психічного здоров'я, протидію хронічним захворюванням, а також розроблення рекомендацій, запровадження медичних стандартів, розроблення і передання технологій у галузі охорони здоров'я.

Попри чисельні досягнення, ВООЗ також має низку недоліків, серед яких Б. Блум, П. Фармер і Е. Рубін зазначають [38]: повільний і бюрократичний процес прийняття рішень з огляду на необхідність досягнення консенсусу серед 194 держав-членів; помилки під час розслідування спалахів епідемій (холера на Гаїті в 2010 році, вірус Ебола в Західній Африці в 2013-2016 роках, SARS-CoV-2), що пов'язані з якістю інформації, яку надають постраждалі країни, необхідністю отримання запрошення від цих країн для проведення розслідувань і браком коштів для їх проведення. Експерти Ради з міжнародних відносин (The Council on Foreign Relations), зокрема М. Шпаєр,

зазначають, що ВООЗ стає все більш залежною від добровільних внесків, що призначені для конкретних ініціатив. Це змушує організацію узгоджувати свої цілі з цілями донорів і ускладнює її здатність визначати власний курс [39].

Пріоритетними напрями діяльності ВООЗ в Україні, як зазначає Я. Хабіхт, є: реагування на надзвичайні ситуації, відновлення системи охорони здоров'я та її реформування [40]. Реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я передбачає покращення доступу населення до основних лікарських засобів (постачання в Україну медичних виробів та медикаментів), навчання медичних працівників технікам надання медичної допомоги при масових ураженнях, започаткування ініціативи щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Відновлення системи охорони здоров'я виходить за межі відбудови медичних закладів і включає відновлення послуг з реабілітації, первинної медичної допомоги, епідеміологічний нагляд, визначення критично важливих напрямків інвестування та встановлення пріоритетів фінансування. Процес реформування системи охорони здоров'я охоплює широкий спектр завдань від фінансування до підвищення прозорості закупівель і лікування неінфекційних захворювань [108, с. 56].

Таким чином, співпраця ВООЗ і України має за мету як покращення показників здоров'я, так і зміцнення здатності ВООЗ керувати глобальними зусиллями. Основними перевагами членства України у провідній міжнародній організації з охорони здоров'я є отримання допомоги під час подолання і зменшення наслідків епідемій, інформаційної підтримки вакцинації та поширення вакцин, проведення наукових досліджень, стандартизації медичних послуг.

Неурядові організації – це некомерційні організації, створені з певними цілями з місцевим або міжнародним охопленням, які діють незалежно від уряду, мають різні юридичні форми, розмір, бюджет, рівень представництва, сфери діяльності, фокус (соціальні, культурні, екологічні, освітні та інші питання) та операційну орієнтацію. Серед найбільш відомих, найбільших за розміром і найкращих міжнародних неурядових організацій, що вирішують

проблеми охорони здоров'я, експерти зазначають:

- «Save the Children» – заснована у 1919 році, охоплює 120 країн, працює над покращенням життя дітей за допомогою охорони здоров'я, освіти, екстреної допомоги, економічного розвитку тощо;

- «Oxfam International» – заснована у 1942 році, охоплює понад 90 країн, займається боротьбою з бідністю, питаннями водопостачання та санітарії, гендерної справедливості, конфліктів і катастроф;

- «Лікарі без кордонів» – заснована у 1971 році, охоплює понад 70 країн, працює в зонах конфліктів, територіях, які постраждали від стихійних лих, і в регіонах з ендемічними захворюваннями, зосереджується на стійкості до антибіотиків, здоров'ї матерів, ВІЛ/СНІДі, недоїданні, щепленнях, психічному здоров'ї тощо;

- «Direct Relief» – заснована у 1948 році, охоплює понад 80 країн, надає гуманітарну допомогу, зосереджена на охороні здоров'я, надає допомогу під час стихійних лих (урагани, лісові пожежі, спалахи тощо), підтримує постачальників медичних послуг, охорону здоров'я громади та охорону здоров'я матерів [41];

- «BRAC International» – найбільша неурядова організація розвитку у світі, яка була заснована в 1972 році зі штаб-квартирою в Дакці, Бангладеш, пропонує широкий спектр послуг для розширення соціальних можливостей, освіти, охорони здоров'я, засобів до існування, охорони навколишнього середовища та готовності до катастроф [42];

- «Partners in Health» – заснована в 1987 році, працює у 12 країнах, будує лікарні та інші медичні установи, наймає та навчає місцевий персонал, надає низку медичних послуг, усуває перешкоди для підтримки здоров'я, такі як брудна вода чи брак їжі, працює від імені місцевих міністерств охорони здоров'я;

- «Ініціатива доступу до охорони здоров'я Клінтона (CHAI)» – заснована у 2002 році з метою допомогти врятувати життя мільйонів людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, працює в понад 35 країнах світу, і понад 125 країн

мають доступ до укладених CHAI угод щодо ліків, діагностики, вакцин та інших інструментів для охорони здоров'я, співпрацює з урядами та партнерами, щоб запобігти та лікувати інші смертельні інфекційні захворювання, включаючи COVID-19, знизити материнську та дитячу смертність, зробити допоміжні технології доступними для тих, хто їх потребує, зміцнювати системи охорони здоров'я [43];

– Фонд Білла і Мелінди Гейтс – заснований у 2000 році, фінансує проекти у понад 130 країнах, має за мету зменшення нерівності у доступі до медичних послуг шляхом розробки нових інструментів і стратегій для зменшення тягаря інфекційних захворювань і головних причин дитячої смертності в країнах, що розвиваються [44].

Основним призначенням міжнародних неурядових організацій є розроблення актуальних підходів до вирішення соціальних і економічних проблем, які уряди окремих країн вирішити не можуть. Основним інструментом їхнього впливу є мобілізація міжнародної громадської думки з метою здійснення певного тиску на міжнародні міжурядові організації [45]. Діяльність міжнародних неурядових організацій спрямована на імплементацію принципів організації охорони здоров'я розвинених країн, прогнозування, надання рекомендації і грантів, фінансування, організацію і участь у гуманітарних місіях та програмах благодійності у сфері охорони здоров'я.

Забезпечення високої якості медичних послуг неможливе без інноваційних розробок та винаходів, які, у свою чергу, потребують патентного захисту прав інтелектуальної власності. Патент захищає лікарський засіб або технічне рішення у вигляді пристрою, інструментів діагностики або лікування, способу лікування, застосування інформаційних технологій тощо. Захищені наукові розробки і винаходи у медичній сфері спроможні приносити користь розробнику і суспільству у результаті виходу на ринок інтелектуальної власності.

Для захисту інтелектуальної власності в межах ООН створена Всесвітня

організація інтелектуальної власності (ВОІВ), яка надає за спрощеною процедурою послуги щодо охорони винаходів, товарних знаків та промислових зразків. З 2002 року діє Угода про співробітництво між Кабінетом Міністрів України та ВОІВ, на основі якої реалізуються двосторонні Програми співробітництва. Метою таких програм є удосконалення законодавства України у сфері інтелектуальної власності, розвиток технічної бази національного експертного органу, удосконалення системи захисту прав на об'єкти інтелектуальної власності, створення сприятливих умов для проведення наукових досліджень, здійснення викладацької і навчальної діяльності у сфері інтелектуальної власності. Український інститут інтелектуальної власності за рішенням держав-членів ВОІВ у 2013 році отримав статус Міжнародного пошукового органу та Органу міжнародної попередньої експертизи [46].

Захист прав інтелектуальної власності сприяє зростанню масштабів міжнародної торгівлі послугами в галузі охорони здоров'я. Генеральна угода про торгівлю послугами (GATS) виокремлює чотири способи постачання послуг у транскордонній торгівлі: транскордонне постачання (надавач і покупець залишаються у місцях знаходження), споживання за кордоном (переміщення покупця до надавача – медичний туризм), комерційна присутність (надавач присутній в іншій країні), присутність фізичної особи (окремі надавачі послуг тимчасово переміщуються в місце знаходження покупця) [47, с. 28].

На думку фахівців [47; 48; 49], негативними наслідками лібералізації торгівлі медичними послугами є: стагнація національних систем охорони здоров'я, відволікання коштів та людських ресурсів від надання послуг незабезпеченим верствам населення, відволікання коштів від надання базових медичних послуг, відсутність будь-яких переваг для місцевих пацієнтів від імпорту медичного туризму. При цьому позитивними наслідками є: розвиток світового ринку медичних послуг, що сприяє підвищенню якості медичної допомоги та рівному доступу до неї населення, підвищення ефективності

надання складних медичних послуг, усунення дефіциту людських ресурсів. Повністю поділяємо зазначену точку зору.

Також суттєвим чинником підвищення якості надання медичних послуг є створення міжнародних медичних кластерів. Під терміном «кластер» у економічній науці розуміють сукупність підприємств різних галузей, які є постачальниками, виробниками, споживачами у межах виробництва певного виду продукції (пов'язані ланцюгами постачань) і які спроможні посилювати конкурентні переваги один одного [54]. За таким принципом працює більшість національних медичних кластерів, до складу яких входять медичні заклади, науково-дослідні інститути, органи влади, освітні установи, виробничі підприємства тощо. У 2020 році в Україні на базі Наукового парку «Львівська політехніка» було створено Міжнародний медичний кластер з метою проведення досліджень в сфері епідеміології, вірусології, біотехнологій, цифрової медицини, а також спільного виробництва медичних засобів індивідуального захисту та медичного обладнання за участі представників України, Кореї, Сполучених Штатів Америки, Ізраїлю, Польщі та Ірландії. Основною метою створення таких кластерів є розроблення інноваційних продуктів і технологій медичного призначення на базі використання наукового, людського, технічного і матеріального потенціалу декількох країн.

Також кластерний підхід використовується для координації в гуманітарних ситуаціях, не пов'язаних із біженцями. Гуманітарні організації керують певними кластерами на глобальному рівні і визначають кластерну структуру для надання гуманітарної допомоги, до якої можуть входити міжнародні організації та агентства ООН, неурядові організації, національні органи влади, постраждалі громади, спеціалізовані установи, академічні та навчальні інститути та донорські організації. На рівні країни керівництво кластером віддзеркалює глобальні домовленості, при цьому кластери часто очолюються урядом за участю організацій-партнерів. Кластерна система виникла, щоб заповнити прогалини підзвітності в міжнародному гуманітарному реагуванні. Він поширює відповідальність за надання послуг

(охорона здоров'я, житло тощо) між різними провідними агенціями кластеру, і в результаті жодна агенція не несе відповідальності за повну реакцію. У кожній країні загальна відповідальність за координацію та доставку покладається на Координатора гуманітарної допомоги [55]. Кластери охорони здоров'я існують для полегшення страждань і порятунку життів у надзвичайних гуманітарних ситуаціях, одночасно сприяючи добробуту та гідності постраждалого населення. Наразі існує 32 кластери/сектори охорони здоров'я, один з яких утворено в Україні [56].

Кластери функціонують і у фармацевтичній галузі. Прикладом може бути кластери, створені Європейським агентством з лікарських засобів (EMA) і Управлінням з контролю за продуктами й ліками США (FDA), до яких згодом приєдналися Міністерство охорони здоров'я Канади, Японське агентство з фармацевтичних препаратів і медичних пристроїв (PMDA) та Австралійське управління терапевтичних товарів (TGA). Кластери мають певне тематичне спрямування, як-то: лікарські засоби прогресивної терапії, біосиміляри, продукти крові, доклінічна онкологія, онкогематологічні лікарські засоби, орфанні лікарські засоби, лікарські засоби для дітей та ін. [57]. Учасники кластеру регулярно обмінюються інформацією щодо заявок на реєстраційний дозвіл і розширення показань, включаючи плани управління ризиками та оцінку сигналів безпеки, а також проводять спеціальні телеконференції, пов'язані з продуктом або проблемою.

Формування і розвиток міжнародного фармацевтичного ринку відбувається завдяки експорту лікарських засобів, здійсненню спільної підприємницької діяльності фармакологічних підприємств різних країн та прямих інвестицій. Формами спільної підприємницької діяльності при цьому виступають: ліцензування, контрактне виробництво, контрактні торговельні представництва, що здійснюють роль інформаційно-комунікативного посередника між фірмою-засновником, оптовими і роздрібними посередниками та споживачами. Перевагами глобалізаційних процесів у сфері розроблення і реалізації ліків є: значне збільшення обсягів продажу, товарна

спеціалізація виробників, спеціалізація виробників за групами споживачів (оптові фірми, аптеки, лікувально-профілактичні заклади, пацієнти), контрактне управління, розвиток міжнародного маркетингу, створення спільної власності, проведення наукових досліджень та розроблення інноваційних ліків, збільшення тривалості життя, зменшення терміну перебування у лікарні, працевлаштування для значної кількості людей, стимулювання світової економіки. Станом на січень 2023 року кількість фармацевтичних компаній з активними дослідженнями та розробками зросла майже у п'ять разів у порівнянні з 2001 роком [50].

Проте, фахівці [31; 51; 52; 53] зазначають, що значний рівень монополізації міжнародного фармацевтичного ринку компаніями США (50% від загального обсягу продажів) та загальна тенденція до укрупнення фармацевтичних транснаціональних корпорацій призводить до зростання загального рівня цін на ліки, порушення принципів доброчесної конкуренції, консерватизму в управлінні, порушення у ланцюгах постачань.

Також переважно негативні наслідки для сфери охорони здоров'я, на думку дослідників [59; 60; 61], має міжнародна трудова міграція, що пов'язано, у першу чергу, з відтоком досвідчених фахівців усіх кадрових категорій. На даний час, у зв'язку зі значним збільшенням терміну перебування українських мігрантів в країнах світу, що надають їм тимчасовий захист від війни, українські фахівці отримали можливість безкоштовно вивчати мову країни перебування, підтвердити отримані дипломи, вирішити побутові проблеми щодо житла і освіти для дітей. З огляду на ці обставини можна очікувати зростання кількості українців, що працюватимуть за кордоном за спеціальністю.

Попри негативне сприйняття трудової міграції як явища, вона має деякі позитивні наслідки, що пов'язані з забезпеченням роботою та доходом мешканців регіонів з низьким рівнем життя населення і нестачею робочих місць; можливість для мігрантів отримувати дохід, вирішити фінансові та матеріальні проблеми, підвищити рівень професійної кваліфікації та власну

конкурентоспроможність на міжнародному ринку праці; зростання валютних надходжень в Україну у вигляді грошових переказів трудових мігрантів родичам, які залишились в країні, що сприяє більшій стійкості її платіжного балансу.

Проте, негативні наслідки, такі як зменшення кількості працездатного населення та нестача кваліфікованих працівників є, безперечно, більш вагомими. Основними чинниками, що впливали у довоєнний час на прийняття фахівцем рішення щодо трудової міграції за даними опитувань, проведених Центром «Соціальний моніторинг» і Інститутом демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, були нестабільна робота, низька заробітна плата і складна економічна ситуація в країні [58]. На жаль наразі в Україні не ведеться облік щодо кількості трудових мігрантів у сфері охорони здоров'я. Наведені дані у звіті «Медицина під час війни: вплив повномасштабного вторгнення росії на систему охорони здоров'я України», підготовленого Українським центром охорони здоров'я [62, с. 34], свідчать про скорочення чисельності медичного персоналу на 14% у 2022 році. Проте, у звіті не сказано, що причиною такого скорочення є виїзд медперсоналу за межі України. Тим не менш, вважаємо підвищення масштабів трудової міграції фахівців суттєвою загрозою для відновлення і подальшого розвитку сфери охорони здоров'я України.

Також одним з чинників потенційного скорочення чисельності медичного персоналу є інтернаціоналізація медичної освіти. Провідні медичні виші Європи і США дедалі стають усе більш доступними для абітурієнтів з України. Основними стримуючими чинниками при цьому виступають вартість навчання і певний рівень володіння мовою, якою здійснюється викладання. Попри це, масштаби освітньої міграції щорічно зростають, оскільки вона надає можливість не тільки отримати якісну освіту, але й мати певні перспективи для подальшого працевлаштування і постійного проживання за кордоном. Останнім часом низка зарубіжних країн започатковують численні програми для українських студентів, які передбачають проходження мовних курсів,

безкоштовне навчання та подальше працевлаштування. Отже основні перепони для прийняття рішення щодо навчання за кордом майже усунені, що створює певну загрозу відтоку з країни молодих людей і сприяє як загостренню демографічної кризи, так і скороченню чисельності фахівців у сфері охорони здоров'я.

При цьому, для національної економіки та навчальних закладів процеси інтернаціоналізації вищої освіти забезпечують отримання низки переваг, які полягають у можливості отримання грантового фінансування, залучення іноземних викладачів і науковців, підвищення якості освіти, активізації академічної мобільності, підвищення кваліфікації викладачів, підготовки фахівців з навичками кросскультурної комунікації, підвищення міжнародної конкурентоспроможності. Отже інтернаціоналізація медичної освіти є універсальним механізмом налагодження міжнародної навчальної і наукової співпраці у сфері охорони здоров'я.

Інтернаціоналізація вищої освіти є однією зі стратегічних цілей, визначених у Стратегії розвитку вищої освіти України на 2022-2032 роки [63]. Відповідно до даних звіту Аналітичного центру «ОсвітАналітика» Київського університету ім. Б. Грінченка, з п'яти заходів, виконання яких забезпечує досягнення зазначеної стратегічної цілі, станом на кінець 2022 року виконано лише один з них – розвиток професійної військової освіти відповідно до керівних документів НАТО [64, с. 93]. Не встановлено індикатори виконання заходу щодо навчання викладачів створенню вибіркових дисциплін, які формують міжкультурну свідомість та компетентність здобувачів вищої освіти, а заходи щодо створення механізмів акредитації спільних (подвійних) освітніх програм у Національному агентстві із забезпечення якості вищої освіти, врегулювання на законодавчому рівні питання можливості працевлаштування в Україні іноземних студентів та учасників програм академічної мобільності і забезпечення пріоритетності наукової співпраці закладів вищої освіти з науково-дослідними установами в конкурсному фінансуванні наукових робіт не виконано. Проте, попереду ще дев'ять років

для реалізації запланованих перетворень.

Академічна мобільність, трудова міграція, туристичні і бізнес-подорожі як невід'ємні складові глобалізаційних процесів суттєво підвищують ризик поширення інфекційних хвороб, які можуть викликати значні економічні ускладнення у функціонуванні національних економік. Спільна боротьба країн світу з поширенням інфекційних захворювань триває понад 150 років, але, попри прийняття Міжнародних медико-санітарних правил (останньої редакції від 2005 року), всесвітня система охорони здоров'я виявилася не готовою до ефективної боротьби з поширенням COVID-19. Безперечно, що отриманий досвід слугуватиме подальшому вдосконаленню системи реагування на поширення подібних хвороб, але слід також враховувати, що існує ймовірність виникнення у майбутньому невідомих на даний час обставини, які не можливо ні передбачити, ні заздалегідь усунути.

Якщо розглядати характер наслідків виникнення пандемії подібного масштабу, то до негативних слід віднести: падіння ВВП країн світу із-за суттєвих змін у виробничих і логістичних процесах, скорочення обсягів міжнародної торгівлі, масові банкрутства підприємств транспорту і сфери послуг, скорочення кількості робочих місць, значний рівень смертності і погіршення стану психічного здоров'я людей, переведення освітнього процесу у режим он-лайн (зокрема медичної освіти). Позитивними наслідками можна вважати: міжнародну співпрацю у розробці вакцин, поглиблення діджиталізації національних економік, масштабне застосування віддаленої роботи, що сприяє суттєвій економії ресурсів, переоснащення і модернізацію основних фондів закладів охорони здоров'я, зростання рівня заробітної плати медичних працівників.

Тим не менш, саме негативні наслідки світової пандемії і економічної кризи, спричиненої нею, призвели до появи у наукових і науково-популярних публікаціях тверджень про завершення епохи глобалізації. Так, на думку провідних світових мислителів [65] пандемія назавжди змінить економічний і фінансовий порядок, оскільки:

- економічна глобалізація значно випередила політичну, тому країнам доведеться прагнути до кращого балансу між використанням переваг глобалізації та необхідним ступенем самозабезпечення;
- ланцюги поставок будуть більш локальними та надійними, але менш глобальними;
- сумніви щодо надійності глобальних ланцюгів постачання до коронавірусу, безпеки міжнародних подорожей, занепокоєння на національному рівні щодо стійкості і самозабезпечення необхідним залишаться навіть після подолання пандемії;
- люди прагнутимуть менше ризикувати, тому більше заощаджуватимуть, що послабить попит та інновації;
- економічний націоналізм все більше спонукатиме уряди відгороджувати свою економіку від решти світу;
- фінансові стимули урядів важко спрямовувати на найбільш актуальні потреби, а центральні банки закріпилися як перша і головна лінія захисту від економічних і фінансових криз.

Попри песимістичні оцінки постковідного розвитку світової економіки, ряд дослідників вважають, що саме глобалізаційні процеси є запорукою успішного подолання таких масштабних викликів, як поширення інфекційних хвороб у сучасному інтегрованому світі [66; 67; 68].

Пандемія сприяла стрімкому впровадженню інформаційних технологій, особливо в системі охорони здоров'я. З розвитком сучасного інформаційного суспільства організації та системи охорони здоров'я все частіше використовують і вимагають ресурсів інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) для інтеграції та обміну даними й інформацією між організаціями, регіонами, спільнотами, постачальниками послуг і лікарняними системами.

Використання ІКТ значною мірою визнано необхідним для досягнення національних цілей і зниження витрат на лікування, виходячи за межі простої обробки даних, щоб впливати на адміністративні та медичні сфери, такі як

телемедицина, великі дані, бізнес-аналітика тощо. Цей прогрес покращує якість і безпеку клінічних даних пацієнтів, а також їх доступність на веб-сайтах для медичних працівників. Це також допомагає усунути дублювання послуг, зменшити кількість помилок і сприяти індивідуальному догляду за пацієнтами. Тепер можна підтримувати фундаментальні зміни в якості надання медичної допомоги та стабільність детальної інформації про процеси та результати для певної групи населення, створюючи основу для просування ініціатив у сфері громадського здоров'я, контролю та моніторингу захворювань, скорочення витрат та підвищення ефективності.

З точки зору ефективності та результативності, сталості та якості медичної допомоги, існують значні витрати, пов'язані з впровадженням апаратного забезпечення та електронних медичних записів (плата за ліцензію на програмне забезпечення і постійні оновлення), а також витрати на оплату праці внутрішнього або зовнішнього ІТ-персоналу для виконання резервного копіювання, планового обслуговування та управління безпекою пацієнтів.

Поряд з цим, перше місце в списку найбільш актуальних і затребуваних технологій в галузі охорони здоров'я, за результатами спостережень Інституту досліджень в області швидкої медичної допомоги (Emergency Care Research Institute – ECRI), займає електронна медична карта [69]. Згідно зі звітом консалтингової фірми з дослідження ринку «Data Bridge» [70], незважаючи на занепокоєння щодо безпеки, пацієнти погодяться на передання інформації про своє здоров'я через систему обміну медичною інформацією (ОМІ) із-за наявності очевидних переваг, якими є покращена якість та безпека медичної допомоги. ОМІ розроблено спеціально для того, щоб дозволити лікарям, постачальникам медичних послуг та іншим медичним установам безпечно та швидко передавати медичну інформацію пацієнта в електронному вигляді. ОМІ забезпечує швидкий пошук клінічних даних для надання ефективного, безпечного та орієнтованого на пацієнта лікування; полегшує співпрацю з зацікавленими сторонами охорони здоров'я, такими як медсестри, фармацевти, лікарі та інші постачальники медичних послуг; зменшує витрати

часу на адміністративні обов'язки та забезпечує прозорість у сфері охорони здоров'я. Дослідження ринку даних «Data Bridge» свідчить про те, що ринок рішень для обміну інформацією в галузі охорони здоров'я, який у 2021 році становив 1,2 мільярда доларів США, до 2029 року зросте до 2,54 мільярда доларів США.

Не менш важливим, ніж обмін інформацією, для розвитку національних систем охорони здоров'я є обмін досвідом, який призводить до розробки спільних підходів, моделей і стандартів. Рада Європи є хорошим прикладом міжнародного гравця, який підтримує країни у розробці спільних стандартів і рекомендацій для підвищення якості охорони здоров'я. Крім того, Європейський Союз є важливим джерелом стандартизації в різних сферах сектору охорони здоров'я через регулювання внутрішнього ринку.

Міжнародне співтовариство створило концептуальну основу для політики якості в охороні здоров'я, визначило сутність, виміри, інструменти і показники для вимірювання та оцінки якості. Окрім підтримки розробки політики якості на рівні країни, міжнародні дії також спрямовані на рівень окремих постачальників медичних послуг шляхом встановлення стандартів для оцінки їх компетентності та якості послуг, які вони надають.

Із зростаючою інтернаціоналізацією охорони здоров'я відмінності в стандартах якості все частіше розглядаються як перешкода для міжнародної мобільності та торгових відносин. Шляхами подолання цих розбіжностей є міжнародна стандартизація та акредитація. Міжнародна організація стандартизації (ISO) надає галузеву модель із глобальною мережею національних органів зі стандартизації, за допомогою яких різні установи можуть оцінюватися відповідно до загальних стандартів.

Більш широко прийнятним і адаптованим шляхом є міжнародна підтримка та координація розробки клінічних настанов як одного з багатьох інструментів, доступних медичним працівникам для покращення якості медичної допомоги. Так, інструмент AGREE визначає шість доменів якості та 23 конкретні елементи, що охоплюють ключові елементи процесу розробки

клінічних настанов; міжнародне Кокранівське співробітництво має життєво важливе значення для покращення якості медичної допомоги шляхом створення та розповсюдження систематичних оглядів наслідків медичних заходів.

Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) відіграла важливу роль у доповненні та координації зусиль національних та інших міжнародних органів у вимірюванні та порівнянні якості надання медичних послуг у різних країнах. Після конференції на рівні міністрів, що відбулася в Оттаві в 2001 році, на якій обговорювали передову практику вимірювання ключових компонентів ефективності систем охорони здоров'я, ОЕСР запустила проект індикаторів якості медичної допомоги, що містив спеціальні показники для вимірювання якості лікування окремих хвороб (рак, серцево-судинні захворювання), а також для вимірювання безпеки і досвіду пацієнтів.

Запровадження стандартів ISO важливо також для медичної промисловості і виробників медичного обладнання, оскільки відповідність найкращим міжнародним практикам забезпечує оптимізацію виробничих процесів та підвищення безпеки і задоволеності пацієнтів. Міжнародні стандарти сприяють кращому управлінню ризиками, допомагають організаціям відповідати вимогам законодавства, забезпечують надання високоякісних медичних послуг.

З метою надання безпечних, ефективних та інноваційних медичних технологій, обміну інформацією, заохочення інновації для задоволення потреб пацієнтів у сфері охорони здоров'я створено Глобальний альянс медичних технологій (GMTA), членами якого є національні або регіональні асоціації медичних технологій, які наразі розробляють і виробляють 85% медичних приладів, діагностики та обладнання у світі. Асоціації членів Глобального альянсу медичних технологій представляють компанії, які виробляють медичні прилади, діагностичні продукти та медичні інформаційні системи, які трансформують охорону здоров'я шляхом раннього виявлення захворювань, менш інвазивних процедур та більш ефективного лікування. Україну у GMTA

представляє «Асоціація операторів ринку медичних виробів».

Основними цілями діяльності GMТА є:

- розповсюдження інформації щодо політики та проблем медичних технологій у глобальному масштабі;
- представництво галузі медичних технологій на глобальному рівні на таких форумах, як Всесвітня організація охорони здоров'я, Світовий банк, Всесвітня організація інтелектуальної власності, Світова організація торгівлі;
- заохочення підтримки розвитку індустрії медичних технологій, доступу пацієнтів до медичних технологій, системи інтелектуальної власності, справедливого доступу до медичних приладів;
- просування принципів етичної поведінки у маркетингу продуктів медичної техніки;
- підтримка зв'язку з іншими міжнародними організаціями: асоціації пацієнтів, професійні товариства, Глобальна робоча група з гармонізації (GHТF), Глобальне агентство з номенклатури медичних пристроїв (GMDN), Азіатська робоча група з гармонізації (АНWP), Латиноамериканська Робоча група з гармонізації (LANWP), Міжнародна організація з оцінки технологій охорони здоров'я (HTAi), Міжнародне товариство фармакоелекономіки та дослідження результатів (ISPOR) [71].

Потреби в оцінці технологій різняться між країнами відповідно до відмінностей в організації та ресурсах національних систем охорони здоров'я. Деякі з них вважають оцінку технологій більш важливою для контролю вартості медичної допомоги, тоді як інші використовують бюджетні асигнування як основний засіб контролю витрат. Однак такі відмінності не змінюють потреби в оцінці технології, але впливають на характер оцінювання, відповідальні установи та користувача оцінювальної інформації. Зазначені варіації мають бути враховані в межах міжнародної співпраці, під час якої країни можуть вчитися одна в одній та застосовувати підходи та висновки інших.

У листопаді 1983 року ВООЗ провела нараду, щоб дозволити державам-

членам сформулювати керівні принципи оцінки медичної технології та відповідного використання. Було розроблено принципи для складання національних настанов, які окреслюють можливі стратегії, такі як політика досліджень і розробок, пріоритети та методології оцінки, вихід на ринок, а також розгортання та використання. Наразі програми реалізуються на основі економічних стимулів для відповідного та раціонального використання медичних технологій у різних державах-членах, узгодження національних стандартів щодо закладів охорони здоров'я, обладнання та процедур, технологій первинної медико-санітарної допомоги з урахуванням географічних відмінностей у наданні медичних послуг [72].

Таким чином, основними перевагами глобалізаційних процесів в загалі можна вважати: посилення конкуренції, що спонукає учасників ринку до інноваційної діяльності; розширення і урізноманітнення ринків; збільшення потоку торгівлі, капіталу, інформації та людей; спільне використання технологій; обмін знаннями; сприяння диверсифікації робочої сили [73]; значне збільшення екстенсивності, інтенсивності і швидкості руху та велика різноманітність «типів» мобільності; взаємодія між глобальними та локальними культурними елементами [74].

Переваги і недоліки глобалізаційних процесів у сфері охорони здоров'я відповідно до виділених нами чотирьох груп глобалізаційних чинників узагальнено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Переваги і недоліки глобалізації ринку медичних послуг*

Переваги	Недоліки
Політичні чинники	
Діяльність міжнародних організацій, що спрямована на надання допомоги під час подолання і зменшення наслідків епідемій, інформаційної підтримки вакцинації та поширення вакцин, проведення наукових досліджень, стандартизації медичних послуг	Повільний і бюрократичний процес прийняття рішень з огляду на необхідність досягнення консенсусу серед багатьох держав-членів, помилки під час розслідування спалахів епідемій, залежність від добровільних внесків
Діяльність неурядових організацій і фондів у напрямках імплементації принципів організації охорони здоров'я розвинених країн,	-

прогнозування, надання рекомендацій і грантів, фінансування, організації і участі у гуманітарних місіях та програмах благодійності у сфері охорони здоров'я	
Правовий захист наукових розробок і винаходів у медичній сфері, зростання масштабів міжнародної торгівлі послугами в галузі охорони здоров'я	-
Економічні чинники	
Підвищення якості медичної допомоги та рівному доступу до неї населення, підвищення ефективності надання складних медичних послуг, усунення дефіциту людських ресурсів завдяки лібералізації торгівлі медичними послугами	У результаті лібералізації торгівлі медичними послугами відбувається стагнація національних систем охорони здоров'я, відволікання коштів та людських ресурсів від надання послуг незабезпеченим верствам населення та від надання базових медичних послуг
Розроблення інноваційних продуктів і технологій медичного призначення на базі використання наукового, людського, технічного і матеріального потенціалу декількох країн у результаті створення медичних кластерів	-
Збільшення обсягів продажу, товарна спеціалізація виробників, спеціалізація виробників за групами споживачів, контрактне управління, розвиток міжнародного маркетингу, проведення наукових досліджень та розроблення інноваційних ліків, зменшення терміну перебування у лікарні, працевлаштування для значної кількості людей, стимулювання світової економіки у наслідок глобалізаційних процесів у сфері розроблення і реалізації ліків	Із-за значного рівня монополізації міжнародного фармацевтичного ринку відбувається зростання загального рівня цін на ліки, порушення принципів доброчесної конкуренції, посилення консерватизму в управлінні, порушення у ланцюгах постачань

Продовження табл. 3.1

Переваги	Недоліки
Соціальні чинники	
У результаті трудової міграції мешканці регіонів з низьким рівнем життя населення і нестачею робочих місць мають можливість отримати роботу і дохід, фахівці - підвищити рівень професійної кваліфікації та власну конкурентоспроможність на міжнародному ринку праці. Завдяки грошовим переказам зростають валютні надходження країни	Значні масштаби трудової міграції призводять до зменшення кількості працездатного населення та нестачі кваліфікованих працівників
Інтернаціоналізація вищої освіти створює умови для отримання грантового фінансування, залучення іноземних викладачів і науковців, підвищення якості освіти, активізації академічної мобільності, підвищення кваліфікації викладачів, підготовки фахівців з навичками кросскультурної	Інтернаціоналізація вищої освіти сприяє загостренню демографічної кризи, скороченню чисельності фахівців у сфері охорони здоров'я

комунікації, підвищення міжнародної конкурентоспроможності	
Можливість поширення інфекційних хвороб як наслідок високої мобільності населення стимулює міжнародну співпрацю у розробці вакцин, поглиблення діджиталізації національних економік, масштабне застосування віддаленої роботи, що сприяє суттєвій економії ресурсів, переоснащення і модернізацію основних фондів закладів охорони здоров'я, зростання рівня заробітної плати медичних працівників	У результаті швидкого поширення інфекційних хвороб може відбуватися падіння ВВП країн світу, скорочення обсягів міжнародної торгівлі, масове банкрутство підприємств, скорочення кількості робочих місць, значний рівень смертності і погіршення стану психічного здоров'я людей
Технологічні чинники	
Обмін медичною інформацією забезпечує швидкий пошук клінічних даних для надання ефективного, безпечного та орієнтованого на пацієнта лікування; полегшує співпрацю з зацікавленими сторонами охорони здоров'я, зменшує витрати часу на адміністративні обов'язки та забезпечує прозорість у сфері охорони здоров'я	Значні витрати, пов'язані з впровадженням апаратного забезпечення та електронних медичних записів (плата за ліцензію на програмне забезпечення і постійні оновлення), а також витрати на оплату праці внутрішнього або зовнішнього ІТ-персоналу
Запровадження міжнародних стандартів підтримує розроблення політики якості на рівні країни, забезпечує оцінку компетентності окремих постачальників медичних послуг, поживає міжнародну мобільність і торгівлі відносини, забезпечує визначення показників вимірювання якості лікування окремих хвороб, безпеки і досвіду пацієнтів	-
Розповсюдження інформації щодо політики та проблем медичних технологій у глобальному масштабі сприяє розвитку індустрії медичних технологій, доступу пацієнтів до медичних технологій, системи інтелектуальної власності, справедливого доступу до медичних приладів	-

*Складено автором

Таким чином визначено, що глобалізація і інтернаціоналізація процесу надання медичних послуг має значно більший позитивний вплив на розвиток національних систем охорони здоров'я, ніж негативний. Тому під час розроблення стратегічних планів розвитку сфери охорони здоров'я України необхідно максимально враховувати усі можливі переваги міжнародної співпраці щодо підвищення якості надання медичних послуг, трансферу інноваційних технологій, придбання сучасного обладнання, розроблення лікарських препаратів, запровадження сучасних протоколів лікування тощо.

Стосовно негативних чинників глобалізаційних процесів необхідно враховувати їх потенційні наслідки і запроваджувати попереджувальні заходи, як-то: створення оптимальних умов для продуктивної праці медичних працівників (заробітна плата, оснащення робочих місць, підвищення кваліфікації, захист прав інтелектуальної власності, стимулювання досліджень і інновацій), запобігання стагнації сфери охорони здоров'я шляхом забезпечення постійного надходження інвестиційних коштів (страхові кошти державних і недержавних інституцій, міжнародні гранти, програми міжнародного співробітництва, кошти благодійних фондів), постійне вдосконалення системи реагування на надзвичайні ситуації природного і техногенного характеру [108, с. 61].

3.3. Формат і основні напрями міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я

Реформування сфери охорони здоров'я задля забезпечення її спроможності адекватно реагувати на виклики сьогодення і у майбутньому потребує співпраці та стратегічного партнерства. Одним із викликів є скорочення витрат на охорону здоров'я у бюджеті країни, що пов'язано зі зростанням витрат на оборону. Проте саме під час воєнного стану система охорони здоров'я потребує додаткових інвестицій. Завдяки міжнародній співпраці можна покрити певні прогалини бюджетного фінансування та визначити підходи до подальшого формування потреб галузі після війни з метою створення єдиного медичного простору і універсального доступу до пацієнта [107, с. 162].

Питанням організації, здійснення та підвищення результативності міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я приділяє увагу велика кількість дослідників, серед яких можна зазначити: В. Адамик, Х. Щербяк [78] (дослідженні стану та перспектив обміну досвідом у сфері медичних послуг між Україною і Польщею), Є. Доронцеву [83] (аналіз участі

України у міжнародних організаціях і результатів такої співпраці), О. Вівсяника [104] (формування теоретичної концепції інституційного механізму державного управління системою охорони здоров'я та визначення місця міжнародних організацій медичного спрямування в цьому механізмі), М. Мальську, О. Бордун [105] (теоретичні основи і практичні прийоми організації медичного туризму), Т. Желюк, В. Мацика [106] (обґрунтування перспектив розвитку медичного туризму як пріоритетного напрямку реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я) та інших. Кожен із зазначених авторів розглядає, як правило, лише один напрям реалізації міжнародної співпраці, але вважаємо за доцільне класифікувати її форми і напрями з метою подальшої оцінки проблем і перспектив розвитку міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я [107, с. 162].

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» участь держава міжнародному співробітництві у програмах охорони здоров'я передбачає: обмін екологічною, медичною та реабілітаційною інформацією, сприяння встановленню міжнародних контактів працівників охорони здоров'я з питань реабілітації, обміну прогресивними методами і технологіями; експорту та імпорту медичного обладнання, лікарських препаратів і інших товарів; створення сприятливих умов діяльності спільних підприємств у сфері охорони здоров'я; організацію спільної підготовки фахівців тощо [91, ст. 79].

Серед найбільш поширених форм міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я фахівці зазначають:

- реалізацію освітніх програм та програм партнерства (зокрема участі українських клінік у міжнародних наукових програмах);
- обмін досвідом у сфері державно-приватного партнерства та реформ (зокрема досвідом управління медичними закладами, взаємодії між державними та місцевими органами влади тощо);
- залучення міжнародних інвестицій у галузь охорони здоров'я;
- медичний туризм;

- формування бренду медицини України на міжнародному ринку медичних послуг [76];
- членство в міжнародних організаціях;
- співпрацю з науковими закладами Європи і світу;
- організацію, проведення і участь у міжнародних виставках, наукових і освітніх форумах;
- обмін інформацією з питань організації медичних служб, результатів наукових досліджень, навчання медичних працівників, запровадження інформаційних систем.

Професор серцево-легеневих наук факультету природничих наук та фармацевтичної школи Medway Університету Кента (Велика Британія) Г. Бутрус (Ghazwan Butrous) класифікує напрями міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я таким чином:

1. Короткострокове проектно-орієнтоване співробітництво, коли кілька центрів у різних країнах працюють разом над одним проектом.
2. Довгострокове співробітництво, формування «альянсу» між дослідницькими організаціями, які мають однакові інтереси.
3. Організована міжнародна співпраця, яка зазвичай ініціюється центрами передового досвіду, що намагаються знайти нові дослідницькі і комерційні можливості на перспективному ринку, що розвивається.
4. Великі наукові товариства вчених як платформа для міжнародної співпраці (Американське торакальне товариство, США, Європейське респіраторне товариство).
5. Міжнародна транскордонна діяльність (Глобальний альянс проти хронічних респіраторних захворювань (GARD), Глобальна стратегія лікування та профілактики астми).
6. Проведення клінічних випробувань із залученням до них країн, що розвиваються.
7. Встановлення рівноправного партнерства між науковцями Півночі і Півдня.

8. Співпраця внаслідок зростаючих глобальних загроз здоров'ю, включаючи зміни клімату, СНІД, туберкульоз, малярію, хронічні обструктивні захворювання легенів [77].

Українські дослідники В. Адамик і Х. Щербяк серед основних та найбільш перспективних інструментів міжнародного обміну досвідом у сфері надання медичних послуг виокремлюють: стажування / навчання на освітньо-кваліфікаційному та освітньо-науковому рівнях вищої освіти; співпрацю з цифровізації галузі; візити; технічну допомогу; конференції, семінари, симпозіуми. При цьому авторки наголошують на необхідності запровадження певних заходів з активізації і раціоналізації зазначених форм міжнародної співпраці, які повинні передбачати: навчання медиків і медичних менеджерів у країні-партнері за програмами академічного обміну і подвійного диплома; проведення онлайн-консультацій пацієнтів з країни-партнера, які не потребують специфічного стаціонарного лікування, що, у свою чергу, не може здійснюватися у країні проживання; запрошення менеджерів з лікарень країни-партнера; технічне співробітництво на умовах твіннінгу; запрошення до участі у міжнародних заходах медичних працівників, менеджерів закладів охорони здоров'я і науковців [78, с. 61].

Узагальнюючи наведені приклади класифікації напрямів міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я, можна виокремити декілька його форм, а саме: членство у міжнародних організаціях, співпраця фахівців щодо протидії глобальним загрозам здоров'ю на неурядовому рівні, міжнародні економічні відносини, міжнародна науково-дослідна і освітня діяльність, міжнародна технічна допомога, міжнародний обмін досвідом державного управління сферою охорони здоров'я (рис. 3.3).



Рис. 3.3. Форми та напрями міжнародного співробітництва у галузі охорони здоров'я*

*Складено автором

У межах кожної форми міжнародної співпраці можна визначити по декілька напрямів. Так, членство у міжнародних урядових організаціях галузевого спрямування (ВООЗ, ЮНЕСКО, МОП) передбачає розроблення й прийняття міжнародних законодавчих актів (конвенцій, міжнародних кодексів, резолюцій, протоколів, хартій, декларацій, пактів) щодо регулювання сфери надання медичних послуг і забезпечення громадського здоров'я, а також розроблення програм і переліку заходів щодо реагування на суттєві глобальні проблеми у сфері охорони здоров'я. Відповідно до інформації, наведеної на офіційному сайті Міністерства закордонних справ України [82], станом початок 2022 року Україна була членом 81 міжнародної

організації, при цьому в жодному випадку МОЗ не зазначено як центральний орган виконавчої влади, що відповідає за виконання фінансових зобов'язань перед міжнародною організацією [107, с. 162].

Найбільш розвинутими сферами міжнародної співпраці України, з огляду на кількість міжнародних документів, які вона уклала або до яких приєдналася, є безпека, соціальна політика, економічне та торговельне співробітництво, інформаційна політика та культура (рис. 3.4). Кількість документів щодо міжнародної співпраці у галузі охорони здоров'я дорівнює 75, що дозволяє зробити висновок про невисоку активність Уряду і МОЗ стосовно запровадження міжнародного співробітництва на урядовому рівні.

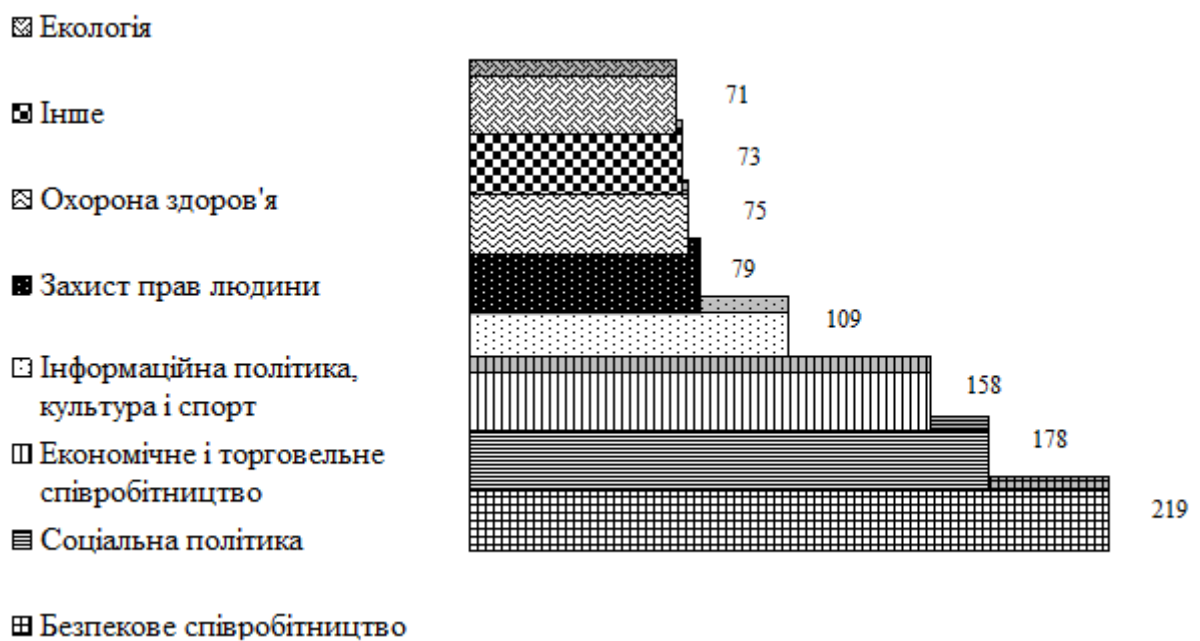


Рис. 3.4. Кількість документів щодо співпраці України з міжнародними організаціями в окремих галузях початок 2022 року *

*Складено автором на основі [83]

Більшість проблем, пов'язаних зі здоров'ям, мають глобальний характер і потребують глобального вирішення. Саме ця обставина сприяє виникненню великої кількості платформ, завдяки користуванню якими здійснюється міжнародне співробітництво у сфері охорони здоров'я на неурядовому рівні. Прикладами таких платформ є: Глобальна мережа охорони здоров'я (The Global Health Network), яка є сукупністю веб-сайтів і онлайн-спільнот, що

підтримують дослідників завдяки сприянню співпраці та спільному використанню ресурсів; Міжнародне товариство інфекційних захворювань (International Society for Infectious Diseases), яке підтримує медичних працівників, неурядові організації та уряди в усьому світі в їхній роботі з запобігання, розслідування та боротьби зі спалахами інфекційних захворювань; організація Human Frontier Science Program, яка є глобальною міжконтинентальною програмою, що фінансує інноваційні та міждисциплінарні фундаментальні дослідження у царині наук про життя; Міжнародний консорціум геному раку (International Cancer Genome Consortium), який створено для прискорення дослідження причин і боротьби з раком шляхом укладання вичерпних каталогів геномних аномалій ракових пухлин; Міжнародний консорціум персоналізованої медицини (The International Consortium for Personalised Medicine), який ініціює і підтримує міжнародні комунікації та обмін персоналізованими дослідженнями; Міжнародний дослідницький консорціум рідкісних захворювань (International Rare Diseases Research Consortium), який стимулює, координує та максимізує результати досліджень рідкісних захворювань у всьому світі, що спрямовані на отримання пацієнтами точного діагнозу, допомоги і доступної терапії протягом одного року після звернення до лікаря [84].

Серед міжнародних платформ, що забезпечують співробітництво у сфері охорони здоров'я в Україні можна зазначити:

- Міжнародну платформу науково-технічної, природничої, медичної та суспільно-політичної літератури Research4Life;
- Міжнародну медичну платформу ITMED.org (Інформаційні Технології в Медицині), яка призначена для комунікації медичних працівників без посередників завдяки зручному інтерфейсу, сегментованій по цільових групах і географії рекламі, корисним медичним публікаціям за обраними темами;
- платформу UpToDate, яка є провідним глобальним клінічним ресурсом доказової медицини та містить огляди і рекомендації як для лікарів,

так і для пацієнтів. Платформа містить фармакологічний довідник Lexi-comp і різноманітні медичні калькулятори. На платформі працюють понад 7 100 авторів, серед яких провідні професори клінічної та експериментальної медицини, що готують і рецензують огляди;

- електронні платформи наукової інформації ClinicalKey (база даних клінічних знань для медичних працівників і студентів), Complete Anatomy (платформа 3D анатомії) та Osmosis (освітня платформа, що складається з понад 2 тисяч відео, які охоплюють патологію, фізіологію, фармакологію та клінічну практику), до яких надала доступ медичній спільноті України в умовах розв'язаної рф війни компанія Elsevier. На зазначених ресурсах створено україномовний розділ «Медична підтримка України», який містить довідкові матеріали та навчальні відео про можливості використання інформаційних ресурсів у науковій діяльності та навчанні, а також для потреб лікування пацієнтів [85];

- платформу «Міжнародний конгрес з інфузійної терапії», на якій проводяться навчання та удосконалення навичок медичних працівників в он-лайн та оф-лайн форматах [86].

Здатність залучати міжнародні зацікавлені сторони та їхні ресурси до співпраці під проводом ЄС допоможе ЄС поєднати найкращі навички та результати та забезпечити пацієнтам відчутні результати.

Отже, міжнародна співпраця є фундаментальним і невід'ємним компонентом досліджень та інновацій у сфері охорони здоров'я. Внесок он-лайн платформ у розвиток медичних знань є дуже значним, оскільки забезпечує доступ до даних про медичні записи, страхові претензії, медичні пристрої, участь у клінічних дослідженнях в одному місці і в одному узгодженому форматі. У свою чергу, досягнення в медичній науці сприяють значним інвестиціям і дослідженням у державному та приватному секторах, приносячи нові інновації споживачам медичних послуг і сприяючи більшій прогностичній, профілактичній, персоналізованій та спільній медицині.

Протягом 2017-2020 років обсяги капітальних інвестицій у сферу

охорони здоров'я становили від 1,3 до 2,8% від загальної суми капітальних інвестицій у економіку України (рис. 3.5), що є доволі низьким показником. Зростання показника у 2020 році у понад 2 рази було обумовлено зростанням обсягів надання медичних послуг під час пандемії COVID-19. При цьому обсяги державного фінансування галузі за це період зросли на майже 7 відсоткових пунктів, що і стало причиною збільшення загального рівня інвестування медичної сфери. Таким чином, можна узагальнити, що сфера охорони здоров'я не є привабливою для інвестування.

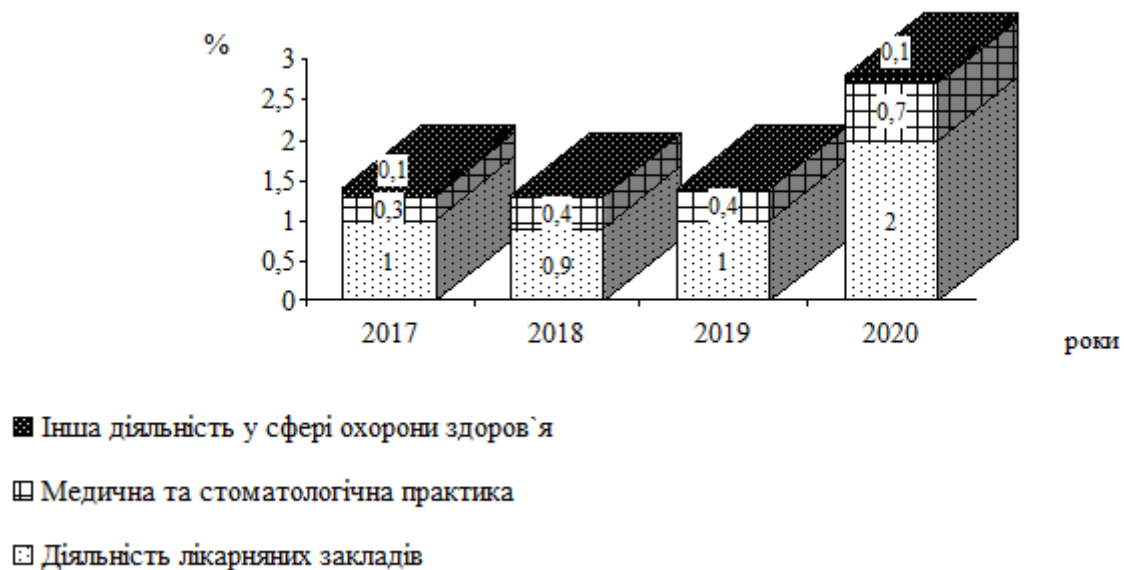


Рис. 3.5. Частка капітальних інвестицій у сферу охорони здоров'я України протягом 2017-2020 років у % до загального обсягу капітальних інвестицій*

*Складено автором на основі [87]

Тим не менш, за оцінками фахівців [88], потенційно привабливими напрямками інвестування, зокрема й іноземного, у післявоєнний час можуть стати лікування та реабілітація поранених, використання нових технологій імплантації і протезування та реабілітації. Також українська фармацевтична промисловість з оціночним інвестиційним потенціалом понад \$1-2 млрд може стати об'єктом для поглинання міжнародними корпораціями. Серед основних перепон для зростання обсягів інвестування у розвиток сфери охорони

здоров'я, як і інших галузей української економіки, фахівці зазначають поряд з корупційними ризиками і складною системою оподаткування, ще й проблеми гарантії безпеки інвестицій у воєнний та післявоєнний час. Тому слушною ініціативою є залучення міжнародних організацій до страхування ризиків. Така діяльність вже здійснюється Багатосторонньою агенцією з інвестиційних гарантій (MIGA), яка входить до групи Світового банку (Уряд України планує протягом 2023 року отримати близько \$1 млрд страхових коштів).

Ще одним перспективним напрямом міжнародної економічної діяльності у сфері охорони здоров'я, окрім залучення іноземних інвестицій і страхових коштів міжнародних фінансових установ, є медичний туризм, який передбачає «отримання медичних послуг всередині країни, та за її межами», відповідно до визначення, наданого у проекті Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про туризм» та деяких інших законодавчих актів щодо створення економічних стимулів розвитку туристичної галузі» [89, ст. 4, п. 1, пп. 2].

Найбільший обсяг послуг з в'їзного медичного туризму надають клініки Києва (Київський міський Центр серця, Центр дитячої кардіохірургії, онкологічні клініки ЛІСОД, Інновація, Кіберклініка Спіженко, приватні багатопрофільні лікувально-профілактичні заклади, клініки клітинної терапії), Прикарпаття, Одеси і Дніпра. За оцінками компанії «МедЕкспрес», на клієнтів-іноземців у нашій країні орієнтовано приблизно 50-70 медичних центрів. Нажаль, статистичні дані, що характеризують динаміку медичного туризму за часовими періодами і медичними напрямками, наразі не фіксуються жодним державним органом. За даними Української асоціації медичного туризму, у 2018 році Україну відвідало понад 60 млн медичних туристів, які витратили на медичні послуги понад \$150 млн [92].

Фахівці зазначають, що найбільш затребуваними напрямками в'їзного медичного туризму є репродукція, неврологія, реабілітація, пластична хірургія, естетична медицина та косметологія, стоматологія, кардіологія, клітинна терапія, лікування хвороб очей, зокрема хірургічне лікування

відшарування сітківки та катаракти [90; 91; 92].

При цьому, основними перевагами отримання медичних послуг в Україні іноземні пацієнти вважають: співвідношення ціна-якість медичних послуг; рівень розвитку стоматології та офтальмології; застосування інноваційних клітинних технологій (операції з пересадки стовбурових клітин заборонені в деяких країнах); рівень розвитку репродуктивної медицини (сурогатне материнство); отримання онкологічної допомоги в приватних онкологічних клініках, що забезпечує персоналізований підхід; укомплектованість спеціалізованих та приватних лікувально-профілактичних закладів сучасною медичною технікою; відсутність практики листів очікування; безвізовий режим для багатьох країн [92].

Обсяги виїзного медичного туризму також мають тенденцію до зростання, що пов'язано з можливістю отримати у клініках Ізраїлю, Німеччини, Франції, Туреччини, Індії більш точну діагностику і якісні лікарські засоби, провести складні та ефективні хірургічні операції [91]. Пори це галузь медичного туризму не має відповідного законодавчого регулювання (навіть зазначений вище проект Закону України 4162-1 не було прийнято Верховною Радою) та відповідної державної підтримки.

Наступною формою співробітництва є міжнародна науково-дослідна і освітня діяльність. Як зазначають укладачі науково-аналітичної доповіді «Наукова та науково-технічна діяльність в Україні у 2021 році» [93], про місце країни в науковому світі свідчить загальна кількість публікацій, проіндексованих міжнародними наукометричними базами даних.

Публікаційна активність українських науковців за період 2012-2021 років, за результатами аналізу БД Scopus, дорівнює 31 984 682 публікаціям. При цьому за зазначений період кількість публікацій зросла в 1,4 рази, а у загальному рейтингу у 2021 році Україна посіла 46 місце, що відповідає 138 546 публікаціям, з яких 70,9% – статті (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Показники публікаційної активності деяких країн світу

за даними БД Scopus [93, с. 73]

Країна	Рейтинг країн за кількістю публікацій			Кількість публікацій, од.		
	2021 р.	2012 р.	за період 2012-2021 рр.	2021 р.	2012 р.	за період 2012-2021 рр.
Велика Британія	3	3	3	244862	199070	2183259
Нідерланди	16	14	15	74232	58057	639594
Польща	18	20	18	61799	36996	488812
Швейцарія	19	17	17	57878	41943	490514
Швеція	21	21	20	49968	36271	431337
Сінгапур	37	32	34	26664	18684	225602
Ірландія	41	39	43	21142	13217	158359
Україна	42	45	46	20447	9212	138546

Обсяги державного фінансування досліджень і науково-технічних розробок за напрямом «Проекти у межах міжнародного науково-технічного співробітництва» зросли у 2021 році порівняно з попереднім роком на 25,9% і становили 18,35 млн грн.

Загалом публікаційна активність в Україні відповідала світовим тенденціям, зокрема такі напрями досліджень як «Нейронаука і неврологія» (1 394 публікацій), «Біохімія і молекулярна біологія» (1 437 публікацій) та «Онкологія» (1 116 публікацій) були присутніми як у українському, так і у світовому Топ-10 напрямів досліджень [93, с. 72]. За показником цитування, який характеризує рівень наукового впливу публікацій (актуальність і важливість досліджень та визнання їх результатів науковим співтовариством), спостерігалась негативна динаміка, починаючи з 2018 року, найнижчий рівень цитування спостерігався у 2021 році і становив близько 22% від загальної кількості публікацій.

Відкритість науки певної країни, мобільність її вчених, якість та щільність міжнародних наукових зв'язків характеризує показник кількості публікацій, написаних науковцями з різних країн у співавторстві.

У 2021 році частка спільних публікацій українських учених із зарубіжними партнерами зменшилась на 3 в. п. проти 2012 року, а середнє значення показника протягом 2012-2021 років становило 35,5% (табл. 3.3), що є доволі низьким рівнем.

Частка міжнародних публікацій в деяких країнах світу за роками
(% публікацій з авторами більш ніж однієї країни) [93, с. 75]

Рік	Велика Британія	Нідерланди	Сінгапур	Польща	В'єтнам	Естонія	Україна
2012	41,8	51,6	52,8	27,7	68,2	49,7	36,6
2013	43,2	52,9	55,8	28,1	67,7	51,6	36,0
2014	46,5	54,6	57,9	28,9	69,2	50,5	37,1
2015	48,7	56,4	59,2	29,3	68,3	54,2	36,4
2016	49,5	58,1	59,8	29,8	63,6	57,5	37,3
2017	50,9	58,9	61,6	31,1	67,2	57,7	36,2
2018	53,6	60,9	64,4	31,9	66,0	62,8	35,4
2019	56,4	62,1	66,5	33,4	66,1	65,3	33,6
2020	59,2	64,0	67,8	35,8	63,6	65,8	32,7
2021	60,6	64,8	68,2	37,7	60,1	69,8	33,6

Але слід зазначити, що у 2021 році співпраця українських авторів з партнерами із інших країн за напрямом «Медицина» посіла четверте місце серед найбільш плідних напрямів [93, с. 76].

Частка наукових публікацій українських дослідників за даними БД Scopus у 2020 році становила 0,56% від загальносвітового обсягу опублікованих робіт. Це, з одного боку, дуже низький показник, але, якщо оцінити кількість публікацій, що припадає на 1 млн дол. фінансування досліджень і науково-технічних розробок (ДіР), то цей показник для України є доволі високим (табл. 3.4). Таке співвідношення свідчить про значно менший обсяг фінансування української науки у порівнянні з розвинутими країнами, але на думку Б. Олексюка [94, с. 29], збільшення обсягів фінансування не спроможне розв'язати проблеми, які накопичилися у академічному секторі науки, основними серед яких, на думку автора, є: неефективне використання людських і матеріальних ресурсів, погіршення кадрового забезпечення, зниження публікативної активності учених.

Не можемо погодитись з зазначеною точкою зору, оскільки достатнє фінансування спроможне значно підвищити ефективність управління науковими організаціями, сприяти залученню молодих фахівців і підвищити мотивацію дослідників щодо написання наукових статей.

Показники фінансування ДіР та публікаційної активності у країнах світу та в Україні у 2020 році [93, с. 76]

Країна	Фінансування ДіР, млн дол.	Кількість публікацій у БД Scopus	Кількість публікацій на 1 млн дол.
Канада	27939,3	121499	4,35
Нідерланди	20635,8	68301	3,31
Швеція	17929,8	46678	2,60
Польща	16517,8	57436	3,48
Ірландія	5384,6	18272	3,39
Литва	1123,6	5134	4,57
Естонія	789,8	4132	5,23
Латвія	378,6	2789	7,37
Україна	601,5	19956	33,18

Необхідність перегляду підходів до фінансування медичної науки у бік його збільшення й оптимізації обґрунтована потребою усунення наявного технологічного відставання медичної науки від зарубіжних країн, підвищення рівня розвитку біомедичної індустрії та налагодженню ефективного наукового партнерства з промисловістю, підвищення якості матеріальної бази досліджень (доступ до сучасного наукового обладнання і інформаційних ресурсів), що сприятиме підвищенню рівня кваліфікації наукових кадрів, а також забезпеченню подальшої інтеграції НАМН України до міжнародного науково-дослідницького простору.

Більшість із зазначених проблем вирішуються завдяки реалізації проектів міжнародної технічної допомоги. Відповідно визначенню, наданого у Постанові Кабінету Міністрів України № 153 [79, п. 2], міжнародна технічна допомога (МТД) – це фінансові та інші ресурси і послуги, що згідно з міжнародними договорами надаються партнерами з розвитку на безоплатній основі з метою підтримки України.

Станом на середину вересня 2023 року, відповідно інформації МОЗ і Секретаріату Кабінету Міністрів України [80; 81], загальна сума бюджетів проектів МДТ у сфері охорони здоров'я становила понад 435 млн доларів США. При цьому лєвова частка обсягів фінансування проектів (72,6%) була

спрямована на підтримку реформи охорони здоров'я, протидію ВІЛ/СНІДу та забезпечення доступу до лікарських засобів (рис. 3.6).

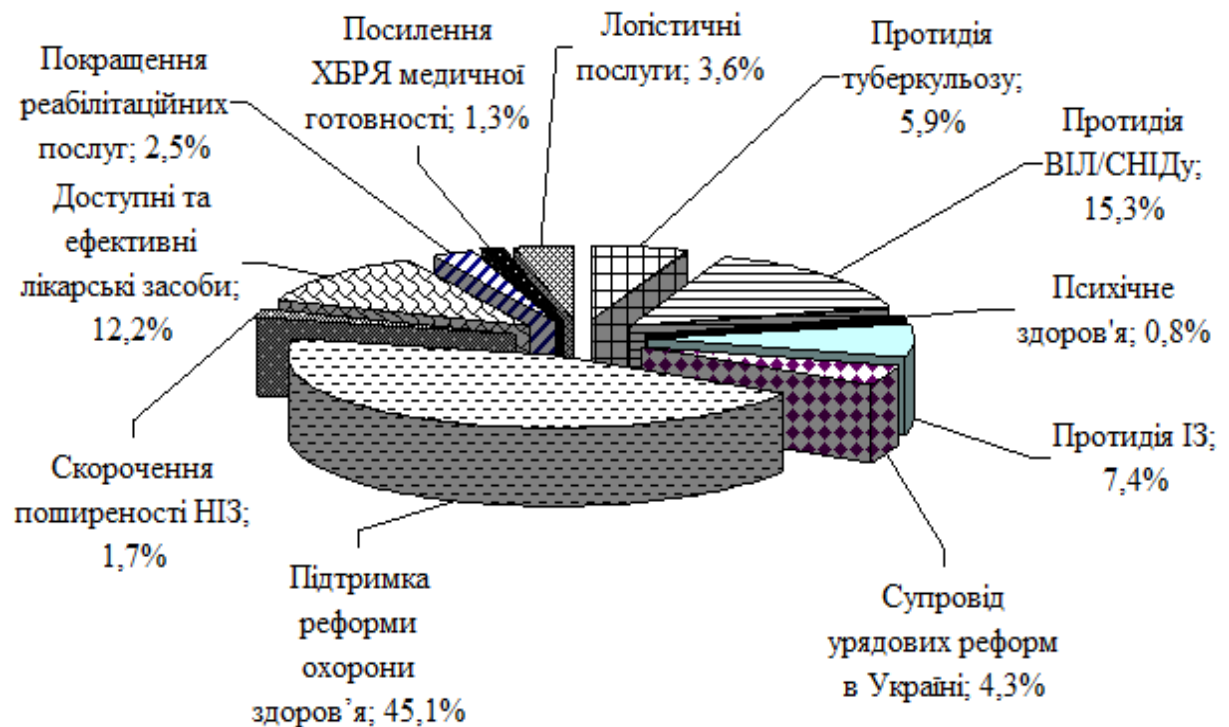


Рис. 3.6. Цільове спрямування та відносні обсяги фінансування актуальних проектів МТД у сфері охорони здоров'я в Україні станом на середину вересня 2023 року*

Складено автором на основі [80; 81]

Партнерами з розвитку у проектах МТД є Уряд США через Агентство США з міжнародного розвитку, Уряд Швейцарської Конфедерації через Швейцарську агенцію з розвитку та співробітництва Міністерства закордонних справ Швейцарії, Уряд США через Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення США (DHHS) / Центри контролю та профілактики захворювань США (CDC), Уряд США через Міністерство оборони США / Агентство зменшення загрози, Уряд Канади через Міністерство міжнародних справ Канади, Європейський Союз, Уряд Швейцарської Конфедерації через Швейцарську агенцію з розвитку та співробітництва Міністерства закордонних справ Швейцарії

(ШАРС/SDC). Найбільш вагомими донорами технічної допомоги для України є Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) і Європейський союз.

Стратегічними пріоритетами USAID у сфері охорони здоров'я є запобігання дитячій та материнській смертності, боротьба з епідемією ВІЛ/СНІДу та боротьба з інфекційними захворюваннями, що передбачає інвестування у зміцнення системи охорони здоров'я та створення і поширення проривних інновацій [99]. Затверджена USAID Стратегія співпраці з Україною з питань розвитку на 2019-2024 роки у якості першочергових цілей виокремлює антикорупційну діяльність, протидію впливу російської агресії, а також сприяння економічному розвитку та енергетичній незалежності країни. Від початку війни 24 лютого 2022 року, USAID надало 9,88 мільярда доларів на програми розвитку та гуманітарну допомогу [100].

У липні 2022 року Єврокомісія підписала угоду про приєднання України до програми «EU4Health», яка відкрила Україні доступ до фінансування ЄС у сфері охорони здоров'я. Угода про асоціацію надає українським органам охорони здоров'я та громадським організаціям доступ до фондів «EU4Health» на рівних умовах з фондами країн ЄС і асоційованих країн, таких як Норвегія та Ісландія. Загальний бюджет програми «EU4Health» на 2021-2027 роки становить 5,3 мільярда євро. Європейська Комісія готує, ухвалює та реалізує річні робочі програми, а також здійснює моніторинг та звітує про прогрес щодо виконання цілей програми. За рік, після підписання угоди між Україною та Європейським Союзом про участь України у програмі «EU4Health», Міністерство охорони здоров'я подало заявки на участь у 9 проектах. Європейська комісія схвалила участь України в них та підтвердила понад 4,6 мільйона євро загального фінансування на їх реалізацію. Характеристики деяких проектів USAID і «EU4Health» наведено у табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Характеристики проектів технічної допомоги USAID і ЄС у сфері охорони здоров'я України*

Надавач технічної допомоги	Назва проекту (програми)	Мета	Заходи
Компанія «Делойт» (Deloitte) за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID)	Програма «Відновлення доступу населення до медичної допомоги» у межах проекту «Підтримка реформи охорони здоров'я»	Відновлення та посилення спроможності місцевої системи охорони здоров'я	– посилення функцій та компетенцій постачальників ПМСД для розширення послуг, пов'язаних з туберкульозом, ВІЛ, неінфекційними захворюваннями, паліативною допомогою, імунізацією та послугами для людей з обмеженими можливостями; – відновлення доступу уразливих груп населення до медичної допомоги в закладах ПМД та СМД за допомогою мультидисциплінарного підходу на рівні громади; – підвищення компетенцій постачальників медичних послуг, включаючи розвиток навичок, пов'язаних з управлінням закладом, цифровою грамотністю, коротким медичним втручанням, фінансовим менеджментом, та розширення медичних послуг, що надаються закладом, через медичну підготовку; – поширення найкращих розроблених Проектом практик у рамках заходів з трансформації системи охорони здоров'я на інші громади/області [96]
Агентство США з міжнародного розвитку (USAID)	Проект «Підтримка реформи охорони здоров'я»	Підтримка прозорості, підзвітності та ефективної системи охорони здоров'я, яка здатна задовольняти потреби населення України	– покращення управління у секторі охорони здоров'я; – сприяння трансформуванню моделі фінансування охорони здоров'я; – зміцнення кадрового потенціалу сектору охорони здоров'я; – підвищення прозорості, підзвітності системи охорони здоров'я та її чутливості до змін; – покращення системи надання послуг на всіх рівнях [95]
Європейський Союз	Програма «EU4Health» Проекти: «Профілактика серцево-судинних	Посилення кризової готовності в ЄС, вирішення довгострокових проблем	– зміцнення здоров'я та профілактика захворювань, зокрема раку; – міжнародні ініціативи в галузі охорони здоров'я та співробітництво; – профілактика, готовність і відповідь на транскордонні загрози здоров'ю;

Продовження табл. 3.5

Надавач технічної допомоги	Назва проекту (програми)	Мета	Заходи
	захворювань та діабету»; «Профілактика і моніторинг онкологічних та	охорони здоров'я шляхом побудови міцніших,	– доповнення національних запасів основних продуктів, що стосуються кризи; – створення резерву медичного та допоміжного персоналу;

	інших неінфекційних захворювань»; «Посилення інфекційного контролю у лікарнях та серед медичних працівників»; «Покращення діагностики рідкісних захворювань та обмін досвідом у їх лікуванні між країнами ЄС» та інші	стійкіших і доступніших систем охорони здоров'я	– доступ до лікарських засобів, медичних приладів та продуктів, що стосуються кризи; – зміцнення даних про здоров'я, цифрові інструменти та послуги, цифрова трансформація охорони здоров'я; – покращення доступу до медичної допомоги; – розробка та імплементація законодавства ЄС у сфері охорони здоров'я та прийняття рішень на основі доказів; – інтегрована робота національних систем охорони здоров'я [97; 98]

*Складено автором на основі [95; 96; 97; 98]

Останньою серед виокремлених нами форм співробітництва є міжнародний обмін досвідом державного управління сферою охорони здоров'я, який, наразі, представлений здебільшого ініціативами Європейського Союзу.

Так проекти «Twinning» передбачають технічне співробітництво між органами влади держав-членів ЄС і країн-бенефіціарів з метою покращення і підсилення функціонування органів державної влади останніх задля апроксимації законодавства ЄС (*acquis communautaire*). Тобто в межах проекту відбувається обмін специфічним досвідом у певній сфері державного регулювання з метою впровадження норм та стандартів ЄС, передання «ноу-хау» і передової практики.

Проекти «Twinning» не є різновидом технічної допомоги, оскільки на чолі кожного з них стоїть керівництво, до складу якого входять представники обох сторін (і країни-донора, і країни-бенефіціара), проекти спрямовані на розв'язання конкретної проблеми, мають чітко визначені очікувані результати і, таким чином, не можуть передбачати односторонню підтримку, а, навпаки, розраховані на отримання спільної вигоди всіма учасниками. Серед потенційних вигод зазначено:

- обмін досвідом і знаннями на основі рівноправного спілкування між

партнерами;

- упровадження кращої практики органів влади країн-членів ЄС;
- забезпечення відповідності національного законодавства у певній сфері нормам та стандартам ЄС;
- встановлення довгострокових взаємозв'язків, створення професійних мереж, поширення інформації про країну-бенефіціар;
- проведення навчальних тренінгів для підвищення професійних можливостей державних службовців;
- розроблення та впровадження спільних угод, планів дій та інших нормативно-правових актів щодо інтеграції країни-бенефіціара у спільний простір Європейського Союзу;
- запровадження змін у організаційну практику і культуру державного органу-бенефіціару, покращення комунікації та координації між партнерами;
- додаткові результати тісної співпраці державних службовців.

У межах реалізації проектів здійснюється консультування з питань підготовки законопроектів і вирішення організаційно-інформаційних питань, проводяться тренінги і стажування. Розбудова інституційної спроможності країни-бенефіціара відбувається відповідно таким принципам:

1. Партнерство: учасники проектів беруть на себе зобов'язання щодо співпраці з метою досягнення узгоджених вимірюваних результатів.
2. Результативність: партнери по проекту заздалегідь готують детальний робочий план, який, з одного боку, може коректуватися під час реалізації проекту, але з іншого – повинен містити чітко визначені індикатори, за якими можна здійснювати постійний контроль досягнутих результатів.
3. Реформування систем державного управління: забезпечення систем країни-бенефіціара до законодавства ЄС, реалізація інституційних і структурних реформ з метою забезпечення самодостатності нової чи адаптованої системи країни-бенефіціара.
4. Цілеспрямованість: зобов'язання партнерів по проекту щодо досягнення всіх встановлених цілей щодо функціональності нової або

відрегульованої системи країни-бенефіціара.

5. Урахування потреб країни-бенефіціара: бенефіціар ініціює запит на виконання конкретного проекту «Twinning» [101].

Головною особливістю проектів «Twinning» є участь у них команди експертів ЄС, у якості яких виступають практики з впровадження законодавства ЄС у державних органах нових країн-членів ЄС, країн-кандидатів та потенційних кандидатів до ЄС. Ці експерти у обов'язковому порядку повинні бути державними службовцями відповідних органів, або представниками уповноважених органів (Mandated Bodies) країн – членів ЄС. Відбір проектів Twinning здійснюється за особливою процедурою, під час якої особлива увага приділяється їх якості.

Ще однією ініціативою є Європейське партнерство в галузі охорони здоров'я у межах програми «Horizon Europe», метою якої є партнерство ЄС з асоційованими країнами, приватним сектором, фондами та іншими зацікавленими сторонами у вирішенні глобальних викликів і модернізації промисловості. У табл. 3.6 наведено основні характеристики зазначених партнерств.

У вересні 2023 року під час Третього саміту перших леді та джентльменів, який проходив у Києві, була започаткована ініціатива «Міжнародне медичне партнерство», у межах якої українські медичні заклади встановили партнерські відносини з іноземними колегами з метою обміну досвідом, переймання найкращих практик, організації програм стажування медиків тощо. Було укладено 25 меморандумів про міжнародне медичне партнерство. Метою програми є підсилення технічного, експертного, наукового і управлінського потенціалу конкретних медичних закладів. Функції з координації і фасилітації (організація комунікацій, визначення пріоритетів, формуванням планів, поглиблення співпраці) взяло на себе Міністерство охорони здоров'я України [103].

Таблиця 3.6

Характеристики партнерства у сфері охорони здоров'я у межах

програми «Horizon Europe»*

Назва проекту	Мета проекту	Цілі проекту
Європейське партнерство з метою забезпечення глобального здоров'я (EDCTP 3)	Надання нових рішень, що зменшують тягар інфекційних захворювань в Африці на південь від Сахари, а також зміцнення дослідницького потенціалу для готовності та реагування на повторні інфекційні захворювання в Африці на південь від Сахари та в усьому світі	Ліцензування принаймні двох нових медичних технологій, спрямованих на боротьбу з інфекційними захворюваннями. Підтримка щонайменше 100 дослідницьких інститутів у 30 країнах для ефективного та швидкого реагування на дослідження для розробки діагностики, лікування та вакцин проти нових епідемій
Спільне підприємство «Ініціатива з інноваційної охорони здоров'я» (IH JU)	Створити загальноєвропейську екосистему досліджень у сфері охорони здоров'я та інновацій, яка полегшить перетворення наукових знань в інновації	Сприяння розвитку безпечних, ефективних, орієнтованих на людей та економічно ефективних інновацій, які відповідають стратегічним незадоволеним потребам громадського здоров'я. Стимулювання міжсекторальних інновацій в галузі охорони здоров'я для забезпечення глобальної конкурентоспроможності європейської галузі охорони здоров'я. Охоплення всього спектру медичної допомоги - від профілактики та діагностики до лікування захворювань
Європейське партнерство з оцінки ризику від хімічних речовин (PARC)	Створення загальноєвропейської програми досліджень та інновацій, яка підтримує оцінку/управління хімічними ризиками в ЄС та національних країнах	Створення органів і процесів з новими даними, знаннями, методами та навичками для вирішення поточних та нових викликів хімічної безпеки. Сприяння переходу до наступного покоління оцінки ризиків для кращого захисту здоров'я людини та навколишнього середовища відповідно до амбіцій Зеленої угоди щодо нульового забруднення навколишнього середовища, вільного від токсичних речовин, а також Хімічної стратегії сталого розвитку
Європейське партнерство – ERA for Health Research	Гнучке спільне програмування дослідницьких програм, ефективна координація організацій, що фінансують дослідження з ЄС	Розроблення здорової екосистеми державно-державного партнерства. Усунення непотрібного дублювання процедур, зустрічей і в деяких випадках урізноманітнення критеріїв
Європейське партнерство з трансформації систем охорони	Сприяння переходу до більш стійких, інноваційних та високоякісних систем охорони здоров'я та	Об'єднання критичної маси європейських, національних, регіональних і міжнародних наукових ресурсів для більш ефективного вирішення аналогічних проблем, з якими

Продовження табл. 3.6

Назва проекту	Мета проекту	Цілі проекту
здоров'я та догляду (THCS)	догляду, орієнтованих на людей	стикаються системи охорони здоров'я та догляду в Європі та за її межами. Сприяння обміну інформацією та передовим досвідом між країнами, забезпечення надійних рекомендацій та інструментів, об'єднання зацікавлених сторін та залучення регіональних екосистем охорони здоров'я та догляду.
Європейське партнерство з	Координація та сприяння дослідженням у сфері	Забезпечення швидкого застосування результатів досліджень та інновацій у клінічній практиці.

персоналізованої медицини	персоналізованої медицини між ЄС, країнами та регіонами ЄС	Сприяння переходу від універсального підходу до врахування індивідуальних відмінностей і кращого використання накопичуваних даних для управління здоров'ям, захворюваннями та схильністю до них. Внесок у створення більш стійких систем охорони здоров'я та незалежності в охороні здоров'я з інтенсивним використанням даних. Надання кращих профілактичних та медичних послуг, покращення результатів для здоров'я пацієнтів і громадян, а також підвищення рівня задоволеності системами охорони здоров'я
Європейське партнерство з рідкісних захворювань	Покращення життя пацієнтів з рідкісними захворюваннями шляхом розробки діагностики та лікування рідкісних захворювань за допомогою мультидисциплінарних досліджень та інноваційних програм за участю всіх відповідних зацікавлених сторін	Координація національних, місцевих та європейських науково-дослідницьких та інноваційних програм. Поєднання фінансування досліджень і реалізації заходів підтримки досліджень, таких як навчання, інфраструктура доступу до даних, стандарти даних тощо. Збільшення впливу і поширення результатів досліджень, а також посилення лідерства ЄС у дослідженні рідкісних захворювань
Європейське партнерство для єдиного здоров'я / Стійкість до антимікробних препаратів (AMR)	Сприяння досягненню цілей Європейського плану дій «Єдине здоров'я» проти AMR та Глобального плану дій ВООЗ щодо AMR, зменшуючи загрозу AMR	Координація та узгодження діяльності і фінансування між країнами, а також з Єврокомісією. Сприяння національній узгодженості між різними службами та міністерствами, відповідальними за різні аспекти AMR
Європейське партнерство з готовності до пандемії	Покращення готовності ЄС до прогнозування, запобігання та реагування на нові інфекційні загрози здоров'ю шляхом кращої координації фінансування досліджень та інновацій на рівні ЄС, національному та регіональному рівнях для досягнення спільно узгоджених цілей та узгодженого стратегічного порядку денного досліджень та інновацій (SRIA)	Сприяння побудові узгодженого Європейського дослідницького простору (ERA), що дозволить державам-членам і Європейській комісії швидко та спільно підтримувати дослідження та інновації у сфері готовності до пандемії

*Складено автором на основі [102]

Таким чином, не зважаючи на певні недоліки і проблеми міжнародного співробітництва України у сфері охорони здоров'я, співпраця науковців і фахівців є вагомим підґрунтям для подальшого розвитку галузі і удосконалення процесів надання медичних послуг на основі використання передового клінічного досвіду, технологічних і управлінських інновацій [107, с. 167].

Висновки до розділу 3

1. Ознайомлення зі звітами фахівців Всесвітнього економічного форуму, експертів Американської асоціації лікарень, Національної консалтингової фірми з менеджменту та технологій «West Monroe», консалтингових фірм «Precedence Research Healthcare IT Market», «Deloitte», Міжнародного незалежного експерту з якості інформатизації медичної допомоги розробники програмних продуктів HIMSS та розробників програмних продуктів дозволило узагальнити певні тенденції розвитку сектору охорони здоров'я, а саме: зростання витрат під впливом інфляції та проблем з ланцюгом постачання, зростання обсягів інвестування наукових досліджень, збільшення попиту на медичну допомогу поза лікарнями, посилення нерівності у доступі до медичних послуг, нестача і виснаження медичних працівників, погіршення психічного здоров'я, підвищення ролі довірливих особистісних стосунків між пацієнтом і лікарем, зростання попиту на доступне та безпечне лікування, дистанційний моніторинг та взаємодія між установами охорони здоров'я, зростання масштабів застосування мобільних додатків (телемедицина, цифрові рецепти та медичні записи, дистанційний моніторинг пацієнтів за допомогою пристроїв носіння, персоналізована медицина і геноміка, ігрові програми, роздрібна охорона здоров'я, клінічні та фітнес рішення, FinTech, догляд за психічним здоров'ям) та інформаційних технологій (великі дані, штучний інтелект, Інтернет речей, доповнену і віртуальну реальність, хмарні обчислення, прогнозний аналіз, чат-бот, кібербезпека та конфіденційність даних, нанотехнології, 3D біодрук та імпланти). Найбільш інтенсивне зростання фахівці прогнозують для обсягів медичних технологій, сектору телемедицини, передиктивної аналітики та обсягів використання штучного інтелекту. Отже, з метою оптимізації клінічних процесів, зниження ризику помилок медичного персоналу і більш повного і якісного задоволення потреб споживачів розвиток сфери охорони здоров'я України і кожного окремого медичного закладу необхідно планувати з урахуванням зазначених світових

тенденцій.

2. Найбільш суттєві глобалізаційні тенденції світового ринку медичних послуг були об'єднані у чотири групи: політичні (функціонування міжнародних організацій, діяльність міждержавних неурядових організацій і благодійних фондів, вихід процедур захисту прав інтелектуальної власності на глобальний рівень), економічні (лібералізація торгівлі медичними послугами, монополізація світового фармацевтичного ринку з боку ТНК, утворення медичних кластерів), технологічні (інтенсифікація інформаційного обміну, використання міжнародних стандартів надання медичної допомоги, розвиток сучасних методів лікування, медичних технологій та обладнання) і соціальні (міжнародна міграція медичних фахівців, інтернаціоналізація медичної освіти, поширення глобальних епідемій). Аналіз впливу зазначених тенденцій на розвиток світового ринку медичних послуг дозволив виявити переважання позитивних наслідків над негативними, що спростовує твердження про завершення епохи глобалізації. Наголошено на тому, що запорукою ефективного стратегічного управління трансформацією сфери охорони здоров'я України є максимально можливе використання переваг міжнародної співпраці щодо підвищення якості надання медичних послуг, з одного боку, і реалізація заходів з мінімізації негативних наслідків глобалізаційних процесів, з іншого боку.

3. Виокремлено такі форми міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я: членство у міжнародних організаціях, співпраця фахівців щодо протидії глобальним загрозам здоров'ю на неурядовому рівні, міжнародні економічні відносини, міжнародна науково-дослідна і освітня діяльність, міжнародна технічна допомога, міжнародний обмін досвідом державного управління сферою охорони здоров'я. Визначено, що певні проблеми міжнародного співробітництва України у сфері охорони здоров'я пов'язані з недостатньою активністю Уряду і МОЗ стосовно запровадження міжнародного співробітництва на урядовому рівні; низькою інвестиційною привабливістю медичних закладів України, що обумовлена низькою

інституційних перепон; відсутністю відповідного законодавчого регулювання і підтримки медичного туризму; негативною динамікою показника цитування наукових публікацій українських дослідників попри збільшення кількості публікацій і зростання обсягів фінансування досліджень і науково-технічних розробок. Серед позитивних результатів міжнародної співпраці можна зазначити: наявність значної кількості міжнародних Інтернет-платформ, до яких мають доступ українські фахівці і які забезпечують міжнародне співробітництво на неурядовому рівні; суттєві обсяги реалізації проектів міжнародної технічної допомоги, що орієнтовані на підтримку реформи охорони здоров'я, протидію ВІЛ/СНІДу та забезпечення доступу до лікарських засобів; започаткування ініціативи «Міжнародне медичне партнерство» з метою підсилення технічного, експертного, наукового і управлінського потенціалу конкретних медичних закладів. Визначені недоліки і позитивні результати міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я необхідно враховувати при розробці і реалізації стратегічних планів розвитку галузі.

Список використаних джерел до розділу 3

1. Топ-20 секторів економіки, які найшвидше зростатимуть наступні 10 років. URL: <https://minfin.com.ua/ua/invest/articles/top20-sektoriv-ekonomiki-yaki-nayshvidshe-zrostatimut-v-nastupni-10-rokiv/> (дата звернення 18.07.2023).
2. Поя А. Чисельність населення Землі досягне піку до 2050 року, а потім почне знижуватися – дослідження. Українська правда. 27 березня 2023. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/2023/03/27/253554/> (дата звернення 18.07.2023).
3. Населення Землі досягло 8 мільярдів людей – ООН. URL: <https://www.pravda.com.ua/news/2022/11/15/7376404/> (дата звернення 18.07.2023).
4. Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of

Health and Healthcare. Insight Report. World Economic Forum. January 2023. 56 p. URL:

https://www3.weforum.org/docs/WEF_Global_Health_and_Healthcare_Strategic_Outlook_2023.pdf (дата звернення 21.07.2023).

5. Gupta D. Top Healthcare Trends That Will Redefine The Industry in 2023. June 27, 2023. URL: <https://appinventiv.com/blog/healthcare-app-trends/> (дата звернення 22.07.2023).

6. Home Healthcare Market Size, Share & Trends Analysis Report By Component (Equipment, Services), By Indication (Cardiovascular Disorder & Hypertension, Diabetes & Kidney Disorders), By Region, And Segment Forecasts, 2023 – 2030. URL: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/home-healthcare-industry> (дата звернення 22.07.2023).

7. Collins J. 5 Leading Healthcare Trends for 2023. URL: <https://www.forbes.com/sites/forbesagencycouncil/2023/02/16/5-leading-healthcare-trends-for-2023/?sh=400453c26c7d> (дата звернення 22.07.2023).

8. Remote Patient Monitoring (RPM) Market by Product (Software, Services, Devices, Cardiology, Neurological, BP Monitors, Neonatal, Weight, Temperature, Neuro), End user (Providers, Hospitals, Clinics, Homecare, Patients, Payers) - Global Forecast to 2027. URL: <https://www.researchandmarkets.com/reports/5185546/remote-patient-monitoring-rpm-market-by> (дата звернення 22.07.2023).

9. Jacinto A. 10 Healthcare Technology Trends in 2023 that will Shape the Future. February 3, 2023. URL: <https://www.startechup.com/blog/10-healthcare-technology-trends-2023/> (дата звернення 22.07.2023).

10. Pifer R. How technology will shape healthcare in 2023. Published Jan. 17, 2023. URL: <https://www.healthcarediver.com/news/digital-health-predictions-2023-telehealth-ai-privacy-cybersecurity/638555/> (дата звернення 22.07.2023).

11. Arnautova Y. Top Healthcare Industry Trends to Watch in 2023 and Beyond. URL: <https://www.globallogic.com/insights/blogs/top-healthcare-industry-trends-to-watch-in-2023-and-beyond/> (дата звернення 22.07.2023).

12. Horiachko A. 13 Healthcare IT Trends to Watch in 2023. 11 January 2023. URL: <https://www.softermii.com/blog/healthcare-information-technology-trends-to-watch> (дата звернення 22.07.2023).

13. Future of Healthcare Report. 2021. 12 p. C. 2. URL: https://www.himss.org/sites/hde/files/handout-FutureOfHealthcareReport-EMC-0821-FINAL_156.pdf (дата звернення 22.07.2023).

14. Healthcare Services Global Market Report 2022. URL: <https://www.globenewswire.com/news-release/2022/02/11/2383671/0/en/Healthcare-Services-Global-Market-Report-2022.html> (дата звернення 22.07.2023).

15. Healthcare IT Market (Type: Healthcare Provider Solutions, Healthcare Payer Solutions, and HCIT Outsourcing Services), and (End User: Healthcare Providers and Healthcare Payers) - Global Industry Analysis, Size, Share, Growth, Trends, Regional Outlook, and Forecast 2022 – 2030. URL: <https://www.precedenceresearch.com/healthcare-it-market> (дата звернення 22.07.2023).

16. 2022 Global Health. Care Outlook. Are we finally seeing the long-promised transformation? URL: <https://www.deloitte.com/content/dam/assets-shared/legacy/docs/perspectives/2022/gx-health-care-outlook-Final.pdf> (дата звернення 22.07.2023).

17. Marley R. Top 10 healthcare trends expected to take 2023 by storm. 23 November 2022. URL: <https://healthcaretransformers.com/healthcare-business/strategy-and-operations/top-10-healthcare-trends-for-2023/> (дата звернення 22.07.2023).

18. Андрощук Г. Цифрова трансформація в охороні здоров'я: аналіз технологічних трендів. *Юридична Газета*. 30 червня 2023. URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/informaciyne-pravo-telekomunikaciyi/cifrova-transformaciya-v-ohoroni-zdorovya-analiz-tehnologichnih-trendiv.html> (дата звернення 18.07.2023).

19. Gupta D. Ways Electronic Health Records Will Continue to Improve in

2023. February 28, 2023. URL: <https://appinventiv.com/blog/impact-of-technology-on-ehr/> (дата звернення 22.07.2023).

20. Vaniukov S. Top 9 Blockchain Use Cases in Healthcare & Benefits You Should Know. 30 September 2022. URL: <https://www.softermii.com/blog/blockchain-in-healthcare-practical-use-cases-benefits-you-should-know> (дата звернення 23.07.2023).

21. Artificial Intelligence (AI) in Healthcare Market to Grow at a CAGR of 37% by 2030. URL: <https://www.biospace.com/article/artificial-intelligence-ai-in-healthcare-market-to-grow-at-a-cagr-of-37-percent-by-2030/?keywords=covid> (дата звернення 23.07.2023).

22. Internet of Things (IOT) in Healthcare Market – Global Industry Analysis, Size, Share, Growth, Trends, Regional Outlook, and Forecast 2022-2030. URL: <https://www.precedenceresearch.com/internet-of-things-in-healthcare-market> (дата звернення 23.07.2023).

23. Top 8 Healthcare Technology Trends to Watch in 2023. April 04, 2023. URL: <https://mapsted.com/blog/healthcare-technology-trends/> (дата звернення 23.07.2023).

24. These 4 Trends Could Reshape Health Care This Year. URL: <https://www.aha.org/aha-center-health-innovation-market-scan/2023-02-07-these-4-trends-could-reshape-health-care-year> (дата звернення 23.07.2023).

25. 5 Things Gen Z Health Care Workers Want. URL: <https://www.aha.org/aha-center-health-innovation-market-scan/2023-07-18-5-things-gen-z-health-care-workers-want> (дата звернення 23.07.2023).

26. 2023 Outlook: The Future of the Healthcare Industry. URL: <https://www.westmonroe.com/perspectives/report/healthcare-outlook> (дата звернення 23.07.2023).

27. 5 medtech-трендів для сфери охорони здоров'я у 2023. URL: <https://hub.kyivstar.ua/news/5-medtech-trendiv-dlya-sfery-ohorony-zdorov-ya-u-2023/> (дата звернення 23.07.2023).

28. Applications of nanotechnology in medical field: a brief review /

A. Haleem, M. Javaid, R. P. Singh, S. Rab, R. Suman. *Global Health Journal*. 2023. Volume 7. Issue 2. P. 70-77. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2414644723000337> (дата звернення 25.07.2023).

29. Auxier B., Bucaille A., Westcott K. Mental health goes mobile: The mental health app market will keep on growing. URL: <https://www2.deloitte.com/us/en/insights/industry/technology/technology-media-and-telecom-predictions/2022/mental-health-app-market.html> (дата звернення 26.07.2023).

30. Zimlichman E., Nicklin W., Aggarwal R., Bates D. W. Health Care 2030: The Coming Transformation. March 3, 2021. URL: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0569> (дата звернення 27.07.2023).

31. Гапонова Е. О. Сучасні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг: дис. ... канд. економ. наук. Спеціальність 08.00.02 – «Світове господарство і міжнародні економічні відносини» (Економічні науки). Харків: Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2019. 249 с. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/23939/3/гапонова%20дисс.pdf> (дата звернення 27.07.2023).

32. Іринчина І. Б. Напрями якісного глобального розвитку ринку послуг з охорони здоров'я. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. 2020. С. 107-112. URL: <http://www.vestnik-econom.mgu.od.ua/journal/2020/42-2020/21.pdf> (дата звернення 27.07.2023).

33. Мірошніченко Б. Світ прямує до торгової війни, де кожен сам за себе. Кінець епохи глобалізації? 17 січня 2023. URL: <https://www.epravda.com.ua/publications/2023/01/17/696022/> (дата звернення 06.08.2023).

34. Сміянова О.І. Глобалізація та інтернаціоналізація охорони здоров'я. Презентація. URL: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-3-Healthcare-systems.pdf> (дата звернення 06.08.2023).

07.08.2023).

35. Globalization and Health. BioMed Central journal. URL: <http://www.globalizationandhealth.com/home/> (дата звернення 07.08.2023)

36. Огнєв В.А., Міщенко М. М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: методичні розробки для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Всесвітня організація охорони здоров'я та її роль» для підготовки студентів 5-х курсів за спеціальністю 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002, «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа». Харків: ХНМУ, 2018. 18 с.

37. Porter R. The World Health Organization and Its Work. *Am J Public Health*. 2008. 98: 1594-1597. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2509615/> (дата звернення 19.08.2023).

38. Bloom B. R., Farmer P. E., Rubin E. J. WHO's Next – The United States and the World Health Organization. *The New England Journal of Medicine*. 2020. 383. C. 676-677. DOI: 10.1056/NEJMe2024894. URL: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2024894> (дата звернення 19.08.2023).

39. Speier M. What Does the World Health Organization Do? June 2, 2022. URL: <https://www.cfr.org/backgrounder/what-does-world-health-organization-do> (дата звернення 19.08.2023).

40. Хабіхт Я. Всесвітній організації охорони здоров'я (ВООЗ) 75 років: досягнення та виклики роботи ВООЗ в Україні. 10 квітня 2023. URL: <https://ukraine.un.org/uk/227024-всесвітній-організації-охорони-здоров'я-вооз-75-років-досягнення-та-виклики-роботи-вооз-в> (дата звернення 20.08.2023).

41. Soken-Huberty E. The 15 Biggest NGOs in the World. URL: <https://www.humanrightscareers.com/issues/biggest-ngos-in-the-world/> (дата звернення 21.08.2023).

42. Ilasco I. Top 10 largest NGOs in the world. 23 December 2021. URL: <https://www.developmentaid.org/news-stream/post/124777/top-10-largest-ngos-in->

[the-world](#) (дата звернення 21.08.2023).

43. Farooq M. Top 20 International NGOs in the World. 27th July 2020. URL: <https://www.transparenthands.org/top-20-international-ngos-in-the-world/> (дата звернення 21.08.2023).

44. Bill & Melinda Gates Foundation. Program strategies. 2023. URL: https://www.gatesfoundation.org/our-work#program_strategies (дата звернення 22.08.2023).

45. Коротков Д. Міжнародні неурядові організації: характер впливу на сучасні міжнародні відносини. *Міжнародні відносини, суспільні комунікації та регіональні студії*. 2022. № 3 (14). С. 18-30. URL: http://repository.hneu.edu.ua/bitstream/123456789/28604/1/1._%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F___korotkov.pdf (дата звернення 22.08.2023).

46. Всесвітня організація інтелектуальної власності (ВОІВ). Постійне представництво України у Женеві. 16 жовтня 2012 року. URL: <https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2610-wipo> (дата звернення 19.08.2023).

47. Thornton R. World Trade Organizations. Waltham Abbey, Essex: ED-TECH PRESS. 2019. 316 с. URL: https://books.google.de/books?id=tYNJEAAAQBAJ&pg=PA28&lpg=PA28&dq=MTN.GNS/W/124,+ISTIA&source=bl&ots=r2_dYa8nSG&sig=ACfU3U1OEFLp qjH7zxLnYVvZ92u9-6aZnA&hl=ru&sa=X&ved=2ahUKEwj8uf7grfqAAxWMNewKHYA0CZcQ6AF6BAggEAM#v=onepage&q=MTN.GNS%2FW%2F124%2C%20ISTIA&f=false (дата звернення 26.08.2023).

48. Гапонова Е. О. Світова торгівля медичними послугами в умовах конкурентного середовища та глобальних трансформацій. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм»*. 2018. Випуск 7. С. 21-25.

49. Іващенко О. А., Резнікова Н. В., Рубцова М. Ю. Сфера охорони здоров'я в фокусі міжнародної торгівлі і глобальних проблем розвитку:

режими надання послуг в сучасних міжнародних економічних відносинах. *Ефективна економіка*. 2019. № 1. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2019/61.pdf (дата звернення 26.08.2023).

50. Total number of pharmaceutical companies with active R&D pipelines worldwide from 2001 to 2023 URL: <https://www.statista.com/statistics/791340/pharmaceutical-companies-number-with-active-pipeline/> (дата звернення 30.08.2023).

51. Big vs small pharmaceutical companies driving innovation. October 14, 2022. URL: <https://within3.com/blog/big-vs-small-pharmaceutical-companies>. (дата звернення 30.08.2023).

52. Пінчук Л. Світовий фармацевтичний ринок: сучасний стан, регіональні особливості та тенденції розвитку. *Економічна та соціальна географія. Збірник наукових праць*. 2015. Вип. 74. с. 57-62. URL: http://bulletin-esgeograph.org.ua/images/docs/Volume-74/Pinchuk_57-62.pdf (дата звернення 30.08.2023).

53. Войтко С. В., Корольова С. Г. Економічний огляд ситуації на світовому ринку фармацевтичної продукції під впливом карантинних обмежень COVID-19. *Ефективна економіка*. 2021. № 17. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/11_2021/17.pdf URL: (дата звернення 19.08.2023).

54. Кластер. Словник української мови. URL: <https://slovnyk.ua/index.php?swrd=%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80> (дата звернення 01.09.2023).

55. Cluster Approach (IASC). 24 March 2023. URL: <https://emergency.unhcr.org/coordination-and-communication/cluster-system/cluster-approach-iasc> (дата звернення 03.09.2023).

56. Global Health Cluster. March 2022. URL: <https://www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters/health> (дата звернення 03.09.2023).

57. Cluster activities. European Medicines Agency. 2023. URL: <https://www.ema.europa.eu/en/partners-networks/international-activities/cluster-activities> (дата звернення 03.09.2023).

58. Боротьба за людей: Україна програла битву, але має виграти війну. Наслідки міграційної кризи для економіки України та шляхи їх подолання / Український інститут майбутнього. 2022. 05 жовт. URL: <https://uifuture.org/publications/borotba-za-lyudej-ukrayina-prograla-bytvu-ale-maye-vygraty-vijnu/> (дата звернення 04.09.2023).

59. Кушнір М. Лікарі-мігранти. Куди їдуть працювати українські медики й скільки їм платитимуть у 2021 році? 16 грудня 2020. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/robota-za-kordonov-medyku-likari/31003918.html> (дата звернення 05.09.2023).

60. Лібанова Е.М. Зовнішні трудові міграції українців: масштаби, причини, наслідки. *Демографія та соціальна економіка*. 2018. № 2 (33). С. 10-26. URL: <https://dse.org.ua/arhcrive/33/1.pdf> (дата звернення 05.09.2023).

61. Мізюк С.Г., Гласюк О.Ю. Зовнішні міграційні процеси трудових ресурсів в Україні та їх соціально-економічні наслідки. *Приазовський економічний вісник*. 2020. Випуск 1(18). С. 8-13. URL: http://pev.kpu.zp.ua/journals/2020/1_18_ukr/4.pdf (дата звернення 05.09.2023).

62. Healthcare at War: The Impact of russia's full-scale Invasion on the Healthcare in Ukraine. UHC. April 2023. 37 p. URL: https://drive.google.com/file/d/1dZQHg_aSdY9xlOiJwz6nM_G3fWSny3Ol/view (дата звернення 07.09.2023).

63. Про схвалення Стратегії розвитку вищої освіти в Україні на 2022-2032 роки: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23.02.2022 № 286-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/286-2022-%D1%80/conv#n143> (дата звернення 09.09.2023).

64. Ніколаєв Є., Рій Г., Шемелинець І. Вища освіта в Україні: зміни через війну: аналітичний звіт. Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка, 2023. 94 с. <https://osvitanalityka.kubg.edu.ua/wp->

<content/uploads/2023/03/HigherEd-in-Times-of-War.pdf> URL: (дата звернення 05.09.2023).

65. How the Economy Will Look After the Coronavirus Pandemic / J.E. Stiglitz, R.J. Shiller, G. Gopinath, C.M. Reinhart, A. Posen, E. Prasad, A. Tooze, L. D'Andrea Tyson, K. Mahbubani & Stefan Theil. April 15, 2020. URL: <https://foreignpolicy.com/2020/04/15/how-the-economy-will-look-after-the-coronavirus-pandemic/> (дата звернення 09.09.2023).

66. Ясінська Т.В., Найчук-Хрущ М.Б. Вплив пандемії COVID-19 на глобалізаційні процеси у світовій економіці. Східна Європа: економіка, бізнес та управління. Світове господарство і міжнародні економічні відносини. 2021. Випуск 4(31). С. 9-15. URL: http://www.easterneurope-bm.in.ua/journal/31_2021/4.pdf (дата звернення 09.09.2023).

67. Paqué K.-H. Globalisierung ist nicht das Problem, sondern die Lösung. URL: https://www.zeit.de/wirtschaft/2020-03/coronakrise-globalisierung-coronavirus-wirtschaft-gesundheitssystem?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.freiheit.org%2F (дата звернення 09.09.2023).

68. Деркач Н. Чи стане коронавірус кінцем глобалізації? Аналітичний центр ADASTRA. 27 Apr. 2020. URL: <https://adastra.org.ua/blog/chi-stane-koronavirus-kincem-globalizaciyi> (дата звернення 09.09.2023).

69. IT в медицині: світова практика. 2020. URL: <https://emci.ua/statti/it-v-medytsyni-svitova-praktyka/> (дата звернення 10.09.2023).

70. Global Healthcare Information Exchange (HIE) Solutions Market – Industry Trends and Forecast to 2029. Jul 2022. URL: <https://www.databridgemarketresearch.com/reports/global-healthcare-information-exchange-hie-solutions-market> (дата звернення 10.09.2023).

71. About GMATA. URL: <http://www.globalmedicaltechnologyalliance.org/about.html> (дата звернення 10.09.2023).

72. Assessing Medical Technologies. Institute of Medicine (US) Committee

for Evaluating Medical Technologies in Clinical Use. Washington (DC): National Academies Press (US); 1985. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK217478/> (дата звернення 10.09.2023).

73. Benefits and Challenges of Globalization. February 06, 2020. URL: <https://www.globalization-partners.com/blog/benefits-and-challenges-of-globalization/#gref> (дата звернення 10.09.2023).

74. Maud MTE Huynen, Martens P. & Hilderink H. The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Globalization and Health*. 2005. Vol. 1. Article 14. URL: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-1-14#Tab2> (дата звернення 10.09.2023).

75. Основи законодавства України про охорону здоров'я Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>. (дата звернення 03.10.2023).

76. У МОЗ України обговорили актуальні питання міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я. URL: www.umj.com.ua/uk/novyna-91943-u-moz-ukraini-obgovorili-aktualni-pitannya-mizhnarodnoi-spivpraci-u-sferi-oxoroni-zdorov-ya (дата звернення 17.07.2023).

77. Butrous Gh. International cooperation to promote advances in medicine. *Ann Thorac Med*. 2008 Jul-Sep; 3(3): 79–81. doi: 10.4103/1817-1737.41913. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700441/> (дата звернення 03.10.2023).

78. Адамик В., Щербяк Х. Обмін досвідом у сфері медичних послуг як форма міжнародної співпраці України і Польщі. *Вісник економіки*. 2021. Вип. 3. С. 53-65. DOI: <https://doi.org/10.35774/visnyk2021.03.053>. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/44305/1/%D0%90%D0%B4%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BA.PDF> (дата звернення 03.10.2023).

79. Про створення єдиної системи залучення, використання та моніторингу міжнародної технічної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2002 № 153. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/153->

[2002-%D0%BF#Text](#) (дата звернення 03.10.2023).

80. Міжнародна технічна допомога. URL: <https://moz.gov.ua/mizhnarodna-tehnichna-dopomoga> (дата звернення 03.10.2023).

81. Перелік зареєстрованих проєктів з планами закупівель. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/mizhnarodna-dopomoga/pereliki-zareyestrovanih-proektiv-z-planami-zakupivel> (дата звернення 03.10.2023).

82. Єдиний державний реєстр Міжнародних організацій, членом яких є Україна. 17 лютого 2022 року. URL: <https://mfa.gov.ua/mizhnarodni-vidnosini/uchast-u-mizhnarodnih-organizaciyah> (дата звернення 03.10.2023).

83. Доронцева Є. Між радянським минулим та європейською інтеграцією: огляд співпраці України з міжнародними організаціями та спільнотами держав. 19 Жовтня 2022. URL: <https://voxukraine.org/mizh-radyanskym-mynulym-ta-yevropejskoyu-integratsiyeyu-oglyad-spivpratsi-ukrayiny-z-mizhnarodnymy-organizatsiyamy-ta-spilnotamy-derzhav> (дата звернення 03.10.2023).

84. Global partnerships in health. Details of cooperation agreements in the field of health research URL: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/research-area/health/global-partnerships-health_en (дата звернення 28.10.2023).

85. Українським студентам-медикам і практикуючим лікарям надано безкоштовний доступ до медичних ресурсів Elsevier. 11 березня 2022. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/ukrayinskim-studentam-medikam-i-praktikuyuchim-likaryam-nadano-bezkoshtovnij-dostup-do-medichnih-resursiv-elsevier> (дата звернення 28.10.2023).

86. Важливо! Платформа «Міжнародний конгрес з інфузійної терапії» внесена до реєстру провайдерів БПР України. 15-07-2022. URL: <https://infusiontherapy.org/news/vazhlivo-platforma-mizhnarodniy-kongres-z-infuziynoi-terapii-vnesena-do-reestru-provayderiv-bpr-ukraini--p708> (дата звернення 28.10.2023).

87. Капітальні інвестиції. Державна служба статистики України. URL:

https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2021/ibd/kin/kin_r/arh_kin_r_20u.htm (дата звернення 28.10.2023).

88. Україна цікава іноземним інвесторам попри війну. Але є нюанси. URL: <https://onova.org.ua/news/ukraina-tsikava-inozemnym-investoram-popry-viinu-ale-ie-niuansy> (дата звернення 29.10.2023).

89. Про внесення змін до Закону України «Про туризм» та деяких інших законодавчих актів щодо створення економічних стимулів розвитку туристичної галузі: Проект Закону України від 15.10.2020 № 4162-1. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JI03429A?an=3> (дата звернення 01.11.2023).

90. Хожаїнова В. Термальні джерела Туреччини та води Карпат. Що таке медичний туризм і чи розвинений він в Україні. 18 червня 2021. URL: <https://suspilne.media/140379-termalni-dzerela-tureccini-ta-vodi-karpat-so-take-medicnij-turizm-i-ci-rozvinenij-vin-v-ukraini/> (дата звернення 01.11.2023).

91. Діденко К.Д., Жученко В.Г. Медичний туризм в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Економічні науки. 2016. Вип.16(4). С.101-105. URL: https://tourlib.net/statti_ukr/didenko3.htm (дата звернення 01.11.2023).

92. Нєсїс І. Медичний туризм в Україні: хто та чому шукає здоров'я всередині країни. 3 серпня 2021. URL: <https://thepage.ua/ua/style/health/medichnij-turizm-v-ukrayini> (дата звернення 01.11.2023).

93. Наукова та науково-технічна діяльність в Україні у 2021 році: науково-аналітична доповідь / Т.В. Писаренко, Т.К. Куранда, Т.В. Гаврис, А.Б. Осадча, Л.А. Мусіна, Є.С. Тітаєвська, О.В. Коваленко. Київ: УкрІНТЕІ, 2022. 93 с. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/nauka/informatsiyno-analitychni/2022/09/09/Nauk-analitychn.dop.Naukova.ta.nauk-tekhn.diyal.v.Ukrayini.2021-09.09.2022.pdf> (дата звернення 02.11.2023).

94. Олексюк Б. Оптимізація управління науковою сферою: закордонний досвід та рекомендації для України. Київ: ГО «Український центр європейської політики», 2019. 40 с. <https://ucep.org.ua/wp->

[content/uploads/2020/08/nauka_survey_UPD_FINAL.pdf](#) URL: (дата звернення 02.11.2023).

95. Грант «Проведення навчальних тренінгових заходів для органів місцевого самоврядування та управлінських команд закладів охорони здоров'я з фокусом на відбудову та відновлення». 02.11.2023. URL: <https://www.prostir.ua/?grants=hrant-provedennya-navchalnyh-treninhovyh-zahodiv-dlya-orhaniv-mistsevoho-samovryaduvannya-ta-upravlinskyh-komand-zakladiv-okhorony-zdorovya-z-fokusom-na-vidbudovu-ta-vidnovlennya> (дата звернення 02.11.2023).

96. Грантова Програма «Відновлення доступу населення до медичної допомоги» (RPC). 16.08.2023. URL: <https://www.prostir.ua/?grants=hrantova-prohrama-vidnovlennya-dostupu-naselennya-do-medychnoji-dopomohy-rpc> (дата звернення 02.11.2023).

97. EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. URL: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en (дата звернення 02.11.2023).

98. Євросоюз виділяє Україні понад 4,6 млн євро на проекти у сфері охорони здоров'я в рамках програми «EU4Health». 13 липня 2023. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/yevrosoiuz-vydiliaie-ukraini-ponad-46-mln-ievro-na-proekty-u-sferi-okhorony-zdorovia-v-ramkakh-prohramy-eu4health> (дата звернення 02.11.2023).

99. Mission, Vision and Values. United States Agency for International Development. URL: <https://www.usaid.gov/about-us/mission-vision-values> (дата звернення 02.11.2023).

100. USAID. Де ми працюємо. Європа та Євразія. Україна. URL: <https://www.usaid.gov/ukraine> (дата звернення 02.11.2023).

101. Twinning. Центр адаптації державної служби до стандартів Європейського Союзу. URL: <https://www.center.gov.ua/pro-tsentr/proekti/twinning> (дата звернення 04.11.2023).

102. European Partnerships in health. Details of European Partnerships

under Horizon Europe. Partnership proposals, contact details, details of partners. URL: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/european-partnerships-horizon-europe/health_en (дата звернення 04.11.2023).

103. Віктор Ляшко: Невдовзі очікуємо нову хвилю міжнародних медичних партнерств. 12 жовтня 2023. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/viktor-ljashko-nevdovzi-ochikuemo-novu-hvilju-mizhnarodnih-medichnih-partnerstv> (дата звернення 04.11.2023).

104. Вівсяник О.М. Міжнародні організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід. Державне управління*. 2020. № 15—16. С. 162-167. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.15—16.162. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/15-16_2020/29.pdf (дата звернення 04.11.2023).

105. Мальська М. П., Бордун О. Ю. Медичний туризм: теорія та практика: навч. посіб. Київ: «Центр учбової літератури», 2018. 128 с. URL: https://geography.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Medychnyy_turyzm_Malska_2018.pdf (дата звернення 04.11.2023).

106. Желюк Т., Мацик В. Медичний туризм, нові напрями та можливості: макроекономічні та регіональні аспекти. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2021. Вип. 26. С. 17-27. DOI 10.35774/rarrpsu2021.26.017. URL: <http://rarrpsu.wunu.edu.ua/index.php/rarrpsu/article/view/410/404> (дата звернення 04.11.2023).

107. Шишка І.В. Формат і основні напрями міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я. *Науково-виробничий журнал «Бізнес-навігатор»*. 2022. Випуск 3 (70). С. 161-169. DOI: <https://doi.org/10.32782/business-navigator.70-28>. URL: http://business-navigator.ks.ua/journals/2022/70_2022/30.pdf.

108. Шишка І.В. Розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграції. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2023. № 10. С. 56-65. DOI:

<https://doi.org/10.32782/2413-2675/2023-56-8>. URL: <http://vestnik-econom.mgu.od.ua/journal/2023/56-2023/10.pdf>.

109. Шишка І.В. Тенденції розвитку світового ринку медичних послуг. *Інфраструктура ринку. Розділ 8. Економіка*. 2023. Випуск 73. С. 204-212. DOI: <https://doi.org/10.32782/infrastructure73-34>. URL: http://market-infr.od.ua/journals/2023/73_2023/36.pdf.

110. Шишка І. Тенденції технологічної трансформації ринку медичних послуг. *Сталий розвиток економіки*. 2024. № 2(49). С. 363-369. DOI: <https://doi.org/10.32782/2308-1988/2024-49-57>. URL: <https://economdevelopment.in.ua/index.php/journal/article/view/1071/1026>.

РОЗДІЛ 4

ПРАКТИКА РОЗРОБЛЕННЯ Й РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

4.1. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні

Серед основних причин неефективності української системи охорони здоров'я, на які неодноразово вказувалось у наукових публікаціях фахівців, у нормативно-правових актах, у документах стратегічного планування, можна зазначити: фінансову незахищеність пацієнтів (значна частка платежів «з кишені»), низьку якість надання медичних послуг (застаріле оснащення, неефективне використання ресурсів, відсталість медичних технологій), неефективне використання бюджетного фінансування (фінансування ліжко-місць). Ці обставини обумовили необхідність реформування системи охорони здоров'я, яке фактично розпочалося у 2018 році. У розрізі вдосконалення стратегічного планування розвитку галузі певний дослідницький інтерес становить аналіз результатів реалізації планів щодо реформування сфери охорони здоров'я [90, с. 418].

Аналізу результатів реформи системи охорони здоров'я приділяє увагу значна кількість українських і іноземних науковців, серед яких О. Піхоцька, І. Хомякова (аналіз видатків Державного бюджету на охорону здоров'я в умовах проведення медичної реформи) [3], К. Бреденкамп, Е. Далє, О. Дорошенко, Ю. Джигир, Я. Хабіхт, Л. Хоукінс, О. Кацага, К. Майнзюк, Х. Пак, О. Зусь (огляд прогресу реалізації реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні, зокрема фінансування, закупівлі та управління Програмою медичних гарантій) [4], А. Барзилович (теоретичний аналіз етапів, особливостей та нормативно-правового забезпечення реформування сучасної системи охорони

здоров'я в Україні за період незалежності) [5], Г. Лопушняк, Є. Іваненко (аналіз реалізації заходів щодо реформування системи охорони здоров'я у рамках реалізації Стратегії сталого розвитку «Україна-2020») [6], Ю. Сенюк, З. Надюк (аналіз процесів реформування і їх інституціонального забезпечення у сфері охорони здоров'я України з часу здобуття нею незалежності і до теперішніх днів) [7], Ю. Джигир, К. Майнзюк, А. Мерфі, К. Проппер (аналіз післявоєнного реформування критичних елементів економіки України та визначення інструментів досягнення цілей) [8], П. Іванчов (огляд інституційних змін, пов'язаних із реформуванням системи охорони здоров'я в Україні, та аналіз ключових проблем процесу трансформації медичної системи з метою удосконалення державного управління в цій сфері) [9] та інші. Проте, процес реалізації завдань реформування сфери охорони здоров'я відбувається під впливом низки економічних, політичних і соціальних чинників, тому аналіз результатів реформи станом на певну дату є завжди актуальним [90, с. 419].

Концепція і основні етапи реформування сфери охорони здоров'я України були схвалені розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 [10]. При цьому основними завданнями реформи було визначено: впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, утворення єдиного національного замовника медичних послуг, створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я, автономізацію постачальників медичної допомоги, запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом» та розбудову сучасної системи управління медичною інформацією. Період реалізації реформи було поділено на три етапи: 2017 рік – підготовчий етап (встановлення правових та інституційних основ фінансування охорони здоров'я, запровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги та створення госпітальних округів), 2018-2019 роки – етап впровадження (введення в дію державного гарантованого пакета медичної допомоги на всіх рівнях медичної допомоги, започаткування його фінансування через єдиного національного замовника

медичних послуг), 2020 рік – етап інтеграції (налагодження повноцінного функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я в масштабі всієї країни).

Однак, зазначена періодизація реформування сфери охорони здоров'я не була дотримана, оскільки реалізація заходів підготовчого етапу стосовно забезпечення правових та інституційних основ нової системи фінансування охорони здоров'я була розпочата у 2018 році, у 2020-2021 роках система охорони здоров'я зазнала випробування пандемією, а у 2022 році почалася повномасштабна війна. У табл. 4.1 наведено завдання реформування, які зазначались на початку кожного року на сайті МОЗ у дайджесті змін [90, с. 419].

Таблиця 4.1

Основні завдання реформи системи охорони здоров'я України*

Рік	Початок реалізації заходу	Завдання реформування
Етап 1. Репформа первинної медичної допомоги		
2018	Перший квартал 2018 року	Створення Національної служби здоров'я України – центрального органу виконавчої влади, що реалізовуватиме державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Підготовка місцевої влади та медичних закладів первинної ланки до впровадження нової моделі фінансування та нових стандартів надання послуг
	Другий – четвертий квартали 2018 року	Підписання пацієнтами декларацій з лікарями ПМД
	Перше півріччя 2018 року	Реорганізація закладів ПМД з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Обрання закладом ПМД медичної інформаційної системи (МІС) та підключення до електронної системи охорони здоров'я
	Друге півріччя 2018 року	Підготовка переходу закладів спеціалізованого і стаціонарного лікування на нову модель фінансування
2019	Протягом року	Розроблення єдиного для всієї країни списку додаткових (некритичних для здоров'я) послуг поліклінік (бальнеолікування, масаж та інші), які стануть платними для всіх офіційно
		Запровадження електронних медичних карток, до яких вноситимуть дані про здоров'я пацієнтів та лікарські призначення. Поступове переведення в електронний формат направлень до спеціалістів, рецептів на «Доступні ліки», листків непрацездатності
	Другий квартал 2019 року	Перехід адміністрування урядової програми «Доступні ліки» до НСЗУ

Продовження табл. 4.1

Рік	Початок реалізації заходу	Завдання реформування
	Друге півріччя 2019 року	Оплата Національною службою здоров'я консультацій спеціалістів, діагностичних досліджень, а також основних аналізів за направленням сімейного лікаря
Етап 2. Реформа лікарень		
2020 рік	Другий квартал 2020 року	Запуск згідно з програмою медичних гарантій п'яти видів медичної допомоги (крім первинної, що вже працює): спеціалізованої амбулаторної, госпітальної, екстреної, паліативної, реабілітаційної
	Протягом року	Отримання громадянами України гарантованого (безоплатного), пакету медичних послуг та лікарських засобів
		Отримання всіма державними і комунальними медичними закладами коштів за договорами з НСЗУ
		Запровадження системи оцінювання якості медичних послуг
		Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я. Продовження розбудови системи громадського здоров'я та епідемічної безпеки населення. Зміни в системі освіти. Запровадження доплати медичних послуг. Залучення інвестиційних проєктів
2021 рік	Протягом року	
	До 1 грудня	Розроблення та затвердження Стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я населення на період до 2030 року
2022 рік	Протягом року	Розширення програми «Доступні ліки»
		Підвищення тарифів за деякими напрямками стаціонарного лікування (допомога при пологах, лікування онкологічних захворювань)
		Стимулювання лікарень щодо надання амбулаторних медичних послуг
		Введення нового показника — мінімальна кількість послуг, наданих упродовж 2021 року, для надання медичної допомоги при інфаркті та інсульті, а також при пологах
		Збільшення фінансування первинної ланки і ставки, яку отримуватиме медичний заклад за кожного пацієнта
Етап 3. Реформа інфраструктури		
2023 рік	Протягом року	Створення госпітальних округів

*Складено автором на основі [2]

Отже, реформа сфери охорони здоров'я на даний час складається з трьох етапів: реформи первинної медичної допомоги, реформи лікарень і реформи інфраструктури. Відправною точкою реалізації заходів з реформування було створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), якою можна вважати прийняття відповідної постанови КМУ 27 грудня 2017 року [11]. Як юридична особа публічного права НСЗУ була зареєстрована 30 березня 2018 року. Основними функціями НСЗУ визначено: оперування коштами державного бюджету через програму медичних гарантій; управління

програмою медичних гарантій (формування й розроблення тарифів) на основі стратегічних напрямків та пріоритетних послуг; стратегічні закупівлі медичних послуг (укладання договорів з медичними закладами будь-якої форми власності), контроль виконання договорів.

Укладання договорів між закладами первинної медичної допомоги (ПМД) і НСЗУ було розпочате 25 травня 2018 року. При цьому, основні вимоги, що висувались до медичних закладів, передбачали їхню автономізацію, реєстрацію в електронній системі охорони здоров'я, наявність чинної ліцензії МОЗ на здійснення господарської діяльності з медичної практики та відповідного матеріально-технічного оснащення. За період 2018-2022 років кількість контрактованих закладів зросла на 138,7%. Найбільші темпи зростання (177,4%) за даним критерієм показали лікарі-ФОП (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

**Динаміка кількості укладених договорів між медичними закладами та
НСЗУ протягом 2018-2022 років***

Тип медичного закладу за формою власності та організаційно-правовою формою	Роки					Темп зростання, %
	2018	2019	2020	2021	2022	
КНП	981	1 050	2 486	2 561	2 454	+133,7
ФОП	100	248	401	603	688	+177,4
Державна	-	-	-	1	3	-
Приватна	104	168	232	330	354	+110,7
Усього	1 185	1 466	3 119	3 495	3 499	+138,7

*Складено автором на основі [1]

Частка приватних закладів і лікарів-ФОП, що працюють на первинному рівні медичної допомоги, дорівнювала у 2020 близько 30% від загальної кількості закладів, які уклали договори з НСЗУ [12, с. 20].

Починаючи з другого кварталу 2018 року пацієнти отримали змогу обирати сімейного лікаря (терапевта, педіатра) шляхом підписання декларацій про надання первинної медичної допомоги. Динаміка кількості декларацій за період 2018-2022 років також є позитивною, а загальне збільшення частки населення, що підписали декларації, у 2022 році порівняно з 2018 роком

становить 23 в.п. (табл. 4.3). Послуги первинної допомоги у 2018 році передбачали отримання медичної консультації, рецептів на ліки, зокрема на «Доступні ліки» (серцево-судинні захворювання, діабет II типу, бронхіальна астма), проходження базових досліджень, щеплення.

Таблиця 4.3

**Динаміка кількості підписаних декларацій на надання первинної
медичної допомоги протягом 2018-2022 років***

Тип медичного закладу за формою власності та організаційно-правовою формою	Роки				
	2018	2019	2020	2021	2022
КНП	23 347 436	...	29 890 563	30 331 948	29 659 749
ФОП	63 834	...	583 038	1 170 286	1 373 633
Державна	-	-	492	871	2 323
Приватна	69 866	...	518 619	1 137 179	1 404 616
Усього, од.	23 481 136	29 142 060	30 992 712	32 640 284	32 440 321
у % до чисельності населення	55,7	69,1	74,0	78,5	78,8

*Складено автором на основі [1]

Нова модель фінансування забезпечила отримання медичними закладами коштів у значно більших обсягах, ніж за субвенцією, що створило умови для підвищення оплати праці, оновлення й укомплектування медичного обладнання, покращення умов надання медичних послуг. Найбільші темпи зростання обсягів фінансування за час реалізації реформи спостерігалися у приватному секторі – 2 355% або 23,5 ризи (табл. 4.4).

Загальне зростання обсягів фінансування сфери охорони здоров'я за новою системою у 2022 році порівняно з 2019 роком становить майже 770%. При цьому найбільша частка коштів спрямовувалась на фінансування спеціалізованої медичної допомоги, розміри якої протягом 2020-2022 років зросли на 84% (табл. 4.5). Також суттєві обсяги фінансування у 2020 і 2021 роках спрямовувались на лікування COVID-19, що значно зменшило потенціал розвитку сфери охорони здоров'я. Виокремлення фінансування видів медичної допомоги пов'язано із запровадженням з квітня 2020 року Програми медичних гарантій, основним принципом якої є універсальне

охоплення населення медичними послугами.

Таблиця 4.4

Динаміка виплат медичним закладам різної форми власності, що уклали договір з НСЗУ, протягом 2018-2022 років*

тис. грн

Тип медичного закладу за формою власності та організаційно-правовою формою	Роки					Темп зростання 2022 р. до 2019 р., %
	2018	2019	2020	2021	2022	
КНП	...	16 581 818,5	73 766 052,1	121 398 773,4	142 419 477,2	+758,9
ФОП	...	78 463,2	224 793,2	535 767,1	1 009 542,5	+1186,6
Державна	-	-	-	1,6	22 679,8	-
Приватна	...	89 788,8	401 190,7	1 072 238,8	2 204 701,9	+2355,4
Усього	3 446 709,3	16 750 070,6	74 392 036,0	123 006 780,9	145 656 392,3	+769,6

*Складено автором на основі [1]

Послугами гарантованого пакету є: первинна медична допомога, екстрена допомога, спеціалізована і високоспеціалізована медична допомога, медична реабілітація, паліативна допомога, допомога у зв'язку з вагітністю і пологами, Державна програма реімбурсації.

Таблиця 4.5

Динаміка виплат медичним закладам за видами допомоги протягом 2020-2022 років

тис. грн

Рівні медичної допомоги	Роки			Темп зростання 2022 р. до 2020 р., %
	2020	2021	2022	
Екстрена	5 917 677,2	11 346 609,4	11 361 076,7	+92,0
Спеціалізована	50 324 188,1	71 750 455,3	92 510 758,0	+83,8
Первинна	18 150 170,6	20 155 933,9	24 685 328,8	+36,0
COVID-19	-	19 753 782,3	17 099 228,9	-

*Складено автором на основі [1]

Складовими програми медичних гарантій є: консультації, лабораторні та інструментальні дослідження, госпіталізація, операції, реабілітація [12, с. 14].

Також існує можливість гнучкого реагування на поточні виклики як-то додання до Програми медичних гарантій додаткових пакетів щодо наданням допомоги пацієнтам з COVID-19. Найбільш значними за обсягами серед пріоритетних безоплатних медичних послуг за підсумками 2020 року у звіті НСЗУ були: стаціонарні послуги, мамографія і медична допомога при пологах (рис. 4.1).

Найбільші темпи зростання обсягів фінансування протягом 2020-2022 років спостерігались для паліативної медицини (4 750%), найменші – для первинної допомоги (35,8%).



Рис. 4.1. Пріоритетні медичні послуги в Україні за програмою медичних гарантій у 2020 році [12, с. 16]

При цьому, попри війну, зберігалася позитивна динаміка обсягів фінансування за усіма видами медичної допомоги (табл. 4.6), зокрема за рахунок прямої бюджетної підтримки Уряду США (1,7 млрд дол.).

У 2022 році до Програми медичних гарантій було додано нові пакети послуг, як-то: супровід та лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні та комплексна реабілітаційна допомога дорослим та дітям

у стаціонарних умовах [13, с. 23], що пов'язано зі збільшенням психологічних розладів як наслідок впливу війни.

Таблиця 4.6

**Фінансування основних видів медичної допомоги в Україні відповідно
Програмі медичних гарантій***

тис. грн

Вид допомоги	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Зміни 2022 р. до 2020 р., %
Первинна медична допомога	18 150 170 558	20 148 792 348	24 655 326 178	+35,8
Екстрена медична допомога	5 917 677 243	11 346 609 393	11 361 076 676	+92,0
Амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна медична допомога	33 833 198 407	51 037 325 907	67 713 757 538	+100,1
Паліативна медична допомога	508 359 130	1 620 679 855	24 655 326 178	+4750,0
Медична реабілітація	1 153 622 861	2 098 208 100	3 606 684 100	+212,6
Лікарські засоби, які підлягають реімбурсації	940 027 661	1 350 230 742	2 359 562 058	+151,0

*Складено автором на основі [1]

Також, попри війну, продовжувалась робота із забезпечення функціонування і розширення програми реімбурсації ліків, яка з 1 квітня 2019 року перейшла в управління НСЗУ. Протягом 2022 року пацієнти отримували «Доступні ліки» та інсулін за електронними і паперовими рецептами. З листопада 2022 року до програми було включено ліки для людей з хронічним обструктивним захворюванням легень та хворобою Паркінсона, а перелік торговельних назв препаратів розширився з 401 до 435 найменувань [13, с. 28] (станом на грудень 2019 року цей перелік містив 254 найменування).

За звітними даними НСЗУ, кількість пацієнтів, що отримали ліки за програмою реімбурсації, протягом 2019-2021 років невпинно зростала. У 2022 році цей показник зменшився із-за масового від'їзду з країни представників вікової категорії 40+, які є найбільш численною групою покупців ліків. Тим не менш результат 2022 року перевищує аналогічний показник 2019 року на

майже 4% (табл. 4.7). Темпи зростання кількості погашених е-рецептів за зазначений вище період становлять майже 11%, кількість закладів, що уклали договір з НСЗУ зросла на 19%, кількість місць відпуску ліків – на 65,5%, фінансування програми – на 263%.

Таблиця 4.7

Динаміка основних показників дії програми реімбурсації лікарських засобів в Україні протягом 2019-2022 років*

Показники	Роки				Зміни 2022 р. до 2019 р., %
	2019	2020	2021	2022	
Кількість пацієнтів, що отримали ліки, осіб	1 775 191	1 891 863	2 106 803	1 838 218	+3,6
Кількість погашених е-рецептів, од.	9 289 617	11 751 499	12 088 626	10 302 281	+10,9
Кількість закладів, що уклали договір з НСЗУ, од.	1 169	1 227	1 330	1 396	+19,4
Кількість місць відпуску ліків, од., з них:					
комунальні	727	568	758	700	-3,7
приватні	6 621	7 114	10 273	11 653	+76,0
ФОП	492	461	589	624	+26,8
Фінансування програми, грн	650 419 224	940 027 661	1 350 230 742	2 359 562 058	+262,8

*Складено автором на основі [1]

Ще одним напрямом реформування сфери охорони здоров'я України є її діджиталізація. Для формування і розвитку електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) була обрана гібридна модель, яка передбачає: створення державної центральної бази даних (ЦБД); медичних інформаційних систем (МІС), між якими здійснюється автоматичний обмін даними; передання функцій з використання і розвитку ЕСОЗ Національній службі здоров'я України; розроблення МІС як сервісного інтерфейсу для користувачів українськими ІТ-компаніями; фінансування державою розвитку ЦБД і захисту даних [90, с. 422].

За п'ять років реформування ЕСОЗ зазнала суттєвих змін, що віддзеркалюються у щорічному збільшенні електронних інструментів роботи лікаря (рис. 4.2), які, у свою чергу, сприяють суттєвому підвищенню якості

праці медичних працівників і якості медичних послуг, що надаються.



Рис. 4.2. Розвиток електронних інструментів роботи лікаря в Україні за період 2018-2022 років*

*Складено автором на основі [1]

У 2022 році впроваджено модулі ІС НСЗУ на базі програмного забезпечення SAP, що забезпечить застосування нових процесів обробки звітності медичних та аптечних закладів, а також дозволить укладати договори між закладами охорони здоров'я та НСЗУ на електронній платформі [13, с. 66].

Впровадження електронних інструментів та відкритих даних створює можливість для: контролю з боку громадськості використання бюджетних коштів, ухвалення керівництвом медичних закладів ефективних управлінських рішень, запобігання зловживанням і корупції, коректування Програми медичних гарантій.

Формування відкритих статистичних даних та ведення електронних медичних записів (ЕМЗ) дозволяє оцінити показники попиту на лікарів та обстеження. Протягом 2020-2022 років динаміка кількості електронних медичних записів була позитивною (табл. 4.8). Кількість створених ЕМЗ у 2022 році порівняно з 2020 роком зросла на 462%. При цьому найбільші темпи зростання мали записи про призначені медичні процедури (10 387%) і діагностичні звіти (1 113%). Чисельність лікарів, що вносили ЕМЗ до МІС і ЦБД зросла на 43,5%. Таким чином, відповідно до звітної документації НСЗУ, результати реформування системи охорони здоров'я є позитивними і

переважна кількість показників характеризується позитивною динамікою.

Таблиця 4.8

**Динаміка кількості електронних медичних записів
протягом 2020-2022 років***

Показники	Роки			Зміни 2022 р. до 2020 р., %
	2020	2021	2022	
Кількість надавачів, що внесли ЕМЗ, од.	3 245	3 973	4 449	+37,1
Кількість лікарів, що внесли ЕМЗ, осіб	78 332	105 649	112 432	+43,5
Кількість пацієнтів, щодо яких внесли ЕМЗ, осіб	14 103 925	27 929 776	26 949 227	+91,1
Кількість створених ЕМЗ, од., з них:	118 587 056	443 412 191	666 463 470	+462,0
епізоди	37 948 944	107 731 636	91 084 562	+140,0
взаємодії	51 969 908	159 858 566	150 205 206	+189,0
направлення	20 105 147	79 345 201	130 844 266	+550,8
діагностичні звіти	5 444 829	30 258 886	66 068 816	+1113,4
обстеження	2 754 742	24 765 961	16 248 449	+489,8
процедури	363 486	9 791 151	38 117 919	+10386,8
вакцинація	-	31 380 793	20 182 788	-
плани лікування	-	279 997	407 730	-
медичний висновок про народження	-	-	154 303	-
медичний висновок про тимчасову непридатність	-	-	9 016 285	-
медичний стан	-	-	131 065 095	-
електронний рецепт	-	-	13 068 051	-

*Складено автором на основі [1]

Певний дослідницький інтерес мають результати кабінетного аналізу української системи ПМД, проведеного у лютому 2022 року командою експертів ВООЗ [21], що ґрунтується на даних, зібраних протягом 2020-2021 років. Позитивними результатами реформування системи ПМД експерти вважають:

- рівномірний розподіл пацієнтів у сільській місцевості та в містах на одного лікаря, а також збільшення кількості закладів ПМД (рис. 4.3);
- суттєве збільшення чисельності індивідуальних медичних практик (лікарі-ФОП) (рис. 4.4);
- зростання кількості лікарень, що зареєстровані як заклади ПМД, і кількості направлень для отримання спеціалізованих медичних послуг;

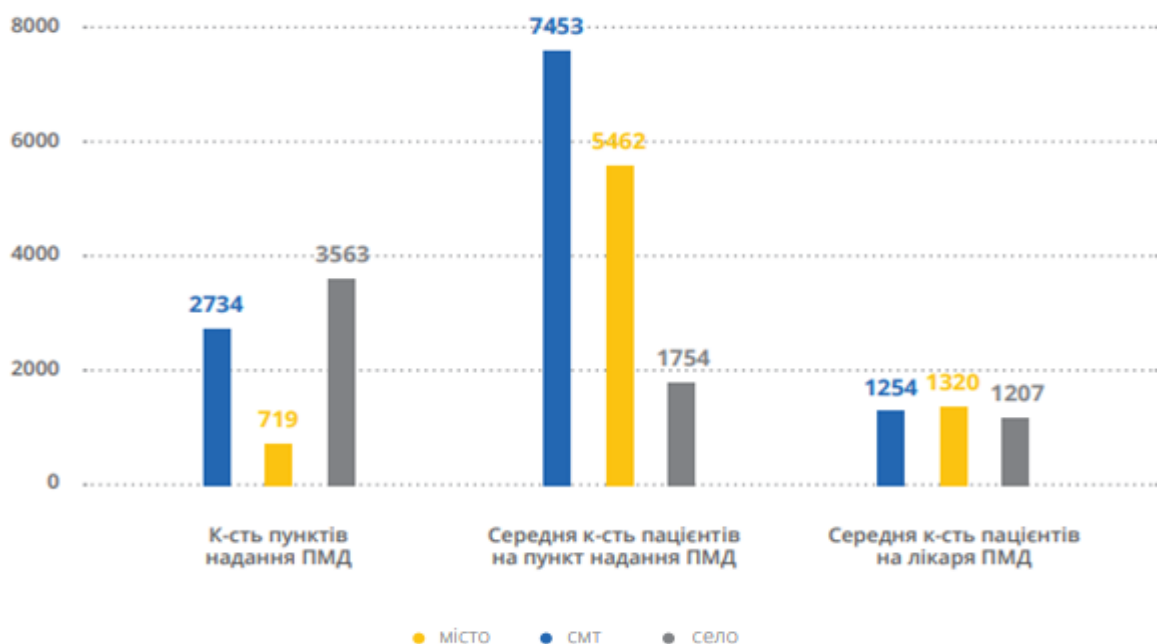


Рис. 4.3. Географічний розподіл (міста, смт та села) кількості пунктів надання ПМД, зареєстрованого населення на пункт та пацієнтів на одного лікаря у 2019-2020 роках [21, с. 7]

– заклади ПМД є реорганізованими поліклініками і тому більшість лікарів ПМД розташовані в одній будівлі;

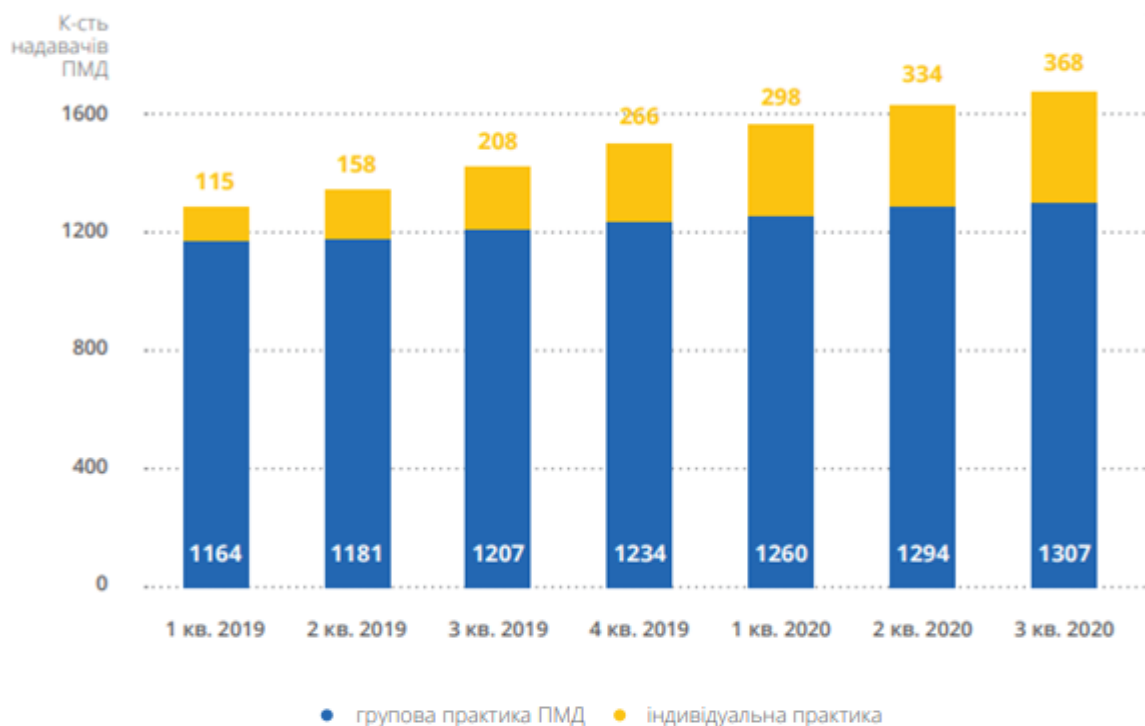


Рис. 4.4. Порівняння кількості групових та індивідуальних практик, які уклали договори з НСЗУ в 2019-2020 роках [21, с. 8]

- ініціація програми фінансування реконструкції та оснащення закладів ПМД, розташованих у малих населених пунктах та віддалених селах;
- постійне розширення переліку лікарських засобів від основних НІЗ, які виписуються лікарями ПМД і повністю відшкодовуються через єдину закупівельну організацію;
- принцип «гроші йдуть за пацієнтом» підкріплено використанням капітаційної ставки з віковим коригуванням;
- заклади ПМД можуть самостійно ухвалювати рішення щодо напрямів витрачання коштів, отриманих від закупівельної організації, оскільки є автономними;
- запровадження ЕСОЗ, яка виконує функції електронної реєстрації пацієнтів та надавачів допомоги, виписування електронних рецептів, систему електронних направлень, оформлення листків непрацездатності, сертифікатів про вакцинацію проти COVID-19 та ін.;
- розміщення даних ЕСОЗ у відкритому доступі на вебсайті НСЗУ для інформування пацієнтів, медичних закладів і органів місцевої влади;
- ініціювання НСЗУ впровадження внутрішніх заходів із забезпечення якості ПМД для контрактованих закладів.

Серед недоліків процесів реформування системи ПМД експерти ВООЗ зазначили:

- надто загальний і уніфікований механізм укладання договорів медичних закладів с НСЗУ, що не дозволяє їм укласти договори вибірково чи використовувати стимули;
- молодший медичний персонал закладів ПМД не вважається професіоналами, не має визначеної ролі чи кількості пацієнтів, а його функції зведено до виконання адміністративних завдань і документування;
- половина лікарів старші за 50 років, а чверть медичного персоналу пенсійного віку (табл. 4.9);
- істотні розбіжності у фінансуванні закладів по країні із-за наявності лише одного джерела капітальних інвестицій – місцевих бюджетів;

- затвердження МОЗ компетенції Всесвітньої організації сімейних лікарів для системи охорони здоров'я України попри те, що період здобуття медичної освіти лікарями ПМД є меншим, ніж у країнах Європейського Союзу;
- охорона психічного здоров'я та соціальна допомога не входять до сфери послуг ПМД;
- значна кількість пацієнтів звертається до спеціалістів вторинної ланки медичної допомоги без направлення сімейного лікаря або терапевта;
- неповне охоплення пацієнтів закладами ПМД;

Таблиця 4.9

Розподіл лікарів ПМД за віком*

Вік (років)	Сімейні лікарі		Педіатри		Терапевти		Усього	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
<30	2045	13,4	418	9,1	216	6,2	2679	11,5
31-35	1918	12,5	577	12,6	278	8,0	2773	11,9
36-40	1333	8,7	388	8,5	221	6,4	1942	8,3
41-45	1217	8,0	303	6,6	278	8,0	1798	7,7
46-50	1153	7,5	399	8,7	246	7,1	1798	7,7
51-55	1517	9,9	484	10,6	318	9,2	2319	9,9
56-60	2206	14,4	634	13,8	429	12,4	3269	14,0
61-65	2241	14,6	740	16,1	598	17,3	3579	15,3
66-70	1224	8,0	435	9,5	529	15,3	2188	9,4
71-75	374	2,4	154	3,4	266	7,7	794	3,4
>75	75	0,5	55	1,2	82	2,4	212	0,9
Усього	15303	100,0	4587	100,0	3461	100,0	23351	100,0

*Складено автором на основі [21, с. 11]

- СОЗ збирає детальну інформацію про ідентифікацію пацієнтів із НІЗ, направлення, призначення ліків та реімбурсацію;
- люди часто займаються самолікуванням багатьох захворювань, тому близько 60% візитів до лікарів ПМД здійснюється для отримання рецептів;
- зменшення частки видатків на ПМД у пакеті Програми медичних гарантій з 2020 року (рис. 4.5);
- збої у роботі ЕСОЗ призводять до затримки подання даних і додаткового навантаження;
- ЕСОЗ сприймається як адміністративна система для оплати, оскільки

не має функції підтримки ухвалення клінічних рішень;

- недостатня реалізація потенціалу телемедицини і телеконсультацій;
- відсутність стандартів забезпечення якості.

– ПМД та адаптованих міжнародних стандартів до українського контексту.

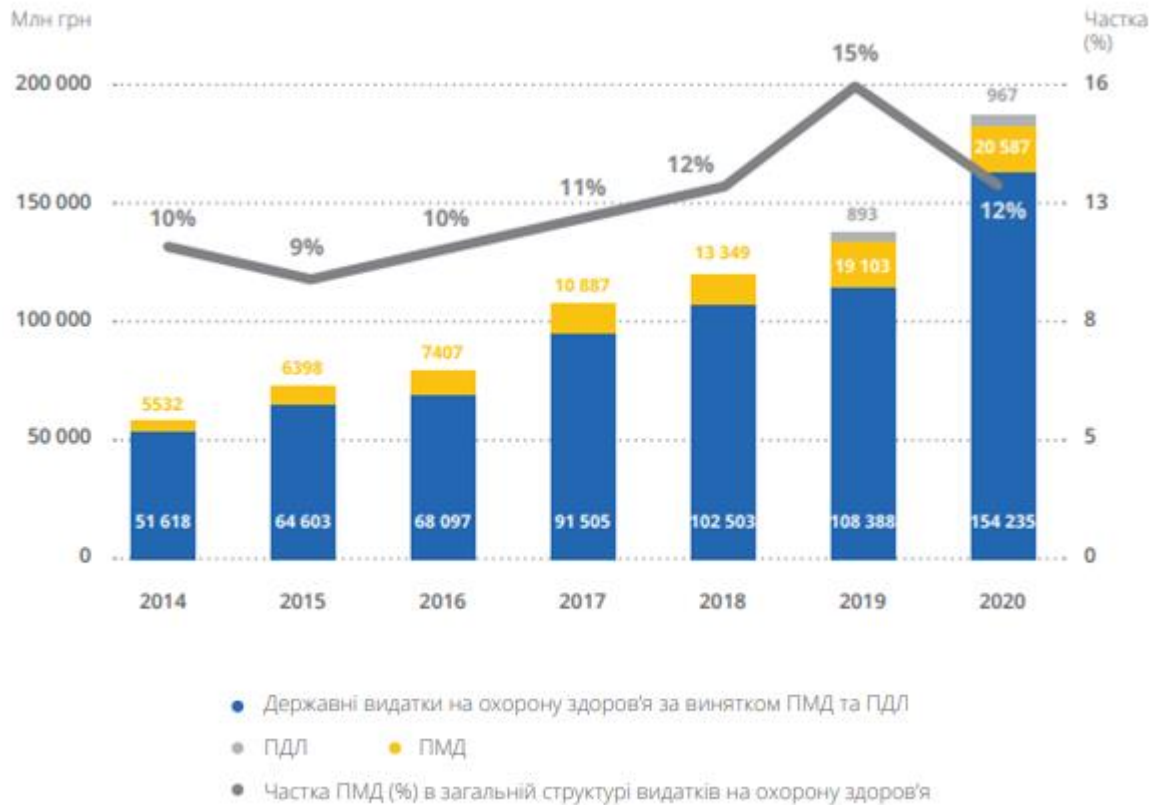


Рис. 4.5. Загальні державні видатки на охорону здоров'я, ПМД та ПДЛ, а також частка ПМД у загальній структурі видатків на охорону здоров'я у 2014–2020 роках [21, с. 24]

Таким чином, експерти ВООЗ у своєму звіті зазначають як позитивні, так і негативні результати реформування сфери охорони здоров'я України, а також пропонують заходи для створення сприятливих умов для розвитку і вдосконалення системи ПМД. Узагальнюючи надані ними висновки, можна підсумувати, що переважання досягнень над невирішеними проблемами характерне для напрямку «Кількість і типи надавачів ПМД та охоплення пацієнтів», але за напрямками «Наявність, обов'язки та навички кадрових ресурсів», «Маршрути і процеси направлення пацієнтів», «Фізична

інфраструктура», «Цифрові технології у сфері охорони здоров'я», «Системи підвищення якості медичної допомоги», «Системи закупівель і оплати» невіршених проблем все ще більше, ніж позитивних результатів.

Українські і іноземні науковці, експерти, фахівці медичної галузі у своїх публікаціях також зазначають позитивні і негативні результати реформування. Так, на думку колективу авторів, до складу якого увійшли фахівці освітньої, медичної, ІТ галузей, а також керівники громадських організацій позитивними наслідками реформи є: створення підґрунтя для розвитку рівноправних конкурентних умов функціонування на ринку медичних закладів різної форми власності; інституціональна розбудова галузі; нові підходи до фінансування галузі; запровадження й розширення програми «Доступні ліки»; переоснащення медичних закладів; окреме фінансування лікування захворювань, пов'язаних з психіатрією, реабілітацією, паліативною допомогою, а також орфанних і епідемічних захворювань. При цьому невіршеними завданнями медичної реформи залишаються [15]:

- неефективне функціонування Програми медичних гарантій, що пов'язано з невідповідністю тарифів НСЗУ дійсним витратам на лікування пацієнтів на госпітальному етапі надання медичної допомоги, що не сприяє зменшенню обсягів платежів «з кишені»;
- відсутність єдиної методології збору статистичної інформації, що ускладнює процеси середньострокового бюджетного планування;
- відсутність комплексної оцінки якості надання медичних послуг, яка повинна передбачати як оцінку відповідності стандартам, так і оцінки споживачів медичних послуг, що унеможлиблює виявлення проблемних моментів у процесі надання медичної допомоги;
- відсутність моніторингу і оцінки впроваджених змін;
- суттєвий вплив органів місцевої влади на процеси надання медичних послуг, що обумовлює різний рівень їх надання у різних регіонах;
- незавершеність реформи екстреної медичної допомоги;
- відсутність медичного страхування, внаслідок чого не відбувається

підвищення доступності медичної допомоги для населення;

- обмеженість трудових відносин лікаря і медичного закладу лише трудовим договором, що не відповідає статусу лікаря як представника незалежних професій відповідно європейським стандартам, а також ускладнює процес укладання договорів з НСЗУ у випадку відсутності певних спеціалістів у штаті медичного закладу та зменшує економічну ефективність закладу;

- збереження практики неофіційних платежів, що не дозволяє реальній заробітній платі медичних фахівців вийти з «сірої зони»;

- відсутність інституції представництва інтересів медичних працівників;

- відсутність централізованого функціонала для збору й аналізу всіх статистичних показників у електронній системі охорони здоров'я, що унеможлиблює доступ усіх лікарів до всіх електронних медичних записів про пацієнта;

- не репрезентативність накопиченого у ЕСОЗ масиву інформації, що ускладнює її аналіз та використання під час прийняття управлінських рішень;

- відсутність системи планування чисельності і спеціалізації медичних фахівців на основі потреб споживачів медичних послуг;

- невідповідність вимогам сучасної медицини статусу, повноважень і функціональних обов'язків молодшого медичного персоналу;

- недостатнє залучення соціальних працівників до надання соціально-медичних послуг, що обумовлено недосконалістю законодавства, співпраці закладів охорони здоров'я з соціальними службами та освітніх програм для соціальних працівників.

У 2022 році Верховна Рада України ухвалила галузеві закони і підзаконний акт щодо врегулювання розвитку мережі лікарень [16; 17], системи громадського здоров'я [18] та сфери лікарських засобів [19]. Зазначені нормативні акти покликані створити необхідні умови для подальшого реформування системи охорони здоров'я. Проте, на думку фахівців

Українського центру охорони здоров'я П. Ковтонюка і Т. Корчак [20], нові закони містять певні норми, що можуть негативно відбитися на результатах реформування галузі. Так, експерти зазначають, що новий Закон і Постанова КМУ про спроможну мережу лікарень спрямовані на впорядкування наявної мережі лікарень, а не на створення нової медичної інфраструктури, оскільки поділ лікарень на загальні, кластерні і надкластерні передбачає збереження усіх існуючих наразі лікарень з огляду на встановлені для них норми потужності (кількість населення, що охоплюють заклади). Поділяємо думку авторів про те, що визначення для загальних лікарень норми обслуговування від 40 тисяч населення є занадто низьким показником для забезпечення їхнього розвитку у довгостроковій перспективі з огляду на тенденцію до укрупнення медичних закладів, яка спостерігається у розвинутих країнах, зокрема у країнах ЄС.

У Законі «Про систему громадського здоров'я» [18] основним виконавцем усіх відповідних завдань визначено МОЗ і мережу «Центрів контролю та профілактики хвороб», що, на думку експертів, майже відтворює попередню систему санітарно-епідеміологічної служби, створює умови для зайвої політизації процесу прийняття управлінських рішень, а також суттєво обмежує функції «Центру громадського здоров'я» до інформаційно-аналітичних, методичних і науково-дослідних, що, у свою чергу, є відмовою від ідеї децентралізації управління системою громадського здоров'я.

Ще однією проблемою подальшого реформування галузі П. Ковтонюк і Т. Корчак [20] вважають інституційне послаблення НСЗУ, яке автори вбачають у виконанні нею непритаманних функцій, як-то дофінансування закладів охорони здоров'я задля виплати останніми заробітної плати працівникам, встановленої урядом, а також скорочення розмірів фінансування служби (у 2023 році бюджет установи становить 0,13% від обсягу ПМГ, яким вона розпоряджається, в той час, як європейський стандарт фінансування подібних інституцій становить 1-2%). Повністю поділяємо точку зору авторів щодо необхідності посилення позицій НСЗУ, оскільки ефективність її

функціонування є запорукою успішності реформи системи охорони здоров'я.

Таким чином, представники академічних і наукових кіл до недоліків реформування сфери охорони здоров'я відносять: недосконалу організацію та недостатнє фінансування, обмеженість суб'єктно-правових відносин, прогалини у функціонуванні ЕСОЗ, неефективне управління людськими ресурсами та суперечливе законодавство. Також вважаємо за доцільне проаналізувати результати опитування громадян України щодо успішності заходів реформування сфери охорони здоров'я, оскільки одним з провідних принципів реформи зазначено орієнтацію на пацієнта [91, с. 148].

За результатами загальнонаціонального опитування громадської думки, яке проводилось Центром «SOCIS» у 2019 і 2020 роках [14], сприйняття населенням результатів реформування сфери охорони здоров'я є менш оптимістичним, ніж звіти НСЗУ. При цьому, необхідно зауважити, що опитування проводилось на початкових етапах реформи. Більша частка респондентів зазначила, що попри реалізовані заходи, якість роботи медичних закладів не змінилася (рис. 4.6).

Така ситуація може бути пояснена тим, що на проявлення ефекту від запроваджених змін потрібен певний час, оскільки не всі процеси мають миттєвий результат. Але, з іншого боку, половина опитаних були задоволені тією чи іншою мірою результатами першого етапу медичної реформи, більше половини респондентів позитивно оцінили запровадження програми «Доступні ліки», системи e-Health та системи сімейних лікарів [14, с. 7].

Серед проблем, з якими стикалися респонденти під час першого етапу реформи, зазначено: неможливість терміново записатися на прийом до сімейного лікаря (14,6% випадків), відмова швидкої допомоги приїхати на виклик (8,5%), відмова сімейного лікаря відвідати пацієнта вдома (7,6%), відмова приватного закладу у наданні медичної допомоги за направленням сімейного лікаря (5,8%).

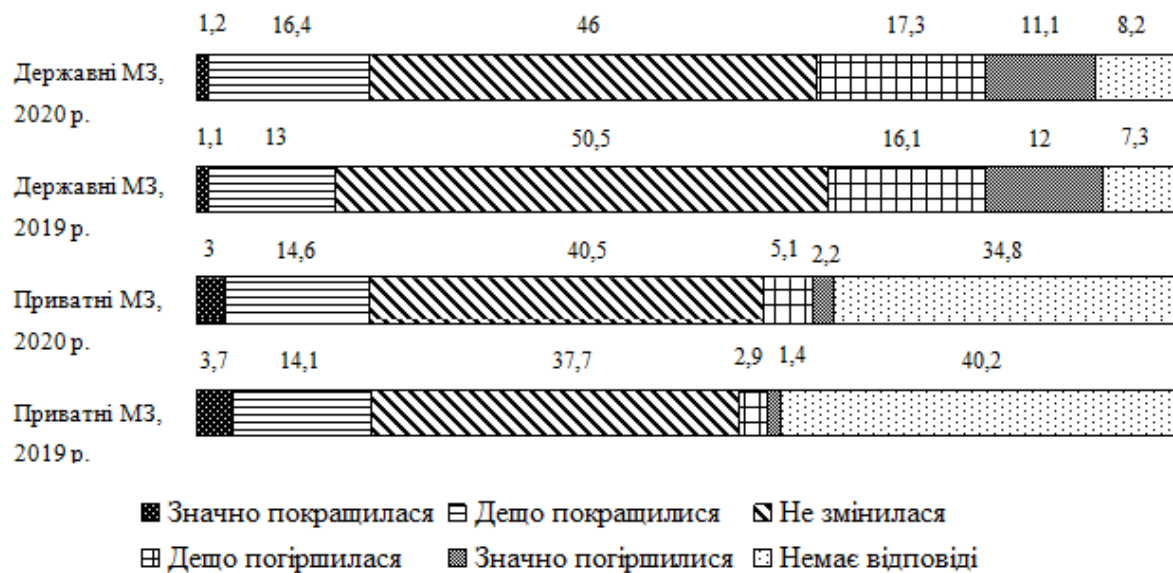


Рис. 4.6. Якість роботи медичних закладів*

*Складено автором на основі [14]

Отже, серед основних проблем реформування системи охорони здоров'я протягом 2019-2020 років, за результатами опитування пацієнтів, можна зазначити відсутність змін у рівні якості надання медичних послуг та недостатній рівень підтримки медичної реформи з боку населення країни [91, с. 148].

Більше половини опитаних зазначили, що заходи другого етапу медичної реформи є для них актуальними. Перелік заходів містив: надання безкоштовних медичних послуг (пологи, серцево-судинні захворювання, рання діагностика онкологічних захворювань), надання безкоштовних консультацій вузьких спеціалістів за направленням сімейного лікаря, надання права пацієнтам на вільний вибір вузьких спеціалістів та медичного закладу без прив'язки до місця реєстрації, запровадження для лікарень принципу «гроші йдуть за пацієнтом», запровадження електронної форми медичної картки та електронної форми направлення від лікаря [14, с. 12].

Однак, не зважаючи на зростання у 2020 році порівняно з попереднім роком частки респондентів, що підтримують медичну реформу, їхня кількість на той момент була недостатньою (рис. 4.7), що було пов'язано, на нашу думку, з недостатньою поінформованістю населення про цілі і завдання

реформування системи охорони здоров'я.

Наше переконання в тому, що населення недостатньо обізнано про цілі, заходи і методи реформи підтверджується результатами опитування 1000 українців у квітні 2023 року, проведеного соціологічною компанією «Factum Group» у межах соціальної ініціативи «YOUкраїна» [22].

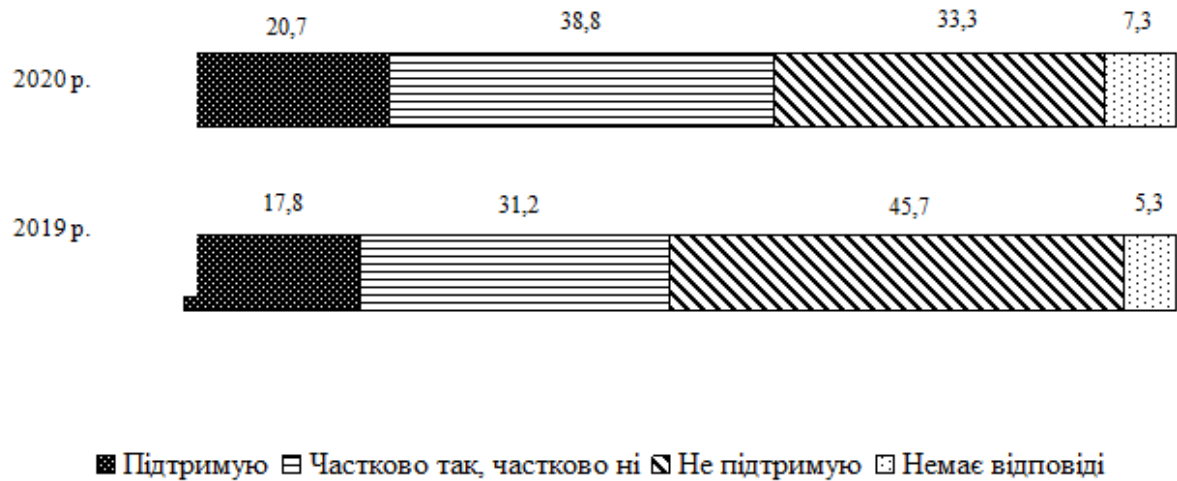


Рис. 4.7. Підтримка респондентів медичної реформи [14, с. 6]

Учасники опитування зазначили сферу охорони здоров'я серед числа найбільш пріоритетних сфер для реформування (рис. 4.8).

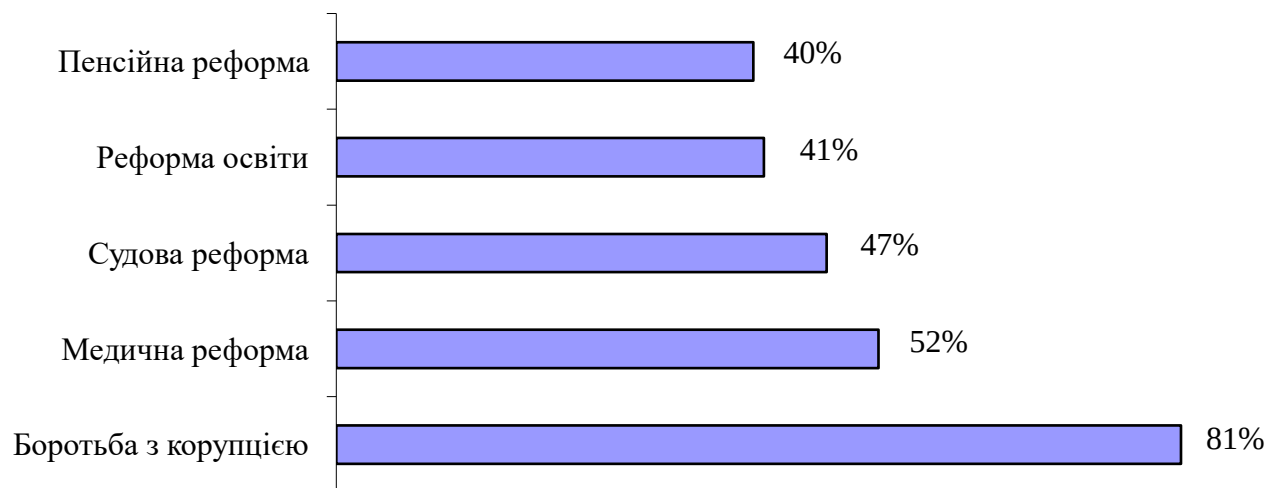


Рис. 4.8. ТОП-5 найбільш пріоритетних сфер для реформування і розвитку [22, с. 3]

При цьому добре обізнаними щодо сутності реформи визнали себе 59% респондентів (рис. 4.9). На нашу думку, це недостатньо високий результат.

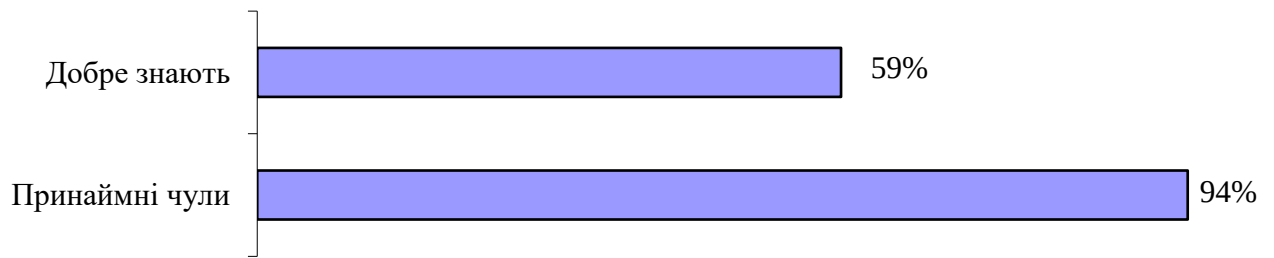


Рис. 4.9. Ступінь обізнаності респондентів про медичну реформу*

*Складено автором на основі [22]

При цьому, 39% опитаних вважають реформу не успішною (рис. 4.10). Звісно, що для узагальнення певних висновків, зазначене дослідження потребує конкретизації змісту поняття «успішність реформи».

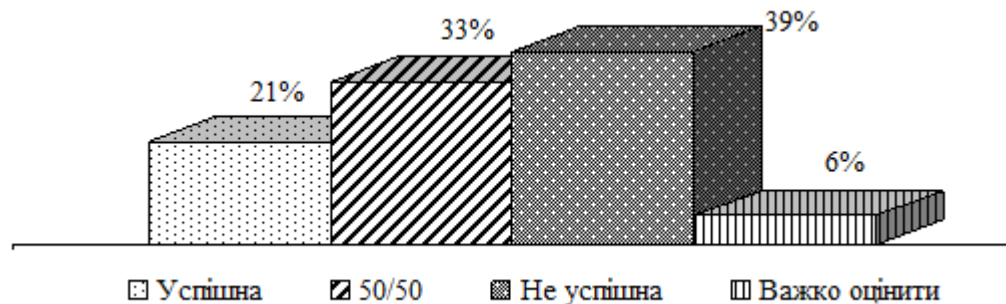


Рис. 4.10. Ступінь успішності медичної реформи*

*Складено автором на основі [22]

Але, як зазначає наукова редакторка «Вокс Україна» І. Сологуб [23], здебільшого люди не розуміють сутності реформ, оскільки багато хто з них називає реформами підвищення зарплат, забезпечення робочими місцями, підвищення пенсій, доступність будь-якої медичної послуги для всіх і одразу та ін. Повністю поділяємо думку авторки про те, що потрібні як додаткові зусилля щодо інформування людей, так і більш детальні опитування.

Таким чином, негативні оцінки населення щодо результатів реформування системи охорони здоров'я обумовлені, на нашу думку, недостатньою поінформованістю людей щодо сутності, цілей і етапів реалізації реформи та завищеними очікуваннями, що є наслідком нестачі зазначеної інформації [91, с. 150].

4.2. Аналіз результатів реалізації стратегічних планів і програм розвитку сфери охорони здоров'я за період 2015-2020 років

Розвиток будь-якої галузі національної економіки не можливий без розроблення стратегічних планів, які повинні враховувати наявні і майбутні тенденції макро- і мікросередовища, досягнення науково-технічного прогресу, можливі проблеми і перепони у досягненні стратегічних цілей, наявні і потенційні джерела ресурсного забезпечення процесів реалізації обраної стратегії, а також методи і заходи моніторингу результатів її реалізації. За умов відсутності такого стратегічного документу усі заходи, що реалізуються, мають непослідовний, а іноді і суперечливий характер. Суттєвим елементом забезпечення ефективного стратегічного управління галуззю є закріплення відповідальності за конкретною державною установою щодо розроблення планів і моніторингу результатів їх виконання. Також не аби яке значення має оприлюднення досягнутих результатів і забезпечення ефективної комунікації з громадськістю.

Проблематика результативності планів формування і розвитку системи охорони здоров'я є предметом наукових досліджень багатьох українських авторів, що є фахівцями економічних, медичних, юридичних наук і наук з державного управління. Напрямами таких досліджень є: аналіз доцільності реалізації реформ з огляду на наявну соціально-економічну ситуацію і з метою забезпечення їхньої результативності (В. Куйбіда [32]), аналіз реалізації заходів щодо реформування системи охорони здоров'я у межах реалізації Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», виокремлення основних проблем у медичній галузі та окреслення напрямів їх вирішення (Г. Лопушняк, Є. Іваненко [49]), визначення методичних засад для формування системи стратегічного управління в галузі охорони здоров'я (О. Рогачевський [50]), аналіз існуючої нормативно-правової бази та стану реалізації реформи у сфері охорони здоров'я в Україні за період до 2020 року, формування нових аспектів

державної політики у сфері охорони здоров'я та визначення пріоритетів при розробці положень Стратегії реформування системи охорони здоров'я до 2030 року (В. Галай [51]), виявлення та систематизація теоретичних і практичних аспектів трансформації сфери охорони здоров'я, а також конструювання механізму її функціонування в сучасних реаліях України (М. Теплюк, О. Шапран [52]), аналіз реформування системи охорони здоров'я в Україні за період 1991-2018 років з періодизацією перетворень, виходячи зі змістовного наповнення реформ в різні відрізки часу, та виявлення чинників, які негативно впливають на темпи та результати трансформацій (В. Лехан, Л. Крячкова, М. Заярський [53]). Недостатньо дослідженими, на наш погляд, залишаються питання щодо моніторингу результатів планування та відповідності звітних документів плановим [88, с. 113].

До 2023 року в Україні не було розроблено і реалізовано жодної стратегії розвитку системи охорони здоров'я. Перша спроба з розроблення стратегії реформування системи охорони здоров'я на період 2015-2020 років залишилась у формі проекту. Над документом працювала Стратегічна дорадча група з питань реформування, яку було створено відповідно до наказу № 522 Міністерства охорони здоров'я України від 24.07.2014 [88, с. 113]. Попри те, що Стратегія [24] включала аналіз ситуації, напрями реформування та короткий виклад плану дій, вона мала теоретично-інформаційний характер, оскільки не містила ні визначення обсягів і джерел фінансування, ні заходів з мінімізації ризиків, ні інструментів оцінювання результатів реформування.

У лютому 2018 року КМУ було затверджено «Державну стратегію реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року» [25], яка, на відміну від вищезгаданої Стратегії, містить перелік заходів із зазначенням термінів їх реалізації, але носить вузько спрямований характер, не оновлюється, а результати її виконання не відстежують і не публікують. Таким чином, за відсутності загальної стратегії розвитку системи охорони здоров'я, завдання і результати її формування і реформування можна відстежити у інших стратегічних документах, як-то:

Державна стратегія регіонального розвитку, Стратегія сталого розвитку «Україна-2020», а також у документах планування роботи КМУ і МОЗ.

Однією з цілей «Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2020 року» [26] було зазначено «створення умов для формування здорового населення» [88, с. 113]. При цьому у якості критеріїв оцінки обрано такі показники: загальний коефіцієнт смертності на 1 тис. осіб наявного населення; середня очікувана тривалість життя при народженні, років; кількість живонароджених на 1 тис. осіб наявного населення, проміле; планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів на 10 тис. осіб населення, відвідувань за зміну; кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу на 100 тис. осіб населення, осіб. Відповідальним органом для подання даних визначено Державну службу статистики України [27].

Відповідно до звіту про результати моніторингу та оцінки результативності реалізації державної регіональної політики у 2018 році [28], більшість завдань Стратегії залишалися не виконаними (табл. 4.10). Серед проблемних питань реалізації Стратегії укладачі звіту зазначили: не прогнозованість джерел фінансування (забезпечення фінансування Мінфіном на 71% від передбаченого у державному бюджеті обсягу коштів, відсутність залучення коштів міністерств, інших центральних органів виконавчої влади в межах відповідних бюджетних програм); відсутність чіткого визначення джерел фінансування передбачених Стратегією 199 завдань; недовіра чинних державних цільових програм; незадовільна координація діяльності центральних та місцевих органів влади з питань реалізації державної регіональної політики [28, с. 8].

Таблиця 4.10

Завдання і результати досягнення цілі «Створення умов для формування здорового населення» у 2018 році*

Завдання щодо досягнення стратегічної цілі	Результати виконання завдань
Формування мережі амбулаторій, наближених до місць проживання населення, у сільській місцевості та містах (відповідно до нормативу забезпеченості)	Затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги

Забезпечення закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, відповідним обладнанням, транспортними засобами та кадрами	Використано 790,2 млн. грн на реалізацію 1031 проекту (з передбаченої суми 1 млрд. гривень) на фінансування заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості
Підвищення якості надання первинної медичної допомоги	Відсутня інформація
Розширення мережі амбулаторій — структурних або відокремлених структурних підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги	Створено 517 нових сучасних амбулаторій з 4223 запланованих. Придбано 513 службових автомобілів за рахунок субвенції на розвиток медицини у сільській місцевості
Профілактика та забезпечення раннього виявлення захворювань, насамперед серед населення, що мешкає в сільській місцевості	Відсутня інформація
Підвищення рівня ефективності використання ресурсів, якості та доступності вторинної та третинної медичної допомоги	Відсутня інформація
Модернізація системи екстреної (швидкої) медичної допомоги в регіонах, зокрема шляхом утворення центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з мережею їх відділень і пунктів постійного та тимчасового базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, централізованих оперативно-диспетчерських служб екстреної медичної допомоги	Відсутня інформація
Приведення ліжкового фонду закладів охорони здоров'я у відповідність з потребами населення регіону	Відсутня інформація
Забезпечення створення та функціонування перинатальних центрів другого рівня перинатальної допомоги згідно із затвердженими регіональними планами розвитку сфери надання перинатальної допомоги	Відсутня інформація
Створення належних умов праці медичних працівників у сільській місцевості (насамперед молодих спеціалістів), забезпечення їх земельними ділянками, житлом, установлення місцевих надбавок до заробітної плати та здійснення інших стимулюючих заходів	Відсутня інформація

*Складено автором на основі [26; 28]

Відповідно до визначених критеріїв результативності реалізації «Стратегії регіонального розвитку до 2020 року» досягненні показники можна вважати незадовільними, оскільки загальний коефіцієнт смертності протягом 2018-2020 років зріс на 7,4%, середня очікувана тривалість життя майже не змінилися, кількість живонароджених дітей скоротилася на 10,3%, ємність амбулаторно-поліклінічних закладів зросла на 0,9% (табл. 4.11).

**Результати моніторингу соціально-економічного розвитку регіонів за
2018-2020 роки за напрямом «Доступність та якість послуг у сфері
охорони здоров'я»***

Показники	Роки			Темп зростання 2020 р. до 2018 р., %
	2018	2019	2020	
Загальний коефіцієнт смертності на 1 тис. осіб наявного населення	14,8	14,7	15,9	+7,4
Середня очікувана тривалість життя при народженні, років	71,98	71,76	72,01	0,0
Кількість живонароджених на 1 тис. осіб наявного населення, проміле	8,7	8,1	7,8	-10,3
Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів на 10 тис. осіб населення, відвідувань за зміну	218,6	220,1	220,5	+0,9
Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу на 100 тис. осіб населення, осіб	52,0	50,6	49,3	-5,2

*Складено автором на основі [29]

Таким чином, реалізація завдань «Стратегії регіонального розвитку до 2020 року» за напрямом «Створення умов для формування здорового населення» була не ефективною, що обумовлено невизначеністю основного виконавця поставлених завдань, незадовільним фінансуванням програмних дій, відсутністю взаємозв'язку визначених завдань з заходами реформування галузі, що виконувались у цей період часу МОЗ і НСЗУ.

Стратегія сталого розвитку «Україна-2020» [30] у межах так званого «вектору відповідальності» передбачала реалізацію реформи системи охорони здоров'я і програми здорового способу життя та довголіття. Орієнтиром, при цьому, було обрано програму Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2020», а у якості стратегічного індикатора реалізації стратегії реформування системи охорони здоров'я і виконання програми здорового способу життя та довголіття визначено підвищення середньої тривалості життя людини на 3 роки [88, с. 114]. Слід також зазначити, що Стратегія сталого розвитку «Україна-2020» не містить ні стратегічних завдань, ні

відповідальних виконавців, ні оцінки ризиків її реалізації.

У моніторинговому звіті щодо результатів Стратегії сталого розвитку «Україна-2020» [31], розробленому Державною службою статистики України на основі даних державних статистичних спостережень, інформації органів державної влади, наукових установ і міжнародних організацій показники основного (і єдиного) індикатора результативності не наведені.

Натомість наведено інформацію про материнську і дитячу смертність, кількість хворих з уперше в житті встановленими діагнозами ВІЛ і активний туберкульоз, кількість смертей від цереброваскулярних хвороб у віці 30-59 років, кількість смертей жінок від злоякісних новоутворень у віці 30-59 років, імовірність померти у 20-64 роки, кількість смертей унаслідок транспортних нещасних випадків, рівень імунізації населення згідно з календарем профілактичних щеплень, частка молодих осіб, які курять, частка витрат населення у загальних видатках на охорону здоров'я (табл. 4.12).

Половина наведених показників мала негативну динаміку, при цьому найбільшою мірою погіршилось становище з материнською смертністю, кількістю курців серед молодих жінок і рівнем вакцинації дорослих від дифтерії. Позитивною динамікою характеризувались показники вакцинації дітей від хіб-інфекції та кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу. Таким чином, можна вважати визначену ціль «Міцне здоров'я і благополуччя» Стратегії сталого розвитку «Україна-2020» не досягнутою, особливо стосовно збільшення тривалості життя (див. табл. 4.11), хоча відповідні дані у Моніторингу не наведені.

Таблиця 4.12

Динаміка показників стану здоров'я населення у результаті реалізації заходів щодо досягнення цілі «Міцне здоров'я і благополуччя» у межах Стратегії сталого розвитку «Україна-2020» протягом 2018-2020 років*

Показники	Роки				Темп зростання 2020 р. до 2018 р., %
	2018	2019	Ціль на 2020	2020	
Кількість випадків материнської	12,5	14,9	11,8	18,7	+49,6

смерті, на 100 000 живонароджених						
Смертність дітей у віці до 5 років, випадків на 1000 живонароджених		8,3	8,2	8,5	7,8	-6,0
Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ, на 100 000 населення		40,8	42,6	30,9	41,1	+0,7
Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу, на 100 000 населення		50,5	49,2	51,7	34,3	-32,1
Кількість смертей чоловіків від цереброваскулярних хвороб у віці 30-59 років, на 100 000 чоловіків відповідного віку		62,1	57,3	56,2	60,8	-2,1
Кількість смертей жінок від цереброваскулярних хвороб у віці 30-59 років, на 100 000 жінок відповідного віку		25,5	23,4	25,5	24,9	-2,4
Кількість смертей жінок від злоякісного новоутворення молочної залози у віці 30-59 років, на 100 000 жінок відповідного віку		24,1	22,6	23,0	22,1	-8,3
Кількість смертей жінок від злоякісного новоутворення шийки матки у віці 30-59 років, на 100 000 жінок відповідного віку		11,5	11,7	10,1	11,6	+0,9
Імовірність померти у 20-64 роки, чоловіки		0,38675	0,38088	0,36000	0,39129	+1,2
Імовірність померти у 20-64 роки, жінки		0,15010	0,14536	0,15000	0,15884	+5,8
Кількість смертей унаслідок транспортних нещасних випадків, на 100 000 населення		10,5	10,9	11,0	10,7	+1,9
Рівень імунізації населення згідно з календарем профілактичних щеплень, %						
інфекційне захворювання	вікова група					в.п.
туберкульоз	до 1 року	90,1	88,6	-	88,8	-1,3
гепатит В	до 1 року	67,0	77,0	-	79,8	+12,8
кір, паротит, краснуха	1 рік	91,0	93,2	-	83,3	-7,7
	6 років	89,5	91,7	-	83,4	-6,1
дифтерія, правець	до 1 року	69,3	80,5	-	80,1	+10,8
	18 місяців	66,1	80,5	-	78,1	+12,0
	6 років	83,4	72,9	-	77,5	-5,9
	16 років	77,9	91,5	-	73,6	-4,3

Продовження табл. 4.12

Показники	Роки				Темп зростання 2020 р. до 2018 р., %
	2018	2019	Ціль на 2020	2020	

	дорослі	55,6	83,4	-	47,0	-8,6
кашлюк	до 1 року	69,3	80,5	-	80,1	+10,8
	18 місяців	66,1	80,5	-	78,1	+12,0
поліомієліт	до 1 року	71,1	78,4	-	83,0	+11,9
	18 місяців	67,8	78,7	-	83,0	+15,2
	6 років	81,3	80,3	-	81,7	+0,4
	14 років	80,2	80,9	-	81,8	+1,6
хіб-інфекція	до 1 року	52,5	76,5	-	85,1	+32,6
	1 рік	57,7	80,0	-	83,6	+25,9
						%
Частка осіб, які курять, серед жінок віком 16-29 років, %		4,8	7,5	4,5	5,6	+16,7
Частка осіб, які курять, серед чоловіків віком 16-29 років, %		27,9	29,3	27,0	25,1	-10,0
Частка витрат населення у загальних видатках на охорону здоров'я, %		49,74	49,22	40,00	-	

*Складено автором на основі [31, с. 19-27]

Повністю підтримуємо критику змісту і структури Стратегії сталого розвитку «Україна-2020» від Президента НАДУ при Президентові України В. Куйбіди [32], серед основних моментів якої слід зазначити:

- завелика кількість задекларованих в документі реформ і програм розвитку, одночасна реалізація яких може значно погіршити державне управління і загальмувати економічний розвиток України;

- некоректне застосування терміну «сталий розвиток», сутність якого полягає у застосуванні, пере усім, природно-захисних зусиль в контексті збалансованого соціально-економічного розвитку держави, що не може забезпечити ефективного антикризового управління національною економікою;

- текст «Стратегії» містить лише перелік реформ, які запропоновано здійснити в державі, і не містить обґрунтованої концепції соціально-економічного розвитку, тобто носить декларативний характер;

- відсутність визначення пріоритетних напрямів розвитку;

- відсутність залучення до процесу розроблення «Стратегії» фахівців і експертів різних галузей науки і виробництва, а також українського суспільства.

Ще один варіант стратегічного плану розвитку сектору охорони здоров'я

розміщено на сайті Асоціації міст України у розділі «Галузевий діалог» [48]. У документі зазначено основні проблеми сектору, бачення майбутнього стану первинної медичної і соціальної допомоги, три стратегічні цілі, оперативні цілі і план їх досягнення, очікувані результати, можливі загрози і перешкоди. При цьому не вказано розробників і виконавців, інформацію про затвердження документу, характеристики моніторингу результатів, період часу реалізації вказаної стратегії, хоча з наведених оперативних цілей можна зрозуміти, що періодом реалізації заходів є 2017-2020 роки (табл. 4.13).

Таблиця 4.13

Оперативні цілі стратегії розвитку сектору «Охорона здоров'я» (базовий рівень) та план їх досягнення*

№	Ціль	Терміни досягнення	Відмітка про виконання
Стратегічна ціль 1. Створити умови для впровадження в Україні системи солідарної відповідальності в охороні здоров'я			
1.1	Розроблення і затвердження Методики розрахунку вартості медичних послуг	2017-2020	Виконано
1.2	Здійснення фінансування галузі з розрахунку наданих медичних послуг на договірній основі	2018-2020	Виконано
1.3	Запровадження механізму реімбурсації лікарських засобів на національному (державні програми) та місцевому (місцеві програми) рівні	2017-2020	Частково виконано
1.4	Прийняття закону про загальнообов'язкове медичне страхування.	2021	Не виконано
Стратегічна ціль 2. Запровадити нові підходи до фінансування галузі, спрямовані на оплату медичних послуг, а не утримання мережі медичних закладів			
2.1	Створення законодавчої бази та умов для автономізації закладів охорони здоров'я з метою надання в них медичних послуг відповідно до потреб громади	2017	Виконано
2.2	Запровадження соціальних стандартів і нормативів в галузі в описовому та вартісному варіантах, зокрема, стандарту надання первинної медичної допомоги, паліативної допомоги, стандарту денного та стаціонарного догляду	2018	Частково виконано

Продовження табл. 4.13

№	Ціль	Терміни досягнення	Відмітка про виконання
2.3	Впровадження гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги	Щорічно	Виконано
2.4	Оптимізація (перепрофілювання) мережі закладів охорони здоров'я	2017-2020	Не виконано
Стратегічна ціль 3. Покращити якість надання медичної допомоги та здоров'я населення			

3.1.	Забезпечення прозорості та підзвітності шляхом упровадження нової системи моніторингу та контролю якості медичної допомоги	2020	Не виконано
3.2	Запровадження практики міжсекторального співробітництва в охороні здоров'я на первинному рівні	2018	Інформація відсутня
3.3	Запровадження ефективної системи профілактики захворюваності на первинному рівні	2018	Не виконано
3.4	Створення сучасної системи управління медичною інформацією в межах єдиного загальнонаціонального медичного простору	2019-2020	Частково виконано
3.5	Перехід до оплати праці працівників галузі залежно від навантаження, інтенсивності та результатів, створення системи мотивації	2018	Не виконано

*Зі змінами автора на основі [48; 38]

За інформацією, наведеною у звітах НЗСУ [38], можна констатувати, що 39% із запланованих цілей не були досягнуті, 31% завдань виконано в повному обсязі і 23% – частково.

Отже, функціонування, розвиток і реформування сфери охорони здоров'я протягом 2015-2020 років відбувалися поза межами стратегічного планування, яке передбачає визначення довгострокових пріоритетів розвитку галузі (понад п'ять років) на основі урахування тенденцій науково-технічного прогресу і ринку медичних послуг, заходів щодо досягнення стратегічних цілей і ресурсів, необхідних для їх реалізації, а також підходів до здійснення моніторингу досягнення визначених стратегічних цілей.

На відміну від стратегічного плану стратегічні програми розробляють на середньостроковий період (3-5 років) з метою конкретизації переліку дій, реалізація яких повинна забезпечити виконання стратегічних планів. Як свідчить аналіз, усі наведені вище стратегічні плани за терміном дії відповідають характеристиці стратегічних програм. Одним з прикладів таких програм є плани пріоритетних дій Уряду, що розробляються на 4-5 років і передбачають складання відповідних звітів.

У вступній частині Середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року [33, с. 26] у межах цільового напрямку «Розвиток людського капіталу» одним з ключових пріоритетів визначено формування та реалізацію ефективної політики у сфері охорони здоров'я, основними складовими якої є:

створення нової системи організації охорони здоров'я на засадах медичного страхування, розвиток системи громадського здоров'я, підвищення рівня доступності лікарських засобів, реформування системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, удосконалення надання високоспеціалізованої медичної допомоги (табл. 4.14) [89, с. 162].

При цьому ключовим показником досягнення цілі «Розвиток людського капіталу» за напрямом «Формування та реалізація ефективної політики у сфері охорони здоров'я» до 2020 року було визначено зменшення рівня смертності на 10%.

Таблиця 4.14

Сутність завдань з формування та реалізації ефективної політики у сфері охорони здоров'я відповідно до Середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року*

Пріоритетні дії	Короткий опис
Створення нової системи організації охорони здоров'я на засадах медичного страхування	Створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у разі хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості медичної допомоги та підвищення ефективності процесу її надання
Розвиток системи громадського здоров'я	Орієнтація системи охорони здоров'я на збереження та зміцнення здоров'я, збільшення тривалості та покращення якості життя, запобігання захворюванням, продовження активного та працездатного віку і відповідно зменшення економічного навантаження на бюджет охорони здоров'я
Підвищення рівня доступності лікарських засобів	Запровадження механізму відшкодування вартості основних лікарських засобів, включених до Національного переліку основних лікарських засобів; реформування принципів державного регулювання цін на лікарські засоби з урахуванням досвіду та принципів ЄС

Пріоритетні дії	Короткий опис
Реформування системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	Запровадження нового підходу до надання екстреної медичної допомоги та покращення ефективності надання екстреної медичної допомоги населенню
Удосконалення надання високоспеціалізованої медичної допомоги	Удосконалення організації надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам із серцево-судинною патологією, гострим інфарктом міокарда та судинно-мозковою недостатністю. Надання якісної високоспеціалізованої медичної допомоги населенню шляхом збільшення кількості трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, їх доступності, якості та безпечності; створення національного організаційно-методичного центру трансплантації та державних трансплантаційних округів

*Складено автором на основі [33, с. 27]

Розміщені на офіційному веб-сайті КМУ звіти Уряду за 2017-2020 роки [34] не містять інформації щодо досягнення ключового показника. За даними Державної служби статистики зменшення рівня смертності на 10% протягом зазначеного періоду не відбулося (див. табл. 4.11). Навіть, якщо визнати стрімке поширення COVID-19 основною причиною зростання на 7,4% рівня смертності у 2020 році, то протягом 2017-2019 років зменшення показника становило лише 1,5%, що дуже відрізняється від бажаного результату.

У звітах Уряду за 2017-2020 роки наведено таку інформацію:

– 2017 рік – створення системи eHealf; початок створення Національної служби здоров'я; кількість аптек, що задіяні в програмі «Доступні ліки», кількість рецептів, за якими здійснено відшкодування; сума відшкодованих коштів;

– 2018 рік – створення НСЗУ, кількість укладених договорів між медичними закладами і НСЗУ; приклади підвищення заробітної плати медичних працівників; кількісні показники програми «Доступні ліки»; кількість закуплених стент-систем і планові суми фінансування за програмою «Рятуємо серця України»;

– 2019 рік – прийняття низки актів, спрямованих на боротьбу з

інфекційними та неінфекційними захворюваннями; забезпечення лабораторії ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» сучасними діагностичними препаратами для досліджень зразків від хворих на гарячки Західного Нілу, денге, Чікунгунья, Зіка, Ебола, Крим-Конго геморагічної гарячки, а також кліщового енцефаліту і геморагічної гарячки з нирковим синдромом; продовження реалізації Урядової програми «Доступні ліки»; запровадження електронних медичних карток у тестовому режимі; оновлення автопарку спеціалізованого санітарного транспорту (433 автомобіля); завершено тендери на закупівлю манекенів для оснащення навчально-тренувальних підрозділів центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф шести регіонів;

– 2020 рік – продовження розбудови електронної системи охорони здоров'я; модернізація ліцензійного реєстру МОЗ; заходи з протидії поширенню COVID-19; підвищення заробітної плати медпрацівників; надання медичної допомоги за понад 30 пакетами медичних послуг; розроблення функціоналу електронних медичних висновків про народження; створення умов для справедливого розподілу випускників закладів вищої освіти для проходження інтернатури – розподіл за рейтингом; врегулювання системи атестації середнього медичного персоналу; забезпечення готовності закладів охорони здоров'я до прийому хворих із гострою респіраторною хворобою COVID-19; зменшення рівня смертності від новоутворень у 2020 році на 0,36 тис. порівняно з попереднім роком; ремонт і реконструкція приймальних відділень під відділення екстреної медичної допомоги 212-ти опорних лікарень.

Перші два звіти подано у вигляді інфографіки (слайдів). Звіт за 2019 рік містить більше інформації про заплановані дії на майбутнє, ніж про досягнуті результати. Лише звіт за 2020 рік має структуру, яка є наближеною до планового документу (див. табл. 4.14), тобто має такі підрозділи (пріоритети): медична реформа, громадське здоров'я, спеціалізована медицина, доступні та якісні лікарські засоби.

У імплементаційній частині вищезазначеного середньострокового плану

у якості мети, яку передбачалося досягнути до кінця 2017 року, було визначено «запровадження нових методів фінансування первинної допомоги з використанням нормативу на одного жителя, визначення гарантованого пакета послуг, а також фінансування спеціалізованої допомоги за принципами глобального бюджету, забезпечення доступу до якісної первинної медичної допомоги для всього населення України» [33, с. 169]. Зазначена мета досягнута також не була, оскільки перший етап реформування системи охорони здоров'я (створення НЗСУ, укладання медичними закладами ПМД договорів з НЗСУ, підписання декларацій з сімейними лікарями) розпочався у 2018 році.

Завданнями на середньострокову перспективу було визначено:

- створення та запровадження нової моделі фінансування із забезпеченням чітких і прозорих гарантій держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги;
- покращення фінансового захисту громадян у випадку хвороби;
- забезпечення ефективного і справедливого розподілу публічних коштів;
- скорочення неформальних платежів;
- стимулювання поліпшення якості медичної допомоги та підвищення ефективності процесу її надання [89, с. 163].

Цільові кількісні показники, яких були заплановані до кінця 2017 року і в середньостроковій перспективі, а також відповідні звітні дані наведено у табл. 4.15.

Як свідчать статистичні дані, яких у звітних документах [34] не наведено, фактична середня тривалість госпіталізації протягом 2017-2020 років перевищувала планові показники, фактичний рівень госпіталізації пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (випадків на 1000 населення) протягом 2017-2019 років перевищував планові показники і лише у 2020 році був меншим. Кількість лікарів первинної ланки, що надавали послуги первинної медичної допомоги згідно з договорами, укладеними із населенням, у 2017 і 2018 році не відповідала запланованим обсягам, але починаючи з 2019

року значно збільшилась і перевищила заплановані показники.

Таблиця 4.15

**Результати запровадження реформи фінансування системи охорони
здоров'я за період 2017-2020 років***

Показник	Роки							
	2017		2018		2019		2020	
	план ¹	звіт ²	план	звіт	план	звіт	план	звіт
Середня тривалість госпіталізації, днів	11	11,04	10,5	10,9	9,5	10,6	9,2	10,1
Рівень госпіталізації пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (випадків на 1000 населення)	36,0	52,9	35,0	36,6	33,0	38,5	30	23,8
Лікарі первинної ланки, що надають послуги первинної медичної допомоги згідно з договорами, укладеними із населенням, осіб	7000	-	10 000	4 206	15 000	22 718	20 000	23 489

* Складено автором на основі: ¹ [33, с. 170]; ²[35; 36; 37; 38]

У якості моделі фінансування системи охорони здоров'я в документі обрано обов'язкове медичне страхування з оплатою індивідуальних внесків як нарахувань на фонд заробітної плати, після запровадження якого медичні заклади перейдуть на договірні стосунки з державою і конкурентні умови розподілу коштів державного медичного страхування. Як свідчить подальший розвиток подій, обрана модель фінансування системи охорони здоров'я виявилася неефективною, оскільки галузь відчувала протягом досліджуваного періоду нестачу фінансових ресурсів. Таким чином, результати реалізації середньострокових дій Уряду протягом 2017-2020 років за напрямом «Створення нової системи організації охорони здоров'я на засадах медичного страхування» можна вважати незадовільними, оскільки цільові показники здебільшого не були досягнуті, а обрана модель фінансування системи охорони здоров'я виявилася неспроможною задовольнити потребу галузі у фінансових ресурсах [89, с. 164].

Мета розвитку громадського здоров'я, досягнення якої передбачалося за

період 2017-2020 років, полягала на короткострокову перспективу в гармонізації відповідної законодавчої і нормативно-правової бази, переданні певних функцій органам місцевого самоврядування, впровадженні автоматизованої системи обліку в службі крові, запуску оновлених спеціальних мобільних протиепідемічних бригад. Середньостроковий план передбачав запровадження нової моделі системи громадського здоров'я, яка орієнтована на збереження та зміцнення здоров'я, зниження смертності та покращення якості життя.

Цільовими показниками визначено:

- зменшення кількості хворих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ до 30,9 та туберкульозу до 51,7 на 100 тис. населення;
- збільшення рівня охоплення імунопрофілактикою до 95%;
- наближення рівня добровільного безоплатного донорства до 100%;
- створення структури національної системи крові [33, с. 169].

Незрозумілими є встановлені цільові показники щодо кількості хворих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ та туберкульозу на 100 тис. населення, оскільки звітні дані є набагато меншими, відповідно наявній статистичній звітності (табл. 4.16).

Таблиця 4.16

**Динаміка деяких цільових показників розвитку громадського здоров'я
за 2017-2020 роки***

Показники	Роки			
	2017	2018	2019	2020
Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ (на 100 тис. населення) ¹	24,1	22,9	19,5	10,9
Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом туберкульозу (на 100 тис. населення) ²	28,8	29,1	29,5	20,7
Загальна кількість хворих з діагнозом туберкульозу (на 100 тис. населення) ³	76,6	74,0	69,4	62,1 (9 міс.)

*Складено автором на основі: ¹ [40, с. 38]; ² [35]; ³ [39, с. 6]

Встановленого у плановому документі бажаного рівня охоплення населення імунопрофілактикою за досліджуваний період досягнуто не було

(див. табл. 4.12).

У результаті дослідження ринку служби крові України, Л. Хоменко і співавтори [41, с. 111] зазначають, що в Україні отримується близько 6 мл донорської крові на 1 мешканця, хоча за критеріями ВООЗ, кожна країна має отримувати щорічно 15 мл крові на 1 мешканця (рис. 4.11).

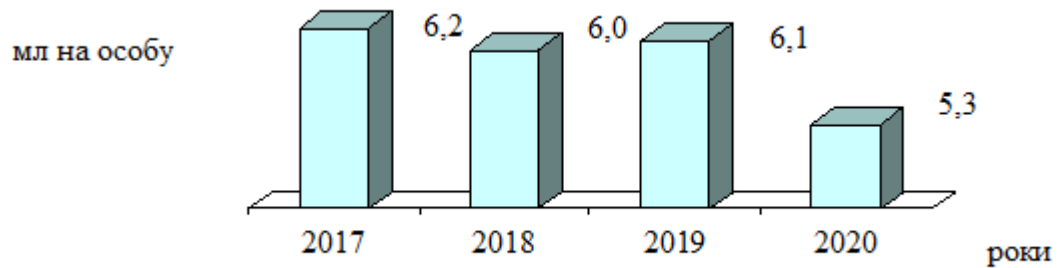


Рис. 4.11. Заготівля донорської крові на одного мешканця в Україні у 2017-2020 роках*

*Складено автором на основі [41, с. 112]

Таким чином, цільовий показник щодо наближення рівня добровільного безоплатного донорства до 100% можна вважати не досягнутим. Створення структури національної системи крові протягом 2017-2020 років не відбулося. Як зазначив заступник генерального директора Українського центру трансплант-координації О. Сергієнко [43], станом на листопад 2021 року уряд ухвалив Національний реєстр донорів крові [42], але технічне завдання щодо його функцій перебувало у в розробці.

Національна система крові на цей момент була представлена центрами крові і близько 360 органами охорони здоров'я, які самостійно заготовляють донорську кров. При цьому більшість з них не мали потрібних умов для обробки крові (лейкофільтрації, вірус-інактивації, кріопреципітації), що значно погіршує належну і безпеку отриманих компонентів крові.

Таким чином, результати реалізації середньострокових дій Уряду протягом 2017-2020 років за напрямом «Розвиток системи громадського здоров'я» можна також вважати незадовільними, оскільки цільові показники

здебільшого не були досягнуті.

У напрямку підвищення рівня доступності лікарських засобів було встановлено мету щодо запровадження системи відшкодування вартості основних лікарських засобів, включених до Національного переліку основних лікарських засобів, задля зменшення відповідних видатків домогосподарств. При цьому у якості цільових показників зазначено:

- збільшення доступності медичної допомоги під час лікування пріоритетних хвороб, захворювань та станів завдяки застосуванню програм відшкодування вартості лікарських засобів;

- зменшення споживання лікарських засобів, які не є життєво необхідними.

- зменшення на 20% показники смертності, інвалідності та викликів швидкої допомоги через гіпертонію та цукровий діабет [33, с. 175].

У звітах Уряду за 2017 і 2018 роки зазначено позитивну динаміку кількості рецептів, за якими здійснено погашення коштів на лікарські засоби. У звіті за 2019 рік зазначено, що за програмою «Доступні ліки» було виписано 5,2 млн. рецептів у розрізі нозологій: бронхіальна астма – 162 499 рецептів, серцево-судинні захворювання – 4 192 556 рецептів, цукровий діабет – 851 677 рецептів, але це не можна вважати загальною кількістю рецептів. У звіті за 2020 рік такої інформації в загалі не наведено [34]. Одночасно у першому звіті НСЗУ за 2018 рік ці дані відсутні, а звіти за 2019 і 2020 роки [38] містять дані, які є значно меншими, хоча і зберігають позитивну динаміку (табл. 4.17).

Показники зменшення споживання лікарських засобів, які не є життєво необхідними, у звітних документах не відображено. Також у статистичній інформації не має показника «зменшення рівня смертності, інвалідності та викликів швидкої допомоги через гіпертонію та цукровий діабет». Натомість у медичній статистичній інформації [35], починаючи з 2018 року обліковується показник «структура госпіталізованих хворих», динаміка якого протягом 2018-2020 років є негативною. Тобто останній з цільових кількісних показників можна вважати досягнутим.

Таблиця 4.17

**Результати реалізації дій Уряду щодо підвищення рівня доступності
лікарських засобів протягом 2017-2022 років***

Показники	Роки			
	2017	2018	2019	2020
Кількість рецептів, за якими здійснено відшкодування коштів, млн од.	13,9 ¹	18,0 ¹	9,3 ²	11,8 ²
Кількість госпіталізованих з діагнозом гіпертонія (на 100 тис. населення) ³	...	460,20	444,37	263,76
Кількість госпіталізованих з діагнозом цукровий діабет (на 100 тис. населення) ³	...	438,73	441,05	250,14

*Складено автором на основі: ¹ [34]; ² [38]; ³ [35]

Таким чином, результати реалізації середньострокових дій Уряду протягом 2017-2020 років за напрямом «Підвищення рівня доступності лікарських засобів» можна вважати задовільними, не зважаючи на певні невідповідності у збиранні й обробці статистичної інформації.

Цілями реформування системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Середньостроковому плані пріоритетних дій Уряду до 2020 року було визначено:

- забезпечення своєчасною та якісною екстреною медичною допомогою населення України;
- утворення оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з GPS-технологіями;
- оновлення автопарку центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;
- підвищення рівня компетенції медичних працівників системи екстреної медичної допомоги [89, с. 165].

Цільові кількісні показники:

- завершення утворення оперативно-диспетчерських служб з GPS-технологіями у всіх областях України;
- закупівля 2004 одиниці спеціалізованого санітарного транспорту

(типу В – 1488 одиниць, типу С – 516 одиниць) [33, с. 177].

Серед чотирьох звітів Уряду 2017-2020 років [34] лише звіт за 2019 рік містить інформацію щодо виконання вищезазначених дій, а саме завершення у грудні тендерів на закупівлю автомобілів для Вінницької (86 од.), Донецької (44 од.), Одеської (139 од.), Полтавської (92од.), Тернопільської (42 од.) областей та м. Києва (39 од.). Загалом 433 автомобілі, що не відповідає встановленому плановому показнику. До інформаційно-аналітичної системи «Централь 103» підключено 9 областей (Чернігівська, Кропивницька, Івано-Франківська, Рівненська, Запорізька, Хмельницька, Львівська, Житомирська та Полтавська області). Отже, кількість регіонів, в яких працюють нові центральні оперативно-диспетчерські служби екстреної медичної допомоги, збільшено до 16, хоча у плановому документі цільовий показник включав усі області України. Таким чином, і за цим напрямом цільові показники не досягнуті.

Удосконалення надання високоспеціалізованої медичної допомоги, відповідно до Середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року [33, с. 179] передбачалося здійснювати за двома напрямками: боротьба із серцево-судинними і судинно-мозковими захворюваннями та розвиток служби трансплантації. Метою першого напрямку визначено: зниження показників інвалідності та смертності від ускладнень, зниження коефіцієнту смертності дітей у віці до 1 року з вродженими вадами серця, збільшення тривалості і підвищення якості життя пацієнтів.

Цільові кількісні показники досягнуті результати за першим напрямом наведено у табл. 4.18.

Інформацію щодо досягнення зазначених цільових показників у звітах Уряду не наведено [34], за виключенням звіту за 2018 рік, у якому зазначено закупівлю близько 24 тис. стен-систем за кошти державного бюджету.

Таблиця 4.18

Планові і фактичні результати реалізації заходів з боротьби із серцево-судинними і судинно-мозковими захворюваннями

протягом 2017-2020 років*

Основні діагностичні і лікувальні процедури	2017 рік		2018 рік		2019 рік ²	2020 рік ²
	план ¹	факт ²	план ¹	факт ²		
Кількість проведених коронарографій пацієнтам із симптомами стабільної ішемічної хвороби серця	30 000	...	35 000	...	...	...
Кількість первинних коронарних стентувань (механічна реперфузійна терапія пацієнтів з гострим інфарктом міокарда)	15 000	13 067	18 000	16 610	20 439	21 043
Кількість оперативних кардіохірургічних втручань	30 000	33 631	35 000	40 678	48 214	45 954
Кількість внутрішньовенних тромболітичних втручань при гострому ішемічному інсульті	500	501	1000	772	1 019	987

*Складено автором на основі: ¹ [33, с. 180]; ² [35]

Проте, інформація, наведена у статистичних довідниках [35] свідчить про позитивну динаміку кількості оперативних кардіохірургічних втручань протягом 2017-2020 років, хоча кількість первинних коронарних стентувань у перші два роки досліджуваного періоду є меншою за цільові показники. Зменшення кількості операцій у 2020 році було пов'язано з поширенням COVID-19, у зв'язку з чим деякі планові операції були відмінені.

Розвиток служби трансплантації передбачав: збільшення кількості трансплантацій органів та інших анатомічних матеріалів; утворення Національного організаційно-методичного центру трансплантації; створення державних трансплантаційних округів. Цільовими показниками визначено:

- збільшення кількості пересадок органів у 2017 році до 200 та інших анатомічних матеріалів (кістковий мозок) до 200;
- створення у 2017 році Національного організаційно-методичного центру трансплантації;
- створення до 2020 року державних трансплантаційних округів на базі державної установи «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова» Національної академії медичних наук та у м. Запоріжжі;

– збільшення до 2020 року до 350-400 пересадок органів та інших анатомічних матеріалів (кістковий мозок) до 350-400 [89, с. 166].

За даними МОЗ цільових показників щодо збільшення кількості операцій по пересадці органів досягнуто не було (табл. 4.19). Протягом досліджуваного періоду кількість пацієнтів, які направляли на лікування за кордон суттєво перебільшувало кількість проведених трансплантаційних операцій в українських клініках.

Таблиця 4.19

**Динаміка показників розвитку служби трансплантації
за 2017-2020 роки***

Показники	Роки			
	2017	2018	2019	2020
Кількість пересадок органів та інших анатомічних матеріалів, од.	127	129	78	181
Кількість пацієнтів, направлених за кордон для пересадки органів, осіб	226 ²	278 ²	440 ²	316 ³

*Складено автором на основі: ² [44, с. 6]; ³ [45]

Також у 2017 році не було створено Національний організаційно-методичний центр трансплантації, хоча прийняття змін до Закону «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 20.12.2019 року стало поворотним моментом у трансплантації. Але система не запрацювала з огляду на низку об'єктивних причин, як-то: відсутність донорів-реципієнтів, електронного інструменту підбору пари та центрів трансплантації (Єдиної державної інформаційної системи трансплантації), відсутність у достатній кількості обладнання, що діагностують смерть мозку. Розбудова галузі почалась лише у 2020 році. Лише у серпні 2021 року Єдина державна інформаційна система трансплантації почала повноцінно працювати [46]. У 2020 році Уряд розширив перелік закладів, які можуть проводити трансплантацію органів до 12 (9 – органна трансплантація, 3 – трансплантація кісткового мозку), у 2021 році було вже 27 центрів трансплантації [47]. Але попри це, цілі щодо удосконалення надання високоспеціалізованої медичної допомоги протягом 2017-2020 років можна вважати не досягнутими.

Таким чином, з п'яти пріоритетних напрямів формування і реалізації ефективної політики у сфері охорони здоров'я, зазначених у Середньостроковому плані пріоритетних дій Уряду до 2020 року, позитивні результати були досягнуті лише за одним напрямом – підвищення рівня доступності лікарських засобів, а інформація, наведена у звітах Уряду, не відповідає плановому документу у розрізі встановлених цільових показників. Складається враження, що планові і звітні документи розробляли різні відомства, хоча логічним є припущення про безпосередню участь МОЗ і у плануванні, і у підготовці звітів як одного з основних виконавців визначених завдань.

Окрім планування дій щодо реформування системи охорони здоров'я МОЗ планує і звітує про виконання паспорта щорічних бюджетних програм та діяльності Національної ради з питань протидії туберкульозу і ВІЛ/СНІД. Усі тактичні плани і звіти за цими напрямами роботи розміщено на офіційному сайті МОЗ. При цьому такої невідповідності між запланованими завданнями і отриманими результатами, як у випадку з діями Уряду, не спостерігається, що свідчить про наявність певних проблем у МОЗ при здійсненні довго- і середньострокового планування.

Отже, напрямами вдосконалення процесів розроблення і реалізації стратегічних планів і програм розвитку сфери охорони здоров'я, а також моніторингу результатів їх реалізації повинні бути: закріплення функцій з розроблення стратегічних планових документів на довго- і середньострокову перспективу за МОЗ; забезпечення відповідності напрямів стратегічного управління галуззю стратегічним цілям її розвитку, що наводяться в загальнонаціональних стратегіях розвитку; закріплення функцій з періодичного моніторингу реалізації стратегічних планів і програм за тим самим підрозділом МОЗ, який розробляє планові документи; розміщення звітів про виконання запланованих завдань на сайті МОЗ.

4.3. Оцінка доцільності основних векторів «стратегії розвитку

системи охорони здоров'я до 2030 року»

Колегія Міністерства охорони здоров'я 13 лютого 2023 року затвердила Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [54], яка була розроблена на виконання Указу Президента «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [56] міжсекторальною робочою групою із залученням понад 80 експертів, серед яких були представники органів влади, інститутів громадянського суспільства та міжнародних організацій [92, с. 68].

У грудні 2022 року за сприяння Національного Демократичного Інституту, Коаліції Реанімаційний Пакет Реформ та Інституту «Республіка» МОЗ проводило низку консультацій з метою збирання і опрацювання рекомендацій від зацікавлених осіб для подальшого доопрацювання Стратегії. У якості зацікавлених сторін виступали: керівники медичних закладів, лікарі, профільні асоціації, пацієнти, експерти і науковці, працівники і студенти медичних навчальних закладів, представники бізнесу [57].

Розроблення стратегії розвитку сфери охорони здоров'я є важливим завданням державного управління, оскільки вона дозволяє забезпечити ефективне створення і розподіл обмежених ресурсів, що використовуються під час виконання заходів у межах найбільш пріоритетних напрямів реформування і відбудови галузі. Визначення пріоритетів розвитку сфери охорони здоров'я, останнім часом, є однією з найбільш обговорюваних в наукових і професійних колах тем, що пов'язано з необхідністю врахування низки нових викликів і розв'язання проблем, накопичених впродовж реалізації реформи галузі [92, с. 68]. Серед українських науковців, які приділяють увагу вказаним проблемам, можна зазначити: В. Галай [65] (визначення пріоритетів при розробці положень Стратегії реформування системи охорони здоров'я до 2030 року), Д. Гавриченка [66] (визначення напрямів, які потребують трансформації у сфері охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19 та

військових дій в Україні), В. Юнгера [86] (дослідження чинних стратегій реформування системи охорони здоров'я та виявлення проблем їх реалізації), Г. Андрощук [87] (розгляд основних технологічних трендів розвитку цифрових технологій у сфері охорони здоров'я) та ін. Але у світлі поновлення роботи над розробленням довгострокової стратегії розвитку сфери охорони здоров'я, певний дослідницький інтерес становить розгляд змісту стратегічних цілей і оперативних завдань на предмет їхньої доцільності ситуації, що склалася наразі в суспільстві [92, с. 68].

Робота з розроблення Стратегії триває з 2021 року. Перша редакція документу була погоджена членами Міжсекторальної робочої групи 23 лютого 2022 року [59]. Учасники публічних консультацій «Стратегія здоров'я 2030», що відбулись у грудні 2021 року і були організовані МОЗ України, ВІ «Активна Громада» від Інституту «Республіка», Коаліцією Реанімаційний Пакет Реформ за сприяння Національного Демократичного Інституту, акцентували увагу на оперативних завданнях і зазначили такі проблеми стратегічного планування розвитку галузі [60, с. 11]:

- необхідність універсального охоплення послугами охорони здоров'я;
- невідповідність проєкту «Стратегії розвитку охорони здоров'я до 2030 року» іншим стратегічним документам (Державній стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року тощо);
- недостатнє фінансування та слабе оснащення обладнанням медичних закладів;
- монополію цифровізації послуг та невирішені питання захисту персональних даних;
- відсутність методики визначення якості надання медичних послуг;
- відсутність методики оцінки потреб громадян;
- необхідність встановлення фінансування на рівні 5% ВВП і пошуку альтернативних джерел фінансування галузі;
- необхідність введення відповідальності за надання неякісних або

ненадання медичних послуг;

- необхідність стимулювання лікарів працювати без неформальних платежів;
- необхідність розроблення стратегії комунікації та стратегії кризової комунікації;
- нестача інформації у представників органів місцевого самоврядування про їх роль в забезпеченні громадського здоров'я;
- необхідність підготовки окремого пакету послуг для осіб похилого віку;
- необхідність диференціації понять «громадське здоров'я», «охорона здоров'я» і «медична допомога» для розмежування функцій Центрів громадського здоров'я, МОЗ і НЗСУ;
- необхідність створення епідеміологічної служби;
- потреба у ранньому виявленні надзвичайних ситуацій;
- необхідність проведення ефективних інформаційних кампаній з метою підвищення обізнаності населення про захворювання, їх діагностику та лікування; інформування пацієнтів про можливості отримання медичних послуг та роботу системи охорони здоров'я в цілому; профілактики захворювань та розвитку соціально-гігієнічної культури;
- наявність недоліків державного регулювання галузі і низька ефективність системи адміністративного управління;
- потреба у створення наглядових рад та інших формах громадського контролю;
- недостатня спеціалістів в ОТГ і велика кількість вузьких спеціалістів у великих містах;
- відсутність системності у наданні освіти вузьким спеціалістам.

Як зазначено у Звіті про результати публічної консультації [60, с. 31], надані учасниками пропозиції будуть враховані редакційно або концептуально. Частина пропозицій оперативного і тактичного характеру буде використана при підготовці плану впровадження Стратегії та інших

нормативних документів. У результаті обговорень рамковий документ перетворився на першу редакцію Стратегії, основні тематичні напрями і стратегічні пріоритети якої наведено у табл. 4.20.

Затвердженню Стратегії завадила війна, але її доопрацювання з урахуванням нових викликів було поновлено у 2023 році. Кількість стратегічних цілей було зменшено до трьох, але на відміну від першої редакції документу, розробники вказують оперативні цілі і завдання в межах кожної з них.

Серед основних досягнень системи охорони здоров'я у оновленому варіанті «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я 2030» (далі – Стратегія) визначено:

- встановлення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення та утворення Національної служби здоров'я України – замовника медичних послуг та лікарських засобів;
- автономізацію закладів охорони здоров'я;
- прийняття базового системо утворюючого закону, що регламентує функціонування системи громадського здоров'я;
- створення та розвиток єдиної національної агенції із забезпечення централізованої закупівлі лікарських засобів та медичних виробів для потреб системи охорони здоров'я;
- розмежування функцій формування та реалізації політики у сфері лікарських засобів;
- цифровізацію процесів в сфері охорони здоров'я [93, с. 196].

Таблиця 4.20

Стратегічні пріоритети розвитку системи охорони здоров'я за тематичними напрямками (Проект Стратегії від 23 лютого 2022 року)*

Тематичний напрям	Стратегічний пріоритет
Врядування у сфері охорони здоров'я	Впровадження універсальних підходів та інструментів врядування, що забезпечують професійну автономію, сталість і спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я
	Створення ефективної системи міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я

	Забезпечення прозорості і покращення результатів системи охорони здоров'я завдяки взаємодії та нагляду всього суспільства
	Здійснення управління в системі ОЗ та прийняття рішень в інтересах і відповідно до потреб населення на основі доказової бази та використання найкращих практик
	Створення системи ефективного управління закладами охорони здоров'я, яка забезпечує громадську підзвітність та нагляд
	Запровадження системи професійного самоврядування працівників у сфері ОЗ
Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я	Покращення здоров'я людей завдяки впровадженню ефективної інтегрованої моделі, яка забезпечує збалансоване, науково обґрунтоване, безперервне надання якісних і безпечних послуг
	Забезпечення фінансового захисту людей при отриманні гарантованих державою необхідних якісних та доступних послуг в ОЗ. Зниження рівня платежів з кишені, не обмеження попиту і доступу до послуг, відсутність катастрофічних витрат у випадку хвороби
	Гарантування фармацевтичної безпеки країни та безперебійного доступу людей до ефективних і безпечних лікарських засобів та медичних виробів
Громадське здоров'я, готовність та реагування на надзвичайні ситуації	Забезпечення функціонування спроможної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення викликів для здоров'я та реагування на них
	Створення безпечних умов і середовища життєдіяльності, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я
	Забезпечення захисту здоров'я населення шляхом попередження виникнення й раннього виявлення надзвичайних ситуацій
Залучення людей та громад	Підвищення рівня відповідальності людей щодо власного здоров'я та права прийняття клінічних рішень
	Створення умов для повноцінної участі людей і громад для спільного планування та організації надання медичних послуг
Кадрові ресурси системи охорони здоров'я (КРОЗ)	Інтегрування освіти і наукової діяльності у сфері охорони здоров'я до сучасного міжнародного контексту
	Здійснення планування і забезпечення кадрів системи охорони здоров'я відповідно до потреб
	Створення умов для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я

*Складено автором за [59, с. 24]

Серед викликів, що постають перед системою охорони здоров'я розробники документу зазначили:

- необхідність створення стійкої системи готовності та реагування на майбутні загрози [93, с. 197];
- суттєве руйнування медичної інфраструктури у наслідок військової агресії рф;
- суттєву міграцію населення та медичних працівників;

- найнижчі показники тривалості життя серед європейських країн, старіюче населення, високий рівень смертності;
- значне поширення НІЗ, проблеми психічного здоров'я, зростання кількості нових випадків інфікування ВІЛ та смертей від СНІДу, високий рівень поширення мультирезистентного туберкульозу;
- недостатній рівень охоплення дітей профілактичними щепленнями;
- низький рівень видатків на охорону здоров'я у відсотках до внутрішнього валового продукту у порівнянні з розвинутими країнами;
- високий рівень неформальних платежів за надання медичних послуг;
- не ефективне використання ліжкового фонду [54, с. 2].

Таким чином, розробники виокремили сильні і слабкі сторони системи охорони здоров'я, але, при цьому, не зазначили зовнішні можливості і загрози для подальшого її розвитку.

За словами Голови Комітету Верховної Ради з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування М. Радущого [55] ключовими пріоритетами довгострокового розвитку медицини є продовження реформи, виконання євроінтеграційних вимог та повоєнне відновлення. Вважаємо таке формулювання чітким і зрозумілим. Проте, стратегічні цілі, зазначені у Стратегії, такої чіткості не мають. Так, перша ціль «Забезпечення всебічного доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації права на здоров'я» передбачає, судячи з формулювання, продовження медичної реформи. Але оперативні цілі, що розкривають сутність і зміст першої стратегічної цілі (забезпечення рівних умов та безперешкодного доступу до медичних послуг, забезпечення доступу до якісних лікарських засобів та медичних виробів, формування та підтримка ціннісного ставлення до здоров'я, відновлення, розвиток та підтримка напрямів, пов'язаних з новими викликами та задоволенням особливих потреб, забезпечення прозорості національної політики у сфері охорони здоров'я та залучення громадянського суспільства до прийняття рішень), більшою мірою спрямовані на опис ключових цінностей та принципів, як-то людиноцентричність в

охороні здоров'я, рівність і справедливість та спільне вироблення послуг охорони здоров'я (табл. 4.21) [92, с. 68].

Таблиця 4.21

**Стратегічні і оперативні цілі розвитку системи охорони здоров'я
(Проект Стратегії від 13 лютого 2023 року)***

Стратегічні цілі	Оперативні цілі
Забезпечення всебічного доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації права на здоров'я	Забезпечення рівних умов та безперешкодного доступу до медичних послуг
	Забезпечення доступу до якісних, доказових та безпечних лікарських засобів та медичних виробів
	Формування та підтримка ціннісного ставлення до здоров'я
	Відновлення, розвиток та підтримка напрямів, пов'язаних з новими викликами та задоволенням особливих потреб
	Забезпечення прозорості національної політики у сфері охорони здоров'я та залучення громадянського суспільства до прийняття рішень
Посилення політик та спроможності інститутів національної системи охорони здоров'я	Забезпечення професійної автономії, сталості, розвитку та ефективності національних інституцій у сфері охорони здоров'я
	Забезпечення належного фінансування системи та ефективності використання коштів
	Забезпечення міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я
	Забезпечення врахування євроінтеграційних прагнень та глобального порядку денного при формуванні та реалізації політик в сфері охорони здоров'я
	Забезпечення використання належних фактичних даних, інструментів планування, кращих практик та рішень та їх інституалізація задля забезпечення послідовності та гармонізації розвитку системи охорони здоров'я
	Посилення спроможності системи охорони здоров'я у реагуванні на виклики, глобальні загрози та ефективного управління в умовах надзвичайних ситуацій
	Розвиток та впровадження ефективних інструментів забезпечення моніторингу якості надання послуг в сфері охорони здоров'я

Продовження табл. 4.21

Стратегічні цілі	Оперативні цілі
Створення та забезпечення умов для розвитку	Забезпечення безперервного розвитку людського капіталу та створення можливостей самореалізації в системі охорони здоров'я
	Впровадження, використання та пошук можливостей застосування сучасних технологій та наукових досягнень для збереження та зміцнення здоров'я
	Технологізація та цифровізація процесів управління системою, планування та організації надання послуг в сфері охорони здоров'я
	Створення умов для залучення інвестицій, збільшення економічної привабливості та покращення показників економічної

*Складено автором за [54, с. 7]

Принципи і ключові цінності не можуть бути цілями або векторами розвитку, оскільки принцип – це «основне вихідне положення якої-небудь наукової системи, теорії, ідеології; засада», «особливість, покладена в основу створення або здійснення чогось», «переконання, норма, правило, яким керується хтось у житті і поведінці» [55]. Отже принципи повинні визначати основні підходи до обрання цілей і методи реалізації відповідних завдань, але не можуть бути цілями і завданнями.

Відповідно до визначених М. Радучьким ключових пріоритетів довгострокового розвитку системи охорони здоров'я, продовження реформи у межах досягнення першої стратегічної цілі забезпечуватимуть такі завдання з реалізації оперативних цілей як:

- забезпечення фінансового захисту пацієнтів завдяки боротьбі з корупцією та відстеженню й покаранню надавачів послуг за отримання неформальних платежів;
- розроблення механізмів управління госпітальними округами;
- встановлення єдиних правил для функціонування надавачів медичних послуг;
- надання комплексних мультидисциплінарних послуг;
- постійне оновлення Національного переліку основних лікарських засобів та виробів медичного призначення, який покривається за рахунок державного бюджету;
- прозоре управління запасами лікарських засобів та медичних виробів закладами охорони здоров'я;
- пріоритет послуг профілактики та раннього виявлення захворювань;
- розвиток аеромедичної евакуації;
- розвиток паліативної допомоги та доступу до ефективного знеболення;
- реформування проведення медико-соціальної експертизи;

- планова імунізація, вакцинація у відповідь на спалахи і постконтактна профілактика;
- фінансування та закупівля інтегрованих послуг, які потребують координації медичних та соціальних служб;
- формування наглядових рад у закладах охорони здоров'я
- посилення комунікації та роз'яснень щодо процесів затвердження державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;
- урахуванням потреб осіб з обмеженими можливостями при наданні послуг.

На повоєнне відновлення у межах першої стратегічної цілі спрямовані такі завдання:

- поетапне відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я з урахуванням потреб населення
- розвиток багаторівневої інтегрованої моделі надання реабілітаційної допомоги
- розвиток послуг з психічного здоров'я
- розвиток та формування національних мереж травматологічних, ортопедичних, опікових центрів та центрів реконструктивної хірургії.

Зазначені завдання становлять лише 41% від загальної кількості завдань, що повинні, на думку розробників Стратегії, сприяти досягненню першої стратегічної цілі розвитку системи охорони здоров'я. Інші 59% завдань або дублюють зміст один одного, або мають популістичний характер [92, с. 68].

Друга стратегічна ціль «Посилення політик та спроможності інститутів національної системи охорони здоров'я», зважаючи на зазначені оперативні цілі, передбачає також продовження реформи (забезпечення автономії, сталості, розвитку і ефективності національних інституцій у сфері охорони здоров'я; належного фінансування системи та ефективності використання коштів; використання належних фактичних даних, інструментів планування, кращих практик та рішень; ефективне управління в умовах надзвичайних ситуацій; забезпечення моніторингу якості надання медичних послуг) і

виконання євроінтеграційних вимог (забезпечення врахування євроінтеграційних прагнень та глобального порядку денного) [92, с. 68].

Безсумнівну важливість, на наше переконання, мають оперативні завдання, що стосуються необхідності зміцнення потенціалу МОЗ України, оптимізації його структури з метою усунення невластивих функцій, більш чіткого розподілу відповідальності між різними рівнями управління сферою охорони здоров'я, розроблення правил регулювання і розвитку ринку добровільного медичного страхування, розроблення єдиної політики ціноутворення на лікарські засоби, довгострокового планування розвитку госпітального сектору, пошуку додаткових джерел фінансування галузі шляхом врегулювання продажу та оподаткування окремих товарів, детінізації платних послуг, узгодження пріоритетів щодо охорони здоров'я в різних політиках, посилення координації між медичною і соціальною сферами, врахування євроінтеграційних прагнень під час розроблення політики охорони здоров'я, удосконалення програми медичних гарантій, планування та формування кадрових ресурсів відповідно до потреб населення, використання даних електронної охорони здоров'я для ухвалення управлінських рішень, посилення міжнародної співпраці та наукового співробітництва, проведення регулярних незалежних оцінок досягнутих результатів, попередження, раннього виявлення, створення механізмів та підтримання постійної готовності елементів ефективного реагування на надзвичайні ситуації, впровадження комплексної системи якості [92, с. 69].

Одночасно є завдання, які викликають певні питання. Перше таке завдання стосується інституційного зміцнення Національної служби здоров'я України та посилення її підзвітності Уряду і населенню [54, с. 11]. Під інституційною міцністю ми розуміємо спроможність державної установи якісно виконувати власні функції і завдання, що передбачає необхідність відповідного фінансового, ресурсного та іншого забезпечення, а також усунення невластивих функцій. Однією з таких функцій є виплата у 2022 році комунальним медичним закладам субсидії у формі «Забезпечення збереження

кадрового потенціалу для надання медичної допомоги» у розмірі 1,4 млрд грн і закладення ще 3,1 млрд грн на ті ж самі потреби у 2023 році.

Зрозумілим є обґрунтування необхідності підвищення заробітної плати медичних працівників (зростання навантаження під час пандемії та повномасштабної війни), але механізм такого підвищення є неефективним. Регулювання Урядом мінімального розміру оплати праці [61; 62] зводить нанівець ідею автономізації медичних закладів, яка передбачає самостійне планування і розподіл фінансових ресурсів, що надходять у вигляді фінансування пакетів медичних послуг. Якщо коштів недостатньо для підвищення оплати праці працівників, значить тарифи є занадто низькими, а джерело фінансування (державний бюджет) не спроможне забезпечити відповідне функціонування елементів системи охорони здоров'я [92, с. 69].

Фінансування діяльності НСЗУ протягом 2021-2023 років мало тенденцію до щорічного скорочення, яке у 2022 році становило 39% до попереднього року, а у 2023 році – 47% порівняно з 2021 роком. Така тенденція негативно впливає на зміцнення інституційного потенціалу установи. Загалом бюджет НЗСУ становить 0,13% від загальної суми Пакету медичних гарантій, що у понад 15 разів менше від європейського стандарту фінансування подібних інституцій [20]. Також є проблеми щодо забезпечення належного функціонування електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), обумовлені відсутністю повноцінного фінансування з державного бюджету. Так, протягом 2018-2020 років ЕСОЗ була профінансована лише на 23,7% від потреби, що значно скорочує можливість посилення її підзвітності Уряду і населенню [63].

Таким чином, у найближчі сім років необхідно вирішити питання забезпечення надавачів медичних послуг і НСЗУ достатнім обсягом фінансових ресурсів. Розраховувати при цьому на благодійну допомогу закордонних партнерів не варто, оскільки, як свідчить досвід країн, що відбудовували національну економіку після завершення військових дій, кошти міжнародної допомоги, як правило, спрямовуються на відновлення зруйнованої інфраструктури, а не на забезпечення операційної діяльності

організацій.

Ще одним завданням, що стосується фінансового забезпечення діяльності медичних установ, є забезпечення фінансування охорони здоров'я на рівні не менше 5% ВВП, а за умови економічного зростання збільшити державні витрати на охорону здоров'я понад захищений рівень [54, с. 12]. Зазначена норма визначена у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [64, ст. 4 п. 5]. Однак, не зважаючи на те, що видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями бюджету і, як задекларовано у Законі, їх скорочення не допускається, протягом 2018-2023 років зазначена норма жодного разу дотримана не була. Отже, оперативне завдання Стратегії просто повторює норму закону, не підводячи під неї ніякого обґрунтування [92, с. 68].

Слід зауважити, що повоєнна відбудова інфраструктури національної економіки загалом, і медичної сфери зокрема, потребуватиме суттєвих інвестиційних коштів, що створює певні умови ризику недофінансування системи охорони здоров'я. Навіть за умов дотримання 5%-го обсягу фінансування, у абсолютному розмірі (у гривнях) сума може бути недостатньою, оскільки залежатиме від обсягу податкових надходжень до бюджету, який визначається, у свою чергу, рівнем підприємницької активності суб'єктів господарювання. Очікувати на бум виробництва у перші повоєнні роки необачливо, оскільки такі чинники як нестача робочої сили та інвестиційних коштів, структурна галузева диспропорція, логістичні проблеми будуть здійснювати суттєвий негативний тиск на рівень національного виробництва.

Доволі суперечливим також є завдання, що стосується запровадження співоплати медичних послуг [54, с. 12], обговорення якого триває з 2017 року. Автори законопроекту та прибічники ініціативи запровадження співоплати медичних послуг наголошують на таких її перевагах [67]:

- збільшення обсягів фінансування сфери охорони здоров'я;
- переведення платежів «з кишені» в офіційну (законну) площину;

- стимулювання конкуренції між медичними закладами;
- не перевищення розміру доплат пацієнтів (у відсотках) частки витрат з «кишені»;
- отримання пацієнтами сервісу вищого рівня за зниженою вартістю;
- створення умов для упровадження страхової медицини.

Ризиками запровадження співоплати медичних послуг, на думку науковців, практиків, фахівців ВООЗ [67; 68; 69], є:

- отримання більш суттєвої вигоди приватними медичними закладами, ніж комунальними, із-за різних методичних підходів до формування собівартості послуги;
- скорочення попиту на медичні послуги;
- негативні наслідки для бідних, людей похилого віку та людей з хронічними захворюваннями;
- розвиток недобросовісних практик (нав'язування дорожчих послуг);
- порушення принципу рівності та фінансового захисту населення;
- розмивання ролі НСЗУ як стратегічного покупця медичних послуг;
- маргіналізація людей, які не бажають купувати додаткові послуги.

Ми підтримуємо точку зору противників запровадження співоплати медичних послуг на підставі таких міркувань:

- з огляду на суттєве зниження рівня доходів населення під час війни і протягом декількох років після її завершення співоплата не зможе стати суттєвим додатковим джерелом фінансування галузі;
- співоплата за медичні послуги (а не лише за більш комфортні умови перебування в медичному закладі) нівелює принцип рівності і справедливості, який проголошено у Стратегії однією з ключових цінностей;
- створення умов для штучного скорочення попиту на медичні послуги у післявоєнний час нівелює принцип людиноцентричності системи охорони здоров'я;
- постановою Кабінету Міністрів ще з 1996 року затверджено перелік платних послуг, які можуть надавати державні і комунальні заклади охорони

здоров'я [70], що і є додатковим джерелом фінансування їхньої діяльності;

– співплата медичних послуг не спроможна вирішити проблему недофінансування галузі і усунути неофіційні платежі, якщо вона є добровільною і запроваджується на послуги, що не входять до гарантованого державою пакету безоплатних медичних послуг.

Попри розуміння основних ризиків запровадження співплати, очільник МОЗ, все ж таки, не полишає сподівань на винайдення справедливого її механізму [71], але до прийняття такого рішення необхідно, на наш погляд, залучити громадськість, що відповідає п'ятій оперативній цілі, яка розкриває сутність першої стратегічної цілі Стратегії (див. табл. 4.11).

Наступним суперечливим завданням у межах другої стратегічної цілі є приведення навчальних програм закладів вищої медичної освіти у відповідність до європейських вимог. Як зазначають автори аналітичних записок «Первинна медична допомога в Україні: досягнутий прогрес і наступні кроки: аналіз даних за 2020-2021 р.» [72, с. 52], період здобуття медичної освіти лікарями ПМД є меншим, ніж у країнах Європейського Союзу, але, не зважаючи на це, Міністерство охорони здоров'я затвердило компетенції Всесвітньої організації сімейних лікарів для системи охорони здоров'я України.

Нова модель інтернатури була запроваджена з 01 січня 2022 року у результаті набуття чинності наказу МОЗ № 1254 [73]. Серед основних новел, запроваджених цим наказом, директор Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О. О. Богомольця Т. Вежновець зазначає: скорочення кількості спеціальностей для підготовки лікарів-інтернів з 35 до 23; збільшення тривалості інтернатури для шести спеціальностей («Інфекційні хвороби», «Лабораторна діагностика, мікробіологія, вірусологія», «Неврологія», «Патологічна анатомія», «Психіатрія», «Дерматовенерологія») на шість місяців, а для спеціальності «Анестезіологія та інтенсивна терапія» – на один рік; зменшення тривалості інтернатури для спеціальностей «Стоматологія» і «Фізична та реабілітаційна медицина» на один рік; зменшення частки

освітньої складової на користь практичної частини навчання; отримання направлення до інтернатури на основі рейтингування; можливість отримати одну зі 131 спеціальностей після завершення інтернатури (вторинна спеціалізація) [74].

Таким чином, за рік до складання Стратегії, принаймні у напрямку визначення тривалості навчальних програм, Міністерством охорони здоров'я України були затверджені ініціативи, які не спрямовані на наближення умов підготовки лікарів до європейських стандартів, оскільки набуття медичної освіти у розвинутих країнах Європи і світу є більш тривалим (табл. 4.22).

Виправленням ситуації може бути запровадження резидентури, умови і терміни проходження якої досі не визначені. З іншого боку, запровадження в Україні у 2019 році міжнародного іспиту з основ медицини (IFOM) засвідчило наявність суттєвих відмінностей у навчальних програмах підготовки лікарів, про що свідчить частка правильних відповідей 30,2%, в той час як в середньому в світі вона дорівнює 54% [77].

Фахівці зазначають, що з метою узгодження навчальних програми вищої та післядипломної освіти з вимогами системи освіти ЄС напрямами їх вдосконалення повинні бути: розширення знань у сфері цифрової та кібербезпеки; розвиток навичок із використання підходів доказової медицини та раціональної фармакотерапії; розроблення механізму акредитації викладачів університетів та закладів післядипломної освіти; збільшення кількості годин загальної практики [72, с. 34].

Таблиця 4.22

Терміни навчання лікарів у розвинутих країнах світу та Україні*

Країна	Тривалість додипломної освіти	Тривалість післядипломної освіти	Загальний термін підготовки
США	Медичний коледж – 3-4 роки Медична школа – 4 роки	Інтернатура – 1 рік Факультативне навчання – 2-4 роки	11-14 років
Франція	Перший цикл навчання в університетах та інститутах – 2 роки Другий цикл навчання в	Третій цикл Резидентура – 2-2,5 роки Інтернатура – 4,5-5	8-11 років

	університетах та інститутах – 4 роки	років	
Німеччина	До клінічний етап – 2 роки Перший клінічний етап – 1 рік Другий клінічний етап – 1,5 роки Третій клінічний етап – 1 рік	Лікар-практикант – 1,5 роки Лікар-асистент – 4-5 років	11-12 років
Ізраїль	Академічне навчання – 3 роки Навчання з проходженням клінічної практики – 3 роки	Медичне стажування – 1 рік Лікарська діяльність – 5 років	12 років
Румунія	Навчання в університеті – 6 років	Резидентура – 3-6 років	9-12 років
Велика Британія	Навчання в університеті – 4-5 років Клінічна практика – 2 роки	Особливий регістратор в клінічній практиці – 6 років Особливий регістратор в загальній практиці – 3 роки	9-13 років
Польща	Навчання в університеті – 5 років Робота в клініці – 1 рік	Резидентура – 4-6 років	10-12 років
Україна	Навчання в університеті – 5-6 років	Інтернатура – 1-3 роки	6-9 років

*Складено автором на основі [75; 76]

Таким чином, з 59 оперативних завдань у межах другої стратегічної цілі безсумнівно важливість мають 35 завдань (59%), 4 завдання (7%) є суперечливими і 20 завдань (34%) або розкривають зміст важливих завдань, або дублюють його іншими словами. Отже понад 40% оперативних завдань, що розкривають зміст другої стратегічної цілі, є недостатньо проробленими.

Третя стратегічна ціль «Створення та забезпечення умов для розвитку та реалізації потенціалу складових національної системи охорони здоров'я» передбачає досягнення чотирьох оперативних цілей і 35 оперативних завдань, які, відповідно визначеним М. Радуцьким [55] ключовим пріоритетам довгострокового розвитку медицини, мають спрямування на продовження реформування системи охорони здоров'я.

Перша оперативна ціль (див. табл. 4.11) передбачає забезпечення безперервного розвитку людського капіталу галузі шляхом здійснення моніторингу якості медичної освіти, удосконалення системи незалежного оцінювання здобувачів освіти, здобуття майбутніми фахівцями практичних

навичок на базі сучасних університетських клінік та симуляційних центрів, запровадження резидентури, запровадження системи професійного самоврядування медичних працівників, запровадження індивідуальних ліцензій на здійснення медичної практики, створення умов для розвитку цифрових компетентностей медичних працівників, забезпечення підготовки менеджерів медичних закладів, створення реєстру людських ресурсів охорони здоров'я, розширення кваліфікаційних вимог до середнього медичного персоналу, запровадження інструментів страхування професійної відповідальності [92, с. 70].

Усі вищезазначені завдання є зрозумілими і доречними. Але завдання, що стосуються питань фінансування (забезпечення державних гарантій оплати праці медичних працівників та фінансування наукової діяльності) потребують конкретизації джерел фінансових ресурсів. Також конкретизація необхідна для форм і методів діяльності з інтеграції освіти і науки для того, щоб розуміти чим вона буде відрізнятися від тих методів, що застосовуються наразі. Певні запитання також викликає завдання щодо запровадження прозорих і конкурентоспроможних процедур відбору, кар'єрного розвитку та професійного зростання працівників сфери охорони здоров'я, оскільки ці питання належать до компетенції керівників (менеджерів) медичних закладів і можуть бути доречними для стратегії розвитку певного закладу, а не галузі. У разі визначення цього завдання у Стратегії розвитку галузі порушується принцип автономізації функціонування медичних закладів, який є одним з провідних принципів реформування системи охорони здоров'я.

У межах другої оперативної цілі доречними є завдання стосовно застосування технологій клітинної терапії, використання паперових експрес тест-систем для скринінгових та діагностичних програм, розширення генетичних досліджень і методів віддаленого моніторингу стану здоров'я пацієнтів, удосконалення нормативного і професійного середовища проведення клінічних досліджень, розвитку досліджень та виробництва у сфері біоінженерії, тривимірного моделювання, друку та виробництва

технічних засобів реабілітації, запровадження телемедицини, інтелектуальних систем підтримки клінічних рішень, системи обробки великих даних, штучного інтелекту і етичних засад його використання, розширення доступу до інноваційних та високовартісних лікарських засобів.

При цьому два завдання у розрізі цієї оперативної цілі викликають певні питання. Так, створення системи планування та комплексного забезпечення потреб закладів охорони здоров'я у високовартісному обладнанні, на наш погляд, може стати потенційним обмеженням можливості медичних закладів самостійно управляти виробничими ресурсами відповідно до розроблених ними стратегічних планів розвитку. Зовнішнє планування такої потреби може суттєво впливати на конкурентний потенціал медичних закладів і створювати перепони для розвитку досконалої конкуренції на ринку медичних послуг.

Стосовно завдання щодо посилення спроможності національних наукових і технологічних парків та ініціатив з проведення досліджень, розробки медичних виробів і рішень в сфері охорони здоров'я слід зазначити, що складність його виконання пов'язано не тільки з мотивацією винахідників до продукування інновацій, а й з необхідністю розв'язання чисельних питань податкового, фінансово-кредитного, інфраструктурного, ресурсного і нормативно-правового врегулювання, що потребуватиме міжсекторальної взаємодії, проектного планування і управління.

Усі шість завдань третьої оперативної цілі стосовно цифровізації процесів надання медичних послуг і управління системою охорони здоров'я загалом не викликають ніяких заперечень. Але слід зазначити, що заходи, виконання яких передбачає поширення і розвиток інформаційних технологій та застосування цифрових рішень задекларовані ще у одинадцяти завданнях, які розкривають сутність восьми інших оперативних цілей Стратегії. На наш погляд, таке розпорошення завдань щодо підвищення рівня цифровізації системи охорони здоров'я заважає цілісному і системному підходу до розуміння основних перспектив застосування інформаційних технологій при наданні медичних послуг і управлінні даними системи.

Реалізація четвертої оперативної цілі (залучення інвестицій, збільшення економічної привабливості та покращення показників економічної ефективності галузі), на думку розробників Стратегії, можлива завдяки стимулюванню інвестицій в науково-дослідні та дослідно-конструкторські розробки фармацевтичної галузі України (інструменти стимулювання не зазначені), посиленню контролю дотриманням прав інтелектуальної власності шляхом запровадження у національне законодавство принципу Болар, врегулюванню та розвитку сфери медичного туризму в Україні (напрями і інструменти не зазначені), більш масового залучення приватних медичних закладів до реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення (інструменти залучення не зазначені), а також визначенню і розробленню нормативно-правової бази для ефективної моделі державно-приватного партнерства та концесії в системі охорони здоров'я. Отже, лише одне завдання, що стосується захисту прав інтелектуальної власності, не викликає ніяких запитань. Три з п'яти завдань потребують конкретизації, а останнє, що стосується державно-приватного партнерства (ДПП) потребує більш пильного розгляду.

В Україні наразі розроблено низку нормативно-правових актів, що регулюють відносини ДПП, серед них: Закон України «Про державне-приватне партнерство» № 2404-VI від 01.07.2010 року; Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення форми управління ними» № 232 від 16.02.2011 року; Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства» № 384 від 11.04.2011 року; Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України «Деякі питання проведення аналізу ефективності здійснення державно-приватного партнерства» № 255 від 27.02.2012 року; Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України «Про затвердження Методичних рекомендацій застосування Методики виявлення ризиків здійснення державно-приватного партнерства, їх оцінки та визначення

форми управління ними» № 944 від 07.06.2016 року; Закон України «Про концесію» № 155-IX від 03.10.2019 року; Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Методики розрахунку концесійних платежів» № 706 від 12.08.2020 року, а також Закон України «Про публічні закупівлі», Закон України «Про управління об'єктами державної власності», Закон України «Про оренду державного та комунального майна», Закон України «Про відчуження земельних ділянок, інших об'єктів нерухомого майна, що на них розміщені, які перебувають у приватній власності, для суспільних потреб чи з мотивів суспільної необхідності».

Попри це, протягом останніх тринадцяти років, з моменту прийняття профільного закону, кількість проектів ДПП в усіх галузях національної економіки була мізерною. Серед основних перепон і ризиків укладання відповідних договорів фахівці зазначають:

- зростання у результаті законодавчих нововведень зарегульованості процесів укладання і реалізації проектів ДПП, висока ймовірність змін первинних умов договору;
- відсутність у приватного партнера права на повне відшкодування з бюджету інвестиційних витрат та витрат на участь у конкурсі;
- нестабільність податкової і інвестиційної політики;
- значна тривалість процедур (від 18 до 24 місяців) і висока трудомісткість підготовки пропозицій для учасників конкурсу [80];
- непрозорість механізму операційної діяльності під час реалізації і оцінки ефективності проектів;
- незадовільна взаємодія між державними і місцевими органами влади, складність процедури погодження проектів Кабінетом Міністрів;
- відсутність відповідальності держави за невиконання своїх обов'язків перед партнерами [82, с. 60].
- невпорядкованість та обмеженість тарифної політики, практика короткострокового бюджетування;
- низька мотивація центральних органів виконавчої влади і органів

місцевого самоврядування у переданні частини своїх повноважень приватному сектору;

- високі політичні ризики;
- нестача фахівців з розроблення та техніко-економічного обґрунтування проєкту;
- непрозорі умови проведення конкурсу;
- необґрунтованість механізму визначення розміру концесійних платежів [81].

З метою усунення деяких з зазначених вище проблем на розгляд Верховної Ради України було подано проєкт Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення механізму залучення приватних інвестицій з використанням механізму державно-приватного партнерства для пришвидшення відновлення зруйнованих війною об'єктів та будівництва нових об'єктів, пов'язаних з післявоєнною перебудовою економіки України» № 7508 [81].

Основними нововведеннями законопроекту є:

- впровадження електронної системи закупівель за стандартами ЄС;
- впровадження проєктів ДПП, заснованих на платежах з бюджету, де держава не передає інвестору ризик попиту;
- спрощення процедури підготовки проєктів (скорочення строку підготовки на 10-12 місяців);
- проведення консультацій з ринком та конкурсів у електронній торгівельній системі, запуск якої заплановано на 01.01.2025 року;
- формування для однотипних галузевих проєктів типових кваліфікаційних вимог до претендентів, що надасть їм можливість приймати участь у низці проєктів;
- можливість підготовки невеликих проєктів (до 5,4 тис. EUR) без розроблення ТЕО та аналізу ефективності;
- передання повноважень щодо затвердження переліку проєктів виконкомам органів місцевого самоврядування [84, с. 3].

Головним розробником пропозицій з удосконалення законопроекту є Комітет з питань економічного розвитку. Також у розробці пропозицій і зауважень приймали участь Комітет з питань організації державної влади, місцевого самоврядування, регіонального розвитку та містобудування, Комітет з питань прав людини, деокупації та реінтеграції тимчасово окупованих територій України, національних меншин і міжнаціональних відносин, Комітет з питань екологічної політики та природокористування, Комітет з питань аграрної та земельної політики, Комітет з питань транспорту та інфраструктури, Комітет з питань освіти, науки та інновацій, Комітет з питань національної безпеки, оборони та розвідки, Комітет з питань цифрової трансформації, Комітет з питань бюджету, Комітет з питань антикорупційної політики, Комітет з питань інтеграції України до Європейського Союзу [83].

Звісно, серед повноважень МОЗ є право погодження проектів законів та формування до них висновки і пропозиції [85, п. 4 пп. 3], але до обговорення проекту Закону щодо удосконалення умов реалізації ДПП воно не долучилося, що викликає певні сумніви стосовно важливості пошуку ефективної моделі державно-приватного партнерства та концесії в системі охорони здоров'я, а включення цього завдання до оперативних заходів реалізації Стратегії, скоріш за все, є даниною моді, з огляду на широке обговорення проблем ДПП в наукових і професійних колах [95, с. 142].

Отже, з 35 завдань, що розкривають зміст третьої стратегічної цілі розвитку системи охорони здоров'я 80%, на наш погляд, є доцільними, а 20% – суперечливими [92, с. 71]. У якості індикаторів реалізації Стратегії визначено:

- покращення загальних показників смертності та захворюваності та приведення їх до середньоєвропейських;
- зниження материнської та дитячої смертності;
- зниження рівня інвалідності через захворювання, які можна запобігти;
- зниження споживання тютюну, алкоголю та солі;
- зменшення передчасної смертності від серцево-судинні захворювань,

новоутворень, цукрового діабету, хронічних обструктивних захворювань легень та дорожньо-транспортного травматизму на третину;

– збільшення тривалості життя чоловіків і жінок на 3 роки відповідно [92, с. 71].

Слід зазначити, що вищенаведені індикатори переписуються з одного документа стратегічного планування у інший, і декілька останніх років є майже незмінними. На нашу думку, у якості індикаторів доцільно було б зазначити очікувані результати реформування галузі, процесів євроінтеграції та повоєнної відбудови галузі.

У якості позитивних моментів розробленої Стратегії можна зазначити чітке визначення відповідальності МОЗ за проведення моніторингу результатів реалізації Стратегії та розміщення на офіційному сайті щорічних звітів. Попри це, визначення державного і місцевих бюджетів у якості головного джерела фінансування заходів є, на наш погляд, суттєвим недоліком, оскільки бюджетних коштів для забезпечення розвитку системи охорони здоров'я недостатньо навіть за наявності додаткових джерел, як-то кошти технічної допомоги та секторальної підтримки ЄС і інших міжнародних донорів, міжнародних фінансових організацій, приватних інвесторів та інших не заборонених законодавством джерел.

Висновки до розділу 4

1. Аналіз звітів НСЗУ, які розміщено у вільному доступі на офіційному сайті установи, показав, що результати реалізації реформи сфери охорони здоров'я є виключно позитивними. Серед них: щорічне зростання кількості укладених договорів між медичними закладами і НСЗУ; збільшення частки приватних закладів і лікарів-ФОП, що працюють на первинному рівні медичної допомоги; щорічне зростання кількості підписаних декларацій на надання ПМД; зростання обсягів виплат медичним закладам усіх форм власності; розширення переліку медичних послуг у гарантованому пакеті; зростання кількості пацієнтів, що отримали ліки за програмою реімбурсації;

збереження позитивної динаміки обсягів фінансування за усіма видами медичної допомоги попри війну; щорічне збільшення електронних інструментів роботи лікаря. За оцінками експертів ВООЗ протягом 2020-2021 років реформа мала як позитивні, так і негативні результати. Переважання позитивних результатів спостерігалось у напрямку «Кількість і типи надавачів ПМД та охоплення пацієнтів», але за напрямками «Наявність, обов'язки та навички кадрових ресурсів», «Маршрути і процеси направлення пацієнтів», «Фізична інфраструктура», «Цифрові технології у сфері охорони здоров'я», «Системи підвищення якості медичної допомоги», «Системи закупівель і оплати» невирішених проблем було виявлено більше, ніж досягнень. Представники академічних і наукових кіл до недоліків реформування сфери охорони здоров'я відносять: недосконалу організацію та недостатнє фінансування, обмеженість суб'єктно-правових відносин, прогалини у функціонуванні ЕСОЗ, неефективне управління людськими ресурсами та суперечливе законодавство. Опитування пацієнтів у 2020 і 2023 роках показали, що відчутних змін у рівні якості надання медичних послуг не відбулося, рівень підтримки медичної реформи з боку населення країни є недостатнім і майже 40% опитаних вважають реформу не успішною. Отримані результати свідчать про необхідність здійснення якісного моніторингу результативності заходів реформування галузі, підвищення якості стратегічного і тактичного планування запровадження змін та забезпечення більш широкого інформування населення щодо сутності, цілей і етапів реалізації реформи.

2. Аналіз змісту розділів, що стосуються розвитку системи охорони здоров'я у «Стратегії регіонального розвитку до 2020 року», Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», а також Стратегії сектору «Охорона здоров'я» (базовий рівень), розміщеної на сайті Асоціації міст України, показав, що зазначені документи передбачають реалізацію різноспрямованих заходів, які не відповідають завданням і заходам реформування галузі, що виконувались у цей період часу МОЗ і НСЗУ. До того ж, відповідно моніторинговим звітам

про виконання перших двох стратегій, цільові показники розвитку досягнуті не були, а самі звіти містять інформацію про досягнення, які не планувались, і не містять інформації, що підтверджує досягнення стратегічних індикаторів реалізації стратегій. Звіт про виконання третьої стратегії взагалі відсутній. Аналіз Середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року (стратегічної програми) та звітів Уряду за цей період засвідчив, що інформація, наведена у звітах, не відповідає інформації планового документу у розрізі встановлених цільових показників; з п'яти пріоритетних напрямів формування і реалізації ефективної політики у сфері охорони здоров'я, зазначених у плані, позитивні результати були досягнуті лише за одним напрямом – підвищення рівня доступності лікарських засобів. Отже, забезпечення ефективного розвитку сфери охорони здоров'я потребує: розроблення і затвердження стратегічного плану, що визначатиме стратегічні цілі розвитку на 5-10 років, джерела ресурсного забезпечення та заходи з управління ризиками; розроблення відповідно затвердженому плану стратегічних програм, які передбачатимуть реалізацію конкретних дій, встановлення цільових показників і індикаторів успішності їх реалізації; укладання та обов'язкове оприлюднення звітів, зміст яких повністю відповідає змісту планових документів.

3. Вивчення змісту стратегічних і оперативних цілей Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, а також завдань у межах кожної оперативної цілі дозволило визначити такі її недоліки: визначені в документі індикатори реалізації Стратегії є майже незмінними протягом декількох останніх років і вказуються у багатьох документах стратегічного і оперативного планування розвитку галузі; існування суттєвої розбіжності між баченням ключових пріоритетів розвитку галузі Комітетом ВРУ з питань здоров'я нації, медичної допомоги і медичного страхування та визначеними в Стратегії основними цілями розвитку; зі 141 оперативного завдання лише 58% (82 завдання) є доцільними, 9% (13) завдань є суперечливими і 33% (46) завдань дублюють зміст інших або мають популістичний характер; завдання,

що передбачають підвищення рівня цифровізації системи охорони здоров'я, зазначені в межах майже кожної оперативної цілі, що заважає цілісному і системному розумінню основних перспектив застосування інформаційних технологій при наданні медичних послуг і управлінні даними системи; недостатня ступінь опрацювання питань, що стосуються фінансування реалізації оперативних заходів; відсутність аналізу ризиків реалізації Стратегії та заходів з їх мінімізації.

Список використаних джерел до розділу 4

1. Звіти НСЗУ. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti> (дата звернення 10.11.2023).

2. Дайджест змін у системі охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/dajdzhest-zmin-u-sistemi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja> (дата звернення 10.11.2023).

3. Піхоцька О. М., Хомякова І. С. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах її реформування. *Державне управління: удосконалення і розвиток*. 2021. № 12. DOI: 10.32702/2307-2156-2021.12.33. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/12_2021/35.pdf (дата звернення 10.11.2023).

4. Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні. Прогрес та майбутні напрями / К. Бреденкамп, Е. Далє, О. Дорошенко, Ю. Джигир, Я. Хабіхт, Л. Хоукінс, О. Кацага, К. Майнзюк, Х. Пак, О. Зусь. Washington: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank and World Health Organization, 2022. 121 с. DOI: 10.1596/978-1-4648-19. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366374/WHO-EURO-2022-5639-45404-65002-ukr.pdf?isAllowed=y&sequence=108-7> (дата звернення 10.11.2023).

5. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134-140. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.2.134. URL: <http://www.investplan.com.ua/pdf/>

[2_2020/23.pdf](#) (дата звернення 10.11.2023).

6. Лопушняк Г. С., Іваненко Є. О. Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації стратегії сталого розвитку «Україна-2020». 2017. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84323532.pdf> (дата звернення 10.11.2023).

7. Сенюк Ю. І., Надюк З. О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 211-220. DOI: <https://doi.org/10.32840/pdu.2020.2.32>. URL: http://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2020/34.pdf (дата звернення 10.11.2023).

8. Відбудова України: принципи та політика. Система охорони здоров'я. Ю. Джигир, К. Майнзюк, А. Мерфі, К. Проппер / За ред. Ю. Городніченка, І. Сологуб, Б. Ведер ді Мауро. Париж: CEPR PRESS, 2022. 508 с. URL: https://cepr.org/system/files/2022-12/reconstruction%20book_Ukrainian_0.pdf (дата звернення 10.11.2023).

9. Іванчов П. В. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні: інституційний аспект. *Актуальні проблеми економіки. Публічне управління та адміністрування*. 2020. №6 (228). С. 133-145. URL: https://eco-science.net/wp-content/uploads/2021/08/6.20._topic_Ivanchov-P.V.133-145.pdf (дата звернення 10.11.2023).

10. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#top> (дата звернення 10.11.2023).

11. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-n#Text> (дата звернення 12.11.2023).

12. Звіт Національної служби здоров'я України 2020. Київ: НСЗУ, 2021. 212 с. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti> (дата звернення 12.11.2023).

13. Звіт Національної служби здоров'я України 2022. Київ: НСЗУ, 2023.

233 с. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti> (дата звернення 12.11.2023).

14. Ставлення до медичної реформи в Україні. Результати загальнонаціонального опитування громадської думки. Березень 2020. 13 с. URL: <https://socis.kiev.ua/wp-content/uploads/2020/04/Медичні-послуги-та-медична-реформа.pdf> (дата звернення 12.11.2023).

15. Бачення України: реформування та відновлення соціально-гуманітарної сфери в перспективі 2030 року. Розділ V. Система охорони здоров'я в Україні / Т. Юрочко, О. Баблик, Т. Бадіков, В. Скибчик, Д. Купира, В. Курпіта, Ю. Микитюк. Київ, 2023. 368 с. URL: <https://docs.google.com/document/d/1VeqQarjD2NbYzJr6rd5G4k5jGkrNSeWC/edit> (дата звернення 14.11.2023).

16. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#top> (дата звернення 14.11.2023).

17. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-п#Text> (дата звернення 14.11.2023).

18. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-IX#Text> (дата звернення 14.11.2023).

19. Про лікарські засоби: Закон України від 28.07.2022 № 2469-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-20#Text> (дата звернення 14.11.2023).

20. Ковтонюк П., Корчак Т. Крізь війну: що відбулося з охороною здоров'я у 2022 році. 3 квітня 2023. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2023/04/3/253632/> (дата звернення 14.11.2023).

21. Первинна медична допомога в Україні: досягнутий прогрес і наступні кроки: аналіз даних за 2020–2021 р.: серія аналітичних записок / Nigel Edwards, Stephanie Kumpunen, Kaija Kasekamp, Alexandr Katsaga, Olga Zues.

Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2023. 68 с.
URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367317/WHO-EURO-2023-7087-46853-69102-ukr.pdf?sequence=1> (дата звернення 16.11.2023).

22. Реформація країни. Погляд громадян: які реформи потрібні в 2023 та яка успішність вже проведених. Презентація. URL: https://youkraina.com.ua/files/Factum_Group_YOUkraina_Спецвипуск_Реформи.pdf (дата звернення 16.11.2023).

23. Сологуб І. Успішність реформ і громадянська активність: що думають українці. 21 Серпня 2023. URL: <https://voxukraine.org/uspishnist-reform-i-gromadyanska-aktyvnist-shho-dumayut-ukrayintsi> (дата звернення 17.11.2023).

24. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. Київ, 2014. 41 с. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (дата звернення 19.11.2023).

25. Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.12.2018 № 1022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1022-2018-п#Text> (дата звернення 21.11.2023).

26. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2020 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 06.08.2014 № 385. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/385-2014-п#Text> (дата звернення 22.11.2023).

27. Про затвердження Порядку та Методики проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації державної регіональної політики: Постанова Кабінету Міністрів України від 21.10.2015 № 856. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/856-2015-п#Text> (дата звернення 22.11.2023).

28. Звіт про результати моніторингу та оцінки результативності реалізації державної регіональної політики у 2018 році.

<https://dostup.pravda.com.ua/request/49709/response/119588/attach/8/2018.docx> URL: (дата звернення 22.11.2023).

29. Результати щоквартальної та щорічної оцінки соціально-економічного розвитку регіонів, що проводиться Мінрегіоном України. URL: <https://dei.kyivcity.gov.ua/content/rezultaty-shchokvartalnoi-ta-shchorichnoi-ocinky-socialnoekonomichnogo-rozvytku-regioniv-shcho-provodytsya-minregionom-ukrainy.html> (дата звернення 22.11.2023).

30. Про Стратегію сталого розвитку «Україна-2020»: Указ Президента України від 12.01.2015 № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text> (дата звернення 22.11.2023).

31. Цілі сталого розвитку «Україна-2021». Моніторинговий звіт. Київ, 2021. 100 с. URL: https://www.ukrstat.gov.ua/csr_prezent/2020/ukr/st_rozv/publ/SDGs%20Ukraine%202021%20Monitoring%20Report%20ukr.pdf (дата звернення 22.11.2023).

32. Куйбіда В. Профанація або «Про Стратегію сталого розвитку Україна - 2020». 3 квітня 2015. URL: https://lb.ua/blog/vasyl_kuybida/300576_profanatsiya_abo_pro_strategiyu.html (дата звернення 22.11.2023).

33. Про затвердження середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року та плану пріоритетних дій Уряду на 2017 рік: Затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 3 квітня 2017 р. № 275-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/275-2017p#Text> (дата звернення 24.11.2023).

34. Програма та плани пріоритетних дій Уряду. Архів звітів. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/programa-diyalnosti-uryadu> (дата звернення 24.11.2023).

35. Статистичні довідники. Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/about.html> (дата звернення 26.11.2023).

36. Чисельність населення та середня чисельність за періоди року. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 26.11.2023).

37. Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань (incidence) за класами хвороб населення України за 2018-2020 рр. URL: https://dostup.pravda.com.ua/request/kilkist_upiershie_zarieiestrovan (дата звернення 26.11.2023).

38. Звіти НСЗУ. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti> (дата звернення 26.11.2023).

39. Звіт України про досягнутий прогрес у досягненні цілей Політичної декларації прийнятої під час наради високого рівня Генеральної Асамблеї ООН з туберкульозу 26 вересня 2018 року. Звітний період: 2019-2020 рр. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor//документи/Національна%20рада%20з%20питань%20протидії%20туберкульозу%20та%20ВІЛ-СНІД/Матеріали%20засідань/2021/02/16/питання%205_проект_Національний%20звіт%20ТБ.pdf (дата звернення 26.11.2023).

40. Віл-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 52. КИЇВ, 2021. 109 с. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_52_2021.pdf (дата звернення 26.11.2023).

41. Хоменко Л.М., Сагер Л.Ю., Любчак В.В. Дослідження проблем ринку служби крові України. *Інфраструктура ринку. Економіка та управління підприємствами*. 2022. Випуск 65. с. 110-116. URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/87771/3/Khomenko_Research_blood_service.pdf;jsessionid=B50F9BA77CEC85DDB60E6C5166BE33AF (дата звернення 26.11.2023).

42. Деякі питання функціонування Національного реєстру донорів крові та компонентів крові, а також осіб, яким заборонено виконувати донорську функцію, в електронній системі охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 24.11.2021 № 1229. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1229-2021-п#Text> (дата звернення 26.11.2023).

43. На тисячу людей в Україні – 13 донацій крові. В УЦТК розповіли, як зміниться система донорства. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/news->

ukraina-zminy-v-systemi-donorstva-krovi/31585402.html (дата звернення 26.11.2023).

44. Лікування громадян України за кордоном коштом державного бюджету. CASE Україна. Київ: Міжнародний фонд «Відродження», 2020. 14 с. URL: https://case-ukraine.com.ua/content/uploads/2020/09/CASE_zvit_likuvannia5.pdf (дата звернення 26.11.2023).

45. Упродовж 2020 року МОЗ ухвалив рішення про лікування за кордоном 316 українців. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3035394-uprodovz-2020-roku-moz-uhvaliv-risenna-pro-likuvanna-za-kordonom-316-ukrainciv.html> (дата звернення 26.11.2023).

46. Трансплантація в Україні: як змінилась галузь за останні 4 роки? 3 серпня 2023. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/transplantacija-v-ukraini-jak-zminilas-galuz-za-ostanni-4-roki> (дата звернення 28.11.2023).

47. Статистика 2021. Український центр трансплант-координації. URL: <https://utcc.gov.ua/statystyka/statystyka-2021/> (дата звернення 28.11.2023).

48. Стратегія розвитку галузі. Стратегія сектору «Охорона здоров'я» (базовий рівень). URL: <https://auc.org.ua/galuz/ohorona-zdorovya#strategy> (дата звернення 28.11.2023).

49. Лопушняк Г.С., Іваненко Є.О. Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації стратегії сталого розвитку «Україна-2020». 2017. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84323532.pdf> (дата звернення 29.11.2023).

50. Рогачевський О. П. Система стратегічного управління у галузі охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2020. № 4. Том 2. С. 142-149. URL: <http://journals.khnu.km.ua/vestnik/wp-content/uploads/2021/03/26-2.pdf> (дата звернення 29.11.2023).

51. Галай В.О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство»*. Розділ VII. Адміністративне право і процес; фінансове

право; інформаційне право. 2022. С. 189-194. DOI <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.06.34>. URL: <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/273738/269079> (дата звернення 29.11.2023).

52. Теплюк М. А., Шапран О. А. Цільове орієнтування: переосмислення системи охорони здоров'я України. *Стратегія економічного розвитку України*. 2023. № 52. С. 58-71. <https://doi.org/10.33111/sedu.2023.52.058.07>. URL: <http://sedu.kneu.edu.ua/article/view/285867/279925> (дата звернення 29.11.2023).

53. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52). С. 5-11. URL: <https://repo.dma.dp.ua/4969/1/Лехан.pdf> (дата звернення 29.11.2023).

54. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. 2023. 21 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Громадське%20обговорення/2023/розпорядження/Стратегія%202030.pdf> (дата звернення 04.12.2023).

55. Михайло Радущкий: Колегія МОЗ затвердила Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Прес-служба Апарату Верховної Ради України. Опубліковано 13 лютого 2023. URL: https://www.rada.gov.ua/news/news_kom/233093.html (дата звернення 04.12.2023).

56. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою»: Указ Президента України № 369/2021. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713> (дата звернення 04.12.2023).

57. Консультаційний документ до проекту Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/15%2C02%2C2022/03/Консультаційний%20документ%20до%20проекту%20Стратегії%20розвитку%20системи%20охорони%20здоров'я.pdf>

(дата звернення 05.12.2023).

58. Словник іншомовних слів. Принцип. URL: <https://www.jnsn.com.ua/cgi-bin/u/book/sis.pl?Qry=%EF%F0%E8%ED%F6%E8%EF> (дата звернення 05.12.2023).

59. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. 68 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> (дата звернення 06.12.2023).

60. Публічна консультація Стратегія здоров'я 2030. Звіт за результатами публічної консультації. Київ: МОЗ, 2022. 36 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/15%2C02%2C2022/03/Звіт%20за%20результатами%20публічної%20консультації.pdf> (дата звернення 07.12.2023).

61. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення 09.12.2023).

62. Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників: Указ Президента України № 261/2021 від 18 червня 2021 року. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/2612021-39229> (дата звернення 09.12.2023).

63. Через брак фінансування НСЗУ не забезпечила належного функціонування електронної системи охорони здоров'я. 19.07.2021. URL: <http://rp.gov.ua/PressCenter/News/?id=1168> (дата звернення 09.12.2023).

64. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#doc_info (дата звернення 10.12.2023).

65. Галай В.О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне*

правознавство». Розділ VII. Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. 2022. № 6. С.189-194. DOI <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.06.34>. URL: <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/273738/269079> (дата звернення 10.12.2023).

66. Гавриченко Д. Г. Трансформація пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану. Наукові перспективи. 2022. № 5(23). С. 48-60. URL: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/12751/Havrychenko.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 10.12.2023).

67. Кириленко О. Довгий з Радущим пропонують українцям доплачувати за медицину. Що з цього може вийти? *Українська правда*. 15 вересня 2021. URL: <https://www.pravda.com.ua/articles/2021/09/15/7307161/#:~:text=Співоплата%20–%20це%20платіж%2C%20який%20покриває,поверх%20тарифу%2C%20який%20оплачує%20держава.> (дата звернення 11.12.2023).

68. Кравцов С. Співоплата за медичні послуги. Чи підходить така концепція Україні? *Юридична газета online*. 17 листопада 2021. № 22 (752). URL: <https://yur-gazeta.com/dumka-eksperta/spivoplata-za-medichni-poslugi-chi-pidhodit-taka-koncepciya-ukrayini.html> (дата звернення 11.12.2023).

69. Співоплата в охороні здоров'я: чи варта гра свічок? *Щотижневик АПТЕКА*. 2023. № 13 (1384). <https://www.apteka.ua/article/662486> URL: (дата звернення 12.12.2023).

70. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України; Перелік від 17.09.1996 № 1138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-п#Text> (дата звернення 12.12.2023).

71. Ляшко: Ми маємо знайти ефективний механізм співоплати за медпослуги в післявоєнній Україні. 25.04.2023. URL: <https://interfax.com.ua/news/pharmacy/906116.html> (дата звернення 12.12.2023).

72. Первинна медична допомога в Україні: досягнутий прогрес і наступні кроки: аналіз даних за 2020–2021 р.: серія аналітичних записок / Nigel Edwards, Stephanie Kumpunen, Kaija Kasekamp, Alexandr Katsaga, Olga Zues. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2023. 68 с. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367317/WHO-EURO-2023-7087-46853-69102-ukr.pdf?sequence=1> (дата звернення 16.11.2023).

73. Про затвердження Положення про інтернатуру: Наказ МОЗ України; Положення, Перелік від 22.06.2021 № 1254. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1081-21#Text> (дата звернення 13.12.2023).

74. Вежновець Т. Інтернатура, вторинна спеціалізація й атестація по-новому: до чого готуватися «першопрохідцям». 21/09/2021. URL: <https://www.vz.kiev.ua/internatura-vtorynna-spetsializatsiya-j-atestatsiya-povomu-do-chogo-gotuvatysya-pershoprohidtsyam/> (дата звернення 14.12.2023).

75. Медична освіта в Україні та на Заході: основні відмінності. 23 лютого 2017. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2017/02/23/infografika/suspilstvo/medychna-osvita-v-ukrayini-ta-na-zaxodi-osnovni-vidminnosti> (дата звернення 14.12.2023).

76. Післядипломна освіта у світі та Україні. 16 трав. 2022. URL: https://www.nuozu.edu.ua/d/dovidkova-informatsiia/pisliadyplomna-osvita-u-sviti-ta-ukraini#s5_scrolltotop (дата звернення 14.12.2023).

77. Горбань Ю. Медична освіта: яких змін очікувати найближчим часом. Аналітика. 28.08.2019. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2768549-medicna-osvita-akih-zmin-ocikuvati-najblizcim-casom.html> (дата звернення 14.12.2023).

78. Державне підприємство «Державний експертний центр» Міністерства охорони здоров'я України (2023). URL: <https://www.dec.gov.ua/ua/departmentomt/> (дата звернення 14.12.2023).

79. Українська медична агенція – МОЗ презентувало концепцію та шлях до створення незалежного регуляторного органу у фармацевтичній галузі. 06.12.2023. URL: https://www.dls.gov.ua/for_subject/українська-медична-

[агенція-моз-през/](#) (дата звернення 14.12.2023).

80. Кочеров М. «Нестабільні» гарантії прав приватних партнерів. 21 січня 2020. URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/derzhavnoprivatne-partnerstvo/nestabilni-garantiyi-prav-privatnih-partneriv.html> (дата звернення 14.12.2023).

81. Новікова І., Бойчук Т. Що змінилося після прийняття закону про концесії? 21 січня 2020. URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/derzhavnoprivatne-partnerstvo/shcho-zminilosya-pislya-priynyattya-zakonu-pro-koncesiyi.html> (дата звернення 14.12.2023).

82. Аналіз джерел та інструментів залучення фінансових ресурсів для фінансування Цілей сталого розвитку в Україні. Київ, 2022. 83 с. URL: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-11/Аналіз%20джерел%20та%20інструментів%20залучення%20фінансових%20ресурсів%20для%20фінансування%20ЦСР.pdf> (дата звернення 14.12.2023).

83. Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення механізму залучення приватних інвестицій з використанням механізму державно-приватного партнерства для пришвидшення відновлення зруйнованих війною об'єктів та будівництва нових об'єктів, пов'язаних з післявоєнною перебудовою економіки України № 7508 від 01.07.2022. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=74468 (дата звернення 14.12.2023).

84. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення механізму залучення приватних інвестицій з використанням механізму державно-приватного партнерства для пришвидшення відновлення зруйнованих війною об'єктів та будівництва нових об'єктів, пов'язаних з післявоєнною перебудовою економіки України». URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/pubFile/1387395> (дата звернення 16.12.2023).

85. Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 (в редакції постанови

Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 р. № 90). URL: <https://moz.gov.ua/polozhennja-pro-ministriv> (дата звернення 16.12.2023).

86. Юнгер В. І. Розвиток стратегічних положень державного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2023. № 2. С. 325-333. URL: http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2023/47.pdf (дата звернення 16.12.2023).

87. Андросук Г. Цифрова трансформація в охороні здоров'я: аналіз технологічних трендів. *Юридична газета online*. 30 червня 2023. URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/informacyne-pravo-telekomunikaciyi/cifrova-transformaciya-v-ohoroni-zdorovya-analiz-tehnologichnih-trendiv.html> (дата звернення 16.12.2023).

88. Шишка І.В. Аналіз результатів реалізації стратегічних планів розвитку сфери охорони здоров'я. *Приазовський економічний вісник*. 2023. Випуск 4(36). С. 112-118. DOI: <https://doi.org/10.32782/2522-4263/2023-4-18>. URL: http://pev.kpu.zp.ua/journals/2023/4_36_ukr/20.pdf.

89. Шишка І.В. Оцінка результатів реалізації стратегічних програм розвитку сфери охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. Випуск 49. С. 162-169. DOI: <https://doi.org/10.32782/2413-9971/2023-49-31>. URL: http://visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/49_2023ua/33.pdf.

90. Шишка І.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я на основі звітної документації НСЗУ. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2024. № 5. С. 418-424. DOI: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2024-334-63>. URL: <https://heralds.khmnu.edu.ua/index.php/heralds/article/view/775/839>.

91. Шишка І.В. Аналіз експертних оцінок результативності реформи системи охорони здоров'я України. *Економічний вісник Донбасу*. 2024. № 1-2 (75-76). С. 144-153. DOI: [https://doi.org/10.12958/1817-3772-2024-1-2\(75-76\)-144-153](https://doi.org/10.12958/1817-3772-2024-1-2(75-76)-144-153). URL: <http://www.evd-journal.org/download/2024/1-2/19-Shyshka.pdf>.

92. Шишка І.В. Оцінка доцільності основних векторів «Стратегії

розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року». *Вісник економічної науки України*. 2024. № 1 (46). С. 68-73. DOI: [https://doi.org/10.37405/1729-7206.2024.1\(46\).68-73](https://doi.org/10.37405/1729-7206.2024.1(46).68-73). URL: 92.

93. Шишка І.В. Оцінка процесу стратегічного планування розвитку сфери охорони здоров'я в Україні. *Ефективність інвестиційної діяльності: перспективний підхід: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 22 березня 2024 р.)*. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. 200 с. С. 193-198. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-365-4-44>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/263/9471/21323-1>.

94. Шишка І.В. Проблемні питання посилення політик та спроможності інститутів національної системи охорони здоров'я. *Ефективність міжнародної економічної інтеграції: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 3 листопада 2023 р.)*. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 116 с. С. 111-114. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-326-5-29>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/234/9472/21329-1>.

95. Шишка І.В. Проблеми запровадження договорів державно-приватного партнерства у сфері надання медичних послуг. *Трансформаційні процеси національної економіки в умовах сьогодення: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 8 квітня 2023 р.)*. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 144 с. С. 139-144. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-296-1-30>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/198/9474/21341-1>.

РОЗДІЛ 5

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

5.1. Напрями і перспективи цифровізації й комп'ютеризації процесу надання медичних послуг

Досягнення неодноразово проголошених цілей і завдань щодо підвищення якості надання медичних послуг, оптимізації процесів фінансування галузі, покращення стану здоров'я населення на даний час не можливо забезпечити без використання широкого спектру сучасних ІТ-технологій як-то: телемедицина, штучний інтелект, Big Data, портативні розумні пристрої, 3D-друк та біопринтери тощо [92, с. 184]. Запровадження системи e-Health створює необхідні умови для забезпечення інтеграції та швидкого доступ до даних пацієнтів, прискорює та значно підвищує якість процесів комунікації між пацієнтами, лікарями, державними регуляторами та бізнесом, значно скорочує кількість лікарських помилок, забезпечує ефективний контроль за обігом та застосуванням медичних технологій і лікарських засобів. Необхідність забезпечення діджиталізації сфери охорони здоров'я також наразі обумовлена інтенсифікацією євроінтеграційних процесів, що створюють підґрунтя не лише для посилення співпраці та запровадження найкращих європейських практик і стандартів у національну сферу охорони здоров'я, але й надають змогу долучитися до формування єдиної політики та медичного простору з ЄС.

Визначення проблем і перспектив цифровізації і комп'ютеризації сфери охорони здоров'я є одним з найбільш актуальних напрямів наукових досліджень українських і іноземних авторів протягом останніх декількох років. Багатоаспектність зазначеного напрямку обумовлена необхідністю

вирішення низки проблемних питань, таких як: аналіз нормативноправового забезпечення запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health) в умовах трансформації медичної галузі (Н. Васюк, М. Кузюк [14]), дослідження особливостей застосування цифрових технологій в інформаційно-комунікаційній системі державного управління в сфері охорони здоров'я (Л. Криничко, О. Мотайло [15]), дослідження стану, перспектив та розроблення рекомендацій для цифрової трансформації індустрії охорони здоров'я в Україні (С. Сергійчук, Д. Рябець [17]), оцінка процесів упровадження цифрових технологій для досягнення цілей управління (С. Краус, Ф. Ск'явоне, А. Плужнікоа, А.-К. Інверніцці [22]), аналіз запровадження e-health в Україні в умовах воєнного часу, з'ясування проблемних аспектів та розроблення рекомендацій на основі зарубіжного досвіду (Р. Дьомін [23]), розгляд елементів, якими забезпечується цифровізація фармацевтичного сектору охорони здоров'я, його регулювання, пов'язане з обігом лікарських засобів та медичних виробів (Д. Лур'є [24]) та багатьох інших [92, с. 184].

Протягом 2017-2020 років, тобто на перших етапах реалізації медичної реформи було запроваджено ключові процеси і реєстри існування інформаційного середовища системи охорони здоров'я: забезпечення укладення електронних декларацій із сімейними лікарями, виписка електронних рецептів за програмою «Доступні ліки» та електронних направлень, ведення електронної медичної картки, формування ринку виробників програмного забезпечення для доступу до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я та підтримки кінцевих користувачів у медичних закладах. Проте, станом на 2020 рік залишалось багато невирішених питань, серед яких: доступ пацієнта до управління власними медичними даними, якість, безпечність і доступність електронних медичних послуг, відсутність загальнодержавного стратегічного бачення розвитку та застосування електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), недостатність ресурсного забезпечення, відсутність узгодженого плану розвитку

функціональних компонентів електронної системи охорони здоров'я, паралельне застосування паперових та електронних форм, які часто суперечать одна одній [92, с. 184].

З метою усунення вищезазначених недоліків Кабінетом Міністрів України 28 грудня 2020 року було схвалено «Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я» [1], яка передбачає реалізацію заходів за чотирма напрямками: нормативно-правове забезпечення розвитку е-здоров'я, організаційно-управлінське та технічне забезпечення, ресурсне забезпечення, забезпечення якості, безпечності та доступності медичних послуг у системі е-здоров'я (рис. 5.1) [92, с. 184]. Термін реалізації Концепції було встановлено на період до 2025 року з розмежуванням на два етапи.

Протягом 2020-2022 років Концепцією було передбачено: розроблення плану заходів; удосконалення законодавства; розвиток та удосконалення системи і механізмів управління е-здоров'я; реалізація політики безпеки і захисту інформації та персональних даних; аналіз і вдосконалення чинних інформаційно-комунікаційних систем і реєстрів у сфері охорони здоров'я; поетапний перехід від паперових облікових форм до електронних медичних записів; визначення вимог до розроблення сервісів; розвиток інструментів для продовження реформи фінансування системи охорони здоров'я; забезпечення сумісності та взаємодії центральної бази даних з іншими інформаційно-комунікаційними системами; формування єдиного медичного інформаційного простору; використання передових міжнародних медичних та інформаційних стандартів; упровадження протоколів обміну інформацією у сфері охорони здоров'я; інформатизація медичних закладів, розвиток інформаційної культури, цифрової грамотності, кібербезпеки і кібергігієни медичних працівників і пацієнтів; забезпечення стабільної ресурсної підтримки е-здоров'я; забезпечення прозорості та публічної доступності узагальнених даних щодо розвитку системи електронної охорони здоров'я; широке залучення громадян до використання е-здоров'я; забезпечення інтеграції до світового медичного інформаційного простору [87, с. 80].

Заходи з забезпечення розвитку електронної системи охорони здоров'я	
Нормативно-правове забезпечення	– удосконалення законодавства; – модернізація існуючих та запровадження нових інструментів е-здоров'я; – поетапний перехід від використання паперових до електронних документів; – визначення вимог щодо розроблення сервісів електронної системи охорони здоров'я; – удосконалення підходів щодо електронної ідентифікації користувачів і стандартів обміну інформацією; – інтеграція електронної системи охорони здоров'я з іншими інформаційно-комунікаційними системами; – урегулювання питання щодо оброблення персональних даних; – гармонізація національних стандартів зі світовими стандартами
Організаційно-управлінське та технічне забезпечення	– розбудова дворівневої моделі електронної системи охорони здоров'я (центральна база даних та інформаційні системи медичних закладів); – забезпечення доступу пацієнтів до своїх персональних даних; – впровадження інтегрованої електронної медичної картки; – забезпечення інформатизації та автоматизації робочого середовища надавачів медичних послуг ; – чітке визначення даних, які передаються із центральної бази даних та до неї і зберігаються на периферійному рівні; – визначення технічної архітектури електронної системи охорони здоров'я; – створення інформаційно-комунікаційних систем, призначених для різних категорій користувачів; – визначення серед основних функцій держави: планування та координацію, стандартизацію, сертифікацію, ринковий нагляд, планування технічної архітектури, розширення міжнародної та міжвідомчої взаємодії
Ресурсне забезпечення	– формування широкої коаліції з розвитку е-здоров'я в Україні; – забезпечення стабільної ресурсної підтримки е-здоров'я; – забезпечення фінансової прозорості та публічної доступності узагальнених даних щодо розвитку е-здоров'я
Забезпечення якості, безпечності та доступності	– технологічна нейтральність і незалежність від розробників рішень; – обмін даними між електронною системою та іншими ресурсами; – фіксація будь-яких дій у системі без можливості видалення або коригування внесених записів; – надання пацієнтам права перевіряти персональну медичну інформацію; – забезпечення кібербезпеки; – запровадження навчання з питань кібербезпеки користувачів системи; – забезпечення доступності е-здоров'я для усіх користувачів-пацієнтів; – стимулювання наукових досліджень; – вжиття заходів для розвитку, інвестиційної привабливості ринку та середовища е-здоров'я

Рис. 5.1. Напрями реалізації «Концепції розвитку електронної охорони здоров'я»*

*Складено автором на основі [1]

На період 2023-2025 років було визначено такі завдання: забезпечення розвитку е-здоров'я і поглиблення інформаційної взаємодії між інформаційно-комунікаційними системами в Україні; підтримка стандартизації, технічного регулювання електронних медичних інформаційних систем; посилений розвиток систем підтримки клінічних рішень, персоналізованої медицини, телемедицини, систем для обробки великих даних, штучного інтелекту; повна інтеграція вимог концептуально-референтної рамки цифрових компетентностей медичних працівників до професійних стандартів; продовження інтеграції до світового медичного інформаційного простору [1].

У результаті дослідження фахівцями Агенції місцевого економічного розвитку Яворівщини стану системи е-Health в Україні у квітні 2022 року, проведеного в межах проекту «Синергія електронного здоров'я та цифрових навичок у Грузії, Молдові та Україні: шлях до підвищення стійкості громадянських суспільств Східного партнерства у кризові часи» [2], який реалізується за підтримки Європейського Союзу в рамках регрантингової схеми Форуму громадянського суспільства Східного партнерства, було визначено:

- достатність нормативно-правового регулювання електронної системи охорони здоров'я;
- наявність спеціальних органів для регулювання та розвитку системи електронної охорони здоров'я та достатнє окреслення їх повноважень (табл. 5.1);

Таблиця 5.1

Інституції, що забезпечують функціонування ЕСОЗ України [2, с. 16]

Назва інституцій	Опис інституцій	Основна роль в забезпеченні функціонування ЕСОЗ	Регулюючі документи
Кабінет Міністрів України	Вищий орган виконавчої влади, який здійснює діяльність через міністерства, інші	Забезпечення проведення політики у сфері електронної охорони здоров'я. Розроблення і	Закон України «Про Кабінет Міністрів України» [3]. Постанова Кабінету Міністрів України

Продовження табл. 5.1

Назва інституцій	Опис інституцій	Основна роль в забезпеченні функціонування ЕСОЗ	Регулюючі документи
	ЦОВВ і місцеві держадміністрації, спрямовує, координує та контролює їхню діяльність	здійснення заходів щодо створення матеріально-технічної бази	«Про затвердження Регламенту Кабінету Міністрів України» [4]
Міністерство охорони здоров'я України	Головний орган у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я	Формування та реалізація політики у галузі електронної охорони здоров'я. Відповідає за реалізацію реформ електронної системи охорони здоров'я	Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» [5]
Національна служба здоров'я України	Центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, діяльність якого спрямовується і координується КМУ через МОЗ	Аналіз та використання даних для прогнозування потреб населення в медичних послугах, розробка програми медичних гарантій, здійснення оплати закладам у межах функціонування електронної системи охорони здоров'я	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [6]. Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» [7]
Державне підприємство «Електронне здоров'я»	Державна ІТ-компанія, яка відповідає за адміністрування національних інформаційних систем у сфері охорони здоров'я України	Адміністрування центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я та контроль розробки електронної системи охорони здоров'я в Україні	Статут державного підприємства «Електронне здоров'я» [8]. Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [9]
Розробники медичних інформаційних систем	Комерційні розробники програмного забезпечення	Розробка і підтримка програмного забезпечення для управління і організації інформації закладів охорони здоров'я	Внутрішній регламентуючий документ, що затверджується власником організації
Заклади охорони здоров'я	Юридичні особи незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або їх відокремлені підрозділи	Забезпечення медичного обслуговування населення	Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [10]. Наказ МОЗ України № 385 [11]

- наявність відносно розвиненої системи електронної охорони здоров'я та інфраструктури, що відповідає поточному етапу розвитку системи;
- спроможність системи забезпечувати користувачам і пацієнтам доступ до сервісів і інструментів для надання та отримання базових медичних послуг, незважаючи на існуючі технічні та регламентні недоліки.

Серед недоліків у звіті зазначено:

- необхідність подальшого вдосконалення нормативно-правової і стратегічної бази для телемедицини, мобільної медицини, нововведень для єдиного персонального електронного кабінету пацієнта в ЕСОЗ, електронної медичної картки в ЕСОЗ;
- необхідність оновлення відповідно до європейських стандартів законодавства та механізмів у сфері захисту персональних даних пацієнтів;
- необхідність інтенсифікації дій щодо упровадження стандартів у функціонуванні ЕСОЗ відповідно до практик ЄС;
- відсутність чітко визначеної політики та окремих механізмів підтримки інновацій в галузі ЕСОЗ для розробки і інтеграції нових технологій;
- відсутність механізмів для підвищення рівня компетентностей громадян для користування e-Health;
- наявність технічних і регламентних недоліків системи щодо забезпечення доступу до сервісів і інструментів надання та отримання базових медичних послуг [2, с. 4].

Отже, за результатами аналізу Агенції місцевого економічного розвитку Яворівщини можна підсумувати, що цілі Концепції розвитку системи е-здоров'я, що були визначені на період 2020-2022 років, досягнуті не були, за виключенням створення нормативно-правового і організаційно-управлінського забезпечення її функціонування. Проте, на думку експертів незалежного громадського об'єднання-коаліції «Україна після перемоги» [15, с. 239], основні нормативно-правові документи, що регулюють систему е-здоров'я, були розроблені як інструмент для підтримки фінансової реформи, і в подальшому потребуватимуть раціонального переосмислення з точки зору

розбудови глобальної цифрової держави.

Серед основних вад електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) експерти ГО «Україна після перемоги» зазначають:

- відсутність централізованого й універсального функціоналу для збору й аналізу всіх статистичних показників;
- відсутність повноцінних інструментів відстеження пацієнта в електронній системі (відстежується лише під час взаємодії пацієнта з лікарями щодо надання послуги);
- наявність доступу до всіх електронних медичних записів про пацієнта тільки у сімейного лікаря, при цьому інші лікарі мають доступ лише до власних записів та критичної інформації про пацієнта;
- відсутність будь-якого виокремлення перенаправлень між рівнями медичної допомоги пацієнтів із НІЗ;
- доступність для аналізу переважно адміністративних даних (кількість пацієнтів, що звернулись до своїх сімейних лікарів, кількість пацієнтів, що отримали направлення на консультацію з лікарем-спеціалістом, кількість «погашених» направлень, кількість типів взаємодій (консультація, діагностика, процедура) між лікарем-спеціалістом і пацієнтом);
- питання безпеки, збереженні даних, політики доступу до даних на тимчасово окупованих територіях, а також обміну інформацією для пацієнтів, що були вимушені покинути країну, потребують додаткового аналізу;
- наявні в системі дані залишаються недоступними широкому загалу і рідко аналізуються НСЗУ із-за не репрезентативності масиву інформації, недостатність інструментів аналізу й візуалізації інформації на сайті Національної служби здоров'я у розділі «Е-дані».

Автори аналітичних записок «Первинна медична допомога в Україні: досягнутий прогрес і наступні кроки: аналіз даних за 2020-2021 р.» [13, с. 28] також акцентують увагу на тому, що ЕСОЗ розробляли відповідно до реформи фінансування охорони здоров'я у надзвичайно стислі терміни, тому функціонал системи здатен підтримувати низку політичних ініціатив як-то:

механізм капітаційної оплати (з липня 2018 року), програму реімбурсації вартості ліків для амбулаторних пацієнтів (з квітня 2019 року) та загальне управління договорами з надавачами послуг ПМД й аптеками. У зв'язку з цим система має багато технічних проблем, які значно зменшують її ефективність і спонукають медичних працівників заповнювати як електронні, так і паперові документи.

Суттєвим обмеженням ЕСОЗ, на думку укладачів аналітичних довідок, є відсутність в ній функціоналу для підтримки ухвалення клінічних рішень, що значно зменшує мотивацію медичного персоналу щодо впровадження системи у повсякденну практику. Також подальшого вдосконалення потребує функціонал ЕСОЗ/МІС, який повинен забезпечувати автоматичні сповіщення, ведення реєстрів і забезпечення зворотного зв'язку за результатами направлення пацієнтів із хронічними захворюваннями, взаємодію з іншими національними інформаційними системами у сфері охорони здоров'я. Багатьом медичним працівникам не вистачає цифрової компетентності.

У якості пріоритетів розвитку автори зазначають:

- запровадження послуг телемедицини для забезпечення зв'язку фахівців ПМД зі спеціалістами шляхом передання зображень, клінічних даних або клінічних описів з метою отримання підтримки в діагностиці та визначення можливих варіантів лікування;
- запровадження послуг телемедицини у сферах радіології, дерматології, патології та психіатрії;
- розширення спектру пристроїв, які можуть використовуватися у кардіології та офтальмології з метою самостійного контролю пацієнтами стану власного здоров'я.

Ситуаційний аналіз розвитку телемедицини в Україні, проведений протягом вересня-листопада 2022 Благодійним фондом «Пацієнти України» та Українським центром охорони здоров'я у межах проєктів «Сталий розвиток національних систем охорони здоров'я» (LHSS) та USAID «Integrated Health Systems IDIQ», передбачав визначення груп населення, які отримують

найбільшу користь від телемедичних послуг, аналіз тенденцій та географічного розподілу користування такими послугами, аналіз інфраструктури телемедицини, технічних проблем і можливостей, а також огляд зацікавлених сторін, залучених до її впровадження [16, с. 8].

Упродовж січня-вересня 2022 року найбільшу кількість телемедичних послуг надали комунальні заклади охорони здоров'я (4,84 із 5,16 млн послуг або 93,87%), але частка телемедичних послуг у загальній кількості електронних медичних записів (ЕМЗ) була найбільшою для приватних медичних закладів та приватних підприємців. Слід зазначити, що частка консультацій засобами зв'язку від загальної кількості ЕМЗ протягом досліджуваного періоду становила 4,7%, що є дуже низьким показником (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Електронні медичні записи про надання консультацій засобами зв'язку в закладах охорони здоров'я різних форм власності за період січень-вересень 2022 року*

Форма власності ЗОЗ	Кількість консультацій засобами зв'язку за типом закладу	Частка консультацій засобами зв'язку серед інших типів закладів, %	Частка консультацій засобами зв'язку від загальної кількості ЕМЗ за типом закладу, %
Державні	817	0,02	0,22
Комунальні	4 844 490	93,87	4,54
Приватні (окрім ФОП)	180 332	3,49	7,86
Приватні підприємці (ФОП)	135 250	2,62	8,76
Загалом	5 160 889	100,00	4,65

*Складено автором на основі [16, с. 13]

Онлайн-опитування та фокус-групові дискусії засвідчили, що найбільш активними користувачами телемедичних послуг були пацієнти з хронічними захворюваннями (серцево-судинні захворювання, бронхіальна астма, цукровий діабет), пацієнти з інфекційними захворюваннями, внутрішньо переміщені особи та мешканці тимчасово окупованих і нещодавно

деокупованих територій. Попри те, що пацієнти загалом були задоволені якістю телемедичних послуг, серед перешкод, які унеможливлювали або ускладнювали використання телемедицини, вони зазначили:

- недостатню обізнаність про можливість безоплатного отримання послуг у межах Програми медичних гарантій;
- недостатню обізнаність щодо засобів для надання/отримання послуг за допомогою телемедицини;
- незадовільну якість Інтернет-зв'язку у багатьох сільських районах;
- відсутність технологій, програмного забезпечення та відповідного комп'ютерного обладнання для дистанційного медичного обслуговування.

Результати опитування медичних працівників 303 різних форм власності свідчать про те, що найбільш вживаними методами телемедичних послуг є аудіо- та текстові консультації. Також фахівці використовують телемедицину для передання діагностичних даних, опису результатів рентгенівських досліджень та медичних зображень (рис. 5.2).



Рис. 5.2. Використання методів телемедицини медичними працівниками ЗОЗ різних форм власності за період 2021-2022 років, % [16, с. 20]

На початок 2023 року ПМГ включала 41 пакет послуг, десять з яких передбачали використання телемедицини (мають формулювання: «телемедична консультація», «за допомогою засобів телекомунікації», «відеолікування під безпосереднім наглядом»), ще шість пакетів передбачали

фото-, відеофіксацію та цифрові носії (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Пакети послуг ПМГ-2023, які містять згадку про телемедицину [16, с. 27]

Пакет послуг	Згадка про телемедицину	Механізм оплати пакету послуг
1. Екстрена медична допомога	Включає цілодобове консультування бригад швидкої медичної допомоги диспетчером з використанням інформаційно-комунікаційних технологій та/або засобів телемедицини; передача всієї оперативної інформації онлайн та надання інформації про наявні ресурси мережі швидкої допомоги; введення та передачу даних про пацієнта в електронну систему медичної інформації та аналіз	Глобальний бюджет на основі охоплення населення
2. Первинна медична допомога	Послуги можуть надаватися з використанням засобів телекомунікації на розсуд лікаря. Пакет ПМД також дає змогу організувати гарячу лінію для відповідей на найпоширеніші запитання щодо надання ПМД, включно з запитаннями щодо COVID19	Капітаційна ставка з поправкою на ризик на основі кількості зареєстрованого населення (декларації)
3. Ведення вагітності в амбулаторних умовах	Використання телемедицини, СМС, телефону тощо дозволяється лише в разі захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19	Капітаційна ставка на одну вагітну жінку на місяць
5. Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз	Включає організацію контрольованого прийому протитуберкульозних препаратів пацієнтам під час стаціонарного та/або амбулаторного етапів лікування, включаючи вихідні та святкові дні, в тому числі шляхом використання цифрових технологій	Капітаційна ставка (базова ставка на рік за готовність лікувати одну особу)
8. Медична допомога при гострому інфаркті міокарда	Можуть проводитися термінові телемедичні консультації з лікарями інших спеціальностей	На основі випадків/ДСГ
9. Медична допомога при гострому мозковому інсульті	Можуть проводитися термінові телемедичні консультації з лікарями інших спеціальностей	На основі випадків/ДСГ
10. Мобільна паліативна	Паліативна мобільна бригада може користуватися засобами телекомунікації	Глобальний бюджет

Продовження табл. 5.3

Пакет послуг	Згадка про телемедицину	Механізм оплати пакету послуг
медична допомога	цілодобово, при цьому мінімальна кількість взаємодій за допомогою засобів	

	телекомунікації – не менше 1 разу на тиждень із внесенням відповідного запису в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ)	
15. Стаціонарна паліативна допомога	Можуть проводитися консультації з використанням засобів телекомунікаційного зв'язку спеціалістами паліативної служби для лікарів інших спеціальностей, які працюють у відділеннях/медичних центрах, де отримують лікування паліативні хворі	Глобальний бюджет /ДСГ
17. Супровід і лікування дорослих та дітей хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги	Послуги можуть надаватися з використанням телемедицини, яка передбачає співпрацю з пацієнтами в межах амбулаторної моделі лікування під наглядом (відеолікування під безпосереднім наглядом, відеолікування в місці обслуговування, відеолікування вдома тощо)	Капітаційна ставка/на хворого на туберкульоз при амбулаторному лікуванні; коригування на результат лікування
30. Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя	Передбачає надання послуги раннього втручання сім'ям за місцем їх перебування та/або з використанням засобів телекомунікації	Глобальний бюджет
21. Бронхоскопія 22. Гістероскопія 23. Езофагогастро-дуоденоскопія 24. Колоноскопія 27. Мамографія 31. Цистоскопія	Забезпечення фотофіксації (для кожного пакету визначено мінімальну кількість знімків; збереження знімків у медичній документації) та/або повної відеофіксації всього дослідження зі зберіганням цифрових фото/відеоматеріалів протягом 2 років. Також ці пакети передбачають можливість запису результатів дослідження на цифрові носії пацієнта	Плата за послугу

Однак, у зазначених пакетах використовуються різні формулювання для опису телеконсультацій, що призводить до непослідовного підходу до включення телемедицини до ПМГ.

Категорії зацікавлених сторін, визначених виконавцями ситуаційного аналізу, наведені на рис. 5.3. При цьому було встановлено, що жодна з них не здійснює моніторинг телемедичних послуг.



Рис. 5.3. Зайнявлені сторони, залучені до розвитку телемедицинських послуг в Україні [16, с. 29]

Медичні працівники, які приймали участь у опитуванні, зазначили недостатність власних знань у сфері телемедицини – потребу у навчанні з тем, включених дослідниками до опитування (звітування щодо телемедицинських послуг в ЕСОЗ та в інших електронних системах; критерії використання телемедицинських послуг; клінічні аспекти телемедицинських послуг; інструкції щодо роботи з кожним видом телемедицинських послуг; співпраця між медичними працівниками і постачальниками телемедицинського обладнання; маршрут пацієнта; правове регулювання телемедицинських послуг в Україні) відчували від 68 до 88% респондентів.

Основним видом телемедичного обладнання для надання відповідних послуг респонденти назвали мобільні телефони. При цьому, для зберігання, передання даних та зв'язку також використовують комп'ютери, ноутбуки та планшети. У якості спеціалізованого обладнання для діагностики та моніторингу стану пацієнтів медичні працівники використовують пульсоксиметр, глюкометр, спірометр, термометр, дерматоскоп і електрокардіограф (з дистанційним переданням даних), фетальний монітор, рентгенодіагностичний комплекс IMAX, телеметричний пристрій Tyto Care, портативний телемедичний комплекс IDIS, телеметричний кардіологічний комплекс Unet. При цьому, 85,94% респондентів використовують власні мобільні телефони, 60,16% – власні планшети, 25,00% – власні комп'ютери, 34,38% – придбані за власний кошт індивідуальні вимірювальні прилади (рис. 5.4). Отже, використання 51% респондентів власного обладнання свідчить про недостатнє матеріально-технічне забезпечення процесу надання телемедичних послуг.

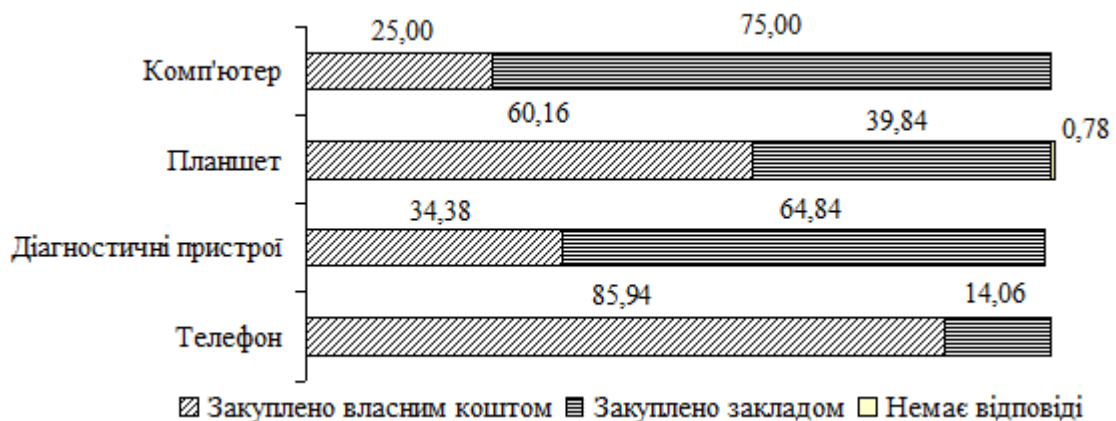


Рис. 5.4. Джерела придбання обладнання для телемедичних послуг, за даними он-лайн опитування, % [16, с. 32]

До 24 лютого 2022 року заклади охорони здоров'я, що уклали договір з НСЗУ, мали різноманітне діагностичне обладнання для надання послуг за ПМГ, яке потенційно можна було використовувати для надання телемедичних послуг. Проте інформація про обладнання, яке має цифровий інтерфейс, а

також про наявність телеметричного та діагностичного обладнання в закладах наразі відсутня.

Під час надання послуг медичні працівники використовують відповідне програмне забезпечення, месенджери та спеціальні телемедичні платформи, інтегровані у МІС закладу охорони здоров'я. Наразі в Україні працюють телемедичні платформи, міжнародні платформи і системи, додатки для психічного здоров'я та для хворих на діабет (рис. 5.5).

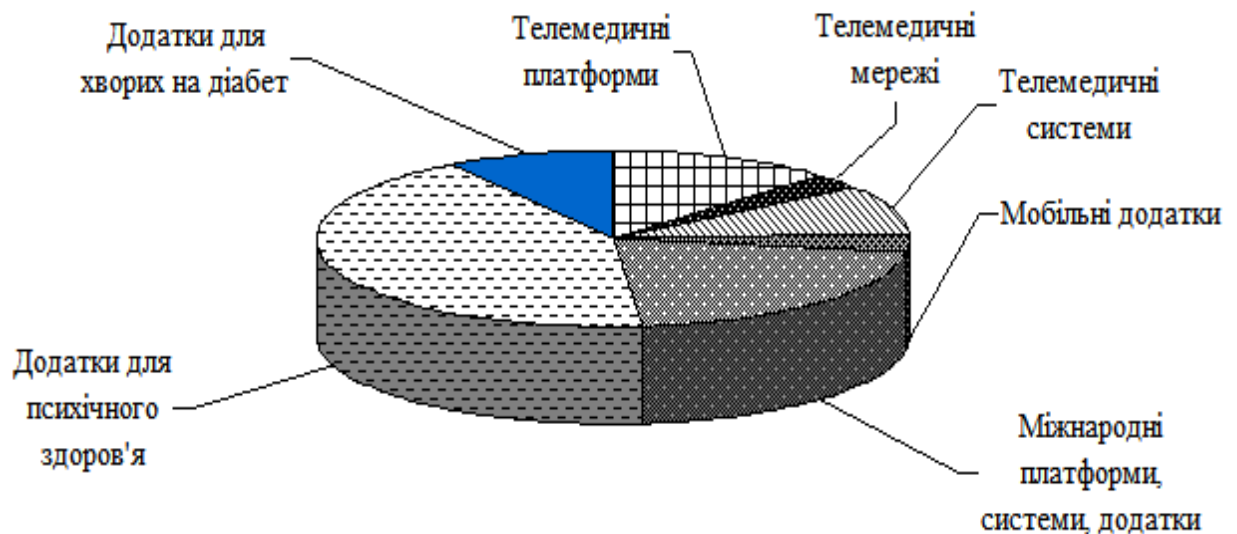


Рис. 5.5. Телемедичні платформи, системи, мобільні додатки, що працюють в Україні (у % до загальної кількості)*

*Складено автором на основі [16, с. 57]

Найбільш популярними платформами є Medair, Teladoc, Telekard і Montex, при цьому дані зберігаються на серверах закладів охорони здоров'я, а регіональні сервери використовуються набагато рідше; лише вісім з тридцяти двох МІС, які підключено до центральної бази даних ЕСОЗ, мають функцію онлайнконсультацій; телемедичні платформи не містять функцій, що дають змогу людям із порушеннями зору та слуху користуватися телемедичними послугами [92, с. 187]. Гуманітарна допомога міжнародних донорів у вигляді телемедичних платформ (TelaDoc, Rehabilitation Gaming System, Carebits, Epiqar, HomeDoctor), безперечно, є цінною, особливо під час війни, але

зазначені платформи не інтегровані з МІС та центральною базою даних ЕСОЗ.

Основні перешкоди у наданні телемедичних послуг виконавці ситуативного аналізу об'єднали в декілька груп: нормативні та регуляторні; інформаційні та організаційні; фінансові; перешкоди, пов'язані з людськими ресурсами та інфраструктурні перешкоди. Нормативними та регуляторними перешкодами є зарегульована і застаріла нормативна база телемедицини щодо організації телемедичних кабінетів та вимог подвійного обліку телемедичних послуг; не регламентованість ролей та обов'язків медичних працівників; потреба у згоді пацієнта в паперовому вигляді. Інформаційні та організаційні перешкоди обумовлені відсутністю інформації про управління телемедициною та її фінансування, а також відсутністю чітких алгоритмів використання телемедицини (клінічні протоколи, маршрути пацієнтів, бізнес-процеси). Фінансові перешкоди пов'язані з фрагментарним фінансуванням телемедичної інфраструктури та незрозумілими фінансовими стимулами для надавачів послуг.

Перешкоди, пов'язані з людськими ресурсами, виявляються у збільшенні навантаження медичних працівників із-за скорочення їхньої чисельності, що призводить до браку часу на надання телемедичних послуг; відсутності знань і навичок роботи з телемедичними пристроями; відсутності завдань з надання телемедичних послуг у посадових інструкціях медичних працівників, що відносить їх до додаткового навантаження; відсутності технічного персоналу для налаштування і регулювання спеціалізованого телемедичного обладнання.

Інфраструктурними перешкодами є незадовільне інтернет-з'єднання та слабкий сигнал мобільної мережі у сільській місцевості; відсутність спеціалізованого обладнання для надання телемедичних послуг; відсутність інтероперабельності між телемедичним обладнанням та медичною інформаційною системою, встановленою в закладі охорони здоров'я, що перешкоджає переданню результатів телемедичних послуг для їх подальшої обробки лікарем; відсутність сумісності між різними МІС, встановленими в

різних закладах охорони здоров'я, що унеможлиблює обмін даними [92, с. 188].

Складність обміну даними між телемедициними пристроями та МІС/ЕСОЗ частково обумовлена неповним запровадженням відповідних стандартів в Україні. Кілька років тому МОЗ вирішило прийняти міжнародні стандарти сумісності, обміну, зберігання та використання медичної інформації, але повне їх впровадження так і не відбулося. Особливістю стандартів ЄС є їхня однакова пріоритетність та відсутність стандартів безпеки/конфіденційності, яку компенсує наявність регламенту GDPR.

Важливим питання є налагодження ефективних механізмів фінансування розвитку ЕСОЗ. Експерти зазначають, що наразі державні інвестиції спрямовані на її розроблення і впровадження, а не на конкретні телемедичні рішення [16, с. 38]. Фінансування телемедичних рішень здійснюється з центрального і місцевого бюджетів, що за оцінками медичних працівників, є недостатнім.

Таким чином, запровадження телемедицини станом на 2023 рік в Україні можна вважати незадовільним. За даними МОЗ, у першому півріччі 2023 року реалізовані такі е-проекти: COVID-сертифікати для щеплених за кордоном; функціонал обліку реабілітаційних втручань; функціонал категоризації пацієнтів за нозологіями; функціонал реімбурсації імуносупресивних лікарських засобів; функціонал реорганізації закладів охорони здоров'я; запровадження програми «Медичні висновки 2.0»; інтеграція електронної системи охорони здоров'я з іншими державними реєстрами; електронні рецепти на всі рецептурні препарати; пілот електронної системи управління запасами ліків та медичних виробів e-Stock; реєстр відповідальних за введення в обіг медичних виробів [18].

Тобто, зусилля переважно спрямовані на реформування і розвиток системи надання медичних послуг. Про запровадження таких технологій, як 3D-друк та біопринтери, портативні розумні пристрої, штучний інтелект, Big Data мова поки що не йде, оскільки наразі існують медичні заклади, що ще не

мають доступу до широкосмугового Інтернету.

Отже, зважаючи на наведені вище результати аналітичних досліджень процесу розвитку електронної охорони здоров'я в Україні протягом 2020-2023 років, можна підсумувати, що з двадцяти двох завдань, визначених у «Концепції розвитку електронної охорони здоров'я» [1], половина не виконані, понад третина завдань виконані частково і лише 24% завдань виконані в достатньому обсязі (табл. 5.4) [92, с. 189].

Таблиця 5.4

Ступінь виконання завдань Концепції розвитку електронної охорони здоров'я*

Заходи	Ступінь виконання
Розроблення та затвердження плану заходів	Виконано
Удосконалення законодавства	Частково виконано
Розвиток та удосконалення системи і механізмів управління е-здоров'я	Виконано
Реалізація політики безпеки і захисту інформації та персональних даних	Не виконано
Аналіз і вдосконалення чинних інформаційно-комунікаційних систем і реєстрів у сфері охорони здоров'я	Частково виконано
Поетапний перехід від паперових облікових форм до електронних медичних записів	Частково виконано
Визначення вимог до розроблення сервісів	Частково виконано
Розвиток інструментів для продовження реформи фінансування системи охорони здоров'я	Частково виконано
Забезпечення сумісності та взаємодії центральної бази даних з іншими інформаційно-комунікаційними системами	Частково виконано
Формування єдиного медичного інформаційного простору	Не виконано
Використання передових міжнародних медичних та інформаційних стандартів	Не виконано
Упровадження протоколів обміну інформацією у сфері охорони здоров'я	Не виконано
Інформатизація медичних закладів, розвиток інформаційної культури, цифрової грамотності, кібербезпеки і кібергігієни медичних працівників і пацієнтів	Частково виконано
Забезпечення стабільної ресурсної підтримки е-здоров'я	Не виконано
Забезпечення прозорості та публічної доступності узагальнених даних щодо розвитку системи електронної охорони здоров'я	Частково виконано
Широке залучення громадян до використання е-здоров'я	Не виконано
Забезпечення інтеграції до світового медичного інформаційного простору	Не виконано
Забезпечення розвитку е-здоров'я і поглиблення інформаційної взаємодії між інформаційно-комунікаційними системами в Україні	Виконано

Продовження табл. 5.4

Заходи	Ступінь виконання
Підтримка стандартизації, технічного регулювання електронних медичних інформаційних систем	Не виконано
Посилений розвиток систем підтримки клінічних рішень, персоналізованої медицини, телемедицини, систем для обробки великих даних, штучного інтелекту	Не виконано
Повна інтеграція вимог концептуально-референтної рамки цифрових компетентностей медичних працівників до професійних стандартів	Не виконано
Продовження інтеграції до світового медичного інформаційного простору	Не виконано

*Складено автором

У липні 2023 року КМУ затвердив «Стратегію розбудови телемедицини в Україні» [19], стратегічні цілі якої спрямовані на усунення вищезазначених проблем функціонування системи е-здоров'я, як-то:

- удосконалення технічного забезпечення телемедицини, підвищення її якості та доступу пацієнта до телемедичних послуг шляхом: збільшення протягом найближчих двох років частки телеконсультацій із загального числа консультацій у два рази; доведення частки закладів охорони здоров'я, в яких застосовується телемедицина, до 80% до кінця 2025 року; забезпечення спроможності усіх медичних інформаційних систем до надання медичної/реабілітаційної допомоги телемедичними засобами;
- удосконалення нормативного регулювання розвитку і застосування телемедицини;
- удосконалення кадрового забезпечення надання телемедичних послуг завдяки здійсненню освітніх заходів і щорічному збільшенню кількості таких заходів;
- підвищення рівня обізнаності населення з питань телемедицини завдяки проведенню щорічних інформаційних кампаній на національному, регіональному та місцевому рівні, спрямованих на популяризацію телемедицини серед населення.

Усі зазначені заходи є, безсумнівно, актуальними і доречними, але, зважаючи на складні і непередбачувані умови функціонування системи охорони здоров'я під час повномасштабної війни, на нашу думку, доцільним

було б додати заходи з мінімізації можливих зовнішніх і внутрішніх ризиків реалізації стратегії [88, с. 301].

Також певні сумніви викликають джерела фінансування стратегії розбудови телемедицини, у якості яких в документі визначені кошти міжнародної технічної допомоги, фінансової та технічної допомоги міжнародних організацій у формі експертної допомоги, людських ресурсів, необхідного матеріально-технічного забезпечення або коштів, виділених на цільові потреби.

У пояснювальній записці до Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини» [21], який набув чинності у серпні 2023 року, також у якості джерела фінансування зазначено кошти фінансової та технічної допомоги міжнародних установ, організацій та іноземних країн. У документі зазначено, що реалізація визначених заходів з розбудови телемедицини потребуватиме у 2023 році (тобто протягом чотирьох місяців, що залишились після набуття Законом чинності) 91 763,4 тис. грн.

Зазначені у пояснювальній записці суми технічної допомоги становлять:

- 2 млн дол. США (76 млн грн) відповідно до зареєстрованої картки проєкту (Програми) № 4954 на посилення врядування системою охорони здоров'я шляхом розбудови спроможності МОЗ і, зокрема ДП «Електронне здоров'я» на строк з 01.10.2021 по 30.09.2023;

- 390 тис. дол. США (15 млн грн) відповідно до гарантійного листа Благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» від 16.03.2023 № 270 на підтримку діяльності з розбудови телемедицини в Україні;

- 4,4 млн грн відповідно договору від 01.11.2022 № 01/11-1 між ДП «Електронне здоров'я» і Благодійною організацією «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» на виконання робіт з розробки технічного завдання на створення системи управління доступом та маршрутизації діагностичних зображень [21, с. 2].

Поділяємо думку С. Комісаренко [25] стосовно того, що пояснювальна записка до законопроекту залишила без відповіді питання стосовно цільового використання визначеного обсягу фінансових коштів, а також незрозумілості твердження, що закон не має жодного відношення до роботи органів місцевого самоврядування, прав та інтересів територіальних громад, соціально-трудової сфери, прав осіб з інвалідністю, оскільки всі зазначені суб'єкти є зацікавленими сторонами розвитку телемедицини (див. рис. 5.3).

Отже, загальна сума технічної допомоги становить 95,4 млн грн, що повністю перекриває потребу у фінансуванні на 2023 рік. Але стратегією [19] передбачено реалізацію заходів з розбудови телемедицини ще й протягом 2024 і 2025 років. При цьому загальна сума фінансування не визначена, хоча у пояснювальній записці до проекту Закону зазначено, що залучення технічної допомоги передбачено на 3 роки [21, с. 2].

Як показують події останніх місяців 2023 року, надходження коштів від міжнародних організацій та іноземних країн може бути доволі ненадійним джерелом фінансування, що пов'язано з різного роду економічними негараздами або певними політичними рішеннями відповідальних осіб.

Потреба у фінансових ресурсах існує не тільки у розрізі розбудови телемедицини, але й у світлі повоєнної відбудови системи електронної охорони здоров'я загалом. За оцінками розробників «Плану відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022-2032 роки» [26], розміщеного на сайті МОЗ, на реалізацію відповідних заходів знадобиться 4,21 млрд грн або 111 млн дол. США (табл. 5.5). Порівняно з загальною сумою державного фінансування сфери охорони здоров'я, яка визначена у бюджеті на 2024 рік в обсязі 201,9 млрд грн [27], вказана сума не є суттєвою, але, зважаючи на те, що бюджетне фінансування медичної галузі є недостатнім, навіть така додаткова потреба може призвести до невиконання певних завдань стратегічного розвитку системи е-здоров'я.

Таблиця 5.5

Розмір потреби у фінансових ресурсах за напрямом «Розвиток

**електронної охорони здоров'я та посилення кібербезпеки» Плану
відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни
на 2023-2025 роки***

Ціль, яку необхідно досягти	Загальний розмір потреби у фінансових ресурсах для досягнення цілі
Формування єдиного медичного інформаційного простору з національною і транскордонною інтегрованістю та наскрізними процесами і сервісами	600 млн грн
Забезпечення інфраструктурних та технічних умов надання якісних медичних послуг із використанням інформаційно-комунікаційних систем на усіх рівнях	2,5 млрд грн
Депаперизація та забезпечення електронних механізмів збору та контролю якості даних, візуалізації та аналізу відкритих даних сфери охорони здоров'я	400 млн грн
Створення зручних та прозорих механізмів доступу користувачів до повних даних про своє здоров'я, управління цією інформацією	100 млн грн
Забезпечення кібербезпеки та захисту інформації	500 млн грн
Розвиток та підтримка цифрових компетентностей користувачів інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я	100 млн грн
Функціонування сталих інституцій з чіткою моделлю управління, що забезпечує гнучкість та ефективність розвитку електронної охорони здоров'я	10 млн грн
Усього	4, 21 млрд грн

*Складено автором на основі [26, с. 104]

5.2. Розроблення концепції розвитку сфери охорони здоров'я

Розуміння потенційних напрямів спрямування зусиль для забезпечення довгострокового розвитку сфери охорони здоров'я потребує визначення стратегічних пріоритетів та тактичних цілей і завдань, які повинні бути зазначені у відповідному стратегічному плані. На даний час існує дві редакції «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» [36; 37], які мають однакові недоліки, а саме: відсутність урахування впливу чинників зовнішнього і внутрішнього середовища галузі, найбільш поширених світових тенденцій розвитку системи охорони здоров'я, впливу чинних зовнішніх і внутрішніх ризиків, повного спектру необхідних дій щодо забезпечення євроінтеграції, основних прогалин у процесі реформування галузі.

Українська і іноземна спільноти науковців приділяють багато уваги питанням подальшого розвитку системи охорони здоров'я України, що пов'язано як зі значними прогалинами у заходах довоєнного реформування галузі, так і необхідністю її повоєнної відбудови [84]. Серед авторів слід зазначити: Ю. Городніченка, І. Сологуб, Б. Ведер ді Мауро, Ю. Джигира, К. Майнзюк, А. Мерфі, К. Проппер [31], К. Бреденкамп, Т. Дмитраченко, О. Дорошенко, К. Фіщук, Я. Хабіхта, Д. Катціна, О. Яновська, П. Павленко, Б. Зіннера [39], Т. Юрочко, О. Бабляка, Т. Бадікова, В. Скибчика, Д. Купиру, В. Курпіту [41].

У процесі розроблення стратегічних і тактичних цілей довгострокового розвитку сфери охорони були опрацьовані також такі нормативно-правові акти: Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 № 2573-IX [32], Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 № 2347-IX [34], Закон України «Про страхування» від 18.11.2021 № 1909-IX [38], Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» від 28.02.2023 № 174 [35] та дві редакції «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» від 23.02.2022 року і від 13.02.2023 року [37; 36].

Попри значний обсяг роботи, проведеної розробниками стратегічних планів розвитку галузі та авторами аналітичних звітів, вважаємо за необхідне запропонувати концептуальний підхід до процесу стратегічного планування довгострокового розвитку сфери охорони здоров'я України.

У результаті проведення SWOT-аналізу було визначено, що оптимальними стратегіями подальшого розвитку сфери охорони здоров'я України є стратегії поля «Слабкість і загрози» SWOT-матриці, оскільки саме зовнішні загрози і слабкі сторони галузі мають чисельну перевагу. Обґрунтовано, що найбільш доцільними стратегіями у даному випадку є стратегії відновлення, реструктуризації і реінжинірингу. Сутність зазначених стратегій полягає у вдосконаленні нормативно-правового забезпечення

функціонування галузі; реалізації організаційно-економічних, технологічних і соціальних перетворень з метою підвищення якості медичних послуг та управління активами медичних закладів; докорінному переосмисленні процесів управління діяльністю медичних закладів.

Розроблення стратегії розвитку галузі вимагає урахування певних світових тенденцій розвитку сектору охорони здоров'я, серед яких: зростання попиту на отримання допомоги поза лікарнями, дефіцит і виснаження медичних працівників, погіршення психічного здоров'я, підвищення ролі довірливих особистісних стосунків між пацієнтом і лікарем, зростання попиту на доступне та безпечне лікування, дистанційний моніторинг та взаємодія між установами охорони здоров'я, зростання масштабів застосування мобільних додатків (телемедицина, цифрові рецепти та медичні записи, дистанційний моніторинг пацієнтів за допомогою пристроїв носіння, персоналізована медицина і геноміка, ігрові програми, роздрібна охорона здоров'я, клінічні та фітнес рішення, FinTech, догляд за психічним здоров'ям) та інформаційних технологій (великі дані, штучний інтелект, Інтернет речей, доповнена і віртуальна реальності, хмарні обчислення, прогностичний аналіз, чат-бот, кібербезпека та конфіденційність даних, нанотехнології, 3D біодрук та імпланти). Найбільш інтенсивне зростання очікується для обсягів медичних технологій, сектору телемедицини, передиктивної аналітики та обсягів використання штучного інтелекту.

Для забезпечення життєздатності стратегії необхідно також враховувати вплив зовнішніх і внутрішніх ризиків її реалізації, серед яких найбільшу вагу мають соціально-політичні, кадрові і виробничо-фінансові ризики. При цьому визначено, що соціально-політичні і кадрові ризики мають тенденцію до зростання протягом найближчих двох років.

Прийняття у якості пріоритетів розвитку (стратегічних цілей) системи охорони здоров'я напрямів, зазначених Головою Комітету Верховної Ради з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування М. Радущим [28], які передбачають продовження реформування,

забезпечення процесів євроінтеграції та повоєнного відновлення, а також врахування вищезазначених чинників створюють підґрунтя концептуального підходу до розроблення довгострокової стратегії розвитку галузі (рис. 5.6).

Також обов'язковою умовою розроблення і реалізації стратегії довгострокового розвитку сфери охорони здоров'я є дотримання ключових цінностей та керівних принципів, а саме: людиноцентричності, рівності та справедливості, спільного вироблення медичних послуг, біопсихосоціального підходу, доказовості і формування ринку послуг в охороні здоров'я.

Стратегічна ціль «Продовження реформування сфери охорони здоров'я України», на наш погляд, повинна передбачати досягнення таких результатів: цифровізація процесів управління системою охорони здоров'я та надання медичних послуг; забезпечення формування і розвитку медичних кадрів; забезпечення розвитку інститутів системи охорони здоров'я; реструктуризація галузі шляхом створення ефективних госпітальних округів; стимулювання і підтримка розвитку і підвищення ефективності менеджменту медичних закладів; створення умов і відповідне ресурсне забезпечення для підвищення якості медичних послуг; розвиток системи громадського здоров'я; забезпечення достатніх обсягів фінансування сфери охорони здоров'я (рис. 5.7). Зазначені тактичні цілі відповідають сутності стратегій реструктуризації і реінжинірингу. Для конкретизації змісту тактичних цілей необхідно зазначити відповідний перелік заходів.

Одним з основоположних завдань, виконання якого забезпечить довгостроковий розвиток системи охорони здоров'я, є підвищення ефективності функціонування її інститутів [84]. Серед найбільш впливових інститутів, у даному випадку, вважаємо МОЗ, НСЗУ, Центр громадського здоров'я, Українську медичну агенцію (створення якої презентовано МОЗ), а також державні і місцеві органи виконавської влади.

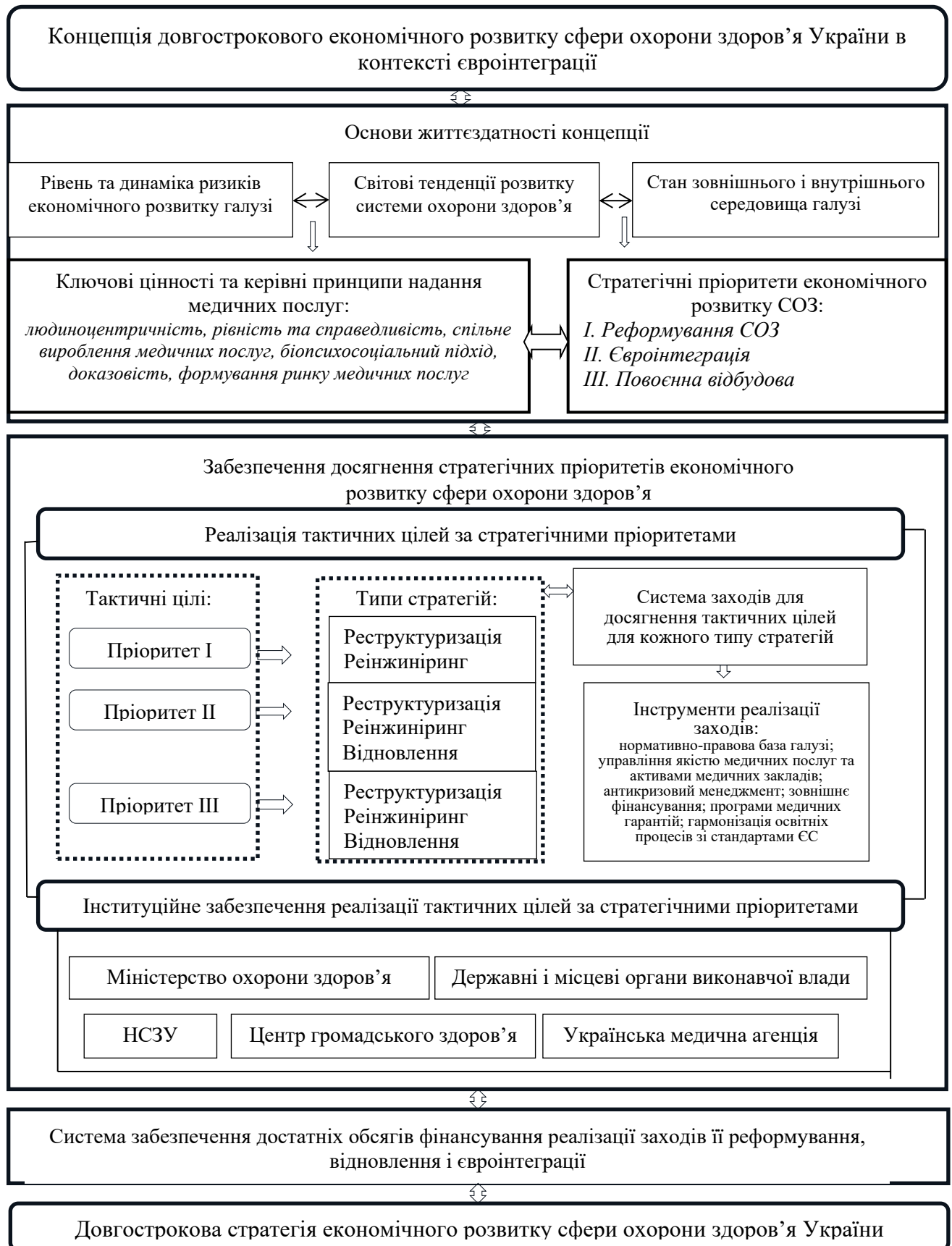


Рис. 5.6. Механізм забезпечення досягнення стратегічних цілей розвитку сфери охорони здоров'я України до 2030 року *

*Складено автором

Повністю поділяємо переконання експертів Центру досліджень економічної політики (CEPR) [31], яке полягає у необхідності надання автономії НСЗУ, що забезпечить її гнучкість і свободу дій для визначення специфікацій медичних послуг, механізмів оплати та вибіркового підходу до укладання контрактів.



Рис. 5.7. Система стратегічних і тактичних цілей економічного розвитку сфери охорони здоров'я України відповідно до обраних стратегій*

*Складено автором

Зазначена автономія повинна передбачати невтручання МОЗ і Мінфіну в технічні та операційні питання, які належать до компетенції Служби. При цьому обов'язковою умовою є посиленням нагляду та підзвітності НСЗУ.

Таблиця 5.6

Тактичні цілі за стратегічним пріоритетом
«Продовження реформування сфери охорони здоров'я України»*

Тип стратегії	Тактичні цілі	Заходи щодо досягнення тактичної цілі
Реструктуризація	Забезпечення розвитку інститутів системи охорони здоров'я	Посилити інституційну стійкість НСЗУ шляхом підвищення рівня її автономності
		Створити та забезпечити ефективне функціонування незалежного державного органу, що відповідатиме за реєстрацію ліків та контроль ринку ліків і медичних виробів
		Переглянути функції Центру громадського здоров'я з метою забезпечення децентралізації управління системою громадського здоров'я
		Забезпечити оптимізацію апарату Міністерства охорони здоров'я шляхом вилучення невластивих функцій
		Визначити й нормативно забезпечити ролі та обов'язки щодо врядування в системі охорони здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях
	Реструктуризація галузі шляхом створення госпітальних округів	Забезпечити формування спроможних мереж лікарень з врахуванням наявних потреб населення під час воєнного стану та у повоєнний період
	Розвиток системи громадського здоров'я	Забезпечити виконання основних функцій громадського здоров'я шляхом створення мережі центрів контролю і профілактики хвороб з відповідною ресурсною базою
		Забезпечити своєчасної реалізації заходів з попередження виникнення та подолання наслідків надзвичайних ситуацій
		Створити умови для формування та підтримки ціннісного ставлення до здоров'я
Реінжиніринг	Забезпечення достатніх обсягів фінансування сфери охорони здоров'я	Створити умови для залучення інвестицій та підвищення економічної привабливості медичної галузі
		Сприяти розробці нормативно-правового регулювання державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я
		Розробити чіткі правила розвитку ринку добровільного медичного страхування
		Розробити та запровадити ефективну модель обов'язкового державного медичного страхування

Тип стратегії	Тактичні цілі	Заходи щодо досягнення тактичної цілі
Рейнжиніринг	Цифровізація процесів управління системою охорони здоров'я та надання медичних послуг	Запровадити додаткові механізми забезпечення фінансування системи охорони здоров'я
		Задовольнити інфраструктурні потреби цифровізації медицини
		Запровадити стандартизацію та технічне регулювання електронних медичних інформаційних систем
		Забезпечити захист інформації і кібербезпеку
		Створити умови для підвищення рівня кіберграмотності та кібергігієни лікарів і пацієнтів
		Забезпечити застосування сучасних інформаційних технологій
	Забезпечення формування і розвитку медичних кадрів	Створити реєстр людських ресурсів охорони здоров'я
		Розширити кваліфікаційні вимоги до медичних сестер/медичних братів і долучити до надання медичних послуг немедичних працівників на рівні громад
		Запровадити ефективні механізми заохочення медичних працівників, що працюють в сільській місцевості
		Запровадити інструменти страхування професійної відповідальності медичних працівників
		Запровадити індивідуальні ліцензії лікаря та фахівця на здійснення медичної практики
		Врегулювати освітні моделі підготовки менеджерів медичних закладів
	Створення умов для підвищення якості медичних послуг і відповідне ресурсне її забезпечення	Нормативно врегулювати механізми ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я
		Запровадити ефективні інструменти моніторингу якості надання медичних послуг та ефективності діяльності медичних закладів
		Створити умови для забезпечення спроможності національних наукових та технічних парків щодо проведення досліджень і розробок у сфері охорони здоров'я
		Створити відповідні умови для залучення приватного сектора як повноправного учасника СОЗ
		Розширити перелік медичних послуг у межах ПМГ та оплачувати фактично надані послуги
		Забезпечити пріоритет послуг профілактики та раннього виявлення на основі проактивного підходу
		Забезпечити фінансовий захист людей при отриманні гарантованих державою медичних послуг

*Розроблено автором

Створення Української медичної агенції, до функцій якої буде віднесено реєстрацію і контроль за ринком ліків, медвиробів, косметики та дієтичних

добавок, забезпечить однакові прозорі процедури як для національних, так і для іноземних виробників фармсектору. Серед найбільш позитивних очікувань, презентованих МОЗ, слід зазначити перспективу самоокупності Агенції за рахунок надходження платежів учасників фармацевтичного ринку у формі збору за проведення державної реєстрації лікарського засобу, послуг з експертизи матеріалів реєстраційного досьє, послуг з наукового консультування, послуг щодо користування електронним кабінетом тощо [30].

Прийнятий Верховною Радою України у 2022 Закон «Про систему громадського здоров'я» [32], на думку фахівців Українського центру охорони здоров'я [33], значно обмежив повноваження «Центру громадського здоров'я», звівши їх до інформаційно-аналітичних, методичних і науково-дослідних, що є за своєю суттю відмовою від ідеї децентралізації управління системою громадського здоров'я. Така ситуація є небажаною і потребує внесення до Закону відповідних змін, що забезпечать посилення інституційної спроможності Центру та усунення зайвої політизації процесів прийняття управлінських рішень у сфері громадського здоров'я.

Таким чином, автономія НСЗУ, посилення децентралізації у сфері громадського здоров'я, створення Української медичної агенції та нормативно-правове врегулювання прав і обов'язків власників медичних закладів дозволить оптимізувати апарат МОЗ і позбавить його від виконання невластивих функцій.

Наступною умовою ефективного функціонування і подальшого розвитку сфери охорони здоров'я є створення оптимальної мережі медичних закладів. Перші кроки у цьому напрямку були здійсненні у вигляді прийняття у 2022 році Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» і Постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [34; 35]. Однак, зазначені у цих документах норми обслуговування є, на нашу думку, занадто низькими, що суперечить загальносвітовій тенденції до укрупнення медичних закладів. Від кількості

лікарень, що утворюють мережу, залежатимуть обсяги фінансового і ресурсного (будівлі, обладнання, персонал, ліки і медичні товари) забезпечення, тому вважаємо обґрунтоване визначення потужності мережевих лікарень кожного типу дуже важливим.

Ще одна тактична ціль, що є складовою стратегії реструктуризації, передбачає забезпечення розвитку системи громадського здоров'я, до основних завдань якої належить ефективна і своєчасна ідентифікація ризиків для здоров'я населення, їх попередження і відповідне реагування на загрози з метою мінімізації негативних наслідків. У кожній з двох редакцій «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» [36; 37] цьому питанню було приділено достатньо уваги. Проте, вважаємо за доцільне зосередити зусилля на трьох основних завданнях у цьому напрямку: контролі і профілактиці виникнення хвороб, попередженні виникнення і подоланні наслідків надзвичайних ситуацій та формуванні і підтримці ціннісного ставлення населення до власного здоров'я. Виконання кожного із зазначених завдань потребуватиме складання переліку заходів під час розроблення оперативних планів реалізації Стратегії розвитку.

Так, забезпечення виконання основних функцій громадського здоров'я шляхом створення мережі центрів контролю і профілактики хвороб потребуватиме формування відповідної нормативно-правової і ресурсної бази для функціонування центрів, посилення спроможності лабораторної мережі, планування і реалізації відповідних наукових досліджень, розроблення комплексних профілактичних і скринінгових програм, створення безпечного для здоров'я середовища життєдіяльності людини, забезпечення доступу екологічно чистих продуктів харчування та іншого.

Створення умов для забезпечення попередження виникнення та подолання наслідків надзвичайних ситуацій передбачає запровадження відповідного інформаційного механізму раннього оповіщення про надзвичайні ситуації, ефективне функціонування ключових елементів системи з готовності та реагування на надзвичайні ситуації, розроблення системи

оперативного фінансування заходів з подолання їх наслідків, комплексне оцінювання ризиків, безперервного навчання працівників відповідних служб, налагодження якісної кризової комунікації з громадянами, застосування інформаційно-аналітичних інструментів з прогнозування та моделювання розвитку надзвичайних ситуацій тощо.

Для створення умов формування та підтримки ціннісного ставлення громадян до власного здоров'я необхідно розробляти та запроваджувати програми з підвищення обізнаності населення у питаннях збереження здоров'я, сприяти створенню спільнот взаємодії громадян з метою обміну інформацією і надання взаємодопомоги, проводити систематичні аналітичні дослідження поведінки населення з метою її подальшого корегування, використовувати різного роду стимули до здорового способу життя та інше.

Отже, усі зазначені у табл. 5.6 заходи з досягнення тактичних цілей передбачають виконання низки оперативних завдань, але наведення їх у стратегічному плані є недоцільним, оскільки переобтяжує зміст документу.

Основні методичні підходи і прийоми стратегії реінжинірингу доцільно застосовувати у напрямках пошуку джерел фінансування розвитку галузі, забезпечення діджиталізації процесів управління і надання медичних послуг, розвитку медичних працівників, підвищення ефективності менеджменту медичних закладів та підвищення якості медичних послуг, оскільки усі зазначені процеси потребують докорінного переосмислення. Слід зазначити, що питання фінансування та запровадження ІК-технологій повинні розглядатися під час планування будь-якого з оперативних заходів. Проте, визначення основних тактичних цілей і завдань за вказаними напрямками дозволяє забезпечити системність подальших дій.

Отже, досягти забезпечення достатніх обсягів фінансування сфери охорони здоров'я можливо шляхом реалізації комплексу заходів, які повинні включати:

- 1) створення умов для залучення інвестицій у результаті підвищення економічної привабливості медичної галузі, яка визначається

співвідношенням рівнів прибутковості і ризику та вартістю фінансових ресурсів в країні. Для того, щоб інвестори були зацікавлені у вкладанні коштів у розвиток конкретного медичного закладу, його діяльність повинна характеризуватись достатньо високими показниками рентабельності, фінансової стійкості, ділової активності, майнового стану і ліквідності активів. Тобто, спочатку держава повинна перетворити медичні заклади в успішні і прибуткові підприємства, забезпечити сприятливий інвестиційний клімат, а потім можна очікувати на приватні інвестиції;

2) розвиток державно-приватного партнерства (ДПП) як один з видів залучення приватних інвестицій. Для цього необхідно врегулювати певні норми правового регулювання ДПП (усунення перешкод на підготовчих етапах, чітке визначення відповідальності сторін тощо);

3) застосування додаткових механізмів забезпечення фінансування системи охорони здоров'я як-то спрямування податкових платежів від продажу підакцизних товарів (алкоголь, тютюн) на потреби галузі тощо.

Зазначені вище заходи не спроможні повністю задовольнити потребу сфери охорони здоров'я у фінансових ресурсах і тому основними джерелами коштів, на наш погляд, повинні бути страхові внески громадян. Наразі в Україні кожна страхова компанія пропонує послуги з медичного страхування, яке є добровільним, але попит на такі послуги не є масовим. Виправити ситуацію можливо завдяки розробці чітких правил функціонування ринку добровільного медичного страхування. Але успіх такої кампанії, здебільшого, буде залежати від рівня доходів населення, який у перші повоєнні роки навряд чи буде високим. Тому доцільним у період повоєнної відбудови може бути запровадження нової, більш ефективної моделі обов'язкового державного медичного страхування.

Процес запровадження електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) в Україні має певні позитивні результати (електронний рецепт, особистий кабінет пацієнта, електронний запис до лікаря, електронне направлення, електронні медичні картки), проте більша частка можливостей системи е-

здоров'я не реалізовано. Тому для усунення перешкод у процесах цифровізації управління системою охорони здоров'я та надання медичних послуг необхідно, по-перше, задовольнити інфраструктурні потреби ЕСОЗ (доступ до якісного Інтернету, забезпечення комп'ютерною технікою і відповідним діагностичним обладнанням), по-друге, запровадити стандартизацію та технічне регулювання електронних медичних інформаційних систем задля створення єдиного інформаційного середовища, що дозволить налагодити якісний процес обміну медичною і адміністративною інформацією між центральною базою даних, медичними інформаційними системами та іншими інформаційно-комунікаційними системами країни.

Запорукою успішності заходів реформування є забезпечення захисту персональних даних та захисту від кіберзагроз, підвищення кваліфікації медичних працівників щодо застосування інформаційних технологій, обладнання і пристроїв, підвищення рівня обізнаності пацієнтів щодо видів і умов отримання електронних медичних послуг, застосування сучасних інформаційних технологій (телемедицина, штучний інтелект, Big Data, 3D-друк та біопринтери, портативні розумні пристрої тощо).

Забезпечення достатньої чисельності фахівців певної спеціалізації, їх оптимального географічного розподілу та безперервного розвитку є наразі основними завданнями управління людськими ресурсами сфери охорони здоров'я. Створення відповідного реєстру вирішить проблему неефективного планування і обліку медичного персоналу, а також забезпечення оптимального балансу працівників за спеціальностями відповідно наявній потребі. Запровадження автоматизації системи управління персоналом забезпечить суттєве підвищення якості процесів планування і формування медичних кадрів на рівні медичного закладу.

Нестача лікарів останнім часом стала світовим трендом. У зв'язку з цим у багатьох країнах запроваджено перерозподіл завдань між медичним персоналом різних категорій, який передбачає розширення переліку професійних обов'язків середнього медичного персоналу та передання певних

обов'язків медичних сестер (рутинна медична допомога та догляд) так званим соціальним робітникам, що не мають медичної освіти. Україна має значний потенціал для такого розподілу обов'язків, оскільки співвідношення медсестер до лікарів є майже у двічі більшим, ніж у деяких країнах ЄС. Звісно, що виконання зазначеного завдання потребуватиме поступового підвищення кваліфікації, перекваліфікації, проактивної зміни професійної культури, внесення змін до нормативно-правових актів, проведення певної інформаційної кампанії щодо залучення немедичних працівників тощо.

Ще одним завданням щодо забезпечення відповідного укомплектування робочих місць медичними працівниками є запровадження ефективних механізмів заохочення працівників, що працюють в сільській місцевості. Серед таких механізмів повинні бути гідна оплата праці, що ґрунтується на оптимальному робочому навантаженні та враховує ключові показники ефективності надання медичних послуг, забезпечення фізичного і психічного здоров'я працівників та соціальних складових (забезпечення житлом, наявність побутової інфраструктури тощо).

Непередбачуваність наслідків медичного втручання може призводити до заподіяння ненавмисної шкоди здоров'ю пацієнтів навіть за умов якісного і кваліфікованого лікування. Запровадження інструментів страхування професійної відповідальності медичних працівників є цивілізованим вирішенням проблеми отримання адекватної компенсації пацієнтом за завдану шкоду здоров'ю, усунення ризику отримання медичним закладом суттєвих збитків, зосередженні уваги лікаря на процесі лікування, а не на ухиленні від можливої відповідальності за лікарську помилку. На даний час страхування професійної відповідальності медичних працівників здійснюється в добровільній формі на підставі Закону України «Про страхування». Оскільки закон не містить норми про обов'язкове страхування ризику професійної помилки працівників державних і комунальних медичних закладах, існує потреба у прийнятті спеціалізованого нормативно-правового акту.

Наразі лікарі як професіонали позбавлені суб'єктності, тобто не мають

можливості обирати форму здійснення лікарської діяльності (фізична особа-підприємець, найманий працівник за трудовим або за цивільно-правовим договором із закладом охорони здоров'я будь-якої форми власності, суб'єкт незалежної професійної діяльності). Забезпечення права працівників вільно обирати місце роботи та форму економічних взаємовідносин з іншими суб'єктами ринку сприятиме їх більш повній професійній реалізації, підвищенню рівня здорової конкуренції та якості надання медичних послуг. Особливу актуальність набуває необхідність запровадження індивідуальної ліцензії на здійснення медичної практики лікаря з реабілітації, оскільки попит на послуги таких фахівців має тенденцію до зростання як під час війни, так і після її завершення.

Однією з головних цілей розвитку сфери охорони здоров'я є підвищення якості медичних послуг. На рівень якості впливає низка чинників, серед яких: ефективність управління медичним закладом, відповідність виробничих характеристик закладів певним стандартам, постійний моніторинг і оцінювання якості медичних послуг і показників ефективності надання послуг, рівень реалізації наукових досліджень і успішність запровадження їх результатів у практичну діяльність, характеристики конкурентного середовища, ефективність механізмів оплати наданих медичних послуг, стан процесів профілактики та раннього виявлення захворювань, дієвість інструментів фінансового захисту пацієнтів.

Для забезпечення прийняттого рівня ефективності менеджменту, в першу чергу, необхідно запровадити оптимальну освітню модель підготовки менеджерів, яка повинна включати отримання відповідних знань на рівні бакалаврату і магістратури, а також курсів підвищення кваліфікації у он-лайн і оф-лайн форматах. При цьому особлива увага повинна приділятися набуттю практичних навичок під час проходження різних видів практики, інформаційно-комунікаційних навичок, опануванню сучасних концепцій маркетингу щодо аналізу ринку, розроблення маркетингових стратегій, організації рекламної діяльності, формування асортиментної політики,

розроблення і реалізації конкурентних стратегій, розроблення сервісної політики. З іншого боку, суттєвим чинником підвищення якості управління є створення і функціонування наглядових рад із залучення до їх складу представників організацій пацієнтів, місцевої спільноти і приватного сектора задля забезпечення відповідності діяльності закладів стандартам прозорості і підзвітності.

З метою стимулювання розвитку медичних закладів необхідно нормативно врегулювати механізми їх ліцензування та акредитації. Наразі нормативно правову базу зазначених процесів складають Постанова КМУ «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я» від 15.07.1997 р. № 765 та Наказ МОЗ України «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» від 14.03.2011 р. № 142. Отже стандарти, наведені у цих документах є застарілими і потребують перегляду.

Забезпечення прийнятної якості медичних послуг не можливо без здійснення постійного моніторингу її рівня, що обумовлює необхідність розроблення і запровадження критеріїв вимірювання показників якості надання медичних послуг та ефективності діяльності медичних закладів. Розроблення критеріїв оцінювання є високотехнічним завданням, проте в цьому напрямку існують відповідні напрацювання ВООЗ та досвід розвинутих країн, які необхідно адаптувати до українського контексту.

Застосування інноваційних розробок під час надання медичних послуг є запорукою їх якості. Тому розроблення комплексу заходів щодо забезпечення спроможності національних наукових та технічних парків, науково-дослідних інститутів, медичних університетів і закладів щодо проведення досліджень і розробок є обов'язковою умовою розвитку сфери охорони здоров'я. Для досягнення зазначеної мети необхідно розробити стратегію залучення до наукових досліджень молодих науковців та поєднання медичної науки з клінічною практикою. Також вирішення потребує проблема недостатнього фінансування медичної науки, подолання патерналізму і конформізму, створення умов для професійного зростання молодих науковців.

Поєднання приватного та державного секторів на всіх рівнях надання медичної допомоги стимулює конкуренцію між постачальниками, що підвищує якість послуг і мотивацію медичних працівників. Проте, поділяємо думку експертів Центру досліджень економічної політики (CEPR) [31], що провідна роль у процесах залучення приватного сектору належить НСЗУ, яка встановлює умови контрактів із приватними медичними закладами, визначає їх місцезнаходження та тип послуг, забезпечуючи при цьому рівні умови для приватних, комунальних і державних постачальників.

Якість медичних послуг безпосередньо пов'язана з наявною матеріально-технічною базою медичного закладу та рівнем кваліфікації персоналу. Для підтримання ресурсного забезпечення на прийнятному рівні необхідно забезпечити надходження фінансових коштів. З метою оптимізації обсягів фінансування певного медичного закладу треба розширити перелік послуг, які оплачуються НСЗУ, і запровадити оплату фактично наданих медичних послуг.

Якість медичних послуг віддзеркалює ступінь підвищення вірогідності бажаних наслідків для здоров'я людини, тому забезпечення пріоритету профілактики та раннього виявлення хвороб спроможне значно покращити якість послуг.

Доступність медичних послуг як складова їхньої якості передбачає забезпечення фінансового захисту людей, тобто уникнення «платежів з кишені» при отриманні гарантованих державою медичних послуг, що, по-перше, унеможлиблює будь-які моделі співоплати за послуги і, по-друге, потребує запровадження відповідної системи контролю і штрафних санкцій по відношенню до медичних закладів, що порушують принцип безоплатності медичної допомоги.

Другим стратегічним пріоритетом розвитку сфери охорони здоров'я України до 2030 року є забезпечення реалізації євроінтеграційних процесів. У результаті проведення первинної оцінки стану імплементації актів права Європейського Союзу серед напрямів євроінтеграційної діяльності у сфері

охорони здоров'я МОЗ визначило: громадське здоров'я (санітарні та фітосанітарні заходи, середовище життєдіяльності, біологічні загрози, тютюн, прекурсори та наркотики, здоров'я працівників), фармацевтичну галузь (фарм безвіз, доклінічні та клінічні випробування, фармаконагляд, реєстрація лікарських засобів, верифікація лікарських засобів, оцінка медичних технологій, належна лабораторна практика, медичні вироби, косметична продукція), медичні послуги (трансплантація, система крові, транскордонна медична допомога, якість надання медичних послуг, боротьба проти раку) і медичну освіту (узгодження тривалості післядипломного навчання зі стандартами ЄС, запровадження резидентури, зближення освітніх програм України та країн ЄС) [29]. Тобто нормативно-правова база зазначених напрямів та їх складових потребує відповідного узгодження з нормативними актами Євросоюзу.

Вищезазначені напрями євроінтеграційних процесів за своє суттю визначають тактичні цілі, досягнення яких забезпечить досягнення стратегічної цілі. Зміст та методи реалізації тактичних заходів, що спрямовані на досягнення тактичних цілей, відповідають стратегіям відновлення, реструктуризації та реінжинірингу (табл. 5.7).

Так, заходами стратегії відновлення, яка передбачає запровадження певних змін до процесів, які наразі здійснюються, і чинних нормативно-правових актів, є: внесення змін до нормативно-правових актів, що регулюють процеси профілактики і контролю хвороб; гармонізація із законодавством ЄС правового регулювання виробництва, реєстрації та обігу лікарських засобів; гармонізація системи клінічних випробувань відповідно до стандартів та директив ЄС; посилення механізмів транскордонного обміну інформацією, міжнародної співпраці та наукового співробітництва; гармонізація із законодавством ЄС принципів розробки, адаптації та прийняття клінічних рекомендацій в системі охорони здоров'я; посилення контролю дотримання прав інтелектуальної власності; приведення навчальних програм закладів вищої медичної освіти у відповідність до європейських вимог.

Тактичні цілі за стратегічним пріоритетом
«Забезпечення реалізації євроінтеграційних процесів»*

Тип стратегії	Тактичні цілі	Заходи щодо досягнення тактичної цілі
Відновлення	Євроінтеграція процесів функціонування системи громадського здоров'я	Забезпечити нормативно-правове регулювання актів законодавства щодо профілактики та контролю хвороб відповідно до актів ЄС
Реінжиніринг		Створити операційний інформаційний механізм раннього оповіщення про ризики та надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, інтегрований з іншими структурами, залученими до реагування на надзвичайні ситуації, та міжнародними системами операційного оповіщення (ВООЗ, ЄС та інші)
Відновлення	Імплементация актів права ЄС у діяльність фармацевтичної галузі	Забезпечити гармонізацію регулювання виробництва, реєстрації та обігу лікарських засобів із законодавством ЄС
Реструктуризація		Продовжити проведення заходів щодо гармонізації системи клінічних випробувань відповідно до стандартів та директив ЄС
		Забезпечити умови функціонування лабораторної мережі, що відповідають стандартам ВООЗ
		Запровадити інструменти фармаконагляду, реєстрації і верифікації лікарських засобів відповідно до стандартів ЄС
Відновлення	Наближення процесів надання медичних послуг до вимог ЄС	Посилити механізми транскордонного обміну інформацією, міжнародної співпраці та наукового співробітництва
		Забезпечити гармонізацію із законодавством ЄС принципів розробки, адаптації та прийняття клінічних рекомендацій в системі охорони здоров'я
	Наближення процесів надання медичних послуг до	Посилити контроль за дотриманням прав інтелектуальної власності, в тому числі шляхом повноцінного запровадження у

Продовження табл. 5.7

Тип стратегії	Тактичні цілі	Заходи щодо досягнення тактичної цілі
	вимог ЄС	національне законодавство принципу Болар та інших сучасних інструментів
Реструктуризація	Наближення процесів надання медичних послуг до вимог ЄС	Забезпечити функціонування національної системи крові для гарантування державою рівного та своєчасного доступу пацієнтів до безпечних та якісних компонентів донорської крові
		Забезпечити усунення національних і регіональних бар'єрів розвитку трансплантології

Реінжиніринг		Започаткувати використання паперових експрес тест-систем для скринінгових та діагностичних програм
	Наближення процесів надання медичних послуг до вимог ЄС	Сприяти врегулюванню та розвитку сфери медичного туризму в Україні
Відновлення	Узгодження освітніх процесів зі стандартами ЄС	Привести навчальні програми закладів вищої медичної освіти у відповідність до європейських вимог та забезпечити їх регулярний перегляд
Реінжиніринг		Запровадити сучасну модель резидентури з урахуванням міжнародного досвіду
		Інтегрувати освітню та наукову діяльність у сфері охорони здоров'я відповідно до сучасного міжнародного контексту
		Забезпечити моніторинг якості освітньої діяльності закладів вищої освіти та удосконалити систему незалежного оцінювання якості підготовки здобувачів освіти

*Розроблено автором

Реалізація заходів стратегії реструктуризації, які передбачають здійснення організаційно-економічних, технологічних і соціальних перетворень з метою підвищення якості медичних послуг, є доцільною під час виконання таких завдань, як: забезпечення умов функціонування лабораторної мережі, що відповідають стандартам ВООЗ; запровадження дієвих інструментів фармаконагляду, реєстрації і верифікації лікарських засобів відповідно до стандартів ЄС; забезпечення ефективного функціонування національної системи крові; забезпечення усунення національних і регіональних бар'єрів розвитку трансплантології, серед яких фахівці зазначають:

– відсутність національних стратегій у галузі трансплантації, що обумовлює недостатнє фінансування відповідної інфраструктури та кадрових ресурсів;

– обмежений рівень обізнаності та знань місцевих спільнот, а також неприйняття донорства та вигод від трансплантації із-за культурних переконань;

- недоліки управління системою донорства, включаючи низький рівень обізнаності та залучення до неї населення і медичних працівників;
- недостатні масштаби загального охоплення послугами охорони здоров'я, які передбачають доступ до трансплантації;
- обмеженість альтернатив у випадках недостатньої пропозиції або виникнення надзвичайних ситуацій.

Стратегія реінжинірингу, яка передбачає створення цілком нових і більш ефективних бізнес-процесів та реалізацію масштабних змін, є доцільною стосовно виконання таких завдань, як: створення інформаційного механізму раннього оповіщення про ризики та надзвичайні ситуації, інтегрований з іншими структурами та міжнародними системами операційного оповіщення; запровадження використання паперових експрес тест-систем для скринінгових та діагностичних програм; врегулювання і розвиток сфери медичного туризму; запровадження сучасної моделі резидентури з урахуванням міжнародного досвіду; інтеграція освітньої і наукової діяльності відповідно до сучасного міжнародного контексту; забезпечення моніторингу якості освітньої діяльності та удосконалення системи незалежного оцінювання якості підготовки здобувачів медичної освіти.

Третьою стратегічною ціллю довгострокового розвитку сфери охорони здоров'я визначено повоєнну відбудову системи охорони здоров'я. На даний час розроблено декілька планів відновлення, серед яких слід зазначити:

- «План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022-2032 роки. Версія 2.4 (від 21.07.2022 року)» [40], розроблений фахівцями МОЗ;
- «Пріоритети у відновленні системи охорони здоров'я України. Спільний документ для обговорення» [39], розроблені у грудні 2022 року фахівцями ВООЗ, Представництва Європейського Союзу в Україні, Агентства США з міжнародного розвитку в Україні (USAID Україна) та Світового банку на наступні 18-24 місяці;
- «Відбудова України: принципи та політика. Паризький звіт 1» [31],

складений експертами Центру досліджень економічної політики (CEPR), які є фахівцями з державних фінансів, глобального здоров'я, соціальної психології, суспільної економіки та економіки охорони здоров'я.

У плані МОЗ у якості пріоритетів відновлення містять усі аспекти подальшого реформування галузі, при цьому розробники наголошують на необхідності задоволення особливих потреб людей, включаючи ВПО і ветеранів війни. На думку експертів ВООЗ основними пріоритетами повоєнної відбудови повинні бути відновлення надання основних медичних послуг, коригування фізичного і психічного здоров'я населення та створення оптимальних умов проведення медичних маніпуляцій.

Експерти Центру досліджень економічної політики наголошують на необхідності збільшення зовнішніх джерел фінансування, чіткого визначення Програми медичних гарантій, модернізації застарілої системи медичної освіти, розподілу завдань між лікарями і медичними сестрами, інвестицій в утримання персоналу та використання електронних медичних записів і інформаційних технологій, зосередження коштів міжнародного фінансування у розпорядженні незалежної центральної агенції, трансформації НСЗУ в автономного стратегічного закупівельника, запровадженні загальнодоступних показників ефективності на рівні національних органів охорони здоров'я та постачальників медичних послуг,

Найбільш доцільними пріоритетами повоєнної відбудови сфери охорони здоров'я вважаємо пропозиції ВООЗ. При цьому першочерговими заходами повинні бути: організація моніторингу надходжень коштів міжнародної допомоги; збільшення кількості сімейних лікарів; покращення доступу до ліків; забезпечення нагляду за громадським здоров'ям; зменшення витрат на утримання багатопрофільних лікарень завдяки енергоефективним технологіям проєктування будівель, використання фактичних даних для врахування потреб населення під час воєнного стану та у повоєнний період (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

Тактичні цілі за стратегічним пріоритетом

«Забезпечення повосної відбудови системи охорони здоров'я»*

Тип стратегії	Тактичні цілі	Заходи щодо досягнення тактичної цілі
Відновлення	Відновлення надання основних медичних послуг	Розробити систему моніторингу гуманітарних надходжень
		Розширити мережі надання первинної медичної допомоги
		Покращити доступ до ліків
		Створити органи нагляду за громадським здоров'ям
		Зменшити витрати на утримання багатoproфільних лікарень завдяки екологічному підходу до проєктування будівель
		Забезпечити використання фактичних даних, врахування потреб населення під час воєнного стану та у повоєнний період при плануванні та реалізації заходів з відновлення, розвитку та реформування системи охорони здоров'я
Реінжиніринг		Забезпечити комплексне врахування потреб ветеранів, населення, що знаходиться на звільнених територіях, та ВПО
		Забезпечити розвиток багаторівневої інтегрованої моделі надання реабілітаційної допомоги, її належне фінансування та інтеграцію до всіх рівнів медичної допомоги
	Інституційне і ресурсне забезпечення коригування фізичного і психічного здоров'я населення	Забезпечити розвиток послуг з психічного здоров'я, які наближені до людини та громад
Реструктуризація	Створення оптимальних умов проведення медичних маніпуляцій	Розробити модель фінансування та закупівель інтегрованих послуг, які потребують координації медичних та соціальних служб, зокрема послуг з довгострокового догляду, захисту дітей та підтримки психічного здоров'я.
		Забезпечити розвиток та формування національних мереж травматологічних, ортопедичних, опікових центрів та центрів реконструктивної хірургії послуг інтенсивної терапії
		Забезпечити розвиток аеромедичної евакуації, її інтеграцію в систему охорони здоров'я та взаємодії в рамках системи цивільного захисту
		Забезпечити розвиток паліативної допомоги та доступ до ефективного знеболення

*Розроблено автором

Усі зазначені заходи відповідають стратегії відновлення.

Розроблення нових бізнес-процесів необхідно для: комплексного врахування потреб ветеранів, населення що знаходиться на звільнених територіях і внутрішньо-переміщених осіб; розвитку інтегрованої моделі надання реабілітаційної допомоги; розвитку послуг з психічного здоров'я, які наближені до людини та громад; розроблення моделі закупівель інтегрованих послуг, які потребують координації медичних та соціальних служб, зокрема послуг з довгострокового догляду, захисту дітей та підтримки психічного здоров'я.

Створення оптимальних умов проведення медичних маніпуляцій завдяки формуванню і розвитку мереж травматологічних, ортопедичних, опікових центрів, центрів реконструктивної хірургії, послуг інтенсивної терапії; розвитку аеромедичної евакуації, паліативної допомоги і доступу до ефективного знеболення потребуватиме здійснення організаційно-економічних, технологічних і соціальних перетворень.

Заходами мінімізації соціально-політичних ризиків реалізації стратегії розвитку сфери охорони здоров'я (як-то нестабільність політичної ситуації, високий рівень корупції, гальмування економічних реформ, міжнародна і внутрішня міграція населення, старіння населення) повинно бути політичне, економічне, інфраструктурне і соціальне урегулювання шляхом розроблення комплексних антикризових програм.

Мінімізація кадрових ризиків, а саме невідповідного рівня оплати праці працівників, опору змінам, зниження кадрового потенціалу, плинності кадрів, неефективної мотивації можлива завдяки забезпеченню достатнього обсягу фінансування, соціального розвитку колективів, соціальному захисту працівників, підвищенню ефективності комунікаційних процесів в медичних установах, створенню умов для вмотивованого підвищення працівниками власної кваліфікації. Управління виробничо-фінансовими ризиками, серед яких нами визначено недостатність обсягів фінансування, організаційно-економічні проблеми формування госпітальних округів, незадовільна асортиментна політика медичних закладів, відсутність діяльності з управління ризиками на усіх рівнях системи охорони здоров'я, неефективність менеджменту медичних закладів, повинно передбачати: пошук і розвиток додаткових джерел фінансування, вирішення організаційних проблем формування госпітальних округів, сприяння підвищенню ефективності менеджменту медичних закладів.

Отже, ефективне управління ризиками і виконання усіх зазначених вище тактичних завдань щодо забезпечення розвитку системи охорони здоров'я, в першу чергу, потребує забезпечення достатніх обсягів фінансування реалізації

заходів її реформування, відновлення і євроінтеграції.

5.3. Програмний підхід до вдосконалення механізмів фінансування медицини в Україні

Фінансування сфери охорони здоров'я є одним з наріжних питань її функціонування і забезпечення належної якості медичних послуг. Ефективність реалізації будь-яких найпрогресивніших реформ залежить від фінансового і матеріального їх забезпечення. Україна отримала у спадок від Радянського Союзу вкрай неефективну систему медичного обслуговування, яка потребувала значних обсягів фінансування, забезпечення надходження яких в умовах трансформації економіки було неможливим. Зменшення обсягів фінансування сфери охорони здоров'я за період незалежності України призвело до суттєвого погіршення її матеріально-технічної бази, відтоку медичних працівників із-за незадовільного рівня оплати праці, збільшення частки платежів населення «з кишені», збільшення масштабів корупції та тіньових доходів у галузі. Усе це обумовлює необхідність пошуку оптимальних механізмів і достатніх джерел фінансування сфери охорони здоров'я. Перші кроки у цьому напрямку, що стосуються саме механізмів фінансування, уже зроблено (створення НСЗУ як головного замовника, оплата наданих послуг або пролікованого випадку), але дискусійним питанням залишається визначення основного і додаткових джерел фінансування.

Пошук оптимальної моделі медичного страхування, яка визначає джерела і розпорядників фінансових коштів, що спрямовуються на відшкодування витрат медичних закладів під час надання медичної допомоги, а також на їх довгостроковий розвиток, є предметом досліджень багатьох українських дослідників у галузях економіки, публічного управління, права і медицини, серед яких: Л. Криничко, О. Мотайло [46] (визначення та характеристика нових підходів до фінансування системи охорони здоров'я в Україні); Д. Гавриченко, О. Козирєва, Т. Попова, Л. Сергієнко [47]

(визначення ефективних напрямів механізму фінансування сфери охорони здоров'я в Україні в умовах трансформації системи та її реформування); Л. Баранник, Т. Сальникова [48] (вивчення тенденцій розвитку медичного страхування як додаткового джерела фінансування охорони здоров'я в Україні); О. Россильна, А. Головачова [56] (дослідження стану та перспективи розвитку медичного страхування в Україні, а також можливість інтеграції до нього засад персоналізованої медицини); О. Журавка, І. Босак, Т. Кубах, Є. Мордань [57] (аналіз ринку медичного страхування України та розрахунок прогнозних значень основних показників розвитку ринку медичного страхування); О. Сова [58] (дослідження сучасного стану медичного страхування в Україні, проблем та перспектив запровадження обов'язкового медичного страхування); І. Федорович [59] (розгляд функцій та принципів формування механізму фінансування системи медичного страхування в сучасних умовах); О. Борисюк [60] (оцінка зарубіжного досвіду розвитку медичного страхування та можливостей його адаптації до вітчизняних умов) та інші [83, с. 233]. Попри таку значну увагу, що приділяється зазначеному питанню, думки дослідників суттєво різняться. Затверджена МОЗ «Дорожня карта впровадження медичного страхування» [61] також викликає певні питання.

Відповідно до Закону України «Про державний бюджет на 2021 рік» [42] видатки для МОЗ України включали фінансування апарату Міністерства, Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками та Національної служби здоров'я України (НСЗУ). При цьому загальна сума фінансування перевищувала показники попереднього року на 22,1% (табл. 5.9).

Таблиця 5.9

**Видатки для Міністерства охорони здоров'я України, передбачені
Державним бюджетом України на 2020-2021 роки***

Найменування видатків та кредитування державного бюджету	2020 р., млрд грн	2021 р., млрд грн	Темпи зростання, %
Міністерство охорони здоров'я України	116 370,7	159 189,7	36,8

Апарат Міністерства охорони здоров'я України	27 164,5	35 241,3	29,7
Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками	—	332,2	—
Національна служба здоров'я України	89 101,6	123 832,2	39,0
Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)	16 856,9	3497,9	-79,2
Усього	133 227,6	162 687,6	22,1

*Складено автором на основі [43]

Левову частку коштів від загального обсягу фінансування НСЗУ було спрямовано на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення (рис. 5.8) [83, с. 233]. При цьому, в остаточній редакції Закону видатки споживання за цією програмою було збільшено на 56 млн грн для лікування пацієнтів у посттрансплантаційний період. ПМГ у 2021 році передбачала фінансування первинної медичної допомоги (відповідно до кількості населення, яке підписало декларацію з лікарем); вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги (відповідно до пріоритетних послуг та станів); реімбурсації вартості лікарських засобів; паліативної медичної допомоги та медичної реабілітації; екстреної медичної допомоги.

Видатки на централізовану закупівлю ліків у порівнянні з 2020 роком було збільшено на 27,6%, що у підсумку склало 10,3 млрд грн. Видатки на підготовку і підвищення кваліфікації кадрів зросли на 15,6% (7,1 млрд грн), зокрема фінансування програми «Загальнодержавні заклади та заходи у сфері медичної освіти» збільшено у 3,6 рази (362,1 млн грн).

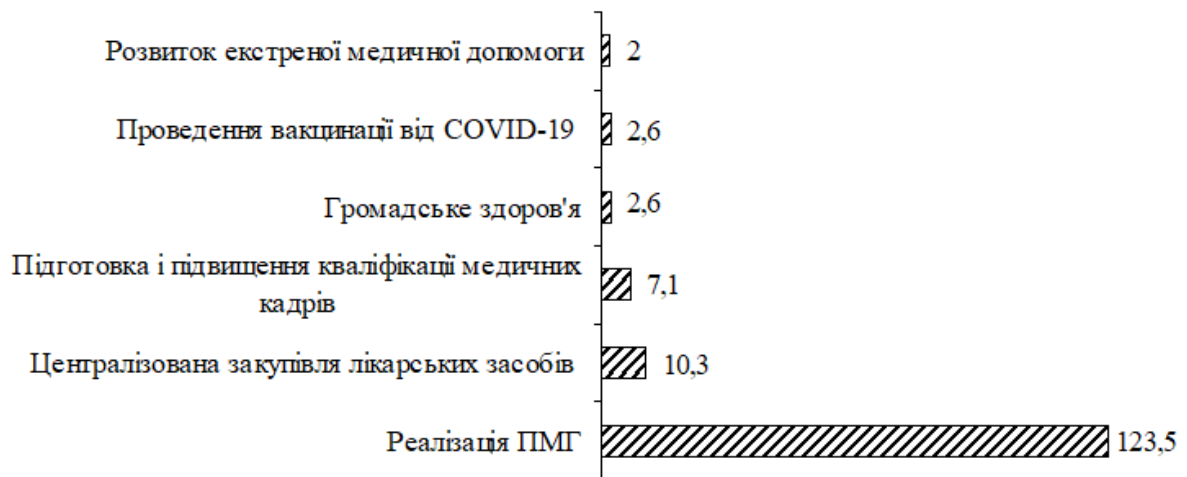


Рис. 5.8. Найбільші статті витрат МОЗ України, передбачені Держбюджетом на 2021 рік, млрд грн [43]

Однакові суми фінансування були передбачені на проведення вакцинації населення проти COVID-19 та на «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями», при цьому остання стаття витрат зросла на 29,4%. Також 1,5 млрд грн було виділено на створення сучасної клінічної бази Національного інституту раку, 332,2 млн грн – на реконструкцію приміщень Державної установи «Інститут серця МОЗ України», 100 млн грн – на розроблення проєктно-кошторисної документації створення багатoproфільних лікарень загальнодержавного значення та 100 млн грн – на створення біокластеру «Біологічна безпека та розвиток біотехнологічних технологій».

На реалізацію заходів щодо розвитку системи екстреної медичної допомоги (придбання спеціалізованого санітарного транспорту, дооснащення медичним обладнанням приймальних відділень опорних лікарень) було виділено 2 млрд грн, що у двічі більше, ніж у попередньому році. Видатки на реалізацію державного інвестиційного проєкту «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» збільшено у 2,4 рази (до 1,2 млрд грн). На лікування громадян України за кордоном закладено до бюджету 310 млн грн і 502 млн грн передбачені для реалізації пілотного проєкту щодо зміни

механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів. Також було передбачено дві субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам, зокрема на підтримку окремих закладів щодо забезпечення у I півріччі 2021 року хворих на цукровий діабет інсуліном та хворих на нецукровий діабет десмопресином в обсязі 2,9 млрд грн.

Попри вищезазначене збільшення обсягів бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я, виділених коштів було недостатньо для її безперебійного функціонування, оскільки у бюджетному запиті на 2021 рік МОЗ України визначило суму у розмірі 296 млрд грн, з них на реалізацію ПМГ – 225 млрд грн, що становить 5% ВВП відповідно нормі, зазначеній у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [44, ст. 4 п. 5]. На вакцинацію проти COVID-19 було запитано суму у розмірі 15,1 млрд грн, що майже у 6 разів більше реально виділеної суми (2,6 млрд грн) [43].

Отже, у 2021 проблема недофінансування системи охорони здоров'я вирішена не була, як у попередні роки. У 2022 році на фінансування медицини було передбачено понад 196 млрд грн (зростання на 14%), у 2023 році – 178 млрд грн (менше на 9%, ніж у попередньому році), у 2024 році – було закладено понад 201 млрд грн (на 13% більше) [45]. Тобто обсяги фінансування залишаються практично незмінними і недостатніми.

Одним з найбільш ефективних заходів забезпечення достатніх обсягів фінансування у розвинутих країнах є запровадження системи обов'язкового медичного страхування. Серед дієвих моделей таких систем можна зазначити державну, ринкову і солідарну. У країнах, де запроваджено державну модель або модель Беверіджа (Велика Британія, Данія, Ірландія, Португалія, Іспанія), сфера охорони здоров'я представлена здебільшого державними клініками, які фінансується за рахунок податкових надходжень до державного бюджету, і для громадян медичні послуги є безкоштовними. З огляду на подану вище інформацію, така модель для України не є оптимальною, оскільки обсяги податкових надходжень є невеликими.

У США, Ізраїлі і Південній Кореї запроваджено ринкову модель медичного страхування, яка передбачає обов'язкове приватне страхування без участі держави. Ця модель, на думку багатьох українських фахівців, також не є перспективною для України, з огляду на недостатній рівень розвитку страхового ринку і низький рівень доходів населення. У країнах із солідарною моделлю медичного страхування (Франція, Бельгія, Австрія, Японія, Німеччина) фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється за рахунок страхових внесків підприємств, працівників і державних субсидій. Саме ця модель є, як вважають фахівці, найбільш перспективною до запровадження в Україні.

За період реформування сфери охорони здоров'я на розгляд Верховної Ради України було подано два проекти законів про обов'язкове медичне страхування [49; 50], жоден з яких так і не був прийнятий. Основними новелами законопроекту № 9163 від 04.10.2018 року (автори законодавчої ініціативи: А. Шипко, Т. Бахтєєва, О. Кужель, В. Дубіль, О. Ляшко, І. Єфремова, В. Карпунцов) були:

- запровадження бюджетно-страхової моделі фінансування, яка передбачає Базову програму медичного забезпечення (екстрена медична допомога, соціальний рівень паліативної, державні та місцеві програми типу СНІД-туберкульоз, інші невідкладні загальнодержавні заходи) і Програму загальнообов'язкового медичного страхування (забезпечення здоров'язберігаючого рівня надання медичної допомоги всім);
- фінансування Базової програми медичного забезпечення за рахунок асигнувань з державного та місцевих бюджетів;
- фінансування Програми загальнообов'язкового медичного страхування (ЗОМС) за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів і отримання доходів від розміщення коштів цих фондів;
- введення дефініцій «життєзабезпечуючий рівень медичної допомоги» та «здоров'язберігаючий рівень медичної допомоги», що надає можливість

розмежувати фінансові потоки та механізми гарантування державою конституційного права громадян на безоплатну медичну допомогу, а саме: фінансування однієї частини гарантій держави за рахунок податкових надходжень до державного бюджету за нормативними розрахунками на кількість населення, а не за надані послуги, а другої частини гарантій – за рахунок страхових фондів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»;

- надання функцій страхувальників фінансовим установам, що створені у формі акціонерних товариств та мають відповідну ліцензію;

- створення Уповноваженого органу з реалізації державної політики в сфері загальнообов'язкового медичного страхування;

- створення Резервного Фонду ЗОМС за рахунок відрахувань із зібраних страхових платежів, з якого повинні здійснюватись виплати у випадку вичерпання страхових коштів;

- розподіл джерел фінансування системи охорони здоров'я таким чином: до 30% – кошти державного бюджету та фондів соціального страхування; до 10% – кошти місцевих бюджетів; 50-60% – позабюджетні кошти ЗОМС; до 15% – кошти добровільного медичного страхування, благодійних фондів та міжнародної допомоги;

- фінансування у межах Базової програми закупівлі лікарських засобів та медичних виробів, медичної науки, програми підготовки медичних кадрів, системи громадського здоров'я, системи екстреної медичної допомоги, первинної медичної допомоги, роботи ЦОВВ;

- фінансування у межах Програми загальнообов'язкового медичного страхування вторинної і високо спеціалізованої допомоги;

- фінансування за рахунок приватних коштів (добровільне медичне страхування) окремих видів медичних послуг, що складають додатковий попит;

- щорічне визначення Верховною Радою України і затвердження Кабінетом Міністрів розмірів страхових внесків разом з Програмою державних гарантій;

– підвищення ЄСВ на 6%, страхові платежі на кожну застраховану особу для зайнятого населення здійснює роботодавець, для незайнятого – державні та місцеві бюджети [49; 51].

Серед основних недоліків вище згаданого законопроекту, наведених у Висновках фахівців Головного науково-експертного управління [52], було зазначено:

– наявність декількох джерел фінансування закладів охорони здоров'я, що може призвести до виникнення ускладнень, плутанини з рахунками та нестабільності фінансування галузі;

– необхідність створення нових додаткових структур (Уповноваженого органу, Резервного фонду), що може привести до додаткових витрат на їх фінансування та дублювання деяких функцій;

– не включення до переліку застрахованих осіб членів особистих селянських господарств;

– наявність корупційних ризиків внаслідок запровадження норми щодо отримання закладами охорони здоров'я від фізичних та юридичних осіб благодійних внесків і пожертв.

Стосовно ускладнень, пов'язаних з декількома джерелами фінансування слід зауважити, що система солідарного медичного страхування, запроваджена в Німеччині, також передбачає декілька джерел фінансування, але плутанини та ускладнень не виникає, оскільки одне джерело (у даному випадку – страхові внески підприємств і працівників) визначено у якості основного, а інші є додатковими. Відповідно до наведених у проекті закону № 9163 часток фінансування з різних джерел, основним з них є страхові кошти (кошти ЗОМС у обсязі 50-60%). Створення нових структур, на наш погляд, обумовлено введенням нової форми страхування, що потребує відповідного адміністрування з боку держави. Тому необхідно приділити більше уваги до обґрунтування необхідності створення нових установ і до розподілу завдань між існуючими установами та новоствореними.

Стосовно необхідності охоплення усіх верств населення системою

обов'язкового медичного страхування думка є слушною. Наприклад, у Німеччині самозайняті громадяни, до яких зокрема належать члени особистих селянських господарств, користуються послугами приватних страхових компаній. Здійснення благодійних внесків і пожертв до бюджетів закладів охорони здоров'я є доволі поширеною світовою практикою, а питання мінімізації корупційних ризиків вирішується, у даній ситуації, запровадженням прозорих процедур фінансової звітності перед громадськістю, захист інтересів якої повинні здійснювати відповідні Наглядові ради.

Проект Закону України № 3464 [50], поданий Ю. Тимошенко, І. Крульком, А. Пузійчуком та іншими депутатами на розгляд Верховної Ради 12 травня 2020 року, за своїм змістом є допрацьованою версією попереднього законопроекту, що пропонує упровадження тієї самої бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я з тим самим розподілом часток між різними джерелами фінансування, але з доданням Програми боротьби з важкими, рідкісними та соціально небезпечними захворюваннями (БВНЗ) до Базової програми медичного забезпечення і Програми ЗОМС.

До Базової програми розробники законопроекту віднесли: надання первинної, екстреної, паліативної медичної допомоги, допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, профілактичні щеплення проти інфекційних хвороб та за епідемічними показаннями, а також для окремо визначених категорій населення – вторинну і третинну медичну допомогу, забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами, медичну реабілітацію. До Програми страхування належать вторинна і третинна медична допомога, забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами, медична реабілітація. Програма БВНЗ запропонована як додатковий механізм соціального захисту пацієнтів від критичних медичних витрат шляхом надання громадянам медичної субсидії у випадку настання соціально-небезпечних хвороб (СНІД, туберкульоз, гепатит тощо), які не покриваються за рахунок Базової програми та Програми страхування.

На відміну від попереднього проекту закону, розробники не пропонують збільшення ЄСВ, а зазначають нижню межу фінансового забезпечення Базової програми на рівні 2%, Програми страхування – на рівні 3,5%, Програми БВНЗ – на рівні 1% прогнозованого рівня валового внутрішнього продукту на відповідний бюджетний період. Також більш докладно авторами проекту пророблено перелік і характеристики застрахованих осіб [53].

У Висновку Комітету з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів [54], складеному за результатами розгляду законопроекту № 3464, зазначено такі недоліки:

- недоцільність створення Уповноваженого органу з тих самих причин, що зазначені у висновку на попередній законопроект;
- виникнення значного додаткового навантаження на роботодавців як страхувальників за умови забезпечення Програми обов'язкового страхування на рівні не менше 3,5% ВВП;
- ускладнення планування економічних процесів із-за нефіксованого розміру страхового внеску, що може створити загрози для розвитку малого та середнього бізнесу, а також створюватиме ризики тінізації реального сектору економіки.

Отже, неприйняття до голосування обох законопроектів та майже однакові зауваження до їхнього змісту свідчать про відсутність сформованих умов у національній економіці для запровадження бюджетно-страхової моделі обов'язкового медичного страхування. Цей висновок підтверджує текст Середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року [54, с. 170], в якому зазначено, що з трьох підходів до фінансування системи охорони здоров'я (добровільне приватне медичне страхування, обов'язкове медичне страхування з оплатою індивідуальних внесків як нарахувань на фонд заробітної плати, універсальне медичне солідарне страхування з повною оплатою з державного бюджету) обрано універсальне медичне страхування, що передбачає фінансування за рахунок коштів державного бюджету.

У наукових колах одностайність щодо обрання певної моделі страхової

медицини наразі відсутня. Деякі дослідники [58, с. 89; 59, с. 78; 60, с. 49; 48] пропонують поєднувати загальнообов'язкове і добровільне медичне страхування. При цьому, автори наголошують на необхідності встановлення оптимальних тарифів з обов'язкового медичного страхування на базі актуарних розрахунків; прийняття обґрунтованої величини страхових внесків для пенсіонерів, безробітних і дітей; застосування прогресивних методів відшкодування витрат медичних організацій за рахунок страхових коштів; запровадження податкових пільг для страховиків; запровадження більш високих страхових тарифів для громадян, що обрали державне обов'язкове медичне страхування, і звільнення від сплати внесків громадян, які придбали поліс добровільного медичного страхування; унеможливлення подвійної оплати послуг, що надаються за програмами добровільного й обов'язкового медичного страхування. Також зазначені дослідники найбільш оптимальною формулою видатків на охорону здоров'я вважають: 70% – кошти фонду обов'язкового медичного страхування, 30% – кошти добровільного страхування і прямі платежі населення.

Інші автори [56, с. 82; 57, с. 55] вважають, що розвиток обов'язкового медичного страхування на даний момент не є бажаним, оскільки, по-перше, за умов низького рівня життя переважної кількості населення, військової агресії та економічної кризи збільшення податкового навантаження на громадян і бізнес призведе до соціальної напруженості, по-друге, це суперечить положенням Конституції України щодо права громадян на отримання безоплатної медичної допомоги. Тому вони пропонують стимулювати розвиток добровільного медичного страхування, хоча при цьому зазначають, що абсолютні його обсяги в Україні є незначними, оскільки користуватись такими послугами можуть лише забезпечені громадяни, а бізнес не зацікавлений сплачувати страхові платежі за своїх працівників з чистого прибутку.

На наш погляд, усі моделі медичного страхування мають як переваги, так і недоліки (табл. 5.10). Найбільш часто згадувана у наукових публікаціях

українських дослідників у якості позитивного зразка система медичного страхування Німеччини передбачає застосування обов'язкового медичного страхування (внески працедавців і найманих працівників, відшкодування вартості лікування з державного бюджету для безробітних осіб) та добровільного страхування (для осіб з високими доходами і самозайнятих підприємців).

Таблиця 5.10

Переваги і недоліки моделей фінансування сфери охорони здоров'я*

Найменування моделі фінансування СОЗ	Переваги	Недоліки
На основі страхових внесків населення і підприємств	Суттєве збільшення обсягів фінансування медицини у короткостроковому періоді	Підвищення податкового тягара, необхідність розроблення відповідної законодавчої бази, збільшення адміністративних витрат, негативні наслідки від скорочення чисельності працездатного населення
На основі добровільного страхування і співоплати	Персональна відповідальність громадян за збереження власного здоров'я. Високі доходи лікарів	Можливість зловживань інструментом співоплати з боку не доброчесних лікарів, зростання соціальної нерівності, порушення норми Конституції щодо права на безоплатну медицину
На основі бюджетного фінансування	Наявна законодавча база, підтримка населення, зниження соціальної нерівності, зменшення адміністративних витрат	Недофінансування медицини в умовах кризового стану економіки

*Складено автором

Така модель забезпечує достатні обсяги фінансування, але за умов певного рівня доходів підприємств і населення, а також відсутності негативної демографічної динаміки.

Добровільне медичне страхування і система співоплат є оптимальними за умов повної зайнятості населення (що практично не можливо), високого рівня доходів населення, переважання медичних закладів приватної форми власності, достатнього рівня розвитку страхового ринку. Використання добровільного страхування як додаткового джерела фінансування сфери

охорони здоров'я є доцільним за наявності значного прошарку населення з високими доходами, оскільки страхові компанії зацікавлені в отриманні прибутку і навряд чи зростання попиту на їх послуги спроможне призвести до суттєвого зменшення вартості цих послуг.

Фінансування медицини за рахунок податків і зборів (за кошти державного і місцевих бюджетів) є оптимальним за умов значних розмірів ВВП країни, відсутності тіньової економіки, обґрунтованості податкових ставок, ефективної антикризової політики на макрорівні.

Отже, можна підсумувати, що чим вищим є рівень розвитку національної економіки країни, тим більшими будуть обсяги фінансування сфери охорони здоров'я, не зважаючи на те, яку саме модель медичного страхування в цій країні запроваджено.

В Україні обрано змішану систему страхування, яка складається з бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я і добровільного медичного страхування (додаткового страхування), про що свідчить затвердження Міністерством охорони здоров'я 25 серпня 2023 року «Дорожньої карти впровадження медичного страхування» [61]. У документі зазначається, що непорушним залишається принцип надання рівних державних гарантій усім без виключення пацієнтами щодо реалізації права на охорону здоров'я, але, зважаючи на недостатність фінансових ресурсів із-за широкомасштабної збройної агресії російської федерації проти України, актуальним визначено збільшення ролі додаткового медичного страхування. Для цього передбачається:

- визначення медичних послуг, які не покриваються програмою медичних гарантій, а також випадків, за яких медичні послуги можуть надаватись за кошти фізичних та юридичних осіб;
- розвиток фармацевтичного страхування з захисту пацієнтів від високих витрат на лікарські засоби, особливо у випадках дороговартісного або довготривалого лікування поза межами державних гарантій;
- покращення співробітництва між системою державних фінансових

гарантій і приватними страховиками;

- спрощення механізмів запровадження додаткового медичного страхування;

- підвищення рівня поінформованості населення, що призведе до зростання попиту на додаткове страхування і, відповідно, зменшить його вартість.

Таким чином, у зазначеному документі виокремлено цілі щодо розвитку лише додаткового медичного страхування, досягнення яких потребує створення відповідних макроекономічних і правових умов. Перша і друга цілі, зазначені у «Дорожній карті», суперечать статті 49 Конституції України [62], яка гарантує безоплатне отримання громадянами медичних послуг у державних і комунальних медичних закладах. Отже запровадження бюджетно-ринкової моделі медичного страхування потребуватиме внесення змін до Конституції, якому повинно передувати визначення переліку безоплатних і платних медичних послуг.

На даний час, відповідно роз'ясненням НЗСУ [63], платними послугами є:

- обстеження за власним бажанням пацієнта без відповідного направлення лікаря;

- медична послуга від приватної лікарні, яка не зазначена у договорі з НЗСУ;

- отримання пацієнтом поліпшеного сервісу (окрема палата, покращене харчування тощо);

- послуга, яка визначена Постановою Кабінету Міністрів України № 1138 [64] платною (лікувальний масаж, косметологічні послуги, медичні огляди для отримання візи або влаштування на роботу, корекція зору, зубне, слухове та очне протезування тощо).

Зрозумілим є те, що навіть масове укладання договорів з додаткового медичного страхування для отримання перелічених послуг не спроможне забезпечити формування суттєвих обсягів фінансування сфери охорони

здоров'я. Керівництво МОЗ вважає запровадження співоплати (за рахунок власних коштів пацієнтів або страхових коштів) запорукою надання якісних медичних послуг. Хоча численні публікації науковців, зокрема представників ВООЗ, доводять протилежне, а саме: співплата – це поліпшення якості медичної допомоги для заможних пацієнтів, можливість суттєвого збільшення доходів приватних лікарень, ризики зростання кількості випадків недоброчесності лікарів (проведення непотрібних аналізів, процедур тощо).

Проте, наразі мова не йде про перегляд Програми медичних гарантій щодо визначення деяких зазначених в ній послуг платними, але нестача бюджетних коштів для фінансування медицини може це становище змінити. Таким чином, за умови переведення послуг вторинної та третинної (або лише третинної) медичної допомоги до розряду платних необхідно буде внести зміни до Конституції України стосовно права населення на безплатну медичну допомогу лише на первинному (або на первинному і вторинному) рівні. З урахуванням необхідності отримання консультацій фахівців та особливостей законотворчої процедури ці етапи можуть тривати протягом одного року.

Одночасно з виконанням завдань з визначення переліку платних медичних послуг і розроблення відповідної законодавчої бази необхідно забезпечити розвиток страхового ринку і підвищення рівня обізнаності населення про наявні на ньому страхові пропозиції. Протягом 2021-2023 років було прийнято низку законодавчих і підзаконних актів, які спрямовані на наближення страхового ринку України до стандартів ЄС, серед них:

- Закони України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» [65] і «Про страхування» [66], які введені в дію з 01 січня 2024 року та передбачають впровадження ризик-орієнтованого нагляду, посилення захисту прав споживачів, скасування обов'язкових і добровільних видів страхування, упровадження чітких вимог до організації системи корпоративного управління і внутрішнього контролю, вдосконалення правил ліцензування;

- Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання

договорів за класами страхування [67], яке визначає перехід від видів страхування до класів та переоформлення чинних ліцензій страховиків. Так, укладання договорів за класом «Страхування життя та/або здоров'я» покриватиме ризики нанесення шкоди життю та здоров'ю застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або іншого розладу здоров'я, а також ризики при накопичувальному страхуванні життя та пенсійному забезпеченні;

- Положення про вимоги до системи управління страховика [68], що визначає особливості побудови системи управління страховиками та системи внутрішнього контролю відповідно до моделі трьох ліній захисту (управління ризиками у підрозділах, які ініціюють, здійснюють чи відображають господарські операції; управління ризиками та комплаєнс; внутрішній аудит);

- Положення про авторизацію осіб, які мають право здійснювати актуарну діяльність у сфері страхування, та осіб, які можуть виконувати обов'язки відповідального актуарія [69], яке визначає кваліфікаційні вимоги до актуаріїв, що є ключовими особами страховика, та порядок ведення Національним банком реєстру актуаріїв;

- Положення про порядок та умови укладення договору страхування відповідальності суб'єкта аудиторської діяльності перед третіми особами [70], яке визначає умови укладення договору страхування відповідальності суб'єкта аудиторської діяльності перед третіми особами;

- Положення про добровільний вихід з ринку страховика та передачу страховиком страхового портфеля [71], що визначає процедури отримання відповідного дозволу Національного банку, анулювання ліцензії та ліквідації.

Нові вимоги Закону України «Про страхування» набрали чинності з 01 січня 2024 року, при цьому перехідний період для приведення страховиками своєї діяльності у відповідність до нових вимог триватиме до 30 червня 2024 року, оскільки з 101 страхової компанії, які були зареєстровані в Україні на 1 грудня 2023 року, понад 40% не відповідають новими вимогами НБУ щодо капіталу і платоспроможності. Також, на думку першої заступниці голови НБУ, для всіх учасників страхового ринку актуальною є проблема

забезпечення безперебійної роботи сервісів, у зв'язку з чим НБУ протягом 2024 року планує розробити методологію і здійснювати оцінку ризику третіх сторін [73].

Вимоги про віднесення страховиків до категорії значимих наберуть чинності з 01 січня 2027 року. Основними критеріями віднесення страховиків до категорії значимих є обсяги та напрями діяльності страховика. Так, для страховиків, що здійснюють діяльність з прямого страхування та/або вхідного перестрахування за класами страхування життя, середній обсяг технічних резервів за три роки, що передують даті оцінювання, повинен дорівнювати не менше 2 млрд грн; для страховиків, що здійснюють діяльність з прямого страхування за класами страхування іншого страхування – не менше 1 млрд грн; для страховиків, що здійснюють діяльність із вхідного перестрахування – не менше 200 млн грн [72].

Зрозумілим є той факт, що, навіть попри реалізацію усіх позитивних законодавчих нововведень, ринок страхових послуг не отримає очікуваного зростання без суттєвих зусиль щодо просування страхових послуг на ринок. Як свідчить досвід Агенції інтернет-маркетингу «Elit-Web» [74], специфіка просування страхових послуг полягає, з одного боку, у необхідності доведення їх актуальності, важливості і необхідності, а з іншого боку – у значній пасивності цільової аудиторії. Причинами пасивності є: відсутність у людей бажання платити за майбутню ймовірну вигоду, недовіра до страхових компаній, незрозумілі терміни та інструменти роботи страхових компаній.

Логічним є припущення, що інформаційна кампанія з популяризації страхових послуг на рівні держави стане складовою комунікаційної політики Національного банку України, який опікується питаннями фінансової грамотності, обізнаності та забезпечення довіри в суспільстві до фінансової системи, одним з секторів якої є страховий ринок. Протягом 2020-2021 років НБУ реалізував 3 масштабні інформаційні кампанії: Global Money Week (Всесвітній тиждень грошей), «Шахрай Гудбай» та «Знай свої права». Інформаційна кампанія «Знай свої права» [75] мала за мету покращення

обізнаності громадян щодо прав та обов'язків під час користування фінансовими послугами і тривала з березня до травня 2021 року. До проєкту було залучено понад 50 партнерів, підготовлено 12 тематичних коротких відео тривалістю до 1 хвилини, а також 8 тематичних постерів. Отже, певний практичний досвід проведення інформаційних кампаній у НБУ є.

Як правило, процес реалізації інформаційної кампанії включає чотири етапи: підготовчий етап: формулювання цілі кампанії, вивчення умов її реалізації, оцінка наявних та необхідних ресурсів, складання бюджету кампанії, обрання цільових груп, проведення маркетингових досліджень цільових груп; розроблення стратегії і тактики: визначення цілей і завдань кампанії, аналіз оточення і розробка тактики співпраці з партнерами, визначення очікуваних результатів, обрання комунікаційних каналів і розроблення інформаційних повідомлень, розроблення плану заходів; проведення кампанії: виробництво інформаційних матеріалів та їх поширення; оцінювання результатів кампанії.

Тривалість усіх етапів складає приблизно один рік. Таким чином, тривалість реалізації завдань запровадження бюджетно-ринкової моделі медичного страхування щодо визначення переліку медичних послуг відповідно джерелам фінансування, створення необхідної законодавчої бази, розвитку страхового ринку, проведення інформаційної кампанії для підвищення обізнаності населення щодо умов страхових пропозицій, за умов їх одночасного виконання, становитиме приблизно чотири роки (табл. 5.11).

Але основною умовою успішності запровадження бюджетно-ринкової моделі медичного страхування, на нашу думку, є підвищення рівня доходів населення України. Наразі вартість страхового полісу є недоступною для більшості громадян. Практика запровадження добровільного медичного страхування у розвинутих країнах свідчить, що цільовою аудиторією для нього є середній клас. В Україні середній клас становить близько 10% від загальної чисельності населення, а 65% – отримує доходи, які є нижчими за середній рівень. Суттєве зниження вартості страхових послуг є

нереалістичним в короткостроковому періоді, оскільки може призвести до збитковості господарської діяльності страхових компаній.

Починаючи з середини 2022 року українські і іноземні науковці пропонують різні моделі післявоєнної відбудови національної економіки. Очікувані обсяги міжнародної допомоги на відновлення зруйнованих галузей забезпечують певний рівень оптимізму, але кількість проблем, що потребують вирішення є значною. Відповідно оновленому звіту Світового банку «Швидка оцінка шкоди та потреб в Україні» (Ukraine Rapid Damage and Needs Assessment – RDNA2) [76], пряма шкода за підсумками тільки першого року війни становить 135 мільярдів доларів, а завдані збитки – близько 290 мільярдів доларів.

На даний час, за оцінками Світового банку, обсяг коштів, необхідних для відновлення становить 411 мільярдів доларів. Найбільше коштів на відновлення потребують транспортна сфера (понад 22% загальної потреби відновлення), житлова сфера (майже 17%) та енергетика (понад 11%), без урахування тимчасово окупованих територій (рис. 5.9). На думку прем'єра Дениса Шмигала, Україна оцінює витрати на відбудову в 750 мільярдів доларів, а Голова Європейського інвестиційного банку В. Гоєр вважає, що для відбудови знадобиться понад трильйон доларів.

Таблиця 5.11

Програма запровадження бюджетно-ринкової моделі медичного страхування в Україні*

Завдання	Терміни виконання	Заходи з виконання завдання	
1. Визначення переліку медичних послуг відповідно джерелам фінансування	6 місяців	Визначення переліку платних послуг без внесення змін до ПМГ	Визначення переліку платних послуг з внесенням змін до ПМГ
2. Створення відповідної законодавчої бази	6-12 місяців	Прийняття (внесення змін) нормативно-правових актів щодо затвердження переліку платних послуг	Внесення змін до Конституції України; прийняття (внесення змін) нормативно-правових актів щодо

			затвердження переліку платних послуг
3. Розвиток страхового ринку	до 30.06.2024 з 01.01.2027 Протягом 2024 року	Приведення страховиками своєї діяльності у відповідність до нових умов функціонування Віднесення страховиків до категорії значимих Розроблення методології і оцінка ризику третіх сторін у зв'язку з ненадійним функціонуванням сервісів страхових компаній	
4. Проведення інформаційних кампаній для підвищення обізнаності населення щодо умов страхових пропозицій	3 місяця	Підготовчий етап: формулювання цілі кампанії, вивчення умов її реалізації, оцінка наявних та необхідних ресурсів, складання бюджету кампанії, обрання цільових груп, проведення маркетингових досліджень цільових груп.	
	6 місяців	Розроблення стратегії і тактики: визначення цілей і завдань кампанії, аналіз оточення і розробка тактики співпраці з партнерами, визначення очікуваних результатів, обрання комунікаційних каналів і розроблення інформаційних повідомлень, розроблення плану заходів.	
	3 місяця	Проведення кампанії: виробництво інформаційних матеріалів та їх поширення	
5. Збільшення розмірів ВВП України	Не визначений	Залучення міжнародних інвестицій у перспективні галузі національної економіки Реструктуризація економіки у напрямку високо технологічного виробництва Державне стимулювання підприємницької діяльності шляхом застосування інструментів прямого і непрямого впливу Розвиток переробної промисловості Цифровізація економіки, запровадження ІТ-інновацій	

*Складено автором

Україна має певний потенціал для значного зростання ВВП. Фахівці серед пріоритетних галузей розвитку зазначають сільське господарство, металургійну промисловість та металообробку, розвиток стартапів та ІТ. Інвестори США, Великобританії, Німеччини, Польщі та інших розвинутих країн вважають пріоритетними для інвестування новітні технології, сектор фінансів, енергетичну галузь, агропромисловість, логістичні проекти, оборонний комплекс, видобуток корисних копалин [77].

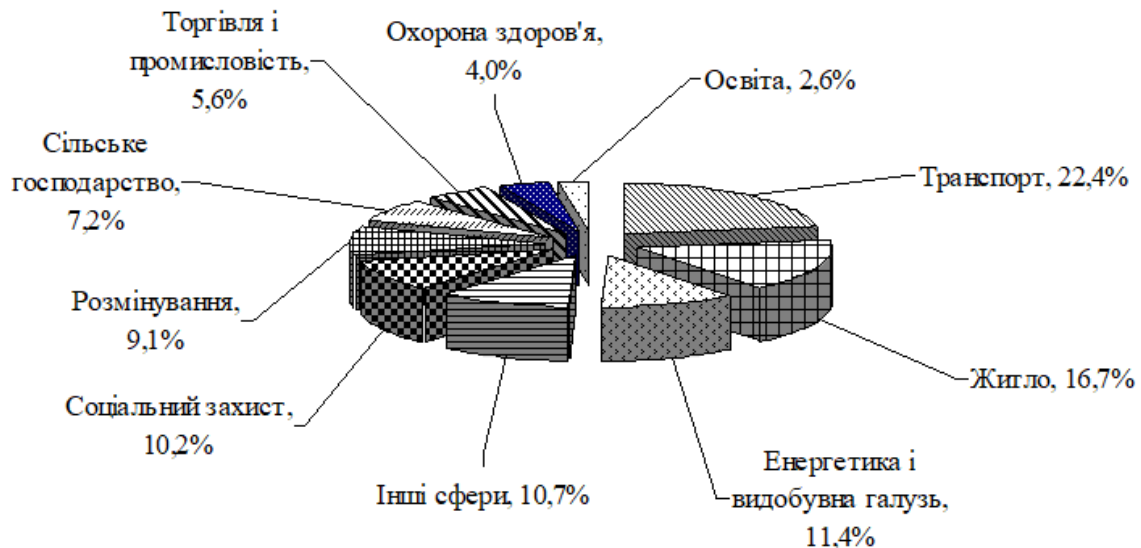


Рис. 5.9. Потреба у відновленні національної економіки України [76]

Відповідно заяві Прем'єр-міністра Дениса Шмигала під час представлення векторів економічного розвитку до 2030 року, в Україні розробляється третина розвіданих родовищ корисних копалин [78], при цьому понад 20 зі 100 виявлених сировинних ресурсів вважаються критично важливими у ЄС і США. Проте, слушними є зауваження аналітиків і практиків [79; 80] щодо необхідності реструктуризації національної економіки з переорієнтацією на розвиток високо технологічного виробництва та експорт продукції з високою часткою доданої вартості.

Оцінки тривалості періоду відбудови суттєво різняться. Так, радник президента України з економічних питань О. Устенко вважає, що економіка України може відновитися до рівня 2021 року протягом двох років (але це не можна вважати розвитком), міністерка економіки Ю. Свириденко вважає, що добробут українців почне покращуватись через 5-7 років після завершення війни. Більш песимістичними є оцінки фахівців міжнародних фінансових організацій та дослідних центрів. Як показує досвід країн, які відновлювали власну економіку після війни, ці процеси тривали від 15 до 40 років. Звісно, що на даному етапі є більш ефективні технології, але також необхідно врахувати певні ризики, як-то: скорочення обсягів міжнародної допомоги

після завершення війни, суттєва нестача робочих рук, несприятливий інвестиційний клімат (судова система, корупція, відсутність відповідних страхових пропозицій) тощо.

Таким чином, головним завданням запровадження бюджетної моделі медичного страхування з суттєвою часткою добровільного страхування, на наше переконання, є забезпечення зростання розмірів ВВП України, що призведе до відповідного зростання надходжень до державного і місцевих бюджетів, а також до підвищення добробуту і платоспроможності населення. Визначити орієнтовні часові межі виконання цього завдання наразі не можливо з огляду на наявність чисельних чинників впливу і ризику, тому можна вважати ініціативу запровадження зазначеної моделі медичного страхування довгостроковим планом з удосконалення процесів фінансування сфери охорони здоров'я з невизначеним терміном дії.

Відповідно рекомендаціям ВООЗ [81, с. 31], заходами збільшення обсягів фінансування галузі у короткостроковій перспективі можуть бути:

- підвищення акцизів на тютюнові вироби, розширення оподаткування алкогольних виробів, введення акцизного податку на підсолоджені цукром напої та інші продукти, що шкодять здоров'ю;
- отримання міжнародної допомоги;
- стимулювання постачальників до зниження витрат на комунальні послуги і покращення фінансового управління;
- уникнення постійного зниження пріоритету охорони здоров'я в державних видатках.

Одним з напрямів більш раціонального використання обмежених фінансових ресурсів є створення госпітальних округів, яке було розпочато у 2023 році. Фінансування відновлення і модернізації (закупівлі обладнання, інфраструктурного забезпечення тощо) мережеских медичних закладів після створення госпітальних округів повинно відбуватися з огляду на наявний потенціал лікарні, що надасть можливість уникнути фінансування активів, які не використовуються або є не затребуваними. Також додаткові надходження

до бюджету можуть бути від приватизації приміщень медичних закладів, які не будуть включені до складу спроможної мережі. З метою підвищення ефективності фінансового менеджменту доречним може бути встановлення відповідальності керівників закладів охорони здоров'я за неефективне використання бюджетних коштів.

Численні дослідження українських науковців щодо запровадження державно-приватного партнерства (ДПП) у сфері охорони здоров'я доводять, що такі проекти можна розглядати як альтернативне джерело фінансування сфери охорони здоров'я. При цьому не відбувається відчуження комунальної власності, новостворені об'єкти передаються у комунальну власність, підвищується якість і доступність медичних послуг. Однак, наразі ще існують вагомі перепони правового, організаційного і фінансового характеру на шляху більш широкого запровадження проектів ДПП в галузі надання медичних послуг.

Так, фахівці Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України» [82, с. 73] у якості необхідних заходів з удосконалення системи ДПП зазначають: формування портфелю проектів відповідно до плану розвитку інфраструктури госпітальних округів; спрощення механізму попередньої оцінки інфраструктурних проектів; оптимізацію форми остаточної оцінки інвестиційного проекту; розроблення механізму стимулювання іноземного інвестування в цифрову трансформацію сфери охорони здоров'я; забезпечення прозорості проектів ДПП та створення фінансового простору для приватних партнерів. Підтримуємо пропозиції авторів, але вирішення зазначених ними проблем також потребуватиме певного часу, оскільки вони носять системний характер.

Висновки до розділу 5

1. Визначено, що 50% завдань «Концепції розвитку електронної охорони

здоров'я», затвердженої у 2020 році, не виконано, 36% завдань виконано частково і лише 24% завдань виконані в достатньому обсязі. Одним з найбільш пріоритетних напрямів розвитку системи е-здоров'я є телемедицина, але її запровадження станом на 2023 рік в Україні можна вважати незадовільним з причин зарегульованої і застарілої нормативної бази телемедицини, не регламентованості ролей і обов'язків медичних працівників, відсутності чітких алгоритмів застосування телемедицини, фрагментарного фінансування, відсутності у медичних працівників знань і навичок роботи з телемедичними пристроями, незадовільного інтернет-з'єднання та слабого сигналу мобільної мережі у сільській місцевості, відсутності інтеоперабельності між телемедичним обладнанням та медичною інформаційною системою медичного закладу, неповного запровадження стандартів обміну даними. Прийняття Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини» та затвердження «Стратегії розбудови телемедицини в Україні» не створюють передумов для вирішення накопичених проблем із-за визначення коштів технічної допомоги міжнародних установ, організацій та іноземних країн у якості єдиного джерела фінансування, відсутності заходів з мінімізації можливих зовнішніх і внутрішніх ризиків реалізації стратегії, а також суперечливого твердження щодо участі у реалізації завдань основних зацікавлених сторін.

2. Запропонований концептуальний підхід до розроблення стратегії довгострокового розвитку сфери охорони здоров'я передбачає врахування впливу низки чинників, серед яких: світові тенденції розвитку системи охорони здоров'я (зростання попиту на отримання допомоги поза лікарнями, дефіцит і виснаження медичних працівників, погіршення психічного здоров'я, підвищення ролі довірливих особистісних стосунків між пацієнтом і лікарем, зростання попиту на доступне та безпечне лікування, дистанційний моніторинг та взаємодія між установами охорони здоров'я, зростання масштабів застосування мобільних додатків і інформаційних технологій); характеристики зовнішнього і внутрішнього середовища галузі (чисельна

перевага зовнішніх загроз і слабких сторін); вплив зовнішніх і внутрішніх ризиків реалізації стратегії, серед яких найбільш вагомими є соціально-політичні, кадрові і виробничо-фінансові ризики; ключові цінності та керівні принципи (людиноцентричність, рівність та справедливість, спільне вироблення медичних послуг, біопсихосоціальний підхід, доказовість, формування ринку медичних послуг); стратегічні пріоритети розвитку сфери охорони здоров'я України (продовження процесів реформування галузі, євроінтеграційні прагнення, повоєнна відбудова).

Тактичними цілями у межах стратегічного пріоритету щодо продовження реформування галузі повинні бути: цифровізація управлінських і медичних процесів; формування і розвиток медичних кадрів; розвиток інститутів системи охорони здоров'я; створення ефективних госпітальних округів; розвиток і підвищення ефективності менеджменту медичних закладів; підвищення якості медичних послуг; розвиток системи громадського здоров'я; забезпечення достатніх обсягів фінансування. Усі заходи з досягнення тактичних цілей передбачають виконання низки оперативних завдань, але наведення їх у стратегічному плані є недоцільним, оскільки переобтяжує зміст документу. Серед тактичних цілей стратегічного пріоритету «Забезпечення реалізації євро інтеграційних процесів» визначено: євроінтеграцію процесів функціонування системи громадського здоров'я; імплементацію актів права ЄС у діяльність фармацевтичної галузі; наближення процесів надання медичних послуг до вимог ЄС, узгодження освітніх процесів зі стандартами ЄС. У якості найбільш доцільних тактичних цілей повоєнної відбудови сфери охорони здоров'я визначено запропоновані ВООЗ пріоритети, а саме: відновлення надання основних медичних послуг; інституційне і ресурсне забезпечення коригування фізичного і психічного здоров'я населення; створення оптимальних умов проведення медичних маніпуляцій.

Заходами мінімізації соціально-політичних, кадрових і виробничо-фінансових ризиків реалізації стратегії повинні бути: розроблення комплексних антикризових програм; забезпечення достатнього обсягу

фінансування; соціальний розвиток колективів і соціальний захист працівників; підвищення ефективності комунікаційних процесів в медичних установах; створення умов для вмотивованого підвищення працівниками власної кваліфікації; вирішення організаційних проблем формування госпітальних округів, сприяння підвищенню ефективності менеджменту медичних закладів.

3. Визначено, що сформовані умови для запровадження бюджетно-страхової моделі обов'язкового медичного страхування у національній економіці наразі відсутні. На основі програмного підходу обґрунтовано, що кінцеві терміни запровадження моделі медичного страхування на основі бюджетного фінансування і добровільного медичного страхування на даний час передбачити не можливо, оскільки основним підґрунтям ефективного функціонування зазначеної моделі є забезпечення зростання ВВП, яке, у свою чергу, доволі складно прогнозувати в умовах післявоєнної відбудови національної економіки з огляду на наявність чисельних чинників впливу і ризику. Тому у короткостроковій перспективі найбільш досяжними механізмами удосконалення фінансування сфери охорони здоров'я можуть бути: збільшення ставок оподаткування продуктів і товарів, що шкодять здоров'ю і спрямування отриманих коштів на потреби медицини; залучення міжнародної допомоги; оптимізація витрат медичних закладів і підвищення ефективності управління фінансами; оптимізація кількості і якості медичних закладів у результаті створення госпітальних округів; приватизація закладів, що не ввійшли до складу лікарняних мереж; масштабне запровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Список використаних джерел до розділу 5

1. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України; Концепція від 28.12.2020 № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-p#top> (дата звернення

20.12.2023).

2. Аналіз поточної політики розвитку електронної системи охорони здоров'я в Україні / За консультаційної підтримки ГО «Поліський фонд міжнародних та регіональних досліджень» в особі М. Корявця. 2022. 99 с. URL: https://amer.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/Research_e-Health_UKR_FINAL_2022.pdf (дата звернення 20.12.2023).

3. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27.02.2014 № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18#Text> (дата звернення 20.12.2023).

4. Про затвердження Регламенту Кабінету Міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України від 18.07.2007 № 950. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/950-2007-п/page#Text> (дата звернення 20.12.2023).

5. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п#n8> (дата звернення 20.12.2023).

6. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 20.12.2023).

7. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п#Text> (дата звернення 20.12.2023).

8. Статут державного підприємства «Електронне здоров'я», затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.08.2019 року № 1886. URL: <https://ehealth.gov.ua/wpcontent/uploads/2019/08/Statut-DPElektronne-zdorovya-vid-22.08.2019.pdf> (дата звернення 20.12.2023).

9. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018п#Text> (дата звернення

20.12.2023).

10. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 20.12.2023).

11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 № 385. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text> (дата звернення 20.12.2023).

12. Бачення України: реформування та відновлення соціально-гуманітарної сфери в перспективі 2030 року. Розділ V. Система охорони здоров'я в Україні / Т. Юрочко, О. Бабляк, Т. Бадіков, В. Скибчик, Д. Купира, В. Курпіта, Ю. Микитюк. Київ, 2023. 368 с. URL: <https://docs.google.com/document/d/1VeqQarjD2NbYzJr6rd5G4k5jGkrNSeWC/edit> (дата звернення 20.12.2023).

13. Первинна медична допомога в Україні: досягнутий прогрес і наступні кроки: аналіз даних за 2020-2021 р.: серія аналітичних записок. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2023». Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367317/WHO-EURO-2023-7087-46853-69102-ukr.pdf?sequence=1> (дата звернення 21.12.2023).

14. Васюк Н. О., Кузюк М. Г. Запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Helth) як важливий напрям трансформації медичної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2022. № 1. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/1_2022/39.pdf (дата звернення 21.12.2023).

15. Криничко Л. Р., Мотайло О. В. Ефективність застосування цифрових технологій в інформаційно-комунікаційній системі державного управління в сфері охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2021. № 169. С. 78-83. URL: <http://srd.pgasa.dp.ua:8080/bitstream/123456789/7167/1/Krinichko.pdf> (дата звернення 21.12.2023).

16. Телемедицина в Україні: ситуаційний аналіз. Проєкт «Сталий розвиток національних систем охорони здоров'я» (LHSS) у межах проєкту

USAID «Integrated Health Systems IDIQ». Роквіль, штат Меріленд: Abt Associates, 2023. 70 с. URL: https://www.lhssproject.org/sites/default/files/resource/2023-05/LHSS_UKRAINE_FY23_Landscape%20Assessment%20of%20Telemedicine%20in%20Ukraine_Ukr.pdf (дата звернення 22.12.2023).

17. Сергійчук С. І., Рябець Д.М. Стан і перспективи цифрової трансформації індустрії охорони здоров'я в Україні. *Збірник наукових праць ТДАТУ імені Дмитра Моторного (економічні науки)*. 2020. №1(41). С. 70-77.

18. Макаренко В. Діджиталізація медицини. Які цифрові проекти вже реалізовані, а які реалізують у 2024 році? 15.08.2023. URL: <https://misterblister.com/didzhitalizacziya-mediczini-yaki-czifrovi-pro%D1%94kti-vzhe-realizovani-a-yaki-realizuyut-u-2024-roczni/> (дата звернення 26.12.2023).

19. Про схвалення Стратегії розбудови телемедицини в Україні: Розпорядження Кабінету Міністрів України; Стратегія, План від 14.07.2023 № 625-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/625-2023-p#Text> (дата звернення 29.12.2023).

20. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини». URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/42121> (дата звернення 29.12.2023).

21. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини: Закон України від 09.08.2023 № 3301-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3301-20#Text> (дата звернення 29.12.2023).

22. Digital transformation in healthcare: Analyzing the current state-of-research / Sascha Kraus, Francesco Schiavone, Anna Pluzhnikova, Anna Chiara Invernizzi. *Journal of Business Research*. February 2021. Volume 123. Pages 557-567. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0148296320306913> (дата звернення 23.12.2023).

23. Дьомін Р.В. впровадження електронної системи охорони здоров'я в Україні: шляхи удосконалення організаційного та адміністративно-правового забезпечення на основі зарубіжного досвіду. *Юридичний науковий*

електронний журнал. 2023. № 1. С. 274-277. URL: http://lsej.org.ua/1_2023/65.pdf (дата звернення 23.12.2023).

24. Дмитро Лур'є Що заважає повноцінній диджиталізації фармацевтичної галузі України в 2022 році. 2022. URL: <https://eba.com.ua/shho-zavazhaye-povnotsinnij-dydzhytalizatsiyi-farmatsevychnoyi-galuzi-ukrayiny-v-2022-rotsi/> (дата звернення 23.12.2023).

25. Комісаренко С. Телемедицина, або лікування на відстані: чи стане медична допомога кращою. 2023. URL: <https://napensii.ua/articles/252185-telemedicyna-ili-lechenie-na-rasstoyanii-stanet-li-medichinskaya-pomoshh-luchshe/> (дата звернення 29.12.2023).

26. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки. Версія 2.4 (від 21.07.2022 року). URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf (дата звернення 30.12.2023).

27. Фінансування охорони здоров'я у проєкті бюджету-2024 зросте на €24,4 мільярда. 20.10.2023. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3776281-finansuvanna-ohoroni-zdorova-u-proekti-budzetu2024-zroste-na-244-milarda.html#:~:text=Відповідно%20до%20показників%20проєкту%20бюджету,млрд%20грн%20більше%20цьогорічного%20показника> (дата звернення 30.12.2023).

28. Михайло Радущкий: Колегія МОЗ затвердила Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Прес-служба Апарату Верховної Ради України. Опубліковано 13 лютого 2023. URL: https://www.rada.gov.ua/news/news_kom/233093.html (дата звернення 04.12.2023).

29. Результати проведення первинної оцінки стану імплементації актів права Європейського Союзу (acquis ЄС). URL: <https://drive.google.com/file/d/1SAZkq5KVtwFotlZbka1mfABTKNCsP0ma/view> (дата звернення 21.12.2023).

30. Українська медична агенція – МОЗ презентувало концепцію та шлях до створення незалежного регуляторного органу у фармацевтичній галузі. 06.12.2023. URL: https://www.dls.gov.ua/for_subject/українська-медична-агенція-моз-през/ (дата звернення 04.01.2024).

31. Відбудова України: принципи та політика. Паризький звіт 1 / За ред. Ю. Городніченка, І. Сологуб, Б. Ведер ді Мауро. Paris: CEPR PRESS, 2022. 508 с. URL: https://cepr.org/system/files/2022-12/reconstruction%20book_Ukrainian_0.pdf (дата звернення 04.01.2024).

32. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-IX#Text> (дата звернення 14.11.2023).

33. Ковтонюк П., Корчак Т. Крізь війну: що відбулося з охороною здоров'я у 2022 році. 3 квітня 2023. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2023/04/3/253632/> (дата звернення 14.11.2023).

34. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#top> (дата звернення 14.11.2023).

35. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-п#Text> (дата звернення 14.11.2023).

36. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. 2023. 21 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Громадське%20обговорення/2023/розпорядження/Стратегія%202030.pdf> (дата звернення 04.12.2023).

37. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. 68 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> (дата звернення 06.12.2023).

38. Про страхування: Закон України від 18.11.2021 № 1909-IX. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20/conv#Text> (дата звернення 07.01.2024).

39. Пріоритети у відновленні системи охорони здоров'я України. Спільний документ для обговорення / К. Бреденкамп, Т. Дмитраченко, О. Дорошенко, К. Фіщук, Я. Хабіхт, Д. Катцін, О. Яновська, П. Павленко, Б. Зіннер. WHO, 2022. 24 с. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper> (дата звернення 08.01.2024).

40. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022-2032 роки. Версія 2.4 (від 21.07.2022 року). 143 с. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf (дата звернення 30.12.2023).

41. Бачення України: реформування та відновлення соціально-гуманітарної сфери в перспективі 2030 року. Розділ V. Система охорони здоров'я в Україні / Т. Юрочко, О. Баблик, Т. Бадіков, В. Скибчик, Д. Купира, В. Курпіта, Ю. Микитюк. Київ, 2023. 368 с. URL: <https://docs.google.com/document/d/1VeqQarjD2NbYzJr6rd5G4k5jGkrNSeWC/edit> (дата звернення 20.12.2023).

42. Про Державний бюджет України на 2021 рік: Закон України від 15.12.2020 № 1082-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1082-20#Text> (дата звернення 04.02.2024).

43. Видатки на охорону здоров'я у 2021 р.: коли очікування розбиваються об жорстоку реальність. *Аптека*. № 1 (1272). 11 Січня 2021. URL: <https://www.apteka.ua/article/579552#:~:text=Передбачені%20Держбюджетом%20на%202021%20р,123%2C8%20млрд%20грн> (дата звернення 04.02.2024).

44. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 04.02.2024).

45. Медицина воюючої країни: як змінювалися обсяги бюджетного фінансування. *Слово і діло. Суспільство*. 25 грудня 2023. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2023/12/25/infografika/suspilstvo/medycyna-voyuyuchoyi-krayiny-yak-zminyuvalysya-obsyahy-byudzhethnoho-finansuvannya#:~:text=У%202022%20році%20на%20медицину,менше%20від%20показників%202022%20року>. (дата звернення 04.02.2024).

46. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Том 9. № 2. С. 86-100. DOI: 10.15421/152122 (дата звернення 04.02.2024).

47. Гавриченко Д. Г., Козирева О. В., Попова Т. О., Сергієнко Л. В. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформацій. *Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії і практики*. 2022. № 1 (42). С. 125-133. URL: <https://fkd.net.ua/index.php/fkd/article/view/3674/3467> (дата звернення 04.02.2024).

48. Баранник Л. Б., Сальникова Т.В. Медичне страхування у реформуванні системи охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство. Фінанси, банківська справа та страхування*. 2022. Випуск 46. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-46-47>. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2072/2000> (дата звернення 04.02.2024).

49. Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні: проект Закону України від 04.10.2018 р. № 9163. URL: https://ips.ligazakon.net/document/jh72j00i?an=3&ed=2018_10_04 (дата звернення 08.02.2024).

50. Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні: проект Закону України від 12.05.2020 № 3464. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/pubFile/99351> (дата звернення 08.02.2024).

51. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/GH72J00A?an=2> (дата

звернення 10.02.2024).

52. Висновок на проект Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» (реєстр. № 9163 від 04.10.2018 р.). URL: https://ips.ligazakon.net/document/xh72j00a?an=3&ed=2019_03_04 (дата звернення 10.02.2024).

53. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні». URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/pubFile/99353> (дата звернення 20.02.2024).

54. Висновок комітету з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів на проект Закону України «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні». URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/pubFile/279386> (дата звернення 10.02.2024).

55. Про затвердження середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року: Затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 3 квітня 2017 р. № 275-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/275-2017-%D1%80#Text> (дата звернення 24.11.2023).

56. Россильна О. В., Головачова А. С. Особливості медичного страхування в умовах розвитку персоналізованої медицини. *Київський часопис права*. 2023. № 1. С. 79-85. DOI <https://doi.org/10.32782/klj/2023.1.12>. URL: <http://kyivchasprava.kneu.in.ua/index.php/kyivchasprava/article/view/256/243> (дата звернення 10.02.2024).

57. Журавка О. С., Босак І. Л., Кубах Т. Г., Мордань Є. Ю. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Вісник СумДУ. Серія «Економіка»*. 2022. № 2. С. 50-58. URL: https://visnyk.fem.sumdu.edu.ua/issues/2_2022/5.pdf (дата звернення 10.02.2024).

58. Сова О.Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2018. Випуск 49. С. 80-92. URL: <https://snku.krok.edu.ua/index.php/vcheni-zapiski-universitetu->

krok/article/view/37/32 (дата звернення 25.02.2024).

59. Федорович І. М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2017. Вип. 23(2). С. 76-80. URL: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Nvmgu_eim_2017_23\(2\)_19](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Nvmgu_eim_2017_23(2)_19) (дата звернення 25.02.2024).

60. Борисюк О. В. Розвиток медичного страхування в Україні із використанням зарубіжного досвіду. *Регіональна економіка та управління*. 2020. № 1(27). С. 45-50. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/326327494.pdf> (дата звернення 25.02.2024).

61. Дорожня карта впровадження медичного страхування: затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.08.2023 № 1530. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1530282-23#n10> (дата звернення 25.02.2024).

62. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/conv#Text> (дата звернення 26.02.2024).

63. Які медичні послуги можуть бути платними для пацієнта? Роз'яснення НСЗУ 27.11.21. URL: <https://uoz.mkrada.gov.ua/people/reforms/431-yaki-medichni-poslugi-mozhut-buti-platnimi-dlya-patsienta-roz-yasnennya-nszu-27-11-21> (дата звернення 26.02.2024).

64. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 № 1138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text> (дата звернення 26.02.2024).

65. Про фінансові послуги та фінансові компанії: Закон України від

14.12.2021 № 1953-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1953-20#Text> (дата звернення 27.02.2024).

66. Про страхування: Закон України від 18.11.2021 № 1909-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text> (дата звернення 27.02.2024).

67. Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування: затверджене постановою Правління НБУ від 25 грудня 2023 року №182. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0182500-23#Text> (дата звернення 27.02.2024).

68. Положення про вимоги до системи управління страховика: затверджене постановою Правління НБУ від 27 грудня 2023 року №194. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0194500-23#Text> (дата звернення 27.02.2024).

69. Положення про авторизацію осіб, які мають право здійснювати актуарну діяльність у сфері страхування, та осіб, які можуть виконувати обов'язки відповідального актуарія: затверджене постановою Правління НБУ від 25.12.2023 №187. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0187500-23#Text> (дата звернення 27.02.2024).

70. Положення про порядок та умови укладення договору страхування відповідальності суб'єкта аудиторської діяльності перед третіми особами: затверджене постановою Правління НБУ від 20 грудня 2023 року №168. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0168500-23#Text> (дата звернення 27.02.2024).

71. Положення про добровільний вихід з ринку страховика та передачу страховиком страхового портфеля: затверджене постановою Правління НБУ від 25 грудня 2023 року №184. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0184500-23#Text> (дата звернення 27.02.2024).

72. Що змінилось на українському ринку страхування з 2024 року: детальний огляд. 10 Січня 2024. URL: <https://ua.news/ua/money/shho-zminylos-na-ukrayinskomu-rynku-strahuvannya-z-2024-roku-detalnyj-oglyad> (дата

звернення 27.02.2024).

73. 40% страхових компаній не відповідають новим вимогам НБУ: отримують півроку на виправлення. 22 грудня 2023. URL: <https://www.epravda.com.ua/news/2023/12/22/708024/> (дата звернення 27.02.2024).

74. Специфіка просування страхової компанії: 5 порад і 2 кейси. Elit-Web. 24-08-2022. URL: <https://it-rating.ua/spetsifika-prosuvannya-strahovoï-kompanii-5-porad-i-2-keysi> (дата звернення 27.02.2024).

75. Знай Свої Права. Інформаційна кампанія. URL: <https://promo.bank.gov.ua/know-your-rights/#section-22> (дата звернення 27.02.2024).

76. Кубраков О. Презентовано оновлений звіт про потребу відновлення України. 24 березня 2023. URL: <https://mtu.gov.ua/news/34139.html> (дата звернення 28.02.2024).

77. Перспективні галузі економіки, прогнози розвитку після війни. 26 січ 2024 р. команда YC.Market. URL: <https://blog.youcontrol.market/pierspiektivni-ghaluzi-iekonomiki-proghnozi-rozvitku-pislia-viini/> (дата звернення 09.03.2024).

78. В Україні розробляється лише третина родовищ корисних копалин - Прем'єр. 06.11.2020. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/3131049-v-ukraini-rozroblaetsa-lise-tretina-rodovis-korisnih-kopalin-premer.html> (дата звернення 09.03.2024).

79. Власюк В. Як не повторити помилок минулого і збудувати технологічну, конкурентоздатну економіку. 17 травня 2022. URL: <https://www.epravda.com.ua/columns/2022/05/17/687120/> (дата звернення 09.03.2024).

80. Шевченко А. Стан та перспективи розвитку промислового перероблення сировинних ресурсів в Україні. 24.07.2023. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/stan-ta-perspektyvy-rozvytku-promyslovoho-pereroblennya-syrovynnykh> (дата звернення 09.03.2024).

81. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я

в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: <https://medbox.org/index.php/dl/62e8e00c35acb5a72d00ec22> (дата звернення 09.03.2024).

82. Клименко С. Є., Лашкул З. В., Мотовиця Н. Я., Ярова Л. Д. Сучасний стан реалізації договорів державно-приватного партнерства та державних інвестиційних проєктів у сфері охорони здоров'я. *Економіка та держава. Економічна наука*. 2022. № 2. С. 68-74. URL: http://www.economy.in.ua/pdf/2_2022/13.pdf (дата звернення 10.03.2024).

83. Шишка І. Програмний підхід до вдосконалення механізмів фінансування медицини в Україні. *Via Economic*. 2024. № 4. С. 232-240. URL: <https://doi.org/10.32782/2786-8559/2024-4-33>. URL: <https://journals.rshu.rivne.ua/index.php/viaeconomica/article/view/202/184>.

84. Shyshka Ihor Development of the concept of the development of the health care sector. *Економіка та суспільство*. 2024. Випуск 60. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-60-155>. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/4667/4609>.

85. Шишка І.В. Проблеми правового забезпечення запровадження страхової медицини в Україні. *Реформування економіки в контексті міжнародного співробітництва: механізми та стратегії: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 6-7 березня 2024 р.)*. Львів-Торунь: Ліха-Прес, 2024. С. 263-268. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-364-7-57>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/261/9420/21209-1>.

86. Шишка І.В. Переваги і недоліки моделей фінансування сфери охорони здоров'я. *Ефективне управління економікою на світовому, державному та регіональному рівнях: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 19-20 квітня 2024 р.)*. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. 208 с. С. 199-204. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-367-8-49>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/271/9473/21335-1>.

87. Шишка І.В. Зміст та результати реалізації «Концепції розвитку електронної охорони здоров'я». *Розвиток транспортної інфраструктури як драйвер економічного зростання галузей економіки: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 24 березня 2023 р.)*. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 85 с. С. 80-83. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-294-7-18>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/196/9470/21313-1>.

88. Шишка І.В. Проблеми фінансування розбудови телемедицини в Україні. *Міжнародне економічне співробітництво: аналіз стану, реалії і проблеми: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Ужгород, 23-24 лютого 2024 року) / За заг. ред.: М. М. Палінчак, В. П. Приходько, В. В. Химинець та ін.* Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. 306 с. С. 301-304. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-363-0-82>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/258/9421/21215-1>.

89. Шишка І.В. Основні тактичні цілі реструктуризації системи охорони здоров'я України. *Фінансово-економічний потенціал країни і регіонів: механізми функціонування в сучасних умовах: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Одеса, 2 лютого 2024 р.)*. / відп. за випуск д.е.н., проф. С.О. Якубовський. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. 196 с. С. 190-193. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-362-3-46>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/255/9417/21191-1>.

90. Шишка І.В. Тактичні цілі стратегії реінжинірингу сфери охорони здоров'я України. *Стратегічні пріоритети соціально-економічного розвитку в умовах інституційних перетворень глобального середовища: матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 11 листопада 2022 р.)*. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2022. 173 с. С. 167-170. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-254-1-42>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/184/9419/21203-1>.

91. Шишка І.В. Створення умов для підвищення якості медичних

послуг. *Антикризове регулювання економіки у 2023 році: теорія та практика в умовах європейської інтеграції України: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Одеса, 17 лютого 2023 р.)* / відп. за випуск д.е.н., проф. С. О. Якубовський. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 202 с. С. 200-202. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-290-9-47>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/197/9418/21197-1>.

92. Шишка І.В. Напрями і перспективи цифровізації і комп'ютеризації процесу надання медичних послуг. *Математичні методи, моделі та інформаційні технології в економіці. Розділ 7. Математичні методи, моделі та інформаційні технології в економіці*. 2024. Випуск 76. С. 183-190. DOI: <https://doi.org/10.32782/infrastruct76-31>. URL: http://market-infr.od.ua/journals/2024/76_2024/33.pdf.

ВИСНОВКИ

1. У роботі уточнено сутність понять: «система охорони здоров'я» як сукупності державних, комунальних і приватних організацій, що складають певне ієрархічне утворення, взаємодіють між собою як суб'єкти і об'єкти управління та реалізують медичні, фінансові, організаційні, соціально-економічні та інші заходи, спрямовані на підтримку оптимальної працездатності і соціальної активності людини завдяки відновленню її фізіологічних і психологічних функцій; «стратегічне управління галуззю охорони здоров'я» як діяльності з визначення й забезпечення досягнення довгострокових цілей її інноваційного розвитку з урахуванням загально визнаних пріоритетів, дотриманням основних принципів стратегічного планування, раціонального використання наявного потенціалу галузі, врахуванням впливу чинників зовнішнього і внутрішнього її середовища; «стратегія розвитку» як документу (плану), що визначає довгострокові цілі розвитку, заходи щодо їх досягнення, перелік необхідних ресурсів, підходи, прийоми і методи контролю запланованих заходів; «механізм стратегічного управління» як сукупності певних складових елементів, як-то: інституціональне, інформаційне, науково-методичне, організаційне і ресурсне забезпечення довгострокового інноваційного розвитку галузі.

2. Доведено, що функції системи охорони здоров'я підпорядковані її цілям, а також віддзеркалюють її впорядковану, закономірну і організовану поведінку під час взаємодії із зовнішнім середовищем. Визначено, що функції системи охорони здоров'я є результатом функціонування її складових елементів. Аналіз і характеристика показників діяльності системи охорони здоров'я за період 2010-2019 років засвідчив, що наявна інфраструктура системи охорони здоров'я України є громіздкою, характеризується домінування спеціалізованої і стаціонарної медичної допомоги та нераціональним використанням потенціалу амбулаторно-поліклінічних

закладів. Вітчизняна система охорони здоров'я за критеріями прав власності, способів фінансування, ролі держави в управлінні та механізмами стимулювання медичних працівників має ознаки моделі Семашка, яка не відповідає вимогам застосування сучасних високовартісних медичних технологій та не спроможна забезпечити надання якісних медичних.

3. Серед основних складових елементів механізму стратегічного управління сферою охорони здоров'я виокремлено: інституціональне (усі учасники процесу розроблення й реалізації стратегії розвитку галузі – суб'єкти стратегічного управління), інформаційне (Закони України і підзаконні нормативно-правові акти; Національні стратегії розвитку; міжнародні документи у сфері охорони здоров'я; статистична звітність, комплексні обласні програми, галузеві програми, обласні програми, обласні цільові соціальні програми та ін.), науково-методичне (методи економічного і стратегічного аналізу, стратегічного планування і контролю), організаційне (прийоми, підходи, заходи і засоби щодо розподілу повноважень і управлінських функцій між органами публічної влади, нормативного супроводу функціонування медичних закладів, організації комунікаційних процесів між суб'єктами і об'єктами управління, а також усіма зацікавленими сторонами) і ресурсне (формування фінансових, матеріальних, інформаційних і людських ресурсів у достатньому обсязі та відповідного рівня якості) забезпечення довгострокового інноваційного розвитку галузі з метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я.

4. Виявлено десять найбільш впливових загроз і шість найбільш вагомих можливостей зовнішнього середовища та десять найбільш суттєвих слабких і дев'ять сильних сторін внутрішнього середовища. Проведено PEST-аналіз з метою визначення ступеня готовності сфери охорони здоров'я до реагування на прогнозований вплив чинників зовнішнього середовища опосередкованої дії. Розрахований результат свідчить про середній рівень зазначеної готовності.

5. З'ясовано, що стратегія функціонування соціально-економічної

системи може бути обрана як за сприятливих, так і за несприятливих для неї зовнішніх і внутрішніх умов. У якості основних стратегій розвитку зазначено стратегії реструктуризації, відновлення і реінжинірингу. Узагальнено, що станом на 2023 рік серед фундаментальних і специфічних ризиків стратегічного економічного розвитку сфери охорони здоров'я найбільшу загрозу становили соціально-політичні, кадрові і виробничо-фінансові ризики, при цьому ризики перших двох груп мають тенденцію до зростання протягом найближчих двох років. Найбільш затребуваними заходами з мінімізації ризиків стратегічного економічного розвитку сфери охорони здоров'я визнано пошук і розвиток додаткових джерел фінансування функціонування галузі.

6. Узагальнено певні тенденції розвитку сектору охорони здоров'я, що сформувалися під впливом пандемії COVID-19, а саме: зростання витрат під впливом інфляції та проблем з ланцюгом постачання, збільшення обсягу інвестування наукових досліджень, зростання попиту на медичну допомогу поза лікарнями, посилення нерівності у доступі до медичних послуг, нестача і виснаження медичних працівників, погіршення психічного здоров'я, підвищення ролі довірливих особистісних стосунків між пацієнтом і лікарем, зростання попиту на доступне та безпечне лікування, а також на дистанційний моніторинг та взаємодію між установами охорони здоров'я, збільшення масштабів застосування мобільних додатків та інформаційних технологій.

7. Найбільш суттєві глобалізаційні тенденції світового ринку медичних послуг об'єднано у чотири групи: політичні (функціонування міжнародних організацій, діяльність міждержавних неурядових організацій і благодійних фондів, вихід процедур захисту прав інтелектуальної власності на глобальний рівень), економічні (лібералізація торгівлі медичними послугами, монополізація світового фармацевтичного ринку з боку ТНК, утворення медичних кластерів), технологічні (інтенсифікація інформаційного обміну, використання міжнародних стандартів надання медичної допомоги, розвиток сучасних методів лікування, медичних технологій та обладнання) і соціальні (міжнародна міграція медичних фахівців, інтернаціоналізація медичної освіти,

поширення глобальних епідемій). Аналіз впливу зазначених тенденцій на розвиток світового ринку медичних послуг дозволив виявити переважання позитивних наслідків над негативними, що спростовує твердження про завершення епохи глобалізації на тлі проблем, які виникли у зв'язку з пандемією COVID-19.

8. Виокремлено такі напрями міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я: членство у міжнародних організаціях, співпраця фахівців щодо протидії глобальним загрозам здоров'ю на неурядовому рівні, міжнародні економічні відносини, міжнародна науково-дослідна і освітня діяльність, міжнародна технічна допомога, міжнародний обмін досвідом державного управління сферою охорони здоров'я. Визначено, що певні проблеми міжнародного співробітництва України у сфері охорони здоров'я пов'язані з недостатньою активністю Уряду і МОЗ стосовно запровадження міжнародного співробітництва на урядовому рівні; низькою інвестиційною привабливістю медичних закладів України; негативною динамікою показника цитування наукових публікацій українських дослідників попри збільшення кількості публікацій і зростання обсягів фінансування досліджень і науково-технічних розробок. Серед позитивних результатів міжнародної співпраці зазначено: наявність значної кількості міжнародних Інтернет-платформ; суттєві обсяги реалізації проектів міжнародної технічної допомоги; започаткування ініціативи «Міжнародне медичне партнерство» з метою підсилення технічного, експертного, наукового і управлінського потенціалу конкретних медичних закладів.

9. Аналіз звітів НСЗУ показав, що результати реалізації реформи сфери охорони здоров'я є виключно позитивними. За оцінками експертів ВООЗ протягом 2020-2021 років реформа мала як позитивні, так і негативні результати. Переважання позитивних результатів спостерігалось у напрямку «Кількість і типи надавачів ПМД та охоплення пацієнтів», але за напрямками «Наявність, обов'язки та навички кадрових ресурсів», «Маршрути і процеси направлення пацієнтів», «Фізична інфраструктура», «Цифрові технології у

сфері охорони здоров'я», «Системи підвищення якості медичної допомоги», «Системи закупівель і оплати» не вирішених проблем було виявлено більше, ніж досягнень. Представники наукових кіл до недоліків реформування сфери охорони здоров'я відносять: недосконалу організацію та недостатнє фінансування, обмеженість суб'єктно-правових відносин, прогалини у функціонуванні ЕСОЗ, неефективне управління людськими ресурсами та суперечливе законодавство. Опитування пацієнтів у 2020 і 2023 роках показали, що відчутних змін у рівні якості надання медичних послуг не відбулося, рівень підтримки медичної реформи з боку населення країни є недостатнім і майже 40% опитаних вважають реформу не успішною.

10. Аналіз змісту стратегічних планів розвитку системи охорони здоров'я показав, що документи передбачають реалізацію різноспрямованих заходів, які не відповідають завданням і заходам реформування галузі. Визначено, що цільові показники розвитку досягнуті не були, а відповідні звіти містять інформацію про досягнення, які не планувались, і не містять інформації, що підтверджує досягнення стратегічних індикаторів реалізації стратегій. Аналіз Середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року (стратегічної програми) та звітів Уряду за цей період засвідчив, що інформація, наведена у звітах, не відповідає інформації планового документу у розрізі встановлених цільових показників; з п'яти пріоритетних напрямів формування і реалізації ефективної політики у сфері охорони здоров'я, зазначених у плані, позитивні результати були досягнуті лише за одним напрямом – підвищення рівня доступності лікарських засобів.

11. Вивчення змісту стратегічних і оперативних цілей «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року», а також завдань у межах кожної оперативної цілі дозволило визначити такі її недоліки: визначені в документі індикатори реалізації Стратегії є майже незмінними протягом декількох останніх років і вказуються у багатьох документах стратегічного і оперативного планування розвитку галузі; існування суттєвої розбіжності між баченням ключових пріоритетів розвитку галузі Комітетом ВРУ з питань

здоров'я нації, медичної допомоги і медичного страхування та визначеними в Стратегії основними цілями розвитку; зі 141 оперативного завдання лише 58% (82 завдання) є доцільними, 9% (13) завдань є суперечливими і 33% (46) завдань дублюють зміст інших або мають популістичний характер; завдання, що передбачають підвищення рівня цифровізації системи охорони здоров'я, зазначені в межах майже кожної оперативної цілі, що заважає цілісному і системному розумінню основних перспектив застосування інформаційних технологій при наданні медичних послуг і управлінні даними системи; недостатня ступінь опрацювання питань, що стосуються фінансування реалізації оперативних заходів; відсутність аналізу ризиків реалізації Стратегії та заходів з їх мінімізації.

12. На основі аналізу результатів розвитку електронної охорони здоров'я в Україні протягом 2020-2023 років визначено, що 50% завдань «Концепції розвитку електронної охорони здоров'я», затвердженої у 2020 році, не виконано, 36% завдань виконано частково і лише 24% завдань виконані в достатньому обсязі. Одним з найбільш пріоритетних напрямів розвитку системи е-здоров'я є телемедицина, але її запровадження станом на 2023 рік в Україні можна вважати незадовільним з причин зарегульованої і застарілої нормативної бази телемедицини, не регламентованості ролей і обов'язків медичних працівників, відсутності чітких алгоритмів застосування телемедицини, фрагментарного фінансування, відсутності у медичних працівників знань і навичок роботи з телемедичними пристроями, незадовільного інтернет-з'єднання та слабого сигналу мобільної мережі у сільській місцевості, відсутності інтегрованості між телемедичним обладнанням та медичною інформаційною системою медичного закладу, неповного запровадження стандартів обміну даними. Серед основних проблемам розбудови телемедицини в Україні зазначено: визначення якості єдиного джерела фінансування коштів технічної допомоги міжнародних установ, організацій та іноземних країн, відсутність заходів з мінімізації можливих зовнішніх і внутрішніх ризиків реалізації стратегії, а

також суперечливе твердження щодо участі у реалізації завдань основних зацікавлених сторін.

13. Запропоновано концептуальний підхід до розроблення стратегії довгострокового розвитку сфери охорони здоров'я, який передбачає врахування впливу низки чинників, серед яких: світові тенденції розвитку системи охорони здоров'я; характеристики зовнішнього і внутрішнього середовища галузі (чисельна перевага зовнішніх загроз і слабких сторін); вплив зовнішніх і внутрішніх ризиків реалізації стратегії, серед яких найбільш вагомими є соціально-політичні, кадрові і виробничо-фінансові ризики; ключові цінності та керівні принципи (людиноцентричність, рівність та справедливість, спільне вироблення медичних послуг, біопсихосоціальний підхід, доказовість, формування ринку медичних послуг); стратегічні пріоритети розвитку сфери охорони здоров'я України (продовження процесів реформування галузі, євроінтеграційні прагнення, повоєнна відбудова). У межах кожного стратегічного пріоритету розроблено тактичні цілі та заходи з мінімізації соціально-політичних, кадрових і виробничо-фінансових ризиків реалізації стратегії.

14. Обґрунтовано, що сформовані умови для запровадження бюджетно-страхової моделі обов'язкового медичного страхування у національній економіці наразі відсутні. На основі програмного підходу обґрунтовано, що кінцеві терміни запровадження моделі медичного страхування на основі бюджетного фінансування і добровільного медичного страхування на даний час передбачити не можливо, оскільки основним підґрунтям ефективного функціонування зазначеної моделі є забезпечення зростання ВВП, яке, у свою чергу, доволі складно прогнозувати в умовах післявоєнної відбудови національної економіки з огляду на наявність чисельних чинників впливу і ризику. Тому у короткостроковій перспективі найбільш досяжними механізмами удосконалення фінансування сфери охорони здоров'я можуть бути: збільшення ставок оподаткування продуктів і товарів, що шкодять здоров'ю і спрямування отриманих коштів на потреби медицини; залучення

міжнародної допомоги; оптимізація витрат медичних закладів і підвищення ефективності управління фінансами; оптимізація кількості і якості медичних закладів у результаті створення госпітальних округів; приватизація закладів, що не ввійшли до складу лікарняних мереж; масштабне запровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адамик В., Щербяк Х. Обмін досвідом у сфері медичних послуг як форма міжнародної співпраці України і Польщі. *Вісник економіки*. 2021. Вип. 3. С. 53-65. DOI: <https://doi.org/10.35774/visnyk2021.03.053>. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/44305/1/%D0%90%D0%B4%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BA.PDF> (дата звернення 03.10.2023).
2. Алексєєв О. Г., Аніщенко М. А. Благодійні організації як суб'єкти правовідносин у сфері охорони здоров'я, що сприяють реалізації прав громадян на медичну допомогу. *Проблеми захисту суб'єктів правовідносин у сфері охорони здоров'я в контексті медичної реформи : збірник матеріалів науково-практичного круглого столу (м. Запоріжжя, 25 травня 2018 року) / За заг. ред. Ю.М. Колесника*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. С. 47-49.
3. Алшарф І.А.М. Формування механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ: дис. ... канд. економ. наук. Спеціальність 08.00.04 – Економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності). Одеса, 2020. 239 с. URL: <https://mydisser.com/ua/catalog/view/45/769/531939.html> (дата звернення 16.03.2023).
4. Аналіз джерел та інструментів залучення фінансових ресурсів для фінансування Цілей сталого розвитку в Україні. Київ, 2022. 83 с. URL: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-11/Аналіз%20джерел%20та%20інструментів%20залучення%20фінансових%20ресурсів%20для%20фінансування%20ЦСР.pdf> (дата звернення 14.12.2023).
5. Аналіз нормативно-правових актів у галузі охорони здоров'я. Відповідно до положень політичної декларації із загального охоплення послугами охорони здоров'я. Резюме. Київ, 2020. 21 с. URL: https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/UA_Analiz-normativno-pravovih-aktiv__Rezyume__final.pdf (дата звернення 02.06.2023).
6. Аналіз поточної політики розвитку електронної системи охорони

здоров'я в Україні / За консультаційної підтримки ГО «Поліський фонд міжнародних та регіональних досліджень» в особі М. Корявця. 2022. 99 с. URL: https://amer.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/Research_e-Health_UKR_FINAL_2022.pdf (дата звернення 20.12.2023).

7. Андрущук Г. Цифрова трансформація в охороні здоров'я: аналіз технологічних трендів. *Юридична газета online*. 30 червня 2023. URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/informaciye-pravo-telekomunikaciyi/cifrova-transformaciya-v-ohoroni-zdorovya-analiz-tehnologichnih-trendiv.html> (дата звернення 16.12.2023).

8. Артющок В. С. Методи та моделі стратегічного аналізу у системі бізнес-планування. *Економіка та суспільство*. 2022. Випуск 44. С. 44-61. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-44-61>. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1851> (дата звернення 26.05.2023).

9. Бадіков Т. Комп'ютеризація лікарень. Вимушений крок чи нові можливості? 4 травня 2020. URL: <https://blogs.pravda.com.ua/authors/badikov/5eaffa47eabf9/> (дата звернення 06.06.2023).

10. Баженков Є. В. Концептуальне забезпечення стратегічного планування у освітній галузі *Актуальні проблеми економіки. Публічне управління та адміністрування*. 2022. № 6-7 (252-253). С. 90-99. DOI: 10.32752/1993-6788-2022-1-252-253-90-99. URL https://eco-science.net/wp-content/uploads/2022/07/06-07.22._topic_Bazhenkov-I.V.-90-99.pdf: (дата звернення 24.04.2024).

11. Баланович А. М. Теоретико-методичні засади формування стратегій розвитку підприємства. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Економічні науки*. 2014. Випуск 8. Частина 2. С. 77-81. URL: http://www.ej.kherson.ua/journal/economic_08/70.pdf (дата звернення 27.06.2023).

12. Баранник Л. Б., Сальникова Т.В. Медичне страхування у реформуванні системи охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*.

Фінанси, банківська справа та страхування. 2022. Випуск 46. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-46-47>. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2072/2000> (дата звернення 04.02.2024).

13. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134-140. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.2.134. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf (дата звернення 10.11.2023).

14. Бачення України: реформування та відновлення соціально-гуманітарної сфери в перспективі 2030 року. Розділ V. Система охорони здоров'я в Україні / Т. Юрочко, О. Баблик, Т. Бадіков, В. Скибчик, Д. Купира, В. Курпіта, Ю. Микитюк. Київ, 2023. 368 с. URL: <https://docs.google.com/document/d/1VeqQarjD2NbYzJr6rd5G4k5jGkrNSeWC/edit> (дата звернення 20.12.2023).

15. Берданова О., Вакуленко В. Стратегічне планування місцевого розвитку: практичний посібник. Київ: ТОВ «Софія-А», 2012. 88 с. URL: http://despro.org.ua/media/articles/04_book_berdanova_vakulenko_ctrateg_chne_planuvann.pdf (дата звернення 25.04.2024).

16. Берданова О., Вакуленко В., Тертичка В. Стратегічне планування: навчальний посібник. Львів: ЗУКЦ, 2008. 138 с. URL: https://ipas.org.ua/old/doc/pr/pauci/sp_student.pdf (дата звернення 14.05.2023).

17. Бленда Н. О., Коротєєв М. А., Соковніна Д. М., Соколюк С. Ю., Жарун О. В. Стратегічний аналіз зовнішнього середовища – основа визначення стратегічного напрямку розвитку підприємницьких структур. *Збірник наукових праць Уманського НУС*. 2021. Вип. 99. Ч. 2. С. 124-131. URL: <https://journal.udau.edu.ua/assets/files/99/99.2/12.pdf> (дата звернення 26.05.2023).

18. Богдан Т. Війна і державні фінанси: скільки потрібно грошей на відновлення і де їх брати. *Економічна правда*. 2022. 3 листопада. URL: <https://www.epravda.com.ua/columns/2022/11/3/693382/> (дата звернення 04.02.2024).

16.07.2023).

19. Бондарчук В. ВВП – показник «середнього по палаті». Що може прийти йому на зміну. *Економічна політика*. URL: <https://voxukraine.org/economic-growth-ua> (дата звернення 13.07.2023).

20. Борисюк О. В. Розвиток медичного страхування в Україні із використанням зарубіжного досвіду. *Регіональна економіка та управління*. 2020. № 1(27). С. 45-50. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/326327494.pdf> (дата звернення 25.02.2024).

21. Боротьба за людей: Україна програла битву, але має виграти війну. Наслідки міграційної кризи для економіки України та шляхи їх подолання. *Український інститут майбутнього*. 2022. 05 жовт. URL: <https://uifuture.org/publications/borotba-za-lyudej-ukrayina-prograla-bytvu-ale-maye-vygraty-vijnu/> (дата звернення 04.09.2023).

22. Борщ В. І. Сучасна парадигма державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я. С. 51-76. DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-022-3-4>. URL: <http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/download/90/2273/4905-1?inline=1> (дата звернення 27.04.2024).

23. Брага М., Пхіденко С., Масюк Л., Гусак Н., Лепьошкіна Т. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. Київ: Програма «U-LEAD з Європою», 2019. 76 с. URL: <https://healthcenter.od.ua/wp-content/uploads/2019/11/strategic.pdf> (дата звернення 09.06.2023).

24. Брінь П. В., Голтвянська Ю. В. Стратегія розвитку підприємства: сутність та класифікація. *Підприємництво та інновації*. 2021. Випуск 21. С.31-34. DOI: <https://doi.org/10.37320/2415-3583/21.5>. URL: <https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/5af192ec-92b0-43e2-9cee-b94cb2f07477/content> (дата звернення 27.06.2023).

25. Бурак О. М. Стратегія підприємства. Харків : ХНАМГ, 2012. 59 с.

26. Бурцева О. Є. Трансформація системи охорони здоров'я як складової

національної безпеки України. *Вісник економічної науки України*. 2020. № 2 (39). С. 123-127. DOI: [https://doi.org/10.37405/1729-7206.2020.2\(39\).123-127](https://doi.org/10.37405/1729-7206.2020.2(39).123-127) URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/178773/17-Burtseva.pdf?sequence=1> (дата звернення 26.05.2023).

27. В Україні розробляється лише третина родовищ корисних копалин. *Прем'єр*. 06.11.2020. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/3131049-v-ukraini-rozroblaetsa-lise-tretina-rodovis-korisnih-kopalin-premer.html> (дата звернення 09.03.2024).

28. Важливо! Платформа «Міжнародний конгрес з інфузійної терапії» внесена до реєстру провайдерів БПР України. 15-07-2022. URL: <https://infusiontherapy.org/news/vazhlivo-platforma-mizhnarodniy-kongres-z-infuziynoi-terapii-vnesena-do-reestru-provayderiv-bpr-ukraini--p708> (дата звернення 28.10.2023).

29. Василенко В. О., Ткаченко Т. І. Стратегічне управління: навчальний посібник. Київ: ЦУЛ, 2003. 396 с.

30. Васюк Н. О., Кузюк М. Г. Запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health) як важливий напрям трансформації медичної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2022. № 1. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/1_2022/39.pdf (дата звернення 21.12.2023).

31. ВВП, інфляція та реальні зарплати: МВФ дав прогноз щодо економіки України до 2027 року. URL: <https://tsn.ua/groshi/vvp-inflyaciya-ta-realni-zarplati-mvf-dav-prognoz-schodo-ekonomiki-ukrayini-do-2027-roku-2298391.html> (дата звернення 13.07.2023).

32. Вежновець Т. Інтернатура, вторинна спеціалізація й атестація по-новому: до чого готуватися «першопрохідцям». 21/09/2021. URL: <https://www.vz.kiev.ua/internatura-vtorynna-spetsializatsiya-j-atstatsiya-povomu-do-chogo-gotuvatysya-pershoprohidtsyam/> (дата звернення 14.12.2023).

33. Видатки на охорону здоров'я у 2021 р.: коли очікування розбиваються об жорстоку реальність. *Аптека*. № 1 (1272). 11 Січня 2021. URL: <https://www.apteka.ua/article/579552#:~:text=Передбачені%20>

Держбюджетом%20на%202021%20р,123%2С8%20млрд%20грн) (дата звернення 04.02.2024).

34. Висновок комітету з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів на проект Закону України «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні». URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/pubFile/279386> (дата звернення 10.02.2024).

35. Висновок на проект Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» (реєстр. № 9163 від 04.10.2018 р.). URL: https://ips.ligazakon.net/document/xh72j00a?an=3&ed=2019_03_04 (дата звернення 10.02.2024).

36. Вівсяник О.М. Міжнародні організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід. Державне управління*. 2020. № 15—16. С. 162-167. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.15—16.162. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/15-16_2020/29.pdf (дата звернення 04.11.2023).

37. Відбудова України: принципи та політика. Паризький звіт 1 / За ред. Ю. Городніченка, І. Сологуб, Б. Ведер ді Мауро. Paris: CEPR PRESS, 2022. 508 с. URL: https://cepr.org/system/files/2022-12/reconstruction%20book_Ukrainian_0.pdf (дата звернення 04.01.2024).

38. Віктор Ляшко: Невдовзі очікуємо нову хвилю міжнародних медичних партнерств. 12 жовтня 2023. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/viktor-ljashko-nevdovzi-ochikuemo-novu-hvilju-mizhnarodnih-medichnih-partnerstv> (дата звернення 04.11.2023).

39. Віл-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 52. КІІВ, 2021. 109 с. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_52_2021.pdf (дата звернення 26.11.2023).

40. Власюк В. Як не повторити помилок минулого і збудувати технологічну, конкурентоздатну економіку. 17 травня 2022. URL: <https://www.epravda.com.ua/columns/2022/05/17/687120/> (дата звернення 09.03.2024).

41. Войтко С. В., Корольова С. Г. Економічний огляд ситуації на світовому ринку фармацевтичної продукції під впливом карантинних обмежень COVID-19. *Ефективна економіка*. 2021. № 17. http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/11_2021/17.pdf URL: (дата звернення 19.08.2023).

42. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Scientific Journal of the Ministry of Health of Ukraine*. 2014. №1 (5). С. 39-46. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=njmoz_2014_1_8 (дата звернення 19.04.2024).

43. Всесвітня організація інтелектуальної власності (BOIB). Постійне представництво України у Женеві. 16 жовтня 2012 року. URL: <https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2610-wipo> (дата звернення 19.08.2023).

44. Гавриченко Д. Г. Трансформація пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану. *Наукові перспективи*. 2022. № 5(23). С. 48-60. URL: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/12751/Havrychenko.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 10.12.2023).

45. Гавриченко Д. Г., Козирєва О. В., Попова Т. О., Сергієнко Л. В. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформацій. *Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії і практики*. 2022. № 1 (42). С. 125-133. URL: <https://fkd.net.ua/index.php/fkd/article/view/3674/3467> (дата звернення 04.02.2024).

46. Галай В.О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство» Розділ VII. Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право*. 2022. № 6. С. 189-194. DOI <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.06.34>. URL: <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/273738/269079> (дата звернення 19.04.2024).

47. Галушка З.І., Лусте О.О., Грунтковський В.Ю. Стратегічний SWOT-аналіз внутрішнього та зовнішнього середовища організації: методичні рекомендації. Чернівці: Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, 2021. 49 с.

48. Гапонова Е. О. Світова торгівля медичними послугами в умовах конкурентного середовища та глобальних трансформацій. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм»*. 2018. Випуск 7. С. 21-25.

49. Гапонова Е. О. Сучасні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг: дис. ... канд. економ. наук. Спеціальність 08.00.02 – «Світове господарство і міжнародні економічні відносини» (Економічні науки). Харків: Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2019. 249 с. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/23939/3/гапонова%20дисс.pdf> (дата звернення 27.07.2023).

50. Глушков В.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения. Київ: Вища школа, 1987. 200 с.

51. Гончаров С. М., Кушнір Н. Б. Тлумачний словник економіста / за ред. проф. С. М. Гончарова. Київ: Центр учбової літератури, 2009. 264 с. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Honcharov_Stanislaw/Tlumachnyi_slovnyk_ekonomista.pdf (дата звернення 16.03.2023).

52. Горбань Ю. Медична освіта: яких змін очікувати найближчим часом. Аналітика. 28.08.2019. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2768549-medicna-osvita-akih-zmin-ocikuvati-najblizcim-casom.html> (дата звернення 14.12.2023).

53. Горбулін В. П., Качинський А. Б. Стратегічне планування: вирішення проблем національної безпеки: монографія. Київ: НІСД, 2010. 288 с. URL: https://niss.gov.ua/sites/default/files/2011-07/Gorbulin_Kachynsky-e2dd0.pdf (дата звернення 14.05.2023).

54. Горєлов Д.О., Большенко С.Ф. Стратегія підприємства: навч. посіб. Харків: ХНАДУ, 2010. 133 с. URL: <https://buklib.net/books/36596/> (дата

звернення 26.05.2023).

55. Грант «Проведення навчальних тренінгових заходів для органів місцевого самоврядування та управлінських команд закладів охорони здоров'я з фокусом на відбудову та відновлення». 02.11.2023. URL: <https://www.prostir.ua/?grants=hrant-provedennya-navchalnyh-treninhovyh-zahodiv-dlya-orhaniv-mistsevoho-samovryaduvannya-ta-upravlinskyh-komand-zakladiv-ohorony-zdorovya-z-fokusom-na-vidbudovu-ta-vidnovlennya> (дата звернення 02.11.2023).

56. Грантова Програма «Відновлення доступу населення до медичної допомоги» (RPC). 16.08.2023. URL: <https://www.prostir.ua/?grants=hrantova-prohrama-vidnovlennya-dostupu-naselennya-do-medychnoji-dopomohy-rpc> (дата звернення 02.11.2023).

57. Гринчишин І. Ідентифікація ризиків у сфері охорони здоров'я та їхній вплив на функціонування територіальних громад в умовах реалізації сучасних реформ. *Економічний аналіз*. 2020. Том 30. № 3. С. 7-15. URL: (дата звернення 13.07.2023).

58. Гудзь О.І. Стратегія розвитку підприємства: сутність та класифікація. *Економічний журнал Мукачівського державного університету*. 2018. № 18. С. 346-352. URL: https://economyandsociety.in.ua/journals/18_ukr/48.pdf (дата звернення 27.06.2023).

59. Дайджест змін у системі охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/dajdzhest-zmin-u-sistemi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja> (дата звернення 10.11.2023).

60. Дерезюк А. В., Яремина І. В., Головчанська-Пушкар С.Є., Байдюк І.А. Покращення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я з використанням SWOT-аналізу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27. № 1. С. 160-165. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(1)-28.

61. Державне підприємство «Державний експертний центр» Міністерства охорони здоров'я України (2023). URL:

<https://www.dec.gov.ua/ua/departmentomt/> (дата звернення 14.12.2023).

62. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. М.М. Білинської, Я.Ф. Радиша. К.: НАДУ, 2013. 424 с

63. Деркач Н. Чи стане коронавірус кінцем глобалізації? Аналітичний центр ADASTRA. 27 Apr. 2020. URL: <https://adastra.org.ua/blog/chi-stane-koronavirus-kincem-globalizaciyi> (дата звернення 09.09.2023).

64. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: Наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text> (дата звернення 03.06.2023).

65. Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення: Постанова КМУ від 25.03.2009 р. № 333. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2009-%D0%BF#Text> (дата звернення 07.06.2023).

66. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018п#Text> (дата звернення 20.12.2023).

67. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення 08.06.2023).

68. Деякі питання функціонування Національного реєстру донорів крові та компонентів крові, а також осіб, яким заборонено виконувати донорську функцію, в електронній системі охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 24.11.2021 № 1229. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1229-2021-п#Text> (дата звернення 26.11.2023).

69. Дзюрах Ю.М., Амізьян А.А. Ризики впровадження реформ у сфері охорони здоров'я в Україні. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. №

5. С. 40-48. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/nauka/article/view/4591/4615> (дата звернення 16.07.2023).

70. Діденко К.Д., Жученко В.Г. Медичний туризм в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Економічні науки*. 2016. Вип.16(4). С.101-105. URL: https://tourlib.net/statti_ukr/didenko3.htm (дата звернення 01.11.2023).

71. Дмитро Лур'є Що заважає повноцінній диджиталізації фармацевтичної галузі України в 2022 році. 2022. URL: <https://eba.com.ua/shho-zavazhaye-povnotsinnij-dydzhytalizatsiyi-farmatsevychnoyi-galuzi-ukrayiny-v-2022-rotsi/> (дата звернення 23.12.2023).

72. Довбня С. Б., Папуша І. В. Еволюція стратегічного управління та особливості його сучасного етапу. *Економіка та суспільство. Підприємництво, торгівля та біржова діяльність*. 2022. Випуск № 40. С. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1499/1445> (дата звернення 20.04.2024).

73. Документи ВООЗ. URL: <http://www.who.int/ru/index.html> (дата звернення: 28.02.2024).

74. Дорожня карта впровадження медичного страхування: затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.08.2023 № 1530. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1530282-23#n10> (дата звернення 25.02.2024).

75. Доронцева Є. Між радянським минулим та європейською інтеграцією: огляд співпраці України з міжнародними організаціями та спільнотами держав. 19 Жовтня 2022. URL: <https://voxukraine.org/mizh-radyanskym-mynulym-ta-yevropejskoyu-integratsiyeyu-oglyad-spivpratsi-ukrayiny-z-mizhnarodnymy-organizatsiyamy-ta-spilnotamy-derzhav> (дата звернення 03.10.2023).

76. Дрешпак В. М. Комунікації в публічному управлінні : навч. посіб. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2015. 168 с. URL: <http://biblio.umsf.dp.ua/jspui/bitstream/123456789/3136/1/Комуніації%20в%20п>

ублічному%20управлінні.pdf (дата звернення 30.04.2024).

77. Дьомін Р.В. впровадження електронної системи охорони здоров'я в Україні: шляхи удосконалення організаційного та адміністративно-правового забезпечення на основі зарубіжного досвіду. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2023. № 1. С. 274-277. URL: http://lsej.org.ua/1_2023/65.pdf (дата звернення 23.12.2023).

78. Дячук Д.Д., Ліщишина О.М., Зюков О.Л., Гандзюк В.А. Індикатори якості в системах охорони здоров'я: в фокусі національних ресурсів результати, процеси та продуктивність. *Клінічна та профілактична медицина*. 2022. № 1(19). С. 90-101. URL: <https://cp-medical.com/index.php/journal/article/view/199> (дата звернення 09.06.2023).

79. Економічна діагностика: підруч. / В.Л. Дикань, І.В. Токмакова, В.О. Овчиннікова, М.В. Корінь, А.В. Толстова. Харків: УкрДУЗТ, 2022. 284 с. URL: <http://lib.kart.edu.ua/bitstream/123456789/8612/1/Підручник.pdf> (дата звернення 14.05.2023).

80. Європейська програма роботи, 2020-2025: Спільні дії для міцнішого здоров'я. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021. 64 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 18.04.2024).

81. Європейські стратегії для місцевих громад України та Молдови: досвід країн Вишеградської четвірки: методичний посібник / Р. Шарлея, А.В. Кавунець, О.М. Безпалько, М. Москалу, А.І. Ланова. Київ: ГО «Єврорегіон «Дністер», 2018. 76 с. URL: <https://regional.rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/03/Vinnytsia-Metodychnyy-posibnyk-rozrobky-stratehiy-rozvytku-hromad.pdf> (дата звернення 23.04.2024).

82. Євросоюз виділяє Україні понад 4,6 млн євро на проекти у сфері охорони здоров'я в рамках програми «EU4Health». 13 липня 2023. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/yevrosoiuz-vydiliaie-ukraini-ponad-46-mln-ievropa-proekty-u-sferi-okhorony-zdorovia-v-ramkakh-prohramy-eu4health> (дата звернення 02.11.2023).

83. Єдиний державний реєстр Міжнародних організацій, членом яких є Україна. 17 лютого 2022 року. URL: <https://mfa.gov.ua/mizhnarodni-vidnosini/uchast-u-mizhnarodnih-organizaciyah> (дата звернення 03.10.2023).

84. Желюк Т., Мацик В. Медичний туризм, нові напрями та можливості: макроекономічні та регіональні аспекти. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2021. Вип. 26. С. 17-27. DOI 10.35774/rarrpsu2021.26.017. URL: <http://rarrpsu.wunu.edu.ua/index.php/rarrpsu/article/view/410/404> (дата звернення 04.11.2023).

85. Жукевич С., Карпишин Н., Шегера О. Аналіз фінансової стійкості закладів охорони здоров'я в умовах сталого розвитку. *Світ фінансів. Фінанси суб'єктів господарювання*. 2022. № 3(72). С. 111-126. URL: <http://sf.wunu.edu.ua/index.php/sf/article/view/1538/1546> (дата звернення 04.06.2023).

86. Журавка О. С., Босак І. Л., Кубах Т. Г., Мордань Є. Ю. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Вісник СумДУ. Серія «Економіка»*. 2022. № 2. С. 50-58. URL: https://visnyk.fem.sumdu.edu.ua/issues/2_2022/5.pdf (дата звернення 10.02.2024).

87. Завадський Й. С. Осовська Т. В., Юшкевич О. О. Економічний словник. Київ: Кондор, 2006. 355 с. URL: https://dut.edu.ua/uploads/1_592_12396286.pdf (дата звернення 20.04.2024).

88. Звіт Національної служби здоров'я України 2020. Київ: НСЗУ, 2021. 212 с. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti> (дата звернення 12.11.2023).

89. Звіт Національної служби здоров'я України 2022. Київ: НСЗУ, 2023. 233 с. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti> (дата звернення 12.11.2023).

90. Звіт про етап розвитку оцінки медичних технологій в Україні. Київ: Департамент ОМТ ДЕЦ МОЗ України, 2019. 31 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2020/05/zvit-pro-etap-rozvytku-omt_2019_21.12-ost.pdf (дата звернення 25.05.2023).

91. Звіт про результати моніторингу та оцінки результативності

реалізації державної регіональної політики у 2018 році. URL: <https://dostup.pravda.com.ua/request/49709/response/119588/attach/8/2018.docx> (дата звернення 22.11.2023).

92. Звіт України про досягнутий прогрес у досягненні цілей Політичної декларації прийнятої під час наради високого рівня Генеральної Асамблеї ООН з туберкульозу 26 вересня 2018 року. Звітний період: 2019-2020 рр. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor//документи/Національна%20рада%20з%20питань%20протидії%20туберкульозу%20та%20ВІЛ-СНІД/Матеріали%20засідань/2021/02/16/питання%205_проєкт_Національний%20звіт%20ТБ.pdf (дата звернення 26.11.2023).

93. Звіти НСЗУ. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti> (дата звернення 10.11.2023).

94. Зиновьев И.Ф., Черемисина С.Г. Методика экономических исследований: монография. Симферополь: Таврия, 2005. 176 с.

95. Зміни до Порядку ввезення на територію України незареєстрованих лікарських засобів, стандартних зразків, реагентів: Наказ МОЗ України від 24.08.2022 № 1525. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1270-22#Text> (дата звернення 19.05.2023).

96. Знай Свої Права. Інформаційна кампанія. URL: <https://promo.bank.gov.ua/know-your-rights/#section-22> (дата звернення 27.02.2024).

97. Іванчов П. В. Пріоритетні напрями трансформації медичної системи України на ринкових засадах. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство*. 2020. Випуск 33. Частина 1. С. 136-140. URL: http://www.visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/33_1_2020ua/26.pdf (дата звернення 25.05.2023).

98. Іванчов П. В. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні: інституційний аспект. *Актуальні проблеми економіки. Публічне управління та адміністрування*. 2020. №6 (228). С. 133-145. URL: https://economicscience.net/wp-content/uploads/2021/08/6.20._topic_Ivanchov-P.V.133-145.pdf

(дата звернення 10.11.2023).

99. Іващенко О. А., Резнікова Н. В., Рубцова М. Ю. Сфера охорони здоров'я в фокусі міжнародної торгівлі і глобальних проблем розвитку: режими надання послуг в сучасних міжнародних економічних відносинах. *Ефективна економіка*. 2019. № 1. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2019/61.pdf (дата звернення 26.08.2023).

100. Інфляція та ВВП у 2023 році: прогнози експертів. URL: <https://kosht.media/infliatsiia-ta-vvp-u-2023-rotsi-prohnozy-ekspertiv/> (дата звернення 13.07.2023).

101. Іншаков О. В., Фролов Д. П. Інституція – ключ до розуміння економічних інститутів. *Економічна теорія*. 2011. № 1. С. 52-62. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/28447/04-Inshakov.pdf?sequence=1> (дата звернення 20.04.2024).

102. Іринчина І. Б. Напрями якісного глобального розвитку ринку послуг з охорони здоров'я. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2020. С. 107-112. URL: <http://www.vestnik-econom.mgu.od.ua/journal/2020/42-2020/21.pdf> (дата звернення 27.07.2023).

103. ІТ в медицині: світова практика. 2020. URL: <https://emci.ua/statti/it-v-medytsyni-svitova-praktyka/> (дата звернення 10.09.2023).

104. Іщук С. І. Правові проблеми взаємодії влади та громадянського суспільства в Україні. *Часопис Національного університету «Острозька академія»*. Серія «Право». 2011. № 1(3) С. 2-16. URL: <https://lj.oa.edu.ua/articles/2011/n1/11isisvu.pdf> (дата звернення 29.04.2024).

105. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. URL: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf> (дата звернення 06.05.2024).

106. Калініченко З.Д. Ризик-менеджмент: навчальний посібник для здобувачів спец. 051 «Економіка» та 073 «Менеджмент». Дніпро: ДДУВС,

2021. 224 с. URL: <https://er.dduvs.in.ua/bitstream/123456789/5854/1/1%20Калініченко%203%20РИЗИК-МЕНЕДЖМЕНТ%20Навч%20посіб.pdf> (дата звернення 16.07.2023).

107. Камишнікова Е. Сутність та структура організаційного забезпечення стратегічного управління корпоративною соціальною відповідальністю. *Проблеми і перспективи економіки та управління. Теоретичні проблеми розвитку національної економіки*. 2019. № 4 (20). С. 61-71. URL: https://www.researchgate.net/publication/345961099_SUTNIST_TA_STRUKTURA_ORGANIZACIYNOGO_ZABEZPECENNA_STRATEGICNOGO_UPRAVLINNA_KORPORATIVNOU_SOCIALNOU_VIDPOVIDALNISTU (дата звернення 26.04.2024).

108. Капітальні інвестиції за видами економічної діяльності у січні-вересні 2020 року. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 21.05.2023).

109. Капітальні інвестиції. Державна служба статистики України. URL: https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2021/ibd/kin/kin_r/arh_kin_r_20u.htm (дата звернення 28.10.2023).

110. Кириленко О. Довгий з Радущим пропонують українцям доплачувати за медицину. Що з цього може вийти? *Українська правда*. 15 вересня 2021. URL: <https://www.pravda.com.ua/articles/2021/09/15/7307161/#:~:text=Співоплата%20–%20це%20платіж%2C%20який%20покриває,поверх%20тарифу%2C%20який%20оплачує%20держава.> (дата звернення 11.12.2023).

111. Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань (incidence) за класами хвороб населення України за 2018-2020 рр. URL: https://dostup.pravda.com.ua/request/kilkist_upiershie_zarieiestrovan (дата звернення 26.11.2023).

112. Кіпа М. О. Сутність та напрями реструктуризації підприємства. *Економіка та держава*. 2017. № 6. С. 64-71. URL: http://www.economy.in.ua/pdf/6_2017/14.pdf (дата звернення 01.07.2023).

113. Кластер. Словник української мови. URL: <https://slovnyk.ua/index.php?sword=%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80> (дата звернення 01.09.2023).
114. Клименко С. Є., Лашкул З. В., Мотовиця Н. Я., Ярова Л. Д. Сучасний стан реалізації договорів державно-приватного партнерства та державних інвестиційних проєктів у сфері охорони здоров'я. *Економіка та держава. Економічна наука*. 2022. № 2. С. 68-74. URL: http://www.economy.in.ua/pdf/2_2022/13.pdf (дата звернення 10.03.2024).
115. Кобилецький В. Р. Коефіцієнт абсолютної ліквідності. Онлайн-журнал «Financial Analysis online». URL: <https://analizua.com/slovnik-ekonomichnikh-terminiv/250-koefitsient-absolyutnoji-likvidnosti> (дата перегляду: 04.06.2023).
116. Ковтонюк П., Корчак Т. Крізь війну: що відбулося з охороною здоров'я у 2022 році. 3 квітня 2023. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2023/04/3/253632/> (дата звернення 14.11.2023).
117. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. *Економічний вісник Національного технічного університету України "Київський політехнічний інститут"*. 2018. № 15. С. 18-27. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/evntukpi_2018_15_5 (дата звернення 16.07.2023).
118. Коляда Н. В., Король С. М., Король С. А. Методики формування здорового способу життя: конспект лекцій. Суми: Сумський державний університет, 2021. 183 с. URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/82508/3/Koliada_Metodyky.pdf.pdf (дата звернення 19.05.2023).
119. Комісаренко С. Телемедицина, або лікування на відстані: чи стане медична допомога кращою. 2023. URL: <https://napensii.ua/articles/252185-telemediczina-ili-lechenie-na-rasstoyanii-stanet-li-mediczinskaya-pomoshh-luchshe/> (дата звернення 29.12.2023).
120. Кононова І. В. Класифікація стратегій розвитку соціально-

економічних систем. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство*. 2017. Вип. 12. Част. 1. С.167-171. URL: http://www.visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/12_1_2017ua/39.pdf (дата звернення 27.06.2023).

121. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/conv#Text> (дата звернення 26.02.2024).

122. Консультаційний документ до проєкту Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/15%2C02%2C2022/03/Консультаційний%20документ%20до%20проєкту%20Стратегії%20розвитку%20систем и%20охорони%20здоров'я.pdf> (дата звернення 05.12.2023).

123. Коротков Д. Міжнародні неурядові організації: характер впливу на сучасні міжнародні відносини. *Міжнародні відносини, суспільні комунікації та регіональні студії*. 2022. № 3 (14). С. 18-30. URL: http://repository.hneu.edu.ua/bitstream/123456789/28604/1/1._%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F___korotkov.pdf (дата звернення 22.08.2023).

124. Кочеров М. «Нестабільні» гарантії прав приватних партнерів. 21 січня 2020. URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/derzhavnoprivatne-partnerstvo/nestabilni-garantiyi-prav-privatnih-partneriv.html> (дата звернення 14.12.2023).

125. Кравцов С. Співоплата за медичні послуги. Чи підходить така концепція Україні? *Юридична газета online*. 17 листопада 2021. № 22 (752). URL: <https://yur-gazeta.com/dumka-eksperta/spivoplata-za-medichni-poslugi-chi-pidhodit-taka-konserpciya-ukrayini.html> (дата звернення 11.12.2023).

126. Кривов'язюк І. В., Смерічевський С. Ф., Кулик Ю. М. Ризик-менеджмент логістичної системи машинобудівних підприємств: монографія. Київ: Видавничий дім «Кондор», 2018. 200 с. URL: <https://philpapers.org/archive/KRYHKL.pdf> (дата звернення 16.07.2023).

127. Кривошеєв Д. Стратегія охорони здоров'я 2030 дозволить громадянам отримувати якісні безкоштовні медпослуги по всій Україні. URL: <https://rpr.org.ua/news/strategiia-okhorony-zdorov-ia-2030-dozvolyt-hromadianam-otrymuvaty-iakisni-bezkoshtovni-medposluhy-po-vsiy-ukraini-kerivnytsia-dyrektoratu-moz/> (дата звернення 18.04.2024).

128. Криничко Л. Р., Мотайло О. В. Ефективність застосування цифрових технологій в інформаційно-комунікаційній системі державного управління в сфері охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2021. № 169. С. 78-83. URL: <http://srd.pgasa.dp.ua:8080/bitstream/123456789/7167/1/Krinichko.pdf> (дата звернення 21.12.2023).

129. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Том 9. № 2. С. 86-100. DOI: 10.15421/152122 (дата звернення 04.02.2024).

130. Крутова А. С., Лачкова Л. І., Лачкова В. М. Управління фінансовою санацією підприємства: навч. посібник. Харків: Видавець Іванченко І. С., 2017. 189 с. URL: https://dut.edu.ua/uploads/1_2080_40458301.pdf (дата звернення 02.07.2023).

131. Кубраков О. Презентовано оновлений звіт про потребу відновлення України. 24 березня 2023. URL: <https://mtu.gov.ua/news/34139.html> (дата звернення 28.02.2024).

132. Куйбіда В. Профанація або «Про Стратегію сталого розвитку Україна – 2020». 3 квітня 2015. URL: https://lb.ua/blog/vasyl_kuybida/300576_profanatsiya_abo_pro_strategiyu.html (дата звернення 22.11.2023).

133. Курносенко Л. В. Феномен довіри в умовах цифровізації охорони здоров'я. *Public Administration and Regional Development*. 2022. № 17. С. 746-761. URL: <https://dspace.chmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/756/1/Курносенко%20%20Л.%20В.%20%20Феномен%20довіри.pdf> (дата звернення 16.07.2023).

134. Кушнір М. Лікарі-мігранти. Куди їдуть працювати українські медики й скільки їм платитимуть у 2021 році? 16 грудня 2020. URL:

<https://www.radiosvoboda.org/a/robota-za-kordonov-medyky-likari/31003918.html> (дата звернення 05.09.2023).

135. Левченко Г. Повноцінно реформована мережа медустанов запрацює з 2024 року – керівник Проектного офісу з відновлення при МОЗ. 02.01.2023. URL: <https://interfax.com.ua/news/interview/882143.html> (дата звернення 08.06.2023).

136. Лепетюха Н. В., Артекова Т. О. Оцінка впливу факторів зовнішнього середовища на діяльність підприємства харчової промисловості. *Глобальні та національні проблеми економіки. Економіка та управління підприємствами*. 2016. Випуск 14. С. 413-417. URL: <http://global-national.in.ua/archive/14-2016/86.pdf> (дата звернення 08.05.2023).

137. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. *Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52). С. 5-11. URL: <https://repo.dma.dp.ua/4969/1/Лехан.pdf> (дата звернення 29.11.2023).

138. Лібанова Е.М. Зовнішні трудові міграції українців: масштаби, причини, наслідки. *Демографія та соціальна економіка*. 2018. № 2 (33). С. 10-26. URL: <https://dse.org.ua/arhcive/33/1.pdf> (дата звернення 05.09.2023).

139. Лікарні отримали такий бюджет, який не дає їм можливості розвиватися – заміністра охорони здоров'я Микичак. 22.07.2020. URL: <https://interfax.com.ua/news/interview/676298.html> (дата звернення 04.06.2023).

140. Лікування громадян України за кордоном коштом державного бюджету. CASE Україна. Київ: Міжнародний фонд «Відродження», 2020. 14 с. URL: https://case-ukraine.com.ua/content/uploads/2020/09/CASE_zvit_likuvannia5.pdf (дата звернення 26.11.2023).

141. Ліфінцев О.В. Адміністративно-правові засади контролю у сфері охорони здоров'я: автореф. ... канд. юр. наук. Спеціальність: 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. Дніпро: Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ, 2016. 22 с. URL: <http://dduvs.in.ua/wp-content/uploads/files/Structure/science/rada/auto/12/4.pdf>

(дата звернення 12.03.2023).

142. Лопушняк Г. С., Іваненко Є. О. Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації стратегії сталого розвитку «Україна-2020». 2017. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84323532.pdf> (дата звернення 10.11.2023).

143. Лопушняк Г.С., Іваненко Є.О. Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації стратегії сталого розвитку «Україна-2020». 2017. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84323532.pdf> (дата звернення 29.11.2023).

144. Лукашук Л. Реформа системи екстреної медичної допомоги: аналіз і поточні результати. 10 травня 2023. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/1937-sistema-ekstreno-medichno-dopomogi-v-ukran> (дата звернення 07.06.2023).

145. Ляшко: Ми маємо знайти ефективний механізм співоплати за медпослуги в післявоєнній Україні. 25.04.2023. URL: <https://interfax.com.ua/news/pharmacy/906116.html> (дата звернення 12.12.2023).

146. Макаренко В. Діджиталізація медицини. Які цифрові проєкти вже реалізовані, а які реалізують у 2024 році? 15.08.2023. URL: <https://mister-blister.com/didzhitalizacziya-mediczini-yaki-czifrovi-pro%D1%94kti-vzhe-realizovani-a-yaki-realizuyut-u-2024-rocz/> (дата звернення 26.12.2023).

147. Македон В.В. Методологія реструктуризації промислових підприємств: інноваційні підходи в умовах трансформації економіки: дис. ... докт. економ. наук. Спеціальність 08.00.04 – економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності). Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2018. 510 с. URL: http://virtuni.education.zp.ua/info_cpu/sites/default/files/%20В.В._диссертация.pdf (дата звернення 02.07.2023).

148. Мальська М. П., Бордун О. Ю. Медичний туризм: теорія та практика: навч. посіб. Київ: «Центр учбової літератури», 2018. 128 с. URL: https://geography.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Medychnyy_turyzm_Malska_2018.pdf (дата звернення 04.11.2023).

149. Медицина воюючої країни: як змінювалися обсяги бюджетного фінансування. *Слово і діло. Суспільство*. 25 грудня 2023. URL: [https://www.slovoidilo.ua/2023/12/25/infografika/suspilstvo/medycyna-voyuyuchoyi-krayiny-yak-zminyuvalysya-obsyahy-byudzhethnoho-finansuvannya#:~:text=У%202022%20році%20на%20медицину,менше%20від%20показників%202022%20року](https://www.slovoidilo.ua/2023/12/25/infografika/suspilstvo/medycyna-voyuyuchoyi-krayiny-yak-zminyuvalysya-obsyahy-byudzhethnoho-finansuvannya#:~:text=У%202022%20році%20на%20медицину,менше%20від%20показників%202022%20року.). (дата звернення 04.02.2024).

150. Медична освіта в Україні та на Заході: основні відмінності. 23 лютого 2017. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2017/02/23/infografika/suspilstvo/medychna-osvita-v-ukrayini-ta-na-zaxodi-osnovni-vidminnosti> (дата звернення 14.12.2023).

151. Медична статистика. Енциклопедія Сучасної України. URL: <https://esu.com.ua/article-66075> (дата звернення 23.04.2024).

152. Мельник А., Радзивілюк Л. Імплементація стратегічного планування в практику управління сучасним медичним закладом: методологічні та прикладні аспекти. *Вісник економіки*. 2021. № 3. С. 66-83. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/44308> (дата звернення 14.05.2023).

153. Методика розробки планів реструктуризації державних підприємств та організацій: Методика Агенства з питань запобігання банкрутству підприємств і організацій від 02.06.1997 № 73 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0073374-97#Text> (дата звернення 02.07.2023).

154. Микуланинець С. І. Застосування результатів PEST-, SNW- та SWOT-аналізів під час розроблення стратегії розвитку туристично-рекреаційного комплексу Закарпатської області. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2018. Том 29 (68). № 5. С. 118-123. URL: https://www.econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2018/29_68_5/28.pdf (дата звернення 25.05.2023).

155. Миронов А. Державний та громадський контроль у сфері охорони здоров'я: спільні риси, відмінності та пріоритети в сучасній Україні. *Публічне*

право. 2018. № 1 (29). С. 165-170. URL: <https://www.publichne-pravo.com.ua/files/29/20.pdf> (дата звернення 23.05.2023).

156. Михайло Радущкий: Колегія МОЗ затвердила Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Прес-служба Апарату Верховної Ради України. Опубліковано 13 лютого 2023. URL: https://www.rada.gov.ua/news/news_kom/233093.html (дата звернення 04.12.2023).

157. Міжнародна технічна допомога. URL: <https://moz.gov.ua/mizhnarodna-tehnichna-dopomoga> (дата звернення 03.10.2023).

158. Мізюк С.Г., Гласюк О.Ю. Зовнішні міграційні процеси трудових ресурсів в Україні та їх соціально-економічні наслідки. *Приазовський економічний вісник*. 2020. Випуск 1(18). С. 8-13. URL: http://rev.kpu.zp.ua/journals/2020/1_18_ukr/4.pdf (дата звернення 05.09.2023).

159. Мірошниченко Б. Світ прямує до торгової війни, де кожен сам за себе. Кінець епохи глобалізації? 17 січня 2023. URL: <https://www.epravda.com.ua/publications/2023/01/17/696022/> (дата звернення 06.08.2023).

160. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія. / За наук. ред. д.е.н. М. М. Шкільняка і д.е.н. Т. Л. Желюк. Тернопіль: Крок. 2020. 560 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf (дата звернення 14.05.2023).

161. МОЗ: Розширено перелік ліків, вартість яких покривається з бюджету в межах програми державних гарантій. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/mlz-rozshyreno-perelik-likiv-vartist-iakykh-pokryvaietsia-z-biudzhetu-v-mezhakh-prohramy-derzhavnykh-harantii> (дата звернення 21.05.2023).

162. Мороз О. О., Мороз Є. О., Катілова Т. О. Стратегічний підхід в системі антикризового фінансового менеджменту в закладах охорони

здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2021. № 4. С. 185-188. URL: <http://journals.khnu.km.ua/vestnik/wp-content/uploads/2021/09/vknu-es-2021-4-32.pdf> (дата звернення 09.06.2023).

163. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. 04.07.2019. URL: <https://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/> (дата звернення 08.03.2023).

164. Москаленко В. Ф., Грузєва Т. С., Іншакова Г. В. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня: навчальний посібник; за заг. ред. В. Ф. Москаленко. Харків: Контраст, 2006. 295 с.

165. На тисячу людей в Україні – 13 донорів крові. В УЦТК розповіли, як зміниться система донорства. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/news-ukraine-zminy-v-systemi-donorstva-krovi/31585402.html> (дата звернення 26.11.2023).

166. На шляху до здоровішої України. Прогрес у досягненні Цілей Сталого Розвитку у галузі охорони здоров'я – 2020. Аналітичний звіт. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. 75 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340956/WHO-EURO-2021-1523-41273-58139-ukr.pdf> (дата звернення 17.03.2023).

167. Назарко 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 16.03.2023).

168. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 № 385. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text> (дата звернення 20.12.2023).

169. Населення Землі досягло 8 мільярдів людей – ООН. URL: <https://www.pravda.com.ua/news/2022/11/15/7376404/> (дата звернення 18.07.2023).

170. Наукова та науково-технічна діяльність в Україні у 2021 році:

науково-аналітична доповідь / Т.В. Писаренко, Т.К. Куранда, Т.В. Гаврис, А.Б. Осадча, Л.А. Мусіна, Є.С. Тітасєвська, О.В. Коваленко. Київ: УкрІНТЕІ, 2022. 93 с. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/nauka/informatsiyno-analitychni/2022/09/09/Nauk-analitychn.dop.Naukova.ta.nauk-tekhn.diyal.v.Ukrayini.2021-09.09.2022.pdf> (дата звернення 02.11.2023).

171. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. Київ, 2014. 41 с. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (дата звернення 19.11.2023).

172. Національний стандарт України. ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT) «Системи управління якістю». Київ: ДП «УкрНДНС, 2016. URL: <https://khoda.gov.ua/image/catalog/files/%209001.pdf> (дата звернення 16.07.2023).

173. НБУ покращив прогноз інфляції в Україні. URL: <https://www.dw.com/uk/nbu-pokrasiv-prognoz-inflacii-v-ukraini/a-65454382> (дата звернення 13.07.2023).

174. Необоротні активи підприємств за видами економічної діяльності з розподілом на великі, середні, малі та мікропідприємства за 2013-2021 роки. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 05.06.2023).

175. Необоротні та оборотні активи, власний капітал та зобов'язання підприємств за видами економічної діяльності з розподілом на великі, середні, малі та мікропідприємства за 2013-2021 роки. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 04.06.2023).

176. Несіс І. Медичний туризм в Україні: хто та чому шукає здоров'я всередині країни. 3 серпня 2021. URL: <https://thepage.ua/ua/style/health/medichnij-turizm-v-ukrayini> (дата звернення 01.11.2023).

177. Ніколаєв Є., Рій Г., Шемелинець І. Вища освіта в Україні: зміни через війну: аналітичний звіт. Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка, 2023. 94 с. <https://osvitanalityka.kubg.edu.ua/wp-content/uploads/2023/03/HigherEd-in-Times-of-War.pdf> URL: (дата звернення 05.09.2023).

178. Нова Україна: стимулювання інвестицій у свободу, мир та процвітання / Д. Мерфі, М. Гелліс, С. Нерпій, В. Шилюк, Ф. Фархат. Київ: Проєкт USAID з економічного розвитку, управління та зростання підприємництва (EDGE), 2023. 39 с. URL: https://www.usaid.gov/sites/default/files/2023-04/EDGE%20UIPA%20Report-%20online%20-%20Ukrainian%20%2811%20Apr%202023%29_AC.pdf (дата звернення 13.07.2023).

179. Нові технології навчання менеджменту в медицині: навчальний посібник / за ред. Ю.В. Вороненка та ін. Київ: Книга плюс, 2015. 419 с.

180. Новікова І., Бойчук Т. Що змінилося після прийняття закону про концесії? 21 січня 2020. URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/derzhavnoprivatne-partnerstvo/shcho-zminilosya-pislya-priynyattya-zakonu-pro-koncesiyi.html> (дата звернення 14.12.2023).

181. Оборотні активи підприємств за видами економічної діяльності з розподілом на великі, середні, малі та мікропідприємства за 2013-2021 роки/ URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 04.06.2023).

182. Огнєв В.А., Міщенко М. М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: методичні розробки для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Всесвітня організація охорони здоров'я та її роль» для підготовки студентів 5-х курсів за спеціальністю 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002, «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа». Харків: ХНМУ, 2018. 18 с.

183. Озтурк І. Глава столичної медицини: В Україні, і в Києві зокрема, надлишкова кількість медичних закладів. 16 травня 2023. URL: <https://glavcom.ua/kyiv/news/hlava-stolichnoji-meditsini-v-ukrajini-i-v-kijevi-zokrema-nadlishkova-kilkist-medichnikh-zakladiv-927522.html> (дата звернення 08.06.2023).

184. Олексюк Б. Оптимізація управління науковою сферою: закордонний досвід та рекомендації для України. Київ: ГО «Український центр європейської політики», 2019. 40 с. <https://ucerp.org.ua/wp->

content/uploads/2020/08/nauka_survey_UPD_FINAL.pdf URL: (дата звернення 02.11.2023).

185. Основи законодавства України з охорони здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 12.03.2023).

186. Островерхова Г. В. Сутність і структура організаційного забезпечення інноваційної діяльності. *Вісник Національного технічного університету «ХПІ». Темат. вип.: Технічний прогрес і ефективність виробництва*. 2012. № 6. С. 59-67. URL: <https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/72c7f606-99cc-4da5-9071-b4a774673dc0/content> (дата звернення 26.04.2024).

187. Оцінка медичної сфери в Україні. Соціологічна група «Рейтинг». Дослідження. Дата публікації: 22.11.2018. URL: <https://ratinggroup.ua/research/ukraine/5394a7dfc7af39fd048942c62be97a4c.html> (дата звернення 17.03.2023).

188. Пастух К. В. Стратегічне управління: конспект лекцій для студентів бакалавріату всіх форм навчання спеціальності 281 – Публічне управління та адміністрування. Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2020. 60 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/287725583.pdf> (дата звернення 25.04.2024).

189. Пащенко О.П. Сучасна парадигма стратегічного управління розвитком підприємства в контексті управління змінами. URL: https://km-news.ztu.edu.ua/wp-content/uploads/2012/10/rozdil-2_.pdf (дата звернення: 13.03.2024).

190. Первинна медична допомога в Україні: досягнутий прогрес і наступні кроки: аналіз даних за 2020–2021 р.: серія аналітичних записок / Nigel Edwards, Stephanie Kumpunen, Kaija Kasekamp, Alexandr Katsaga, Olga Zues. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2023. 68 с. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367317/WHO-EURO-2023-7087-46853-69102-ukr.pdf?sequence=1> (дата звернення 16.11.2023).

191. Перелік зареєстрованих проєктів з планами закупівель. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/mizhnarodna-dopomoga/pereliki-zareyestrovanih-proektiv-z-planami-zakupivel> (дата звернення 03.10.2023).
192. Перспективні галузі економіки, прогнози розвитку після війни. 26 січ 2024 р. команда YC.Market. URL: <https://blog.youcontrol.market/pierspiektivni-ghaluzi-iekonomiki-proghnozi-rozvitku-pislia-viini/> (дата звернення 09.03.2024).
193. Пінчук Л. Світовий фармацевтичний ринок: сучасний стан, регіональні особливості та тенденції розвитку. *Економічна та соціальна географія. Збірник наукових праць*. 2015. Вип. 74. с. 57-62. URL: http://bulletin-esgeograph.org.ua/images/docs/Volume-74/Pinchuk_57-62.pdf (дата звернення 30.08.2023).
194. Післядипломна освіта у світі та Україні. 16 трав. 2022. URL: https://www.nuozu.edu.ua/d/dovidkova-informatsiia/pisliadyplomna-osvita-u-sviti-ta-ukraini#s5_scrolltotop (дата звернення 14.12.2023).
195. Піхоцька О. М., Хомякова І. С. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах її реформування. *Державне управління: удосконалення і розвиток*. 2021. № 12. DOI: 10.32702/2307-2156-2021.12.33. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/12_2021/35.pdf (дата звернення 10.11.2023).
196. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки. Версія 2.4 (від 21.07.2022 року). URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf (дата звернення 30.12.2023).
197. Подтуркін Д. Економіка охорони здоров'я України: порівняння ідеологій. 23 Лютого 22. URL: <https://intelmag.com/medicine/18034-ekonomika-ohorony-zdorovya-ukrayiny-porivnyannya-ideologij/> (дата звернення 04.06.2023).
198. Положення про авторизацію осіб, які мають право здійснювати актуарну діяльність у сфері страхування, та осіб, які можуть виконувати

обов'язки відповідального актуарія: затверджене постановою Правління НБУ від 25.12.2023 №187. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0187500-23#Text> (дата звернення 27.02.2024).

199. Положення про вимоги до системи управління страховика: затверджене постановою Правління НБУ від 27 грудня 2023 року №194. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0194500-23#Text> (дата звернення 27.02.2024).

200. Положення про добровільний вихід з ринку страховика та передачу страховиком страхового портфеля: затверджене постановою Правління НБУ від 25 грудня 2023 року №184. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0184500-23#Text> (дата звернення 27.02.2024).

201. Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 р. № 90). URL: <https://moz.gov.ua/polozhennja-pro-ministriv> (дата звернення 16.12.2023).

202. Положення про порядок та умови укладення договору страхування відповідальності суб'єкта аудиторської діяльності перед третіми особами: затверджене постановою Правління НБУ від 20 грудня 2023 року №168. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0168500-23#Text> (дата звернення 27.02.2024).

203. Положення про реструктуризацію підприємств: Наказ Мінпромполітики від 18.07.2008 № 460. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0718-08#Text> (дата звернення 02.07.2023).

204. Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування: затверджене постановою Правління НБУ від 25 грудня 2023 року №182. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0182500-23#Text> (дата звернення 27.02.2024).

205. Поя А. Чисельність населення Землі досягне піку до 2050 року, а потім почне знижуватися – дослідження. *Українська правда*. 27 березня 2023. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/2023/03/27/253554/> (дата звернення 18.07.2023).

206. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення механізму залучення приватних інвестицій з використанням механізму державно-приватного партнерства для пришвидшення відновлення зруйнованих війною об'єктів та будівництва нових об'єктів, пов'язаних з післявоєнною перебудовою економіки України». URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/pubFile/1387395> (дата звернення 16.12.2023).

207. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні». URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/pubFile/99353> (дата звернення 20.02.2024).

208. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/GH72J00A?an=2> (дата звернення 10.02.2024).

209. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини». URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/42121> (дата звернення 29.12.2023).

210. Практичний посібник з питань організації роботи органів місцевого самоврядування об'єднаних територіальних громад. Модуль 5. Стратегічний план розвитку громади. 2-ге вид. Київ: Асоціація міст України, 2016. URL: <https://auc.org.ua/sites/default/files/library/mod5web.pdf> (дата звернення 24.04.2024).

211. Прахалад К., Рамасвами В. Майбутнє конкуренції. Творення унікальної цінності спільно з клієнтами / пер. з англ. М. Сливозького. Київ: В-

во ОлексіяКапусти, 2005. 258 с.

212. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: <https://medbox.org/index.php/dl/62e8e00c35acb5a72d00ec22> (дата звернення 09.03.2024).

213. Присяжнюк П. В. Механізм управління: сутність, види та складові. *Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка»*. 2019. № 12. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/12_2019/152.pdf (дата звернення 20.04.2024).

214. Приятельчук О.А. Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в Скандинавському регіоні. *Економіка і суспільство. Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика*. 2018. Випуск 19. С. 910-918. URL: https://economyandsociety.in.ua/journals/19_ukr/137.pdf (дата звернення 12.03.2023).

215. Пріоритети у відновленні системи охорони здоров'я України. Спільний документ для обговорення / К. Бреденкамп, Т. Дмитраченко, О. Дорошенко, К. Фіщук, Я. Хабіхт, Д. Катцін, О. Яновська, П. Павленко, Б. Зіннер. WHO, 2022. 24 с. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper> (дата звернення 08.01.2024).

216. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 р. № 590. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0590282-20#Text> (дата звернення 02.06.2023).

217. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата

звернення 09.12.2023).

218. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#top> (дата звернення 14.11.2023).

219. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини: Закон України від 09.08.2023 № 3301-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3301-20#Text> (дата звернення 29.12.2023).

220. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: Наказ МОЗ України від 31.10.2018 № 1977. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1977282-18#Text> (дата звернення 09.06.2023).

221. Про внесення змін до Закону України «Про туризм» та деяких інших законодавчих актів щодо створення економічних стимулів розвитку туристичної галузі: Проект Закону України від 15.10.2020 № 4162-1. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JI03429A?an=3> (дата звернення 01.11.2023).

222. Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України: Закон України від 23 березня 2000 р. № 1602-III. *Верховна Рада України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1602-14> (дата звернення: 28.02.2024).

223. Про Державний бюджет України на 2021 рік: Закон України від 15.12.2020 № 1082-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1082-20#Text> (дата звернення 04.02.2024).

224. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#doc_info (дата звернення 10.12.2023).

225. Про затвердження Державної антикорупційної програми на 2023-2025 роки: Постанова Кабінету міністрів України від 4 березня 2023 р. № 220. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/516211___725692 (дата

звернення 14.07.2023).

226. Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.12.2018 № 1022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1022-2018-п#Text> (дата звернення 21.11.2023).

227. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 5 серпня 2020 р. № 695. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення 22.04.2024).

228. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2020 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 06.08.2014 № 385. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/385-2014-п#Text> (дата звернення 22.11.2023).

229. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.07.2011 № 427. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/53248___53248 (дата звернення 17.03.2023).

230. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо проведення реструктуризації державних підприємств транспортно-дорожнього комплексу: Наказ Мінтранс України 03.12.2002 № 859. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0859361-02#Text> (дата звернення 01.07.2023).

231. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування і реалізації прогнозних та програмних документів соціально-економічного розвитку об'єднаної територіальної громади: Наказ Мінрегіону України від 30.03.2016 № 75. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0075858-16#Text>; https://ck-oda.gov.ua/docs/2019/03012019_31.pdf (дата звернення 14.05.2023).

232. Про затвердження Національної економічної стратегії на період до 2030 року: Постанова Кабінету міністрів України від 03 березня 2021 р. № 179. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnoyi-eko-a179> (дата звернення 21.04.2024).

233. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 № 1138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text> (дата звернення 26.02.2024).

234. Про затвердження Положення про інтернатуру: Наказ МОЗ України; Положення, Перелік від 22.06.2021 № 1254. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1081-21#Text> (дата звернення 13.12.2023).

235. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п#n8> (дата звернення 20.12.2023).

236. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників: Постанова Кабінету Міністрів України від 14.07.2021 № 725. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення 03.06.2023).

237. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765. Редакція від 28.04.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text> (дата звернення 02.06.2023).

238. Про затвердження Порядку визначення обсягів потреби в закупівлі лікарських засобів закладами і установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів: Наказ МОЗ України від 11.07.2017 № 782. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0851-17#Text> (дата звернення 07.06.2023).

239. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у

державному бюджеті для забезпечення здійснення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2011 № 298. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/298-2011-%D0%BF#Text> (дата звернення 07.06.2023).

240. Про затвердження Порядку проведення державної оцінки медичних технологій: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.12.2020 № 1300. URL: (дата звернення 20.05.2023).

241. Про затвердження Порядку та Методики проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації державної регіональної політики: Постанова Кабінету Міністрів України від 21.10.2015 № 856. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/856-2015-п#Text> (дата звернення 22.11.2023).

242. Про затвердження Примірного переліку Індикаторів якості надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 17.04.2023 № 716. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-17042023--716-pro-zatverdzhennja-primirnogo-pereliku-indikatoriv-jakosti-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi> (дата звернення 09.06.2023).

243. Про затвердження Регламенту Кабінету Міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України від 18.07.2007 № 950. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/950-2007-п/page#Text> (дата звернення 20.12.2023).

244. Про затвердження середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року та плану пріоритетних дій Уряду на 2017 рік: Затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 3 квітня 2017 р. № 275-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/275-2017р#Text> (дата звернення 24.11.2023).

245. Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників: Указ Президента України № 261/2021 від 18 червня 2021 року.

URL: <https://www.president.gov.ua/documents/2612021-39229> (дата звернення 09.12.2023).

246. Про інвестиційну діяльність: Закон України від 18 вересня 1991 р. № 1560-XII. *Верховна Рада України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1560-12> (дата звернення: 05.03.2024).

247. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27.02.2014 № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18#Text> (дата звернення 20.12.2023).

248. Про лікарські засоби: Закон України від 28.07.2022 № 2469-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-20#Text> (дата звернення 14.11.2023).

249. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text> (дата звернення 02.06.2023).

250. Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події: Постанова Кабінету Міністрів України від 16.12.2020 № 1271. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1271-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення 19.03.2023).

251. Про організацію роботи стратегічної дорадчої групи з питань реформування системи охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 24.07.2014 № 522. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0522282-14#Text> (дата звернення 20.04.2024).

252. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 11 серпня 2021 року «Про Стратегію економічної безпеки України на період до 2025 року»: Указ Президента України від 11.08.2021 № 347/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/347/2021#Text> (дата звернення 21.04.2024).

253. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою»: Указ Президента України № 369/2021. URL:

<https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713> (дата звернення 04.12.2023).

254. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-IX#Text> (дата звернення 14.11.2023).

255. Про створення єдиної системи залучення, використання та моніторингу міжнародної технічної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2002 № 153. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/153-2002-%D0%BF#Text> (дата звернення 03.10.2023).

256. Про Стратегію людського розвитку: Рішення РНБО України від 14.05.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0036525-21#Text> (дата звернення 22.04.2024).

257. Про Стратегію сталого розвитку «Україна-2020»: Указ Президента України від 12.01.2015 № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text> (дата звернення 22.11.2023).

258. Про страхування: Закон України від 18.11.2021 № 1909-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text> (дата звернення 27.02.2024).

259. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text> (дата звернення 22.04.2024).

260. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#top> (дата звернення 10.11.2023).

261. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України; Концепція від 28.12.2020 № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-p#top> (дата звернення 20.12.2023).

262. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 № 366-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text> (дата звернення 21.04.2024).

263. Про схвалення Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 року та затвердження плану заходів: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1416-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1416-2019-%D1%80#Text> (дата звернення 22.04.2024).

264. Про схвалення Стратегії розбудови телемедицини в Україні: Розпорядження Кабінету Міністрів України; Стратегія, План від 14.07.2023 № 625-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/625-2023-p#Text> (дата звернення 29.12.2023).

265. Про схвалення Стратегії розвитку вищої освіти в Україні на 2022-2032 роки: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23.02.2022 № 286-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/286-2022-%D1%80/conv#n143> (дата звернення 09.09.2023).

266. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-n#Text> (дата звернення 12.11.2023).

267. Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні: проект Закону України від 12.05.2020 № 3464. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/pubFile/99351> (дата звернення 08.02.2024).

268. Про фінансові послуги та фінансові компанії: Закон України від 14.12.2021 № 1953-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1953-20#Text> (дата звернення 27.02.2024).

269. Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні: проект Закону України від 04.10.2018 р. №

9163. URL: https://ips.ligazakon.net/document/jh72j00i?an=3&ed=2018_10_04 (дата звернення 08.02.2024).

270. Програма та плани пріоритетних дій Уряду. Архів звітів. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/programa-diyalnosti-uryadu> (дата звернення 24.11.2023).

271. Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення механізму залучення приватних інвестицій з використанням механізму державно-приватного партнерства для пришвидшення відновлення зруйнованих війною об'єктів та будівництва нових об'єктів, пов'язаних з післявоєнною перебудовою економіки України № 7508 від 01.07.2022. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=74468 (дата звернення 14.12.2023).

272. Проекти нацпрограми «Модернізація системи охорони здоров'я». URL: <https://recovery.gov.ua/project/program/upgrade-healthcare-system> (дата звернення 19.05.2023).

273. Профільний комітет обговорив проблемні питання екстреної медичної допомоги. *Аптека online.ua*. 2021. № 48 (1319) 13 Грудня. URL: <https://www.apteka.ua/article/620519> (дата звернення 07.06.2023).

274. Публічна консультація Стратегія здоров'я 2030. Звіт за результатами публічної консультації. Київ: МОЗ, 2022. 36 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/15%2C02%2C2022/03/Звіт%20за%20результатами%20публічної%20консультації.pdf> (дата звернення 07.12.2023).

275. Рабінович М. Співпраця заради розвитку в Україні: сильні та слабкі сторони, можливості та загрози. 2021. URL: <https://voxukraine.org/spivpratsya-zaradi-rozvitku-v-ukrayini-silni-ta-slabki-storoni-mozhливosti-ta-zagrozi> (дата звернення 14.05.2023).

276. Радченко О. П., Лагодієнко В. В. Сучасні тенденції та стратегічні орієнтири системи охорони здоров'я України. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2021. Том 21. Вип. 4 (47). С. 34-48. URL:

<http://rinek.onu.edu.ua/article/view/226925> (дата звернення 16.07.2023).

277. Рак С. Стандарти у сфері охорони здоров'я та кримінальна відповідальність медичних працівників: шляхи кореляції. *Кримінальне право*. 2020. № 9. С. 191-196. DOI <https://doi.org/10.32849/2663-5313/2020.9.33> URL: <http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2020/9/34.pdf> (дата звернення 02.06.2023).

278. Результати проведення первинної оцінки стану імплементації активів права Європейського Союзу (acquis ЄС). URL: <https://drive.google.com/file/d/1SAZkq5KVtwFotlZbka1mfABTKNCsP0ma/view> (дата звернення 21.12.2023).

279. Результати щоквартальної та щорічної оцінки соціально-економічного розвитку регіонів, що проводиться Мінрегіоном України. URL: <https://dei.kyivcity.gov.ua/content/rezultaty-shchokvartalnoi-ta-shchorichnoi-ocinky-socialnoekonomichnogo-rozvytku-regioniv-shcho-provodytsya-minregionom-ukrainy.html> (дата звернення 22.11.2023).

280. Рентабельність операційної та усієї діяльності підприємств за видами економічної діяльності з розподілом на великі, середні, малі та мікропідприємства (2010-2021). URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 04.06.2023).

281. Ресурси системи охорони здоров'я в умовах війни. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r> (дата звернення 29.05.2023).

282. Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні. Прогрес та майбутні напрями / К. Бреденкамп, Е. Далє, О. Дорошенко, Ю. Джигир, Я. Хабіхт, Л. Хоукінс, О. Кацага, К. Майнзюк, Х. Пак, О. Зусь. Washington: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank and World Health Organization, 2022. 121 с. DOI: 10.1596/978-1-4648-19. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366374/WHO-EURO-2022-5639-45404-65002-ukr.pdf?isAllowed=y&sequence=108-7> (дата звернення 10.11.2023).

283. Реформація країни. Погляд громадян: які реформи потрібні в 2023

та яка успішність вже проведених. Презентація. URL: https://youkraina.com.ua/files/Factum_Group_YOUkraina_Спецвипуск_Реформи.pdf (дата звернення 16.11.2023).

284. Решота Н. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny#:~:text=> (дата звернення 19.03.2023).

285. Рогачевський О.П. Система стратегічного управління у галузі охорони здоров'я. Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. 2020. № 4. Том 2. С. 142-149. URL: <http://journals.khnu.km.ua/vestnik/wp-content/uploads/2021/03/26-2.pdf> (дата звернення 29.11.2023).

286. Роговий А. В., Дубина М. В., Забаштанська Т. В. Стратегічні пріоритети розвитку сфери охорони здоров'я в Україні: Фінансові аспекти. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2021. № 3 (23). С. 158-165. URL: <http://ppeu.stu.cn.ua/article/view/224554/224783> (дата звернення 16.07.2023).

287. Россильна О. В., Головачова А. С. Особливості медичного страхування в умовах розвитку персоналізованої медицини. Київський часопис права. 2023. № 1. С. 79-85. DOI <https://doi.org/10.32782/klj/2023.1.12>. URL: <http://kyivchasprava.kneu.in.ua/index.php/kyivchasprava/article/view/256/243> (дата звернення 10.02.2024).

288. Рудий В. Контроль над витратами і ефективне використання ресурсів як засоби покращення системи охорони здоров'я в Україні. URL: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_6u.htm (дата звернення 29.06.2023).

289. Рудий В. Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я. URL: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_6u.htm (дата звернення 04.06.2023).

290. Рябець Д. М. Концептуальні засади стратегічного управління

сферою охорони здоров'я. Український журнал прикладної економіки. 2020 рік. Том 5. № 2. С.122-127. DOI: <https://doi.org/10.36887/2415-8453-2020-2-15> URL: http://ujae.org.ua/wp-content/uploads/2020/12/ujae_2020_r02_a15.pdf (дата звернення 19.04.2024).

291. Сабецька Т. І., Стефанишин Л. С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2020. Вип. 1. С. 56-62. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=bnav_2020_1_11 (дата звернення 14.05.2023).

292. Саєнко М. Г. Стратегія підприємства: підруч. Тернопіль: Економічна думка, 2006. 390 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/486/1/saenko_strateg_pidpr.pdf (дата звернення 14.05.2023).

293. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2020 році. URL: https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz_rik/arh_sat_rah_zd_u.htm (дата звернення 04.06.2023).

294. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2020 році. Розподіл поточних витрат на охорону здоров'я за функціями (видами медичних послуг) та фінансуючими організаціями (фінансовими агентами). URL: https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz_rik/arh_sat_rah_zd_u.htm (дата звернення 17.03.2023).

295. Сенюк Ю. І., Надюк З. О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 211-220. DOI: <https://doi.org/10.32840/pdu.2020.2.32>. URL: http://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2020/34.pdf (дата звернення 10.11.2023).

296. Сергійчук С. І., Рябець Д.М. Стан і перспективи цифрової трансформації індустрії охорони здоров'я в Україні. *Збірник наукових праць ТДАТУ імені Дмитра Моторного (економічні науки)*. 2020. №1(41). С. 70-77.

297. Сивак Т. В. Інституціоналізація стратегічних комунікацій у

системі публічного управління України: дис. ... докт. наук з держ. упр. Спеціальність: 25.00.01 – теорія та історія державного управління. Київ: Національна Академія державного управління при Президентові України, 2020. 491 с. URL: https://www.researchgate.net/publication/348233195-INSTITUCIONALIZACIA_STRATEGICNIH_KOMUNIKACIJ_U_SISTEMI_PUBLICNOGO_UPRAVLINNA_UKRAINI (дата звернення 28.04.2024).

298. Сіделковський О.Л. Участь громадськості як елемент формування публічної політики у сфері охорони здоров'я України: адміністративно-правовий вимір. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2020. № 2. С. 105-108. URL: http://apnl.dnu.in.ua/2_2020/25.pdf (дата звернення 23.05.2023).

299. Скібіцький О. М. Стратегічний менеджмент: навч. посіб. Київ: Центр навчальної літератури, 2006. 312 с. URL: http://ipk-dszu.kiev.ua/files/biblioteka/Strateg_menedgment-Skibitskiy.pdf (дата звернення: 12.03.2024).

300. Скільки лікарів в Україні? URL: <http://medosvita.info/2021/02/21/скільки-лікарів-в-україні/#more-213> (дата звернення 29.05.2023).

301. Словник іншомовних слів. Принципи. URL: <https://www.jnsm.com.ua/cgi-bin/u/book/sis.pl?Qry=%EF%F0%E8%ED%F6%E8%EF> (дата звернення 05.12.2023).

302. Сміянов В.А. Основні моделі систем охорони здоров'я та джерела їх фінансування. Презентація. URL: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-6-Public-health-propaedeutics.pdf> (дата звернення 08.03.2023).

303. Сміянова О.І. Глобалізація та інтернаціоналізація охорони здоров'я. Презентація. URL: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-3-Healthcare-systems.pdf> (дата звернення 07.08.2023).

304. Сова О.Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2018. Випуск 49. С. 80-92. URL: <https://snku.krok.edu.ua/index.php/vcheni-zapiski-universitetu->

krok/article/view/37/32 (дата звернення 25.02.2024).

305. Сологуб І. Успішність реформ і громадянська активність: що думають українці. 21 Серпня 2023. URL: <https://voxukraine.org/uspishnist-reform-i-gromadyanska-aktyvnist-shho-dumayut-ukrayintsi> (дата звернення 17.11.2023).

306. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для студентів стоматологічного факультету) / за ред. В.Ф. Москаленка. Київ: Книга плюс, 2013. 328 с.

307. Специфіка просування страхової компанії: 5 порад і 2 кейси. Elit-Web. 24-08-2022. URL: <https://it-rating.ua/spetsifika-prosuvannya-strahovoï-kompanii-5-porad-i-2-keysi> (дата звернення 27.02.2024).

308. Список міністрів охорони здоров'я України. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Список_міністрів_охорони_здоров%27я_України (дата звернення 18.05.2023).

309. Співоплата в охороні здоров'я: чи варта гра свічок? *Щотижневик АПТЕКА*. 2023. № 13 (1384). <https://www.apteka.ua/article/662486> URL: (дата звернення 12.12.2023).

310. Ставлення до медичної реформи в Україні. Результати загальнонаціонального опитування громадської думки. Березень 2020. 13 с. URL: <https://socis.kiev.ua/wp-content/uploads/2020/04/Медичні-послуги-та-медична-реформа.pdf> (дата звернення 12.11.2023).

311. Статистика 2021. Український центр трансплант-координації. URL: <https://utcc.gov.ua/statystyka/statystyka-2021/> (дата звернення 28.11.2023).

312. Статистичні дані МОЗ всі відомства та приватні установи. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanividomstva.html> (дата звернення 28.05.2023).

313. Статистичні довідники. Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/about.html> (дата звернення 26.11.2023).

314. Статистичний щорічник України за 2022 рік. Київ: Державна служба статистики України, 2023. 387 с. URL:

<https://stat.gov.ua/sites/default/files/2024->

[0236ipnik%20Статистичний%20щорічник%20України%202022%20рік.pdf](https://stat.gov.ua/sites/default/files/2024-0236ipnik%20Статистичний%20щорічник%20України%202022%20рік.pdf)

(дата звернення 19.03.2024).

315. Статут державного підприємства «Електронне здоров'я», затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.08.2019 року № 1886. URL: <https://ehealth.gov.ua/wpcontent/uploads/2019/08/Statut-DPElektronne-zdorovya-vid-22.08.2019.pdf> (дата звернення 20.12.2023).

316. Степаненко А. Сучасні принципи стандартизації в медицині. *Ліки України*. 2003. № 4. С. 57–58.

317. Степурко Т.Г. Індекс здоров'я. Україна – 2018: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2018. 197 с. URL: https://health-index.com.ua/zvit_index_2018_ukr.pdf (дата звернення 21.05.2023).

318. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи стратегічного управління закладом охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2019. Випуск 30. С. 77-83. URL: http://www.market-infr.od.ua/journals/2019/30_2019_ukr/14.pdf (дата звернення: 15.03.2024).

319. Стеценко С. Г. Перспективи розвитку медичного права в Україні: концептуальні засади. *Публічне право*. 2016. № 3. С. 21-26. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pp_2016_3_4 (дата звернення 23.05.2023).

320. Стецюк Ф. Механізм стратегічного управління сферою охорони здоров'я. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки : матеріали доп. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. з між нар. участю, Ч. 1 [м. Тернопіль, 15 травня 2020 р.] / редкол. : Р. Р. Августин, А. Ю. Васіна, Т. Л. Желюк [та ін.]; відпов. за вип. М. М. Шкільняк*. Тернопіль: ТНЕУ, 2020. С. 322-326. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38716/1/322.pdf> (дата звернення 19.04.2024).

321. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах / М. Брага, С. Пхіденко, Л. Масюк, Н. Гусак, Т. Лєпшошкіна. Київ: Програма «U-LEAD з Європою», 2019 URL:

<https://healthcenter.od.ua/wp-content/uploads/2019/11/strategic.pdf> (дата звернення 23.04.2024).

322. Стратегія здоров'я громади Community Health Strategy Межівської селищної територіальної громади Дніпропетровської області на період 2021-2027. URL: <https://mezhova.otg.dp.gov.ua/storage/app/sites/49/uploaded-files/Стратегія.pdf> (дата звернення 21.04.2024).

323. Стратегія здоров'я Чернігівської селищної територіальної громади на період 2022-2027 років. URL: <https://chegromada.gov.ua/news/1643180296/> (дата звернення 21.04.2024).

324. Стратегія розвитку галузі. Стратегія сектору «Охорона здоров'я» (базовий рівень). URL: <https://auc.org.ua/galuz/ohorona-zdorovya#strategy> (дата звернення 28.11.2023).

325. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. 2023. 21 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Громадське%20обговорення/2023/розпорядження/Стратегія%202030.pdf> (дата звернення 04.12.2023).

326. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. 68 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> (дата звернення 06.12.2023).

327. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я Первомайської міської територіальної громади на період 2022-2027 років. URL: <https://pervom-rada.gov.ua/info/page/6191> (дата звернення 21.04.2024).

328. Телемедицина в Україні: ситуаційний аналіз. Проєкт «Сталий розвиток національних систем охорони здоров'я» (LHSS) у межах проєкту USAID «Integrated Health Systems IDIQ». Роквіль, штат Меріленд: Abt Associates, 2023. 70 с. URL: https://www.lhssproject.org/sites/default/files/resource/2023-05/LHSS_UKRAINE_FY23_Landscape%20Assessment%20of%20Telemedicine%20in%20Ukraine_Ukr.pdf (дата звернення 22.12.2023).

329. Теплюк М.А., Шапран О.А. Цільове орієнтування: переосмислення системи охорони здоров'я України. *Стратегія економічного*

розвитку України. 2023. № 52. С. 58-71.
<https://doi.org/10.33111/sedu.2023.52.058.07>. URL: <http://sedu.kneu.edu.ua/article/view/285867/279925> (дата звернення 29.11.2023).

330. Терзі О.О. Визначення поняття «охорона здоров'я». *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія ПРАВО*. 2018. Випуск 51. Том 2. С. 46-49. URL: <https://www.onmedu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/7030/Terzi.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 12.03.2023).

331. Тернова С. Коли ДПП стане реальністю в українській медицині? 24/05/2021. URL: <https://www.vz.kiev.ua/chomu-derzhavno-pryvatne-partnerstvo-omunaye-vitchyznyanu-sferu-ohorony-zdorov-ya/> (дата звернення 03.06.2023).

332. Тертичка В. В. Стратегічне управління: навч. посіб. Київ: НАДУ, 2014. 196 с. URL: https://www.ipas.org.ua/images/doc/Library/EducationalMaterials/strategichne_upravlinnia-tertychka_2014.pdf (дата звернення 20.04.2024).

333. Ткач М.П. Державне регулювання і державне управління: співвідношення понять. *Підприємництво, господарство і право*. 2012. № 8. С. 110-119.

334. Топ-20 секторів економіки, які найшвидше зростатимуть наступні 10 років. URL: <https://minfin.com.ua/ua/invest/articles/top20-sektoriv-ekonomiki-yaki-nayshvidshe-zrostatimut-v-nastupni-10-rokiv/> (дата звернення 18.07.2023).

335. Трансплантація в Україні: як змінилась галузь за останні 4 роки? 3 серпня 2023. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/transplantacija-v-ukraini-jak-zminilas-galuz-za-ostanni-4-roki> (дата звернення 28.11.2023).

336. Трикоз І. В. Концептуальні засади розвитку сфери охорони здоров'я. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2016. № 4(36). С. 63-73. URL: http://old.bumib.edu.ua/sites/default/files/visnyk/16_13.pdf (дата звернення 19.04.2024).

337. У 2022 р. затверджено більше півсотні медико-технологічних документів у сфері стандартизації медичної допомоги, – Центр підвів

підсумки. URL: <https://www.dec.gov.ua/news/u-2022-r-zatverdzheno-bilshe-pivsotni-medyko-tehnologichnyh-dokumentiv-u-sferi-standartyzacziyi-medychnoyi-dopomogy-czentr-pidviv-pidsumky/> (дата звернення 02.06.2023).

338. У МОЗ назвали кількість зруйнованих медзакладів внаслідок повномасштабного вторгнення. 8 Травня 2023. URL: <https://www.volynnews.com/news/all/u-moz-nazvaly-kilkist-zruynovanykh-medzakladiv-vnaslidok-povnomasshtabnoho-vtorhnennia/> (дата звернення 08.06.2023).

339. У МОЗ України обговорили актуальні питання міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я. URL: www.umj.com.ua/uk/novyna-91943-u-moz-ukraini-obgovorili-aktualni-pitannya-mizhnarodnoi-spivpraci-u-sferi-oxoroni-zdorov-ya (дата звернення 17.07.2023).

340. Україна вперше заговорить про інтереси медпрацівників за європейськими стандартами – Стратегія МОЗ 2030. URL: <https://rpr.org.ua/news/ukraina-vpershe-zahovoryt-pro-interesy-medpratsivnykiv-za-ievropeyskymy-standartamy-stratehii-moz-2030/> (дата звернення 18.04.2024).

341. Україна цікава іноземним інвесторам попри війну. Але є нюанси. URL: <https://onova.org.ua/news/ukraina-tsikava-inozemnym-investoram-popry-viinu-ale-ie-niuanisy> (дата звернення 26.05.2023).

342. Українська медична агенція – МОЗ презентувало концепцію та шлях до створення незалежного регуляторного органу у фармацевтичній галузі. 06.12.2023. URL: https://www.dls.gov.ua/for_subject/українська-медична-агенція-моз-през/ (дата звернення 04.01.2024).

343. Українським студентам-медикам і практикуючим лікарям надано безкоштовний доступ до медичних ресурсів Elsevier. 11 березня 2022. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/ukrayinskim-studentam-medikam-i-praktikuyuchim-likaryam-nadano-bezkoshtovnij-dostup-do-medichnih-resursiv-elsevier> (дата звернення 28.10.2023).

344. Упродовж 2020 року МОЗ ухвалив рішення про лікування за кордоном 316 українців. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3035394->

uprodoz-2020-roku-moz-uhvaliv-risenna-pro-likuvanna-za-kordonom-316-ukrainciv.html (дата звернення 26.11.2023).

345. Фармацевтична енциклопедія. Реінжиніринг процесів. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/1063/reinzhiniring-procesiv> (дата звернення 03.07.2023).

346. Федорович І.М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2017. Вип. 23(2). С. 76-80. URL: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILE=&2_S21STR=Nvmgu_eim_2017_23\(2\)_19](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILE=&2_S21STR=Nvmgu_eim_2017_23(2)_19) (дата звернення 25.02.2024).

347. Федулова І. Ідентифікація господарських ризиків. *Вісник КНТЕУ*. 2017. № 4. С. 89-103. URL: <http://visnik.knute.edu.ua/files/2017/04/8.pdf> (дата звернення 16.07.2023).

348. Філіпова Н.В., Михайловська О.В. Теоретичні засади стратегії фінансового забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2022. № 1(4). URL: (дата звернення 16.07.2023).

349. Фінансово-економічний словник: словник-довідник / кол. авт.: Юнін О.С., Круглова О.О., Савельєва М.О. та ін. Дніпро: Видавець Біла К.О., 2018. 164 с. URL: https://er.dduvs.in.ua/bitstream/123456789/1373/1/ФІН.-ЕКОН.%20СЛОВНИК__макет%20в%20печать.pdf (дата звернення 02.07.2023).

350. Фінансування охорони здоров'я у проєкті бюджету-2024 зросте на €24,4 мільярда. 20.10.2023. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3776281-finansuvanna-ohoroni-zdorova-u-proekti-budzetu2024-zroste-na-244-milarda.html#:~:text=Відповідно%20до%20показників%20проєкту%20бюджету,млрд%20грн%20більше%20цьогорічного%20показника> (дата звернення 30.12.2023).

351. Фірсова О.Д. Забезпечення стійкості системи охорони здоров'я. *Державне будівництво*. 2019. № 1. DOI: 10.342/db.19.01.16 (дата звернення 18.03.2023).

352. Хабіхт Я. Всесвітній організації охорони здоров'я (ВООЗ) 75 років: досягнення та виклики роботи ВООЗ в Україні. 10 квітня 2023. URL: <https://ukraine.un.org/uk/227024-всесвітній-організації-охорони-здоров'я-вооз-75-років-досягнення-та-виклики-роботи-вооз-в> (дата звернення 20.08.2023).

353. Хожайнова В. Термальні джерела Туреччини та води Карпат. Що таке медичний туризм і чи розвинений він в Україні. 18 червня 2021. URL: <https://suspilne.media/140379-termalni-dzerela-tureccini-ta-vodi-karpat-so-take-medicnij-turizm-i-ci-rozvinenij-vin-v-ukraini/> (дата звернення 01.11.2023).

354. Хоменко Л.М., Сагер Л.Ю., Любчак В.В. Дослідження проблем ринку служби крові України. Інфраструктура ринку. Економіка та управління підприємствами. 2022. Випуск 65. с. 110-116. URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/87771/3/Khomenko_Research_blood_service.pdf;jsessionid=B50F9BA77CEC85DDB60E6C5166BE33AF (дата звернення 26.11.2023).

355. Цілі сталого розвитку «Україна-2021». Моніторинговий звіт. Київ, 2021. 100 с. URL: https://www.ukrstat.gov.ua/csr_prezent/2020/ukr/st_rozv/publ/SDGs%20Ukraine%202021%20Monitoring%20Report%20ukr.pdf (дата звернення 22.11.2023).

356. Через брак фінансування НСЗУ не забезпечила належного функціонування електронної системи охорони здоров'я. 19.07.2021. URL: <http://rp.gov.ua/PressCenter/News/?id=1168> (дата звернення 09.12.2023).

357. Черненко К.П., Семененко Г.М., Луконін О.В. Оцінка фінансового стану медичного закладу в умовах реформи фінансування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 12. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/12_2020/107.pdf (дата звернення 16.03.2023).

358. Чисельність населення та середня чисельність за періоди року.

URL: <https://ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 29.05.2023).

359. Шевченко А. Стан та перспективи розвитку промислового перероблення сировинних ресурсів в Україні. 24.07.2023. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/stan-ta-perspektyvy-rozvytku-promyslovoho-pereroblennya-syrovynnykh> (дата звернення 09.03.2024).

360. Шершньова З. Є. Стратегічне управління: підруч. 2-ге вид., перероб. і доп. Київ: КНЕУ, 2004. 699 с. URL: <https://buklib.net/books/29179/> (дата звернення 25.04.2024).

361. Шишка І.В. Аналіз експертних оцінок результативності реформи системи охорони здоров'я України. *Економічний вісник Донбасу*. 2024. № 1-2 (75-76). С. 144-153. DOI: [https://doi.org/10.12958/1817-3772-2024-1-2\(75-76\)-144-153](https://doi.org/10.12958/1817-3772-2024-1-2(75-76)-144-153). URL: <http://www.evd-journal.org/download/2024/1-2/19-Shyshka.pdf>.

362. Шишка І.В. Аналіз зовнішнього середовища системи охорони здоров'я України. *Проблеми системного підходу в економіці. Маркетинг*. 2023. Випуск № 2(91). С. 190-197. DOI: <https://doi.org/10.32782/2520-2200/2023-2-25>. URL: http://www.psae-jrnl.nau.in.ua/journal/2_91_2023_ukr/27.pdf.

363. Шишка І.В. Аналіз основних структурних елементів та показників діяльності системи охорони здоров'я України. *Український журнал прикладної економіки та техніки*. 2024. Том 9. № 3. С. 169-174. DOI: <https://doi.org/10.36887/2415-8453-2024-3-29>. URL: <http://ujae.org.ua/analiz-osnovnyh-strukturnyh-elementiv-ta-pokaznykiv-diyalnosti-systemy-ohorony-zdorov-ya-ukrayiny/>.

364. Шишка І.В. Аналіз результатів реалізації стратегічних планів розвитку сфери охорони здоров'я. *Приазовський економічний вісник*. 2023. Випуск 4(36). С. 112-118. DOI: <https://doi.org/10.32782/2522-4263/2023-4-18>. URL: http://rev.kpu.zp.ua/journals/2023/4_36_ukr/20.pdf.

365. Шишка І.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я на основі звітної документації НСЗУ. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2024. № 5. С 418-424. DOI:

<https://doi.org/10.31891/2307-5740-2024-334-63>. URL: <https://heraldes.khmnu.edu.ua/index.php/heraldes/article/view/775/839>.

366. Шишка І.В. Визначення готовності сфери охорони здоров'я до реагування на вплив зовнішнього середовища. Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво. 2023. № 2 (128). С. 82-86. DOI: <https://doi.org/10.32782/1814-1161/2023-2-13>. URL: http://www.econom.stateandregions.zp.ua/journal/2023/2_2023/15.pdf.

367. Шишка І. Визначення сильних і слабких сторін внутрішнього середовища системи охорони здоров'я України. Підприємництво та інновації. 2023. № 28. С. 87-91. DOI: <https://doi.org/10.32782/2415-3583/28.14>. URL: <http://ei-journal.in.ua/index.php/journal/article/view/699/680>.

368. Шишка І.В. Зміст та результати реалізації «Концепції розвитку електронної охорони здоров'я». *Розвиток транспортної інфраструктури як драйвер економічного зростання галузей економіки: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 24 березня 2023 р.)*. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 85 с. С. 80-83. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-294-7-18>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/196/9470/21313-1>.

369. Шишка І. Інституційне та інформаційне забезпечення механізму стратегічного управління сферою охорони здоров'я. *Економіка та суспільство*. 2023. Випуск 47. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-47-97>. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/4666/4608>.

370. Шишка І.В. Напрями і перспективи цифровізації і комп'ютеризації процесу надання медичних послуг. *Математичні методи, моделі та інформаційні технології в економіці. Розділ 7. Математичні методи, моделі та інформаційні технології в економіці*. 2024. Випуск 76. С. 183-190. DOI: <https://doi.org/10.32782/infrastuct76-31>. URL: http://market-infr.od.ua/journals/2024/76_2024/33.pdf.

371. Шишка І.В. Науково-методичне, організаційне і ресурсне

забезпечення механізму стратегічного управління сферою охорони здоров'я. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Економічні науки*. 2023. Випуск 2 (69). С. 11-120. DOI: <https://doi.org/10.32689/2523-4536/69-15>. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/economics/article/view/4385/4699>.

372. Шишка І.В. Основні тактичні цілі реструктуризації системи охорони здоров'я України. *Фінансово-економічний потенціал країни і регіонів: механізми функціонування в сучасних умовах: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Одеса, 2 лютого 2024 р.). / відп. за випуск д.е.н., проф. С.О. Якубовський. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. 196 с. С. 190-193. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-362-3-46>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/255/9417/21191-1>.

373. Шишка І.В. Оцінка доцільності основних векторів «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року». *Вісник економічної науки України*. 2024. № 1 (46). С. 68-73. DOI: [https://doi.org/10.37405/1729-7206.2024.1\(46\).68-73](https://doi.org/10.37405/1729-7206.2024.1(46).68-73). URL: <http://www.venu-journal.org/download/2024/1/09-Shyshka.pdf>.

374. Шишка І.В. Оцінка процесу стратегічного планування розвитку сфери охорони здоров'я в Україні. *Ефективність інвестиційної діяльності: перспективний підхід: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Київ, 22 березня 2024 р.). Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. 200 с. С. 193-198. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-365-4-44>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/263/9471/21323-1>.

375. Шишка І.В. Оцінка результатів реалізації стратегічних програм розвитку сфери охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. Випуск 49. С. 162-169. DOI: <https://doi.org/10.32782/2413-9971/2023-49-31>. URL: http://visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/49_2023ua/33.pdf.

376. Шишка І.В. Переваги і недоліки моделей фінансування сфери охорони здоров'я. *Ефективне управління економікою на світовому,*

державному та регіональному рівнях : матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 19-20 квітня 2024 р.). Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. 208 с. С. 199-204. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-367-8-49>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/271/9473/21335-1>.

377. Шишка І.В. Проблеми запровадження договорів державно-приватного партнерства у сфері надання медичних послуг. *Трансформаційні процеси національної економіки в умовах сьогодення: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 8 квітня 2023 р.).* Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 144 с. С. 139-144. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-296-1-30>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/198/9474/21341-1>.

378. Шишка І.В. Проблеми правового забезпечення запровадження страхової медицини в Україні. Реформування економіки в контексті міжнародного співробітництва: механізми та стратегії : матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 6-7 березня 2024 р.). Львів-Торунь: Ліха-Прес, 2024. С. 263-268. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-364-7-57>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/261/9420/21209-1>.

379. Шишка І.В. Проблеми фінансування розбудови телемедицини в Україні. Міжнародне економічне співробітництво: аналіз стану, реалії і проблеми: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Ужгород, 23-24 лютого 2024 року) / За заг. ред.: М. М. Палінчак, В. П. Приходько, В. В. Химинець та ін. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. 306 с. С. 301-304. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-363-0-82>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/258/9421/21215-1>.

380. Шишка І.В. Проблемні питання посилення політик та спроможності інститутів національної системи охорони здоров'я. *Ефективність міжнародної економічної інтеграції: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 3 листопада 2023 р.).*

Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 116 с. С. 111-114. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-326-5-29>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/234/9472/21329-1>.

381. Шишка І. Програмний підхід до вдосконалення механізмів фінансування медицини в Україні. *Via Economic*. 2024. № 4. С. 232-240. <https://doi.org/10.32782/2786-8559/2024-4-33>. URL: <https://journals.rshu.rivne.ua/index.php/viaeconomica/article/view/202/184>.

382. Шишка І.В. Розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграції. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2023. № 10. С. 56-65. DOI: <https://doi.org/10.32782/2413-2675/2023-56-8>. URL: <http://vestnik-econom.mgu.od.ua/journal/2023/56-2023/10.pdf>.

383. Шишка І.В. Створення умов для підвищення якості медичних послуг. *Антикризове регулювання економіки у 2023 році: теорія та практика в умовах європейської інтеграції України: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Одеса, 17 лютого 2023 р.)* / відп. за випуск д.е.н., проф. С. О. Якубовський. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2023. 202 с. С. 200-202. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-290-9-47>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/197/9418/21197-1>.

384. Шишка І.В. Тактичні цілі стратегії реінжинірингу сфери охорони здоров'я України. Стратегічні пріоритети соціально-економічного розвитку в умовах інституційних перетворень глобального середовища: матеріали Х Міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 11 листопада 2022 р.). Львів-Торунь: Liha-Pres, 2022. 173 с. С. 167-170. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-254-1-42>. URL: <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/view/184/9419/21203-1>.

385. Шишка І.В. Тенденції розвитку світового ринку медичних послуг. *Інфраструктура ринку. Розділ 8. Економіка*. 2023. Випуск 73. С. 204-212. DOI: <https://doi.org/10.32782/infrastructure73-34>. URL: http://market-infr.od.ua/journals/2023/73_2023/36.pdf.

386. Шишка І. Тенденції технологічної трансформації ринку медичних послуг. *Сталий розвиток економіки*. 2024. № 2(49). С. 363-369. DOI: <https://doi.org/10.32782/2308-1988/2024-49-57>. URL: <https://economdevelopment.in.ua/index.php/journal/article/view/1071/1026>.

387. Шишка І. Теоретико-методологічні засади функціонування системи охорони здоров'я України. *Modeling the Development of the Economic Systems*. 2024. № 3. Р. 159-167. DOI: <https://doi.org/10.31891/mdes/2024-13-21>. URL: <https://mdes.khmnmu.edu.ua/index.php/mdes/article/view/394/378>.

388. Шишка І. Характеристика сильних і слабких сторін внутрішнього середовища системи охорони здоров'я України. *Трансформаційна економіка*. 2024. № 2 (07). С. 120-129. DOI: <https://doi.org/10.32782/2786-8141/2024-7-19>. URL: <https://transformations.in.ua/index.php/journal/article/view/123/120>.

389. Шишка І.В. Формат і основні напрями міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я. *Науково-виробничий журнал «Бізнес-навігатор»*. 2022. Випуск 3 (70). С. 161-169. DOI: <https://doi.org/10.32782/business-navigator.70-28>. URL: http://business-navigator.ks.ua/journals/2022/70_2022/30.pdf.

390. Шулдик А.В. Типи корпоративної культури в медичних організаціях. *Правничий вісник Університету "КРОК"*. 2017. Вип. 27. С. 163-168. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pvuk_2017_27_24 (дата звернення 09.06.2023).

391. Що змінилось на українському ринку страхування з 2024 року: детальний огляд. 10 Січня 2024. URL: <https://ua.news/ua/money/shho-zminylos-na-ukrayinskomu-ryнку-strahuvannya-z-2024-roku-detalnyj-oglyad> (дата звернення 27.02.2024).

392. Щодо здійснення Держпродспоживслужбою державного санітарно-епідеміологічного нагляду на об'єктах систем водопостачання та водовідведення населених пунктів країни. URL: <https://dpss.gov.ua/news/shchodo-zdijsnennya-derzhprodspozhivsluzhboyu-derzhavnogo-sanitarno-epidemiologichnogo-naglyadu-na-obyektah-sistem->

vodopostachannya-ta-vodovidvedennya-naselenih-punktiv-krayini (дата звернення 14.07.2023).

393. Юнгер В.І. Розвиток стратегічних положень державного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2023. № 2. С. 325-333. URL: http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2023/47.pdf (дата звернення 16.12.2023).

394. Ягельська К.Ю. Організаційно-економічні особливості трансформаційної моделі охорони здоров'я України. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*. 2020. Том 31 (70). № 6, С. 83-88. URL: https://www.econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2020/31_70_6/16.pdf (дата звернення 09.06.2023).

395. Як МОЗ і КМУ визначатимуть межі та мережу лікарень госпітальних округів. URL: <https://dzplatforma.com.ua/news/57506-yak-moz-i-kmu-viznachatimut-mezhi-ta-merezhu-likaren-gospitalnikh-okrugiv> (дата звернення 19.03.2023).

396. Як працює програма реімбурсації «Доступні ліки» з оновленим реєстром лікарських засобів. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/1975-yak-pratsyu-programa-rembursats-dostupn-lki-z-1-jovtnya> (дата звернення 21.05.2023).

397. Які медичні послуги можуть бути платними для пацієнта? Роз'яснення НСЗУ 27.11.21. URL: <https://uoz.mkrada.gov.ua/people/reforms/431-yaki-medichni-poslugi-mozhut-buti-platnimi-dlya-patsienta-roz-yasnennya-nszu-27-11-21> (дата звернення 26.02.2024).

398. Ясінська Т.В., Найчук-Хрущ М.Б. Вплив пандемії COVID-19 на глобалізаційні процеси у світовій економіці. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління. Світове господарство і міжнародні економічні відносини*. 2021. Випуск 4(31). С. 9-15. URL: http://www.easterneurope-ebm.in.ua/journal/31_2021/4.pdf (дата звернення 09.09.2023).

399. 28 лютого 2017 року Комітет з питань охорони здоров'я провів засідання «круглого столу» на тему: «Робота системи екстреної медичної

допомоги України: проблеми на шляхи вирішення». URL: <https://komzdrav.rada.gov.ua/print/73148.html> (дата звернення 07.06.2023).

400. 40% страхових компаній не відповідають новим вимогам НБУ: отримують півроку на виправлення. 22 грудня 2023. URL: <https://www.epravda.com.ua/news/2023/12/22/708024/> (дата звернення 27.02.2024).

401. 5 medtech-трендів для сфери охорони здоров'я у 2023. URL: <https://hub.kyivstar.ua/news/5-medtech-trendiv-dlya-sfery-ohorony-zdorov-ya-u-2023/> (дата звернення 23.07.2023).

402. About GMTA. URL: <http://www.globalmedicaltechnologyalliance.org/about.html> (дата звернення 10.09.2023).

403. Al Swaidi S. J. (2022). Strategic Planning of Business Development in Health Care. *NILES journal for Geriatric and Gerontology*, 5, 2, 338-353. DOI: 10.21608/NILES.2022.253807. URL: https://niles.journals.ekb.eg/article_253807.html (дата звернення 16.07.2023).

404. Applications of nanotechnology in medical field: a brief review / A. Haleem, M. Javaid, R. P. Singh, S. Rab, R. Suman. *Global Health Journal*. 2023. Volume 7. Issue 2. P. 70-77. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2414644723000337> (дата звернення 25.07.2023).

405. Arnautova Y. Top Healthcare Industry Trends to Watch in 2023 and Beyond. URL: <https://www.globallogic.com/insights/blogs/top-healthcare-industry-trends-to-watch-in-2023-and-beyond/> (дата звернення 22.07.2023).

406. Artificial Intelligence (AI) in Healthcare Market to Grow at a CAGR of 37% by 2030. URL: <https://www.biospace.com/article/artificial-intelligence-ai-in-healthcare-market-to-grow-at-a-cagr-of-37-percent-by-2030/?keywords=covid> (дата звернення 23.07.2023).

407. Assessing Medical Technologies. Institute of Medicine (US) Committee for Evaluating Medical Technologies in Clinical Use. Washington (DC): National Academies Press (US); 1985. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK217478/> (дата звернення 10.09.2023).

408. Auxier B., Bucaille A., Westcott K. Mental health goes mobile: The mental health app market will keep on growing. URL: <https://www2.deloitte.com/us/en/insights/industry/technology/technology-media-and-telecom-predictions/2022/mental-health-app-market.html> (дата звернення 26.07.2023).

409. Benefits and Challenges of Globalization. February 06, 2020. URL: <https://www.globalization-partners.com/blog/benefits-and-challenges-of-globalization/#gref> (дата звернення 10.09.2023).

410. Big vs small pharmaceutical companies driving innovation. October 14, 2022. URL: <https://within3.com/blog/big-vs-small-pharmaceutical-companies>. (дата звернення 30.08.2023).

411. Bill & Melinda Gates Foundation. Program strategies. 2023. URL: https://www.gatesfoundation.org/our-work#program_strategies (дата звернення 22.08.2023).

412. Bloom B. R., Farmer P. E., Rubin E. J. WHO's Next – The United States and the World Health Organization. *The New England Journal of Medicine*. 2020. 383. C. 676-677. DOI: 10.1056/NEJMe2024894. URL: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2024894> (дата звернення 19.08.2023).

413. Butrous Gh. International cooperation to promote advances in medicine. *Ann Thorac Med*. 2008 Jul-Sep; 3(3): 79–81. doi: 10.4103/1817-1737.41913. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700441/> (дата звернення 03.10.2023).

414. Byskov, J., Maluka, S., Marchal, B., Shayo, E. H., Blystad, A., Bukach, S., Zulu, J. M., Michelo, C., Hurtig, A.-K. & Bloch, P. (2019). A systems perspective on the importance of global health strategy developments for accomplishing today's Sustainable Development Goals. *Health Policy and Planning*, 34, 9, 635-645. DOI: [org/10.1093/heapol/czz042](https://academic.oup.com/heapol/article/34/9/635/5541031). URL: <https://academic.oup.com/heapol/article/34/9/635/5541031> (дата звернення 16.07.2023).

415. Cameron K.S., Quinn R.E. Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass, 2011. 288 p.

416. Cluster activities. European Medicines Agency. 2023. URL: <https://www.ema.europa.eu/en/partners-networks/international-activities/cluster-activities> (дата звернення 03.09.2023).

417. Cluster Approach (IASC). 24 March 2023. URL: <https://emergency.unhcr.org/coordination-and-communication/cluster-system/cluster-approach-iasc> (дата звернення 03.09.2023).

418. Collins J. 5 Leading Healthcare Trends for 2023. URL: <https://www.forbes.com/sites/forbesagencycouncil/2023/02/16/5-leading-healthcare-trends-for-2023/?sh=400453c26c7d> (дата звернення 22.07.2023).

419. Dennis C. (2019). Strategic planning – a health system operational perspective. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, vol 3. URL: <https://jhmhp.amegroups.org/article/view/5557/html> (дата звернення 16.07.2023).

420. Digital transformation in healthcare: Analyzing the current state-of-research / Sascha Kraus, Francesco Schiavone, Anna Pluzhnikova, Anna Chiara Invernizzi. *Journal of Business Research*. February 2021. Volume 123. Pages 557-567. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0148296320306913> (дата звернення 23.12.2023).

421. e-SPAR state party annual report. URL: <https://extranet.who.int/e-spar> (дата звернення 18.03.2023).

422. EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. URL: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en (дата звернення 02.11.2023).

423. European Partnerships in health. Details of European Partnerships under Horizon Europe. Partnership proposals, contact details, details of partners. URL: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/european-partnerships-horizon-europe/health_en (дата звернення 04.11.2023).

424. Farooq M. Top 20 International NGOs in the World. 27th July 2020. URL: <https://www.transparenthands.org/top-20-international-ngos-in-the-world/> (дата звернення 21.08.2023).
425. Future of Healthcare Report. 2021. 12 p. С. 2. URL: https://www.himss.org/sites/hde/files/handout-FutureOfHealthcareReport-EMC-0821-FINAL_156.pdf (дата звернення 22.07.2023).
426. Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of Health and Healthcare. Insight Report. World Economic Forum. January 2023. 56 p. URL: https://www3.weforum.org/docs/WEF_Global_Health_and_Healthcare_Strategic_Outlook_2023.pdf (дата звернення 21.07.2023).
427. Global Health Cluster. March 2022. URL: <https://www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters/health> (дата звернення 03.09.2023).
428. Global Healthcare Information Exchange (HIE) Solutions Market – Industry Trends and Forecast to 2029. Jul 2022. URL: <https://www.databridgemarketresearch.com/reports/global-healthcare-information-exchange-hie-solutions-market> (дата звернення 10.09.2023).
429. Global partnerships in health. Details of cooperation agreements in the field of health research URL: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/research-area/health/global-partnerships-health_en (дата звернення 28.10.2023).
430. Globalization and Health. BioMed Central journal. URL: <http://www.globalizationandhealth.com/home/> (дата звернення 07.08.2023)
431. Goroshko A., Shapoval N., Lai T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/381590/ukraine-fpeng.pdf?ua=1 (дата звернення 17.03.2023).
432. Gupta D. Top Healthcare Trends That Will Redefine The Industry in 2023. June 27, 2023. URL: <https://appinventiv.com/blog/healthcare-app-trends/> (дата звернення 22.07.2023).

433. Gupta D. Ways Electronic Health Records Will Continue to Improve in 2023. February 28, 2023. URL: <https://appinventiv.com/blog/impact-of-technology-on-ehr/> (дата звернення 22.07.2023).

434. Haughey D. PEST Analysis. 18 Oct 2021. URL: <https://www.projectsmart.co.uk/tools/pest-analysis.php> (дата звернення 26.05.2023).

435. Healthcare at War: The Impact of russia's full-scale Invasion on the Healthcare in Ukraine. UHC. April 2023. 37 p. URL: https://drive.google.com/file/d/1dZQHg_aSdY9xIOiJwz6nM_G3fWSny3Ol/view (дата звернення 07.09.2023).

436. Healthcare IT Market (Type: Healthcare Provider Solutions, Healthcare Payer Solutions, and HCIT Outsourcing Services), and (End User: Healthcare Providers and Healthcare Payers) - Global Industry Analysis, Size, Share, Growth, Trends, Regional Outlook, and Forecast 2022 – 2030. URL: <https://www.precedenceresearch.com/healthcare-it-market> (дата звернення 22.07.2023).

437. Healthcare Services Global Market Report 2022. URL: <https://www.globenewswire.com/news-release/2022/02/11/2383671/0/en/Healthcare-Services-Global-Market-Report-2022.html> (дата звернення 22.07.2023).

438. Hlevatska N.M., Yakushev O.V., Cherednychenko V.V. Management of primary health care institution in modern economic conditions. *Збірник наукових праць ЧДТУ. Серія: Економічні науки*. Випуск 61. С. 22-31. URL: <http://ven.chdtu.edu.ua/article/view/236843> (дата звернення 09.06.2023).

439. Home Healthcare Market Size, Share & Trends Analysis Report By Component (Equipment, Services), By Indication (Cardiovascular Disorder & Hypertension, Diabetes & Kidney Disorders), By Region, And Segment Forecasts, 2023 – 2030. URL: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/home-healthcare-industry> (дата звернення 22.07.2023).

440. Horiachko A. 13 Healthcare IT Trends to Watch in 2023. 11 January

2023. URL: <https://www.softermii.com/blog/healthcare-information-technology-trends-to-watch> (дата звернення 22.07.2023).

441. How the Economy Will Look After the Coronavirus Pandemic / J.E. Stiglitz, R.J. Shiller, G. Gopinath, C.M. Reinhart, A. Posen, E. Prasad, A. Tooze, L. D'Andrea Tyson, K. Mahbubani & Stefan Theil. April 15, 2020. URL: <https://foreignpolicy.com/2020/04/15/how-the-economy-will-look-after-the-coronavirus-pandemic/> (дата звернення 09.09.2023).

442. Huebner C. & Flessa S. (2022). Strategic Management in Healthcare: A Call for Long-Term and Systems-Thinking in an Uncertain System. *Int J Environ Res Public Health*, 19(14). DOI: 10.3390/ijerph19148617. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9324431/> (дата звернення 16.07.2023).

443. Ilasco I. Top 10 largest NGOs in the world. 23 December 2021. URL: <https://www.developmentaid.org/news-stream/post/124777/top-10-largest-ngos-in-the-world> (дата звернення 21.08.2023).

444. Internet of Things (IOT) in Healthcare Market – Global Industry Analysis, Size, Share, Growth, Trends, Regional Outlook, and Forecast 2022-2030. URL: <https://www.precedenceresearch.com/internet-of-things-in-healthcare-market> (дата звернення 23.07.2023).

445. Jacinto A. 10 Healthcare Technology Trends in 2023 that will Shape the Future. February 3, 2023. URL: <https://www.startechup.com/blog/10-healthcare-technology-trends-2023/> (дата звернення 22.07.2023).

446. Markwell S., Beynon C. Health service development and planning. 2017. URL: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/organisation-management/5d-theory-process-strategy-development/health-service-development-planning> (дата звернення 21.04.2024).

447. Marley R. Top 10 healthcare trends expected to take 2023 by storm. 23 November 2022. URL: <https://healthcaretransformers.com/healthcare-business/strategy-and-operations/top-10-healthcare-trends-for-2023/> (дата звернення 22.07.2023).

448. Maud MTE Huynen, Martens P. & Hilderink H. The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Globalization and Health*. 2005. Vol. 1. Article 14. URL: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-1-14#Tab2> (дата звернення 10.09.2023).
449. Mescon M.H., Albert M., Khedouri F. *Management: Individual and Organizational Effectiveness*. NY: Harper & Row, 1985. 756 p.
450. Mintzberg H., Ahlstrand B., Lampel J. *StrategySafari. A guided tour through the wilds of strategicmanagement*. NY: The Free Press, 1998.
451. *Mission, Vision and Values*. United States Agency for International Development. URL: <https://www.usaid.gov/about-us/mission-vision-values> (дата звернення 02.11.2023).
452. Morrison M. *PESTLE Analysis Tool (PEST Analysis) – History and Templates*. 04/03/2021. URL: <https://rapidbi.com/the-pestle-analysis-tool/> (дата звернення 26.05.2023).
453. Paqué K.-H. *Globalisierung ist nicht das Problem, sondern die Lösung*. URL: https://www.zeit.de/wirtschaft/2020-03/coronakrise-globalisierung-coronavirus-wirtschaft-gesundheitssystem?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.freiheit.org%2F (дата звернення 09.09.2023).
454. Pifer R. *How technology will shape healthcare in 2023*. Published Jan. 17, 2023. URL: <https://www.healthcarediver.com/news/digital-health-predictions-2023-telehealth-ai-privacy-cybersecurity/638555/> (дата звернення 22.07.2023).
455. Porter R. *The World Health Organization and Its Work*. *Am J Public Health*. 2008. 98: 1594-1597. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2509615/> (дата звернення 19.08.2023).
456. Puyt R.W., Lie F.B., Wilderom Celeste P.M. *The origins of SWOT analysis*. *Long Range Planning*. 2023. Available online 22 February. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0024630123000110> (дата звернення 14.05.2023).
457. Rasouli1 A., Khoonsari M. H. K., Ashja'ardalan S., Saraee F. & Ahmadi F. Z. (2020). *The Importance of Strategic Planning and Management in*

Health: A Systematic Review. *Journal of Health Management and Informatics*, 7(1), 1-9. URL: https://jhmi.sums.ac.ir/article_46622_42a6925030a359bf4d4cc84f508faf1b.pdf (дата звернення 16.07.2023).

458. Remote Patient Monitoring (RPM) Market by Product (Software, Services, Devices, Cardiology, Neurological, BP Monitors, Neonatal, Weight, Temperature, Neuro), End user (Providers, Hospitals, Clinics, Homecare, Patients, Payers) – Global Forecast to 2027. URL: <https://www.researchandmarkets.com/reports/5185546/remote-patient-monitoring-rpm-market-by> (дата звернення 22.07.2023).

459. Rowe S. Y., Peters D. H., Holloway K. A., Chalker J., Ross-Degnan D. & Rowe A. K. (2019). A systematic review of the effectiveness of strategies to improve health care provider performance in low- and middle-income countries: Methods and descriptive results. *PLOS ONE*. 29 p. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0217617&type=printable> (дата звернення 16.07.2023).

460. Shyshka Ihor Development of the concept of the development of the health care sector. *Економіка та суспільство*. 2024. Випуск 60. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-60-155>. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/4667/4609>.

461. Simmering M. J. SWOT ANALYSIS. URL: <https://www.referenceforbusiness.com/management/Pr-Sa/SWOT-Analysis.html> (дата звернення 14.05.2023).

462. Soken-Huberty E. The 15 Biggest NGOs in the World. URL: <https://www.humanrightscareers.com/issues/biggest-ngos-in-the-world/> (дата звернення 21.08.2023).

463. Speier M. What Does the World Health Organization Do? June 2, 2022. URL: <https://www.cfr.org/backgrounder/what-does-world-health-organization-do> (дата звернення 19.08.2023).

464. SWOT-аналіз. Тренінг «Стратегічне планування в охороні здоров'я на рівні госпітального округу». Модуль 2. Розробка та впровадження

стратегічного плану. Київ: Програма ООН із відновлення та розбудови миру.
19 с. URL: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ua/P3-M2.pdf> (дата звернення 14.05.2023).

465. These 4 Trends Could Reshape Health Care This Year. URL: <https://www.aha.org/aha-center-health-innovation-market-scan/2023-02-07-these-4-trends-could-reshape-health-care-year> (дата звернення 23.07.2023).

466. Thompson Arthur A., Strickland A. J. Strategic Management. 12thed. McGraw-HillEducation, 2001. 572 p.

467. Thornton R. World Trade Organizations. Waltham Abbey, Essex: ED-TECH PRESS. 2019. 316 с. URL: https://books.google.de/books?id=tYNJEAAAQBAJ&pg=PA28&lpg=PA28&dq=MTN.GNS/W/124,+ISTIA&source=bl&ots=r2_dYa8nSG&sig=ACfU3U1OEFLpqjH7zxLnYVvZ92u9-6aZnA&hl=ru&sa=X&ved=2ahUKEwj8uf7grfqAAxWMNewKHYA0CZcQ6AF6BAGgEAM#v=onepage&q=MTN.GNS%2FW%2F124%2C%20ISTIA&f=false (дата звернення 26.08.2023).

468. Top 8 Healthcare Technology Trends to Watch in 2023. April 04, 2023. URL: <https://mapsted.com/blog/healthcare-technology-trends/> (дата звернення 23.07.2023).

469. Total number of pharmaceutical companies with active R&D pipelines worldwide from 2001 to 2023 URL: <https://www.statista.com/statistics/791340/pharmaceutical-companies-number-with-active-pipeline/> (дата звернення 30.08.2023).

470. Twinning. Центр адаптації державної служби до стандартів Європейського Союзу. URL: <https://www.center.gov.ua/pro-tsentr/proekti/twinning> (дата звернення 04.11.2023).

471. Ukraine prepares for first nationwide survey to assess risk factors for noncommunicable diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2019/04/ukraine-prepares-for-first-nationwide-survey-to-assess-risk-factors-for-noncommunicable-diseases> (дата звернення 17.03.2023).

472. USAID. Де ми працюємо. Європа та Євразія. Україна. URL: <https://www.usaid.gov/ukraine> (дата звернення 02.11.2023).

473. Vaniukov S. Top 9 Blockchain Use Cases in Healthcare & Benefits You Should Know. 30 September 2022. URL: <https://www.softermii.com/blog/blockchain-in-healthcare-practical-use-cases-benefits-you-should-know> (дата звернення 23.07.2023).

474. Zimlichman E., Nicklin W., Aggarwal R., Bates D. W. Health Care 2030: The Coming Transformation. March 3, 2021. URL: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0569> (дата звернення 27.07.2023).

475. 2022 Global Health. Care Outlook. Are we finally seeing the long-promised transformation? URL: <https://www.deloitte.com/content/dam/assets-shared/legacy/docs/perspectives/2022/gx-health-care-outlook-Final.pdf> (дата звернення 22.07.2023).

476. 2023 Outlook: The Future of the Healthcare Industry. URL: <https://www.westmonroe.com/perspectives/report/healthcare-outlook> (дата звернення 23.07.2023).

477. 5 Things Gen Z Health Care Workers Want. URL: <https://www.aha.org/aha-center-health-innovation-market-scan/2023-07-18-5-things-gen-z-health-care-workers-want> (дата звернення 23.07.2023).

ДОДАТОК А

Копії довідок про впровадження результатів дослідження



ЗАПОРІЗЬКА МІСЬКА РАДА ДЕПАРТАМЕНТ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ

вул. Незалежної України, 60-б, м. Запоріжжя, 69126, тел.: (061) 224-19-78
e-mail: reception.der@zp.gov.ua Код ЄДРПОУ 37573157

11.04.2024 № 596

На № _____ від _____

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
здобувача наукового ступеня доктора економічних наук
Шишки Ігоря Васильовича
на тему «Концептуальні основи формування стратегії економічного
розвитку сфери охорони здоров'я»
зі спеціальності 08.00.03 – Економіка та управління національним
господарством**

Результати дослідження Шишки І.В. щодо визначення перспективних напрямів фінансування сфери охорони здоров'я шляхом доповнення рекомендацій ВООЗ, а також пропозиції щодо закріплення за конкретними виконавцями функцій з розробці стратегічних планових документів закладів охорони здоров'я з урахуванням стратегічних цілей розвитку сфери охорони здоров'я та функцій з періодичного моніторингу реалізації стратегічних планів та розміщення звітів про виконання запланованих завдань на сайті медичного закладу використані в практичній діяльності Департамент економічного розвитку Запорізької міської ради.

Також певну практичну цінність має рекомендація щодо проведення оцінювання впливу факторів середовища на функціонування закладу охорони здоров'я з метою визначення ступеня готовності об'єкту дослідження до реагування на прогнозований вплив чинників зовнішнього середовища опосередкованої дії.

Директор департаменту



Наталія НОВАК



ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

пр. Соборний, 164, м. Запоріжжя, 69107, тел. (061) 224-63-83, факс 239-05-03
 e-mail: doz@zoda.gov.ua; www.doz.zoda.gov.ua Код ЄДРПОУ 02012869

23.02.2024 № 01-3/027586 На № _____ від _____

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
здобувача наукового ступеня доктора економічних наук
Шишки Ігоря Васильовича
на тему «Концептуальні основи формування стратегії економічного
розвитку сфери охорони здоров'я»
зі спеціальності 08.00.03 – Економіка та управління національним
господарством

До практики стратегічного планування прийнято наукові розробки і рекомендації Шишки І.В. стосовно формування стратегії економічного розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та розроблений механізм забезпечення досягнення стратегічних цілей розвитку сфери охорони здоров'я, а саме пропозиції щодо застосування стратегій відновлення, реструктуризації і реінжинірингу за базовими складовими як забезпечення подальшого реформування сфери охорони здоров'я України, реалізації євроінтеграційних процесів та повоєнної відбудови системи охорони здоров'я на основі стратегічних та тактичних цілей: створення оптимальної мережі лікарень, забезпечення достатніх обсягів фінансування, цифровізація процесів управління і надання онлайн послуг тощо.

Також практичну цінність має методичний підхід до реалізації процесів довго- і середньострокового планування економічного розвитку сфери охорони здоров'я шляхом закріплення функцій з розроблення стратегічних планових документів.

Директор Департаменту охорони здоров'я
 Запорізької обласної державної адміністрації

Вікторія КЛИМЕНКО



**ЗАПОРІЗЬКА МІСЬКА РАДА
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
„МІСЬКА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ № 5” ЗАПОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**
вул. Новгородська, 28А, м. Запоріжжя, 69076 телефон: (061) 224 94 19 e-mail: zgmdb5@ukr.net Код СДРПОУ 05498789

24.03.2023 № 02-12/258/1

на № _____ від _____

**ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
здобувача наукового ступеня доктора економічних наук
Шишки Ігоря Васильовича
на тему «Концептуальні основи формування стратегії економічного розвитку
сфери охорони здоров'я»
зі спеціальності 08.00.03 – Економіка та управління національним
господарством**

Враховуючи надані в дисертації Шишки І.В. висновки і рекомендації та з метою підвищення якості процесу планування діяльності КНП «Міська дитяча лікарня №5» ЗМР, а також підвищення якості медичних послуг, що надаються, запроваджено використання комплексного підходу до аналізу результатів діяльності закладу, який передбачає співставлення аналізу внутрішніх даних за звітний період та результатів опитування пацієнтів.

Заслуговує уваги концептуальний підхід щодо процесу управління ризиками стратегічного розвитку закладу сфери охорони здоров'я, який базується на методі експертних оцінок для їх ідентифікації та оцінювання фундаментальних ризиків (поглиблення нерівності у доступі до послуг, посилення конкуренції в галузі, зростання вимог до якості медичних послуг, цінова та технічна доступність інновацій щодо надання медичних послуг, загроза кібератак) та специфічних ризиків (якість імплементації реформи охорони здоров'я, опір змінам, зниження кадрового потенціалу, формування госпітальних округів, неефективність менеджменту медичних закладів).

Директор

Наталія БОНДАРЕНКО 224 94 19



Ірина КУЛЄШ



**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ЗАКЛАД ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ТА СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ХВОРОБ» ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**

вул. Оріхівське шосе, 10-а, м. Запоріжжя, 69033, тел. (0612) 96-78-08; (061) 233-71-92
E-mail: zopb@meta.ua, zopb.sedova@meta.ua, код ЄДРПОУ 05498909

28.06.2024 № 3598 На № _____ від _____

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
здобувача наукового ступеня доктора економічних наук
Шишки Ігоря Васильовича
на тему «Концептуальні основи формування стратегії економічного розвитку
сфери охорони здоров'я»
зі спеціальності 08.00.03 – Економіка та управління національним
господарством**

Проведений Шишкою І.В. аналіз специфічних ризиків сфери охорони здоров'я, серед яких автор виділив ризики державного регулювання галузі, кадрові та виробничо-фінансові ризики, свідчить про глибоку обізнаність і розуміння Шишкою І.В. проблем функціонування медичних закладів в Україні. Урахування найбільш загрозливих кадрових ризиків (висока плинність кадрів, низька мотивація працівників, незадовільний рівень оплати праці) під час розроблення кадрової політики та реалізації заходів з управління персоналом комунального некомерційного підприємства «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» Запорізької обласної ради дозволить суттєво підвищити ефективність роботи закладу завдяки забезпеченню соціального захисту працівників, підвищенню ефективності комунікаційних процесів в організації та створенню умов для вмотивованого підвищення кваліфікації працівників.

Також практичну цінність мають рекомендації щодо розвитку системи е-здоров'я, визначених у «Стратегії розбудови телемедицини в Україні», завдяки акцентуванню уваги на необхідності додання заходів з мінімізації можливих зовнішніх і внутрішніх ризиків.



Директор

Федір ПАТАЛАХ



ЗАПОРІЗЬКА МІСЬКА РАДА

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «МІСЬКА ЛІКАРНЯ №9» ЗАПОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

вул. Щаслива/Дудикіна, 1/6, м.Запоріжжя, 69065, телефон 224 37 00 e-mail: 9gb@ukr.net Код ЄДРПОУ 05498694

18.04.2014 № 01-8/874

на № _____ від _____

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
здобувача наукового ступеня доктора економічних наук**

Шишки Ігоря Васильовича

**на тему «Концептуальні основи формування стратегії економічного
розвитку сфери охорони здоров'я»**

**зі спеціальності 08.00.03 – Економіка та управління національним
господарством**

До практики стратегічного аналізу і планування прийнято наукові розробки і рекомендації Шишки І.В. стосовно методики проведення аналізу комплексного аналізу діяльності закладу охорони здоров'я. Найбільш корисними серед них визначено: використання методу мозкового штурму, під час якого керівникам, співробітникам, стороннім консультантам необхідно сформулювати перелік чинників зовнішнього середовища об'єкту дослідження; включення чинників зовнішнього середовища до однієї групи на основі ознаки їх не підконтрольності суб'єкту управління; визначення найбільш впливових чинників зовнішнього і внутрішнього середовища на основі побудови відповідного профілю закладу охорони здоров'я.

Також науково-практичний інтерес мають рекомендації щодо аналізу результатів реформування системи охорони здоров'я завдяки співставленню звітних даних НСЗУ з оцінками експертів ВООЗ, українських фахівців і науковців, а також пацієнтів.

Директор



Кирило НЕРЯНОВ



**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«ЗАПОРІЗЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР СЛУЖБИ КРОВІ»
ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
(КНП «ЗОЦСК» ЗОР)**

вул. Леоніда Жаботинського, 32, м. Запоріжжя, 69035 тел. (061) 289-81-90, факс 233-14-27
e-mail: donor@ospk.zp.ua Web сайт: <http://ospk.zp.ua> Код ЄДРПОУ 05499085

22. 05. 2024 № 428

На № _____ від _____

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
здобувача наукового ступеня доктора економічних наук
Шишки Ігоря Васильовича
на тему «Концептуальні основи формування стратегії економічного
розвитку сфери охорони здоров'я»
зі спеціальності 08.00.03 – Економіка та управління національним
господарством**

Науково-практичні рекомендації Шишки І.В. щодо впровадження комплексного підходу з управління ризиками стратегічного розвитку закладу сфери охорони здоров'я використані в практичній діяльності КНП «Запорізький обласний центр служби крові» Запорізької обласної ради. Особливої уваги заслуговує визначення системи фундаментальних ризиків (поглиблення нерівності у доступі до послуг, посилення конкуренції в галузі, зростання вимог до якості медичних послуг, цінова та технічна доступність інновацій щодо надання медичних послуг, загроза кібератак) та специфічних ризиків (якість імплементації реформи охорони здоров'я, опір змінам, зниження кадрового потенціалу, формування госпітальних округів, неефективність менеджменту медичних закладів) на основі методу експертних оцінок для їх ідентифікації та оцінювання.

Також певну практичну цінність має рекомендація щодо проведення оцінювання впливу факторів середовища на функціонування закладу охорони здоров'я з метою визначення ступеня готовності об'єкту дослідження до реагування на прогнозований вплив чинників зовнішнього середовища опосередкованої дії.

Директор



Дмитро ЄМЕЛ'ЯНОВ

Класичний
Приватний
Університет

Україна, 69002 тел. (061) 787-33-96
м. Запоріжжя, (061) 764-67-50
Жуковського, 70 "Б" факс (061) 228-07-78



CLASSIC
PRIVATE
UNIVERSITY

70 "B", Zhukovskogo st., tel. (061) 787-33-96
69002 Zaporizhja, (061) 764-67-50
UKRAINE fax (061) 228-07-78

№ 1872

„ 22 08 20 24/р.

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
здобувача наукового ступеня доктора економічних наук
Шишки Ігоря Васильовича
на тему «Концептуальні основи формування стратегії економічного розвитку
сфери охорони здоров'я»
зі спеціальності 08.00.03 – Економіка та управління національним
господарством

Теоретико-методичні розробки та пропозиції Шишки І.В. щодо стратегічного економічного розвитку закладу охорони здоров'я використані при підготовці фахівців спеціальності 073 «Менеджмент» освітнього рівня «магістр», освітньої програми «Управління закладом охорони здоров'я» в навчальному процесі Класичного приватного університету під час викладання дисциплін «Стратегічне управління закладом охорони здоров'я», «Управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я», «Управління змінами в закладі охорони здоров'я», «Антикризове управління закладом охорони здоров'я», а саме: застосування методики побудови профілю середовища під час проведення SWOT-аналізу; застосування методики аналізу фундаментальних і специфічних ризиків на основі експертних оцінок з метою їх вимірювання та прогнозування їхньої динаміки на найближчі роки; класифікацію чинників глобалізації сфери охорони здоров'я; класифікацію форм та напрямів міжнародного співробітництва у галузі охорони здоров'я; зміст дефініції «стратегічне управління економічного розвитку сфери охорони здоров'я», «механізм стратегічного управління».

Ректор



Віктор ОГАРЕНКО