

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ, УПРАВЛІННЯ,
ПРАВА ТА ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ**

Освітньо-професійна програма Зв'язки з громадськістю
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Ступінь вищої освіти Магістр

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри

Тамара ЛОЗИНСЬКА

12 грудня 2022 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «Нові підходи в роботі державної медичної системи в період дії
воєнного стану»

виконав здобувач вищої освіти заочної форми навчання

Виноград Олександр Михайлович

Керівник кваліфікаційної роботи

Олександр ЧЕРЧАТИЙ

Полтава – 2022 року

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ СИСТЕМОЮ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ	10
1.1. Медична система як об’єкт управління	10
1.2. Концептуальні підходи до державного управління медичною системою	15
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ В ПЕРІОД ДІЇ ВОЄННОГО СТАНУ	24
2.1. Проблеми та виклики медичної системи, пов’язані з військовими діями	24
2.2. Оцінка наслідків війни для сфери охорони здоров’я України.....	32
Висновки до розділу 2	38
РОЗДІЛ 3. СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ	39
3.1. Напрями відновлення медичної системи України	39
3.2. Шляхи забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров’я.....	45
Висновки до розділу 3	55
ВИСНОВКИ	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	60
ДОДАТКИ	68

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Збереження, охорона та зміцнення здоров'я громадян є одним із ключових пріоритетів держави, який покликана реалізувати система охорони здоров'я. Військова агресія РФ в спричинила критичне навантаження на національну медичну систему України, що пов'язано зі значними руйнуваннями об'єктів закладів охорони здоров'я, підвищенням попиту громадян на різні види медичної допомоги та послуг, які не були пріоритетними до війни, а також значною міграцією серед населення та медичних працівників. Відбудова медичної системи сприяла б ефективному відновленню людського капіталу, який є фундаментом для відновлення України від наслідків війни. Зусилля щодо відновлення мають спрямовуватися на відбудову зруйнованої інфраструктури, а також на трансформацію системи охорони здоров'я відповідно до потреб громадян та наявних ресурсів таким чином, щоб вона була спроможна не лише забезпечити надання громадянам якісної і своєчасної медичної допомоги, але й була готовою до реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я.

Питанням реформування системи охорони здоров'я в Україні присвячені праці А. Д. Барзиловича, С. М. Вовка, С. Книша, В. М. Лехана, С. О. Назарко, Н. П. Яроша. Різноманітні аспекти управління медичною галуззю окреслені в роботах В. Бакуменка, О. Г. Барила, Д. І. Горбатової, П. О. Гуржий, О. А. Дегтяр, М. В. Долгих, Л. Криничко, О. О. Терзі та інших науковців і практиків. Т. Богдан, Т. Долгова, А. Левченко, Н. Марків, Т. Одноліток, О. В. Устінов, І. Свеженцева висвітлюють вплив військових дій на медичну систему. Серед зарубіжних дослідників слід виокремити роботи М. Брайнера, Ф. Нігро, Дж. Перліна та ін. Разом з тим, особливого значення набуває потреба у поглибленні досліджень, пов'язаних із функціонуванням медичної системи в умовах воєнного стану.

Зв'язок роботи з науковими темами. Кваліфікаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Полтавського державного

аграрного університету за темою «Організаційно-економічний механізм формування конкурентоспроможності аграрних підприємств» (№ державної реєстрації 0117U003101, 2017-2022 рр.).

Мета та завдання дослідження. Мета полягає в дослідженні нових підходів у роботі державної медичної системи в період дії воєнного стану та обґрунтуванні пропозицій щодо її відновлення у пост воєнному періоді.

Для реалізації поставленої мети було передбачено розв'язання таких завдань:

- дослідити теоретико-методологічні аспекти управління медичною системою;
- здійснити аналіз функціонування медичної системи в період дії воєнного стану;
- обґрунтувати стратегічні пріоритети відновлення системи охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – процеси управління у сфері охорони здоров'я України в умовах воєнного стану.

Предмет дослідження – якісні закономірності в медичній системі, фактори її трансформації, планування та діяльності закладів охорони здоров'я під час війни та у контексті повоєнного відновлення.

Методи дослідження. Дослідження здійснювалось на основі опрацювання і аналізу наукових праць фахівців з методології наукового пізнання. Використовувались філософські (діалектичний, системний, функціональний); загальнонаукові (абстрагування, аналогія, аналіз, синтез, порівняння); спеціально-юридичні (порівняльно-правовий, формально-правовий, конкретно-правовий) методи. Застосовано метод інформаційного пошуку та аналітико-порівняльний метод, емпіричний, метод сходження від загального до конкретного.

Інформаційна база. Інформаційною базою слугували законодавчі та нормативно-правові акти України, теоретичні й практичні напрацювання вітчизняних і зарубіжних вчених за темою дослідження, статистичні та

аналітичні дані Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Аналітичного центру при Київській школі економіки – KSE Institute, Урядового порталу та інших відкритих інформаційних джерел.

Наукова новизна одержаних результатів. Окремі положення і висновки кваліфікаційної роботи мають наукову і практичну цінність. Дослідження пропонує комплекс управлінських заходів щодо вирішення проблем та викликів медичної системи, пов'язаних з військовими діями.

До елементів наукової новизни можна віднести:

удосконалено:

підходи щодо забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я під час дії воєнного стану на пост воєнному етапі, які враховують виклики, можливості й обмеження на кожному з етапів відновлення медичної системи та передбачають диверсифіковані джерела фінансування галузі, включаючи міжнародну технічну допомогу;

набуло подальшого розвитку:

- систематизовано нові підходи в роботі державної медичної системи в період дії воєнного стану;
- визначено проблеми та виклики, пов'язані з військовими діями, які впливають або матимуть потенційний вплив на громадське здоров'я у довгостроковій перспективі;
- обґрунтовано принципи відновлення й трансформації системи охорони здоров'я в Україні, які допоможуть узгодити потенційні інвестиції із реформами, та спрямувати заходи із відновлення на те, щоб система охорони здоров'я якнайкраще надавала необхідні послуги для населення.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що розроблені й науково обґрунтовані теоретичні положення, висновки й рекомендації кваліфікаційної роботи можуть бути використані в практичній діяльності закладів сфери охорони здоров'я, зокрема, в частині пошуку альтернативних джерел залучення фінансових ресурсів та моделей

трансформації медичної сфери на повоєнному етапі.

Особистий внесок здобувача. Кваліфікаційна робота є самостійно виконаною науковою працею, в якій основні науково-теоретичні положення, авторські розробки, висновки та рекомендації, зокрема ті, що становлять наукову новизну, отримано та сформульовано автором самостійно і відповідно розкрито у списку наукових публікацій.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження за темою кваліфікаційної роботи оприлюднені у формі доповідей.

Публікації. За результатами проведеного дослідження опубліковано тези у збірниках:

«Роль Всесвітньої організації охорони здоров'я в управлінні медичною системою України в умовах війни», яка включена до Збірника матеріалів наукових досліджень молодих учених [кафедри публічного управління та адміністрування] Полтавського державного аграрного університету. Вип. 2. Грудень 2022 р. Полтава, ННІ ЕУПІТ, 2022.

«Особливості реалізації державної політики органами місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я населення в умовах воєнного стану», яка включена до Збірника матеріалів щорічної студентської наукової конференції Полтавського державного аграрного університету, 10 листопада 2022 р., м. Полтава: ПДАУ, 2022. С. 43-46.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Основний зміст викладено на 59 сторінках друкованого тексту, робота містить 3 таблиці, 14 рисунків та 6 додатків.

РОЗДІЛ 1

УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ СИСТЕМОЮ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

1.1. Медична система як об'єкт управління

Медична система України в сучасних умовах стикається з безпрецедентними викликами: необхідністю продовження реформ цієї галузі, загрозою поширення COVID-19, а головне – масштабними військовими діями. Найбільш суперечливими в цьому контексті є механізми публічного управління даною сферою. Суперечливість пов'язана із теоретичними та практичними поглядами на вирішення проблем медичної системи: з одного боку, теоретичні положення розкривають дію механізмів публічного управління, а з іншого – практичне втілення цих механізмів нашою державою на непереможні ризики і невизначеність подальшого розвитку подій в умовах воєнного стану. Разом з тим, управління цією галуззю є необхідним з огляду на те, що громадське здоров'я і людина – є головною цінністю держави. А медична система забезпечує збереження і відновлення здоров'я людського капіталу, а отже відіграє визначальну роль у соціально-економічному розвитку країни.

Виходячи з цього, дане дослідження базуватиметься на системній методології. Дана методологія виділяє конкретні функції публічного управління, серед яких – група загальних і спеціальних функцій. До першої групи включаємо: формування стратегії і фінансування медичної системи, розроблення державних галузевих програм, діагностику ефективності діяльності суб'єктів і об'єктів різних рівнів управління, розв'язання кадрових питань, контроль за реалізацією доручень, розпоряджень, рішень [60].

Група спеціальних функцій медичної системи включає: розвиток мережі медичних установ, забезпечення медичних закладів і населення медичними засобами, обладнанням, медичними послугами, організацію лікувально-

профілактичної допомоги населенню, санітарно-епідеміологічний нагляд, організацію проведення медичних експертиз, розвиток медичної науки [7]. Перелічені функції орієнтовані, більшою мірою, на лікування пацієнтів, а також на профілактику різноманітних захворювань. В залежності від особливостей, рівнів об'єктів управління, разом із механізмами публічного управління медичною системою в цілому, виділяють механізми управління її окремими ланками. Якщо розглядати медичну систему як об'єкт управління в нинішніх умовах суспільного розвитку, доцільно зосередити увагу на головному орієнтирі побудови та удосконалення національної медичної системи – громадське здоров'я.

Медична система має багаторівневу, розгалужену структуру. Вона включає велику кількість різних за потужністю медичних закладів (лікувальні заклади, центри первинної медико-санітарної допомоги, диспансери та ін.), вищі навчальні медичні заклади, науково-дослідні інститути, медичні коледжі, які є неоднорідними з точки зору їх обсягу та підходами до формування здоров'я громадян. Основна мета управління медичною системою – забезпечити гарантоване державою право громадян на медичну допомогу, створити прийнятні умови життєдіяльності, попереджувати захворювань та надавати якісні, достатні за обсягом послуги. Відповідно до цього владно-управлінські функції та повноваження розподілені в медичній системі, тобто саме у системі має втілюватися управлінська діяльність держави [10].

Аналіз наукових джерел з питань управління медичною системою дає можливість виокремити такі підходи до управління у цій сфері [7; 12; 55]:

- управління медичною системою є одночасно і механізмом, і формою реалізації управління суспільними відносинами;
- управлінський вплив містить організаційну компоненту в медичних закладах, котрий проявляється у взаємодії людей і проявляється у двох зрізах: статичному та динамічному. Звідси слідує, що медична система, як об'єкт управління, являє собою структуру, що складається з сукупності органів публічного управління;

– об’єктами державного управління в медичній системі виступають як суспільні відносини, так і відносини у самій організаційній системі.

Для оцінки необхідних змін в управлінні медичною системою узагальнено сучасні науково-практичні методи аналізу цих змін, яких зазнають або зазнали інші сфери охорони здоров’я у зарубіжних державах (Додаток А). Слід акцентувати увагу на тих обставинах, що сучасна національна медична система України – багатогранна і фактично автономна система. Вона має окремі сектори управління, яким властиві свої власні цілі, функції та завдання, рішення, впливи, дії, і де головним результатом має бути збереження та зміцнення здоров’я, продовження тривалості активного життя і працездатності населення (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Функціональна схема управління медичною системою [9; 12]

Представлена модель враховує розподіл функцій між різними секторами управління; відображає вплив механізмів управління (медико-демографічні, соціально-економічні, санітарно-гігієнічні, нормативно-правові, науково-дослідницькі, організаційні, матеріально-технічні, освітні), дію медичних заходів та засобів для досягнення соціально-економічного результату – збереження та зміцнення здоров'я громадян України.

Управління медичною системою потребує окреслення функцій управління, цілей, які відображаються у конкретних задачах, операційних діях суб'єктів управління на різних рівнях. Більшість науково-практичних праць, присвячених управлінню медичною системою, основну увагу приділяють верхнім та (або) нижнім рівнями ієрархії сфери. При цьому не акцентується увага на прогнозуванні реакцій медичної системи на ті або інші керуючі впливи чи ризики [63]. У зв'язку з цим в даному дослідженні ми об'єднаємо наукові дослідження щодо управління медичною системою у певну систему – рівень синтезу та аналізу, з одночасним їх поєднанням з верхнім (концептуальний рівень) та нижнім (рівень реалізації) рівнями управління.

Кожна організація, що входить до медичної системи, характеризується різною кількістю фахівців та персоналу, належить до різних форм власності і підпорядкування (Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України, Міністерству освіти і науки України, Міністерству охорони здоров'я України різним галузям тощо). У цьому контексті існує низка суб'єктів управління, які спираються в своїй діяльності на певні механізми публічного управління, які перебувають у взаємодії та виконують свої функції відносно підпорядкованих об'єктів. Зазначені обставини визначають специфічний характер предмета дослідження – публічного управління змінами у системі охорони здоров'я, що витікає з життєвої та соціально-економічно важливої значущості медичної системи як провідної, базової сфери суспільства і держави, основи громадського здоров'я та державної соціальної політики.

Розмежування спрямованості управлінського впливу на медичну систему визначається наступними компонентами [46; 55]:

- загальним підходом до поняття публічного управління медичною системою як явищем;
- організаційними механізмами та формами реалізації конкретних механізмів публічного управління;
- механізмами публічного управління в цілому і самою системою управління в медичній системі;
- змістом управлінських процесів та дій всередині державних медичних організацій і приватних медичних закладів (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Структура публічного управління медичною системою [46; 50]

Медична сфера, як об'єкт публічного управління, потребує системних змін, до яких ми відносимо наступні (рис. 1.3).

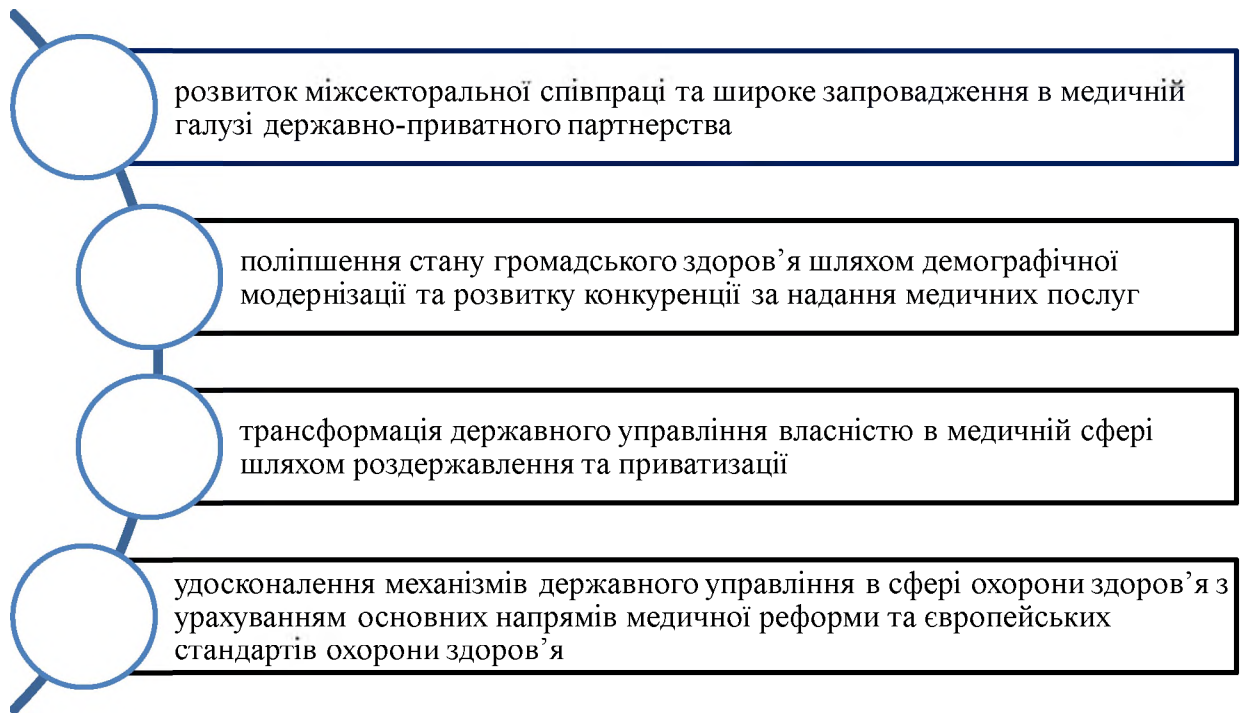


Рис. 1.3. Необхідні системні зміни в медичній системі [44]

Таким чином, у медичній системі існує гостра необхідність переходу від несистемного та переважаючого у своєму обсязі набору найкращих практик управління до комплексу механізмів публічного управління.

1.2. Концептуальні підходи до державного управління медичною системою

Процес державного управління, найважливішим елементом якого є публічна служба, передбачає діяльність в системі інститутів публічної влади і публічної служби, спрямованої на збалансоване задоволення потреб суспільства і держави, виконання нормативно-правових актів, що видаються органами державної влади і місцевого самоврядування, забезпечення верховенства права, дотримання Конституції України і законодавства, а також реалізацію законних прав та свобод людини і громадянина. В залежності від наявності державних владних повноважень державне управління може

включати державну публічну службу, до якої можна віднести органи державної влади, органи місцевого самоврядування, які мають державні владні повноваження, і недержавну публічну службу, що охоплює діяльність суб'єктів публічної влади, які не мають державних владних повноважень (політичні партії, мас-медіа, громадські організації, неурядові організації та об'єднання, громадяни і т. д.) [51]. Предметом державного управління виступає система правових і організаційних заходів, що складають організаційно-правовий механізм реалізації органами публічної адміністрації поставлених перед ними завдань. Поняття «державне управління» тісно пов'язане з поняттями «державне адміністрування», «публічне управління». Таким чином, є кілька понять, які стосуються управління суспільством. Однак при цьому між ними є спільні риси і відмінності. Поняття «публічне управління», на наш погляд, ширше поняття «державне управління» з огляду на те, що державне управління, будучи публічним управлінням, являє собою вплив держави на суспільство, на громадську та особисту життєдіяльність з метою забезпечення цілісності, суверенітету і розвитку суспільства. Однак держава не єдиний суб'єкт, який здійснює такий вплив на соціальні процеси. Публічне управління також охоплює такі форми управління, як місцеве управління і самоврядування, яке не є державним управлінням, а також інші види публічного управління, що також здійснюють вплив на суспільні процеси. Використання визначення «публічне» означає, що процес управління відбувається гласно і основним суб'єктом управління є народ, у той час як суб'єктом державного управління – держава. Вважається, що державне управління відрізняється від публічного управління владним характером, підпорядкованістю суспільства державній волі. Сучасні процеси децентралізації та реформування місцевого самоврядування, а також воєнні дії висунули нові вимоги до якості та результативності діяльності закладів охорони здоров'я, яка безпосередньо позначається на рівні соціально економічного розвитку як окремих медичних установ, так і медичної системи в цілому [48]. Нові українські реалії спонукають до прийняття рішень щодо

радикального покращення існуючих моделей управлінської діяльності як на місцевому рівні, так і на регіональному на національному рівнях. При цьому використовується широкий спектр інструментів та механізмів.

В теорії публічного управління використовуються різноманітні визначення понять «механізми державного управління» та «механізми державного управління охороною здоров'я» [2; 7; 48; 53]. На переконання Н.П. Яроша та С.І. Лупей-Ткача [54] система державного управління охороною здоров'я органічно поєднує у своєму складі всю сукупність динамічних зв'язків. Олександр Дегтярь [12, с. 127] характеризує механізми управління як обов'язкові елементи держави, визначальні ознаки соціальної системи, що обумовлені унікальною властивістю «пізнавати природну та соціальну дійсність і відповідно з цим формувати цілі, організовувати та регулювати свою свідомість, поведінку та діяльність». Ф. Нігро сформулював ґрунтовне визначення механізмів державного управління. Він вважає, що це: спільні зусилля певної групи людей в державотворенні; охоплення всіх гілок влади – виконавчої, законодавчої й судової, а також взаємозв'язок між ними; виконання важливої ролі у формуванні державної політики, а також частина політичного процесу; вони істотно різняться від приватного управління; тісно пов'язані з численними приватними групами й окремими індивідами у забезпеченні громадських послуг [59]. В. Бакуменко і В. Князєв пропонують механізми управління розглядати як сукупність практичних заходів, засобів, важелів, а також стимулів, за допомогою яких органи публічної влади впливають на суспільство, виробництво, будь-яку соціальну систему задля досягнення поставлених цілей [2]. Деякі автори [4] вважають публічне управління медичною системою «комплексною складовою системи політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління».

Узагальнення наведених підходів дозволяє зробити висновок, що публічне управління медичною системою тісно пов'язане з відносинами між групами населення, суб'єктами соціально-економічної сфери, сутністю яких є

визначення специфічних форм, завдань і змісту діяльності держави у сфері громадського здоров'я. Виходячи з цього доцільно виділити наступні механізми управління медичною системою відповідно до процедур прийняття управлінських рішень [10; 22, с. 8]: управління складами; управління структурою; інституційне управління; мотиваційне управління; інформаційне управління; управління порядком функціонування.

Використання методологічного підходу до класифікації механізмів публічного управління медичною системою дозволяє структурувати та ідентифікувати компоненти керованої системи (власне медичної системи), на які здійснюється державно-управлінський вплив з використанням набору інструментів: складу, структури, цільових функцій та інформованості [22]. Медична система є особливою сферою публічного управління, оскільки містить у собі складну сукупність соціально-економічних відносин та пов'язана з іншими галузями національної економіки та сферами публічного управління. З цієї точки зору необхідним є застосування управлінських процедур до медичної системи на основі системного підходу. На підставі аналізу існуючої практики розуміння і використання терміна «механізм державного управління медичною системою», доцільно його інтерпретувати як соціально орієнтовану цілісну систему, структурні компоненти якої (набір інструментів, методів, технологій, ресурсів тощо) застосовуються, виходячи з цілей публічного управління. Тобто, механізми публічного управління медичною системою являють собою цілеспрямовану, просторову, структурно-упорядковану і послідовну діяльність органів публічного управління різних рівнів щодо впливу на об'єкт управління і надання йому заданого стану.

Управління медичною системою – це планування, адміністрування та управління всіма системами охорони здоров'я, лікарнями та іншими медичними закладами. Ефективне управління медичною системою має вирішальне значення для загальної діяльності системи охорони здоров'я.

В додатку Б відображено особливості управління медичною системою, зокрема:

- сама процедура управління: взаємопов'язані процеси розробки управлінських рішень, етапи їх прийняття і реалізації;

- управлінські механізми із заданими цілями, завданнями, функціями, визначеною методикою застосування;

- окремі елементи системи: кадрові ресурси, інфраструктура, інформаційні системи, медичні засоби і техніка, методи і технології лікування.

Тобто, поняття медичної системи як об'єкта управління містить такі елементи:

- структуру складної адміністративної системи як форму організації її ланок та рівнів;

- процеси управління як сукупність операцій, що виконуються за певними нормативно-правовими приписами;

- методи управління як сукупність засобів впливу складної адміністративної системи на керований нею об'єкт;

- техніка управління як сукупність технічних засобів для реалізації адміністративних процесів [2; 42].

Головним елементом теоретичного підходу до державного управління будь-якою сферою чи системою є організація, а механізми публічного управління – це процеси взаємодії їх всередині, де у результаті з'являються нові властивості організацій, установ або закладів. Ця властивість є характерною для медичної системи [8, с. 20-22]. На думку М. Брайнера, існуюча сукупність теоретичних компонентів для загального державного управління та / або певна частина з них деталізуючи й конкретизуючи відображають специфічні ознаки медичної сфери, розподіл вже сформованих ризиків (рис. 1.4) [56].

Система управління в охороні здоров'я П.О. Гуржий визначає як «сукупність взаємопов'язаних елементів, які взаємодіють, що забезпечує його ефективне функціонування і досягнення поставлених цілей. Всі елементи мають вплив один на одного» [10, с. 33]. При цьому авторка акцентує увагу на тому, що суб'єкт управління в медичній системі може мати три рівні

управління: стратегічний, тактичний та оперативний.

У цьому зв'язку виокремлює три моделі управління: перша модель передбачає управління керівником з медичною освітою; друга – керівником, який має економічну чи юридичну освіту, якому підпорядковується головний лікар; третя – передбачає управління особою, яка одночасно має медичну та економічну освіту. Ця модель є найбільш оптимальною, оскільки таке поєднання освіти забезпечує системний підхід до оцінки діяльності закладу [10, с. 33-34]. В нашому дослідженні будемо використовувати визначення поняття публічного управління як сукупність правил, законів і процедур, що регламентують взаємодію учасників на рівні країни; щодо механізму державного управління – сукупність процедур прийняття управлінських рішень.



Рис. 1.4. Схема компонентів публічного управління медичною системою

Важливим завданням є виділення і узагальнення стандартних блоків проблемного поля механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я з урахуванням різних методологічних підходів до аналізу і класифікації державно-управлінських проблем (рис. 1.5).

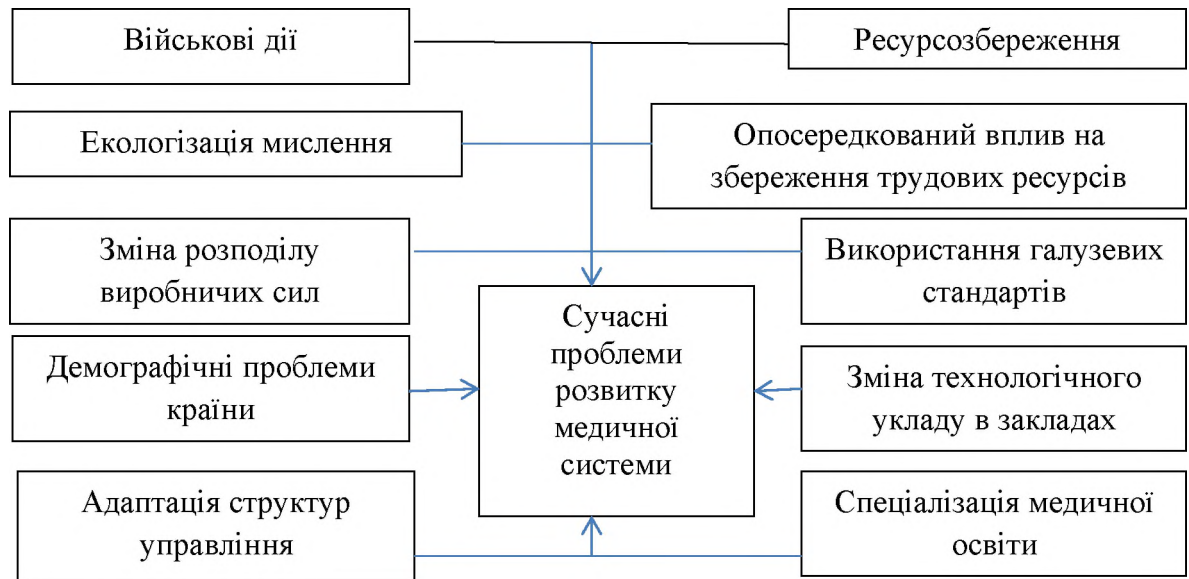


Рис. 1.5. Проблемне поле дослідження механізмів управління медичною системою [8; 10; 12]

В Україні пошук вирішення проблем системи охорони здоров'я йде шляхом забезпечення належного рівня здоров'я населення. Про це наголошується в стратегічних документах міжнародного (Глобальні цілі сталого розвитку), європейського та національного рівнів, де головною метою є дії та завдання, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я, надання населенню доступної і якісної медичної допомоги відповідно до рівня технологічного розвитку медичних закладів, реальних потреб населення та з дотриманням принципів рівності та справедливості [8]. Це підтверджується і тим, що у зв'язку з військовими діями Уряд прийняв зміни, які забезпечать безперебійне фінансування медичних закладів в умовах воєнного стану. Прийняті Урядом зміни до програми медичних гарантій передбачають, що кожного місяця виплачуватиметься 1/12 від загальної ціни договору, який заклад підписав із Національною службою здоров'я України, без додаткового надання лікарнями звітів за кількість наданих послуг.

Ефективне управління медичною сферою характеризується швидкою адаптивністю до змінних умов. Зокрема, зміни до постанови КМУ №410 передбачають наступне: для надавачів медичних послуг, які розташовані на

території дії воєнного стану, розрахунок фактичної вартості медичних послуг на місяць за всіма пакетами послуг визначається відповідно до Програми медичних гарантій. А положення договорів щодо внесення електронних даних в ЕСОЗ не застосовується. Зміни до постанови КМУ №1440 передбачають, що запланована та фактична вартість медичних послуг для всіх напрямів ПМГ розраховується як 1/12 від загальної ціни договору, починаючи з місяця введення воєнного стану [27].

Таким чином, якщо конкретизувати всю сукупність взаємопов'язаних механізмів управління (соціально-правових, соціально-економічних, фінансових, мотиваційних тощо), притаманних такій складній багаторівневій системі, як медична система, то їх головною метою є розроблення і реалізація заходів щодо зниження захворюваності, інвалідності, смертності населення за наявних у розпорядженні ресурсах. Ця мета конкретизується стосовно до кожного системного рівня, кожного компонента, суб'єкта управління у медичній сфері. Щодо напрямів і змісту управлінської діяльності виділяються правові, демографічні, репродуктивні, профілактичні, лікувально-оздоровчі, діагностичні, реабілітаційні завдання. Механізми реалізації цих завдань передбачають атестацію, ліцензування, державну і громадську акредитацію закладів охорони здоров'я, підвищення ініціативності і самостійності медичних установ та організацій.

Висновки до розділу 1

Сфера охорони здоров'я є складною системою, що є об'єктом публічного управління. Загальне та індивідуальне управління таким складним об'єктом потребує знання про місію, цілі, бюджети, планування діяльності, людську взаємодію, надання послуг та забезпечення якості. Організація управління медичною системою включає широкий комплекс зацікавлених сторін і учасників, регуляторів, а також окремих пацієнтів і прийняття ними рішень. Управління медичною системою відображає колективні зусилля

національних, державних, регіональних і місцевих органів влади, організацій у державному та неурядовому секторах. Управління має вирішальне значення для процесу підтримки системи охорони здоров'я стійкою та адаптованою, а також для створення адекватної відповіді на нові загрози здоров'ю населення.

Ефективне управління медичною системою забезпечує безперебійну роботу як в усьому секторі охорони здоров'я в цілому, так і окремих закладів – як державних, так і приватних організацій охорони здоров'я. Перед медичною системою постають завдання, орієнтовані на взаємодію із зовнішнім середовищем, іншими підсистемами суспільства та спрямовані на досягнення глобальних цілей сталого розвитку, а також оперативне реагування на зміни та загрози як внутрішнього походження, так і зовнішнього.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ В ПЕРІОД ДІЇ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Проблеми та виклики медичної системи, пов'язані з військовими діями

Через війну частина українських територій потерпає від окупації російськими терористами. Та попри це українська медична система продовжує працювати: лікарі надають медичну допомогу населенню, яке її потребує, відповідно до законодавства та міжнародних конвенцій. Аналіз поточної ситуації у медичній сфері [57] дозволяє узагальнити основні проблеми та виклики, пов'язані з військовими діями, які впливають або матимуть потенційний вплив на громадське здоров'я (рис. 2.1).

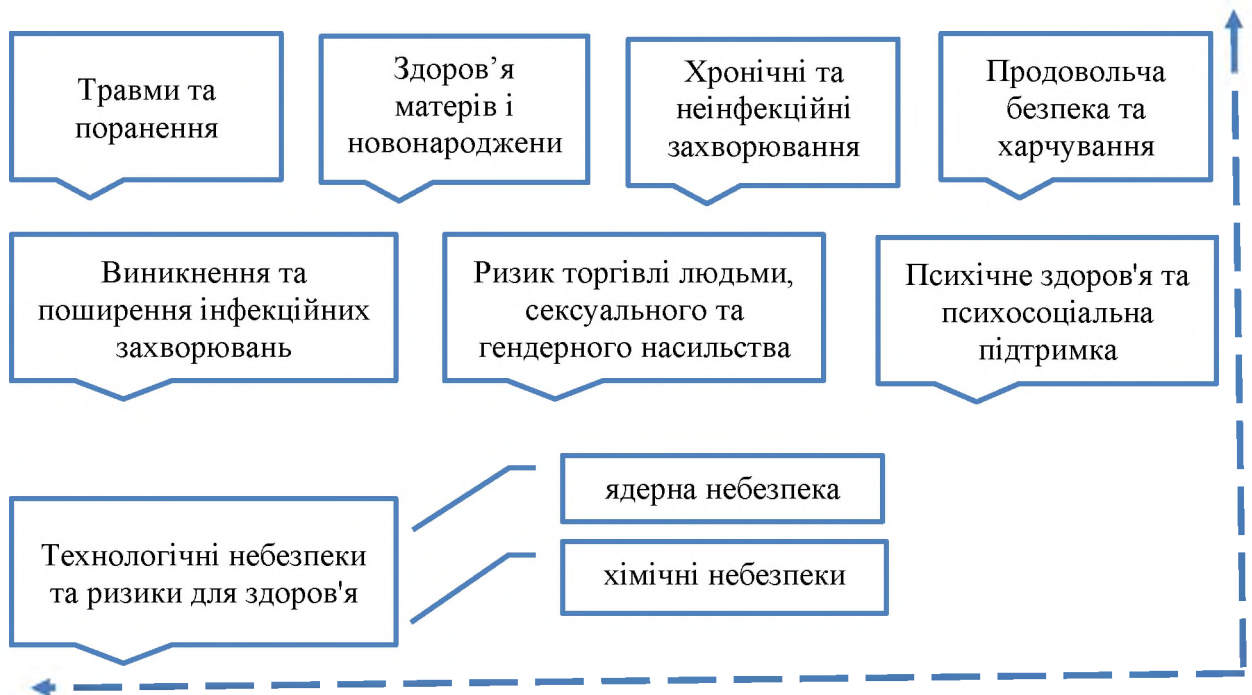


Рис. 2.1. Проблеми та ризики медичної системи, що мають вплив на громадське здоров'я [розроблено автором]

Травми та поранення, пов'язані з конфліктом. Згідно даних ВООЗ станом на 30 жовтня 2022 року [65]:

- 6430 вбитих мирних жителів (2511 чоловіків, 1716 жінок, 167 дівчат і 201 хлопчика, а також 34 діти та 1801 дорослий, стать яких ще невідома);
- поранено 9865 мирних жителів (2107 чоловіків, 1515 жінок, 205 дівчат і 292 хлопців, а також 242 дітей і 5504 дорослих, стать яких ще невідома).

В такій ситуації швидка медична допомога, хірургічні відділення та відділення інтенсивної терапії переповнені травмованими. Доступ до медичної допомоги був обмежений, а основні медичні послуги були перервані або руйнуються.

Здоров'я матерів і новонароджених. За даними Фонду народонаселення ООН (ЮНФПА), пошкодження та руйнування медичних закладів, а також нестача постачальників послуг і найважливіших предметів постачання серйозно поставили під загрозу надання основних медичних послуг, включаючи доступ до материнської допомоги для дітей. За оцінками, 265 тис. жінок були вагітні, коли вибухнув конфлікт.

Лікування хронічних та неінфекційних захворювань (НІЗ). Неінфекційні захворювання (НІЗ) є основною причиною захворюваності та смертності в Україні, причому на п'ять основних НІЗ – серцево-судинні захворювання, діабет, рак, хронічні респіраторні захворювання та психічні розлади – припадає 84% усіх смертей. Порушення лікування хронічних серцево-судинних та респіраторних захворювань підвищує захворюваність і, швидше за все, смертність.

Ризик виникнення та поширення інфекційних захворювань. У період з 23 лютого по 7 серпня загальна кількість доступних ліжок і ліжок, зайнятих пацієнтами з COVID-19, зменшилася на 47% і 93% відповідно, що відображає потенційні проблеми з доступом до лікарень, обмеженість звітності даних і потенційне зменшення фактичних госпіталізацій. Найпомітніше скорочення кількості ліжок спостерігалось в Луганській області (100%), за нею йдуть Вінницька (88%) і Чернівецька (82%) області. COVID-19 залишається серйозною загрозою, враховуючи низький рівень вакцинації в країні [65].

Проблеми захисту: ризик торгівлі людьми та підвищений ризик сексуального та гендерного насильства. Жінки та дівчата стикаються з підвищеним ризиком гендерно зумовленого насильства (ГОН) і жорстокого поводження, включаючи сексуальне насильство та зґвалтування, пов'язане з конфліктом, тоді як ті, хто залишає свої домівки, наражаються на підвищені ризики для своєї безпеки та благополуччя. Національні системи захисту та механізми для жінок, які пережили насильство, були скомпрометовані.

Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка. Вважається, що постраждале населення має високий ризик несприятливих наслідків для психічного здоров'я, і існує нагальна потреба в продовженні служб психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Медичні працівники стикаються з проблемами, пов'язаними з перевищенням можливостей через нестачу персоналу, і піддаються підвищеному ризику психологічного стресу, виснаження та проблем із психічним здоров'ям. Це відбувається на тлі того, що ми вже реагуємо на пандемію COVID-19, через яку системи перевантажені.

Продовольча безпека та харчування. Конфлікт впливає на продовольчу безпеку в Україні та за її межами. У липні Всесвітня продовольча програма (ВПП) обслуговувала 2,8 мільйона бенефіціарів. Приблизно 2/3 бенефіціарів отримали продовольчу допомогу у вигляді готових продуктів та сухих продуктів. Розподіл продовольства зосереджено на сході України, де конфлікт найбільш інтенсивний. Решта бенефіціарів були ВПО, які отримували переважно грошову допомогу [40].

Технологічні небезпеки та ризики для здоров'я, зокрема, потенційна ядерна небезпека. В Україні є як діючі, так і виведені з експлуатації ядерні установки. Крім того, численні радіоактивні джерела використовуються в промисловості та в медичних установах. Згідно з аналізом Міжнародного агентства з атомної енергії, поточна ситуація з ядерною безпекою виглядає контрольованою. Однак триваючий збройний конфлікт ставить ядерні установки під загрозу випадкового чи навмисного пошкодження та ставить під загрозу безпеку радіоактивних джерел. ВООЗ розробила технічне керівництво

та матеріали для спілкування з громадськістю на цю тему, включно з матеріалами українською мовою. У співпраці з національними партнерами в Україні також проводяться навчальні курси та вебінари, присвячені медичному та громадському реагуванню на радіаційні надзвичайні ситуації [34; 65].

Хімічні небезпеки. Ризики, пов'язані з промисловими об'єктами або майданчиками, де зберігаються, транспортуються чи виробляються токсичні промислові хімікати, залишаються, особливо для населення, яке проживає поблизу промислових об'єктів, розташованих поблизу лінії конфлікту. Протягом звітного періоду не повідомлялося про нові хімічні події. Проте ВООЗ продовжує готувати органи охорони здоров'я, медичні служби та громади до таких потенційних подій.

Роль ВООЗ під час війни в Україні полягає в координації реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я, зміцненні здоров'я та благополуччя, запобіганні захворюванням і розширенні доступу до медичної допомоги (рис. 2.2).

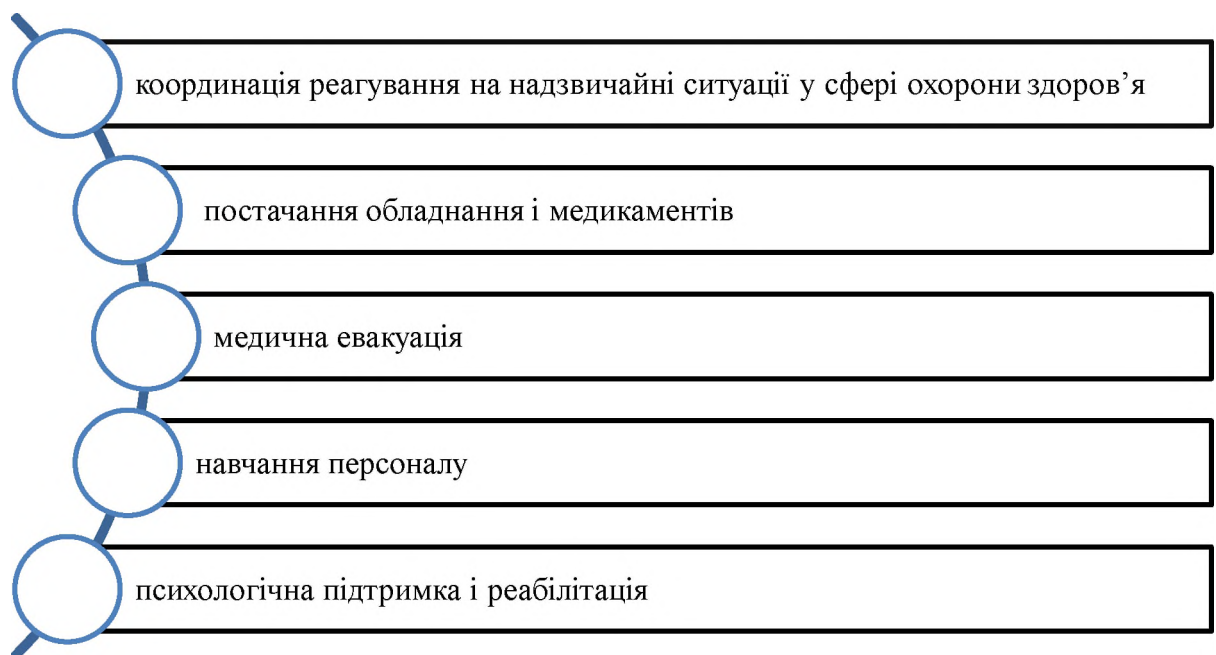


Рис. 2.2. Допомога ВООЗ Україні під час війни [складено за: 33]

На підтримку секторів охорони здоров'я в Україні та країнах, що приймають біженців, ВООЗ співпрацює з ключовими зацікавленими сторонами, зокрема:

- Глобальною мережею оповіщення та реагування на спалахи захворювань (GOARN) для надання підтримки у разі спалахів інфекційних захворювань;
- бригадами екстреної медичної допомоги (EMT) для надання медичних послуг;
- партнерами кластеру охорони здоров'я для координації гуманітарної діяльності в галузі охорони здоров'я;
- резервними партнерами для розгортання персоналу екстреної допомоги;
- урядом України та країн, що приймають біженців, аби надати підтримку для покращення доступу до медичної допомоги та забезпечення безпечної медичної евакуації пацієнтів [57].

Для підтримки медичної евакуації ВООЗ створила три хаби охорони здоров'я на Заході України, а також забезпечила умови для безпечної медичної евакуації пацієнтів, у тому числі хворих на рак, для лікування за межами України. Крім того, для забезпечення підготовки і надання спеціалізованої медичної допомоги з метою посилення наявних служб в Україні та в сусідніх країнах було розгорнуто більше 50 бригад екстреної медичної допомоги.

ВООЗ також надає підтримку Україні в галузях психічного здоров'я, інфекцій, яким можна запобігти щепленнями, профілактики різних видів травм, фінансування охорони здоров'я та інших важливих сферах, зокрема також шляхом проведення тренінгів із управління подіями з масовими жертвами. У рамках співпраці Міністерства охорони здоров'я України та ВООЗ було передано 20 автомобілів швидкої допомоги всюдихідного типу, здатних працювати навіть у найбільш пошкоджених і важкодоступних районах. Також ВООЗ у рамках цієї співпраці надала необхідне нашій країні

обладнання для безпечного зберігання крові. Це 34 фармацевтичні холодильники, в яких можна зберігати кров; більша частина з них нині прямує в різні регіони країни. Банки крові є важливою частиною ефективної системи охорони здоров'я. Ще важливішими вони стають під час війни, коли система переливання крові адаптується до нових реалій [57].

ВООЗ доставила в Україну понад 1300 тонн медичних засобів, що рятують життя, у координації з МОЗ та партнерами, більше поставок очікуються найближчим часом. До них належать генератори електроенергії, машини швидкої допомоги та поставки кисню до закладів охорони здоров'я, засоби для травматології та невідкладних операцій, та ліки для лікування неінфекційних захворювань [23].

Таблиця 2.1

**Медикаменти, медичне приладдя та обладнання, надане ВООЗ
(станом на 30.10.2022 р.) [65]**

Статус	Товари	Комплекти / набори	Метричні тони
Доставлено	31 036 270	177 108	3578
Буде доставлено	6 409 279	247 278	186
Буде відправлено	2 415 952	811	264

В цілому підтримка України з боку ВООЗ протягом лютого – серпня 2022 року зосереджувалася на наступних аспектах [65]:

- співпраця з понад 150 партнерами з уряду, ООН та громадянського суспільства через український кластер охорони здоров'я, механізм координації гуманітарної діяльності;
- підтримка координації понад 80 бригад екстреної медичної допомоги в Україні, Польщі та Республіці Молдова, надання медичних консультацій, засобів для невідкладної хірургії та хірургії травм, надання реабілітаційних засобів та підтримка медичної евакуації;
- зосередження уваги на потребах психічного здоров'я працівників охорони здоров'я та цивільного населення. З початку війни було проведено понад 12000 психосоціальних консультацій;

- навчання понад 9000 медичних працівників з низки питань, включаючи хірургію травм, масові ураження, хімічний вплив, епідеміологію та лабораторну діагностику;
- допомога в дистрибуції ліків від неінфекційних захворювань (НІЗ) у важкодоступних районах з акцентом на найбільш уразливих. НІЗ були основною причиною захворюваності та смертності в Україні ще до війни;
- підтримка продовження вакцинації проти COVID-19 та інших програм з імунізації, що стає ще більш важливим, оскільки наближається зима з очікуваним зростанням респіраторних інфекцій;
- зміцнення систем інформування про надзвичайні ситуації та епіднагляд для кращого прийняття рішень у сфері охорони здоров'я на основі фактичних даних, включаючи щотижневі звіти про ситуацію та оновлення щодо епіднагляду, атак на охорону здоров'я та надання послуг.

Окремий важливий напрям – медична евакуація пацієнтів: станом на 9 серпня з Польщі, Республіки Молдова, Словаччини та України було евакуйовано 1000 пацієнтів, які потребували медичної евакуації (83% запитів, отриманих від Європейської комісії) і лікування в 18 інших країнах Європи через Механізм цивільного захисту Європейського Союзу. Серед поточних запитів ще 5% знаходяться в дорозі. Ці евакуації відбуваються в основному через хронічні захворювання та травматичні ушкодження. Транспортування пацієнтів в межах України забезпечується національними службами екстреної допомоги, а транспортуванням через кордон до інших країн Європейського Союзу керують міжнародні медичні працівники медичної допомоги та координує команда CADUS, німецька неурядова організація (НУО), яка надає підтримку медичної допомоги. 28 липня група з 32 польських медичних працівників прибула евакуаційним поїздом. В рамках ініціативи, організованої урядом Польщі, вони оцінили, які пацієнти потребують медичної евакуації, і перевезли їх через Польщу [65].

Фінансова допомога з боку ВООЗ. Станом на 9 серпня 2022 р. ВООЗ

отримала від 17-ти донорів 93,8 мільйона доларів США (64%) із загальної потреби у фінансуванні в 147,5 мільйона доларів США в рамках своєї діяльності щодо подолання кризи в Україні. Зокрема, це такі донори: Канада, Європейська Комісія – Генеральний директорат з питань цивільного захисту та гуманітарної допомоги в Європі (DG ECHO) і Генеральний директорат з питань сусідства та переговорів про розширення (DG NEAR), Німеччина, Ірландія, Фонд Японії/Азія-Європа (ASEF), Центр гуманітарної допомоги та допомоги короля Салмана (KSRelief), Кувейт, Норвегія, Фонд Novo Nordisk, Швейцарія, Центральний фонд реагування на надзвичайні ситуації ООН (CERF) та Український гуманітарний фонд (UHF), Бюро США з питань народонаселення, біженців та міграції та Бюро гуманітарної допомоги (ВНА), Фонд ВООЗ та Соціалістична Республіка В'єтнам [57].

Постачання та логістика. Станом на 10 серпня ВООЗ доставила в Україну 990 метричних тонн медичних товарів на суму 27 мільйонів доларів США. На склади в Києві та Львові було доставлено понад 18 метричних тонн медичних товарів на суму 4,9 млн доларів США. ВООЗ також доставила 44,4 метричних тонн медичних товарів на суму 948 900 доларів США до медичних установ в 11 областях. Ці поставки включали набори проти інфекційних захворювань, лабораторне обладнання, засоби індивідуального захисту, матеріали для травм і невідкладної хірургії, маски Вентурі, кисневі концентратори, лабораторні прилади, ліки та інше необхідне обладнання для клінічної допомоги. Тривають переговори з МОЗ України щодо координації розподілу донорських фінансових ресурсів на підтримку національної системи охорони здоров'я. ВООЗ продовжує підтримувати закупівлю матеріалів із німецьких фондів, ВНА, UHF, ASEF та DG ECHO.

Розгортання резервного партнерства. З 2 березня по 10 серпня 17 експертів були направлені в Україну, Угорщину, Польщу та Європейське регіональне бюро ВООЗ. Вони надали експертизу у таких сферах: управління інформацією про здоров'я; геоінформаційна система картографування; комунікація ризику та залучення громади; психічне здоров'я та

психосоціальна підтримка; запобігання сексуальній експлуатації та насильству; сексуальне та репродуктивне здоров'я; гендерне насильство; координація кластеру охорони здоров'я.

Таким чином, ВООЗ продовжує підтримувати Міністерство охорони здоров'я України у відновленні порушених послуг, переміщених медичних працівників та зруйнованої інфраструктури, що має важливе значення не лише для здоров'я народу України, але й для стійкості та відновлення країни.

2.2. Оцінка наслідків війни для сфери охорони здоров'я України

За даними Системи спостереження за нападами на медичну допомогу ВООЗ, у період з 24 лютого по 3 вересня 2022 року [62] задокументовано 503 напади на медичну систему, унаслідок яких 129 людей отримали поранення та 100 загинули (рис. 2.3).

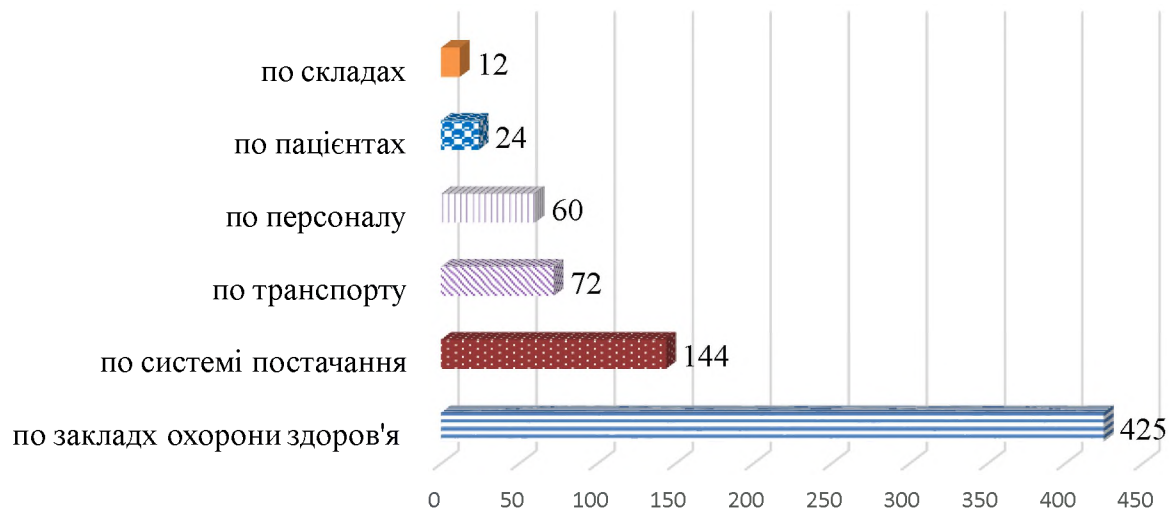


Рис. 2.3. Статистика нападів на медичну систему (станом на 30.11.2022 р.) [складено на основі: 62]

Атаки на медичну допомогу включають напади на медичні установи, транспорт, персонал, пацієнтів, матеріали та склади. Ці атаки позбавляють людей терміново необхідної допомоги, ставлять під загрозу постачальників

медичних послуг і підривають систему охорони здоров'я.

Прямі задокументовані збитки від руйнувань об'єктів охорони здоров'я складають \$1,6 млрд [15] (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Оцінка прямих втрат сфери охорони здоров'я внаслідок війни
(станом на 30.11.2022 р.) [15]**

Види втрат	Первісна кількість об'єктів	Кількість пошкоджених об'єктів	Оцінка втрат, \$ млрд.
Зруйновано, всього		242	
Лікарні	1135	66	0,91
Поліклініки та ОЦКПХ	1131	12	0,04
Амбулаторії	1131	93	0,05
Центри крові	28	2	0,01
Інше (медкабінети, лабораторії, медсклади)		69	0,08
Пошкоджено, всього		735	
Лікарні	1135	223	0,4
Поліклініки та ОЦКПХ	1138	53	0,04
Амбулаторії	1138	263	0,03
Центри крові	28	5	0
Інше (медкабінети, лабораторії, медсклади)		191	0,07
Загальні прямі збитки			1,6

Близько половина з них – це об'єкти первинної медичної допомоги, інші – це лікарні загального профілю. Загалом від початку війни пошкоджено або зруйновано щонайменше 978 закладів охорони здоров'я (рис. 2.4). Пошкодження об'єктів сфери охорони здоров'я складають близько 1,3% від загальної вартості втрат України. За типами об'єктів охорони здоров'я найбільше внаслідок війни зруйновано чи пошкоджено амбулаторій – 356, та лікарень – 289. При цьому лікарняні заклади складають 80% вартості всіх пошкоджень галузі. Станом на 1 вересня пошкоджено щонайменше 24 приватні медичних заклади.

Ключовим фактором по втратах економіки є недоотриманий виторг приватних медичних закладів. Найбільша кількість пошкоджених та зруйнованих об'єктів – у Києві, Київській, Донецькій, Чернігівській, Одеській, Харківській та областях (рис. 2.5).

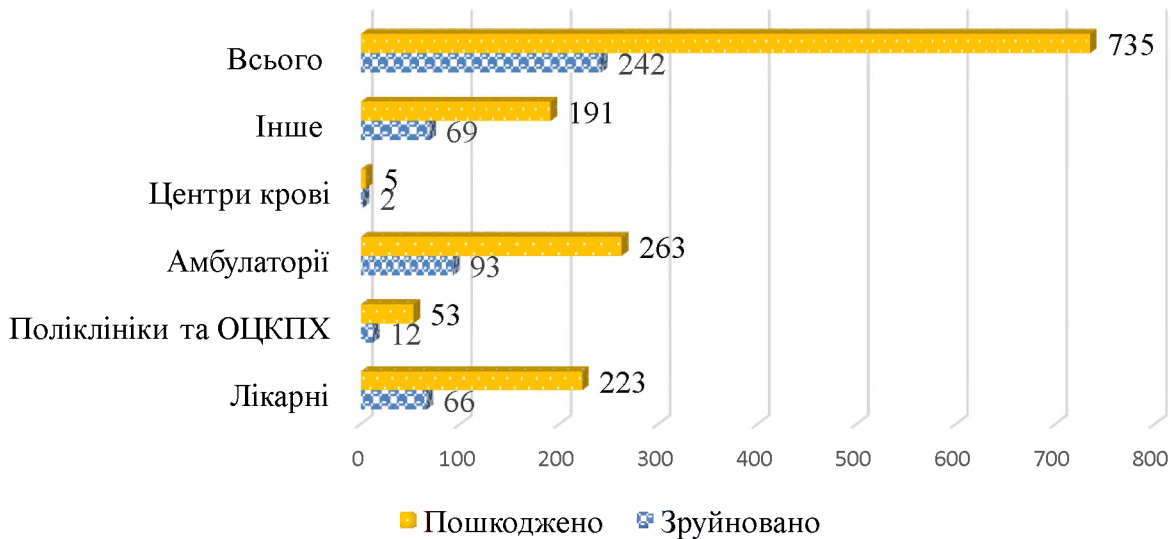


Рис. 2.4. Структура об’єктів медичної системи, що зазнали пошкоджень чи руйнувань (станом на 30.11.2022 р.) [складено на основі: 15]

Окрім безпосереднього впливу бойових дій істотним фактором є спад споживчого попиту через тимчасове переміщення населення. Внаслідок військової агресії медична система зіткнулася з додатковим навантаженням у вигляді міграції населення як всередині країни, так і за кордон.

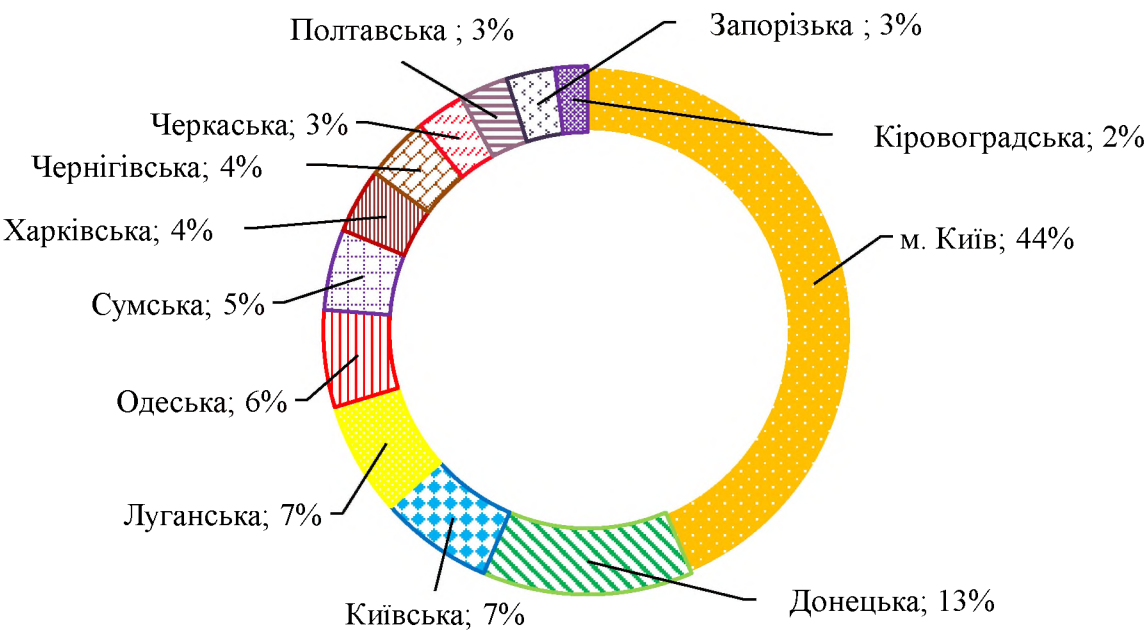


Рис. 2.5. Регіональний розподіл непрямих втрат приватних медичних закладів (станом на 30.11.2022 р.) [складено на основі: 15]

Згідно з останнім опитуванням, проведеним Міжнародною організацією з міграції (МОМ), станом на 27 жовтня в Україні налічується понад 6,64 млн. внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Це становить 15% загального населення України. 4,5 мільйонів людей, які раніше були переселенцями, повернулися додому [64]. Більшість з них були переміщеними в межах України, а 16% повернулися з-за кордону (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Основні гуманітарні показники станом на 27 жовтня 2022 року [64]

Категорія людей, що постраждали від війни	Кількість, млн. осіб
1. ВПО	6,64
2. Перетнули кордон	10.6
3. Зареєстровані в Європі	6.3
4. Люди, які в'їжджають в Україну	4.5
5. Поранення серед цивільного населення	7466
6. Смерті серед мирного населення	5401

Суттєво вплинула на навантаження на систему охорони здоров'я міграція як серед населення, так і серед медичних працівників. За різними даними 8-10 млн. українців стали переселенцями, при цьому закордон виїхали 2 273 медичних працівників, це – 0,5% від усієї кількості медичних працівників в країні. Окрім того, 1714 лікарів та 1095 медичних сестер змінили місце роботи через війну. 2372 працівників центрів екстреної медичної допомоги перебувають на окупованих територіях. У зв'язку з неукомплектованістю закладів охорони здоров'я на деокупованих територіях, із столичних лікувальних закладів організовується набір медичних працівників на роботу вахтовим методом в деокупованих територіях. Брак кадрової та організаційної спроможності системи охорони здоров'я надавати послуги з реабілітації та психічного здоров'я загострює ситуацію із забезпеченням потреби громадян у якісних і доступних послугах. В більшості громад відсутні реабілітаційні відділення або центри [64].

Конфлікт порушив лінії постачання, обмеживши рух ліків і витратних матеріалів між установами, містами та регіонами. Переміщення вантажів

повітряним транспортом припинилося, багато доріг перекрито, потяги та вокзали пошкоджені, а через те, що рух дорогами залишається ризикованим, поставки товарів затримуються [57]. Там, де це є можливим, ведеться робота по відновленню об'єктів охорони здоров'я. Фактично третина цих закладів відновлена частково або повністю (повністю відновили 52 пошкоджених об'єкта, ще понад 200 – відновлені частково). В тих закладах, де немає можливості надавати повноцінно медичні послуги, відбувається певна релокація в сусідні заклади. На відновлення пошкоджених і зруйнованих закладів охорони здоров'я потрібно більше 40 млрд. гривень. Мова йде про те, щоб просто відновити до початкового стану. Враховуючи необхідність суттєвої модернізації всієї системи охорони здоров'я, ця цифра буде значно більша [29].

Загальні тенденції в медичній системі України наступні [34]:

- в умовах збільшення кількості та набору медичних послуг (зміни структури послуг) зростають витрати медичних закладів та бюджетів громад не тільки на медичні препарати та медичні вироби, але і на заробітну плату при залученні медичних фахівців з числа ВПО і на додаткове медичне обладнання, підтримку інфраструктури закладів охорони здоров'я;
- відповідно до змін, внесених до порядку реалізації Програми медичних гарантій в 2022 році в умовах воєнного стану, фінансування закладів охорони здоров'я у місяць зафіксовано та відбувається з розрахунку 1/12 суми річного договору, укладеного з НСЗУ, відповідно до розрахунків проведених на основі даних 2021 року, внесених в електронну систему охорони здоров'я, не враховує інфляцію, та можливе збільшене навантаження на ЗОЗ, часткову зміну кількості та набору медичних послуг;
- поточна робота закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) у невеликих громадах в умовах воєнного стану підтверджує тенденцію до необхідності запровадження нових гібридних моделей ЗОЗ, з гнучким управлінням невеликим ліжковим фондом та набором медичних послуг з орієнтацією на додаткові потреби пацієнтів за рахунок збільшення внутрішньої міграції;

– з огляду на суттєве послаблення підприємницької та економічної активності в громадах зменшуються надходження до місцевих бюджетів через податки та збори, що в поєднанні зі змінами пріоритетів у витратній частині бюджетів громад в умовах воєнного стану призводить до скорочення місцевих бюджетних програм в охороні здоров'я та часто обмежується компенсацією витрат на енергоносії закладам охорони здоров'я.

Всі зазначені вище обставини, які носитимуть тривало-невизначений характер з тенденцією до зростання витрат та навантаження на заклади охорони здоров'я з огляду на прогнозовані активні бойові дії, призводять до очевидних висновків щодо потреби ефективного управління медичною системою в умовах війни та у повоєнний період.

Отже, військове вторгнення рф в Україну спричинило критичне навантаження на систему охорони здоров'я, що пов'язано не лише зі значними знищенням та руйнуваннями об'єктів закладів охорони здоров'я, але й підвищенням попиту громадян на різні види медичної допомоги та послуг, які не були пріоритетними до війни, а саме поранення, травми та захворювання, пов'язані з війною. Організація роботи медичної сфери в громаді в умовах воєнного стану – це безпрецедентний виклик для ОМС. Основне завдання на даному етапі – підвищувати професійні компетенції та спроможність представників ОМС та керівників закладів охорони здоров'я забезпечувати належне функціонування закладів, вчасно реагувати на потенційні ризики і, тим самим, підтримувати якісне надання первинної та вторинної медичної допомоги жителям територіальних громад в умовах воєнного стану.

Висновки до розділу 2

Основними проблемами та загрозами медичної системи залишаються наступні: травми та поранення, пов'язані з конфліктом, здоров'я матерів і новонароджених, лікування хронічних та неінфекційних захворювань, ризики

виникнення та поширення інфекційних захворювань, проблеми захисту: ризик торгівлі людьми та підвищений ризик сексуального та гендерного насильства, психічне здоров'я та психосоціальна підтримка, продовольча безпека та харчування, технологічні небезпеки та ризики для здоров'я.

Проблеми охорони здоров'я, що ускладнюються в період особливого стану, підкреслюють нагальну необхідність зміцнення повноважень і потенціалу медичної системи в цілому. Система охорони здоров'я України в умовах війни стикається з численними викликами. Для виявлення прогалин та потреб у системі охорони здоров'я країни та швидкого реагування на них Міністерство охорони здоров'я України тісно співпрацює з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Пріоритетом ВООЗ в Україні є порятунк життів. Для цього ВООЗ працює над забезпеченням термінової, рятувної багатосекторальної допомоги, недискримінаційного доступу до екстрених і основних медичних послуг і пріоритетних профілактичних програм, а також закладає основу для довгострокового відновлення та зміцнення систем охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Напрями відновлення медичної системи України

Навіть під час воєнного стану беззаперечними залишаються наступні твердження: охорона здоров'я – це один з пріоритетних напрямків державної політики, а заклади медичної системи належать до об'єктів критичної інфраструктури. Саме тому одним з ключових завдань в діяльності органів державної та місцевої влади під час воєнного стану є забезпечення сталого функціонування медичної системи охорони здоров'я та задоволення медичних потреб населення. Це необхідна умова для збереження та покращення тривалості і якості життя населення країни, адже здорова нація і людський капітал є основою існування та розвитку будь-якої держави.

Європейські фахівці рекомендують відновлення медичної системи здійснювати за наступними напрямками [33].

1. Громадське здоров'я, готовність до надзвичайних ситуацій і реагування:

- чітко розмежувати ролі, обов'язки та підзвітність, а також розвинути потенціал ЦГЗ МОЗу, Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗу, обласних центрів контролю та профілактики хвороб і місцевих органів влади у питаннях функціонування системи та надання послуг у галузі громадського здоров'я;
- впровадити рекомендації СЗО (JEE) щодо готовності до надзвичайних ситуацій та узгодити з вимогами вступу до ЄС;
- забезпечити інтеграцію та координацію послуг у галузі громадського здоров'я з індивідуальними послугами, зокрема на первинній ланці;
- не залучати інвестиції в систему громадського здоров'я окремо за

кожною хворобою, станом чи програмою.

2. Надання індивідуальних послуг у галузі охорони здоров'я:

- координувати та інтегрувати гуманітарну допомогу в системи урядування та надання послуг державними закладами;
- посилити, розширити та збільшити обсяг послуг первинної медичної допомоги;
- розробити плани для багатoproфільних лікарень, організованих за територіальним принципом;
- удосконалити клінічні протоколи та збір і використання даних із електронних системи охорони здоров'я та фінансової інформації;
- не надавати перевагу спеціалізованим лікарням перед закладами первинної медичної допомоги та багатoproфільними закладами;
- не організовувати мережу закладів охорони здоров'я за адміністративним принципом (окремо для кожного рівня місцевої адміністрації).

3. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я:

- стимулювати та готуватися до повернення працівників галузі охорони здоров'я. Розробити цифровий реєстр людських ресурсів у системі охорони здоров'я;
- забезпечити модульну підготовку для задоволення потреб, які виникли у зв'язку із війною, зокрема тих, що стосуються психічного здоров'я, гендерно-обумовленого та сексуального насильства, фізичної реабілітації та загрози здоров'ю з боку хімічних, біологічних, радіологічних, ядерних та вибухових речовин;
- визначити кількісні потреби в людських ресурсах у галузі охорони здоров'я відповідно до оновленої моделі надання послуг;
- покращувати медичну освіту та професійне регулювання у галузі охорони здоров'я (ліцензування, саморегулювання);
- не створювати окремі напрямки для освіти в галузі громадського

здоров'я та медицини.

4. Інфраструктура (фізична, цифрова), обладнання та ліки:

- відремонтувати або відбудувати заклади ПМД відповідно до розширеної та покращеної моделі надання послуг, враховуючи енергоефективні підходи, забезпечуючи стійкість до змін клімату, інфекційних захворювань, екологічну стійкість;

- провести критичні короткострокові ремонтні роботи в лікарнях, враховуючи потребу збільшення енергоефективності та необхідність мінімізації негативного впливу на навколишнє середовище;

- розробити плани реконструкції та будівництва закладів охорони здоров'я із наданням пріоритету багатoproфільним закладам, розвиваючи мережу за територіальним принципом та дотримуючись принципу рівності між різними регіонами;

- відбудувати або побудувати заклади вторинної та третинної медичної допомоги на основі узгоджених планів госпітальних округів, враховуючи енергоефективні підходи, забезпечуючи стійкість до змін клімату, інфекційних захворювань, екологічну стійкість;

- відновити та зміцнити IT-інфраструктуру, зокрема забезпечити наявність необхідного обладнання і його підключення;

- спланувати потребу, закупити та керувати процесом інвентаризації дорогого високотехнологічного медичного обладнання;

- покращити ефективність централізованих закупівель лікарських засобів, а також закупівлю послуг ПМГ через НСЗУ разом із відшкодуванням програми «Доступні ліки» через приватні аптеки;

- відновити або зміцнити власний потенціал виробництва вакцин, фармацевтичних препаратів і виробів медичного призначення;

- оновити нормативно-правову базу для регулювання виробництва та обігу лікарських засобів і виробів медичного призначення;

- розробити національну програму біомедичних досліджень та

розробок з інвестиціями в науку і технології, щоб допомогти в модернізації промисловості з виробництва лікарських засобів і виробів медичного призначення;

- не просто відновити те, що було знищено/пошкоджено війною, а відштовхуватись від оцінки потреб і планування мережі надання послуг.

5. Фінансування системи охорони здоров'я:

- зміцнювати інституційну та кадрову спроможність НСЗУ, забезпечивши достатнє фінансування на адміністративні витрати;

- перевести кошти на оплату комунальних послуг закладів охорони здоров'я з бюджетів місцевого самоврядування до НСЗУ, таким чином повністю перетворивши НСЗУ в єдиного стратегічного закупівельника послуг;

- удосконалити інформаційні системи НСЗУ, щоб забезпечити гнучкість стратегічних закупівель ПМГ шляхом адаптації оплат на основі формул (наприклад, щоб реагувати на мобільність населення) та стимулювати реструктуризацію закладів;

- розширити впровадження податків на продукти, що шкодять здоров'ю, для зміцнення здоров'я та збільшення надходжень до бюджету;

- вдосконалити процедури обліку капітальних витрат та обладнання;

- зміцнити автономію та підзвітність систем фінансового менеджменту на рівні закладів;

- не повертатися до тенденції 2016–2019 рр. постійного зниження пріоритету охорони здоров'я в державних видатках;

- не відходити від універсального права на отримання послуг у галузі охорони здоров'я;

- продовжити фінансування системи охорони здоров'я за рахунок загальних надходжень до бюджету.

6. Врядування в галузі охорони здоров'я:

- уточнити функції, обов'язки та відносини на всіх рівнях державних органів, які відповідають за галузь охорони здоров'я. Сприяти нарощуванню

їхнього потенціалу;

- підвищити залученість громадян до планування рішень;
- посилити прозорість і незалежний нагляд за капітальними інвестиціями;
- інтегрувати або створити сумісні інформаційні системи, забезпечуючи кібербезпеку;
- не зменшувати автономію закладів [33].

Також у ВООЗ [63] розділяють заходи які варто і не варто впроваджувати в рамках відновлення медичної системи України (Додаток В). План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022–2032 роки містить дев'ять пріоритетних напрямків і необхідні кроки для відновлення сфери охорони здоров'я (рис. 3.1).

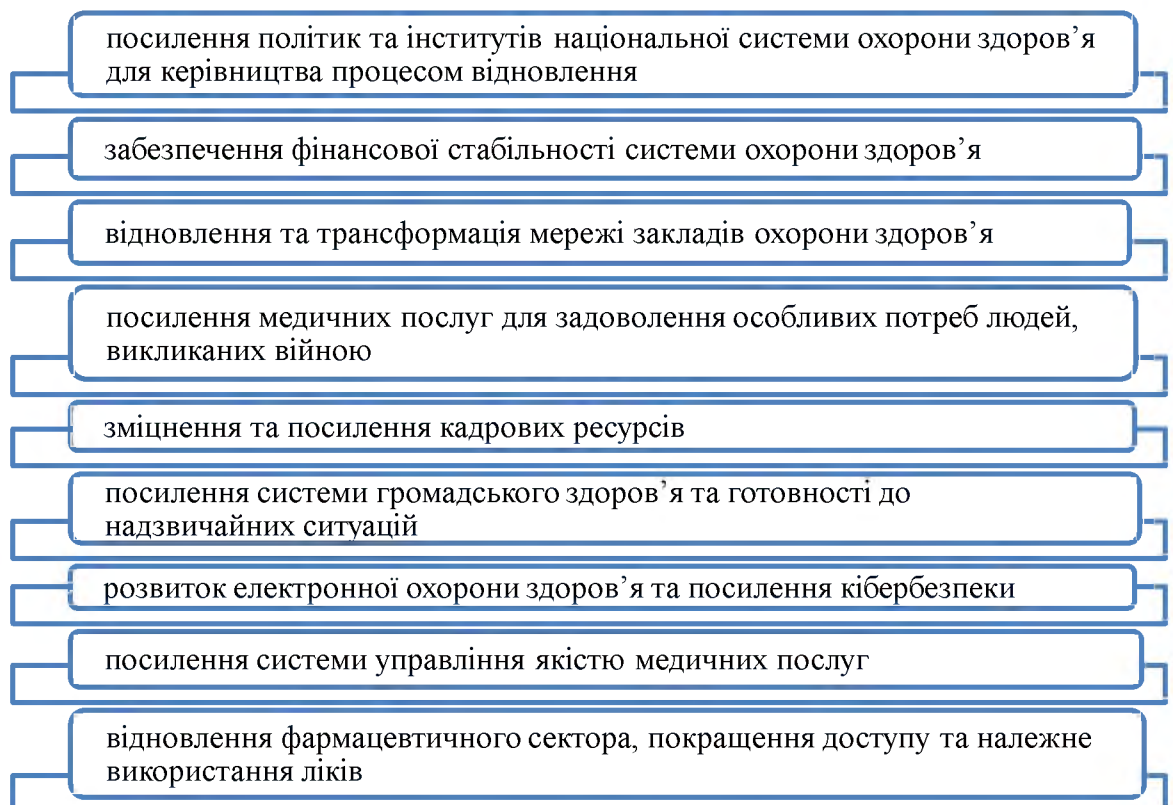


Рис. 3.1. Пріоритетні напрямки відновлення системи охорони здоров'я [складено за: 25; 31]

Враховуючи готовність надання широкої фінансової підтримки закладам охорони здоров'я в умовах воєнного стану міжнародними донорами та інституціям, перспективи відновлення медичної інфраструктури та залучення інвестицій в галузь, прозорість фінансово-економічної та медичної діяльності ЗОЗ є невід'ємною складовою для залучення коштів міжнародної фінансової підтримки в рамках окремих цільових програм та проєктів у т.ч. ефективного та прозорого перерозподілу та використання великих об'ємів медичних гуманітарних вантажів.

Аналіз медичної та економічної діяльності, запровадження єдиної системи управління та прийняття рішень дозволить отримати відповіді керівникам ЗОЗ на багато питань, наприклад [34]:

- потреба в кількості і профілях стаціонарних ліжок;
- необхідна кількість вузьких спеціалістів та їх медичних профілів;
- потреба в медикаментах та хірургічних матеріалах, враховуючи зміну структури госпіталізації (обґрунтована підготовка заявки на гуманітарну допомогу, або закупівля за бюджетні кошти, або кошти донорів);
- формат організації роботи відділення екстреної допомоги з навиками сортування.

Всебічний аналіз доступної інформації з медичних інформаційних систем щодо кількості та структури госпіталізацій, операцій, візитів пацієнтів з максимальною деталізацією дозволить планувати потребу в медичних і людських ресурсах, проводити порівняльний аналіз між закладами громад на основі якісних та достовірних електронних медичних записів. Надання медичних послуг цивільними закладами охорони здоров'я, планування їх можливостей в умовах воєнного стану на рівні громад, і навіть розподіл медичних гуманітарних вантажів в межах регіональних хабів, які можуть знаходитися в доступній близькості або

навіть на території громад, має відбуватися у координації з військовими шпиталями, які підпорядковані Командуванню Медичних сил Збройних Сил України. Така координація також неможлива без впровадження системи управління медичною та економічною інформацією безпосередньо в ЗОЗ та на рівні адміністрацій громад [34].

Отже, головними напрямками відновлення медичної системи мають бути: вирішення кадрових питань; налагодження співпраці з волонтерами і органами місцевого самоврядування, а також комунікації між самими закладами охорони здоров'я; необхідно виділити напрям з психологічної підтримки – в першу чергу для тих осіб, які безпосередньо постраждали від війни в Україні.

3.2. Шляхи забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я

Задля трансформації системи охорони здоров'я Урядом країни реалізується реформа галузі, у ході якої започатковано Програму медичних гарантій (ПМГ), яка включає різні види медичної допомоги. Проте через військові дії медична система зазнає величезних втрат, що унеможливорює повноцінне функціонування ПМГ. Відповідно до Плану відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 – 2032 роки (далі – План відновлення) забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я буде здійснюватися шляхом запровадження гнучких методів фінансування у сфері охорони здоров'я, розширення програми медичних гарантій, розвитку ринку добровільного медичного страхування.

В рамках документа планується:

– впровадження гнучких методів фінансування у сфері охорони здоров'я та, відповідно, розробка необхідних нормативно-правових документів і поступове відновлення інфраструктури системи охорони

здоров'я на основі оцінки потреб населення та мережі закладів у розрізі регіонів;

- збільшення державних витрат та охорону здоров'я, зокрема, виконання норми закону про фінансування ПМГ на рівні 5% ВВП та її щорічне оновлення;

- розвиток ринку добровільного медичного страхування, включаючи компліментарне;

- збільшення державних витрат на охорону здоров'я до рівня середньоєвропейських показників.

Відновлення буде здійснюватися поетапно (Додаток Д):

- етап 1: червень 2022 року – кінець 2022 року;

- етап 2: січень 2023 року – грудень 2025 року;

- етап 3: січень 2026 року – грудень 2032 року.

Головна ціль, яку необхідно досягти для вирішення проблеми на кожному етапі – люди мають фінансовий захист при отриманні гарантованих державою необхідних якісних та доступних послуг в охороні здоров'я. Рівень платежів з кишені значно знизився, не обмежує попит і доступ до послуг, та не призводить до катастрофічних витрат у випадку хвороби.

Реалізація заходів на кожному з цих етапів пов'язана з відповідними викликами, можливостями та обмеженнями (Додаток Е). При цьому загальний розмір потреби у фінансових ресурсах для досягнення цілі на етапі 1 – 157,3 млрд. грн; на етапі 2: 2023 р. – 240 млрд. грн, 2024 р. – 276 млрд. грн, 2025 р. – не менше 6,5% ВВП; на етапі 3 з січня 2026 р. – не менше 7% ВВП [31].

На переконання експертів ВООЗ для подальшого просування реформ та більш повної реалізації потенціалу медичної системи необхідно першочергово втілити ряд заходів [21].

1. Реструктуризувати систему надання послуг у сфері охорони здоров'я таким чином, аби більша частина коштів була спрямована на лікування

пацієнтів, а менша – на утримання будівель. Історично склалося так, що у системі охорони здоров'я України кожен рівень влади володіє та керує мережею закладів охорони здоров'я. Саме тому в обласному центрі кожної області так багато лікарень – система організована за рівнями державного управління (міська лікарня – обласна лікарня – державна лікарня), а не за потребами населення. Це потребує змін, і тому мета післявоєнного відновлення сфери охорони здоров'я полягає не лише у тому, щоб просто відновити будівлі, зруйновані або ушкоджені унаслідок війни, а у фокусі на пошук кращих способів надання необхідних послуг для населення. Такий підхід може змінити на краще мережу надання послуг.

2. Місцеві бюджети в Україні продовжують фінансувати комунальні витрати закладів охорони здоров'я, які знаходяться у їх власності. Це підриває потенціал стимулів, закладених у механізми оплати через НСЗУ, та перешкоджає процесу реструктуризації закладів охорони здоров'я. Ці кошти мають бути об'єднані у бюджеті Національної служби охорони здоров'я і, як результат цього, керівники закладів будуть мати більше стимулів для ефективнішого управління власними ресурсами для скорочення надлишкових потужностей.

3. Організація системи надання послуг відповідно до потреб населення та переведення місцевих бюджетів на систему охорони здоров'я під НСЗУ дозволить краще реалізувати фінансові стимули для підвищення ефективності. Однак, вигоди від скорочення надлишкових спроможностей закладів мають обмеження через стару інфраструктуру. Нові інвестиції, що надходитимуть у період відновлення, повинні ґрунтуватися на критеріях енергоефективного проєктування. Це поступово дозволить зробити систему надання послуг менш витратною (дозволить спрямувати використання коштів з будівель на пацієнтів), більш екологічною (більш сприятливою для навколишнього середовища) та менш залежною від іноземних енергоносіїв.

У довоєнний період бюджетне фінансування охорони здоров'я складало 3,3-4,2% ВВП (Додаток Ж). У 2022 році військові дії збільшили потреби в

державних коштах. В проекті Державного бюджету України на 2023 рік в пріоритеті – видатки на національну безпеку та оборону – 1 141,1 млрд грн, або 17,8% ВВП і це логічно для країни, яка воює [50]. На 2-му місці – фінансування охорони здоров'я – 175,7 млрд грн (рис. 3.2).

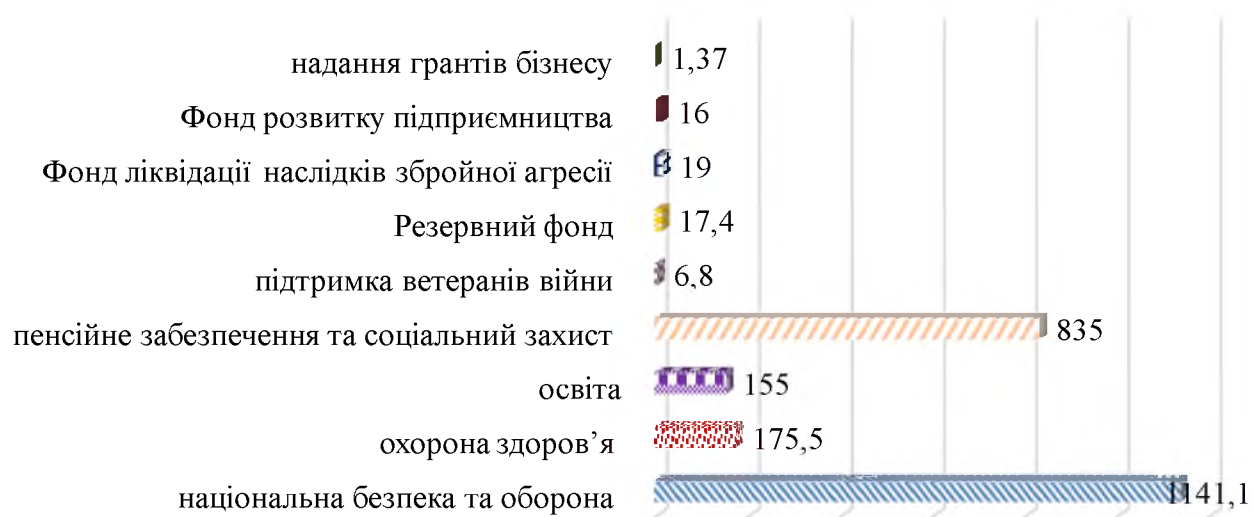


Рис. 3.2. Пріоритетні напрями спрямування ресурсів Державного бюджету України на 2023 рік, млрд грн [50]

На етапі післявоєнної відбудови додаткові потреби збережуться, однак фінансові обмеження змусять уряд утримувати традиційне співвідношення рівня витрат до ВВП. Фахівці [6] прогнозують бюджетне фінансування галузі охорони здоров'я у 2023-2025 роках на рівні 3,6 – 3,7% ВВП.

Аби диверсифікувати джерела фінансування медичної системи, вже розпочали роботу ряд ініціатив із залучення фінансування охорони здоров'я під час війни. Наприклад, Multi-Donor Trust Fund та Ukraine Humanitarian Fund. З метою консолідації міжнародних зусиль, спрямованих на надання підтримки Україні в захисті незалежності, територіальної цілісності та суверенітету, а також у її повоєнному відновленні, задля підвищення рівня обізнаності міжнародної спільноти про події в Україні Президент ініціював заснування національного бренду «UNITED 24» для об'єднання зусиль міжнародних партнерів, донорів, благодійників щодо

підтримки України в захисті її незалежності, територіальної цілісності та суверенітету, а також у повоєнному відновленні [37]. Першочерговими пріоритетами ініціативи «UNITED 24» є [52]:

1) медичне забезпечення для регіонів, де ведуться бойові дії, та закладів охорони здоров'я, що залучені до надання медичної допомоги постраждалим та пораненим внаслідок бойових дій;

2) відновлення роботи державних та комунальних закладів охорони здоров'я, що постраждали внаслідок бойових дій.

Окрім того, Україна приєдналася до програми EU4Health і зможе скористатися фінансуванням ЄС у сфері охорони здоров'я на рівних умовах, як і країни-члени ЄС, Норвегія та Ісландія. Загальний бюджет програми на 2021-2027 роки становить 5,3 млрд євро [24]. Ця угода дозволить Україні підтримати вітчизняну систему охорони здоров'я і відреагувати на невідкладні потреби, а також сприятиме відновленню країни у довгостроковій перспективі. Отримувати фінансування на проєкти покращення охорони здоров'я зможуть органи державної влади, неурядові організації, малий і середній бізнес.

Мета програми EU4Health [24]:

- покращення та зміцнення здоров'я населення європейських країн;
- сприяння здоровому способу життя та запобігання поширенню захворювань;
- захист людей від серйозних транскордонних загроз;
- сприяння розширенню асортименту та збільшенню кількості лікарських засобів і медичних виробів, а також їх доступності, у т. ч. й цінової;
- зміцнення систем охорони здоров'я шляхом покращення їхньої відновлюваності та ефективності використання ресурсів.

Угода між Україною та ЄС дасть можливість підтримати українську систему охорони здоров'я і відреагувати на невідкладні потреби, сприятиме відновленню країни у довгостроковій перспективі, зокрема дозволить ефективніше підготувати систему охорони здоров'я України до європейських

стандартів та полегшить секторальну інтеграцію України з ЄС.

Важливо, щоб фінансування відновлення медичної системи з боку донорських організацій був спрямований у найбільш продуктивному напрямку. З цією метою ВООЗ підготувала звіт «Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні» [33]. Запропоновано п'ять принципів, які допоможуть узгодити потенційні інвестиції із реформами, та спрямувати заходи із відновлення на те, щоб система охорони здоров'я якнайкраще надавала необхідні послуги для населення України (рис. 3.3).

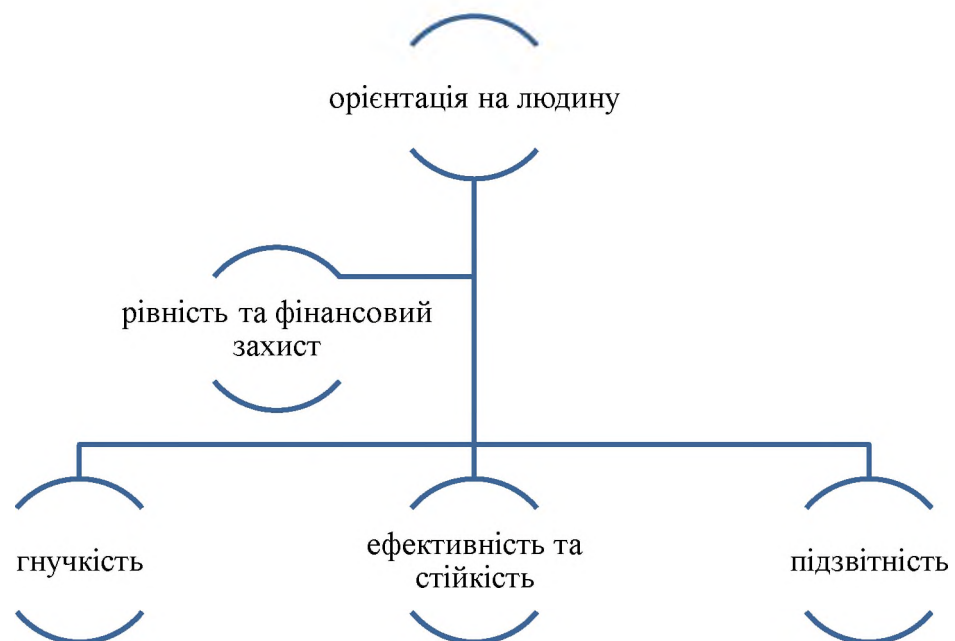


Рис. 3.3. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні [33]

Принцип орієнтації на людину означає організацію системи на основі потреб, а не по кожному захворюванню чи рівню державного управління. А отже посилення первинної медичної допомоги – надання послуг з профілактики та просвітницької роботи у спільнотах, оснащення первинки мультидисциплінарними командами, від лікарів загальної практики до соціальних працівників. Рівність та фінансовий захист означає, що інвестиції підтримують реформи, спрямовані на забезпечення наявності та доступності

послуг для тих, хто найбільше постраждав від війни. Це також вимагає, щоб люди, яких конфлікт загнав у бідність, були захищені від фінансових бар'єрів та необхідності витрачати кошти на охорону здоров'я. Принцип гнучкості передбачає, що система охорони здоров'я повинна бути спроможною поглинати потрясіння, адаптуватися та реагувати на нові виклики, керувати та обмежувати вплив потенційних збоїв, підтримувати зв'язки з громадськістю та реагувати на потреби, що виникають. Існують великі можливості для інвестицій у подальшу цифровізацію систем управління охорони здоров'я, щоб забезпечити необхідну гнучкість. Ефективність та стійкість: екологічне проєктування та інвестиції у багатопрофільні заклади охорони здоров'я мають бути пріоритетним для інвесторів, де вищі початкові витрати призведуть до менших витрат на експлуатацію системи у середньостроковій та довгостроковій перспективі. Підзвітність – процес відновлення, система охорони здоров'я та уряд повинні виконувати свої зобов'язання, водночас управління ресурсами повинно залишатися прозорим. Ролі та відповідальність на кожному рівні системи охорони здоров'я мають визначатися та узгоджуватися із залученням громадян, спільним плануванням, стандартизованим бюджетним обліком та механізмами фінансової звітності [21; 33].

За умови дотримання цих критеріїв, організації, що будуть фінансувати відновлення системи охорони здоров'я в Україні, зможуть отримати значну політичну та соціальну підтримку, а недержавні інвестори зможуть отримати раціональний приватний прибуток в окремих частках сектора. Найголовніше, щоб процес інвестування не відбувався у хаотичному та неузгодженому порядку. Принципи, викладені у нашому звіті, спрямовані допомогти уряду у питанні узгодження ресурсів відповідно до потреб та напрямків реформи охорони здоров'я України шляхом розробки певного набору національних стандартів.

Важливим аспектом відновлення є належний облік ресурсів з метою формування об'єктивного уявлення про стан системи охорони здоров'я.

Зокрема це стосується налагодження цифровізації даних та медичної статистики. Державна політика потребує перегляду функціонування медичних реєстрів та формування моделі їх взаємної інтеграції. Однак, не зрозуміло, скільки часу займуть розроблення такої моделі та її практична реалізація, тоді як нині реєстри залишаються обмежено функціональними (або не функціонують зовсім). До того ж, є ризик втрати частини даних, якщо вони не будуть сумісні із зазначеною моделлю, а це вплине на якість та швидкість управлінських рішень [40].

Потужним інструментом ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я може стати згуртованість громадянського суспільства та волонтерська діяльність. Водночас відсутня координація цього ресурсу через брак вірогідної інформації про потреби системи охорони здоров'я, що утруднює спрямування допомоги в регіони, де вона найбільше потрібна. Зокрема це зумовлено тим, що Кабінет Міністрів України дозволив закладам охорони здоров'я не вести облік гуманітарної допомоги [40].

Доцільно переглянути тарифи на надання послуг системи охорони здоров'я. Для прикладу, згідно із бюджетним запитом, тариф на пакет «реабілітація» з 01 січня 2023 р. закладено у 2,5 рази менший за актуальний, при цьому підстав очікувати зниження компонентів його собівартості немає.

Актуальним також залишається пошук альтернативних джерел залучення фінансових ресурсів та моделей заохочення приватного бізнесу в медицині на повоєнному етапі, зокрема – на деокупованих територіях.

В цілому реагування держави на гострі соціально-економічні проблеми, відбудова медичної системи і створення довгострокових засад її розвитку після війни вимагатимуть радикальної зміни структури державних видатків, розробки і фінансування нових програм, залучення стейкхолдерів як всередині країни, так і за її межами.

Якісними показниками досягнення цілі мають бути:

1) на першому етапі:

– часткове відновлення мережі закладів охорони здоров'я;

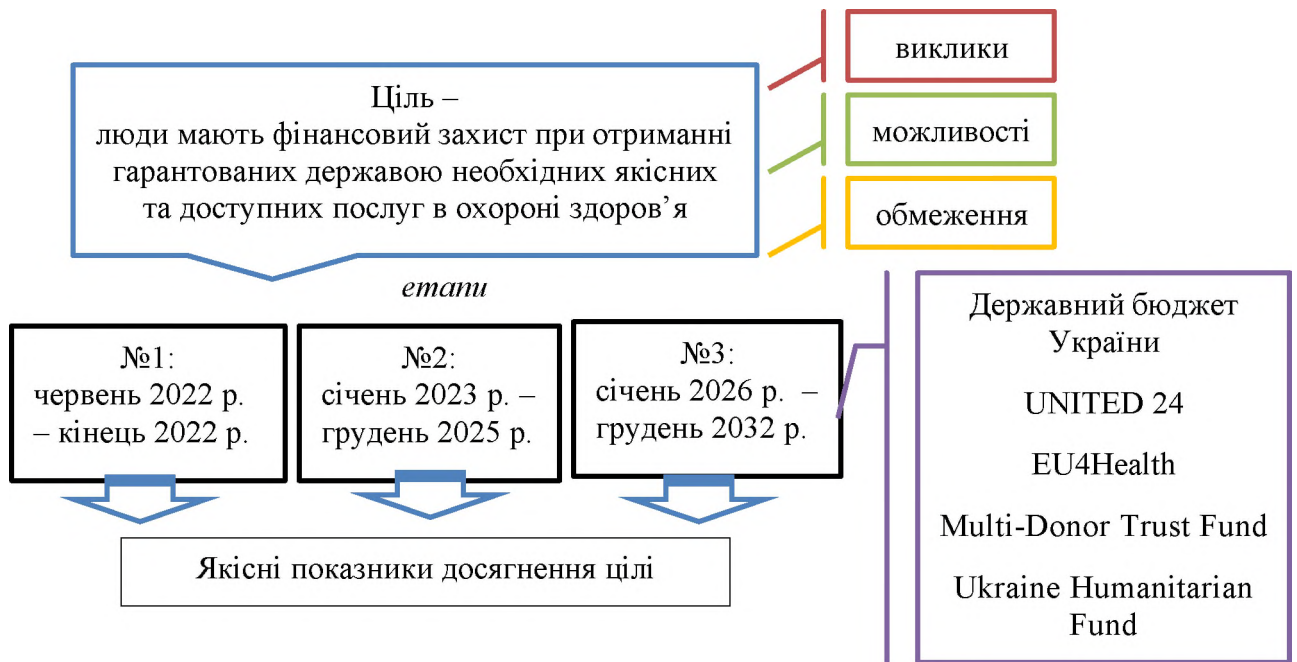


Рис. 3.4. Логіко-структурна схема реалізації Плану відновлення за пріоритетом «Забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я» [розроблено автором за: 24; 31; 52]

- фінансування закладів ґрунтується на результатах їх роботи;
- оновлення програми медичних гарантій в частині пакетів реабілітації, психічного здоров'я, травм тощо.

2) на другому етапі:

- річний обсяг фінансування програми медичних гарантій становить не менше 5% ВВП;
- консолідовано ресурси з різних джерел для фінансування системи охорони здоров'я;
- тарифи за програмою медичних гарантій є економічно обґрунтованими;
- впровадження механізму фінансування в рамках програми медичних гарантій, що включає показники результату;
- оновлення програми медичних гарантій відповідно до потреб населення та пріоритетів держави;

- зниження рівня неформальних платежів за пріоритетні види медичної допомоги.

3) на третьому етапі:

- частка витрат населення в загальних видатках на охорону здоров'я <30%, зменшення на 35% неформальних платежів, консолідовано ресурси з різних джерел;

- управління мережею через програми медичних гарантій;

- зростання добровільного медичного страхування до 5% видатків на державну медичну систему;

- оновлення програми медичних гарантій відповідно до потреб населення та пріоритетів держави;

- тарифи за програмою медичних гарантій є економічно обґрунтованими.

Отже, шляхи забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я можуть бути різними: заохочення донорів, збільшення загального обсягу державних видатків на охорону здоров'я, пріоритизація охорони здоров'я у загальних бюджетних видатках, консолідація об'єднання коштів на індивідуальні медичні послуги на національному рівні під НСЗУ та поступового підвищення її потенціалу як єдиного стратегічного закупівельника медичних послуг; запровадження гнучких та орієнтованих на результат методів фінансування у сфері охорони здоров'я; розширення програми медичних гарантій; розвиток ринку добровільного медичного страхування таким чином, щоб воно доповнювало державне фінансування та не поглиблювало нерівність за рахунок податкових субсидій.

Висновки до розділу 3

Незважаючи на продовження війни, необхідно вже зараз готуватися до відновлення галузі охорони здоров'я. Військові дії призвели до збільшення потреб населення в медичній допомозі, водночас знизивши здатність системи

надавати послуги. Руїнування медичних закладів, порушення логістики постачання медикаментів, переміщення великої кількості населення та необхідності задовольняти нові потреби в галузі охорони здоров'я посилюються наслідками війни, що впливають на спроможність системи надавати послуги. Зазначені виклики, разом із наслідками пандемії COVID-19, посилили вплив війни на здоров'я населення, спричинивши сплеск потреб в психологічній та психосоціальній допомозі. Без цілеспрямованих зусиль вплив проблем, спричинених війною, може дорівнювати або перевищити показники прямої захворюваності та смертності, що пов'язані з бойовими діями. У зв'язку з цим Уряд України розробив План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 – 2032 роки. Цей документ визначає пріоритетні напрями відновлення медичної системи, одним з яких є забезпечення стабільного фінансування медичної галузі.

У проекті бюджету на 2023 рік лєвова частка видатків передбачає фінансування обороноздатності країни. За оптимістичними розрахунками через війну охорона здоров'я може втратити щонайменше 10 % загального фінансування. Тому важливо знайти способи диверсифікації джерел фінансування медичної системи – як у відповідь на воєнні дії, відновлення руїнувань, так і для поточних викликів. У цьому контексті доцільно розширювати можливості залучення коштів за рахунок програм міжнародної технічної допомоги, зокрема: EU4Health, Multi-Donor Trust Fund, Ukraine Humanitarian Fund. А також розширювати можливості ініціативи «UNITED 24» – всесвітньої кампанії зі збору коштів для фінансування гуманітарної та медичної допомоги в Україні.

ВИСНОВКИ

Магістерська дипломна робота спрямована на розв'язання актуальної задачі – дослідження нових підходів в роботі державної медичної системи в період дії воєнного стану та обґрунтування пропозицій щодо її відновлення. Основні висновки та результати, які отримано в ході дослідження, полягають в наступному.

Збереження, охорона та зміцнення здоров'я і благополуччя громадян залишаються ключовими пріоритетами Уряду України. Задля трансформації системи охорони здоров'я Уряд з 2017 року реалізовує реформу системи охорони здоров'я, включно зі сферою її фінансування. Через повномасштабне вторгнення російської федерації, система охорони здоров'я зазнає значних змін, які виявляються у пошкодженні або руйнуванні інфраструктури сфери охорони здоров'я, що обмежує або навіть унеможлиблює доступ населення до медичної допомоги на територіях, які є або були окупованими, та територій, які постраждали внаслідок ведення військових дій. Втрати від війни для системи охорони здоров'я зростають щодня, тому необхідно забезпечити швидку відповідь на виклики сьогодення та реалізувати заходи, які сприятимуть якнайшвидшому відновленню сфери охорони здоров'я після закінчення війни. Надання якісної, доступної та вчасної медичної допомоги жителям громад та переселенцям, функціонування закладів охорони здоров'я під час воєнного стану – основні виклики сучасного публічного управління в цій сфері.

Аналіз функціонування медичної системи України в період дії воєнного стану дозволив узагальнити основні проблеми і виклики даної галузі:

- в умовах збільшення кількості та набору медичних послуг зростають витрати медичних закладів та бюджетів громад не тільки на медичні препарати та медичні вироби, але і на заробітну плату при залученні медичних фахівців з числа ВПО і на додаткове медичне обладнання, підтримку інфраструктури закладів охорони здоров'я;

– відповідно до змін, внесених до порядку реалізації Програми медичних гарантій в 2022 році в умовах воєнного стану, фінансування закладів охорони здоров'я у місяць зафіксовано та відбувається з розрахунку 1/12 суми річного договору, укладеного з НСЗУ, відповідно до розрахунків проведених на основі даних 2021 року, внесених в електронну систему охорони здоров'я, не враховує інфляцію, та можливе збільшене навантаження на ЗОЗ, часткову зміну кількості та набору медичних послуг;

– аналіз діяльності невеликих закладів охорони здоров'я демонструє необхідність проведення додаткового аналізу та подальших висновків щодо їх резервних можливостей, з урахуванням факторів воєнного стану та інших технологічних катастроф;

– поточна робота медичних закладів у невеликих громадах в умовах воєнного стану підтверджує тенденцію до необхідності запровадження нових гібридних моделей закладів охорони здоров'я, з гнучким управлінням невеликим ліжковим фондом та набором медичних послуг з орієнтацією на додаткові потреби пацієнтів за рахунок збільшення внутрішньої міграції;

– з огляду на суттєве послаблення підприємницької та економічної активності в громадах зменшуються надходження до місцевих бюджетів через податки та збори, що в поєднанні зі змінами пріоритетів у витратній частині бюджетів громад в умовах воєнного стану призводить до скорочення місцевих бюджетних програм в охороні здоров'я та часто обмежується компенсацією витрат на енергоносії закладам охорони здоров'я;

– встановлено недостатній рівень фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, недостатнє резервне забезпечення матеріально-технічними ресурсами, особливо для покриття додаткових потреб, викликаних військовими діями.

Усі зазначені вище обставини, які носитимуть тривало-невизначений

характер з тенденцією до зростання витрат та навантаження на заклади охорони здоров'я з огляду на непрогнозовані бойові дії, призводять до висновків щодо потреби ефективного управління мережею надання медичних послуг на локальному та державному рівні. Вирішення вищезазначених проблем потребує консолідації зусиль суспільства та органів державної влади на національному, обласному та місцевому рівнях, а також підтримки міжнародної спільноти.

Медична система є однією із ключових сфер Плану відновлення та модернізації України, розробленого Національною радою з відновлення України від наслідків війни. Серед завдань відбудови цієї сфери набуває особливого значення викликане війною завдання щодо розвитку реабілітаційної допомоги, послуг з психічного здоров'я, які наближені до людини та громад, травматологічних, ортопедичних, опікових та послуг інтенсивної терапії, вдосконалення пакетів програми медичних гарантій для врахування потреб ветеранів війни і осіб, постраждалих від воєнних дій.

Враховуючи готовність надання широкої фінансової підтримки закладам охорони здоров'я в умовах воєнного стану міжнародними донорами та інституціям, перспективи відновлення медичної інфраструктури та залучення інвестицій в галузь, прозорість фінансово-економічної та медичної діяльності закладів охорони здоров'я є невід'ємною складовою для залучення коштів міжнародної фінансової підтримки в рамках окремих цільових програм та проєктів у т.ч. ефективного та прозорого перерозподілу та використання великих об'ємів медичних гуманітарних вантажів.

Надання медичних послуг цивільними закладами охорони здоров'я, планування їх можливостей в умовах воєнного стану на рівні громад, і навіть розподіл медичних гуманітарних вантажів в межах регіональних хабів, які можуть знаходитися в доступній близькості або навіть на території громад, має відбуватися у координації з військовими шпиталями,

які підпорядковані Командуванню Медичних сил Збройних Сил України. Така координація також неможлива без впровадження системи управління медичною та економічною інформацією безпосередньо в ЗОЗ та на рівні адміністрацій громад.

Для забезпечення подальшої фінансової стабільності системи охорони здоров'я запропоновано ряд рекомендацій, зокрема:

- зміцнювати інституційну та кадрову спроможність НСЗУ, забезпечивши достатнє фінансування на адміністративні витрати;
 - перевести кошти на оплату комунальних послуг закладів охорони здоров'я з бюджетів місцевого самоврядування до НСЗУ, таким чином повністю перетворивши НСЗУ в єдиного стратегічного закупівельника послуг;
 - удосконалити інформаційні системи НСЗУ, щоб забезпечити гнучкість стратегічних закупівель ПМГ шляхом адаптації оплат на основі формул (наприклад, щоб реагувати на мобільність населення) та стимулювати реструктуризацію закладів;
 - розширити впровадження податків на продукти, що шкодять здоров'ю, для зміцнення здоров'я та збільшення надходжень до бюджету;
 - вдосконалити процедури обліку капітальних витрат та обладнання;
 - зміцнити автономію та підзвітність систем фінансового менеджменту на рівні закладів;
 - не відходити від універсального права на отримання послуг у галузі охорони здоров'я;
 - продовжити фінансування системи охорони здоров'я за рахунок загальних надходжень до бюджету і залучати кошти міжнародної технічної допомоги.
-

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрусів У. Я., Юрченко Н. Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2019. №150. С. 20–24.
2. Бакуменко В., Князев В. Методологія державного управління: проблеми становлення та подальшого розвитку. *Вісник УАДУ при Президентові України*. 2013. № 2. С. 11–27.
3. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134–140.
4. Барило О. Г. Аналіз визначень поняття «механізми державного управління» та його уточнення для сфери цивільного захисту. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 1. С. 63-69.
5. Безпека електронної системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану. *Міністерство охорони здоров'я*. URL: <https://moz.gov.ua/article/form-medical-staff/bezpeka-elektronnoi-sistemi-ohoroni-zdorov%ca%bcja-v-umovah-voennogo-stanu> (дата звернення: 13.11.2022).
6. Богдан Т. Війна і державні фінанси: скільки потрібно грошей на відновлення і де їх брати. *Економічна правда*. URL: <https://www.epravda.com.ua/columns/2022/11/3/693382/> (дата звернення: 03.11.2022).
7. Вовк С. М., Половян Н. С., Вовк Т. В. Особливості трансформації механізмів управління якістю надання медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 3 (26). С. 33 – 37.
8. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія. Донецький державний університет управління, МОН України. Кривий Ріг: вид. Р. А. Козлов. 2017. 315 с.
9. Горбатова Д. І. Діяльність органів виконавчої влади щодо реалізації права на охорону здоров'я. *Актуальні проблеми держави і права* : зб. наук. пр. 2019. Вип. 82. С. 54-58.
10. Гуржий П. О. Концептуальні засади системи менеджменту в закладах

охорони здоров'я. *Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету*. 2022. № 1(4). С.30-37.

11. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №496 від 17.03.2022. *Верховна рада України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text> (дата звернення: 14.11.2022).

12. Дегтяр О. А. Державне регулювання розвитку соціальної сфери: концептуальні засади та практика: монографія. Харків: С.А.М., 2014. 508 с.

13. Долгіх М. В. Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля. *Аспекти публічного управління*. 2019. Т. 7. № 12. С. 16-27.

14. Долгова Т. Сто днів війни спричинили сильний тиск на систему охорони здоров'я України. *Організація Об'єднаних Націй. Україна*. <https://ukraine.un.org/uk/184816-sto-dniv-viyny-sprychynyly-sylnyy-tysk-na-systemu-okhorony-zdorovya-ukrayiny> (дата звернення: 16.10.2022).

15. Звіт про прямі збитки інфраструктури від руйнувань внаслідок військової агресії росії проти України станом на 1 вересня 2022 року. *KSE Institute*. URL: https://kse.ua/wp-content/uploads/2022/10/Sep22_FINAL_Sep1_Damages-Report.docx.pdf (дата звернення: 13.11.2022).

16. З початку року українським лікарям перераховано понад 118 млрд грн. *Міністерство охорони здоров'я*. URL: (дата звернення: 10.11.2022).

17. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 1. С. 161-164.

18. Книш С. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та європерспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. 2019. Вип.1 (17). С. 54-59.

19. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Т. 9. № 2. С. 86-100.

20. Кузьменко Г. О. Проблеми реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Публічне урядування*. 2022. №2

(30). С. 47-54.

21. Левченко А. Війна може надати додаткового стимулу для повного впровадження реформ системи охорони здоров'я – представник ВООЗ. *Інформаційне агентство Інтерфакс Україна*. URL: <https://ua.interfax.com.ua/news/interview/842747.html> (дата звернення: 11.11.2022).

22. Лехан В. М., Слабкий Г. О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. №. 1. С. 5–23.

23. Ляшко В. ВООЗ прагне підтримати героїчних медпрацівників України медичними засобами і технічною допомогою. *Дайджест змін в охороні здоров'я*. 2022. № 9. С. 2-3.

24. Марків Н. Україна долучиться до медичної програми ЄС на умовах європейських країн. *Вечірній Київ*. URL: <https://vechirniy.kyiv.ua/news/69193/> (дата звернення: 03.11.2022).

25. Медицина в умовах війни: які виклики треба подолати системі охорони здоров'я. *Мережа захисту національних інтересів «АНТС»*. URL: <https://ants.org.ua/medycyna-v-umovah-vijny-yaki-vyklyky-treba-podolaty-systemi-ohorony-zdorovya/> (дата звернення: 23.11.2022).

26. Медична допомога в окупації: як працює система охорони здоров'я на тимчасово непідконтрольних територіях. *Міністерство охорони здоров'я*. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/medichna-dopomoga-v-okupacii-jak-pracjuje-sistema-ohorony-zdorovja-na-timchasovo-nepidkontrolnih-teritorijah> (дата звернення: 23.11.2022).

27. Медичні заклади в умовах воєнного стану в Україні будуть фінансуватися безперебійно. *Урядовий портал*. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/medichni-zakladi-v-umovah-voyennogo-stanu-v-ukrayini-budut-finansuvatisya-bezperebijno-viktor-lyashko> (дата звернення: 12.11.2022).

28. 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/?op=1&z=7574> (дата звернення: 18.10.2022).

29. Одноліток Т. Мільярди гривень: у МОЗ відзвітували про необхідність відновлення медичних закладів. *Інформаційне агентство УНІАН*. URL: <https://www.unian.ua/health/milyardi-griven-u-moz-vidzvituvali-pro-neobhidnist-vidnovlennya-medichnih-zakladiv-12010695.html> (дата звернення: 06.11.2022).

30. Особливості забезпечення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення на період дії воєнного стану. *Асоціація міст України*. URL: <https://auc.org.ua/novyna/osoblyvosti-zabezpechennya-realizaciyi-programy-derzhavnyh-garantiy-medychnogo> (дата звернення: 06.11.2022).

31. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки. *Міністерство охорони здоров'я України*. 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: 23.11.2022).

32. Посилкіна О.В., Гладкова О.В. Актуальні проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в Україні в умовах їх реформування. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. 2021. № 2. С. 43–49.

33. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022 р.

34. Продовжуємо розвиток системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану. *Консорціум експертних груп*. URL: <https://htf.org.ua/news/restart/> (дата звернення: 03.11.2022).

35. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги. Закон України № 2347-IX від 01.07.2022. *Верховна рада України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення: 12.11.2022).

36. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування

населення. Постанова Кабінету Міністрів України. *Ліга. Закон*. URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/kp220198?ed=2022_03_05 (дата звернення: 18.10.2022).

37. Про невідкладні заходи щодо об'єднання зусиль для підтримки України. Указ Президента України від 17.05.2022 р. № 344/2022. *Верховна рада України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/344/2022#Text> (дата звернення: 07.11.2022).

38. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою. Указ Президента України № 369/2021 від 18.08.2021. *Верховна рада України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text> (дата звернення: 08.11.2022).

39. Про утворення міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Наказ МОЗ від 27.09.2021 № 2071. *Міністерство охорони здоров'я*. URL: [України. https://moz.gov.ua/strategija](https://moz.gov.ua/strategija) (дата звернення: 07.11.2022).

40. Ресурси системи охорони здоров'я в умовах війни. *Національний інститут стратегічних досліджень*. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r> (дата звернення: 23.10.2022).

41. Рішення МОЗ для удосконалення роботи сфери охорони здоров'я під час воєнного стану. *Урядовий портал*. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/rishennya-moz-dlya-udoskonalennya-roboti-sferi-okhoroni-zdorovya-pid-chas-voennogo-stanu> (дата звернення: 02.11.2022).

42. Руснак Л. М. Правова природа поняття «охорона здоров'я». *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. №1. С. 109-112.

43. Сабецька Т. Проблеми та перспективи фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*. 2021. №27. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-27-54> (дата звернення: 08.11.2022).

44. Сафонов Ю. М., Борщ В. І. Стратегічний менеджмент закладів

охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я. *Актуальні проблеми економіки*. 2019. №8. С.62-69.

45. Свеженцева І. Медицина для людей: як ВООЗ рекомендує відновлювати українську систему охорони здоров'я. *Суспільне Новини*. <https://suspilne.media/244774-medicina-dla-ludej-ak-vooz-rekomendue-vidnovluvati-ukrainsku-sistemu-ohoroni-zdorova/> (дата звернення: 12.11.2022).

46. Серьогін С. М. Синергетичні засади державного управління в умовах реформ: монографія. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2017. 194 с.

47. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладами охорони здоров'я. *Держава та регіони*. 2019. №3 (108). С.161-165.

48. Терзі О. О. Система суб'єктів управління у сфері охорони здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2018. №2. С. 168-173.

49. Україна та Велика Британія співпрацюватимуть у сфері психічного здоров'я. *Міністерство охорони здоров'я*. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/ukraina-ta-velika-britanija-spivpracjuvatimut-u-sferi-psihichnogo-zdorov%e2%80%99ja-> (дата звернення: 27.10.2022).

50. Устінов О. В. На охорону здоров'я у 2023 р. планується виділити 175,7 млрд грн. *Український медичний часопис*. URL: <https://www.umj.com.ua/article/233677/na-ohoronu-zdorov-ya-u-2023-r-planuyetsya-vidiliti-175-7-mlrd-grn> (дата звернення: 25.10.2022).

51. Черненко В. Огляд останніх змін в законодавстві. *Практика управління медичним закладом*. 2022. №10. URL: <https://e.med-info.net.ua/praktyka-upravlinnya-medychnym-zakladom-2022-10/ohlyad-ostannikh-zmin-v-zakonodavstvi> (дата звернення: 13.10.2022).

52. Як будуть використовуватися кошти, що надійшли в рамках ініціативи UNITED24. *Міністерство охорони здоров'я*. URL: <https://moz.gov.ua/jak-budut-vikoristovuvatisja-koshti-scho-nadijshli-u-ramkah-iniciativi-united24> (дата звернення: 23.10.2022).

53. Яремко І. І. Підвищення ефективності механізмів управління

зкладами сфери охорони здоров'я. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку*. 2021. №2 (6). С.127-138.

54. Ярош Н. П., Лупей-Ткач С. І. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. №1(21). С.95–100.

55. Anhelov Yu. Forming organizational bases of state governance under special conditions. *Academic Journals and Conferences*. 2015. №15. URL: <https://science.lpnu.ua/dg/all-volumes-and-issues/issue-15-2015/forming-organizational-bases-state-governance-under-special> (дата звернення: 11.10.2022).

56. Briner M. Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. *BMC health services research*. 2019. V.10. № 1. P. 337-345.

57. Emergency in Ukraine. External Situation Report. *World Health Organization*. 2022. № 19. URL: <http://sur1.li/dpayq> (дата звернення: 05.11.2022).

58. Improving health workforce governance: the role of multi-stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of health. *Human Resources for Health*. URL: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-022-00742-z> (дата звернення: 25.11.2022).

59. Nigro Felix A. Modern public administration. *Physical Description*. <https://www.amazon.com/Modern-public-administration-Felix-Nigro/dp/0060448431> (дата звернення: 18.11.2022).

60. Perlin G. International Assistance to Democratic Development: Some Considerations for Canadian Policy Makers. Background Paper for research meeting on “Good governance and aid effectiveness”. Ottawa. URL: www.globaleconomicgovernance.org/docs/Perlin%20Implications%20for%20Canada.pdf (дата звернення: 15.11.2022).

61. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies.

Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-healthsystem-resilience-key-concepts-and-strategies> (дата звернення: 07.11.2022).

62. Surveillance System For Attacks on Health Care (SSA). *World health organization*. URL: <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx> (дата звернення: 07.11.2022).

63. The role of WHO in public health. *World health organization*. URL: <http://www.who.int/about/role/en/> (дата звернення: 15.11.2022).

64. Ukraine Internal Displacement Report – October 2022. *Organization for Migration*. URL: <http://surl.li/dpayt> (дата звернення: 05.11.2022).

65. War in Ukraine. Situation report from WHO Ukraine country office: Issue No. 30, 2 November 2022. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5319-45083-67125> (дата звернення: 23.11.2022).
