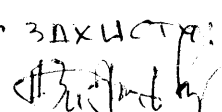


КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ  
ТА ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ  
КАФЕДРА РЕГІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА  
на тему:

«ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

Студент 2 курсу магістратури заочної форми  
навчання спеціальності 281 «Публічне управління  
та адміністрування» освітньо-професійної програми  
«Публічне управління та адміністрування»  
Походенко Олександр Ігорович

До захисту:  
  
/А.П. Рачинський /

Науковий керівник:  
д. держ. упр., проф. Рачинський Анатолій Петрович

Засвідчую, що в цій кваліфікаційній роботі  
немає запозичень із праць інших авторів  
без відповідних посилань

Студент

\_\_\_\_\_ (підпис)

Робота допущена до захисту в екзаменаційній комісії рішенням кафедри  
регіональної політики від «07» грудня 2023 р., протокол № 18.

Завідувач кафедри регіональної політики, доктор наук з державного  
управління, професор  
Колтун Вікторія Семенівна

  
\_\_\_\_\_ (підпис)

## АНОТАЦІЯ

*Походенко О.І.* Державна політика реформування системи охорони здоров'я України. – Кваліфікаційна магістерська робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна магістерська робота на здобуття ступеня вищої освіти другого (магістерського) рівня галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування», спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування». – Навчально-науковий інститут публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, 2023.

У магістерській роботі здійснено теоретичне обґрунтування державної політики реформування системи охорони здоров'я України та визначено її перспективи на засадах медико-соціальних підходів. Запропоновано інструментарій інноваційної моделі збереження здоров'я населення й напрями розбудови стійкої до сучасних викликів системи охорони здоров'я населення в Україні, метою яких є поліпшення суспільного здоров'я, підвищення рівня благополуччя населення, скорочення нерівності стосовно якості надання медичних послуг на засадах медико-соціальних підходів.

*Ключові слова:* державна політика, сфера охорони здоров'я, методологічні підходи, громадське здоров'я, суспільне здоров'я, методологічні підходи, сфера публічного управління та адміністрування.

## ANNOTATION

*Pokhodenko O.I.* Public Policy of Reforming the Healthcare System of Ukraine. – Qualifying Master's Thesis as a Manuscript.

Qualifying scientific work for obtaining an educational degree at the second level of higher education (Master's degree), field of study 28 "Public Management and Administration", specialty 281 "Public Management and Administration". – Educational and Scientific Institute of Public Administration and Civil Service of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine, 2023.

The master's thesis provides a theoretical justification for the state policy of reforming the healthcare system of Ukraine and identifies its prospects based on medical and social approaches. The author proposes tools for an innovative model of public health and directions for developing a public healthcare system in Ukraine that is resistant to modern challenges, aimed at improving public health, increasing the level of well-being of the population, and reducing inequalities in the quality of healthcare services based on medical and social approaches.

*Keywords:* state policy, healthcare sphere, methodological approaches, public health, social health, methodological approaches, public management and administration sphere.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1 .....	10
ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ .....	10
1.1 Аналіз державної політики реформування сфери охорони здоров'я.....	10
1.2 Медико-соціальний підхід у реформуванні сфери охорони здоров'я .....	16
Висновки до Розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2 .....	27
РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ПІДХОДУ .....	27
2.1 Сучасні виклики щодо реформування сфери охорони здоров'я на засадах медико-соціального підходу .....	27
2.2 Медико-соціальний ресурс у реформуванні сфери охорони здоров'я .....	35
Висновки до розділу 2.....	44
РОЗДІЛ 3 .....	46
ПЕРСПЕКТИВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	46
3.1 Вплив Глобальної стратегії розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я до 2030 року на реформування сфери охорони здоров'я України.....	46
3.2 Пріоритетні напрями державної політики щодо реформування сфери охорони здоров'я населення на засадах медико-соціального підходу .....	52
Висновки до Розділу 3.....	60
ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	67
ДОДАТКИ.....	77

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Розвиток українського суспільства в умовах воєнного стану в результаті широкомасштабного нападу країни-агресорки росії на Україну характеризується складними економічними, організаційними та функціональними змінами в усіх сферах життєдіяльності, включно з системою охорони здоров'я. Тому питання державної політики України з охорони здоров'я вітчизняних громадян є одним із найбільш актуальних та обговорюваних. Важливість охорони здоров'я полягає в соціальних, економічних і моральних обов'язках держави перед громадянами, тому що національне здоров'я є основною умовою економічного розвитку суспільства та соціального добробуту громадян, успішного захисту суверенітету держави. Формування високої якості медичних послуг, раціональне використання ресурсів не тільки пов'язані з інтересами кожного, але й певною мірою визначають стан здоров'я країни, якість життя людей і різні показники життєвого рівня.

В Україні традиційною системою надання медичних послуг населенню є державна сфера охорони здоров'я (СОЗ), яка фінансується державою. Іншим можливим способом надання медичних послуг громадянам є системи обов'язкового (ОМС) та добровільного (ДМС) медичного страхування.

В таких складних умовах держава відтворює нові підходи до механізмів управління, розглядає державну політику збереження здоров'я населення як медико-соціальний ресурс і потенціал реформування сфери охорони здоров'я.

Реформи охорони здоров'я в Україні фокусують увагу на структурно-функціональних змінах у галузі медичної допомоги, втрачаючи системність і нові орієнтири, що залишає охорону здоров'я в Україні на засадах вузькомедичної допомоги. Саме тому актуальним є вивчення стратегій державної політики щодо реформування сфери охорони здоров'я в євроінтеграційному контексті, що забезпечить дотримання принципів

соціальної рівності, справедливості і соціально-економічної доцільності в сучасних умовах. Успішне подолання реальних загроз здоров'ю людей залежить від планомірного і цілеспрямованого медико-соціального підходу. Тому Україні може бути корисним прийняти Глобальну стратегію розвитку кадрового потенціалу в охороні здоров'я до 2030 року в рамках державної політики здійснити оцінку успіхів та причин помилок у впровадженні реформ.

Відзначаючи важливість і наукову цінність наявних досліджень, слід зазначити, що аналіз наукової літератури свідчить про відсутність загальної розробки державної політики реформування на основі медико-соціального підходу та можливостей застосування в Україні. Усе це визначає вибір теми дослідження, мету та завдання дослідження.

*Мета і завдання кваліфікаційної магістерської роботи.* Метою дослідження є обґрунтування перспектив вдосконалення державної політики реформування сфери охорони здоров'я України на засадах медико-соціального підходу.

*Об'єкт і предмет кваліфікаційної магістерської роботи.* Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері охорони здоров'я населення. Предмет дослідження – державна політика реформування сфери охорони здоров'я України.

Для досягнення мети було поставлено такі завдання:

- систематизувати загальнотеоретичні аспекти дослідження поняття та сутності державної політики реформування сфери охорони здоров'я;
- визначити особливості медико-соціального підходу реформування сфери охорони здоров'я;
- окреслити сучасні виклики та загрози у державної політики реформування сфери охорони здоров'я на засадах медико-соціальних підходів;
- розглянути та узагальнити тенденції державної політики реформування сфери охорони здоров'я, зумовлені глобальними викликами та загрозами;

– розкрити сутність Глобальної стратегії розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я до 2030 року та її вплив на вдосконалення державної політики реформування сфери охорони здоров'я;

– обґрунтувати пріоритетні напрями вдосконалення державної політики реформування сфери охорони здоров'я на засадах медико-соціальних підходів.

*Методи дослідження.* Для досягнення поставленої мети й реалізації завдань дослідження було застосовано комплекс взаємопов'язаних загальнонаукових і спеціальних методів, спрямованих на отримання об'єктивних і достовірних результатів: методи історичного аналізу літературних джерел – для вивчення рівня розробленості проблеми у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі; методи аналізу й синтезу, класифікації та систематизації, узагальнення й аналогії – для вивчення динаміки розвитку нормативно-правової бази та для конкретизації змісту, цілей, завдань і функцій державної політики реформування сфери охорони здоров'я, а також прогностичний метод – для узагальнення отриманих результатів дослідження, формулювання відповідних висновків, рекомендацій та пропозицій.

*Наукова новизна одержаних результатів* визначається особистим внеском автора у вирішення актуального науково-практичного завдання, що полягає в теоретичному обґрунтуванні перспектив вдосконалення державної політики реформування сфери охорони здоров'я на засадах медико-соціальних підходів в умовах глобальних викликів та загроз.

Найсуттєвіші результати дослідження, які мають наукову новизну, полягають у тому, що *теоретично обґрунтовано* перспективи вдосконалення державної політики реформування сфери охорони здоров'я України та запропоновано інструментарій інноваційної моделі збереження здоров'я населення й напрями розбудови стійкої до сучасних викликів системи охорони здоров'я в Україні, метою яких є поліпшення суспільного здоров'я, підвищення рівня благополуччя населення, скорочення нерівності стосовно якості надання медичних послуг на засадах медико-соціальних підходів; *проаналізовано*

*основні підходи до класифікації методологічних підходів збереження здоров'я населення у сфері державної політики, виокремлено виклики та загрози у сфері державної політики реформування сфери охорони здоров'я на засадах медико-соціальних підходів; досліджено класифікацію принципів побудови єдиного медичного простору медичних служб сил оборони, органів і закладів охорони здоров'я як медико-соціального ресурсу і потенціалу розвитку сучасного суспільства; набули подальшого розвитку сучасні тенденції вдосконалення державної політики реформування сфери охорони здоров'я на засадах медико-соціальних підходів та Глобальні стратегії розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я до 2030 року, направлені на збереження здоров'я населення України.*

*Практичне значення одержаних результатів* полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані в практичній діяльності органів публічної влади, їх керівників, керівників і працівників служб охорони здоров'я, а також в процесі підготовки державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування при викладанні дисципліни «Публічна служба», у подальших наукових дослідженнях у межах досліджуваної тематики, зокрема під час проведення семінарських занять з навчальної дисципліни «Публічна політика» тощо.

*Апробація результатів дослідження.* Основні результати кваліфікаційної магістерської роботи оприлюднено на Міжнародному круглому столі до Дня державної служби «Професіоналізація державної служби: вітчизняні виклики та європейські орієнтири» (Київ, 20 черв. 2023 р.) та Міжнародній науково-практичній конференції «Розвиток територіальних громад : правові, економічні та соціальні аспекти"» (Миколаїв, 2-3 листопада 2023 р.).

*Публікації автора:*

1. Походенко Олександр. Регулювання якості й доступності медичних послуг населенню у зарубіжних країнах. *Професіоналізація державної служби: вітчизняні виклики та європейські орієнтири : матеріали Міжнар. круглого столу до Дня державної служби* (Київ, 20 черв. 2023 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Н. Б. Ларіної. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2023. С. 137-140.

2. Походенко Олександр. Основні проблеми медичної сфери України щодо якості й доступності медичної допомоги. *Розвиток територіальних громад: правові, економічні та соціальні аспекти: Матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф.* (Миколаїв 2-3 листопада 2023 р.). Миколаїв: МНАУ, 2023. с. 167-171.

*Структура та обсяг кваліфікаційної магістерської роботи.* Робота складається з анотації, вступу, трьох розділів, шести параграфів, висновків, списку використаної літератури. Загальний обсяг кваліфікаційної магістерської роботи становить 79 сторінок, 4 таблиці, 3 рисунки, кількість використаних джерел – 82 та додаток на 3 сторінках.

## РОЗДІЛ 1

### ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ

#### 1.1 Аналіз державної політики реформування сфери охорони здоров'я

Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на збереження та зміцнення здоров'я нації, поліпшення демографічної ситуації, підвищення народжуваності, зниження смертності та інвалідності, подовження активної тривалості життя, зміцнення фізичного, репродуктивного та здоров'я. Поліпшення національного та соціального здоров'я, продовження працездатного віку та покращення індексу людського розвитку. Національний характер системи охорони здоров'я передбачає насамперед домінуючу роль держави як власника, роботодавця та регулятора галузі [1, с. 388].

Поняття «державна політика» вперше було запроваджено в США і зводилося до розуміння дій держави [66]. Дослідження в цій області розвивалися в рамках парадигми «policy sciences» [9]. Розвитку державної політики сприяла неоконсервативна революція, що забезпечила *перехід від принципу перерозподілу до принципу ефективності*. Тож нова політика зумовила нову парадигму аналізу державної політики, що вимагала *методів узгодження інтересів і досягнення ефективного результату, що максимізувало суспільну корисність*.

Розуміння державної політики в країнах Європи складалося пізніше від «американського». Західноєвропейська традиція відштовхується від «зростаючої нездатності сучасної держави вирішувати соціальні проблеми населення» [60]: держава делегує свої повноваження на суспільство, на експертну думку громадськості.

Осмислення категорії «державна політика» має відбуватися в контексті

багатовекторності тлумачення термінів, які в силу тимчасових і політичних змін, коригуються й доповнюються. Термінологічна складність полягає у тому, що державна політика може тлумачитися також як цілісна категорія, для якої характерними є ознаки участі політичного актора та суспільства.

Цей термін має безліч значень, а також похідні від нього категорії, які інтерпретуються по-різному. Так здійснюючи аналіз розуміння державної політики, М. Шматко визначає її як *симбіозм політичної дії*, наукової рефлексії та *акта мас-медійної комунікації*. [67, с. 110].

Іншу сутність державної політики як *системи «спільного управління»* розвивається в практиці діяльності міжнародних, наднаціональних європейських інституцій Ради Європи та Європейського Союзу [58, с. 207]. Такі підходи, зосереджують увагу на дослідженні державної політики на глобальному рівні, що міняє управлінську парадигму, що пропонує новий стиль управління в умовах включення все більшої кількості політичних акторів у процес вироблення та реалізації державної політики. При цьому йде розмивання кордонів між публічним і приватним секторами, затребуваними тепер є нові механізми управління [66].

У контексті вивчення державної політики в галузі знань 281 «Публічне управління та адміністрування» визначено, що вона може розглядатися на засадах *критеріального підходу, тобто – державна, суспільна, з точки зору прийняття політичних рішень* [56, с. 211].

Якщо розглядати це поняття в смисловому наповненні «державна», то це значить, що саме держава в сучасному політичному світі являє собою головний публічний інститут, покликаний об'єднати усі групи суспільства.

А якщо вивчати це поняття в смисловому наповненні «суспільна», то трактування підкреслює, що вся діяльність здійснюється в інтересах суспільства.

З погляду процедури прийняття політичних рішень державна політика – підкреслює її прозорість та відкритість для громадян, це цілеспрямовано здійснення владним органом відповідного політичного курсу.

У роботі В. Міхеєва [23, с.46] подано більш розгорнуто визначення про державну політику, яку автор визначає як *певний вид діяльності*, який відзначається системною взаємодією держави, приватного сектора, ІГС та ін.

У процесі аналізу державної політики С. Телешун [62, с.41] зосереджує увагу на проблемі легітимації суб'єкта, який представлений владним інститутом, використанні *стратегічного підходу* у публічній політиці.

Державна політика – це легітимний спосіб формування стратегічних рішень та публічне їх схвалення як засобів реалізації державної політики [57, с. 132].

На думку Н. Янюк, в «американській» моделі актором є публічна влада, тобто держава; тоді як у «європейській» – концентрація уваги лише на діях, процесах, інструментах узгодження інтересів [69].

Під «politics» учені розуміють сферу взаємовідносин різних соціальних груп та індивідів з приводу використання інститутів публічної влади задля реалізації суспільно значущих інтересів і потреб; політичну діяльність, політичне життя [66, с. 311]; політичні дії, політичний процес, визначений інтересами та конфліктами, владою та зусиллями, які були спрямовані на досягнення компромісу та здійснення; власне політичну сферу [30, с. 119].

Для вітчизняного наукового поля поняття «державна політика» є більш вживаним у вітчизняному законодавстві, зокрема: «під державною політикою розуміються стратегічні напрями діяльності держави в економічній, соціальній, гуманітарній, екологічній, правовій та інших сферах її внутрішнього життя, а також у сфері відносин з іншими державами на певну історичну перспективу» [29, с.118].

Досліджуючи парадигму поняття «державна політика», відзначимо, що вітчизняні науковці розуміють його по-різному (див. табл. 1.1).

Для більш детального розуміння досліджуваного поняття «публічна політика» проаналізуємо основні підходи сучасних науковців щодо обраної теми. *На їх погляд, під визначенням феномену публічної політики можливе трактування «взаємодія», «діалог», «партнерство» [виділ. автор].*

Таблиця 1.1

## Трактування сутності «державна політика» вітчизняними науковцями

<i>Визначення</i>	<i>Автор</i>
сукупність дій уряду та його територіальних органів на забезпечення функціонування та ефективного розвитку всіх сфер життєдіяльності суспільства	І. Розпутенко
сукупність дій уряду, направлених розв'язання проблем, що виникають, і визначення шляхів удосконалення та розвитку охорони здоров'я	О. Вашев
сукупність цілей і завдань для реалізації комплексу заходів із розроблення, координації та контролю за виконанням державних програм у сфері охорони здоров'я населення	О. Вашев Ю. Сурмін, В. Бакуменко
сформульований курс уряду із на очікувані результати та їх вплив на наявний стан справ і розв'язання проблем	А. Михненко
курс уряду на відносно стабільну, організовану й цілеспрямовану діяльність або бездіяльність державних інституцій	В. Ребкало, В. Тертичка

Дослідники державної політики виділяють такі основні підходи до тлумачення цього поняття як: транспарентний, цілеспрямований, стратегічний, діяльнісний, інформаційно-комунікаційний. В таблиці 1.2 подано функціональну характеристику їх (див. табл. 1.2).

Доцільно зазначити, що у магістерській роботі, розглядаючи загальнотеоретичні аспекти дослідження поняття та сутності публічної політики щодо збереження здоров'я населення, ми визначаємо їх як складову суспільної політики, що піддається суттєвим трансформаціям під впливом нових структур суспільних взаємодій (мереж), інформаційних технологій (електронне врядування), яка регламентована демократичними процедурами, формується засобами урядових комунікацій з громадськістю, легітимізує громадську думку, створює контрагента в особі громадськості, готової до діалогу.

Таблиця 1.2

## Основні підходи до розуміння сутності публічної політики

<i>Назва підходу</i>	<i>Суть та функції</i>
<i>транспарентний</i>	процес прийняття політичних, політико-управлінських рішень, що визначає ступінь наявності каналів доступу зацікавлених груп до процесу публічності
<i>цілеспрямований</i>	вплив держави на структури публічної влади, тобто програма стратегії розвитку галузевої політики
<i>процесний</i>	курс дії публічної влади, який здійснюється в контексті реалізації певної стратегії
<i>діяльнісний</i>	характеризується характерними чинниками, які розкривають внутрішні причини, розглядають процеси і компоненти політики
<i>інформаційно-комунікаційний</i>	представлений цілісним комплексом вертикальних і горизонтальних взаємодій його учасників

Вітчизняними науковцями М. Білинською, Н. Васюк, Н. Кризиною приділено увагу специфіці громадських організацій як соціально-політичних інститутів, розкриттю змісту і характеру їх участі у процесі вироблення суспільної політики у сфері охорони здоров'я. Вони розглядають різносторонньо питання створення та функціонування неурядових організацій у цій сфері діяльності, звертаючи увагу на їх залучення до процесу формування державної політики в Україні на прикладі зарубіжних держав, що є дієвим механізмом підвищення результативності державної політики щодо реформування сфери охорони здоров'я, збереження здоров'я населення України [4, с 96].

Дещо більш широкі характеристики публічного простору або сфери публічного наводить В. Парсонс: «вона має справу зі складнішими й неоднозначними завданнями; вона має більше проблем із впровадженням рішень; вона використовує більше людей із ширшим діапазоном мотивацій; вона більше має справу із забезпеченням можливостей чи здатностей; вона

більше має справу із компенсацією ринкових невдач; вона бере участь у заходах більш символічного значення; вона пов'язана із суворішими стандартами зобов'язань і легальності; має більше можливостей реагувати на проблеми справедливості; повинна діяти чи намагатися діяти в інтересах суспільства; вона має забезпечувати мінімальний рівень державної підтримки, вищий за той, що вимагається у приватному виробництві» [66, с. 28].

Таким чином склалася інфраструктура публічної сфери – громадський сектор життєдіяльності суспільства яка включає чотири головні компоненти [56, с. 201] (див. рис. 1.3).

*Таблиця 1.3*

Основні компоненти щодо тлумачення змісту  
публічної політики за [56, с.201]

<i>Компоненти</i>	<i>Тлумачення</i>
<i>економічний</i>	громадський сектор економіки, виробництво суспільних благ, систему перерозподілу доходів для задоволення суспільних потреб
<i>соціальний</i>	громадські та державні служби соціального забезпечення
<i>суспільно-політичний</i>	недержавні самодіяльні об'єднання і асоціації громадян, громадянська мережа формування суспільної думки, центри громадянської солідарності
<i>соціокультурний</i>	інститути збереження та відтворення духовних цінностей і культурних кодів суспільства

Відтак, доцільно зазначити, що публічна сфера це не лише тільки «громадський форум колективного пошуку засобів досягнення цілей, а також це способи практичного втілення в систему реальних суспільних відносин та інститутів».

Розглядаючи публічну політику у сфері охорони здоров'я населення, варто акцентувати увагу, що вона спрямовується на підвищення рівня збереження генофонду українського народу.

Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я населення

потребує здійснення комплексу заходів національного, регіонального та місцевого рівня щодо надання доступної та якісної медичної допомоги, профілактики захворюваності, зниження інвалідності, смертності населення[27, с.275].

Таким чином, нами окреслено загальнотеоретичні аспекти дослідження вітчизняними та зарубіжними науковцями сутності двох понять «державна політика» та «публічна політика». З'ясовано особливості понятійного поля дослідження та розуміння дефініції «публічна політика»; розкрито існуючі відмінності між поняттями «державна політика» та «публічна політика». Зазначено, що найбільш суттєвою складовою і водночас характеристикою публічної політики зі збереження здоров'я населення є суспільний діалог, безпосередня взаємодія влади та суспільства, а також наявність неурядового сектору. Важливою компонентною державної політики є здійснення реформи у цій сфері суспільної діяльності, реалізація медико-соціального підходу, збереження здоров'я населення, який розглянемо у наступному параграфі.

## 1.2 Медико-соціальний підхід у реформуванні сфери охорони здоров'я

Зміни парадигми управління у сфері охорони здоров'я спричинені також розвитком нових суспільних відносин; небезпечним розривом реальної практики та її теоретичного обґрунтування; принципово новим явищем суспільного розвитку – мережевим управлінням та інформаційним бумом.

Принагідно зауважимо, що зазначена проблема була характерною для багатьох країн, що зумовило розроблення методологічних інновацій публічного адміністрування та публічної політики, таких як інституціоналізація, міжсекторальна взаємодія; соціологічні методи. Разом з тим у системі досліджень залишаються такі напрацьовані на попередньому етапі класичні, фундаментальні, методологічні позиції, як правові підходи, аналіз політики.

Будуючи концепції та принципи розв'язання проблеми, змінюючи

методологію та інструментарій, наука пояснює реальність, перевіряється нею і окреслює напрями подальшого розвитку [38,с. 446].

Сучасна реальність державного управління суперскладна, відкрита та нелінійна, тому старі визначення та дефініції її не пояснюють.

У дослідженнях Л.Бунецького, В.Гейця, Я.Жаліла [16] та В.Канівської [19] зазначено про необхідність інноваційних підходів до формування медико-соціальних принципів теоретико-методологічних засад державного управління охороною здоров'я. При цьому звертається увага на складність та багатоаспектність впливів, які можна диференціювати на зовнішньо- та внутрішньо контекстні. До перших належать виклики, що постали перед національною охороною здоров'я у зв'язку з глобалізацією та євроінтеграцією. Основним викликом внутрішньо контекстного характеру логічно вважати необхідність здійснення реформ в умовах перманентних змін політичного, економічного та соціального змісту.

З огляду на зазначене сформульовано принцип *інституційної зумовленості реформування*, який визначено як забезпечення ефективності реформ шляхом узгодження офіційних і неофіційних впливів, правил, законів та ресурсного забезпечення. Інституційна зумовленість реформування сфери охорони здоров'я має еволюційний характер.

За такого широкого підходу до детермінації змін було виявлено необхідність розроблення інноваційних інструментів управління, застосування *міжгалузевих та міжсекторальних* кластерів до оптимізації моделей зв'язків, які були характерними для радянської системи державного управління не лише у сфері охорони здоров'я, а також в інших соціальних сферах розвитку суспільства на рівні «суб'єктно-об'єктних» відносин і перейшли в спадковість в незалежну в Україну [1; 12; 26; 27].

В основу дослідження покладено рекомендоване ВООЗ ставлення до здоров'я як категорії із соціально-політичною сутністю, що відіграє визначальну роль в індикації спрямування соціальної політики держави. На цій підставі визначено підходи вдосконалення публічного управління реальною

охороною здоров'я в Україні [35, с. 216].

Зауважимо, що теоретико-методологічні засади формування та вивчення державної політики як складової суспільних наук визначають принципові позиції, з яких необхідно досліджувати й розв'язувати реальні проблеми сфери охорони здоров'я України.

Важливо, що принципово значущою методологічною позицією суспільних наук є відповідність стадії розвитку та інтегральним викликам суспільства, що можна визначити як елемент інституційної зумовленості розвитку загалом, а також здійснення реформ у сфері охорони здоров'я [54].

З огляду на суспільну динаміку відповідно змінюються визначення основних понять у галузі науки з державного управління, яке відповідно трансформується в публічне адміністрування [35].

Тому для дослідження державної політики реформування сфери охорони здоров'я важливим є розуміння, що в сучасній Україні запроваджується людиноцентричний підхід, який має стати рівноправним серед державоцентричного та суспільноцентричного. Тож тенденції державного управління трансформується в партнерське соціально відповідальне публічне врядування і відповідно державну політику можна визначити як публічну, на превалювання *соціальних підходів* замість *політико-правових* [8, с. 285; 27, с. 276].

Особливо це стосується державної політики щодо збереження здоров'я населення, яку можна трактувати як складову соціальної політики держави.

Результати аналізу останніх публікацій з проблематики засвідчили, що засади державної політики у сфері охорони здоров'я викладені в низці політичних, нормативно-правових актів та програмних документів, що представляють сферу охорону здоров'я як один з пріоритетних напрямів розвитку суспільства і держави, визнають цю сферу одним з основних індикаторів стабільного розвитку держави [8; 35; 48; 63].

Водночас результати аналізу останніх досліджень і публікацій свідчать про системний незадовільний стан системи охорони здоров'я в Україні,

необхідність реформування медичної галузі відповідно до кращих світових стандартів якості обслуговування. [17; 39; 55; 61].

Грунтовний аналіз проблем охорони здоров'я щодо впливу глобалізації та євроінтеграції містять щорічні матеріали Eurostat [63], а також праці таких учених, як І. Кікбуш, С. Томсон та інших науковців щодо змін у системах охорони здоров'я різних країн.

Разом з тим існує велика розбіжність між теоретичними напрацюваннями у цій сфері діяльності й здійсненими реальними реформами системи охорони здоров'я в Україні. Найбільш актуальними в державному управлінні охороною здоров'я є проблеми низької активності громадськості в умовах децентралізації [11; 15; 37], регіональним управлінням, фінансово-економічними труднощами тощо, що потребує особливої наукової уваги та методичних розробок [35].

Здійснення системних зрушень у сфері охорони здоров'я, визначення шляхів удосконалення державного управління охороною здоров'я потребують дослідження медико-соціального підходу, розробленням та застосуванням інноваційних інструментів управління, що актуалізує тему магістерської роботи.

Таким чином, результати аналізу наукових літературних джерел засвідчують необхідність науково-теоретичного обґрунтування методологічних засад і концептуальних принципів щодо медико-соціального підходу до управління охороною здоров'я в Україні та підвищення її ефективності [3; 4; 17; 48].

З'ясовано також, що політичні та соціально-економічні трансформації сучасного українського суспільства стосуються сфери охорони здоров'я, політизуючи базову категорію галузі - здоров'я як важливу соціальну цінність та складову добробуту. Здоров'я в сучасному суспільстві визначають в економічному, соціальному і правовому аспектах [26; 36; 40].

*В історичному аспекті* поняття здоров'я ускладнювалося із-за обмеження біомедичного виміру здоров'я для широкого розуміння «здоров'я як повне благополуччя», яке було визнано ВООЗ. Раціональніший буде підхід, згідно з

яким ураховують і оцінюють різні аспекти категорії здоров'я, *це медико-соціальний* [51]. Ця концепція здоров'я людини як соціальної істоти, здоров'я якої потребує «здорових стандартів життя» утвердилась лише у ХХ ст. як базові засади побудови публічної політики у сфері охорони здоров'я [39; 55].

*Соціальна цінність здоров'я* визначається тим, що воно надає і підтримує здатність виконувати соціально-трудова функції, відтворювати сукупність людських здатностей та потреб в освіті, науці, самореалізації, що є основою людського і суспільного розвитку.

*Соціокультурна цінність здоров'я* виявляється в поведінці людини щодо здоров'я і його забезпечення. Поведінкові аспекти здоров'я – це такі чинники, які характеризують психічне і духовне здоров'я, що наразі виявилось в Україні [31, с. 17].

Як соціальний, так і соціокультурний аспекти категорії здоров'я становлять підґрунтя для формування державної політики збереження здоров'я населення. До процесу реалізації політики здоров'я включаються різні суспільні та державні організації, що загалом формує інституційний підхід до формування державної і політики щодо реформування сфери охорони здоров'я.

Сучасні *методологічні підходи до визначення економіки здоров'я* спрямовані на з'ясування ролі індивідуального і суспільного здоров'я у формуванні та розвитку соціально-економічних відносин у суспільстві та як умову економічного зростання [3; 8; 27; 86 ].

Підходи до визначення *економічних аспектів* здоров'я охоплюють як витрати на забезпечення здоров'я, так і його роль в економічному розвитку держави. У становленні економічної політики у сфері охорони здоров'я враховують частку цієї галузі в національній економіці, її схильність до утворення інноваційних технологій, що потребують інвестицій, а також високий рівень забезпечення зайнятості населення, що утворює суспільне благополуччя. Прикладом такого підходу є профілактичні заходи, які проводяться нині з покращення епідеміологічної ситуації щодо захворюваності на коронавірус, вакцинація, травматизм, психічний стан здоров'я та інші, які,

діючи індивідуально, сприяють оздоровленню всього населення.

Важливий аспект економіки здоров'я полягає у впливі бідності на стан здоров'я, що, у свою чергу, істотно впливає на політику фінансування галузі та розвитку національної сфери охорони здоров'я. особливо це

Таким чином, державна політика у сфері охорони здоров'я істотно впливає на, благополуччя населення, демографічні процеси і має бути пріоритетною в державній політиці, соціально-економічному розвитку країни.

Внаслідок оцінювання здоров'я як соціально-економічної категорії забезпечується показник соціального добробуту і соціальної справедливості. Останнє становить суспільно-політичний аспект здоров'я [27].

*Суспільно-політичні аспекти здоров'я* орієнтовані на визнання впливу суспільних чинників на здоров'я. Політика ВООЗ останніх років направлена на людиноцентричний підхід у збереженні здоров'я населення, що виражається через індикатор освіти, культури, соціальної захищеності, умови праці, безпеки в соціумі, комунікативні навички, тобто, це чинники, що визначають ставлення до здоров'я, визнання його цінності. Слід визнати, що в демократичному суспільстві, орієнтованому на соціальну справедливість і підтримання охорони та культури здоров'я із застосуванням розвинених технологій, створено значно більше умов для збереження здоров'я населення, особливо ментального здоров'я в умовах війни, постравматизму.

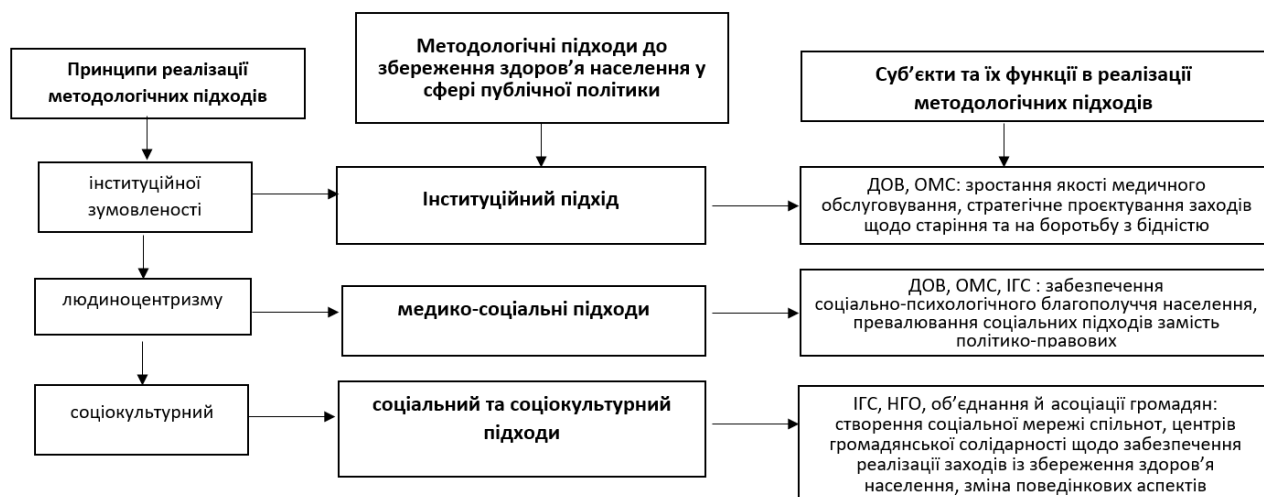
Таким чином, нині базове для медичної сфери охорони здоров'я поняття «здоров'я» має сутнісне політичне значення, а його забезпечення залежить від рівня розвитку країни загалом. Саме тому за показником тривалості життя ООН запропоновано визначати рейтинг країни щодо людського розвитку [13; 36].

Політика охорони здоров'я базується на визнанні державою права кожної людини на охорону здоров'я [16, с. 133-134].

З огляду на зазначене доходимо висновку, що медико-соціальний підхід публічної політики з охорони здоров'я набувають нових складових:

- визнання охорони здоров'я як *публічної сфери*; сфери формування «*суспільного благополуччя*»;

- урахування принципів і тенденцій, на яких базується сфера охорони здоров'я – *перехід від державної політики до публічної політики;*
- визначення принципів формування стратегій сфери охорони здоров'я на засадах публічної політики та *міжсекторальної взаємодії;*
- урахування *інституційної зумовленості* у реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.



\* Примітка:

ДОВ – державні органи влади; ОМС – органи місцевого самоврядування; ІГС – інститути громадянського суспільства, НГО – неурядові громадські організації.

Рис. 1.1 Методологічні підходи збереження здоров'я населення у сфері публічної політики [автор. розробка].

Таким чином, теоретичні засади збереження здоров'я населення формуються на основі наукових досліджень державної політики у сфері охорони здоров'я.

Інноваціями публічного адміністрування та державної політики у сфері охорони здоров'я є *інституціоналізація, міжсекторальна взаємодія; соціологічні методи*, які вимірюються не тільки матеріальними показниками (наприклад ліжко-місце тощо), а й задоволеністю населення галуззю, довірою до медицини тощо. Нині, в умовах світових глобальних викликів, пов'язаних з боротьбою з коронавірусною пандемією, бідністю, реформування галузі державного

управління, постають нові виклики – забезпечення справедливості, рівності, доступності для всього населення щодо надання якісної медичної допомоги, індивідуальної захищеності та національної безпеки.

В таких умовах увага загострюється на соціальній спрямованості державної політики, яка набирає ознак публічної, спираючись на позитивний міжнародний досвід співпраці з інститутами громадянського суспільства, неурядовими організаціями.

Політика охорони здоров'я при цьому державна, спрямована на підтримання та поліпшення стану здоров'я населення загалом або певної частини (наприклад міське, сільське, молодь, регіон). За такого підходу найвиразніша політика сфери здоров'я зумовлюється спрямованістю загальнодержавної політики. Ключовим суб'єктом політичного курсу у сфері охорони здоров'я за цього підходу і комплексним соціальним інститутом є держава. У разі врахування зовнішньополітичного курсу держави щодо політики у сфері охорони здоров'я має ширше тлумачення, що охоплює соціальні, організаційні, економічні, науково-медичні та санітарно-епідеміологічні заходи.

До особливостей сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я належать комплексність і системність [26; 32].

В сучасних умовах реформування сфери охорони здоров'я України виокремлюється інноваційний підхід до формування політики у сфері охорони здоров'я. За такого підходу діє не лише держава й приватні та громадські організації. Такий інноваційний підхід формування політики охорони здоров'я змінює принципи планування, фінансування, а отже, реалізації політики, яка за змістом і формою трансформується в публічну.

З огляду на викладене доходимо висновку, що *державна політика у сфері охорони здоров'я* – це цілеспрямований процес орієнтації взаємодії суб'єктів суспільства на розв'язання конкретної проблеми із застосуванням *інституціонального підходу*.

Зазначений підхід базується на взаємодії державних і недержавних

організацій, може реалізовуватись у політиці національного, регіонального та місцевого рівнів, а також у *міжсекторальній або кластерній площині як стратегія реалізації політики охорони здоров'я в усіх секторах державної політики* [27; 40; 47]. Для державної політики у сфері охорони здоров'я характерне переважання впливу і узгоджувальних дій державної політики.

У процесі дослідження та розроблення державної політики у сфері охорони здоров'я важливо враховувати суспільний резонанс та рівень можливості його реалізації: національний, що скерований на реформування системи охорони здоров'я держави; регіональний та галузевий, що спрямовані на обмеження або врегулювання конкретних дій [45; 48].

Останнім часом часто використовують поняття стратегічної національної політики, що визначає стратегічні цілі охорони здоров'я, спирається на державну концепцію або доктрину і має на меті широкомасштабні перетворення, які відображають політику щодо збереження здоров'я населення на медико-соціальному підході [47; 54].

Сучасна методологія стратегічної політики включає інструменти досягнення цілей, визначених політикою. До державної політики в галузі охорони здоров'я можуть входити як загальні інструменти, так і специфічні, зокрема: комунікативний діалог із суспільством (Л. Пал), державні засоби реалізації політики (В. Тертичка), важелів загальнодержавного управління у сфері охорони здоров'я (Н. Кризіна) [18; 64].

Таким чином, широке застосування інструментів політики забезпечує *інституційний підхід*. В управлінні сферою охорони здоров'я цей підхід охоплює взаємодію державних і недержавних ідей та організацій, що можуть мати конфліктогенний або консолідуючий характер, правові, соціальні, економічні, культурологічні та інші відносини, що організовують суспільство. В інституційному підході важливе формування політичних цінностей, що впливають на політичні установки, суспільні думки та готовності до перетворень і дій.

## Висновки до Розділу 1

У першому розділі окреслено та систематизовано загальнотеоретичні аспекти поняття та сутність державної політики щодо збереження здоров'я населення в умовах реформування сфери охорони здоров'я. З'ясовано особливості понятійного поля дослідження та розуміння дефініції «державна політика», досліджені вітчизняними та зарубіжними науковцями; розкрито існуючі відмінності між поняттями «державна політика» та «публічна політика». Окреслено основні підходи до тлумачення поняття «публічна політика» – транспарентний, цілеспрямований, стратегічний, діяльнісний, інформаційно-комунікаційний, визначено їх функції в системі охорони здоров'я.

Уточнено, що *державна політика у сфері охорони здоров'я* – це цілеспрямований процес орієнтації взаємодії влади та суб'єктів суспільства на розв'язання конкретної проблеми із застосуванням *інституціонального підходу*. Зазначений підхід базується на взаємодії державних і недержавних організацій, може реалізовуватись у політиці національного, регіонального та місцевого рівнів, а також у *міжсекторальній або кластерній площині як стратегія реалізації політики охорони здоров'я в усіх секторах державної політики* [27; 40; 47]. Для державної політики у сфері охорони здоров'я характерне переважання впливу і узгоджувальних дій державної політики.

Визначено особливості медико-соціального підходу збереження здоров'я населення у сфері державної політики в умовах реформування СОЗ, який спрямовується на здійснення комплексу заходів національного, регіонального та місцевого рівня щодо надання доступної та якісної медичної допомоги, профілактики захворюваності, зниження інвалідності, смертності населення, підвищення рівня збереження генофонду українського народу. Це зумовило розроблення методологічних інновацій державної політики збереження здоров'я населення, таких як інституціалізація, міжсекторальна взаємодія; соціологічні методи, та виокремлення нових принципів:

- визнання охорони здоров'я як *публічної сфери*; сфери формування *“суспільного благополуччя”*;
- урахування принципів і тенденцій, на яких базується сфера охорони здоров'я – *перехід від державної політики до публічної політики*;
- визначення принципів формування стратегій сфери охорони здоров'я *на засадах державної політики та міжсекторальної взаємодії*;
- урахування *інституційної зумовленості* у реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

### РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ПІДХОДУ

2.1 Сучасні виклики щодо реформування сфери охорони здоров'я на засадах медико-соціального підходу

Дослідники побудови стратегій визначають алгоритм дій, особливо в частині застосування функціональних стратегій розвитку сфери або галузі [42; 56; 68]. Особливості побудови та застосування функціональних стратегій розвитку сфери охорони здоров'я визначаються притаманними для галузі ознаками.

Збирання фактичних (доказових) даних для прийняття інформованих політичних рішень найчастіше може проводитися науково-дослідними інститутами, незалежними від МОЗ, або академічними установами, що спеціалізуються на політичних дослідженнях. Однак для них важливо підтримувати наукову незалежність: не надто наближатися, щоб не виявитися під впливом міністерств, але й не занадто віддалятися, щоб не стати політично нецікавими. Сильні й слабкі сторони таких аналітичних центрів, у тому числі незалежних академічних інститутів, були описані й оцінені достатньою мірою [19; 26; 63].

Відмічають, що побудова стратегій з розвитку державного управління охороною суспільного здоров'я має аспекти наукових визначень і супроводу, а також політичні аспекти. Наукові дослідження розглядають типові причинно-наслідкові зв'язки або причини й наслідки, що мають певну логіку, мову й ідеї. Політичні дослідження розглядають завдання й рішення соціальних проблем, хоча організації, які займаються подібними дослідженнями, істотно

розрізняються по країнах. Важливо також розмежовувати дві основні функції подібних досліджень: збирання фактичних даних, що стосуються певної політики, і розгляд політичних аспектів прийняття політичних рішень, що включають ціннісні інтереси й керування співвідношенням сил, характерних для політики. Виконання першої функції типово для установ у цьому підрозділі, у той час як виконання другої функції ставиться більше до органів політичного рівня, зокрема міністерствам й уряду.

Сучасні дослідження щодо побудови стратегій здійснюються на основі інституціональної теорії, розробленої в минулому столітті [4, с. 96].

У галузі охорони здоров'я більшість країн спрямовують дослідження на визначення інституціонального потенціалу і його створення в рамках міністерства охорони здоров'я. Такі інститути служать політичним міністерствам, надаючи відповідну інформацію в системі суспільної охорони здоров'я й створюючи постійний інтелектуальний потенціал, а також координуючи реалізацію стратегій і програм міністерства охорони громадського здоров'я. Міжнародна асоціація національних інститутів охорони громадського здоров'я на сьогодні нараховує у своєму арсеналі близько 80 інститутів.

Незважаючи на значну розмаїтість унаслідок історичних, культурних та економічних факторів розвиток інституціонального потенціалу має аналогічні риси в багатьох країнах. Інститути або лабораторії громадського здоров'я беруть свій початок від лабораторій, що займалися інфекційними захворюваннями, які поступово перейшли до розв'язання проблем більш широкого кола у сфері суспільної охорони здоров'я, а потім додали аспекти професійної компетенції з національного громадського здоров'я до стандартних національних функцій.

Таким чином, національні інститути громадського здоров'я створюють наукові засади вирішення ключових завдань суспільної охорони здоров'я, серед яких здійснення моніторингу здоров'я є однією з обов'язкових складових формування функціональних стратегій. Моніторинг супроводжується також

аудитом, у проведення якого включені зацікавлені сторони в інших секторах.

Міністерства охорони здоров'я у країнах, що розвиваються, зазвичай мають недостатній потенціал для вирішення аналітичних завдань і збирання фактичних даних. Разом з тим завдяки трансформаційним процесам у цих умовах підсилена політична складова побудови стратегії розвитку галузі. Переважно проходить обговорення стратегій на різних політичних форумах. За підтримки й участі медичних товариств і громадянського суспільства (які мають залучатись до політичного процесу ще на його початку) роль міністерств охорони здоров'я полягає в проведенні переговорів з іншими міністерствами або урядом. Значення міжсекторальних механізмів зростає при прийнятті нових законів, обговоренні проекту національного бюджету або оцінці наслідків реалізації конкретної політики для бюджету системи охорони здоров'я [1; 10; 15].

Досягнення консенсусу між зацікавленими сторонами при спільних цілях діяльності не є складним. Однак реалізація політичних заходів є більш складною справою, а це означає, що виникнення протиріч і конфліктів інтересів серед різних секторів і гравців неминуче. Особливо це стосується досягнення консенсусу з альтернативних напрямів політики й застосування інструментів державного управління щодо розв'язання проблем. Власне кажучи, йдеться про ефективні шляхи скорочення розриву між знанням і виконанням за допомогою політичного процесу, широкого залучення сторін для досягнення загальних цілей, а також про прийнятні, доцільні політичні інструменти.

В умовах трансформації економічних і політичних процесів виникають колізії й суперечності між проблемами суспільного здоров'я й комерційними інтересами. У зв'язку з цим значну роль відіграють механізми міжсекторального взаємозв'язку між галузями державного управління.

Разом з тим, по-перше, переговори сторін можуть не привести до досягнення ідеальних рішень, але вони відкривають між галузями можливості для поетапних змін; по-друге, компроміси, що зменшують гостроту питання, не повинні прийматися, тому що вони сповільнюють здійснення бажаних змін

(наприклад добровільні кодекси компаній тютюнової й алкогольної промисловості); по-третє, протистояння (конфронтація) – тактика, що рідко дає позитивні результати. Ефективне інформування й переконання громадськості сприяє формуванню обґрунтованих вимог, які трансформуються в політичну проблему, яка має інші підходи вирішення [ 22; 27, с. 281].

У матеріалах Європейської обсерваторії останнім часом наводяться дані щодо випадків непереборних перешкод для міжсекторальної політики у сфері охорони здоров'я. Наведені рекомендації з ефективності використання стратегій скорочення передбачуваної шкоди або обмеження збитків. Найчастіше відмічають колізії щодо вимог міжнародних організацій, уряду й інших зацікавлених сторін, які часто вимагають швидких і помітних результатів у сенсі впливів на здоров'я, які в контексті внутрішньокраїнних змін на той момент неможливі [ 16, с. 133].

Слід зазначити, що однією з важливих позитивних тенденцій для формування національної стратегії змін щодо охорони здоров'я вважають можливість вивчення і використання досвіду країн-попередників у здійсненні реформ [14]. Використання їх досвіду також сприяє прискоренню реформ.

Безперервність і наступність політики є необхідною умовою для стійкого розвитку реформ, що є, як правило, найбільш складною частиною політичного процесу. Такі умови також необхідні для можливості управління процесом, забезпечення достатніх для реалізації ресурсів, ефективного моніторингу змін і внесення коригуючих виправлень за принципом зворотного зв'язку, а також для вдосконалення політики за підсумками накопиченого досвіду.

Дефініцію «єдиний медичний простір» уперше використано на Міжнародній українсько-канадській конференції «Ефективність реформи охорони здоров'я (м. Київ, 1-3 грудня 1997 р.). У доповідях учасників конференції використовувався термін “єдиний медичний простір», але обґрунтованого, загальноновизначеного поняття запропоновано не було [36]. Значна частка науковців та практиків з питань охорони здоров'я з метою усунення функціонального дублювання під створенням єдиного медичного

простору розуміють взаємодію органів управління охороною здоров'я на територіальному рівні з відомчими медичними системами з поетапним ліквідуванням відомчих медичних структур. Д. Карамішев у своїх роботах розглядає різні підходи до сутності та розуміння єдиного простору надання медичної допомоги населенню України та механізмів формування поняття “єдиний медичний простір” і пропонує здійснювати правовідносини у сфері охорони здоров'я з урахуванням кластеного та міжсекторального підходів [39].

Аналіз наукової та нормативної документації з питань єдиного медичного простору та міжсекторальної взаємодії свідчить, що відомчі системи охорони здоров'я стали науковим надбанням таких учених як Л.Антоненко, В.Лівінський, М.Риган, А.Сердюк, Ю.Скалецький; вивчення механізмів міжсекторальної взаємодії органів державної влади і громадських об'єднань на регіональному рівні вивчали П.Кліменко, О.Мазуренко, О.Набоченко, Я.Радиш, Г.Рошін. А.Стойка, Т.Юрочко розглядали [ 44; 46 ].

Значну роль відіграла Концепція розвитку системи громадського здоров'я, в якій охарактеризовано роль Центральних органів виконавчої влади у рамках єдиної системи, які більше конкурують, аніж співпрацюють. Міжвідомча взаємодія заінтересованих органів виконавчої влади визнана неефективною.

Останнім часом в Україні робляться спроби міжвідомчої кооперації в питаннях організації медичного забезпечення під час антитерористичних операцій, заходів із територіальної оборони та (або) відсічі збройній агресії тощо. Створюються так звані міжвідомчі координаційні штаби, основним завданням яких є виконання функції органу управління логістичними потоками та маршрутизація етапів медичної евакуації постраждалих.

З метою сприяння забезпеченню координації дій, спрямованих на надання медичної допомоги, військових формувань у частині залучення їх до виконання завдань з оборони держави, створено тимчасовий консультативно-дорадчий орган Кабінету Міністрів України – Координаційний центр з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я.

Основними завданнями Координаційного центру визначено:

- сприяння забезпеченню координації дій, спрямованих на надання медичної допомоги, медичних служб сил оборони та цивільних сил і засобів щодо надання допомоги військовослужбовцям та цивільному населенню;

- створення медичної інформаційної системи та системи управління медичним забезпеченням тощо [39; 40].

Визначено основні передумови побудови єдиного медичного простору медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я:

1. Необхідність розуміння та визначення єдиного медичного простору загалом і зокрема на сьогодні.

2. Необхідність визначення етапів упровадження єдиного медичного простору.

3. Необхідність визначення принципів та перспективної системи фінансування медичної допомоги в межах єдиного медичного простору.

4. Урахування та забезпечення першочергової потреби у створенні єдиного інтегрованого лікувально-евакуаційного шляху, спрощенні системи взаєморозрахунків медичних служб і закладів сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я, єдиних підходах до стандартизації, підготовки, реабілітації, медичного постачання та логістики, закупівель, автоматизації медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я.

5. Необхідність міжвідомчого погодження нормативних документів щодо основних видів медичного забезпечення з метою уніфікації основних видів медичного забезпечення сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я. Зокрема, необхідність погодження таких нормативних документів з Міністерством охорони здоров'я з метою взаємної інтеграції органів і закладів охорони здоров'я в процесі створення єдиного медичного простору. освіти [1;3;12].

Першочерговим завданням є створення та впровадження єдиного нормативноправового простору з об'єднанням логістичного потенціалу з дотриманням принципів соціальної спрямованості, їх цільового призначення та територіального розподілу.

У контексті пошуку ефективних шляхів державного реагування в галузі охорони здоров'я на загрози національній безпеці принципи єдиного медичного простору на сьогодні вже використовуються в загальнодержавній та відомчих системах охорони здоров'я шляхом погодження, запровадження та використання єдиної законодавчої і нормативно-правової бази з питань охорони здоров'я, алгоритмів дій, єдиних клінічних стандартів та протоколів надання медичної допомоги, насамперед при виникненні надзвичайних ситуаціях мирного та воєнного часу, єдиних підходів щодо підготовки фахівців з медичною освітою, які схематично відображено на рис. 2.1.



Рис. 2.1 Схема принципів побудови єдиного медичного простору медичних служб охорони здоров'я за [35, с. 94].

Проведений аналіз дає підстави вважати, що створення єдиного медичного простору є одним з елементів формування ефективної системи охорони здоров'я України та важливим індикатором виконання профільних національних програм з охорони здоров'я загалом.

Опрацювання найбільш перспективних шляхів реформування галузі охорони здоров'я має бути науково обґрунтованим та супроводжуватись раціональним використанням наявних медичних ресурсів.

Відсутність науково обґрунтованої державної програми міжвідомчої взаємодії з організації медичного забезпечення надзвичайних ситуацій та єдиного нормативно-правового акта щодо підготовки цивільної та військової систем охорони здоров'я до роботи в особливий період і організації медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення у мирний і воєнний час призводить до дублювання процесів із надання медичної допомоги та блокує утворення уніфікованої системи збереження здоров'я населення в надзвичайних ситуаціях [ 15; 26].

Проведений аналіз існуючих органів управління медичним захистом населення та моделей міжвідомчої кооперації з питань медичного забезпечення дає змогу зробити висновки, що центральні органи виконавчої влади не взаємодіють у рамках єдиної системи надання медичних послуг, а здебільшого є конкурентами, їх повноваження дублюються, інформаційний обмін заформалізований, що заважає ефективно й оперативно реагувати на надзвичайні ситуації.

Створення наступних міжвідомчих ситуаційних штабів призводить до чергового дублювання функцій, фактичного перерозподілу в частині визначених повноважень та, врешті-решт, ускладнює виконання покладених завдань в умовах ресурсних обмежень.

Міжвідомча координація системи надання медичної допомоги військовослужбовцям, працівникам правоохоронних органів і цивільному населенню спрямована на побудову єдиної міжвідомчої системи підготовки та перепідготовки медичних кадрів, автоматизація процесів управління медичними ресурсами та медично-логістичного забезпечення; координація заходів у рамках міжнародного співробітництва щодо медичного забезпечення та гуманітарної допомоги постраждалим, запровадження сучасних технологій підготовки медичних та немедичних фахівців, створення системи управління

медичним забезпеченням при виникненні надзвичайних ситуацій – перелік завдань, що потребують вирішення на державному рівні.

## 2.2 Медико-соціальний ресурс у реформуванні сфери охорони здоров'я

У контексті пошуку ефективних шляхів державного реагування в галузі охорони здоров'я на загрози національній безпеці принципи єдиного медичного простору на сьогодні вже використовуються в загальнодержавній та відомчих системах охорони здоров'я шляхом погодження, запровадження та використання єдиної законодавчої і нормативно-правової бази з питань охорони здоров'я, алгоритмів дій, єдиних клінічних стандартів та протоколів надання медичної допомоги, насамперед при виникненні надзвичайних ситуаціях мирного та воєнного часу, єдиних підходів щодо підготовки фахівців з медичною освітою.

Вітчизняні дослідники, які вивчають проблеми, пов'язані з виникненням та поширенням соціально небезпечних хвороб, вказують на низьку ефективність існуючої в Україні моделі державного управління у сфері охорони здоров'я, зокрема щодо профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу [27]. Досвід міжнародної практики засвідчує, що в управлінні соціально небезпечними хворобами слід більш активно впроваджувати механізми міжгалузевої співпраці [50], що збільшує ресурс національної відповіді на ці виклики за рахунок залучення ресурсів держави, громадян та бізнесу, а також ресурси міжнародного співтовариства.

Соціально небезпечні хвороби – туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатити, наркозалежність – є загрозою для здоров'я населення України. З метою попередження цих хвороб управлінці повинні орієнтуватися на зміну поведінки хворих та ґрунтуватися на сучасних ідеях [40].

Сучасна нормативно-правова база (закони, підзаконні акти у формі постанов уряду, наказів МОЗУ тощо) з питань профілактики соціально

небезпечних захворювань налічує значну кількість документів [46; 47; 48; 49; 50; 52; 52: 53].

Профілактика суспільно негативних явищ є завданням не лише держави, а й сім'ї. Профілактична робота має розпочинатися не в підлітковому віці, якому притаманні прояви бунтарства та заперечення цінностей, а в ранньому дитинстві. Актуальності набуває робота з батьками, спонукання їх обговорювати із дітьми ризики для здоров'я, контролювати проведення вільного часу, створювати довірливу атмосферу в сім'ї, дотримуватися сімейних цінностей усіма її членами. Такий підхід має бути забезпечений належною навчальною, методичною літературою для батьків та активною роботою консультаційних центрів [41].

Сьогодні залишаються невирішеними питання щодо реформування системи надання соціальних послуг соціально уразливим верствам населення; надання медико-соціальної допомоги цій категорії громадян; невизначеності вартості медико-соціальної послуги тощо. Стан вітчизняного законодавства, що регламентує державне регулювання протидії соціально небезпечним хворобам, не відповідає вимогам євроінтеграційного курсу держави.

Тому актуальним є питання удосконалення публічної політики щодо збереження здоров'я населення [16].

1. З огляду на те, що проблема поширення соціально небезпечних хвороб має міжгалузевий характер, визначити сфери відповідальності різних центральних органів виконавчої влади за виконання заходів щодо профілактики соціально небезпечних хвороб та внести відповідні зміни й доповнення в положення про них.

2. Створити Центр з профілактики соціально небезпечних хвороб при Міністерстві охорони здоров'я України.

3. Розробити ефективну міжвідомчу стратегію формування державної політики реагування на виклики соціально небезпечних хвороб.

4. Розробити міжгалузеву концепцію надання медико-соціальної допомоги особам, які хворіють на соціально небезпечні хвороби.

5. Визначити вартість медико-соціальної послуги, забезпечити адресність надання таких послуг.
6. Забезпечити ведення єдиної інформаційно-аналітичної системи та створити єдину базу даних осіб, які хворіють на соціально небезпечні хвороби.
7. Посилити механізми соціально-правового захисту та соціально-психологічної реабілітації цієї категорії осіб.
8. Провести соціологічні дослідження з питань профілактики соціально небезпечних хвороб.
9. Забезпечити участь громадськості у здійсненні політики профілактики соціально небезпечних хвороб.
10. Проводити інформаційно-освітню політику з молоддю та іншими уразливими верствами населення шляхом проведення тренінгів, круглих столів тощо.

Крім того, для підвищення ефективності державної політики щодо профілактики соціально небезпечних захворювань слід урахувувати і такий обов'язковий компонент управління, як політичні умови, тобто визнання об'єкта управління з боку політичного керівництва держави одним із пріоритетів соціальної політики.

Одним із напрямів удосконалення державної політики щодо покращення стану здоров'я населення є розроблення та затвердження Стратегії розвитку профілактики в охороні здоров'я населення [47; 54].

Обмежені ресурси, які виділяються в останні роки з бюджетів різних рівнів на охорону здоров'я, не дозволяють забезпечити поліпшення якості медичної допомоги населенню, збільшувати до необхідного обсягу проведення профілактичних заходів. Незважаючи на деяке поліпшення фінансування охорони здоров'я в останні роки, обсяг виділених коштів залишається недостатнім для нормального функціонування галузі, особливо в умовах боротьби з пандемією COVID-19 [27, с. 27].

Перш за все, слід зупинитися на низькому рівні ефективності всієї системи охорони здоров'я, що породжує невисоку якість медичних послуг.

Причинами такого стану справ є наступне:

1) брак фахівців, медичного обладнання, лікарняних установ, що породжують довгі черги пацієнтів в часи прийому. Лікарям доводиться працювати в посиленому режимі, що автоматично знижує якість послуг, котрі вони надають;

2) короткий графік прийому пацієнтів. Часто часи прийому закінчуються до 14 години дня. Хто не встиг потрапити на прийом, той змушений приходити в інший день, тобто знову відпрошуватися з роботи, отже, не виконати ряд своїх обов'язків. Таке відволікання співробітників негативно позначається як на самій компанії (ступінь негативних наслідків буде прямо залежати від посади співробітника і можливості його заміни), так і на працівниках даної компанії (зниження заробітної плати);

3) неможливість своєчасно отримати необхідну медичну допомогу. Це є наслідком браку фахівців, обладнання, дорожнечі лікарських засобів та медичних послуг;

4) низька кваліфікація лікарів. Часто буває так, що в двох різних поліклініках лікарі ставлять різні діагнози на одні й ті ж симптоми. Відповідно, і лікування не дає очікуваного ефекту;

5) відсутність або старіння медичного обладнання. У більшості лікарень обстеження і лікування пацієнтів проводиться на радянському обладнанні. А проходження лікування або обстеження на новому обладнанні (якщо воно є) наразі коштує великих грошей;

6) низька заробітна плата і відсутність механізмів щодо стимулювання якісної роботи [2; 12].

З 2020 року сфера охорони здоров'я проходить додаткові випробування, пов'язані з пандемією COVID-19. Система характеризується низькими рейтингами не тільки у сфері охорони здоров'я, але й з точки зору доступу до послуг, де однією з головних перешкод є фінансова проблема, рівність та справедливість, а також відсутність реалізації заходів, спрямованих на позитивне стимулювання здоров'я населення країни. Складна політична та

економічна ситуація в країні є додатковими факторами, які створюють перешкоди для ефективного підвищення ефективності системи. Низький рівень ВВП не забезпечує адекватної фінансової підтримки, а геополітична та економічна нестабільність останніх років додатково призвела до краху сектора деяких послуг [Там же].

Остання політична революція в Україні знову відкрила шанс реалізувати проєкт глибокої модернізації української держави к сфері охорони здоров'я. Політичні лідери чітко заявили про волю до проведення такого амбіційного проєкту, і одним з симптомів такої взаємодії було бажання замінити еліти, що приймають рішення. Цей ентузіазм реформування також стосується анахронічної структури системи охорони здоров'я. У 2015 році Україною на першому кроці впровадження медичної реформи, було передано міжнародним організаціями вакцину, медикаменти та інше медичне обладнання, які одержали Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Програма розвитку ООН (ПРООН) та британська некомерційна організація Crown Agents. У тому ж році Міністерство охорони здоров'я України запропонували пакет реформ, заснований на п'яти основних стовпах [Там же].

*Першою опорою концепції* Міністерства була реорганізація системи фінансування медичних послуг, де головна зміна – перекласти раніше застосовану модель фінансування закладів на фінансування потреб пацієнта відповідно до популярного формулювання «гроші йдуть за пацієнтом». Це зміна, яку слід розглядати як спробу застосувати рішення, які раніше застосовувалися в інших посткомуністичних країнах.

*Другий рівень Міністерства* полягав у впровадженні медичної спеціалізації у сфері сімейної медицини. Сімейний лікар, з одного боку, повинен стати головним координатором процесу охорони здоров'я пацієнта, а з іншого – підлягає вибору пацієнта на індивідуальній основі, на відміну від поточної конструкції, яка базується на системі реорганізації з радянських часів. Крім того, фінансування сімейного лікаря повинно базуватись на показниках на душу населення, де доходи лікаря залежать від кількості пацієнтів, що

перебувають під його опікою. [Там же].

*На третьому рівні* держава зобов'язується чітко визначити обсяг своєї фінансової відповідальності у сфері охорони здоров'я, відповідно до концепції Міністерства, яка повинна розглядатися як рівнозначна запровадженню пакету гарантованих пільг. Згідно з декларацією МОЗ України, повний спектр відшкодування передбачається для охоплення сімейних медичних послуг, паліативної допомоги, екстреної медицини та фармацевтичного лікування серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та діабету 2 типу. Нарешті, повною мірою відповідальність держави також стосується пологів, рідкісних захворювань та онкологічного лікування. Очікувалося, що такі рішення допоможуть роз'яснити фінансову відповідальність держави, а також обмежити феномен неформальних платежів, які зазвичай з'являються в системі охорони здоров'я [Там же].

*Четверта опора.* В інших сферах, не включених до пакету повністю гарантованого обслуговування, передбачалося запровадити систему доплати, включаючи тарифи, затверджені державою та що залишилися в межах її регулювання, а також систему додаткового страхування. У той же час, певний спектр послуг повинен бути повністю виключений з ряду державно фінансованих вигод (наприклад, естетичної медицини). концепції Міністерства [Там же].

*Останнім ключовим елементом* бачення реформи МОЗ були характеристики та якість наданих послуг, де, найголовніше, що лікарі, котрі працюють в системі, повинні бути зобов'язані впроваджувати процедури відповідно до сучасних міжнародних стандартів, замість існуючих, які застаріли та є неадекватними нинішньому стану медичних знань. Досі застосовувані процедури також схильні до шахрайства та корупції - лікування деяких захворювань дорогими та неадекватними лікарськими засобами проводиться не стільки спираючись на реальні потреби у сфері охорони здоров'я, скільки залежать від неформальних домовленостей, які надають фінансові пільги конкретним особам (у тому числі урядовці, які приймають

рішення про застосування даної процедури).

Проблема, яка виникла, була пов'язана з реформою медичної освіти, насамперед шляхом забезпечення доступу до останніх досягнень у галузі медичних наук, а також усуненням корумпованої системи надання права на здійснення медичної професії та надання об'єктивної, зовнішньої системи оцінки компетентності випускників [26, с. 51].

Як зазначалося вище, початок медичної реформи в Україні пов'язано з прийняттям у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [45]. З початку прийняття даного закону виникає питання про неконституційність його положень, що призвело до появи прохання суб'єктів права на конституційне подання до Конституційного Суду України на підставі статті 75 Закону України «Про Конституційний Суд України». Це призвело до виникнення спірних моментів, коли з одного боку суду необхідно було підтвердити основоположні гарантії прав людини, а з іншого – прийняти законність норм, пов'язаних зі змінами національної моделі охорони здоров'я [61].

Зміни в організації системи надання послуг вимагають реорганізації також сфери управління та контролю за фінансовими ресурсами. Український уряд вжив активних заходів для досягнення цієї мети. У 2018 році розпочато роботу з впровадження нової організаційної схеми з основним акцентом на новостворений центральний орган – Національну службу охорони здоров'я України (НСОЗУ). Нова установа повинна зрештою діяти як, відповідальна державна установа за укладання контрактів з постачальниками медичних послуг. Окрім зміни грошових потоків, реформа дозволяє приватним постачальникам укладати контракти з державними платниками [17; 26].

Однак в умовах пандемії на коронавірусне захворювання, нова система фінансування зазнала суттєвих збоїв, однією з причин якої була відсутність укладених договорів медичних установ з НСОЗУ щодо нового механізму фінансування.

Незважаючи на те, що у 2019 році набрав чинності Закон «Про державні

фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [45] щодо застосування нових фінансових механізмів у сфері лікування спеціалістів, у 2020 році не відбулося повного впровадження рішень для гарантованого доступу до послуг, як це передбачалося раніше. Законом передбачено низку змін, які мають бути внесені до 2020 року, включаючи запровадження системи страхування, що фінансується урядом, та механізм, який дозволить пацієнтам самостійно обирати лікарів та лікарні.

Починаючи з 1 квітня 2019 року, впроваджена загальнонаціональна електронна система відстеження історії хвороби пацієнтів. Цей аспект є дуже важливим під час спалаху коронавірусної інфекції в Україні, адже він сприяє не лише здійснювати статистичний контроль чисельності хворих, а також географічно регулювати розміщення пацієнтів в спеціальних лікарнях та відділеннях, подовбу наявність ліжко-місць для госпіталізації хворих, а також медичних та санітарно-гігієнічних засобів для лікування.

Передбачалося, що нова система має зменшити проблему самолікування в Україні – пацієнт буде стимульований до звернення до лікаря, оскільки відшкодування надаватиметься лише за рецептом лікаря. Проте український парламент не проголосував за спільні платежі за медичні послуги, оскільки ця ідея дуже непопулярна серед пацієнтів та медичного персоналу. Сьогодні є дуже важливим, адже лікування в медичних установах та під час самоізоляції пацієнтів, хворих на COVID-19 дуже затратне для пересічного громадянина України, особливо незахищених та вразливих верств населення – пенсіонерам, особам з інвалідністю.

Варто підкреслити, що зміна моделі фінансування на рівні первинної медичної допомоги є відносно простим рішенням, яке необхідно реалізувати. Воно пов'язане з низкою можливих переваг, а саме стимулювання внутрішньої конкуренції, підвищення якості послуг та суворий контроль витрат. Більш складним завданням є реальне посилення системної ролі первинної медичної допомоги.

Ця складність є наслідком декількох загроз і бар'єрів.

*По-перше*, посилення ролі сімейного лікаря пов'язане з необхідністю реконструкції системи освіти в Україні, у створенні системи стимулів сімейних лікарів для постійно вдосконалювати свої компетенції, забезпечувати професійну та фінансову привабливість практики первинної медико-санітарної допомоги. Ці недопрацювання особливо гостро проявилися під час пандемії COVID-19, коли доля хворого та наслідки його лікування залежать від компетенцій та мобільності сімейного лікаря. Майже півроку в цих складних умовах питання якості надання медичних послуг сімейними лікарями не сходять з порядку денного оперативних нарад, колегій МОН та інших структурних підрозділів сфери охорони здоров'я. Постійні скарги та нарікання громадян в зверненнях до різних інстанцій, петицій в офіс Президента на систему госпіталізації хворого, направлення хворого або підозрілого на захворювання пацієнта на діагностику, тестування тощо дає системні збої [27, 28].

По-друге, необхідно систематично та інтенсивною мірою підтримувати сектор первинної медико-санітарної допомоги з метою усунення переважаючих звичок серед медичних фахівців, а також пацієнтів, які використовують для сприйняття цього сектора лікування в умовах неповноцінності. Обидва згадані питання залишаються в тісному зв'язку один з одним. Хоча системна потреба населення призведе до збільшення навантаження на сектор первинної медико-санітарної допомоги, особливо під час захворюваності населення на коронавірусну інфекцію, а відсутність добре підготовленого персоналу фахівців сімейної медицини може стати ефективним бар'єром у цьому відношенні щодо їх оперативного та якісного лікування, що безпосередньо вплине на соціальну безпеку держави в умовах пандемії COVID-19.

Отже, остаточний успіх вжитих заходів буде залежати від низки факторів, не всі з яких є чутливими до контролю модифікуючими факторами, що підлягають стимулюванню з боку органів влади. Це стосується геополітичного контексту або глобальної економічної ситуації, а також можливого опору суспільства, яке, можливо, не бажає прийняти реалізацію програми реформ. Це

ще більш ймовірно у випадку груп інтересів, для яких збереження статус-кво в певній сфері змін є вигідним з точки зору задоволення власних потреб [90].

Важливо акцентувати увагу на публічній політиці держави в галузі імунопрофілактики, яка здійснюється з метою забезпечення епідеміологічного благополуччя населення, спрямована на захист від інфекційних захворювань, збереження здоров'я та життя людини. При цьому передбачається дотримання інтересів як спільноти взагалі, так і кожного її представника окремо. Для збереження прав людини та забезпечення епідемічного благополуччя в країні необхідно не лише удосконалювати нормативно-правову базу, що дає змогу регулювати організацію та проведення імунопрофілактики, вакцинації, а також психологічні та медико-соціальні засади, які в умовах кліматичних змін, природних і техногенних катастроф, а також військових конфліктів, поширенні інфекційних захворювань, в т.ч. пандемії COVID-19 на планеті, не тільки займають провідне місце в структурі захворюваності населення світу, а є однією з основних причин смертності, інвалідності та зuboжіння населення, що підривають основи національної та економічної безпеки багатьох країн. Саме тому інфекційні захворювання та імунопрофілактика, зокрема, є предметом посиленої уваги міжнародних організацій та політичних кіл, урядів як розвинених країн, так і країн, що розвиваються.

## Висновки до розділу 2

Окреслено сучасні виклики та загрози у сфері публічної політики щодо збереження здоров'я населення на засадах медико-соціальних підходів. Опрацьовано найбільш перспективні шляхи реформування галузі охорони здоров'я, які мають бути науково обґрунтованими та супроводжуватись раціональним використанням наявних медичних ресурсів. Створення єдиного медичного простору є одним з елементів формування ефективної системи охорони здоров'я України та важливим індикатором виконання профільних національних програм з охорони здоров'я.

Недостатнє запровадження медико-соціальних підходів посилює негативні тенденції у сфері публічної політики щодо збереження здоров'я населення, до яких належать: відсутність взаємодії центральних органів виконавчої влади з органами місцевого самоврядування у рамках єдиної системи надання медичних послуг, а також із суб'єктами надання та споживачами медичних послуг, їх повноваження дублюються, інформаційний обмін заформалізований, що заважає ефективно й оперативно реагувати на надзвичайні ситуації щодо захисту здоров'я населення України.

Відсутність науково обґрунтованої державної програми міжвідомчої взаємодії з організації медичного забезпечення надзвичайних ситуацій та єдиного нормативно-правового акта щодо підготовки цивільної та військової систем охорони здоров'я до роботи в особливий період і організації медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення у мирний і воєнний час призводить до дублювання процесів із надання медичної допомоги та блокує утворення уніфікованої системи збереження здоров'я населення в надзвичайних ситуаціях.

Таким чином, запланована сфера змін в системі охорони здоров'я України, а також послідовність у проведенні подальших етапів реформування дають перспективні прогнози щодо остаточного ефекту реформи. Важливою особливістю урядового проєкту є зосередження на задоволенні найактуальніших та найбільш нагальних потреб, виявлених у системі, які пов'язані з доступом до послуг та постачання ліків. Вона відповідає поглядам на розподіл охорони здоров'я та використання інструментів соціальної політики солідарності, та в той же час відображає зміни соціальної політики в посткомуністичних державах, де планова держава поступово перетворюється на капіталістичну систему [ 63].

## РОЗДІЛ 3

### ПЕРСПЕКТИВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 3.1 Вплив Глобальної стратегії розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я до 2030 року на реформування сфери охорони здоров'я України

У травні 2014 р. 67-я сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я прийняла резолюцію WHA67.24 про виконання положень декларації з трудових ресурсів охорони здоров'я: відновлені зобов'язання щодо забезпечення загального охоплення медико-санітарною допомогою.

Розробці проекту Глобальної стратегії сприяв процес, розпочатий наприкінці 2013 р. державами-членами та зацікавленими сторонами, представленими в Раді Глобального альянсу з трудових ресурсів охорони здоров'я. У березні 2015 р. розпочатий широкий консультативний процес за первинним проектом. У результаті цієї консультації свій внесок зробили держави-члени і відповідні зацікавлені сторони, такі як громадянське суспільство і професійні асоціації охорони здоров'я.

Глобальна стратегія з кадрових ресурсів охорони здоров'я: «Трудові ресурси 2030 р.» призначена, головним чином, для планових органів та політиків у державах-членах ВООЗ, але її зміст є також цінним для всіх зацікавлених сторін у галузі кадрових ресурсів охорони здоров'я, включаючи роботодавців у державному і приватному секторах, професійні асоціації, установи з професійного навчання та підготовки, професійні спілки, двосторонніх і багатосторонніх партнерів з розвитку, міжнародні організації та громадянське суспільство. У цьому документі визнається, що концепція загального охоплення послугами охорони здоров'я може мати різне значення в країнах і регіонах світу [27].

Ініціатива ВООЗ з розширення масштабів медичної професійної освіти ставить за мету підтримку та вдосконалення діяльності національних систем охорони здоров'я для задоволення потреб окремих осіб та груп населення на основі рівності та ефективності. Таке перетворювальне розширення керується медико-санітарними потребами населення і є процесом реформування системи освіти та охорони здоров'я, спрямованим на забезпечення кількості, якості й відповідності постачальників медико-санітарного обслуговування, з метою розширення доступу до медико-санітарних послуг та підвищення рівня здоров'я населення.

Розробка керівних принципів ВООЗ у підготовці кадрів для системи охорони здоров'я здійснюється відповідно до жорстких вимог процесу консультацій, збирання доказів, аналізу та досягнення консенсусу. Широкі консультації щодо необхідності трансформаційного розширення масштабів професійної медичної освіти розпочалися ще в 2009 р. і були продовжені на засіданнях Групи за технічними стандартами в 2010 р. У групах з технічного керівництва беруть участь представники всіх зацікавлених сторін, таких як лікарі, медсестри, опікуни, споживачі послуг, працівники директивних органів, спеціалісти з реалізації та партнери з розвитку [16].

Ще на початку 2011 р. була створена група з розробки основного керівництва для оцінки даних за методологією GRADE та рекомендацій, які мають обговорюватися з групами технічних керівництв для отримання додаткової інформації та забезпечення консенсусу.

Крім розробки технічних та політичних керівних принципів цей процес забезпечує зацікавленість, участь та підтримку у здійсненні керівництва. Це керівництво стало першим серед основних принципів, які спрямовані на вирішення питання про розширення масштабу підготовки всього діапазону працівників охорони здоров'я, включаючи спеціалістів місцевого та середнього рівня.

Експерти відзначають, що найбільшу увагу державних та недержавних інституцій у сфері підготовки кадрів для національної системи громадського

здоров'я необхідно зосередити на розвитку співпраці та партнерства з міжнародними організаціями, які тісно співпрацюють з ВООЗ та виробляють політику керівних принципів у підготовці кадрів для системи охорони здоров'я і трудових ресурсів загалом. Як приклад можна привести діяльність Асоціації шкіл охорони громадського здоров'я в Європейському регіоні (ASPHER) та Агентство з акредитації у сфері громадського здоров'я (APHEA) [36].

ASPHER була заснована більше 50 років тому з ініціативи ВООЗ і з відносно невеликого клубу університетських відділів та шкіл охорони громадського здоров'я асоціація стала яскравим і динамічним співтовариством. Основна увага асоціації приділяється зміцненню ролі охорони громадського здоров'я шляхом удосконалення освіти і підготовки фахівців як для практики, так і для наукових досліджень. ASPHER займає провідну позицію в галузі інновацій у галузі охорони громадського здоров'я, навчання, досліджень та обслуговування населення, у тому числі розвиток питання щодо Eurohealth.

ASPHER розробила список компетенцій, заснованих на європейському досвіді, виражених європейськими школами громадської охорони здоров'я, представниками європейських міністерств охорони здоров'я і представниками робочої сили суспільної охорони здоров'я. Публікація призначена для керівництва рівнем компетентності, який повинен бути досягнутий випускниками магістратури з громадського здоров'я (MPH). Він включає списки компетенцій у всіх основних сферах практики суспільної охорони здоров'я, будь то робота у сфері обслуговування, викладання або дослідження та є базою для основних елементів навчальної програми і подальшої перевірки навчальних програм.

Поряд із компетенціями магістратури ASPHER і партнери також розробили низку компетенцій, призначених для всіх професіоналів громадської охорони здоров'я. Ця публікація має аналогічну назву «Європейські основні компетенції для професіоналів громадської охорони здоров'я».

У процесі вивчення питання щодо задоволення потреб у кадрах охорони громадського здоров'я в Європі доречно звернути увагу на Звіт про політику,

підготовлений у рамках співпраці ASPHER, BOOЗ та Європейської обсерваторії по системах і політиці охорони здоров'я. У Звіті розглядаються потреби співробітників охорони здоров'я, наголошується на важливості змісту навчання в галузі суспільної охорони здоров'я в Європі.

31 травня 2017 р. в Ренні (Франція) відбулась знакова Генеральна асамблея ASHPER, де професор Katardzyna Czabanowska (Маастріхт-ський університет), яка стала 27-м президентом ASPHER, пообіцяла зосередити свою діяльність на питаннях посилення професійної діяльності суспільної охорони здоров'я та на зміцнення науково обґрунтованого навчання й освіти в галузі громадського здоров'я.

APHEA. Агентство з акредитації у сфері громадського здоров'я представляє п'ять провідних асоціацій громадської охорони здоров'я в Європейському регіоні і прагне забезпечити та покращити якість освітньої діяльності як в Європейському регіоні, так і у світі. Акредитація спрямована на підтримку безперервного вдосконалення освіти і підготовки кадрів для громадської охорони здоров'я в усьому світі шляхом забезпечення міжнародного та прозорого визнання якості.

Акредитація APHEA доступна будь-якому навчальному курсу по всьому світу та:

- сприяє розвитку, транспарентності і конвергенції освіти в галузі суспільної охорони здоров'я;
- забезпечує додаткову цінність для сектора по забезпеченню якості та акредитації;
- визнає якість відповідної школи за межами своєї рідної країни, дозволяючи передавати кваліфікацію і потенційно надаючи випускникам кращі можливості для працевлаштування на міжнародному рівні;
- підвищує привабливість як для національних, так і для іноземних студентів;
- покращує якість робочої сили суспільної охорони здоров'я і її конкурентоспроможність у всьому світі [14].

APHEA була заснована консорціумом у складі таких організацій:

- Асоціація шкіл громадської охорони здоров'я в Європейському регіоні (ASPIER);
- Європейська асоціація громадської охорони здоров'я (EURHA);
- EuroHealthNet;
- Європейський союз громадської охорони здоров'я (EPHA);
- Європейська асоціація управління охороною здоров'я (EHMA).

APHEA зосереджує увагу на акредитації освіти в галузі суспільної охорони здоров'я, а також на заходах, покликаних допомогти школам і програмам громадської охорони здоров'я домогтися акредитації. Крім того, APHEA також перевіряє індивідуальні навчальні плани, пропонує консультаційні послуги і разом з партнерами вивчає сферу акредитації громадської охорони здоров'я. На сьогодні існує три основних напрями діяльності (освіта, дослідження і обслуговування), у складі яких є ще кілька проектів.

Акредитація APHEA дає змогу:

- використовувати узгоджені стандарти і критерії, встановлені й підтримувані академічними колегами та зацікавленими сторонами;
- забезпечити якість освіти і соціальної відповідальності за рахунок використання валідації, акредитації, самооцінки і відвідувань на сайтах;
- сприяти інноваціям за допомогою обміну кращими практиками в школах, програмах і курсах громадської охорони здоров'я;
- підтримати безперервну інтеграцію компетенцій робочої сили для реагування на існуючі та майбутні проблеми суспільної охорони здоров'я;
- допомагати і надавати інструменти для шкіл, програм і курсів з метою розробки глобальних орієнтирів;
- забезпечити навчання для рецензентів, орієнтованих на сектор;
- для прозорості самооцінки власних процесів для публікації для поліпшення сектору;
- для полегшення внутрішнього поліпшення якості за допомогою

колегіальних партнерів і однолітків.

Слід зазначити, що Комісія з професійної адаптації ASPHER започаткувала розробку основних професійних рамок компетенцій із громадського здоров'я та подальшого зміцнення співпраці між ASPHER та АРНЕА шляхом розробки збірника «Європейська система акредитації та ліцензування охорони здоров'я».

У 2013 р., поряд із ASPHER та іншими інституційними партнерами, АРНЕА підготувала результати щорічного дослідження стосовно Європейської акредитації, яке контролювало сильні і слабкі сторони програм, а також самооцінку потреби шкіл і програм громадської охорони здоров'я. Результати були викладені в 200-сторінковій книзі під назвою «На шляху до якості європейської освіти в галузі суспільної охорони здоров'я» [16].

Аналіз даних країн ЄС свідчить, що існуючий ресурс та організація діяльності служб громадського здоров'я значно різняться в масштабах Європейського регіону. Ці відмінності відображають різноманітність політичної пріоритезації і організаційних моделей надання медичних послуг, розподілу функцій та сфер відповідальності між різними адміністративними рівнями. Стратегії по різних відомствах і секторах слабо взаємопов'язані одна з іншою. Загальним завданням для Європейського регіону залишається забезпечення систематичної інтеграції оперативних функцій громадського здоров'я в усі сфери суспільної активності шляхом підвищення підзвітності, прозорості та участі зацікавлених сторін.

Сьогодні перед нами у процесі розбудови національної системи громадського здоров'я постає непросте завдання. Досить ознайомитися з основними оперативними функціями громадського здоров'я, визначеними Всесвітньою організацією охорони здоров'я (Резолюція EUR/RC61/R2 до «Європейського плану дій по зміцненню потенціалу та послуг охорони громадського здоров'я» [14]. У наведеному документі вказується, що ці функції розроблялись та переглядалися з державами-членами і постійно проходять повторну оцінку на відповідність проблемам і завданням громадського

здоров'я. У міру необхідності і в рамках процесу переоцінки і перегляду, а також у світлі нових фактичних даних і виникаючих проблем функції можуть бути модифіковані. Враховуючи, що майже всі 10 функцій тією чи іншою мірою належать до компетенції ДСЕС, яка де-юре ще існує, а де-факто уже ліквідована, у нас виникла унікальна можливість при розбудові системи громадського здоров'я, у тому числі створення відповідного компетентного органу, не лише використати рекомендації ВООЗ, а й урахувати накопичений вітчизняний досвід. Нормативно-правова та матеріально-технічна база, а також кадровий потенціал (Держсанепідслужба, Держслужба соцзахворювань, Центр медичної статистики, Центр контролю за захворюваністю, Інститут стратегічних досліджень, центр здоров'я ОУОЗ та ін.) дають можливість у найкоротші терміни організувати достатньо ефективну систему громадського здоров'я з мінімальними фінансовими затратами.

### 3.2 Пріоритетні напрями державної політики щодо реформування сфери охорони здоров'я населення на засадах медико-соціального підходу

Політичні та соціально-економічні перетворення в українському суспільстві, утвердження демократичних принципів потребують наукового обґрунтування й удосконалення механізмів державного управління в галузі охорони здоров'я відповідно до суспільних потреб та міжнародних норм і стандартів [1, с. 17].

У зв'язку з цим у процесі формування нової парадигми національної системи охорони здоров'я України перед органами державного управління виникає необхідність розробки пріоритетних напрямів державної політики в цій сфері.

У процесі дослідження ми погоджуємось з думкою Гайдаш Д. С., який розробив модель державної політики України щодо реформування сфери охорони здоров'я в умовах підготовки вступу до ЄС (рис. 3.1), в якому [12].

передбачено напрями державної політики у сфері охорони здоров'я (ОЗ) – державна політика: у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб; щодо профілактики соціально небезпечних хвороб; у сфері охорони громадського здоров'я; щодо медичного захисту населення при надзвичайних ситуаціях (НС); щодо репродуктивного здоров'я; щодо медичного забезпечення дітей; щодо запобігання та лікування серцево-судинних захворювань (ССЗ) та судинно-мозкових (СМЗ); з питань фармацевтичного ринку; щодо регулювання приватного сектора охорони здоров'я; щодо надання медичної допомоги людям похилого віку.

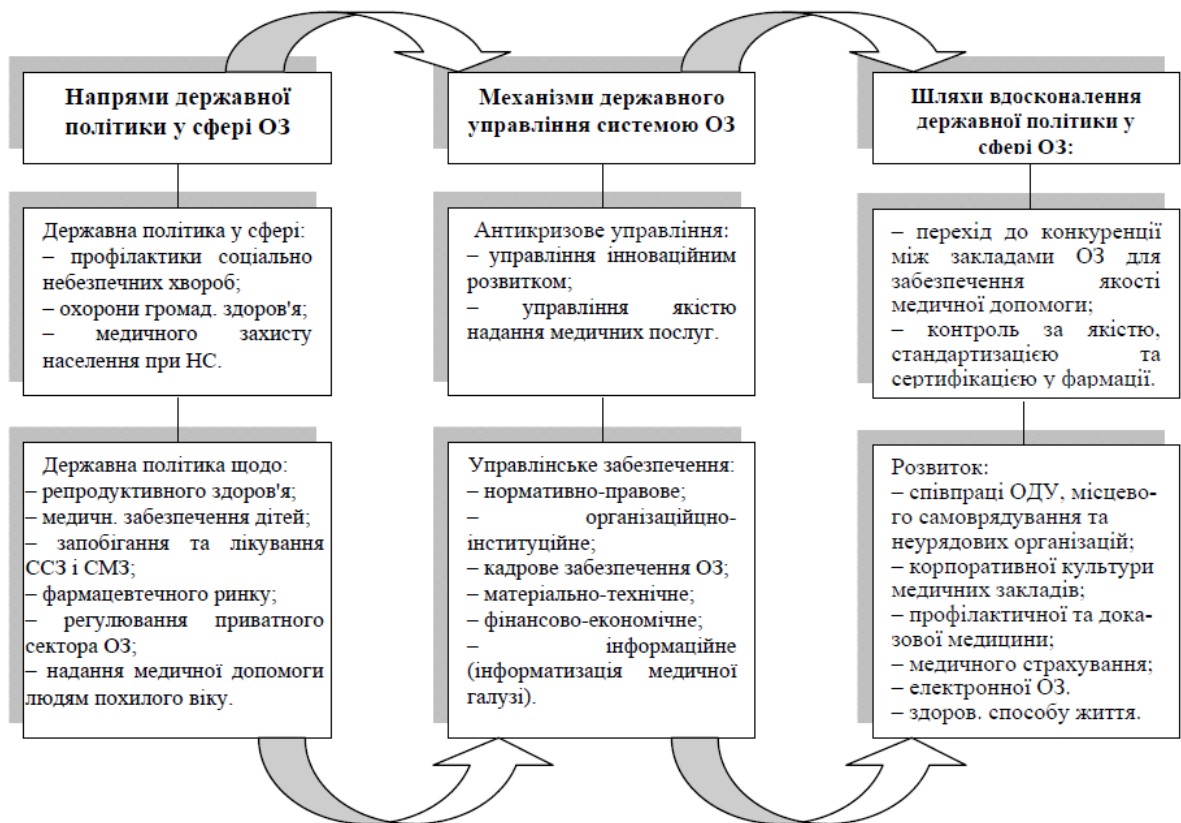


Рис. 3.1 Модель державної політики України щодо реформування сфери охорони здоров'я [35, с. 297].

Незважаючи на те, що дискусії про вдосконалення системи охорони здоров'я в Україні ведуться багато років, серед учених, чиновників, законодавців, роботодавців, профспілок, представників медичної спільноти і пересічних громадян досі відсутня єдина думка про напрям розвитку

вітчизняної системи охорони здоров'я, шляхів її фінансування, а також можливості та форми введення страхової медицини.

На необхідність негайного пошуку шляхів реформування медичної галузі вказують деякі з головних проблем охорони здоров'я.

1. Недолік ресурсного забезпечення збереження здоров'я населення.
2. Недоліки державного фінансового забезпечення збереження здоров'я населення:

- висока частка недержавної і неформальної складових фінансування. Незважаючи на конституційну гарантію (ст. 49) державного фінансування сфери охорони здоров'я [77, с. 30];

- формування кошторису медичних установ відбувається залежно від потужності медичної установи .

Збільшення в останні роки бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я, його розмір у душовому вимірі залишається дуже низьким.

3. Недосконалість структурно-організаційної моделі системи охорони здоров'я, зокрема, в Україні, крім системи охорони здоров'я, яка перебуває у віданні Міністерства охорони здоров'я України, функціонує низка паралельних медичних служб і відомств, на фінансування яких витрачається 42,3% витрат із державного бюджету. Наявність відомчих систем охорони здоров'я призводить до дублювання потужностей медичних установ і, відповідно, неефективного використання державних коштів [77, с. 31].

4. Потребує покращення якості кадрового забезпечення системи охорони здоров'я.

Таким чином, враховуючи, що здоров'я нації є головним чинником здійснення суспільних реформ, у сучасних умовах державного будівництва охорона здоров'я має стати пріоритетом державної політики. Тому всю діяльність держави з охорони здоров'я в Україні необхідно спрямувати на досягнення цієї галузю сучасного світового рівня, відродження її національного характеру, оновлення змісту, форм і методів надання медичної допомоги, організаційних основ побудови і діяльності галузі. А все це

неможливо без всеосяжної реорганізації системи державного управління охороною здоров'я.

Необхідність упровадження інновацій у сфері охорони здоров'я лежить в основі процесів і закономірностей технічного, економічного, виробничого, екологічного та соціального характеру в розвитку держави і суспільства. Інновації сприяють нарощуванню науково-технічного та виробничо-економічного потенціалів підприємств. Інновація виникає в результаті використання результатів наукових досліджень і розробок, спрямованих на вдосконалення процесу виробничої діяльності, економічних, правових і соціальних відносин у галузі науки, охорони здоров'я, освіти, а також в інших сферах діяльності суспільства.

Інновації – це не зміна існуючого, а пропозиція іншого, що дасть змогу інакше поглянути на справжні проблеми [49]. Медичне страхування як таке не може в тих чи інших формах розв'язати проблеми охорони здоров'я, оскільки це система фінансування, а не надання медичної допомоги. А без надання якісної, своєчасної та достатньої медичної допомоги неможливо побудувати правильну систему її фінансування [49, с. 26].

Під інноваціями в охороні здоров'я можна розуміти результат діяльності, пов'язаної з розвитком медичних технологій, наукових досягнень і передового досвіду, що спрямований на отримання якісно нової ідеї оздоровлення, лікування, управління процесами в медичній галузі, отримання нових медичних товарів, технологій або послуг, які володіють конкурентними перевагами.

Інноваційний розвиток охорони здоров'я – це найбільш оптимальний шлях кардинального поліпшення здоров'я та якості життя населення, боротьби з його передчасною смертністю і вирішення демографічних проблем країни. Інновація в охороні здоров'я є реалізованим на ринку медичних послуг результатом. Спонукальним механізмом розвитку інновацій у сфері охорони здоров'я насамперед є ринкова конкуренція.

Загальновизнаним трактуванням на сучасному етапі трактується визначення інноваційного процесу як процесу перетворення наукового знання в

інновацію.

Інноваційний процес у класичному науковому розумінні – це єдиний цикл, що складається з певних послідовних стадій. Наприклад, наукова розробка технічної ідеї, нової технології, доведення її до промислового використання, одержання нового продукту, його комерціалізація – усі ці стадії взаємозумовлені й забезпечують успіх інноваційного процесу лише при інтеграції їх в єдине ціле. Якщо цінні фундаментальні ідеї не використовуються для розробки нових технологічних процесів, а нові технології не перетворюються на товари суспільного попиту або знаходять лише дуже вузьке застосування в локальних сферах, потенціал цього напряму науково-технічного прогресу практично не реалізується [78, с. 28].

Розглядаючи інноваційний процес як науково-технічний, що складається із сукупності послідовних дій, виникає необхідність визначити особливу роль наукової діяльності в процесі реалізації інновацій [56, с. 266].

Отже, у класичному інноваційному процесі доцільно виділити подібні фази: досягнення фундаментальної науки; прикладні дослідження; дослідно-конструкторські розробки; первинне освоєння (впровадження); широке впровадження (власне поширення інновації); використання; старіння інновації. Крім науково-дослідних і дослідницько-конструкторських робіт, інноваційний процес передбачає виробництво, реалізацію і споживання.

Інноваційний процес не переривається й після впровадження, оскільки з поширенням нововведення вдосконалюється, стає більш ефективним, набуває нових споживчих властивостей. Це відкриває для нього нові сфери застосування, а отже, і нових споживачів, які сприймають цей продукт, технологію або послугу як нові саме для себе. Тут ідеться передусім про пацієнтів як про споживачів у системі охорони здоров'я [20, с. 258].

Об'єктивно так відбувається в усьому світі, тому що сьогодні в середньому час проходження інноваційного процесу значно скоротився порівняно з недалеким минулим (20-річної давнини). Це пов'язано зі світовими глобалізаційними процесами. Тому найбільш вартісні та ризикові перші стадії

інноваційних процесів проходять у певному середовищі (більш розвиненому), а застосовуються вже там, де в цьому є потреба (наприклад країни колишнього соціалістичного табору). Однак для розвинених країн ці процеси вже не вважаються інноваційними. Вони впроваджуються в країнах із перехідною економікою, тобто комерціалізуються. А в розвинених країнах відбуваються нові розробки процесів, до впровадження яких в Україні недостатньо передумов.

Інноваційні процеси мають переважно венчурний, тобто ризиковий характер, тому ними важко управляти, але можна їх регулювати, спрямовувати в потрібне русло.

Інноваційні процеси в системі охорони здоров'я – це саме такі процеси, які кардинально змінюють і поліпшують стан системи охорони здоров'я (маються на увазі якісні зміни). Кожен інноваційний процес має стадії-етапи. Необхідно з'ясувати, на якій стадії-етапі перебуває той чи інший процес і що конкретно необхідно для його реалізації, та спрямувати до чітко визначеної мети. Інноваційність процесів полягає передусім у задоволенні потреб громадян новими методами, тобто в нових способах задоволення суспільних потреб, зокрема в охороні здоров'я.

Під інноваційними процесами в системі охорони здоров'я треба розуміти безперервний цикл пошуку та реалізації значущих конкурентоспроможних напрямів загальнодержавного значення, які можуть сприяти розв'язанню суспільних проблем забезпечення громадян доступною та якісною медичною допомогою. Основний інноваційний процес у системі охорони здоров'я – це ресурсозабезпечення, а саме – забезпечення фінансовими, матеріальними, кадровими, інформаційними ресурсами.

Говорячи про розвиток вітчизняної системи охорони здоров'я, треба відмітити, що на сьогодні практично створено умови для остаточного формування та реалізації таких суттєвих інноваційних процесів, як: запровадження багатоканального та багаторівневого фінансування галузі; запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування;

перехід до принципів доказової медицини з метою підвищення якості процесу лікування; запровадження формулярної системи, яка передбачає чітке та обґрунтоване лікарське забезпечення; розробка та впровадження стандартів діагностики та лікування хвороб на всіх рівнях надання медичної допомоги; модернізація галузі з метою підвищення достовірності та якості діагностики і лікування; створення інфраструктури, яка б сприяла розвитку системи охорони здоров'я на основі міжгалузевої інтеграції.

Варто зазначити певні особливості інноваційних процесів у системі охорони здоров'я. Так, інноваційні процеси в системі охорони здоров'я відрізняються від інноваційних процесів, наприклад, у медицині, тим, що в останній – це впровадження нових методів діагностики та лікування, нових лікарських форм і засобів. Тобто, розглядаючи медицину як науку, йдеться про науково-технічні інновації. Інноваційні процеси в системі охорони здоров'я – це впровадження нових форм функціонування системи, насамперед організаційних, управлінських, комунікаційних тощо. При цьому інновацією для України може бути і трансформація позитивного закордонного досвіду до наших умов. Головним при цьому є те, що будь-які позитивні зміни стануть новими і допоможуть розв'язати проблему доступності та якості медичної допомоги в Україні [29, с. 59].

Інноваційні процеси в системі охорони здоров'я повинні бути спрямовані на прорив, що приведе до зміни ситуації. Під інноваційними напрямками розвитку системи охорони здоров'я слід розуміти напрями значного масштабу, які розв'язують загальнодержавні проблеми задоволення потреб громадян в якісній і доступній медичній допомозі.

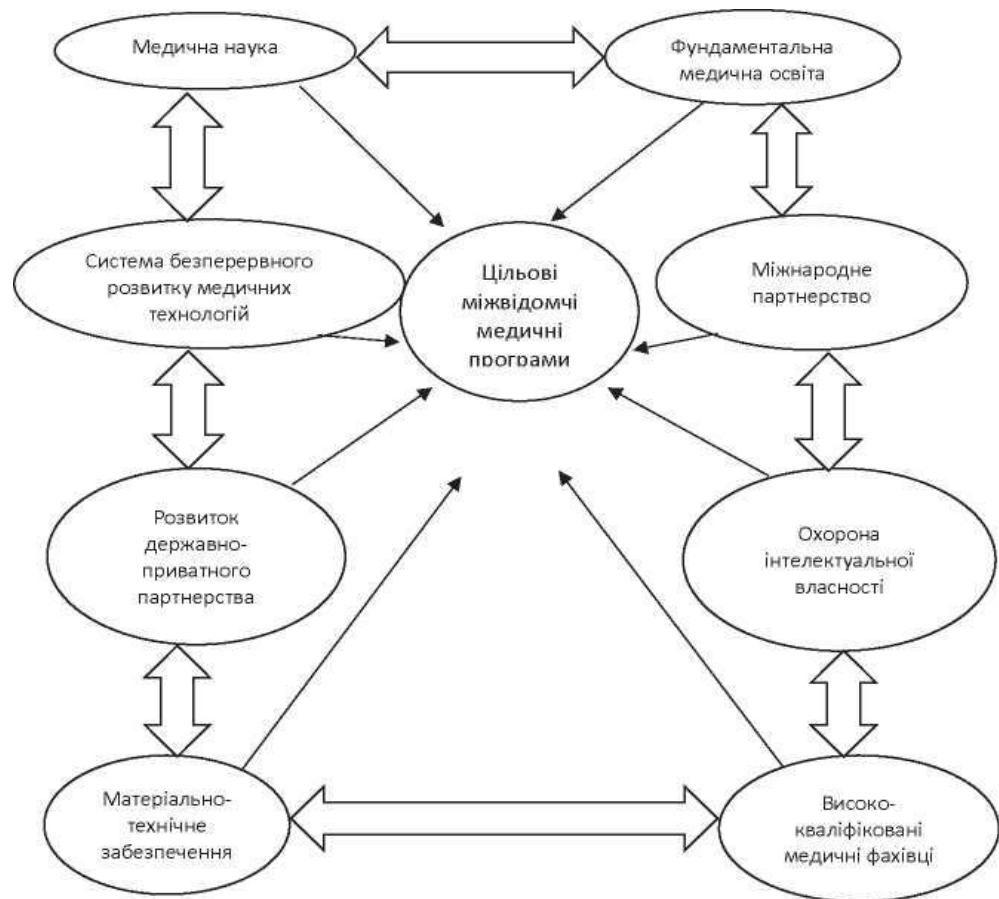


Рис. 3.2 Інструментарій інноваційної моделі збереження здоров'я населення [35, с. 409].

За всього розмаїття ринкових нововведень важливою умовою для їх практичної реалізації є залучення інноваційних інвестицій у достатньому обсязі. Інноваційні інвестиції у сфері охорони здоров'я являють собою одну з форм інвестування в систему надання медичної допомоги, здійснюваного з метою впровадження інновацій у процес надання медичних послуг населенню. Інноваційні інвестиції орієнтовані на майбутній результат і стають рентабельними, як правило, не відразу, що робить їх ризикованими. У складі інноваційного ризику виділяють загальні та специфічні ризики [87].

Загальні види господарських ризиків інноваційної діяльності підприємства [87, с. 217]:

- ризик нереалізації виробленої продукції;
- ризик недоотримання або несвоєчасного отримання оплати за

реалізовану без передоплати продукцію;

- ризик зриву власних виробничих планів або венчурних проектів;
- ризик неотримання зовнішніх інвестицій і кредитів.

До специфічних ризиків загального інноваційного ризику належать:

- ризик неправильно обраного напрямку інвестицій;
- ризик хибної оцінки перспектив розвитку;
- ризик недостатності матеріально-технічної бази;
- ризик недостатності або низької кваліфікації кадрової бази;
- ризик масштабування (лабораторності);
- ризик відсутності патентної чистоти;
- ризик відсутності сертифікації продукції.

Основним об'єктом державного регулювання інноваційної політики регіону є потенціал територій, які досить суттєво відрізняються один від одного. Відтак до числа заходів, необхідних для підвищення їх інноваційних можливостей, варто віднести:

- а) обмін досвідом з більш розвиненими регіонами та організаціями;
- б) організація юридичної, консалтингової, інформаційної допомоги організаціям-інноваторам (пошук і підбір ділових партнерів, консультації сторін, сприяння в навчанні та діяльності тощо);
- в) проведення конференцій, семінарів, симпозіумів з метою підвищення інтересу до інноваційної діяльності;
- г) формування територіальних центрів підтримки організацій-інноваторів.

### Висновки до Розділу 3

Підбиваючи підсумки, необхідно зазначити, що вдосконалення медичної допомоги населенню можливе лише за умови інноваційного розвитку охорони здоров'я.

Безперервний поступальний процес оновлення медичної сфери вимагає

формування й адекватного фінансового забезпечення цільових програм за пріоритетними напрямками розвитку медицини та охорони здоров'я.

На сучасному етапі українського державотворення інноваційний розвиток охорони здоров'я передбачає:

1) створення умов для розвитку фундаментальних і прикладних біомедичних наукових досліджень;

2) розвиток системи планування і прогнозування наукових досліджень, вибір пріоритетних напрямів;

3) концентрацію фінансових засобів і кадрових ресурсів за пріоритетними та інноваційними напрямками розвитку медичної науки;

4) формування державного завдання на розробку нових медичних технологій профілактики, діагностики та лікування захворювань і реабілітації хворих, на обґрунтування обсягів їх реалізації та розробки алгоритмів впровадження і контролю їх застосування;

5) розробку наукових програм фундаментальних досліджень, які виконують на основі міжнародної взаємодії наукових колективів, установ, організацій;

б) створення системи впровадження результатів науково-технічної діяльності в практику охорони здоров'я з використанням різних форм державно-приватного партнерства, підтримкою малого і середнього бізнесу в медичній науці.

Лише за таких умов варто сподіватись на якісні зміни в системі охорони здоров'я в Україні.

## ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено обґрунтування теоретичних засад державної політики реформування сфери охорони здоров'я на засадах медико-соціального підходу та обґрунтовано пріоритетні напрями удосконалення в Україні. Основні результати дослідження знайшли відображення у висновках і пропозиціях, сформованих нижче.

1. Окреслено та систематизовано загальнотеоретичні аспекти поняття та сутність державної політики щодо реформування сфери охорони здоров'я. З'ясовано особливості понятійного поля дослідження та розуміння дефініції «державна політика», досліджені вітчизняними та зарубіжними науковцями; розкрито існуючі відмінності між поняттями «державна політика» та «публічна політика».

Окреслено основні підходи до тлумачення поняття « державна політика» - транспарентний, цілеспрямований, стратегічний, діяльнісний, інформаційно-комунікаційний, визначено їх функції в системі охорони здоров'я. Зазначено, що найбільш суттєвими складовими державної політики щодо реформування сфери охорони здоров'я є суспільний діалог, безпосередня взаємодія влади та суспільства, а також наявність неурядового сектору, які піддаються суттєвим трансформаціям під впливом нових структур суспільних взаємодій (мереж), інформаційних технологій (електронне врядування), що регламентовані демократичними процедурами, формуються засобами урядових комунікацій з громадськістю, легітимізують громадську думку, створюють контрагента в особі громадськості, готової до діалогу.

2. Визначено особливості медико-соціального підходу щодо реформування сфери охорони здоров'я, який спрямовується на здійснення комплексу заходів національного, регіонального та місцевого рівня щодо надання доступної та якісної медичної допомоги, профілактики захворюваності, зниження інвалідності, смертності населення, підвищення рівня збереження

генофонду українського народу. Це зумовило розроблення методологічних інновацій щодо реформування сфери охорони здоров'я, таких як інституціалізація, міжсекторальна взаємодія; соціологічні методи, та виокремлення нових принципів:

- визнання охорони здоров'я як *публічної сфери*;
- сфери формування "*суспільного благополуччя*";
- урахування принципів і тенденцій, на яких базується сфера охорони здоров'я – *перехід від державної політики до публічної політики*;
- визначення принципів формування стратегій сфери охорони здоров'я *на засадах державної політики та міжсекторальної взаємодії*;
- урахування *інституційної зумовленості* у реалізації *державної* політики у сфері охорони здоров'я.

3. Окреслено сучасні виклики та загрози у сфері державної політики щодо збереження здоров'я населення на засадах медико-соціальних підходів.

Недостатнє запровадження медико-соціального підходу посилює негативні тенденції у сфері державної політики щодо збереження здоров'я населення, до яких належать: відсутність взаємодії центральних органів виконавчої влади з органами місцевого самоврядування у рамках єдиної системи надання медичних послуг, а також із суб'єктами надання та споживачами медичних послуг, їх повноваження дублюються, інформаційний обмін заформалізований, що заважає ефективно й оперативно реагувати на надзвичайні ситуації щодо захисту здоров'я населення України.

Відсутність науково обґрунтованої державної програми міжвідомчої взаємодії з організації медичного забезпечення надзвичайних ситуацій та єдиного нормативно-правового акта щодо підготовки цивільної та військової систем охорони здоров'я до роботи в особливий період і організації медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення у воєнний час призводить до дублювання процесів із надання медичної допомоги та блокує утворення уніфікованої системи збереження здоров'я населення в надзвичайних ситуаціях.

Опрацьовано найбільш перспективні шляхи реформування галузі охорони здоров'я, які мають бути науково обґрунтованими та супроводжуватись раціональним використанням наявних медичних ресурсів. Створення єдиного медичного простору є одним з елементів формування ефективної системи охорони здоров'я України та важливим індикатором виконання профільних національних програм з охорони здоров'я.

4. Розглянуто та узагальнено тенденції державної політики щодо збереження здоров'я населення України. *До позитивних тенденцій належать:* системне удосконалення нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я, направленої на збереження здоров'я населення; запровадження європейських стандартів у сфері охорони здоров'я, направлених на підвищення якості медичних послуг населенню; розвиток міжгалузевого співробітництва у сфері державної політики щодо збереження здоров'я населення; визначення сфери відповідальності різних центральних органів виконавчої влади для реалізації заходів щодо профілактики соціально небезпечних хвороб у населення; внесення відповідних змін і доповнень в комплексні заходи, протоколи лікування відповідно до викликів у світі та суспільстві.

*Виявленні негативні тенденції державної політики щодо збереження здоров'я населення України, серед яких соціально небезпечні хвороби: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатити, наркозалежність, короновоюроновірус, які є глобальною загрозою для здоров'я населення не лише в Україні, а в усьому світі. Окрім того це: низький рівень ефективності всієї системи охорони здоров'я, що породжує невисоку якість медичних послуг, причинами такого якого є брак фахівців, медичного обладнання, лікарняних установ, посилений режим роботи медичних працівників, що автоматично знижує якість медичних послуг населенню, породжує черги та скорочує терміни прийому пацієнтів; зниження рівня кваліфікації лікарів та функціонування застарілого обладнання, яке непридатне для діагностування та лікування хворих; низька заробітна плата і відсутність механізмів щодо стимулювання якісної роботи медичних працівників.*

Низький рівень ВВП не забезпечує адекватної фінансової підтримки, а геополітична та економічна нестабільність останніх років додатково призвела до краху надання окремих медичних послуг, що негативно вплинуло на рівень збереження здоров'я населення в Україні. МОЗ України запропонувало пакет реформ, заснований на п'яти основних положеннях – реорганізація системи фінансування медичних послуг; впровадженні медичної спеціалізації у сфері сімейної медицини; визначення обсягів державної фінансової відповідальності у сфері охорони здоров'я; запровадження пакету гарантованого обслуговування, додаткового страхування; впровадження процедур лікування відповідно до сучасних міжнародних стандартів.

5. Розкрито значимість Глобальної стратегії розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я до 2030 року - «Трудові ресурси 2030 р.», та її вплив на реформування охорони здоров'я України, яка призначена для органів влади та політиків держав-членів ВООЗ, зміст якої є також цінним для всіх зацікавлених сторін у галузі кадрових ресурсів охорони здоров'я, включаючи роботодавців у державному і приватному секторах, професійні асоціації, міжнародні організації та громадянське суспільство.

В Глобальній стратегії найбільшу увагу приділено підготовці кадрів для державних та недержавних інституцій у національних системах здоров'я населення, які тісно співпрацюють з ВООЗ та виробляють політику керівних принципів у підготовці кадрів для системи охорони здоров'я відповідно до жорстких вимог процесу консультацій, збирання доказів, аналізу та досягнення консенсусу. Прикладом є Асоціації шкіл охорони громадського здоров'я в Європейському регіоні (ASPHER) та Агентство з акредитації у сфері громадського здоров'я (APHEA).

ASPHER і партнери розробили низку компетенцій, призначених для всіх професіоналів громадської охорони здоров'я, зокрема - «Європейські основні компетенції для професіоналів громадської охорони здоров'я». APHEA представляє п'ять провідних асоціацій громадської охорони здоров'я в Європейському регіоні і прагне забезпечити та покращити якість освітньої

діяльності в Європейському регіоні, та в усьому світі. Акредитація спрямована на підтримку безперервного вдосконалення освіти і підготовки кадрів для громадської охорони здоров'я в усьому світі шляхом забезпечення міжнародного та прозорого визнання якості. Для України є цінним досвід у співпраці Глобальній стратегії та ВООЗ з питань збереження здоров'я населення на медико-соціальних засадах.

6. Обґрунтовано пріоритетні напрями вдосконалення державної політики щодо реформування сфери охорони здоров'я України на засадах медико-соціальних підходів, зокрема, основними з них викормлено:

- спрямування Державної політики держави щодо реформування сфери охорони здоров'я України на досягнення галузю сучасного світового рівня; відродження її національного характеру; оновлення змісту, форм і методів надання медичної допомоги, організаційних основ побудови і діяльності галузі;

- упровадження інновації щодо збереження здоров'я населення в Україні на засадах технічного, економічного, виробничого, екологічного та соціального характеру розвитку держави і суспільства;

- нарощування науково-технічного та економічного й управлінського потенціалів, використання результатів наукових досліджень і розробок, спрямованих на вдосконалення процесу діяльності, економічних, правових і соціальних відносин у галузі науки, охорони здоров'я, освіти, а також в інших сферах діяльності суспільства;

- запровадження інструментарію інноваційної моделі державної політики збереження здоров'я населення в Україні, у складі медичної науки, науки державного управління, освітньої галузі публічного управління та адміністрування, фундаментальної медичної освіти, системи безперервного розвитку медичних технологій, цільових міжвідомчих медичних програм, міжнародного партнерства, розвитку державно-приватного партнерства, охорони інтелектуальної власності, матеріально-технічного забезпечення, висококваліфікованих медичних працівників.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Банчук М. В. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузі охорони здоров'я України. URL: [http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Dtr\\_du/2010\\_3/files/DU310\\_02.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/2010_3/files/DU310_02.pdf) (дата звернення 20.10.2023р.).
2. Беззуб І. Другий етап медичної реформи в Україні: (не) на часі *Громадська думка про правотворення*. 2020. № 7 (192). С. 3-12. URL: <http://nbuviar.gov.ua/images/dumka/2020/7.pdf>. (дата звернення 11.09.233р.)
3. Білий В. Я. Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час. *Наука і оборона*. 2015. № 1. С. 9–14.
4. Білинська М. М. Управління для забезпечення здоров'я як нова стратегія в державному управлінні / М. М. Білинська, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк. *Вісник НАДУ*. 2013. № 3. С. 92-98.
5. Борисевич С. Сутність і завдання публічної політики. *Наукові розвідки з державного та муніципального управління. Збірник наукових праць*. 2011. Вип. 1. С. 78-87.
6. Валецький О. Держава і реформи в Україні: аналіз державної політики в умовах трансформації суспільства. К.: Вид-во НАДУ, 2017.
7. Васюк О.В. Формування професійної спрямованості майбутніх соціальних педагогів: Монографія. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2014. 336 с.
8. Виноградов О. Солідарні системи в державному управлінні охороною здоров'я. *Зб. наук. пр. НАДУ*. 2006. Вип. 1. С. 284-295.
9. Воробйовська А. Повний цикл публічної політики: нова якість прийняття політичних рішень». К.: Аналітичний центр Анни Ярославни. 18 с.
10. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. С. 57-58.

11. Гонюкова Л. В. Основні напрями співпраці влади та громади і необхідні для цього умови. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 3. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2015\\_3\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2015_3_5) (дата звернення 20.10.2023р.).

12. Дем'яненко Л. Перспективи медичної реформи: аналіз на основі показників Держбюджету-2020. «Стратегія – 2020» практика суспільних перетворень. 2019. № 103 (156). С. 7–13. URL : [http://nbuviap.gov.ua/images/praktuka\\_susp\\_peretvoren/2019/103.pdf](http://nbuviap.gov.ua/images/praktuka_susp_peretvoren/2019/103.pdf). (дата звернення 07.11.23р.)

13. Доповіді. ООН. Офіційний сайт ООН. – URL: <http://www.un.org/ru/millenniumgoals/reports.shtml> (дата звернення 09.09.23р.)

14. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України. URL : [http://eas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](http://eas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf). (дата звернення 19.09.23р.)

15. Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції» в Українській військово-медичній академії : Матеріали науково-практичної конференції від 18 грудня 2014 р. URL: <http://nio.nuou.org.ua/article/view/176290> (дата звернення 21.10.21р.)

16. Жаліло Л., Мартинюк О., Надута Г. Вплив Всесвітньої організації охорони здоров'я на формування національної політики з охорони здоров'я в сучасних умовах України. *Всесвітній день здоров'я, захист здоров'я від змін клімату, 60 річчя заснування ВООЗ*: матеріали наук.-практ. конф., Київ, 7-8 квіт. 2008 р. Охорона здоров'я України. 2008. № 1(29). С. 133-134.

17. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід : колективна монографія / Сазонець І.Л., Саричев В.І. та ін. : За наук. ред. д. е. н., проф. Сазонця І.Л. Рівне : Волин. береги, 2022. 396 с.

18. Казмірчук А. П. Організація надання спеціалізованих видів медичної допомоги пораненим, травмованим та хворим учасникам АТО. / А. П. Казмірчук // Військова медицина України. 2017. Т. 17, № 1. С. 24-33. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vmuk\\_2017\\_17\\_1](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vmuk_2017_17_1) (дата звернення 19.09.23р.)
19. Канівська В. Публічна політика - виклик для нової влади. *Інформ . бюл. Міжнар. центру персп. дослідж.* 2021. № 42 (301). С.76-84.
20. Кілієвич О. Англо-український глосарій термінів і понять з аналізу державної політики та економіки. К. : Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2023. 510 с.
21. Кобець Р. Аналіз політики для потреб лобістської кампанії : навч. посіб. Фонд «Європа XXI», Т-во Лева. К., 2017. 212 с.
22. Козаков В. М. Соціально-ціннісні засади державного управління в Україні : монографія. К.: Вид-во НАДУ, 2017. 284 с.
23. Кузнєцова Наталія. Особливості розвитку персоналу для системи охорони здоров'я: теоретичний аналіз. *Професіоналізація державної служби: вітчизняні виклики та європейські орієнтири : матеріали Міжнар. круглого столу до Дня державної служби (Київ, 20 черв. 2023 р.)* / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Н. Б. Ларіної. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2023. С. 78-80.
24. Конон Н. Теоретичні засади дослідження публічної політики в сучасній політичній науці. *Гілея: науковий вісник: збірник наукових праць*. К. 2012. Вип. 60. С. 653-657.
25. Концепція взаємодії держави і громадянського суспільства; Ін-т громадян. сусп-ва. URL: [www.csi.org.ua](http://www.csi.org.ua). (дата звернення 21.09.21р.)
26. Концепція розвитку кадрової політики у сфері охорони здоров'я в Україні: проект / авт. кол.: В. М. Князевич, Н. О. Васюк, В. В. Лещенко та ін. // *Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні : матеріали щоріч. Всеукр. наук.- практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 23 берез. 2016 р.)* / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. - Київ : ДКС- Центр, 2016. 212 с.

27. Кульгінський Є. А. Управління, орієнтоване на здоров'я людини, як нова стратегія в державному управлінні розвинених країн. *Теорія та практика державного управління*. 2014. Вип. 2. С. 274-283.
28. Кучер, В. І. Стан здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України за контрактом. 2022. С. 45.
29. Лазарева О. Публічна політика в системах державного управління країн розвиненої демократії. *Ефективність державного управління. Збірник наукових праць*. 2021. Вип. 24. С. 88-110.
30. Лазарева О. Публічна політика в системах державного управління країн розвиненої демократії: від теорії до практики. *Ефективність державного управління. Збірник наукових праць*. 2020. Вип. 23. С. 118-125.
31. Ласиця, Т. С. Методологічні засади навчання та залучення медичних сестер до профілактики серцево-судинних захворювань [та ін.]. 2023. С. 50.
32. Логунова М. М. Соціально-психологічні аспекти управлінської діяльності. К.: Центр сприяння інституц. розв. держ. служби, 2006. 196 с.
33. Мордас Ірина. Особливості фінансової політики України в умовах воєнного стану. *Професіоналізація державної служби: вітчизняні виклики та європейські орієнтири : матеріали Міжнар. круглого столу до Дня державної служби (Київ, 20 черв. 2023 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Н. Б. Ларіної*. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2023. С. 105-107.
34. Машков А. Проблеми теорії держави і права. Співвідношення та межі : курс лекцій. К. : К.І.С., 2021. 344 с.
35. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я : монографія / [кол. авт. ; за заг. ред. М. М. Білинської, Н. О. Васюк, О. Д. Фірсової]. Київ : НАДУ, 2021. 416 с.
36. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>. (дата звернення 14.10.23р.).

37. Музиченко Г.В. Державна політика країн пострадянського простору: автореф. дис..д. політ. н.: спец. 23.00.02 – політичні інститути та процеси. Одеса, 2013. 34 с.

38. Нагорянський Є. А. Публічна політика: деякі підходи до тлумачення поняття. Гілея: науковий вісник. Вип. № 75. 2021. С. 445-447.

39. Національна служба охорони здоров'я. Новітні виклики та загрози. URL:<http://nszu.gov.ua/natsional'na-cluzhba-okhorony-zdorov'ya-novitni-vyklyky-ta-zahrozy/>(дата звернення 4.08.23р.).

40. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки. URL : <https://moz.gov.ua/strategija>. (дата звернення 4.08.23р.)

41. Турчак Д.В. Суть та значення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2021. № 10. С. 127-131.

42. Основи публічної політики та управління: навч. посіб.; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, каф. політ. аналітики і прогнозування. - К.: НАДУ, 2018. 312 с.

43. Рачинський Анатолій. Державна політика у сфері освіти і науки у забезпеченні розвитку людського капіталу в Україні. *Професіоналізація державної служби: вітчизняні виклики та європейські орієнтири : матеріали Міжнар. круглого столу до Дня державної служби (Київ, 20 черв. 2023 р.)* / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Н. Б. Ларіної. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2023. С. 144-147.

44. Повний цикл публічної політики: нова якість прийняття політичних рішень». URL : <https://itd.rada.gov.ua/PublicPolicy> (дата звернення 20.10.2023).

45. Подзолков Ю.А. Публічна політика в Україні: нові принципи взаємодії влади та громадянського суспільства: дис. к.політ.н.: спец. 23.00.02 – політичні інститути та процеси. Київ, 2015 200 с.

46. Про вжиття невідкладних заходів для поліпшення стану організації медичного забезпечення населення та учасників антитерористичної операції : Рішення Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я № 04-26/4-38 від 4 вересня 2014 р. // Діловодство ВМД МО України. Спр. 3. Т. 4. С. 297-298.

47. Про військово-медичну доктрину України : Постанова Верховної Ради України № 827-VIII від 25 листопада 2015 р. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/827-19#Text> (дата звернення 24.10.23р.)

48. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017, № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>. (дата звернення 24.08.23р.)

49. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України : Постанова Кабінету Міністрів України № 910 від 31 жовтня 2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text>. (дата звернення 27.08.23р.)

50. Про затвердження Настанови з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період : Наказ Генерального штабу Збройних Сил України № 60 від 11 лютого 2019р. URL: <https://www.mil.gov.ua/ministry/normativno-pravova-baza/nakazi-ministra-oboroni-ukraini/nakazi-ministerstva-oboroni-ukraini-za-2019-rik.html>. (дата звернення 27.08.23р.)

51. Про затвердження Програми надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги : Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 року. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/955-2002-%D0%BF#Text> . (дата звернення 27.08.23р.)

52. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 листопада 2014 року «Про невідкладні заходи із забезпечення державної безпеки : Указ Президента України № 880/2014 від 14 листопада 2014 р. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/8802014-18010>. (дата звернення 22.08.23р.)

53. Про стратегічний оборонний бюлетень України :Указ Президента України № 240/2016 від 6 червня 2016 р. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/2402016-20137>. (дата звернення 27.10.23р.).

54. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листоп. 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p> (дата звернення 27.10.23р.).

55. Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я :-Постанова Кабінету Міністрів України № 412 від 11 травня 2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/412-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення 27.10.23р.).

56. Публічна політика та суспільні зміни в Україні в контексті євроінтеграції: монографія / авт. кол. : С. О. Телешун, С. В. Ситник, І. В. Рейтерович, О. Г. Пухкал та ін.; за заг. ред. С. О. Телешуна, д-ра політ. наук, проф. К. 2017. 248 с.

57. Рейтерович І. В., Пухкал О. Г. Особливості формування соціально відповідального бізнесу в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 10. С. 131-134.

58. Сегеда Т. Зарубіжний досвід формування механізмів публічної політики. *Державне управління та місцеве самоврядування : зб. наук. праць Дніпропетровського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2019. Вип. 2 (21). С. 201-213.

59. Системні чинники взаємодії політики і управління: наук. розробка / С34 авт. кол.: В. А. Ребкало, Е. А. Афонін, В. А. Шахов та ін. за заг. ред. В. А. Ребкала, В. А. Шахова. К. : НАДУ, 2017. 40 с.

60. Ситник С.В. Між теорією та практикою публічної політики. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 22: Політичні науки та методика викладання соціально-політичних дисциплін*. 2021. Вип. 4. С. 202-207. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_022\\_2010\\_4\\_35](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_022_2010_4_35) (дата звернення 20.10.2023р.).
61. Сучасні аспекти військової медицини: збірник наукових праць Національного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ" МО України / Нац. військ.-мед. клініч. центр «ГВКГ» МО України; ред. рада: А. П. Казмірчук (голова) [та ін.]. Київ : Коломіцин В.Ю., 2021. Вип. 23. 330 с.
62. Телешун С.О. Ситник С.В., Вировий С.І. Інституційне забезпечення та особливості формування публічної політики в Україні. К.: НАДУ, 2020. 44 с.
63. Теннер Майкл. Погляд на системи охорони здоров'я у світі. Майкл Теннер // Тижневик «Громадянин України». № 25 (232). URL: <http://gukr.com/article2699.html>. ( дата звернення 18.11.23р.).
64. Тертичка В. Суспільна політика: чи стала вона сферою наукового пошуку і прикладних досліджень в Україні. *Політичний менеджмент*. 2022. №1 (22). С. 10-23.
65. Ткачук, І. М. Роль медичної сестри первинної медичної допомоги у впровадженні засад здорового способу життя у військовослужбовців / І. М. Ткачук [та ін.]. 2021. С. 59.
66. Чальцева, О. М. Публічна політика: теоретичний вимір і сучасна практика : монографія. Вінниця: ФОП Барановська Т. П., 2017. 336 с.
67. Шматко Н. Феномен публічної політики. 2001. №7. С. 106-112.
68. Якобчук А. В. Вирішення проблем ВІЛ/СНІДу на державному рівні з урахуванням міжнародного досвіду. *Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 2. С. 75-81.
69. Янюк Н. Актуальні проблеми формування публічної служби в Україні. URL : [http:// radnuk.info/home/24332-2013-05-31-15-33-40.html](http://radnuk.info/home/24332-2013-05-31-15-33-40.html). (дата звернення 22.08.23р.).

70. Akkerman A.E., van der Wouden J.C., Kuyvenhoven M.M. Antibiotic prescribing for respiratory tract infections in Dutch primary care in relation to patient age and clinical entities // *J. Antimicrob. Chemoter.* 2004. Vol. 54. N 6. P. 1116-1121.

71. Anna Skoczynska, Marcin Kadlubowski, Joanna Empel. Characteristics of *Haemophilus influenzae* Type b Responsible for Meningitis in Poland from 1997 to 2004 // *Journal of Clinical Microbiology.* 2005.

72. Bosch-Capblanch X. Unvaccinated children in years of increasing coverage: how many and who are they? Evidence from 96 low- and middle-income countries / X. Bosch-Capblanch, K. Banerjee, A. Burton // *Tropical Medicine & International Health.* 2012. Vol. 17, N 6. P. 697-710.

73. Cheng Tsung-Mei. US performance in advancing Public Health: a view from across the Atlantic. URL: Tsung-Mei Cheng // *Eurohealth.* 2013. Vol. 3. P. 11-13. URL : <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/Vol19No3/Eurohealth-v19n3-WEB-100913.pdf>.

74. Ciesla G., Leader S., Stoddard J. Antibiotic prescribing rates in the US ambulatory care setting for patients diagnosed with influenza, 1997-2001. *Respir. Med.* 2004. Vol. 306. N 306-5699. P. 1093-1101.

75. Claesson BA, Schneerson R, Lagergant T. Persistence of serum antibodies elicited by *Haemophilus influenzae* type b-tetanus toxoid conjugate vaccine in infants vaccinated at 3, 5 and 12 months of age // *Pediatr Infect Dis J.* 1991; 10; P. 560-564.

76. Claesson BF, Trllfors B, Anderson PW. Serum antibodies in 6-years- old children vaccinated in infancy wiht a *Haemophilus influenzae* type b-tetanus toxoid conjugate vaccine // *Pediatric Infectious Disease Journal.* 1996; 15; P 170-172.

77. Granoff DM, Holmes SJ, Belshe RB. Effect of carrier protein priming on antibody reponse to conjugate vaccines in infants // *JAMA.*1994; 272: P 1116-1121.

78. Grilli R. Massmedia interventions: effects on health services utilisation. Cochrane Database Systematic Review (1) / R. Grilli, C. Ramsay, S. Minozzi. 2002. CD000389. doi: 10.1002/14651858.CD000389.

79. Harrison O.B., Robinson B.D. et al. // Infekt. and Immun. 2002. Vol. 70. P 5193-5201.

80. Health 2020. A European policy framework and strategy for 21st century. World Health Organisation. 2013. URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1).

81. Hinman A. R. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Vaccine-preventable diseases, immunizations, and MMWR-1961. 2011. MMWR. 2011. N 60. Suppl 4. P. 49-57.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Участь у міжнародних науково-практичних конференціях



Продовж. Додатку А



Київський національний університет  
імені Тараса Шевченка  
1834



НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ  
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ  
2021

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА**

**НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ  
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ**

**КАФЕДРА ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ**



**ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЯ  
ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ:  
ВІТЧИЗНЯНІ ВИКЛИКИ  
ТА ЄВРОПЕЙСЬКІ ОРІЄНТИРИ**

**Матеріали міжнародного круглого столу  
до Дня державної служби**

*За загальною редакцією  
Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Н. Б. Ларіної*

**КИЇВ**

**20 червня 2023 року**

## Продовж. Додатку А

<b>КАТЕРИНА ЛУЦЬКА. ДЕРЖАВНА СЛУЖБА ЯК ПОТЕНЦІАЛ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ УКРАЇНИ</b> .....	100
<b>NATALIA MARTYNYENKO, TETIANA DROSHCHENK. REGARDING ENSURING GENDER EQUALITY IN THE PROFESSIONAL ENVIRONMENT OF FORENSIC EXPERTS</b> .....	102
<b>ІРИНА МОРДАС. ОСОБЛИВОСТІ ФІНАНСОВОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ</b> .....	105
<b>НАТАЛІЯ МУЖИКОВА. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАВСЬКОЇ ДИСЦИПЛІНИ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ У МІСЦЕВИХ ДЕРЖАВНИХ АДМІНІСТРАЦІЯХ (З ДОСВІДУ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ВІЙСЬКОВОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ)</b> .....	107
<b>ІГОР МУСЛОВСЬКИЙ. ВТРАТИ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ УКРАЇНИ В ПЕРІОД РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ</b> .....	110
<b>ВЯЧЕСЛАВ НАГОРНИЙ. УДОСКОНАЛЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ПРАЦІВНИКІВ ДЕРЖАВНОЇ КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ</b> .....	113
<b>ОЛЕКСАНДР НЕСТЕРУК. ПЕРЕОСМИСЛЕННЯ РОЛІ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ У КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ ЯК ЗАПОРУКА ЕФЕКТИВНОЇ ВІДБУДОВИ ПОСТВОЄННОЇ УКРАЇНИ</b> .....	116
<b>ІННА НІННЮК. МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДІЯЛЬНОСТІ ПУБЛІЧНОГО СЛУЖБОВЦЯ</b> .....	119
<b>ІРИНА ОЛІЙНИК. ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ НА РИНКУ ЖИТЛА</b> .....	121
<b>НАТАЛІЯ ОЛІЙНИК. ПРОБЛЕМА ПОБУДОВИ СУЧАСНОЇ МОДЕЛІ КОМПЕТЕНЦІЙ ДЕРЖАВНОГО СЛУЖБОВЦЯ</b> .....	124
<b>ВАСИЛЬ ОРІЩУК. ЦИФРОВА ГРАМОТНІСТЬ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ ЯК КЛЮЧОВИЙ ФАКТОР УСПІШНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЦИФРОВОГО РОЗВИТКУ</b> .....	127
<b>ОКСАНА ПАРХОМЕНКО-КУЦЕВЛ. РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ</b> .....	129
<b>ЄВА ПАТЮК. ПРОФЕСІЙНА ЕТИКА ДЕРЖАВНОГО СЛУЖБОВЦЯ. АКТУАЛЬНИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВ-ЧЛЕНІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ ДЛЯ УКРАЇНИ</b> .....	132
<b>ТЕТЯНА ПАШИНІНА. ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ТА КІБЕРГІЄНА ПУБЛІЧНОГО СЛУЖБОВЦЯ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ</b> .....	134
<b>ОЛЕКСАНДР ПОХОДЕНКО. РЕГУЛЮВАННЯ ЯКОСТІ Й ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ У ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ</b> .....	137
<b>АЛЛА ПРОДАН. ПРАВОВІ СПОРИ ЗА УЧАСТЮ НАЦІОНАЛЬНОГО АГЕНТСТВА З ПИТАНЬ ЗАПОБІГАННЯ КОРУПЦІЇ ТА СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ: ОСОБЛИВОСТІ ПРЕДМЕТА ТА РОЗГЛЯДУ І ВИРІШЕННЯ</b> .....	141
<b>АНАТОЛІЙ РАЧІНСЬКИЙ. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОСВІТИ І НАУКИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РОЗВИТКУ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ В УКРАЇНІ</b> .....	144
<b>В'ЯЧЕСЛАВ САПРИКІН. ДІДЖИТАЛ-ТРАНСФОРМАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ</b> .....	147
<b>ОЛЬГА СЕРДЮК, ІВАН ОЛЕКСІЙ. АКТУАЛІЗАЦІЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ КУЛЬТУРИ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ ЯК СТРАТЕГІЧНИЙ ПРІОРИТЕТ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ</b> .....	150
<b>МАРИНА СКИБА. ОСНОВНІ ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ГЕНДЕРНОЇ ПОЛІТИКИ В РОБОТАХ УКРАЇНСЬКИХ УЧЕНИХ</b> .....	153
<b>НАТАЛІЯ СЛОБОДЯНЮК. СОЦІАЛЬНІ ПІДПРИЄМВА В УКРАЇНІ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА СПЕЦИФІКА ФУНКЦІОНУВАННЯ</b> .....	155
<b>ДМИТРО СНЕЖКО. ВПЛИВ ІНСТИТУЦІОНАЛЬНОГО МЕХАНІЗМУ НА РОЗВИТОК ПРАВОВОЇ СВІДОМОСТІ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ</b> .....	157
<b>ВЛАДИСЛАВ ТАРАСЕНКО. ІСТОРІЯ СПІВПРАЦІ УКРАЇНИ І РЕСПУБЛІКИ ПОЛЬЩА: КОМУНІКАТИВНИЙ АСПЕКТ</b> .....	161
<b>ОЛЕКСІЙ ТАРАСОВ. КОНФЛІКТОЛОГІЧНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК ІНТЕГРАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДЕРЖАВНОГО СЛУЖБОВЦЯ</b> .....	164
<b>КОСТЯНТИН ТКАЧЕНКО. ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ ІГРОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ДЛЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ В КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЯХ</b> .....	169
<b>ІЛІЯ ТКАЧУК. ДЕРЖАВНА ЕКОЛОГІЧНА ПОЛІТИКА В УКРАЇНІ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ</b> .....	172
<b>ЮРІЙ ТУКАЛЕНКО. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ГЕНДЕРНОЇ ПОЛІТИКИ В УКРАЇНІ В КОНТЕКСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ З ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ ООН</b> .....	174
<b>АЛЛА ЦИРУЛІК. ВИЗНАЧЕННЯ СТРАТЕГІЧНИХ ЦІЛЕЙ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЯК БАЗИС ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ПЛАНОВИХ БЮДЖЕТНИХ ПОКАЗНИКІВ</b> .....	178
<b>СНІЖАНА ШЕВЧУК. АНАЛІЗ СТАНУ ТА ПРОБЛЕМ КАР'ЄРНОГО РОЗВИТКУ ПЕРСОНАЛУ НА ДЕРЖАВНІЙ СЛУЖБІ В УКРАЇНІ</b> .....	181
<b>ОЛЕКСАНДР ШКУРОПАТ. ДЕРЖАВНА СЛУЖБА В УКРАЇНІ: ЦІННІСНИЙ ВИМІР</b> .....	183
<b>ЮСІФБЕЙЛІ РАШІД РАСУЛ ОГЛІ. БЛОКЧЕЙН-ТЕХНОЛОГІЇ В УДОСКОНАЛЕННІ ЕЛЕКТРОННОГО УРЯДУВАННЯ</b> .....	186
<b>АРТЕМ ЯНЧУК. ОСОБЛИВОСТІ ПРОХОДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ В АПАРАТІ ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ</b> .....	189
<b>ІГОР ЯШУТІН, КОСТЯНТИН ТОВПЕКО, ДМИТРО ПОЛІЩУК. ОСОБЛИВОСТІ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ ВИКОНАВСЬКОЮ ДИСЦИПЛІНОЮ НА ПУБЛІЧНІЙ СЛУЖБІ</b> .....	194