

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЖИТОМИРСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»**

В.І. ЮНГЕР

**СТРАТЕГІЯ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Монографія

Житомир
Видавничий дім “Бук-Друк”
2024

УДК 351.773

Ю50

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Державного університету “Житомирська політехніка”
(протокол № 4 від 19.04.2024 р.)*

Рецензенти:

Світлана Миколаївна Домбровська

*доктор наук з державного управління, професор,
Національний університет цивільного захисту України*

Валентина Віталіївна Ксендзук

*доктор економічних наук, доцент,
Державний університет «Житомирська політехніка»*

Сергій Вікторович Бєлай

*доктор наук з державного управління, професор,
Національна академія Національної гвардії України*

Юнгер В.І.

Ю50 Стратегія повоєнного відновлення системи охорони здоров'я : монографія / В.І. Юнгер. – Житомир : ТОВ «Видавничий дім “Бук-Друк”», 2024. – 312 с.
ISBN 978-617-560-133-4

Монографія присвячена вивченню теоретичних і методологічних основ державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. У роботі аналізуються наслідки війни для галузі, стратегічні підходи до її відновлення, трансформація інфраструктури та інноваційні рішення для розвитку кадрового потенціалу. Видання пропонує практичні рекомендації для створення стійкої та сучасної системи охорони здоров'я в післявоєнний період.

Видання розраховане на докторантів, аспірантів, магістрантів, науковців, викладачів та студентів закладів вищої освіти, які займаються дослідженням питань державного управління, модернізації охорони здоров'я та впровадження ефективних механізмів її повоєнного відновлення.

УДК 351.773

ISBN 978-617-560-133-4

© Юнгер В.І., 2024

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ТА ПЕРЕДУМОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Методологія дослідження процесів повоєнного відновлення системи охорони здоров'я	9
1.2. Сучасний стан наукових досліджень з проблем повоєнного відновлення системи охорони здоров'я	25
1.3. Розвиток понятійно-категоріального апарату державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я	39
Висновки до розділу 1	59
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	63
2.1. Ідентифікація наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я	63
2.2. Складові системи державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я	77
2.3. Розвиток стратегічних положень державного управління системою охорони здоров'я	96
Висновки до розділу 2	117
РОЗДІЛ 3. РОЗВИТОК МЕТОДОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	120
3.1. Методологічні положення формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я	120
3.2. Організаційні положення формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я	139
3.3. Стратегічні цілі та їх роль у формалізації нових властивостей повоєнної системи охорони здоров'я	159
Висновки до розділу 3.....	177

РОЗДІЛ 4. МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ ІНФРАСТРУКТУРИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	180
4.1. Організаційні положення реалізації Стратегії повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я	180
4.2. Вимоги до інфраструктури та управління закладами охорони здоров'я в умовах воєнного стану та у післявоєнний період	197
4.3. Джерела фінансування повоєнного відновлення системи охорони здоров'я	210
Висновки до розділу 4.....	232
РОЗДІЛ 5. МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	234
5.1. Оцінка втрати кадрового потенціалу системи охорони здоров'я в результаті російсько-української війни	234
5.2. Напрями трансформації системи підготовки та перепідготовки кадрів для повоєнного відновлення системи охорони здоров'я	251
5.3. Інноваційні підходи до управління розвитком кадрового потенціалу повоєнної системи охорони здоров'я	265
Висновки до розділу 5.....	275
ВИСНОВКИ	277
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	284
ДОДАТКИ	309

ПЕРЕДМОВА

Формування та реалізація стратегій розвитку ключових для суспільства сфер є важливими складовими державного управління, особливо в умовах воєнного стану та у період післявоєнної відбудови. На території України бойові дії тривають вже понад десять років і повномасштабне вторгнення країни-агресора спричинило численні наслідки як для держави в цілому, так і для її системи охорони здоров'я (далі – СОЗ). Доцільність дослідження стратегічних аспектів державного управління процесами повоєнного відновлення СОЗ обумовлена потребою в комплексному і довгостроковому плануванні її розвитку, як однієї з фундаментальних систем щодо забезпечення національних інтересів та здоров'я населення. СОЗ є пріоритетним і соціально значущим об'єктом державного управління як у мирний час, так і, перш за все, в умовах воєнного стану та у післявоєнний період. Тому сьогодні життєво необхідно визначити основні напрями відновлення СОЗ, яка зазнала істотних пошкоджень в результаті російсько-української війни. За таких обставин актуалізується науковий пошук організаційно-методологічних підходів до формування та реалізації державних рішень у сфері охорони здоров'я, які повинні включати чітку стратегію послідовних дій та ефективні механізми державного управління процесами повоєнного відновлення СОЗ. Сучасні погляди на державне управління відновленням цієї системи потребують трансформації, оскільки СОЗ зіткнулась з комплексом безпрецедентних наслідків, пов'язаних з повномасштабним російським вторгненням.

Проблеми розвитку СОЗ та напрями її повоєнного відновлення вже стали об'єктом наукового дослідження як вітчизняних, так і закордонних вчених. Представниками українських наукових шкіл, що розвивали стратегічні положення державного управління повоєнним відновленням СОЗ, є: М.В. Банчук, І.О. Бедрик, М.М. Білинська, І.В. Білоус, С.Г. Бугайцов, Л.О. Буравльов, Н.О. Васюк, Т.Є. Висоцька, С.М. Вовк, О.В. Галацан, Д.О. Грицишен, Д.М. Джафарова, Н.Є. Дуб, В.В. Дудка, К.І. Жилка, В.В. Карлаш, О.В. Клименко, Т.Ю. Коваленко, О.Л. Корольчук, Ю.О. Котляревський, Ж.Д. Кравченко, Н.П. Кризина, Л.Р. Криничко, Ф.Р. Криничко, П.Й. Кузьмінський, Т.М. Курило, В.В. Лещенко, Ю.О. Лермонтова, Л.А. Ляховченко, Ю.В. Малігон, О.І. Мартинюк, С.Є. Мокрецов, О.В. Мотайло, З.О. Надюк, Н.С. Орлова, І.М. Паращич, О.І. Пархоменко-Куцевіл, С.М. Петрик, Я.М. Пітко, Я.Ф. Радиш, Н.О. Рингач, В.М. Рудий, О.М. Торбас, О.В. Устимчук, Ю.О. Фільц, О.Д. Фірсова, І.І. Фуртак, В.В. Шевчук,

Я.Ю. Шегедин, О.П. Штогрин, Н.Я. Юристовська, Н.П. Ярош та інші. Серед зарубіжних вчених зазначені проблеми вирішували Boerma W.G.W., Carey G., Costa G., Frankfurter R., Freitas Â., Friel S., Holmes S.M., Hutchinson A., Keshavjee S., Kringos D.S., Saltman R.B., Santana P., Shamasunder S., Smith J.C., Snider D.E., Stefanik I., Pickering L.K., Zengarini N. та інші.

Праці вказаних науковців мають помітний вплив на розвиток теорії та методології державного управління в досліджуваній сфері. Однак російсько-українська війна та її наслідки спричинили низку нових викликів і стали основою для виникнення нового об'єкта дослідження - повоєнного відновлення СОЗ, а також формування нової СОЗ. У зв'язку з цим, набули затребуваності такі напрями наукової розвідки: обґрунтування механізму ідентифікації та оцінки наслідків російсько-української війни для СОЗ; визначення підходів до трансформації складових системи державного управління процесами повоєнного відновлення СОЗ та розробки стратегічних положень для їх розвитку; удосконалення методології формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення СОЗ; розвиток механізмів державного управління процесами повоєнного відновлення інфраструктури СОЗ; формування організаційно-методологічних положень повоєнного відновлення кадрового потенціалу СОЗ.

Дякую моєму науковому консультанту, доктору економічних наук, доктору наук з державного управління, професору, Заслуженому економісту України Дмитрію Грицишену за мудре наставництво, мотивацію та неоціненну допомогу.

Висловлюю щирі вдячності Державному університету «Житомирська політехніка» в особі ректора, доктора економічних наук, доктора наук з державного управління, професора Віктора Євдокимова за надану можливість навчатися в докторантурі на кафедрі національної безпеки, публічного управління та адміністрування.

Дане монографічне дослідження було б неможливе без підтримки моєї сім'ї – мами, дружини, дітей, друзів та колег, які весь цей час були поруч – Ви, моя опора.

Низький уклін нашим захисникам і захисницям за можливість жити, працювати, навчатися й розвиватися на рідній землі. Завдяки вам усе це має сенс.

*Віталій ЮНГЕР
квітень, 2024 р.*

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

1. **ЄДЕБО** – Єдина державна електронна база з питань освіти.
2. **ЄС** – Європейський Союз.
3. **СОЗ** – Система охорони здоров'я.
4. **ОЗ** – Охорона здоров'я.
5. **WoS** – Web of Science (наукометрична база даних).
6. **ВООЗ** – Всесвітня організація охорони здоров'я.
7. **НСЗУ** – Національна служба здоров'я України.
8. **ВІЛ/СНІД** – Вірус імунodefіциту людини / Синдром набутого імунodefіциту.
9. **SARS-CoV-2** – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (коронавірус, що спричиняє COVID-19).
10. **COVID-19** – Coronavirus Disease 2019 (інфекційне захворювання, спричинене SARS-CoV-2).
11. **VOSviewer** – Visualization of Similarities Viewer (програма для наукометричного аналізу).
12. **УВКПЛ** – Управління Верховного комісара ООН з прав людини.
13. **ГТК** – Громадяни третіх країн.
14. **УВКБ ООН** – Управління Верховного комісара ООН у справах біженців.
15. **МОМ** – Міжнародна організація з міграції.
16. **СРСР** – Союз Радянських Соціалістичних Республік.
17. **ВВП** – Валовий внутрішній продукт.
18. **ПДЛ** – Програма «Доступні ліки».
19. **НАБУ** – Національне антикорупційне бюро України.
20. **НАЗК** – Національне агентство з питань запобігання корупції.
21. **ВПО** – Внутрішньо переміщені особи.
22. **SWOT-аналіз** – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (аналіз сильних, слабких сторін, можливостей і загроз).
23. **PEST-аналіз** – Political, Economic, Social, Technological (аналіз політичних, економічних, соціальних і технологічних чинників).

24. **SOART-аналіз** – Strengths, Opportunities, Aspirations, Results, Tensions (розширений SWOT-аналіз).
25. **VMOST-аналіз** – Vision, Mission, Objectives, Strategy, Tactics (аналіз бачення, місії, цілей, стратегії та тактики).
26. **ЗМІ** – Засоби масової інформації.
27. **АР Крим** – Автономна Республіка Крим.
28. **БПЛА** – Безпілотний літальний апарат.
29. **ІТ** – Інформаційні технології.
30. **КРІ** – Key Performance Indicators (ключові показники ефективності).
31. **ЗОЗ** – Заклади охорони здоров'я.
32. **НБУ** – Національний банк України.
33. **ГУР МО України** – Головне управління розвідки Міністерства оборони України.
34. **ЄБРР** – Європейський банк реконструкції та розвитку.
35. **МБРР** – Міжнародний банк реконструкції та розвитку.
36. **ООН** – Організація Об'єднаних Націй.
37. **США** – Сполучені Штати Америки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ТА ПЕРЕДУМОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Методологія дослідження процесів повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

Стратегічне управління суспільно значущими сферами є важливою областю дослідження, оскільки воно передбачає не лише виявлення критичних точок в умовах сучасності, а й окреслення методологічних положень для оцінки факторів, які можуть виникнути в майбутньому, і формування на цій основі стратегічних цілей.

Система охорони здоров'я, безумовно, є пріоритетним та соціально вагомим об'єктом державного управління як у мирний час, так і в умовах воєнного стану та у післявоєнний період. Десятирічна війна в Україні та повномасштабне російське вторгнення, що, триває, супроводжуються терористичними актами проти українського народу, які вже завдали значної шкоди як державі загалом, так і безпосередньо системі охорони здоров'я.

Саме тому у нинішніх обставинах істотного значення набуває пошук нових підходів до її відновлення та формування такої системи охорони здоров'я, яка відповідатиме повоєнним вимогам і буде ефективно протистояти як внутрішнім, так і зовнішнім загрозам. «Здоров'я як індивідуальне, так і суспільне, безпосередньо залежить від умов життєдіяльності, зокрема, таких чинників, як: спосіб життя, генетика, зовнішнє середовище, а також рівень розвитку охорони здоров'я. Заходи держави повинні бути спрямовані на те, щоб ці чинники сприяли зміцненню здоров'я людини, а не діяли з протилежним ефектом. Адже загальновідомо, хворобу легше попередити, ніж усунути» [176, с. 72]. Система державного управління охороною здоров'я має бути здатною реагувати на сучасні виклики та прогнозувати нові, щоб забезпечити високий рівень здоров'я

населення, а також ефективно виконувати функції підтримки оборони та національної безпеки країни.

«Здоров'я населення вважається його якісною характеристикою, основою продуктивної соціальної та економічної життєдіяльності. Розвиток системи охорони здоров'я безпосередньо впливає на найважливіші показники життя окремої людини, а стан громадського здоров'я – на життєздатність держави. Обґрунтовано, що сфера охорони здоров'я має розглядатися як стратегічна з урахуванням державного потенціалу та пріоритетів соціальної політики, що забезпечують безпечний розвиток держави. Галузь охорони здоров'я є ключовим елементом соціальної сфери та представляє особливий інтерес для забезпечення державної безпеки країни як визначальний чинник якості життя та людського капіталу» [98].

Війна продемонструвала необхідність повного перезавантаження реформ у досліджуваній сфері та формування якісно нового погляду на державне управління цими процесами.

Зважаючи на нинішні виклики та специфіку об'єкта дослідження, виникає потреба у виборі специфічного підходу до організації та методології пізнавального процесу. Багатогранність системи охорони здоров'я, яка впливає на соціальні настрої, довіру до держави та суб'єктів реалізації медичних послуг, а також взаємодію різних галузей економіки у забезпеченні медичних послуг, зумовлює складність як вивчення сучасної сторони її розвитку, так і розробки наукових положень щодо стратегічних аспектів державного управління. Питання розвитку системи охорони здоров'я перебуває на перетині міждисциплінарних зв'язків різних галузей наук, що неодноразово підкреслювали вітчизняні вчені.

Таблиця 1.1

Матриця міждисциплінарної взаємодії в сфері державного управління системою охорони здоров'я за Л.Р. Криничко [77]

Об'єкти	Громадське здоров'я	Система охорони здоров'я
1	2	3
Характеристика	<i>Юридичні</i>	
<i>Об'єкт</i>	Конституційне право людини на здоров'я	Система охорони здоров'я є об'єктом правового регулювання

Продовження табл. 1.1

1	2	3
<i>Прояв в державному управлінні</i>	Державне управління має забезпечити виконання конституційного права людини на здоров'я	Державне управління системою охорони здоров'я може реалізуватися через правовий механізм
Характеристика	<i>Соціологічні</i>	
<i>Об'єкт</i>	Громадське здоров'я є об'єктом соціального дослідження як за якісними, так і кількісними показниками, що характеризує стан суспільства	Соціологія вивчає вплив системи охорони здоров'я на стан громадського здоров'я
<i>Прояв в державному управлінні</i>	Державно-управлінські рішення в сфері охорони здоров'я приймаються на основі соціологічних досліджень якісних та кількісних показників громадського здоров'я	Соціологічні дослідження дозволяють оцінити ефективність державно-управлінських рішень щодо охорони здоров'я
Характеристика	<i>Економічні</i>	
<i>Об'єкт</i>	Громадське здоров'я є складовою людського капіталу та трудового потенціалу як об'єктів економічних систем та фактором їх розвитку	Система охорони здоров'я є об'єктом фінансування, а діяльність суб'єктів системи є об'єктом менеджменту
<i>Прояв в державному управлінні</i>	Громадське здоров'я може бути фактором, що впливає на державно-управлінські рішення, а також є визначальною детермінантою у формуванні системи охорони здоров'я	Система охорони здоров'я формується та управляється державним управлінням, а державно-управлінські рішення приймаються органами центральної виконавчої влади

В цілому, погоджуючись із пропозицією вченої, вважаємо, що вказані складові варто доповнити положеннями щодо:

- технічних наук – в частині формування та розробки інноваційних підходів до біомедичних технологій, а також стандартизації виробництва та їх використання;

- медичних наук – в частині розвитку та впровадження нових методів лікування, а також їх подальшої стандартизації через створення нових протоколів та їх впровадження при реалізації медичних послуг;

- політичних наук – в частині взаємодії суспільства та влади, а також боротьби за владу в контексті розвитку системи охорони здоров'я.

Державне управління знаходиться на стику зазначених наук та має визначати організаційно-методологічні положення формування стратегічних державно-управлінських рішень, зважаючи на наукові здобутки в різних галузях, які стосуються системи охорони здоров'я загалом і медицини, медичних послуг та медичної допомоги зокрема. Це впливає на властивості об'єктно-предметного поля дослідження та окреслює організаційні положення, що, в цілому, спричинює специфіку вибору методів пізнання та формування структурно-логічної схеми дослідження. Розглянемо докладніше кожен з цих складових.

Об'єктно-предметне поле дослідження, часові та географічні виміри дослідження.

Система охорони здоров'я є складною динамічною системою, яка, на відміну від інших суспільно значущих сфер діяльності держави, охоплює найширше коло зацікавлених сторін, оскільки забезпечує базові потреби людини. Її міждисциплінарність визначає її властивості як об'єкта державного управління та, власне, як об'єкта пізнання в межах системи наук про державне управління. Таким чином, система охорони здоров'я виходить далеко за межі родового об'єкта державного управління суспільними відносинами, що вимагає особливого підходу до виявлення її характерних рис.

Проблема ідентифікації характерних рис об'єктно-предметного поля полягає у складності самої системи державного управління та її об'єкта – системи охорони здоров'я. Тому процес пізнання за обраним напрямом повинен враховувати сукупність специфічних рис державного управління як особливої сфери професійної діяльності, політичних процесів та їх регулювання. Крім того, система державного управління є ключовим компонентом соціального управління, що, на відміну від менеджменту, характеризується відсутністю підпорядкування між суб'єктом та об'єктом управління.

Зважаючи на це, складовою об'єкта дослідження є державне управління як суспільне явище. Це означає, що державне управління розглядається не лише як сума адміністративних процедур та функцій, але й як частина ширшого соціального контексту. Державне

управління взаємодіє з різними соціальними, економічними та політичними процесами, визначаючи та реалізуючи державну політику, забезпечуючи порядок і стабільність в суспільстві. Таке трактування дозволяє досліджувати державне управління не тільки з точки зору функціонування органів влади, але й з огляду на його роль у формуванні та підтримці соціальних норм, розвитку економічних відносин і забезпеченні прав та свобод громадян. Це підходить для дослідження як структури і механізмів управління, так і його взаємодії з іншими соціальними інститутами та процесами.

«Як об'єктивна реальність, управління є суспільним явищем, притаманним усім країнам на будь-яких етапах людської цивілізації. За часом виникнення управління передувало виникненню перших державних утворень. Основні риси владно-розпорядчої діяльності характерні ще для історичних періодів первісної доби, коли основою влади були кровна родинність, традиції, звичаї, вірування племені. Адже вже на той час головним завданням влади (глави роду чи старійшини) було життєзабезпечення племені, а соціальні цінності полягали в задоволенні інтересів більшості громади у цілому. Тому генезис у соціальних спільнотах розглядається як історичне виокремлення особливого виду діяльності з групової сумісної праці людей» [48, с. 8]. Зазначене вказує на те, що систему державного управління варто вивчати з таких позицій:

- управлінського процесу – в контексті формування та реалізації державно-управлінських рішень у сфері охорони здоров'я загалом та громадського здоров'я зокрема;

- виконання функцій держави, в тому числі соціальної функції, що в цьому дослідженні включає забезпечення умов для збереження індивідуального здоров'я як окремого громадянина, так і загального здоров'я населення;

- регулювання, тобто формування правового забезпечення, яке визначає параметри розвитку системи охорони здоров'я в цілому та її складових, що встановлюють стандарти надання медичної допомоги;

– забезпечення системи охорони здоров'я, що полягає у формуванні фінансового, матеріального та кадрового ресурсів цієї системи;

– окремого громадянина, адже держава повинна забезпечити реалізацію його базових потреб через систему охорони здоров'я та гарантувати виконання конституційних прав;

– зацікавлених сторін, оскільки державно-управлінські рішення мають формуватися та реалізовуватися таким чином, щоб врегулювати конфлікт інтересів у суспільстві та забезпечити соціальний консенсус.

В цілому, характеризуючи зазначені компоненти державного управління, слід відзначити, що через механізм генерування державно-управлінських рішень визначаються параметри функціонування та розвитку системи охорони здоров'я як складової соціальної політики держави. Кожна складова механізму державного управління повинна забезпечити такі характеристики, як безпечність, адаптивність та стійкість. Державне управління, у свою чергу, має гарантувати не лише збереження певної структури та властивостей соціальної системи, але й сприяти її розвитку, що проявляється в динамічних змінах якісних та кількісних показників. Екстраполюючи цю тезу на систему охорони здоров'я в контексті повоєнного відновлення, варто звернути увагу на те, що система державного управління повинна сформувати комплекс механізмів, що забезпечать не лише повернення системи охорони здоров'я до довоєнного стану, але й її трансформацію в нову систему, яка відповідатиме сучасним вимогам і характеризуватиметься такими властивостями: безпечність, адаптивність, стійкість, якість та ефективність.

З огляду на обраний стратегічний підхід до дослідження системи державного управління, об'єкт пізнання матиме складну структуру як щодо змістовного наповнення, так і часових та просторових аспектів. Відповідно до цього, пропонуємо наступну структуру об'єкта дослідження (рис. 1.1).

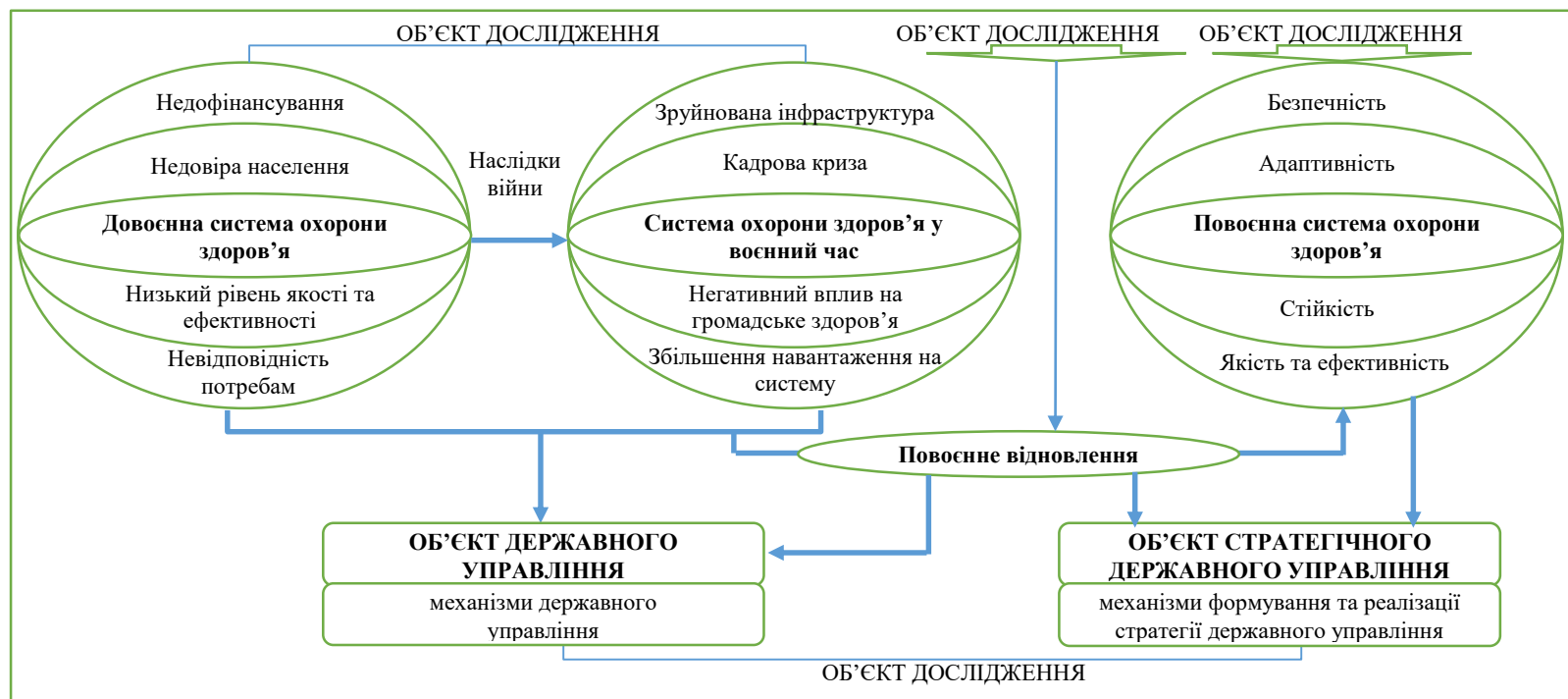


Рис. 1.1. Структура об'єкта наукового дослідження проблем стратегічних положень державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

Часовий вимір об'єкта полягає в дослідженні двох систем охорони здоров'я: тієї, що діяла до повномасштабного вторгнення, і тієї, що функціонує в умовах воєнного стану, а також у стратегічному плануванні розвитку системи охорони здоров'я в майбутньому. Вивчення довоєнної системи охорони здоров'я повинно охоплювати аналіз стратегій і концепцій, які були розроблені та частково реалізовані протягом років незалежності, а також їх наслідків для громадського здоров'я. Загалом, характеризуючи довоєнну систему охорони здоров'я, варто звернути увагу на такі аспекти:

а) недофінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я, а також відсутність чіткої регламентації фінансування приватних закладів через НСЗУ, що зумовлювало проблеми з територіальною доступністю медичних послуг та конкуренцією на ринку медичних послуг;

б) недовіру населення до системи охорони здоров'я, що була спричинена низьким рівнем якості та ефективності медичних послуг, зокрема через недостатнє фінансування;

в) невідповідність системи охорони здоров'я реальним потребам населення, що призводило до низького рівня соціального консенсусу;

г) неадекватність системи охорони здоров'я для забезпечення національної безпеки.

Таким чином, стан довоєнної системи охорони здоров'я зумовив її недостатню готовність до надзвичайних ситуацій воєнного характеру, що, у свою чергу, призвело до значних втрат у результаті повномасштабного російського вторгнення.

Вивчення проблем довоєнної системи охорони здоров'я дозволяє оцінити наслідки російсько-української війни для неї та визначити окремі чинники, що зумовили її поточний стан. Сучасні аспекти функціонування системи охорони здоров'я слід оцінювати з огляду на інфраструктурні і кадрові наслідки, а також їхній вплив на громадське здоров'я.

У контексті стратегічних положень державного управління важливого значення набуває питання повоєнного відновлення та формування нової повоєнної системи охорони здоров'я, яка відповідатиме запитам суспільства та характеризуватиметься такими

властивостями: безпечністю, адаптивністю, стійкістю, якістю та ефективністю. Повоєнне відновлення системи охорони здоров'я є складним об'єктом дослідження в сфері державного управління, а також у суміжних галузях (економічних, юридичних, соціологічних науках). Складність цього процесу полягає в тому, що кінцева мета є розмитою як за часовими, так і змістовними вимірами. Крім того, повоєнне відновлення охоплює не лише галузь охорони здоров'я, а й сукупність інших секторів економіки (будівництво, інновації, науку, фармацевтичне виробництво, виробництво медичних та інших приладів, освіту тощо). Важливу роль у повоєнному відновленні системи охорони здоров'я відіграють кадрові (оцінка та формування пріоритетних напрямів розвитку кадрового потенціалу) та фінансові (джерела, інструменти та напрями формування і використання фінансових ресурсів) складові.

Особливу цінність має дослідження майбутнього системи охорони здоров'я, а точніше, досягнення стратегічних цілей та забезпечення стабільного утримання цих результатів на високому рівні в довгостроковій перспективі. Нова система охорони здоров'я є не лише результатом дослідження з позиції державного управління, а й його об'єктом. Власне бачення нової системи охорони здоров'я, тобто повоєнної, полягає у її відповідності таким положенням:

- по-перше, повоєнним запитам з позиції соціальних наслідків російсько-української війни (реабілітація військових та цивільних осіб, які постраждали в результаті бойових дій; збереження та відновлення ментального здоров'я дорослих та дітей; підтримка репродуктивного здоров'я жінок);

- по-друге, сукупності вимог, що стосуються функціонування системи охорони здоров'я в цілому та її окремих складових (наприклад, закладів охорони здоров'я) в умовах надзвичайних ситуацій, зокрема воєнних дій. Тобто нова система охорони здоров'я повинна бути побудована таким чином, щоб: швидко переорієнтовуватися для виконання воєнних завдань; автономно надавати медичну допомогу в умовах тимчасової ізоляції; оперативно реагувати на зовнішні ризики та загрози; мати можливість швидкої релокації закладів охорони здоров'я;

– по-третє, основними складовими системи охорони здоров'я, які забезпечують її належне функціонування, є: система вищої освіти, що має готувати кадри та забезпечувати безперервну освіту за принципами концепції «освіта впродовж життя»; система фінансування, що повинна ґрунтуватися на сучасних інструментах взаємодії держави та приватного сектору в реалізації сукупності проєктів у сфері охорони здоров'я.

Визначальною компонентою комплексного об'єкта нашого дослідження є власне система охорони здоров'я, теоретичні, організаційні та методологічні положення якої характеризують предмет дослідження. З цієї позиції вважаємо за необхідне окреслити такі характеристики об'єкта:

– по-перше, державне управління в контексті формування та реалізації державно-управлінських рішень тактичного та стратегічного характеру, які стосуються повоєнного відновлення та реформування системи охорони здоров'я;

– по-друге, формування та реалізація стратегії державного управління як невід'ємної складової методології державного управління. В цьому випадку методологія та організація державного управління досліджуються з огляду на підготовку, вироблення та формування кінцевого документу – Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та сукупності робочих документів.

Не варто вважати, що зазначені об'єкти відокремлені одне від одного. Це зроблено лише в контексті цього дослідження, щоб розвинути методологію та організацію формування та реалізації стратегічних положень. На практиці їх відокремити неможливо, адже вони складають сукупність взаємопов'язаних нерозривних етапів формування та реалізації державно-управлінських рішень.

Вказаний вище складний об'єкт характеризує предмет дослідження, що власне відповідає предметному полю науки державного управління. Його описати можна наступним чином: це сукупність теоретичних, методологічних та організаційних положень формування механізмів з розробки та реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Організація наукового дослідження. Зважаючи на те, що наше дослідження виконується на базі Державного університету «Житомирська політехніка», організація пізнавального процесу відповідає особливостям виконання науково-дослідної роботи зазначеного університету. Загалом, організація науково-дослідної роботи в науках державного управління має значний вплив на ефективність роботи дослідника та його результати. Характеристика організаційних положень щодо наукового дослідження залежить від специфіки організаційно-предметного поля, що визначає необхідність проведення групових чи індивідуальних досліджень. Поточне дослідження є індивідуальним, проте виконувалося в межах науково-дослідних робіт та реалізації міжнародних освітніх і наукових проєктів Державного університету «Житомирська політехніка».

Під організацією дослідження будемо розуміти комплекс заходів щодо обрання та застосування методів дослідження, апробації сучасних теорій та концепцій державного управління, формування та верифікації інформаційної бази дослідження для забезпечення пізнавального процесу щодо суспільних явищ, що є об'єктом державного управління.

Складовими дослідження забезпечення пізнавального процесу є: міжнародна співпраця із закладами вищої освіти, з якими підписано договори про співпрацю; реалізація міжнародних проєктів, що фінансуються ЄС; повний доступ до наукометричних баз даних (Scopus та WoS).

З урахуванням зазначеного, організація наукового дослідження побудована за такою логікою: розроблені теоретичні положення, що стосуються розвитку понятійно-категоріального апарату, складових системи державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, ідентифікації наслідків війни для системи охорони здоров'я та оцінки сучасних положень методології стратегічного державного управління, було апробовано з позиції вивчення актуального стану досліджуваної проблеми та виявлення її симптомів. У подальшому це дозволило обґрунтувати нові положення методології та організації стратегічного державного управління

процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, реалізація яких ґрунтується на таких удосконалених механізмах: відновлення інфраструктури, фінансового забезпечення та кадрового потенціалу. Вказана логіка дослідження наведена в структурно-логічній схемі (рис. 1.2).

Методологія дослідження.

Безумовно, результати дослідження, їх якість, реальність та правдивість залежать від обраної методології дослідження. Кожен вчений, у залежності від наукової школи, в межах якої він виконує свої дослідження, вмінь та навиків, об'єктно-предметного поля, мети та завдань, які стоять перед дослідником, обирає сукупність методів, які можуть змінюватися на відповідному етапі, що залежить від попередньо отриманих результатів та їх верифікації. Держане управління є суспільною наукою, що має міждисциплінарний характер, а, отже, можуть застосовуватися як загально наукові, так і спеціальні методи дослідження державного управління та інших суспільних наук: юридичних, економічних, соціологічних, політичних тощо.

Класично розвиток науки залежить від обрання одного з перелічених нижче варіантів вивчення суспільних явищ та процесів:

1) дослідження існуючих об'єктів – суспільних явищ та процесів за допомогою існуючих методів. У результаті чого можуть бути отриманні результати, які відрізняються від попередніх через динаміку розвитку об'єкта або тих суспільно-політичних змін, які відбулися;

2) дослідження нових об'єктів – суспільних явищ, які не були характерні для минулих періодів та не були досліджені вченими існуючими методами. В цьому випадку отримується нове наукове знання про об'єкт. Прикладом може слугувати суцільна цифровізація системи охорони здоров'я, впровадження телемедицини тощо;

3) дослідження нових об'єктів новими методами дослідження. Розвиток науки може супроводжуватися розробкою нових методів дослідження, які необхідні для пізнання нових об'єктів, у результаті чого отримується нове наукове знання;

4) дослідження існуючих об'єктів за допомогою нових методів. Цей варіант є найбільш доречним за умови отримання нового знання про об'єкти державного управління та необхідності їх реформування.

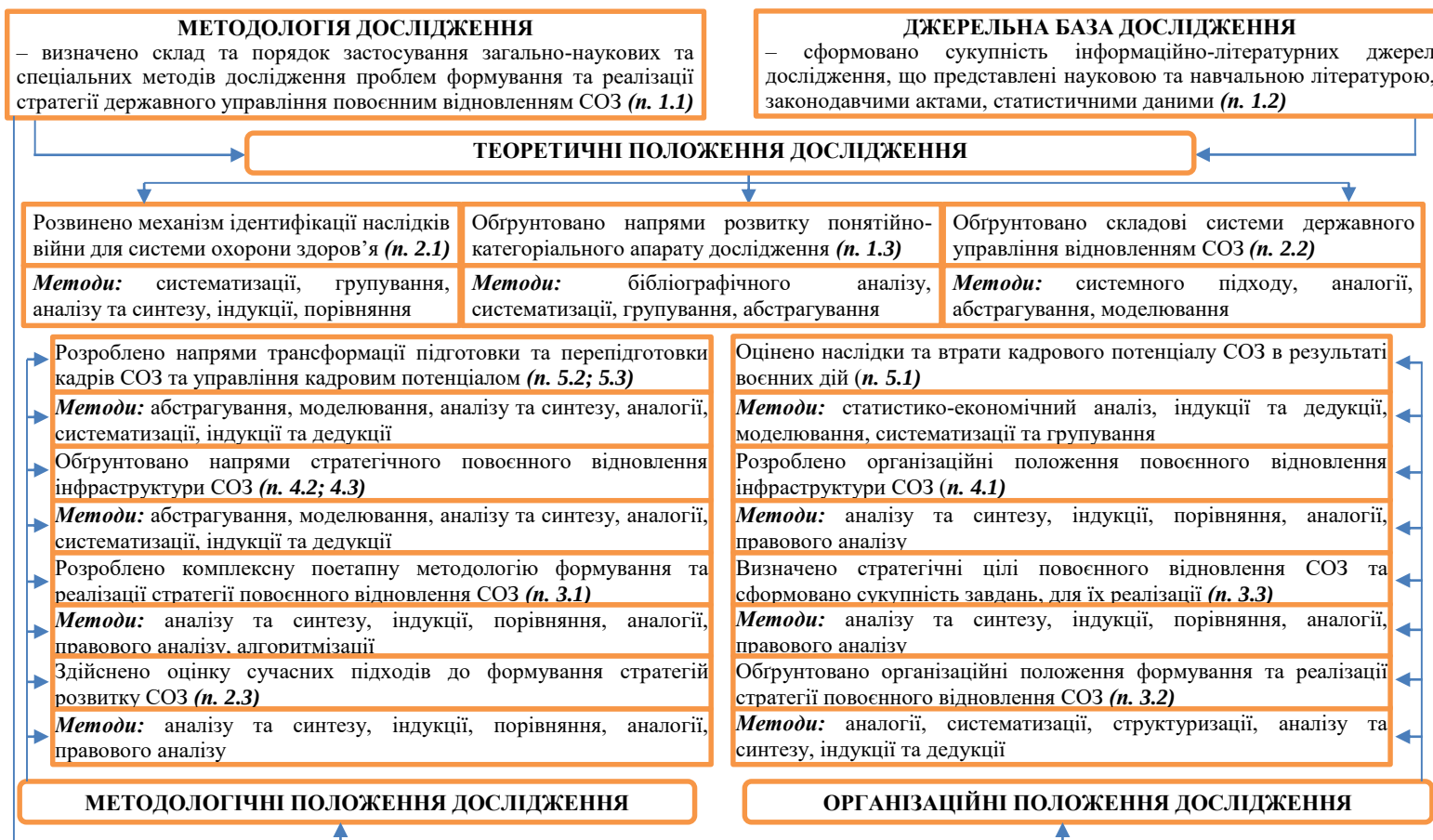


Рис. 1.2. Структурно-логічна схема дослідження повоєнного відновлення СОЗ

Обрання єдиного підходу в межах одного дисертаційного дослідження є неможливим. Адже лише їх комбінація на певних етапах дослідження дозволить отримати ефективні наукові результати, що визначають формування нового наукового знання у сфері державного управління.

Наведена структурно-логічна схема демонструє обрані методи дослідження для кожної її складової. Логіка дослідження характеризується етапністю і використанням сукупності методів.

Етап 1. Вивчення стану наукового дослідження та особливостей наукового знання про досліджуваний об'єкт, зокрема систему охорони здоров'я та державне управління нею в контексті повоєнного відновлення та формування нової системи охорони здоров'я на основі стратегічних положень. Зазначений етап дослідження передбачає використання методу бібліометричного та бібліографічного аналізу. Зокрема метод бібліометричного аналізу був використаний для оцінки стану публікаційної активності з досліджуваних питань у наукометричних базах даних Scopus та WoS. Досить чітке бачення зазначених баз даних викладено в монографії Т.В. Барановської, де авторка звертає увагу на те, що «Scopus є одним з провідних наукометричних інструментів, який дозволяє відстежувати та аналізувати публікації, кількість цитувань та впливовість досліджень в різних наукових журналах та конференціях зі всього світу. Обліковий запис у Scopus надає вченим та дослідникам доступ до широкого спектру інструментів для аналізу та моніторингу наукометричних показників. Однією з ключових ролей Scopus у науці є сприяння розвитку наукових досліджень та забезпечення якості наукових оцінок. Він допомагає вивчати науковий напрям, кажучи про те, як він розвивався від початку і до наших днів, допомагає відстежити і визначити найважливіші наукові статті та взяти кроків, щоб зайти в еліту світових досліджень. Scopus дозволяє дослідникам побачити, як їх роботи будуть йти у порівнянні з конкурентами в тому ж науковому відомстві та вивести строки, що потрібні для розробки нових здобутків для зростання наукового та освітнього рівня. Scopus дозволяє науковцям усвідомити значимість їх досліджень та збільшити кількість

цитувань, що може привести до отримання додаткових фінансових субсидій від університетів та дослідницьких інститутів. Він служить джерелом метрик наукових показників, які дозволяють науковцям та дослідникам полегшити визначення наукового внеску, пов'язаних з новими ідеями та дослідженнями. Web of Science (WoS) є веб-платформою від компанії Clarivate Analytics, яка дозволяє відстежувати, аналізувати та розраховувати рівень впливовості наукових досліджень та публікацій. У WoS включено більше 21 000 наукометричних журналів з усього світу, що пов'язані з різними науковими галузями, включаючи науку, техніку, медицину, соціальні науки та багато іншого. Однією з ключових ролей WoS в науці є підтримка розвитку наукових досліджень та забезпечення якості наукових оцінок. Він дозволяє дослідникам та науковцям визначати публікації та журнали, які є найбільш впливовими в їхній галузі, а також відстежувати кількість цитат та знайти нові теми наукових досліджень, які можуть бути цікаві для подальшого розвитку» [8].

У контексті цієї роботи було проведено дослідження в зазначених базах за ключовим словом «охорона здоров'я», в результаті чого отримано результати за змістовними та кількісними характеристиками, які стосуються: публікаційної активності з проблем розвитку системи охорони здоров'я в розрізі країн світу; динаміки публікацій за досліджуванним об'єктом; кількісного виміру публікацій за замовленням відповідних організацій, що фінансують дослідження; оцінки публікаційної активності в розрізі різних галузей знань та спеціальностей суспільних наук; приналежності вчених до відповідних організацій (університетів, науково-дослідних інститутів та інших); найбільш цитованих публікацій за запитом «охорона здоров'я».

На вказаному етапі було застосовано бібліографічний метод дослідження, зокрема проаналізовано підходи вчених до трактування сукупності понять, які характеризують об'єкт дослідження: система охорони здоров'я (охорона здоров'я); медична послуга; медична допомога; безпечність медичної послуги; якість медичної послуги; ефективність медичної послуги; заклад охорони здоров'я; безпечність

закладу охорони здоров'я; адаптивність закладу охорони здоров'я; стійкість закладу охорони здоров'я.

Отриманні результати стали основою дослідження з позиції формування джерельної бази та структуризації категорій та понять, що вивчаються при розробці стратегічних положень державного управління.

Етап 2. Розвиток теоретичних положень щодо формування та реалізації Стратегії державного управління повоєнним відновленням системи охорони здоров'я. Зазначені положення присвячені розробці механізму ідентифікації наслідків війни для системи охорони здоров'я та обґрунтування особливостей трансформації складових системи державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Дослідження вказаних положень механізму ідентифікації наслідків війни для системи охорони здоров'я здійснено через застосування методів систематизації, групування, аналізу і синтезу, порівняння та статистико-економічного аналізу. Вказані методи дозволяють визначати та групувати наслідки війни за такими напрямками: інфраструктурі, людські, матеріальні. Крім того, аргументовано, що важливою складовою наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я є погіршення громадського здоров'я, що супроводжується збільшенням навантаження на цю систему.

Системний підхід був використаний для обґрунтування структури та змісту складових системи державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, а зв'язки між ними були встановлені з позиції застосування методів аналогії, абстрагування та моделювання. В цілому, це дозволило розкрити напрями трансформації системи державного управління в контексті формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Етап 3. Ідентифікація симптомів проблеми державного управління системою охорони здоров'я, які мають вирішення шляхом формування та реалізації Стратегії її повоєнного відновлення. Зокрема, здійснено сукупність досліджень на основі використання методів: аналізу та синтезу, індукції, порівняння, аналогії, правового аналізу.

Етап 4. Обґрунтовано організаційні та методологічні положення формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Зокрема, методи аналізу та синтезу, індукції, порівняння, аналогії, правового аналізу, алгоритмізації використані під час розробки методології формування Стратегії.

Загально наукові методи аналогії, систематизації, структуризації, аналізу та синтезу, індукції і дедукції були запропоновані для розробки механізму організації процесів формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Сформовано стратегічні цілі повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, які базуються на розробленій методології стратегічного планування. Для цього використані такі методи: аналізу та синтезу, індукції, порівняння, аналогії, правового аналізу.

Етап 5. Сформовано напрями розвитку механізмів реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я на основі використання методів абстрагування, моделювання, аналізу та синтезу, аналогії, систематизації, індукції та дедукції. Зокрема розроблено механізми повоєнного відновлення інфраструктури та кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, а також фінансовий механізм, що передбачає джерела, інструменти та напрями використання фінансових ресурсів для реалізації Стратегії.

1.2. Сучасний стан наукових досліджень з проблем повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

Бібліометричний аналіз є одним із методів вивчення та кількісної оцінки наукових публікацій для вимірювання впливу авторів, журналів або дослідницьких установ. Цей інструмент допомагає науковим установам і дослідникам оцінити свій внесок у науку та визначити наукові тенденції. Зокрема, він дозволяє вимірювати наукову продуктивність, визначати вплив досліджень через аналіз цитування, виявляти ключові теми, що сприяє подальшому розвитку досліджень.

Використання інструментарію Google Trends є актуальним у контексті дослідження та аналізу глобальних тенденцій інтересів користувачів Інтернету. Вказаний інструмент надає можливість вивчати попит на конкретні теми та ключові слова у різні часові періоди, визначати регіональні варіації в інтересах аудиторії, а також спостерігати за динамікою пошукових запитань. Проведемо аналіз частоти запиту «health care» з початку 2004 р. і дотепер.

За даними на рисунку 1.3 ми можемо прослідкувати постійний інтерес населення до теми охорони здоров'я. Найбільша кількість запитів була зафіксована у березні 2010 р. Саме в цей період у світі відбувалася пандемія грипу H1N1, і березень 2010 р. був часом, коли люди могли шукати актуальну інформацію про заходи з профілактики та лікування цього захворювання, а також запобігання поширення вірусу. В цілому, протягом всього досліджуваного періоду прослідковується стійкий інтерес користувачів мережі Інтернет до цієї теми. Варто зазначити, що до популярних пошукових запитів з досліджуваного питання можна також зарахувати: «health and care», «home health care», «health care insurance», «health care center» та «health and social care».



Рис. 1.3. Динаміка пошукових запитів у Google з питань охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором на основі Google Trends

Серед країн світу, де люди найбільше цікавляться питанням охорони здоров'я, можемо виділити такі: Ефіопія, Сполучені Штати Америки, Канада, Австралія, Велика Британія, Нігерія, Кенія, Гана, Нова Зеландія, Філіппіни (рис. 1.4). Деякі африканські країни можуть стикатися з великим епідеміологічним навантаженням через захворюваність на ВІЛ/СНІД, малярію, туберкульоз та інші захворювання, що зумовлює інтерес населення до теми охорони здоров'я.

Проведений аналіз за допомогою інструменту Google Trends допоміг визначити, що дослідження охорони здоров'я є актуальним і до сьогодні.

Наступним кроком ми проаналізуємо публікаційну активність науковців у наукометричних базах даних Scopus та WoS, оскільки вони є основними інструментами для бібліометричного аналізу, завдяки своєму широкому охопленню наукових журналів і конференцій, міждисциплінарності та глибоким бібліографічним даним. Ці бази даних дозволяють вченим систематично вивчати наукові публікації, оцінювати їх вплив, проводити міжнародний та міжгалузевий аналіз, що робить їх ключовим інструментом для наукових досліджень та оцінювання наукової продуктивності. Враховуючи ці фактори, Scopus та WoS стають базою для бібліометричного аналізу, що дозволяє вченим вивчати та визначати наукові тенденції та взаємодії у своїх галузях досліджень.

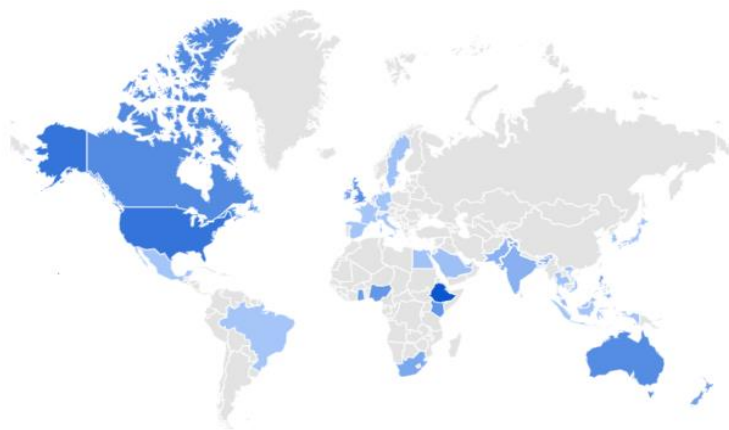


Рис. 1.4. Популярність запиту «health care» у різних регіонах світу

Джерело: сформовано автором на основі Google Trends

Початковим етапом бібліометричного аналізу потоку наукових публікацій є вивчення кількості публікацій з питань охорони здоров'я за визначений період. Метою цього аналізу є встановлення тенденцій: зростання, зменшення або стабільність обсягу публікацій. Пошук даних здійснювали за ключовими словами «health care».

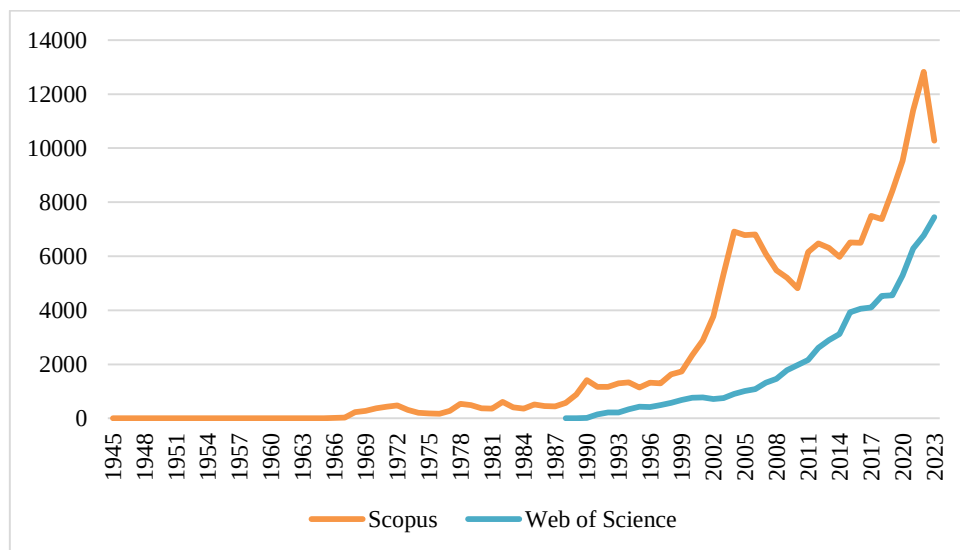


Рис. 1.5. Динаміка кількості наукових досліджень за пошуковим запитом «health care» (на основі баз даних Scopus та WoS)

Джерело: сформовано автором на основі баз даних Scopus та WoS

За даними на рисунку 1.5 першу публікацію з проблем охорони здоров'я було оприлюднено у 1945 р. З того часу науковці стали приділяти увагу цьому питанню. Кількість публікацій активно почала зростати, починаючи з 1968 р., і ця тенденція зберігалась до 1976 р. У цей період розширювалися програми громадського здоров'я, спрямовані на профілактику захворювань, вакцинацію та контроль захворюваності по всьому світу, що привертало значну увагу громадськості та, в тому числі, науковців до проблем охорони здоров'я.

Наступний період значної публікаційної активності розпочався на початку 90-х рр. XX ст. і тривав до 2005 р. Це пов'язано з тим, що у 1990-х рр. відбувався значний прогрес у розвитку медичних технологій, що включало появу нових методів діагностики, лікування та профілактики різноманітних захворювань. У зв'язку з цим, учені активно ділилися результатами своїх досліджень та відкриттів через наукові

публікації. Варто зазначити, що на початку 2000-х рр. світ зіткнувся з кількома пандеміями та епідеміями. Зокрема, у цей період було зафіксовано епідемію кору в Сполучених Штатах Америки, що призвело до активізації кампаній з вакцинації. А проблема ВІЛ/СНІДу продовжувала бути актуальною в усьому світі, зокрема вчені також працювали над удосконаленням методів лікування та профілактики цього захворювання і вивчали вплив епідемії ВІЛ/СНІДу на глобальне здоров'я.

Черговий період, на який припадає зростання кількості публікацій з питань охорони здоров'я, тривав з 2010 до 2020 рр. В цілому, в цей час було зроблено найбільшу кількість публікацій, що були присвячені дослідженням у сфері охорони здоров'я. Варто додати, що саме в зазначений період світ охопила найбільш відома пандемія COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2, що виникла на півдні Китаю та призвела до значної світової тривожності та зумовила запровадження безпрецедентних карантинних заходів для її стримування по всьому світу. Незважаючи на попередні епідемії, пандемії та досвід боротьби з ними, жодна з них не мала таких глибоких соціальних та економічних наслідків для людства, як пандемія, спричинена коронавірусом у 2019 р.

За даними наукометричної бази WoS, наукові дослідження проблем охорони здоров'я беруть свій початок з 1988 р. Зафіксовано сталу тенденцію до зростання обсягу наукових публікацій у цій галузі протягом всього наступного періоду. Важливим фактором, що може її пояснити, є розвиток міжнародної співпраці в галузі охорони здоров'я.

В цілому, розвиток наукових підходів до вивчення актуальних питань охорони здоров'я сприяв появі нових стратегій діагностики, лікування, профілактики та прогнозування захворювань, удосконаленню медичної практики та визначенню пріоритетів у галузі громадського здоров'я. Ці інтенсивні дослідження також дали поштовх для розвитку глобальних ініціатив та програм міжнародної співпраці як у сфері медицини, так й охороні здоров'я загалом. Зокрема, аналіз публікацій свідчить про невпинний і плідний розвиток досліджень, які спрямовані на подальше покращення системи охорони здоров'я та підвищення рівня медичного обслуговування населення.

Звертаємо увагу на роботу N. Mays [209] про якісні методи, які зараз широко використовуються в дослідженнях охорони здоров'я, однак

доцільність їх застосування є неоднозначною з точки зору багатьох дослідників медичних послуг. Автор наголошує, що існує значна дискусія щодо природи знань, отриманих за допомогою цих методів, і того, як варто оцінювати результати таких досліджень. Антиреалісти стверджують, що якісні та кількісні дослідження дуже відрізняються, і що неможливо судити про якісне дослідження за допомогою наступних традиційних критеріїв: надійність, валідність і можливість узагальнення. Mays N. наголошує, що якість у якісному дослідженні можна оцінити за допомогою тих самих широких понять валідності та релевантності, які використовуються для кількісного дослідження, але їх потрібно опрацьовувати по-різному, щоб врахувати відмінні цілі якісного методу.

Також цікавою є робота D.M. Berwick [204], в якій автор звертає увагу на те, що охорона здоров'я багата на інновації, засновані на фактичних даних. Але навіть, якщо такі інновації успішно деє впроваджуються, то їхнє поширення часто відбувається надто повільно, якщо взагалі має місце. Науковець наголошує, що розповсюдження інновацій є головним викликом у всіх галузях, включаючи охорону здоров'я. У цій статті розглядається теорія та дослідження щодо поширення інновацій і пропонується застосовувати цю теорію до охорони здоров'я. Berwick D.M. детально досліджує 3 кластери впливу на темпи поширення інновацій в організації: сприйняття інновацій, характеристики осіб, які можуть ухвалити зміни, а також організаційні та управлінські фактори в організації. Ця теорія робить правдоподібними принаймні 7 рекомендацій для керівників галузі охорони здоров'я, які хочуть прискорити темпи поширення інновацій у своїх організаціях: обрати перевірені інновації, відшукати та підтримати «новаторів», інвестувати в «перших прихильників», підвищити видимість активності перших користувачів, довіряти та дозволяти переосмислення процесів, створювати простір для змін і подавати приклад.

Черговим кроком буде аналіз структури географічного поширення публікацій, присвячених охороні здоров'я.

Найбільшу кількість наукових досліджень з вказаного питання провели вчені зі Сполучених Штатів Америки та Великої Британії, Канади, Індії, Австралії, Німеччини, Китаю, Італії, Нідерландів, Бразилії, Швеції та Іспанії (рис. 1.6). Така кількість наукових праць свідчить про активне вивчення проблем, пов'язаних з охороною

здоров'я. Для порівняння, українські науковці опублікували та занесли до бази даних Scopus та WoS лише незначну частину робіт за розглянутою тематикою, тому в нашому суспільстві це питання ще потребує детального вивчення. Зазначена широка географічна поширеність публікацій також вказує на важливість глобального співробітництва в розв'язанні питань, пов'язаних з охороною здоров'я.

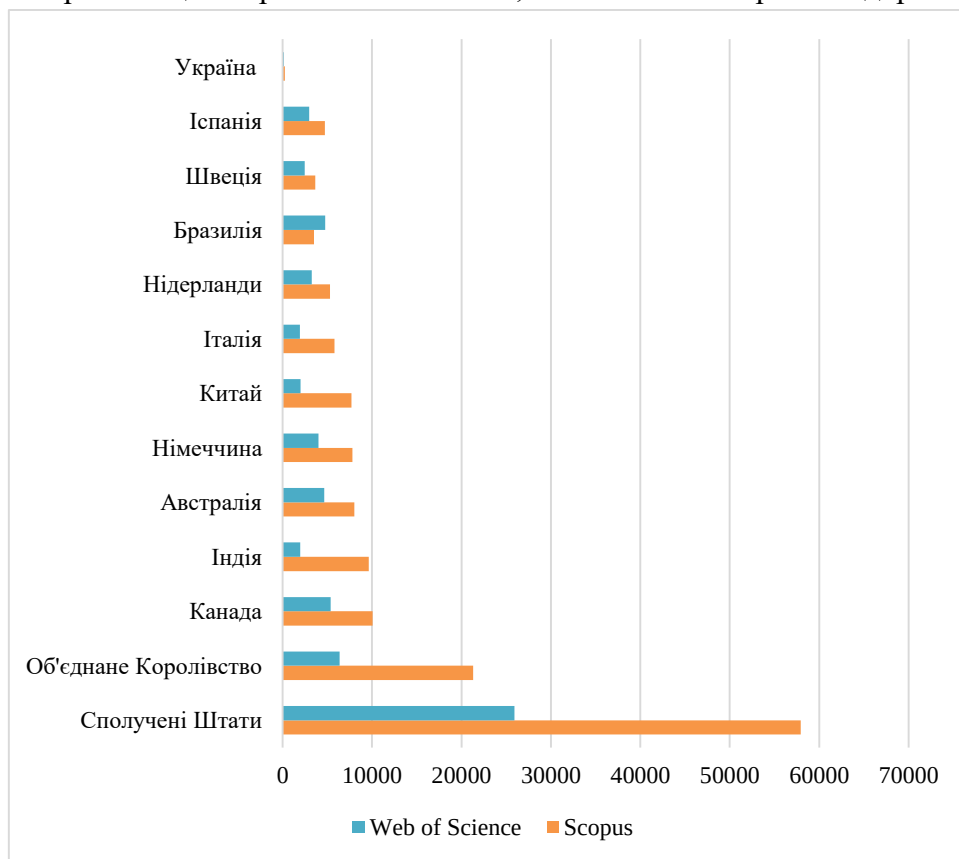


Рис. 1.6. Географія проведених досліджень за пошуковим запитом «health care»

Джерело: сформовано автором на основі баз даних Scopus та WoS

За допомогою інструменту VOSviewer проведемо аналіз та візуалізацію наукових даних, зокрема взаємозв'язків між авторами, ключовими словами та/ або науковими роботами (рис. 1.7). Візуалізація цих зв'язків за допомогою VOSviewer сприяє кращому розумінню структури та динаміки наукових досліджень.

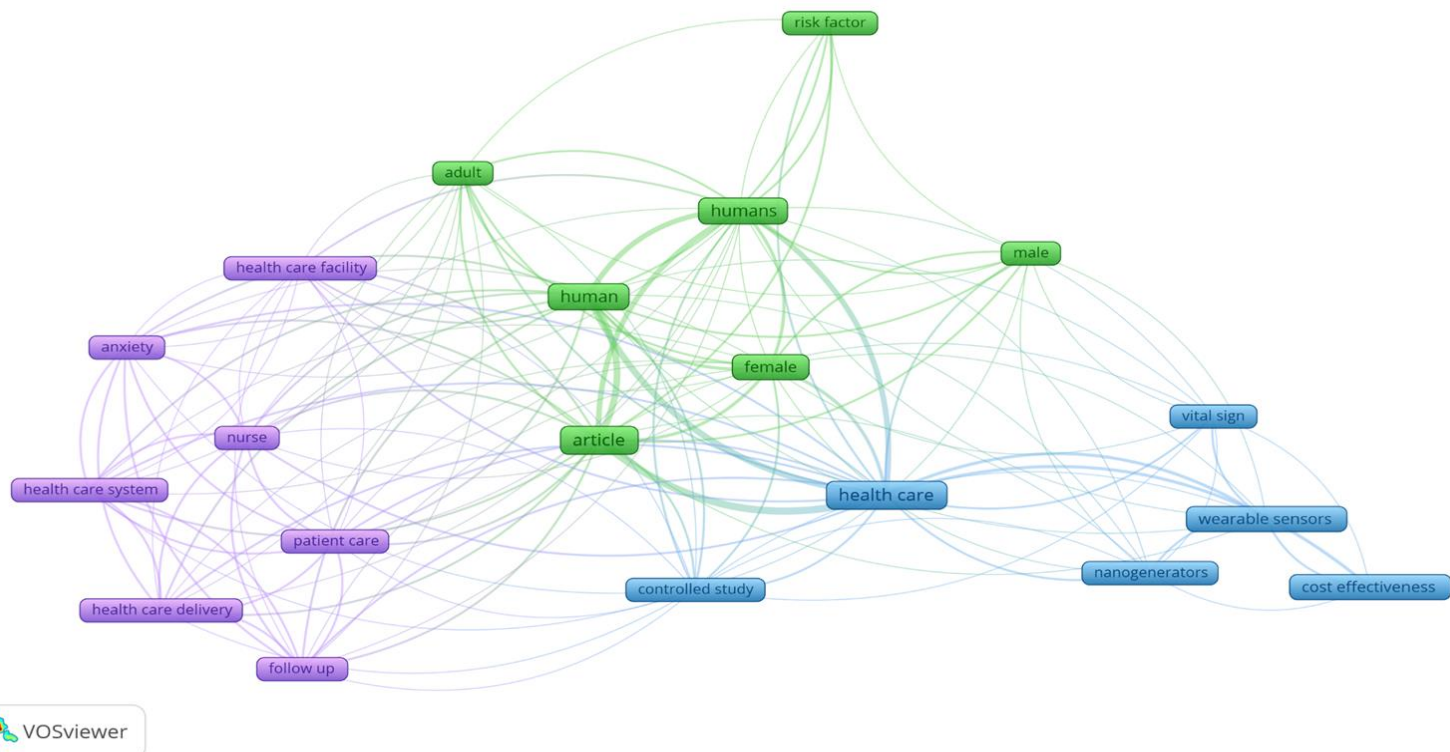


Рис. 1.7. Ключові слова, які найчастіше використовувалися в публікаціях, присвячених охороні здоров'я
Джерело: сформовано автором за допомогою інструменту VOSviewer

Наукова розвідка з проблем охорони здоров'я фінансується державними та позадержавними інституціями і науковими фундаціями багатьох країн світу. Зокрема, найбільш активну фінансову підтримку надають (рис. 1.8):

- Національні інститути здоров'я;
- Національний фонд природничих наук Китаю;
- Департамент охорони здоров'я та соціальних служб США;
- Національний науковий фонд;
- Європейська комісія;
- Національний інститут раку;
- Національний інститут старіння;
- Науково-медична рада;
- Канадський інститут досліджень охорони здоров'я;
- Національний інститут психічного здоров'я.

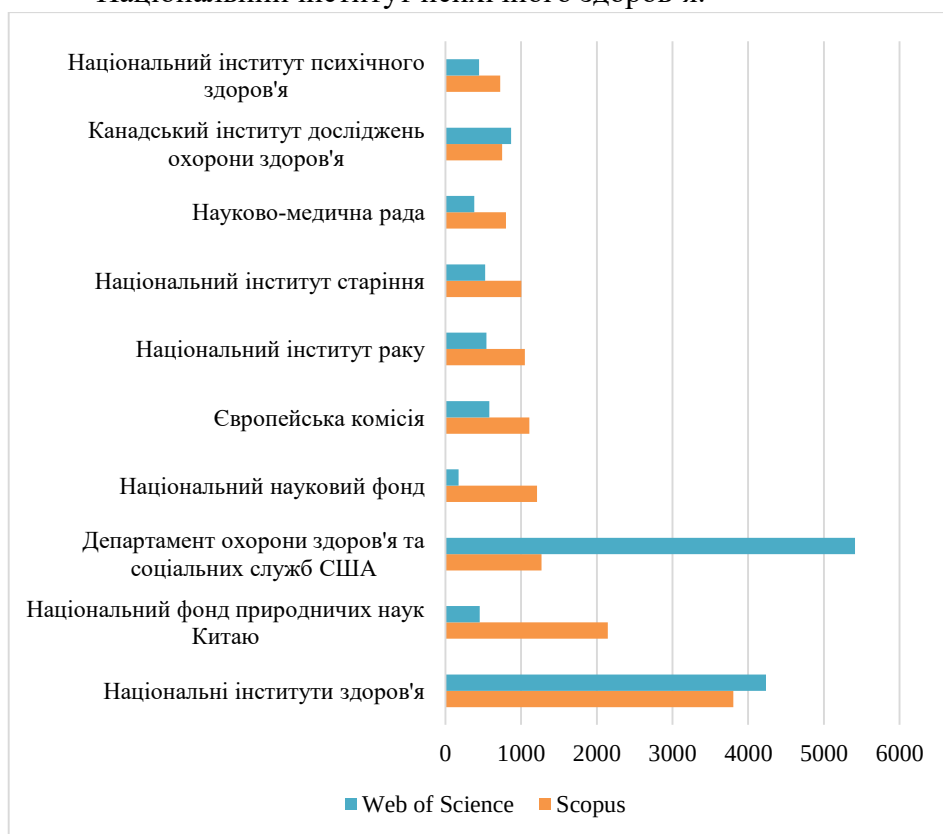


Рис. 1.8. Динаміка публікаційної активності за пошуковим запитом «health care» у наукометричних базах даних Scopus та WoS за спонсором фінансування досліджень

Джерело: сформовано автором на основі використання баз даних Scopus та WoS

Ці інституції відіграють важливу роль у визначенні пріоритетів досліджень, фінансовій підтримці наукових проєктів та сприянні інноваційним відкриттям у галузі медицини та охорони здоров'я загалом. Їхні фінансові програми дозволяють науковцям проводити експериментальні та клінічні дослідження, розробляти нові методи діагностики, лікування та профілактики різноманітних захворювань, а також вивчати соціальні та інші аспекти охорони здоров'я.

В цілому, велика кількість робіт у наукометричних базах даних присвячена розробці та впровадженню сучасних технологій у сфері охорони здоров'я. Так, у своїй праці М. Mettler [210] пише, що технологія блокчейн показала свою значну адаптивність за останні роки, оскільки різноманітні ринкові сектори шукали способи включити її можливості у свої операції. Автор наголошує, що хоча досі ця технологія переважно застосовувалася в індустрії фінансових послуг, проте зростання кількості проєктів, в які інтегровано блокчейн, в інших сферах, пов'язаних із послугами, наприклад в охороні здоров'я, демонструє, що це починає змінюватися. У центрі уваги цього звіту – численні відправні точки для технології блокчейн в галузі охорони здоров'я. М. Mettler мав на меті проілюструвати можливі впливи, цілі та потенціал, пов'язані з цією проривною технологією, із прикладами з управління охороною здоров'я, медичних досліджень, орієнтованих на користувача, і запобігання підробки ліків у фармацевтичному секторі.

Найбільшу кількість публікацій з питань охорони здоров'я зроблено науковцями, які належать до таких інституцій (рис. 1.9):

- Гарвардська медична школа (Harvard Medical School);
- Університет Торонто (University of Toronto);
- Університет Каліфорнії, Сан-Франциско (University of California, San Francisco);
- Лондонська школа гігієни та тропічної медицини (London School of Hygiene & Tropical Medicine);
- Університет Вашингтона (University of Washington);
- Університетський коледж Лондона (University College London);
- Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization, WHO);

- Університет Мічигану, Енн-Арбор (University of Michigan, Ann Arbor);
- Центри з контролю та профілактики захворювань (Centers for Disease Control and Prevention, CDC);
- Університет Сіднея (The University of Sydney).

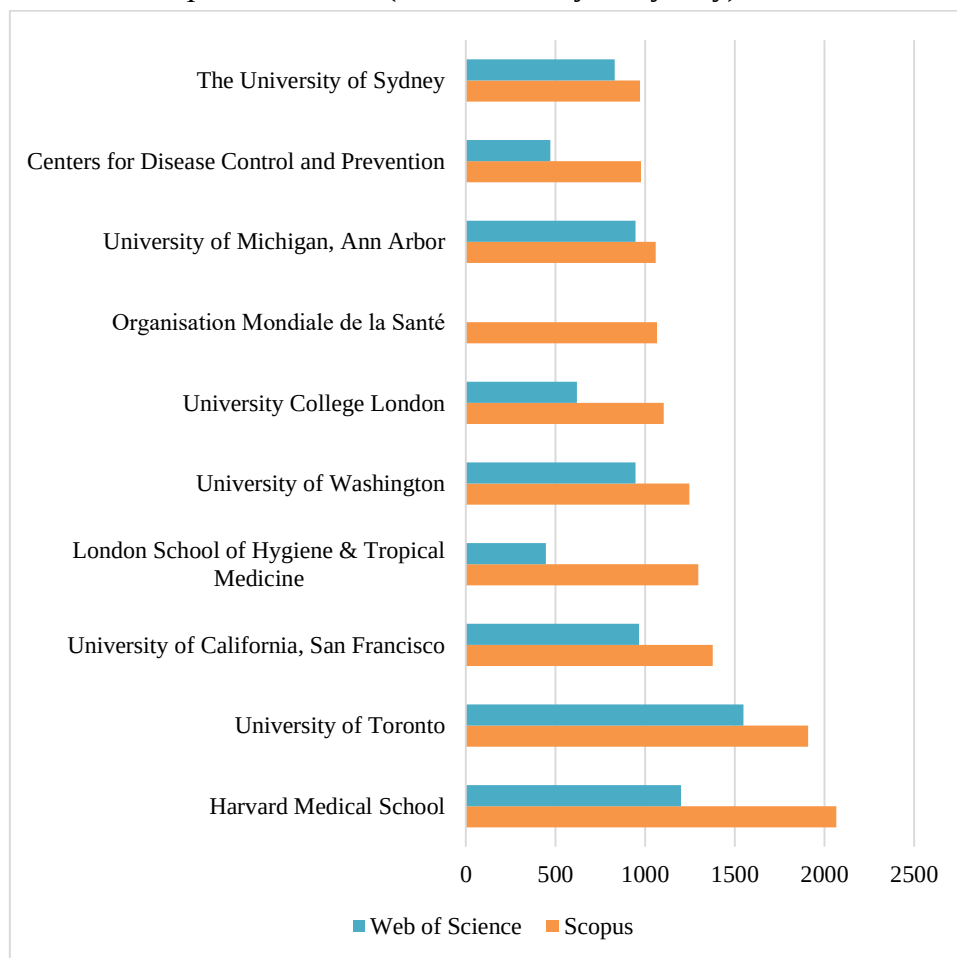


Рис. 1.9. Динаміка публікаційної активності за пошуковим запитом «health care» у наукометричних базах даних Scopus та WoS за інституціями

Джерело: сформовано автором на основі використання баз даних Scopus та WoS

Наступним кроком буде проведено аналіз масиву наукових публікацій у наукометричних базах даних Scopus та WoS за галузевою приналежністю.

Аналітичні дані, відображені на рисунку 1.10, свідчать, що майже 36% всіх досліджень з питань охорони здоров'я здійснено у галузі медицини; друга за обсягом наукових публікацій (11 %) – галузь комп'ютерних наук. На третьому місці у галузевій структурі досліджень у сфері охорони здоров'я знаходиться інженерія з показником у 10 %. Дослідження у галузі соціальних наук становлять 6 %, а у сфері екології – 4 %. На сфери біохімії, генетики та молекулярної біології, сестринської справи та медичні професії припадає по 3 % публікацій. Варто зазначити, що на решту сфер (бізнес, менеджмент, бухгалтерський облік, фармакологію, токсикологію та фармацевтику, гуманітарні науки, науки про прийняття рішень) припадає не більше 2 % публікацій на кожену. На такі галузі, як психологія, хімічна інженерія, фізика, імунологія та мікробіологія – по 1 % досліджень з питань охорони здоров'я.

Згідно з даними на рисунку 1.11, більшість праць, присвячених охороні здоров'я, були написані у галузі громадської гігієни навколишнього середовища, а саме: близько 15 % публікацій. До сфери наукових послуг в галузі охорони здоров'я належить 11 % досліджень, а медицини – 10 %. Це свідчить про збереження інтересу до розвитку медичних послуг та покращення практик діагностики, лікування та профілактики захворювань. На сферу сестринської справи припадає 5 % досліджень, а первинної медичної допомоги – 4 %. Галузі медичної інформатики та психіатрії мають по 3% публікацій. По 2 % досліджень було зроблено в сферах педіатрії, психології, комп'ютерних наук, біомедичних наук, соціальних наук, неврології, інженерії та кардіології.

Звертає на себе увагу те, що розподіл досліджень на різні галузі вказує на необхідність комплексного підходу та взаємодії різних наукових дисциплін для повного розуміння та розв'язання сучасних проблем охорони здоров'я. Разом з тим, бібліометричний аналіз, враховуючи свою кількісну природу, стає потужним інструментом для визначення важливих наукових тенденцій, розпізнавання ключових учасників та розроблення стратегій для подальшого розвитку досліджень. Аналіз досліджень охорони здоров'я є невід'ємною частиною сучасної науки і практики. Цей процес відіграє ключову роль у вдосконаленні

клінічних методів та розробці нових механізмів управління системою охорони здоров'я. Загалом, бібліометричний аналіз виступає не лише як науковий інструмент, а й як посібник для вдосконалення медичної практики та системи охорони здоров'я в цілому, забезпечуючи прогресивний розвиток і довгострокову користь для суспільства.

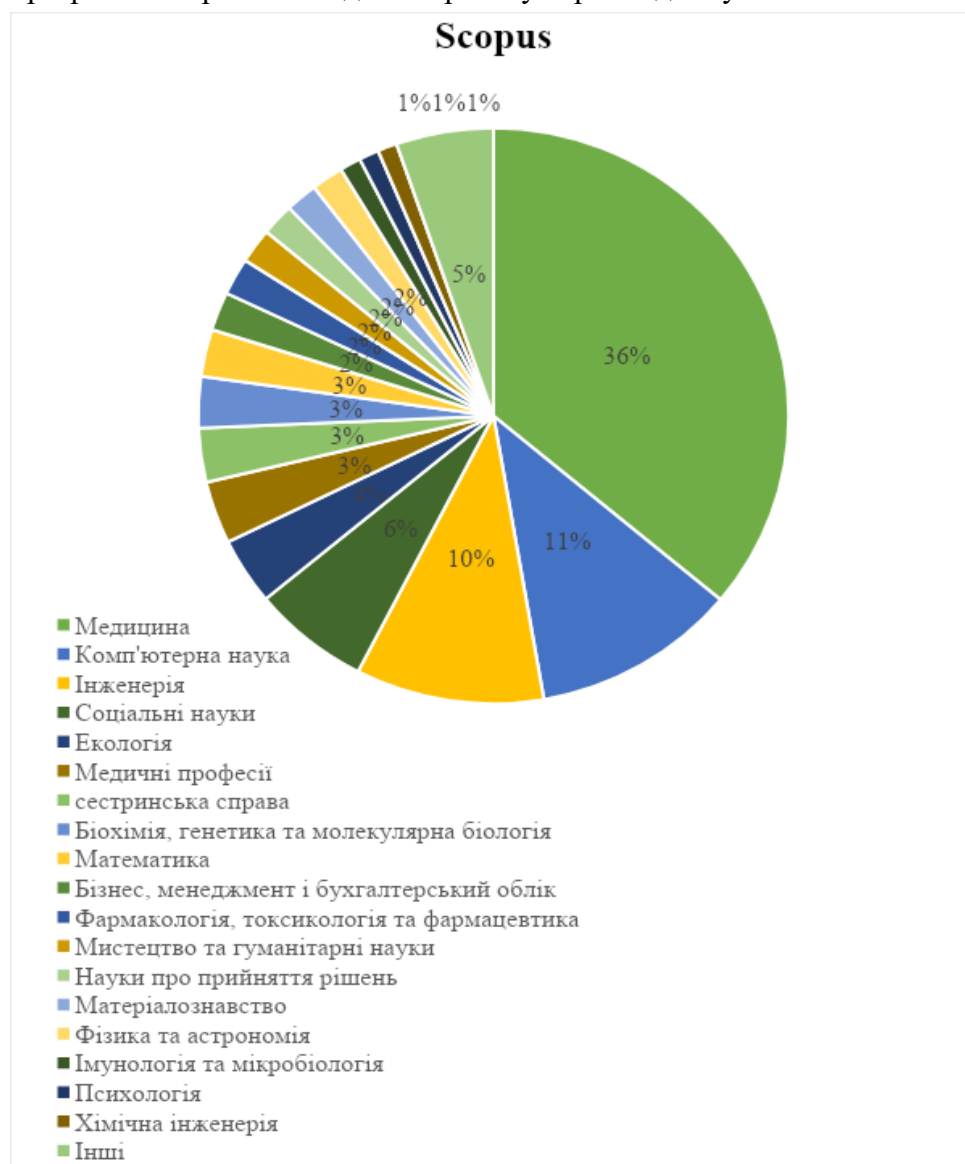


Рис. 1.10. Галузева структура досліджень з питань охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором на основі використання баз даних Scopus

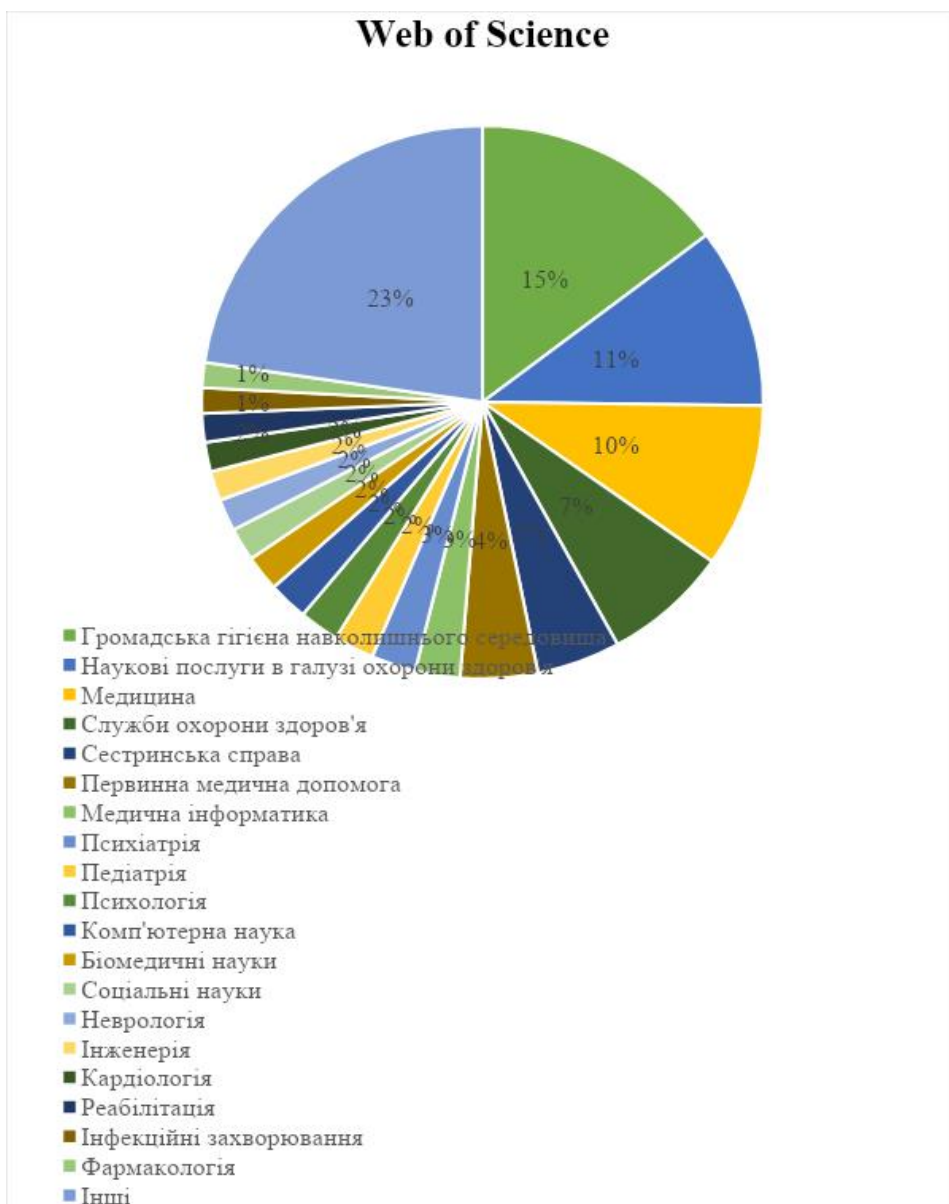


Рис. 1.11. Галузева структура досліджень з питань охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором на основі використання баз даних WoS

1.3. Розвиток понятійно-категоріального апарату державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

Важливість дослідження стратегічних положень державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я зумовлена необхідністю комплексного та довгострокового бачення розвитку цієї системи як ключової складової забезпечення національних інтересів з одного боку та здоров'я громадянина з іншого. Наша дисертаційна робота є досить складною, адже охоплює різні сфери суспільного розвитку та виконується на перетині різних груп інтересів, зокрема публічних, національних та приватних. З огляду на це, будь-яка наукова розвідка вимагає уточнення понятійно-категоріального апарату як для власне її реалізації, так і з метою розвитку окремих понять і категорій для їх практичного впровадження. Такими поняттями в контексті об'єктно-предметного поля цього дослідження є: система охорони здоров'я (охорона здоров'я), громадське здоров'я, медична послуга, медична допомога, безпечність медичної послуги, якість медичної послуги, ефективність медичної послуги, заклад охорони здоров'я, безпечність закладу охорони здоров'я, адаптивність закладу охорони здоров'я, стійкість закладу охорони здоров'я. Вивчення змісту зазначених понять можливе із застосуванням методів бібліографічного аналізу дефініцій, що містяться в науковій літературі та на основі методів аналізу та синтезу, абстрагування при вивченні властивостей явища, зміст якого досліджується вперше. Щодо нових понять є необхідність застосування методів абстрагування, аналізу та синтезу, систематизації та групування, що дозволить виявити сукупність причинно-наслідкових зв'язків та сформулювати власне бачення змісту нових категорій та понять, які будуть характеризувати повоєнну систему охорони здоров'я.

Питання розвитку понятійно-категоріального апарату системи охорони здоров'я досліджувалися вітчизняними та зарубіжними вченими. Значний вклад у їх вивчення в контексті державного

управління в досліджуваній сфері внесли вітчизняні вчені, що підготували та захистили дисертаційні роботи, а саме: М.В. Банчук, І.О. Бедрик, М.М. Білинська, І.В. Білоус, С.Г. Бугайцов, Л.О. Буравльов, Н.О. Васюк, Т.Є. Висоцька, С.М. Вовк, О.В. Галацан, Д.М. Джафарова, Н.Є. Дуб, В.В. Дудка, К.І. Жилка, В.В. Карлаш, О.В. Клименко, Т.Ю. Коваленко, О.Л. Корольчук, Ю.О. Котляревський, Ж.Д. Кравченко, Н.П. Кризина, Л.Р. Криничко, Ф.Р. Криничко, П.Й. Кузьмінський, Т.М. Курило, В.В. Лещенко, Ю.О. Лермонтова, Л.А. Ляховченко, Ю.В. Малігон, О.І. Мартинюк, С.Є. Мокрецов, О.В. Мотайло, З.О. Надюк, І.М. Паращич, Я.М. Пітко, Я.Ф. Радиш, Н.О. Рингач, В.М. Рудий, О.М. Торбас, О.В. Устимчук, Ю.О. Фільц, О.Д. Фірсова, І.І. Фуртак, В.В. Шевчук, Я.Ю. Шегедин, О.П. Штогрин, Н.Я. Юристовська, Н.П. Ярош та інші.

Вагоме значення в розвитку понятійно-категоріального апарату мали праці зарубіжних вчених, зокрема: W.G.W. Boerma, G. Carey, G. Costa, R. Frankfurter, A. Freitas, S. Friel, T. Goronga, S.M. Holmes, A. Hutchinson, S. Keshavjee, D.S. Kringos, R.B. Saltman, P. Santana, S. Shamasunder, J.C. Smith, D.E. Snider, L.K. Pickering, I. Stefanik, N. Zengarini та інших.

Будь-яке дослідження в сфері суспільних наук, зокрема галузі знань державного управління, вимагає уточнення змісту понять та категорій за об'єктом дослідження, а, в окремих випадках, у результаті дослідження може виникнути необхідність введення в науковий обіг нових понять, що характеризують властивості об'єкта, або ж методологію державного управління. Вивчення змісту понять та категорій під час наукового дослідження може супроводжуватися виконанням одного або, навіть, двох завдань:

1) формування системи категорій та понять для цілей конкретного дослідження, що є певною методологічною складовою пізнання;

2) уточнення змісту понять, що є завданням дослідження для подальшого його застосування в практичний, освітній та наукових цілях.

Розглянемо зміст зазначених вище понять шляхом дослідження їх дефініцій в науковій та довідковій літературі.

Система охорони здоров'я. Першочерговим поняттям у контексті дослідження Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я буде власне система охорони здоров'я (охорона здоров'я). «Охорона здоров'я є однією зі значущих галузей в Україні, яка забезпечує ефективне функціонування економіки держави, її обороноздатність, підтримання на дієвому рівні та відтворення людського потенціалу. Дослідження проблематики охорони здоров'я взаємопов'язане і взаємозалежне з визначенням цього поняття, розуміння якого дозволить державним органам влади зосередити зусилля на здійсненні заходів правового, політичного, соціально-економічного, фінансового, медичного та іншого характеру, реалізація яких сприятиме досягненню мети та завдань у вказаній сфері» [150].

У науковій літературі відбувається дискусія щодо змісту зазначеного поняття, що можна пояснити таким чином:

- по-перше, система охорони здоров'я є міждисциплінарним об'єктом дослідження як в медичних, так і суспільних науках (державному управлінні, юридичних, політичних, економічних та інших);
- по-друге, підхід автора до змісту поняття охорони здоров'я залежить від об'єктно-предметного поля дослідження, що визначається властивостями досліджуваного об'єкта;
- по-третє, результати вивчення дефініції поняття залежать від мети та завдань, що стоять перед дослідником.

Державне управління має охопити більшість підходів та виробити свої бачення щодо такого об'єкта як з позиції науки, так і з позиції практики. У вітчизняному законодавстві міститься таке визначення поняття система охорони здоров'я (охорона здоров'я): «це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя» [130]. Вперше багатоваріантний підхід до розуміння змісту системи охорони здоров'я у вітчизняній науковій літературі представлено в докторській дисертації Л.Р. Криничко, у якій дослідниця надала такі тлумачення цього поняття [75]:

«– як вид суспільної діяльності: сукупність заходів та ресурсів в сферах матеріального та нематеріального виробництва, що в сукупності складає медичну послугу на платній чи безоплатній основі щодо забезпечення здоров'я окремої людини та громадського здоров'я в цілому через профілактику, лікування, обслуговування та формування умов безпечної життєдіяльності суспільства, та яка реалізується державними та/ або приватними організаціями;

– як наука: система знань щодо заходів медичного, управлінського, економічного, правового, соціального, інформаційного характеру в забезпеченні здоров'я окремої людини та громадського здоров'я в цілому;

– як сфера державного управління: це сфера державного управління, що регулює організації, реалізації та формуванні ресурсів для забезпечення заходів у сферах матеріального та нематеріального виробництва, що в сукупності складає медичну послугу на платній чи безоплатній основі щодо забезпечення здоров'я окремої людини та громадського здоров'я в цілому через профілактику, лікування та формування умов безпечної життєдіяльності суспільства» [75].

В додатку А наведені підходи вчених до змісту поняття «система охорони здоров'я» («охорона здоров'я»), аналіз яких дозволяє групувати їх так:

1. Фактор розвитку суспільства. Вказаного підходу дотримується американський вчений С.-Е.А. Winslow, який, досліджуючи державну політику в сфері охорони здоров'я, вбачав її основним фактором розвитку суспільних наук: «не є синонімом медицини, а одним з головних факторів і критеріїв прогресу розвитку суспільства, тому що практично немає жодної галузі діяльності, які б так чи інакше не позначалися б на здоров'ї людей» [218]. Це в повній мірі характеризує значення та роль системи охорони здоров'я для розвитку соціально-економічних відносин, але, першочергово, такий підхід мав теоретичний характер, або ж визначався лише для структуризації певного дослідження.

2. Галузь (сфера) діяльності держави. Опалько В.В. зазначає, що система охорони здоров'я – це «галузь діяльності держави, метою якої

є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Охорона здоров'я – це ключовий елемент національної безпеки держави» [108]. Зауважимо, що небагато вітчизняних вчених визначають роль та значення охорони здоров'я в забезпеченні національної безпеки. Водночас, цей підхід не витримує критики, адже система охорони здоров'я не може ґрунтуватися лише на організації доступного медичного обслуговування. Адже це й діяльність приватних закладів охорони здоров'я; система забезпечення громадського здоров'я через санітарно-епідеміологічний нагляд тощо.

3. Сукупність заходів різноманітного характеру. За таким напрямом є найбільша кількість напрацювань, а підходи авторів відрізняються тільки ідентифікованими заходами, зокрема:

– Карамішев Д.В. розглядає систему охорони здоров'я як систему «заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного характеру, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я кожного громадянина, надання йому адекватної медичної допомоги у разі погіршення або втрати здоров'я» [64]. Так, автор характеризує ініціативи, які визначають не лише організацію медичної допомоги населенню, але й забезпечення профілактики через соціальні, культурні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи. Все це в комплексі описує систему охорони здоров'я, її завдання та принципи функціонування. Цікавим є підхід Д.В. Карамішева ще й з тієї точки зору, що визначається мета таких заходів, а саме: збереження та зміцнення здоров'я кожного громадянина. А це, в свою чергу, є суто державно-управлінським поглядом та визначає роль державних органів у реалізації соціальної функції держави;

– Швець Ю. пропонує розглядати систему охорони здоров'я у вузькому та широкому сенсі. Зокрема, науковець у своїй праці наводить таке визначення: «у вузькому значенні охорону здоров'я доцільно розглядати як систему правових, соціально-економічних і лікувально-профілактичних заходів та засобів, спрямованих на збереження здоров'я людини, а у широкому – як сукупність заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного,

наукового, медичного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного характеру, спрямованих на збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я кожної людини, підтримання її довголітнього активного життя, надання їй медичної допомоги в разі втрати здоров'я» [175]. Зазначені вище підходи різняться лише сукупністю заходів. Проте, вбачаємо обмеженість застосування підходу, який запропонував Ю. Швець. Адже в системі охорони здоров'я прослідковується дихотомія: забезпечення здоров'я окремої людини з одного боку та громадського здоров'я населення з іншого. Зокрема, іноді інтереси щодо здоров'я однієї людини можуть обмежуватися через необхідність забезпечення громадського здоров'я населення. Особливо гостро це питання постало в період пандемії COVID-19.

4. Сукупність заходів, що переслідують мету забезпечення здоров'я населення. В контексті зазначеного є напрацювання таких дослідників:

– Ліфінцев О.В., який розглядає досліджувану систему як об'єкт правового регулювання та вказує, що система охорони здоров'я – це «система законодавчо регламентованих заходів з боку спеціально уповноважених суб'єктів, що провадять медичну практику, та які спрямовані на надання населенню послуг медичного характеру» [82]. Цей підхід є достатньо вузьким, оскільки такі заходи є законодавчо регламентовані, проте сукупність заходів культурного, освітнього та соціального характеру може не визначатися державою, а, в окремих випадках, реалізовуватися інститутами громадянського суспільства або ж міжнародними організаціями;

– Булеца С.Б. пропонує інший підхід до змісту поняття система охорони здоров'я: «система державних і суспільних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань та забезпечення довголіття людини» [15]. В цілому, такий підхід характеризує усі напрями функціонування системи охорони здоров'я, але не наводить зміст заходів та їх характеристики, а також не визначає суб'єктів їх реалізації.

5. Сукупність заходів, що переслідують мету забезпечення здоров'я людини. Цього підходу дотримуються такі дослідники:

– Стеценко С.Г., який пропонує таке визначення поняття система охорони здоров'я: «система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості життя» [90]. Варто зазначити, що описаний підхід є досить актуальним в умовах необхідності забезпечення ментального здоров'я. Адже більшою мірою в суспільстві психологічному здоров'ю не приділяється достатньої уваги, а російсько-українська війна показала неготовність населення до такого рівня психологічного навантаження через бойові дії, що, як наслідок, відображається на стані фізичного та психічного здоров'я окремого індивіда, а у подальшому – впливатиме на стан громадського здоров'я населення;

– Шамич О.М., підхід якого до тлумачення системи охорони здоров'я є наступним: «система заходів, спрямованих на збереження, зміцнення, розвиток та, у разі порушення, відновлення максимально досяжного рівня фізичного й психічного стану здоров'я людського організму, які зобов'язані здійснювати органи державної влади й органи місцевого самоврядування, громадські організації, а також людина та населення як в інтересах кожної фізичної особи, так і суспільства загалом» [174]. Погоджуємося з автором, що заходи з забезпечення здоров'я людини мають здійснюватися як органами державної влади та місцевого самоврядування, так і громадськими організаціями та населенням в цілому, зокрема в контексті формування світогляду населення щодо індивідуального здоров'я.

6. Складна динамічна система. Зазначений підхід до характеристики змісту системи охорони здоров'я розвинули у своїх працях такі дослідники:

– Бобровська О., Хожило І.: «мультискладна система, що може бути подана низкою різних підсистем і підгалузей на всіх рівнях поділу суспільної праці, діяльність яких у сукупності спрямована на досягнення стратегічних цілей зміцнення соціального здоров'я людей, починаючи з місця їх проживання – територіальних громад. До її складу належать: наявна галузь охорони здоров'я, підсистеми

оздоровчої діяльності, підсистеми підготовки кадрів (медичних працівників, менеджерів та інших фахівців, які залучаються до процесів управління системою охорони здоров'я), а також інші структури, пов'язані з охороною здоров'я» [12]. Цей підхід найбільш широко описує систему охорони здоров'я та усі її складові;

– Білинська М.М., Радиш Я.Ф.: «відкрита, динамічна, складна соціально-економічна система, що є сукупністю різноманітних державних і недержавних органів та організацій, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих відносин і направлена на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення» [48]. Здебільшого вказаний погляд має теоретичний характер та характеризує у вузькому змісті систему державного управління охороною здоров'я в державі.

7. Медико-правовий характер системи охорони здоров'я міститься в праці С.Б. Булеца: «попередження та припинення захворювання, рання діагностика, припинення, лікування, покращення стану хворої людини, попередження погіршення самопочуття шляхом профілактичних оглядів і лікування, професійний догляд і піклування, бальнеотерапія, медична реабілітація, забезпечення хворого ліками й іншими медичними заходами» [15]. Цей підхід характеризує систему охорони здоров'я з позиції медичного права.

На нашу думку, систему охорони здоров'я варто розглядати з таких позицій:

– теоретичний підхід: система охорони здоров'я – це складна динамічна система, функціонування якої спрямоване на реалізацію соціальної функції держави щодо забезпечення здоров'я людини та громадського здоров'я населення через сукупність заходів організаційного, правового, інформаційного, освітнього та економічного характеру, які забезпечують профілактику захворювань серед населення та надання медичної допомоги;

– суб'єктний підхід: система охорони здоров'я – це діяльність суб'єктів керуючої та керованої системи щодо здійснення організаційних, правових, інформаційних, освітніх та економічних

заходів з профілактики захворювань серед населення та надання медичної допомоги;

– галузевий аспект: система охорони здоров'я – це сукупність галузей, що складають (реалізація медичних послуг) та забезпечують (підготовка та перепідготовка медичних кадрів, фармацевтичне виробництво, інформаційні технології в медичній сфері, виробництво медичної техніки та технологій) реалізацію медичної допомоги населенню;

– об'єкт державного управління: система охорони здоров'я є складною системою суспільних відносин із забезпечення профілактики захворювань серед населення та надання медичної допомоги через реалізацію медичних послуг державними та приватними інституціями, підготовку та перепідготовку медичних кадрів, регулювання виробництва ліків, медичної техніки та технологій, щодо якої суб'єкти формування та реалізації державно-управлінських рішень здійснюють сукупність заходів організаційного, інформаційного, освітнього, правового та економічного характеру;

– як наука: система охорони здоров'я – це система знань про суспільні відносини з забезпечення профілактики захворювань серед населення та надання медичної допомоги через реалізацію медичних послуг, що передбачає як медичні заходи, так і заходи організаційного, інформаційного, освітнього, правового та економічного характеру.

Виходячи з зазначеного, ключовими поняттями, які впливають із змісту системи охорони здоров'я, є ті, що характеризують мету її функціонування (індивідуальне здоров'я людини та громадське здоров'я населення) та власне особливості її функціонування (медична допомога та медичні послуги). В додатку Б наведено дефініції зазначених понять в науковій та довідковій літературі.

Громадське здоров'я. Щодо поняття здоров'я людини, то в нашому дослідженні будемо послуговуватися рекомендаціями ВООЗ. «В преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) говориться, що здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Проте повне фізичне і душевне

благополуччя може визначати лише ідеальне здоров'я, якого практично не буває. Також вважається, що здоров'я – це нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією, повною узгодженістю при функціонуванні всіх органів та систем, рівновагою поміж організмом та зовнішнім середовищем при відсутності хворобливих проявів. Отже, можна сказати, що здоров'я – це здатність організму перебувати в рівновазі з навколишнім середовищем» [173]. Проте таке визначення поняття здоров'я більшою мірою відображає медичний підхід, який не варто екстраполювати на суспільні науки.

Громадське здоров'я є важливою метою функціонування системи охорони здоров'я, що також характеризує рівень реалізації соціальної функції держави. «Науковці в цьому контексті розглядають питання співвідношення між національною системою охорони здоров'я та громадським здоров'ям. Якщо перше вважається комплексною, динамічною системою, що опікується питаннями громадського здоров'я та реалізацією індивідуальних прав громадян у сфері охорони здоров'я, впливаючи на різноманітні фактори (демографічні, економічні, епідемічні, політичні, соціальні, культурні, екологічні), через фінансування, управління та організацію наявних ресурсів з метою забезпечення справедливості та ефективності, то громадське здоров'я виступає одним із об'єктів системи охорони здоров'я» [45]. Тобто система охорони здоров'я має бути спроектована таким чином, щоб забезпечувати високий рівень громадського здоров'я, зважаючи на сукупність факторів економічного, соціального, політичного, екологічного, культурного, освітнього та іншого характеру.

«Питання забезпечення здоров'я населення є одним з найбільш важливих питань державної соціальної політики у всіх розвинутих країнах світу. Значна увага надається йому і у європейській та світовій практиці у сфері охорони здоров'я. Так, нова європейська політика щодо здоров'я вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, удосконалення політики охорони здоров'я, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритету надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні чинники

ризик. Основи політики Здоров'я – 2020 включають чотири пріоритетні напрями стратегічних дій, серед яких варто виділити зміцнення систем охорони здоров'я, які мають бути орієнтованими на людину, потенціал системи громадського здоров'я, готовність до надзвичайних ситуацій, епіднагляду та реагування, підвищення «міцності» місцевих громад та створення підтримуючого середовища» [107, с. 58].

Значні роль і значення системи охорони здоров'я проявляються в громадському здоров'ї, зокрема в тому контексті, що громадське здоров'я є важливим індикатором забезпечення національної безпеки. Це, у свою чергу, визначає необхідність перегляду ролі та значення системи охорони здоров'я в процесі повоєнного відновлення та формування нової повоєнної системи охорони здоров'я як інструменту забезпечення належного рівня здоров'я населення.

«Система охорони здоров'я є структурною складовою відомчої системи забезпечення управління зовнішніми загрозами державній безпеці України. Охорона здоров'я розглядається як невід'ємна компонента демографічного чинника безпеки держави, що безпосередньо впливає на стан державної безпеки. Система охорони здоров'я як стратегічний пріоритет держави та елемент системи державної безпеки забезпечує відповідний рівень громадського здоров'я, соціальний консенсус у суспільстві, економічну стабільність на ринках та належний рівень державної підтримки діяльності, спрямованої на захист та покращення здоров'я населення» [99].

Зі свого боку, аналіз дефініцій поняття громадське здоров'я у науковій та довідковій літературі вказує на неоднотайність думок вчених (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Зміст поняття «громадське здоров'я» в науковій та довідковій літературі

Джерело 1	Зміст 2
Freidson Eliott [206]	громадське здоров'я постає як об'єктивний фактор самореалізації індивідів у суспільстві, а відтак один із параметрів якості життя індивідів, соціальних груп

Продовження табл. 1.2

1	2
Hallingberg B. [208]	громадське здоров'я є важливим атрибутом суспільного життя та структурною умовою відтворення соціально-біологічної детермінації суспільства, що дає змогу проаналізувати антропоцентричну цінність людини в конкретних історичних умовах та фізіологічної будови
Winslow Charles-Edward Amory [218]	громадське здоров'я (англ. Public health) – це наука та практика попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства
Ashton J. [203]	громадське здоров'я – це наука та мистецтво попередження захворювань, продовження життя та зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства
Кравченко С.В. [71]	громадське здоров'я – це постійний і системний процес попередження і подолання захворювань, зміцнення здоров'я і благополуччя населення шляхом застосування широкого спектра заходів аналітичного, організаційного і практичного характеру
Криничко Л.Р. [75]	– як наука: система знань щодо попередження захворювань населення, інструментів вивчення стану здоров'я населення та факторів впливу на нього, формування профілактичних заходів та напрямів розвитку охорони здоров'я і ресурсів підвищення її якості; – як сфера суспільної діяльності: сукупність заходів щодо вивчення стану здоров'я суспільства, факторів впливу на нього та формування заходів щодо підвищення якості та тривалості життя населення

Усі зазначені визначення сутності громадського здоров'я не характеризують його як певну систему, а більшою мірою вказують на стан здоров'я населення. Сьогодні громадське здоров'я займає вагоме місце як у сфері державного управління, так і як окрема наука. «Одним з найважливіших досягнень науки XIX–XX ст. стало вироблення уявлення про громадське (суспільне) здоров'я, як сукупність здоров'я всіх членів суспільства. В той час, як історія вчення про індивідуальне здоров'я нараховує майже дві тисячі років, беручи свій початок від медицини Древньої Греції і Древнього Риму, концепція суспільного здоров'я існує приблизно два століття. Її виникнення пов'язане з Великою французькою революцією і деякими іншими подіями кінця XVIII – початку XIX століття» [25].

У зв'язку з цим, пропонуємо розглядати громадське здоров'я з таких позицій:

– теоретичний підхід: громадське здоров'я – це складна динамічна система щодо вивчення, аналізу та оцінки стану здоров'я населення, за результатами яких відбувається розробка та реалізація заходів профілактичного, екологічного, медико-санітарного, культурно-просвітницького та освітнього характеру з метою забезпечення високого рівня здоров'я населення;

– суб'єктний підхід: громадське здоров'я – це діяльність органів державної влади, що реалізують державну політику в сфері громадського здоров'я, суміжних сферах, суб'єктів громадянського суспільства щодо вивчення, аналізу та оцінки стану здоров'я населення, за результатами яких відбувається розробка та реалізація заходів профілактичного, екологічного, медико-санітарного, культурно-просвітницького та освітнього характеру з метою забезпечення високого рівня здоров'я населення;

– об'єкт державного управління: громадське здоров'я – це об'єкт державного регулювання, щодо якого приймаються державно-управлінські рішення, які пов'язані з формуванням та реалізацією механізмів з вивчення, аналізу та оцінки стану здоров'я населення, за результатами яких відбувається розробка та реалізація заходів профілактичного, екологічного, медико-санітарного, культурно-просвітницького та освітнього характеру з метою забезпечення високого рівня здоров'я населення;

– як наука: громадське здоров'я – це система знань про стан здоров'я населення, методи його вивчення та інструменти і способи забезпечення його відповідного рівня в державі через сукупність заходів профілактичного, екологічного, медико-санітарного, культурно-просвітницького та освітнього характеру.

Медична допомога та медичні послуги. Медична допомога та медичні послуги характеризують процесний підхід до системи охорони здоров'я. В умовах ринкових відносин до системи охорони здоров'я варто підходити як до певного блага, яке надається державою або ж реалізується через ринкові механізми. «Охорона здоров'я

розглядається багатьма вченими як суспільне благо, коли надання медичної допомоги кожній людині має важливе значення для суспільства в цілому. Зі свого боку, така позиція в більшості європейських країн стала частиною традиційного консенсусу відносно важливості дотримання принципу солідарності та всеохоплюючого доступу населення до ресурсів охорони здоров'я. З іншого боку, ринкові важелі за своєю природою засновані на припущенні, що кожна медична послуга є товаром, який можна продати на відкритому ринку» [66]. Медична допомога та медичні послуги є взаємопов'язаними, тому вивчення їх змісту та розмежування зазначених понять є важливими з позиції формування державно-управлінських рішень в контексті повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Наведені в додатку Б дефініції поняття медична послуга вказують, що це поняття вчені розглядають як з позиції наук державного управління, так і як правову та економічну категорію. Проаналізувавши підходи вчених, пропонуємо їх систематизувати таким чином:

– медична послуга як діяльність лікаря або професійна діяльність. Майданик Р.А. пропонує під медичною послугою розуміти «діяльність лікаря щодо підтримання і покращення здоров'я пацієнта, корисні властивості якої здатні задовольнити потреби споживача послуги безпосередньо під час здійснення цієї діяльності, і результат якої не знаходить свого матеріального втілення, в той час як медична допомога, поняття, тісно пов'язане з медичними послугами, охоплює лікування, профілактичні заходи, які проводяться при захворюваннях, травмах, пологах, а також медичний огляд та деякі інші види медичних робіт, що спрямовані на діагностику або покращення стану пацієнта» [86]. Тобто автор значно розділяє поняття медичної послуги та медичної допомоги. Фактично медична послуга розглядається з економічної та юридичної точок зору, а медична допомога – виключно з медичної. Михайлов С.В. вказує, що медична послуга – це «професійна діяльність медичних закладів (організацій) чи фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною медичною практикою, відповідно до існуючих медичних

стандартів, що враховує застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я у вигляді медичного втручання, потенційним результатом якого є поліпшення загального стану чи функціонування окремих органів або систем організму людини, а також (або) досягнення певних естетичних змін зовнішності» [93]. В такому випадку надавачем медичних послуг являються заклади охорони здоров'я або фізичні особи-підприємці. На нашу думку, описаний підхід є дещо дискусійним, адже професійну діяльність здійснює певна фізична особа або група осіб, тоді як юридична особа здійснює певну господарську діяльність, яка пов'язана з професійною діяльністю її працівників. Тобто, діяльність закладу охорони здоров'я складається з сукупності різноманітних медичних та суміжних послуг. Надюк З.О. зазначає, що медична послуга «є різновидом професійних послуг, що зумовлює підвищені вимоги до кваліфікації виконавця такої послуги. У зв'язку з цим, особливо актуальними є питання відокремлення медичної послуги від інших видів професійних послуг (юридичних, ветеринарних, освітніх та ін.) і підвищення значення рівня правового регулювання відносин із надання платних медичних послуг» [101]). Так, автор надає окремий статус медичній послугі, як професійній послугі, та вирізняє її серед інших послуг з суспільною значущістю та впливом на життєдіяльність людини, що зумовлює особливий підхід до правового регулювання вказаного виду послуг. Арцатбанова О.В. досить вузько розглядає зміст медичної послуги, тобто лише з юридичної точки зору, як відносини між надавачем та отримувачем послуг, і звертає увагу на те, що «медичні послуги слід визначити як товар або квазі-товар у вигляді результату діяльності професійних медичних працівників та, в окремих випадках, інших осіб, з профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, покращення і догляду, реалізація якої в ході взаємодії з пацієнтом (пацієнтами) спрямована на отримання споживачем в ході такої діяльності нематеріальних та супутніх матеріальних благ, призначенням яких є зміна стану фізіологічних і психологічних функцій пацієнта» [6]. Зазначена точка зору досить вдало характеризує властивості та форму медичної послуги, проте, на нашу думку, розгляд медичної послуги як товару чи квазі-товару є дискусійним;

– комплекс дій, що здійснюються закладом охорони здоров'я. Смотров О.І. пропонує під медичною послугою розуміти «діяльність послугодавця, яка спрямована на досягнення результату, корисні властивості якого здатні задовольнити потреби особи у відновленні та (або) підтриманні її здоров'я безпосередньо в процесі доцільної діяльності послугодавця, що не має упередженого вираження (матеріальної форми) і не може бути ним гарантована» [145]. Тут досить чітко прослідковується ринкове розуміння медичної послуги та її юридичний зміст, адже вводиться таке поняття як «потреба людини», що не завжди вимірюється здоров'ям, а характеризується певними естетичними положеннями, які, так само, визначені особливостями суспільних відносин (культурних, релігійних, економічних та інших);

– медична послуга як об'єкт договору: А.О. Гаврилюк, Р.Г. Жарлінська, Г.В. Даценко, В.П. Сорокоумов, А.А. Міщук, А.С. Котуза вказують на те, що: «медична послуга – визначене договором або законом медичне втручання або комплекс медичних втручань, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування захворювань, медичну реабілітацію, та які мають самостійне закінчене значення» [21]. Проте, медична послуга не завжди є результатом договірних відносин, особливо, коли ми говоримо про екстрену та невідкладну медичну допомогу. Антонов С.В. вважає, що медична послуга відноситься до «фактичних послуг і криє в собі застосування спеціальних медичних заходів стосовно здоров'я, поліпшення чи підтримання стану якого є головною метою надання послуг» [4]. У цьому разі автор визначає медичні послуги як об'єкт договору та характеризує їх як спеціальні медичні заходи. Водночас, досить проблематично визначити результат таких послуг, щоб зрозуміти, що вони є фактично виконаними;

– вид послуги лікувально-профілактичного характеру: В. Пашков визначає медичну послугу як вид медичної допомоги, зазначаючи, що «медична послуга – це послуга лікувально-профілактичного характеру, в основі якої лежить медична допомога відповідно до існуючих медичних стандартів, підкріплена системою конкурентних переваг» [115]. В цьому випадку додаткового пояснення потребують

такі положення, як медичні стандарти та система конкурентних переваг, адже медична допомога може надаватися як приватними, так і державними та комунальними закладами охорони здоров'я. Якщо з приватними закладами все зрозуміло, то державні та комунальні заклади охорони здоров'я не функціонують в умовах повної ринкової конкуренції. Чорноус А.Г. зауважує, що медичні послуги – це «особливий різновид послуг, спрямованих на профілактику захворювань, підтримання та покращення стану фізичного та/ або душевного здоров'я людини, що мають визначену вартість» [173]. Такий підхід, перш за все, характеризує медичну сторону досліджуваної послуги, не охоплюючи її юридичні та економічні аспекти.

Проаналізувавши підходи вчених до сутності медичної послуги, очевидним є відсутність єдиного бачення та власне сукупності ознак медичної послуги як відповідного процесу. Для розуміння медичної послуги в контексті повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та формування нового бачення її розвитку на принципах безпечності, адаптивності, стійкості, якості та ефективності, пропонуємо вивчати цю послугу, виходячи з перелічених далі підходів:

– медична послуга як економічна категорія: це діяльність закладу охорони здоров'я та/ або фізичної особи-підприємця, що має відповідну ліцензію на здійснення медичної діяльності, з надання особі та/ або особам медичної допомоги щодо консультування, профілактики, діагностики, лікування порушень фізіологічних і психологічних функцій, реабілітації, догляду або дій естетичного характеру, а також інших медичних маніпуляцій, що спрямовані на поліпшення або підтримання здоров'я людини, які сплачуються споживачем або гарантуються державою та передбачають відповідні фінансові та юридичні наслідки для усіх задіяних осіб;

– медична послуга як медична категорія: це сукупність заходів, що здійснюють медичні працівники та допоміжний персонал в межах своїх компетенцій з надання медичної допомоги щодо консультування, профілактики, діагностики, лікування порушень фізіологічних і психологічних функцій, реабілітації, догляду або дій естетичного характеру, а також інших медичних маніпуляцій

відповідно до національних та міжнародних протоколів, що спрямовані на поліпшення або підтримання здоров'я людини;

– медична послуга як юридична категорія: це договірна послуга та/ або зобов'язання, передбачене державними соціальними гарантіями, які реалізуються закладом охорони здоров'я та/ або фізичною особою-підприємцем, що має відповідну ліцензію на здійснення медичної діяльності, з надання особі та/ або особам медичної допомоги щодо консультування, профілактики, діагностики, лікування порушень фізіологічних і психологічних функцій, реабілітації, догляду або дій естетичного характеру, а також інших медичних маніпуляцій, що спрямовані на поліпшення або підтримання здоров'я людини, які оплачуються споживачем або гарантуються державою та передбачають відповідні фінансові та юридичні наслідки для усіх задіяних осіб.

Для розширення змістовного розуміння медичної послуги пропонуємо визначати такі її ключові властивості:

– медична послуга є невід'ємною від отримувача (пацієнта) та надавача (лікар) послуг;

– медична послуга оплачується отримувачем або іншою особою, або є включена до державних соціальних гарантій;

– медична послуга реалізується лише в межах національних та міжнародних стандартів, а на її змістовні та формальні характеристики отримувач (пацієнт) впливу не здійснює;

– під час реалізації медичних послуг, що пов'язані з рятуванням життя людини, принцип платності не застосовується;

– медична послуга є професійною діяльністю медичних працівників, яка супроводжується дотриманням відповідних кваліфікаційних вимог.

Усі зазначені підходи до змісту медичної послуги мають бути враховані під час реформування та повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Зі свого боку, медична допомога, передусім, характеризує змістовне наповнення медичної послуги. Проаналізувавши підходи вітчизняних вчених [5], [11], [13], [14], [16], [19], [67], [69], [74], [84],

[91], [120], [121], [123] відповідно до змісту медичної допомоги, пропонуємо власне розуміння цього поняття в контексті об'єктно-предметного поля наук державного управління: медична допомога – це професійна діяльність медичних працівників у межах діяльності закладів охорони здоров'я або поза його межами, що передбачено законодавством, щодо здійснення сукупності дій з консультування, профілактики, діагностики, лікування порушень фізіологічних і психологічних функцій, реабілітації, догляду або дій естетичного характеру, а також інших медичних маніпуляцій, що спрямовані на поліпшення або підтримання здоров'я людини та збереження її життя.

Варто визначити такі властивості медичної допомоги:

- види медичної допомоги визначаються законодавством країни, що регулює функціонування системи охорони здоров'я;

- медична допомога може бути як платного, так і безоплатного характеру;

- медична допомога надається лише кваліфікованими особами, що відповідають певним кваліфікаційним вимогам;

- медична допомога може надаватися як одноосібно, так і групою осіб відповідної кваліфікації.

Повоєнне відновлення системи охорони здоров'я має характеризувати медичні послуги як безпечні, якісні та ефективні. Відповідно до цього, пропонуємо такі підходи до розуміння зазначених понять:

- безпечність медичної послуги – це надання медичної послуги відповідно до встановлених та нормативно закріплених стандартів, використання безпечних медичних маніпуляцій та ліків, що не шкодять здоров'ю пацієнта та інших осіб;

- якість медичної послуги – це надання медичної послуги відповідно до встановлених та нормативно закріплених стандартів, що характеризується поліпшенням стану здоров'я пацієнта та його задоволеністю отриманими послугами;

- ефективність медичної послуги – це досягнення відповідного співвідношення результату медичної послуги, за якого враховується

стан пацієнта до та після здійснення медичних маніпуляцій, і їх вплив на інших осіб, та сукупності використаних ресурсів.

Відповідно до зазначеного, під закладом охорони здоров'я пропонуємо розуміти суб'єкт реалізації медичних послуг за різними рівнями та видами медичної допомоги, що ліцензовані суб'єктом реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я, який діє на підставі статуту як державний, приватний або комунальний суб'єкт господарювання.

У контексті формування нової системи охорони здоров'я є необхідність визначення її нових властивостей, а саме: безпечності, адаптивності та стійкості. Вказані властивості будуть докладніше окреслені в наступних розділах дослідження, проте в цьому підпункті пропонуємо таке їх розуміння щодо діяльності закладів охорони здоров'я:

- безпечність закладу охорони здоров'я – це забезпечення безперебійної роботи закладу охорони здоров'я, безпеки медичного персоналу та пацієнтів в умовах надзвичайних ситуацій та можливість безперебійної ізольованої роботи закладу охорони здоров'я певний проміжок часу;

- адаптивність закладу охорони здоров'я – це наявність відповідного забезпечення закладу охорони здоров'я для якісного та оперативного надання медичних послуг цивільному населенню в умовах надзвичайних ситуацій та можливість оперативної зміни профілю діяльності закладу охорони здоров'я для надання медичних послуг військовим або ж здійснення евакуації пацієнтів, персоналу, обладнання з територій надзвичайних ситуацій, зокрема бойових дій;

- стійкість закладу охорони здоров'я – це можливість оперативної релокації та відновлення діяльності закладу охорони здоров'я в цілому та окремих його складових в умовах надзвичайних ситуацій.

Висновки до розділу 1

1. Стратегічне управління суспільно значущими сферами є ключовою областю досліджень, оскільки воно передбачає не лише виявлення критичних точок в поточних умовах, а й розробку методологічних положень для оцінки потенційних факторів, які можуть виникнути в майбутньому, з метою визначення стратегічних цілей. Система охорони здоров'я є безумовним пріоритетом та соціально вагомим об'єктом державного управління як у мирний час, так і, тим більше, в умовах воєнного стану та у післявоєнний період. Десятирічна війна в Україні та повномасштабне російське вторгнення, які тривають, супроводжуються терористичними актами проти українського народу, що завдали серйозної шкоди як державі загалом, так і безпосередньо системі охорони здоров'я. Саме тому у нинішніх обставинах важливого значення набуває пошук нових підходів до її відновлення та формування такої системи охорони здоров'я, яка відповідатиме повоєнним вимогам і буде здатною ефективно протистояти як внутрішнім, так і зовнішнім загрозам.

2. Система охорони здоров'я є складною і динамічною, оскільки охоплює широкий спектр зацікавлених сторін і має на меті задоволення базових потреб людини. Її міждисциплінарний характер визначає її унікальність як об'єкта державного управління і пізнання. Охорона здоров'я виходить далеко за межі звичайних суспільних відносин, що вимагає особливого підходу до аналізу її специфічних рис і функцій у контексті науки державного управління.

3. Складність ідентифікації характерних рис об'єктно-предметного поля полягає в складності самої системи державного управління та її об'єкта – системи охорони здоров'я. Процес пізнання за обраним напрямом вимагає врахування сукупності ознак державного управління як особливої сфери професійної діяльності, а також політичних процесів регулювання, що є частиною більш широкої системи соціального управління. Система державного управління в охороні здоров'я, будучи частиною більш широкої системи соціального управління, не підпорядковується стандартним механізмам

менеджменту, характеризується відсутністю підпорядкування між суб'єктом та об'єктом управління і має бути спрямована на розробку ефективних механізмів відновлення системи охорони здоров'я, що включає не тільки її повернення до довоєнного стану, а й створення нової системи, яка буде володіти такими властивостями: безпечністю, адаптивністю, стійкістю, якістю та ефективністю. Система державного управління охороною здоров'я повинна бути здатною реагувати на сучасні виклики та прогнозувати нові, щоб забезпечити високий рівень здоров'я населення та ефективно виконувати функції підтримки оборони та національної безпеки країни.

4. Повоєнне відновлення системи охорони здоров'я має стати важливою складовою стратегії відбудови країни і супроводжуватися формуванням нової повоєнної системи охорони здоров'я, яка відповідатиме запитам суспільства та характеризуватиметься такими властивостями, як безпечність, адаптивність, стійкість, якість та ефективність. Нова система охорони здоров'я є не лише результатом дослідження з позиції державного управління, а й об'єктом цього дослідження. Бачення нової повоєнної системи охорони здоров'я полягає у її відповідності таким основним положенням: 1) повоєнним запитам з огляду на соціальні наслідки російсько-української війни (реабілітація військових і цивільних осіб, які постраждали в результаті бойових дій; відновлення та збереження ментального здоров'я дорослих і дітей; підтримка репродуктивного здоров'я жінок); 2) вимогам до ефективного функціонування системи охорони здоров'я в цілому та її окремих складових (наприклад, закладів охорони здоров'я) в умовах надзвичайних ситуацій, зокрема воєнних дій, що включають здатність оперативно адаптуватися до змінюваних умов та переорієнтовуватися для виконання воєнних завдань; автономно надавати медичну допомогу в умовах тимчасової ізоляції; оперативно реагувати на зовнішні загрози та ризики; мати можливість оперативної релокації; 3) основними складовими, що забезпечують функціонування системи охорони здоров'я, є: а) система вищої освіти, яка повинна готувати кадри та забезпечувати безперервну освіту за принципами концепції «освіта впродовж життя»; б) система фінансування, що має

ґрунтуватися на сучасних інструментах взаємодії держави та приватного сектору для реалізації сукупності проєктів у системі охорони здоров'я. Ці складові є визначальними для досягнення стабільності та ефективності в роботі системи охорони здоров'я в умовах повоєнного відновлення. Зазначений складний об'єкт характеризує предмет дослідження, що відповідає предметному полю науки державного управління та представляє собою сукупність теоретичних, методологічних та організаційних положень формування механізмів з розробки і реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

5. У відповідності до логіки побудови організації наукового дослідження, розроблені теоретичні положення, що стосуються розвитку понятійного-категоріального апарату і складових системи державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, ідентифікації наслідків та оцінки сучасних положень методології стратегічного державного управління, було апробовано з позиції оцінки актуального стану досліджуваної проблеми та виявлення її симптомів. У подальшому це дозволило обґрунтувати нові положення методології та організації стратегічного державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, реалізація яких ґрунтується на удосконаленні механізмів фінансового забезпечення, відновлення інфраструктури та розвитку кадрового потенціалу. Зазначена логіка дослідження наведена в структурно-логічній схемі.

6. За результатами проведеного дослідження розвинено систему понять та категорій державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, а саме: а) уточнено зміст понять система охорони здоров'я (як науки та об'єкта державного управління, а також в контексті теоретичних, суб'єктних та галузевих підходів); громадське здоров'я (як науки, об'єкта державного управління та за суб'єктним підходом); медична послуга (як економічна, медична, юридична категорія); медична допомога (в контексті об'єктно-предметного поля наук державного управління); заклад охорони здоров'я; б) запропоновано нові поняття, які

характеризують властивості повоєнної системи охорони здоров'я: безпечність медичної послуги (це надання медичної послуги відповідно до встановлених та нормативно закріплених стандартів, використання безпечних медичних маніпуляцій та ліків, що не шкодять здоров'ю пацієнта та інших осіб); якість медичної послуги (це надання медичної послуги відповідно до встановлених та нормативно закріплених стандартів, що характеризується поліпшенням стану здоров'я пацієнта та його задоволеністю отриманими послугами); ефективність медичної послуги (це досягнення відповідного співвідношення результату медичної послуги, за якого враховується стан пацієнта до та після здійснення медичних маніпуляцій та їх вплив на інших осіб, та сукупності використаних ресурсів); безпечність закладу охорони здоров'я (це забезпечення безперебійної роботи закладу охорони здоров'я, безпеки медичного персоналу та пацієнтів в умовах надзвичайних ситуацій та можливість безперебійної ізольованої роботи закладу охорони здоров'я певний проміжок часу); адаптивність закладу охорони здоров'я (це наявність відповідного забезпечення закладу охорони здоров'я для якісного та оперативного надання медичних послуг цивільному населенню в умовах надзвичайних ситуацій та можливість оперативної зміни профілю діяльності закладу охорони здоров'я для надання медичних послуг військовим або ж здійснення евакуації пацієнтів, персоналу, обладнання з територій надзвичайних ситуацій, зокрема бойових дій); стійкість закладу охорони здоров'я (це можливість оперативної релокації та відновлення діяльності закладу охорони здоров'я в цілому та окремих його складових в умовах надзвичайних ситуацій). Зазначені підходи використані для цілей цього дослідження, а також можуть розвинути термінологічний апарат в нормативно-правовій базі, що регулює систему охорони здоров'я та буде застосовуватися під час реалізації Стратегії її повоєнного відновлення.

РОЗДІЛ 2

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Ідентифікація наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я

Вже більше десяти років на території України тривають бойові дії, а повномасштабне вторгнення країни-агресора спричинює сукупність наслідків як для держави в цілому, так і для системи охорони здоров'я зокрема. «Уряд України готує національний план післявоєнного відновлення. Перший проєкт плану було представлено до розгляду на Міжнародній конференції з питань відновлення України в липні 2022 року (URC 2022); до участі у роботі над планом було запрошено представників національних і міжнародних інституцій. Головними цілями Плану відновлення України є забезпечення економічної, соціальної та екологічної стійкості; пошук ефективних рішень для відновлення найважливіших економічних та соціальних процесів і природних екосистем; розробка плану модернізації для забезпечення швидкого і стійкого економічного зростання та добробуту населення. Особлива увага у сфері охорони здоров'я приділяється модернізації системи охорони здоров'я задля сприяння розвитку людського капіталу» [124].

Сьогодні вкрай важливо визначитися з пріоритетними напрямками відновлення системи охорони здоров'я як в умовах воєнного стану, так і в післявоєнний період. Саме в таких реаліях актуалізується науковий пошук шляхів ідентифікації та подолання наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я. Держава має сформувати нову якісну систему охорони здоров'я як для забезпечення її штатного функціонування, так і для подолання наслідків бойових дій, зокрема в частині: реабілітації військовослужбовців та цивільного

населення, що отримали поранення; відновлення штатного режиму функціонування закладів охорони здоров'я; гарантування високого рівня громадського здоров'я, зважаючи на техногенні наслідки бойових дій. Зазначене визначає потребу в формуванні нового адаптивного механізму ідентифікації цих наслідків.

Питання оцінки, ідентифікації та визначення наслідків війни досліджувалися в працях вітчизняних та зарубіжних вчених. Особливо актуалізувався вказаний напрям наукових досліджень в Україні з 2014 р. та набув нової форми з моменту повномасштабного вторгнення російської федерації. Зокрема, окремі аспекти дослідження наслідків воєнних дій для суспільства загалом та системи охорони здоров'я зокрема представили в результатах своїх наукових досліджень наступні вчені: В. Білак-Лук'янчук, К. Войцицька, В. Горбунова, Д. Грицишен, Н. Гусак, Г. Демочко, Е. Квірке, В. Климчук, С. Книш, І. Миронюк, С. Петрик, І. Робак, Т. Семигіна, Г. Слабкий, Л. Сергієнко, О. Суховій, О. Щербінська та інші. Проблеми розвитку системи охорони здоров'я та впливу на нього сукупності факторів досліджені в дисертаціях: М. Банчук, І. Бедрик., М. Білинська, І. Білоус, С. Бугайцов, Л. Буравльов, Н. Васюк, Т. Висоцька, С. Вовк, О. Галацан, Д. Джафарова, Н. Дуб, В. Дудка, К. Жилка, В. Лещенко, В. Карлаш, О. Клименко, Т. Коваленко, О. Корольчук, Ю. Котляревський, Ж. Кравченко, Н. Кризина, О. Крикун, Л. Криничко, П. Кузьмінський, Т. Курило, Ю. Лермонтова, Л. Ляховченко, Ю. Малігон, О. Мартинюк, С. Мокрецов, О. Мотайло, З. Надюк, І. Паращич, С. Петрик, Я. Пітко, Я. Радиш, Н. Рингач, В. Рудий, О. Торбас, Ю. Фільц, О. Устимчук, О. Фірсова, І. Фуртак, В. Шевчук, Я. Шегедин, О. Штогрин, Н. Юристовська, Н. Ярош та інших. Результати досліджень перелічених вчених мають вагоме значення для забезпечення та розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, проте, в сучасних умовах, є потреба в коригуванні механізмів державного управління системою охорони здоров'я в контексті воєнного часу та розробці нових для її повоєнного відновлення.

«Воєнні дії, які відбулися в період першого року повномасштабної війни і продовжують відбуватися досі, призвели до загибелі та травмування мирного населення; втрати майна та фінансових активів; знищення житлових будинків, соціальних об'єктів, транспортної

інфраструктури та систем зв'язку і комунікацій; загального економічного спаду внаслідок закриття або фізичного знищення підприємств, звуження діяльності бізнесу та зростання безробіття через втрату виробничих потужностей та розриву економічних зв'язків; зниження реальних доходів та зростання цін на товари та послуги; ускладнення забезпечення населення критично необхідними послугами та обмеженням доступу до базових соціальних послуг; погіршення стану навколишнього природного середовища тощо. Війна змінила практично всі аспекти життя людей – ринок праці, інфраструктуру населених пунктів, систему охорони здоров'я, сферу освіти, перетворивши деякі з розвинених міст України на безлюдні території, знищивши унікальну екосистему та завдавши непоправної шкоди довкіллю на багато десятиріч вперед» [172]. Значних руйнувань та втрат, у результаті зазначених подій, завдано системі охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я відіграє значущу роль у забезпеченні розвитку держави у всіх без винятку складових суспільних відносин. Адже основним завданням цієї системи є формування та гарантування високого рівня громадського здоров'я населення, з одного боку, та індивідуального здоров'я громадянина, з іншого. «Система охорони здоров'я є особливою сферою державного управління, адже впливає на громадське здоров'я, яке в свою чергу: є складовою людського капіталу держави; характеризує рівень економічного, соціального та екологічного розвитку держави; впливає на усі сфери суспільного життя; становить інтерес усіх без винятку учасників суспільних відносин (людина, суспільство, держава, суб'єкти господарювання, громадські організації та інші); здоров'я знаходиться на перетині інституційних інтересів суб'єктів формування та реалізації державної політики. Система охорони здоров'я України є досить мінливою до реформ галузю державного управління. Це обумовлено тим, що охорона здоров'я є складовою соціальної політики держави, та завжди знаходиться на перетині соціальних інтересів більшості членів суспільства» [77].

Варто наголосити, що значні руйнівні наслідки російсько-української війни для системи охорони здоров'я також пов'язані з її станом у довоєнний період, зокрема:

– *низьким рівнем задоволеності населення медичними послугами.* «В Україні станом охорони здоров'я незадоволені всі: і громадяни, і медичні працівники, і уряд, і Верховна Рада. Українська система охорони здоров'я не здатна повною мірою задовольнити потреби населення в медичній допомозі, забезпечити її доступність і належну якість, необхідний рівень профілактики захворюваності, зниження смертності, збільшення тривалості життя населення. Медична реформа не лише назріла, а й певним чином перезріла. Реалізація права людини на якісні медичні послуги зумовлює спрямування політики держави в Україні на реформування чинної системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі. Виконанню цього завдання сприятиме аналіз досвіду організації медичної сфери у країнах, системи охорони здоров'я яких визнано успішними. Руйнація системи охорони здоров'я Семашка (бюджетне утримання медичної інфраструктури) в Україні дає нашій державі унікальний шанс створити нову модель, яка буде побудована на сучасних досягненнях і враховуватиме позитивний досвід організації охорони здоров'я світового співтовариства» [70, с. 39];

– *повільною реалізацією реформ у сфері охорони здоров'я.* Реформи в сфері охорони здоров'я в більшій мірі були залежними від політичних змін, що в результаті призвело до їх сповільнення, а в окремих випадках – навіть до згортання;

– *відсутністю Стратегії реформування системи охорони здоров'я та механізму обмеженості політичного впливу на її реформування.* «Суспільна охорона здоров'я України пізнає на сучасному етапі багато реформувань, як системи надання медичної допомоги, так і використання наявних ресурсів. Але, негативні наслідки, які сформувалися у медичній галузі України є показником багаторічної державної політики з недооцінкою її для здоров'я населення країни. Поряд з цим, сучасна сфера охорони здоров'я країни ще не наповнена чітким необхідним потенціалом механізмів управління і слабо адаптована до реальних умов життя. Не дивлячись на конкретні кроки, які здійснюються для реформування медичної сфери, вони досі мають принципові суперечності в поглядах до

механізмів управління, фінансування, медичного страхування та ін. Фактично, це втрата чіткої системи управління галуззю. А характер економічних зв'язків лікувальних закладів ще не сприяє повною мірою їх перетворенню в самостійні господарюючі суб'єкти» [18, с. 209].

На відміну від інших систем забезпечення розвитку суспільства, система охорони здоров'я надто вразлива до впливу факторів внутрішнього та зовнішнього середовища: техногенного, політичного, економічного, воєнного та іншого характерів. Визначення згаданих факторів, ідентифікація та оцінка їх наслідків для системи охорони здоров'я є невід'ємною складовою забезпечення формування та реалізації Стратегії її повоєнного відновлення.

Зазначимо, що ідентифікація наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я – це життєво важливий структурний елемент розробки Стратегії її повоєнного відновлення та формування якісно нової системи, яка б випереджала час. Для цього потрібно враховувати як власне сучасні реалії, так і попередні недоліки системи охорони здоров'я. Адже більшість зарубіжних вчених вважали довоєнну систему охорони здоров'я як недосконалу та застарілу: «до війни українську систему охорони здоров'я характеризували як неефективну та таку, що не реагує на потреби населення. Українська система охорони здоров'я зберігає багато рис моделі системи охорони здоров'я, впроваджені Семашком (успадковані від радянських часів після проголошення незалежності України в 1991 році), у тому числі ухил у бік надання стаціонарних послуг та централізованих структур планування» [212].

На зазначених проблемах наголошували розробники національної Стратегії реформування системи охорони здоров'я: «Під час реформування та модернізації системи охорони здоров'я України повинні бути окреслені цілі та завдання, виконання яких допоможе реалізувати соціальні цінності та прагнення в дусі традицій сучасної, демократичної Європи. Право людини на здоров'я повинно базуватися на економічному та соціальному розвитку і політичній стабільності. Україна потребує ефективного функціонування юридичних, фінансових, економічних, структурних, управлінських, організаційних, інформаційних і комунікаційних інститутів із метою

досягнення найкращих результатів для здоров'я (його рівня та рівності в ньому), фінансової захищеності при отриманні медичної допомоги, оперативного задоволення вимог та очікувань громадян і загальної ефективності галузі» [102, с. 16].

Таким чином, ідентифікація наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я має базуватися на врахуванні недоліків існуючої системи охорони здоров'я, які обумовили значні її пошкодження та руйнування в результаті бойових дій, та неадаптивності медичних послуг в умовах воєнного стану. Нам необхідно повністю забезпечити розвиток системи охорони здоров'я, яка б надавала якісні медичні послуги населенню в мирний час та була пристосована до можливих умов надзвичайних ситуацій, зокрема воєнних дій.

Вітчизняні дослідники проблем громадського здоров'я в Україні В. Білак-Лук'янчук, І. Миронюк, Г. Слабкий, О. Щербінська зазначають, що «наслідки війни для України сьогодні найчастіше оцінюють через призму економічних збитків, руйнувань інфраструктури та кількості загиблих» [92]. Погоджуємося із цим твердженням та подальшими обґрунтуваннями вчених щодо суттєвої обмеженості такого підходу до ідентифікації та оцінки наслідків російсько-української війни. «Російська агресія проти України спричинила серйозну гуманітарну кризу. Повномасштабне військове вторгнення Росії та інтенсивні бойові дії, що тривають в Україні з 24 лютого 2022 р., завдали потужного удару по всіх ланках економічної, соціальної, гуманітарної системах української держави» [146]. Вважаємо, що ідентифікація наслідків російсько-української війни, як і будь-яких інших наслідків воєнних дій, має ґрунтуватися на таких положеннях:

1. Наслідки воєнних дій слід згрупувати за сферами суспільних відносин та державного управління, а саме: охорона здоров'я, промисловість, екологія, сільське господарство, освіта, соціальна сфера, культура та мистецтво, комунальне господарство, лісове господарство, водне господарство, енергетика та інші. Ці складові тісно взаємопов'язані та чинять вплив на безпеку системи охорони здоров'я й, відповідно, ефективність її повоєнного відновлення.

Групування наслідків війни за вказаними напрямками дозволяє сформувати комплексне бачення Стратегії відбудови України, з одного боку, а також прослідкувати взаємозв'язки між різними складовими суспільних відносин, з іншого. Такі зв'язки є визначальними в контексті відновлення як окремої галузі, так і територій в цілому. Так, для системи охорони здоров'я врахування наслідків як власне внутрішньосистемних, так і щодо інших сфер суспільних відносин, має значення з наступних причин:

– по-перше, наслідки війни в промисловості, сільському господарстві, енергетиці та інших галузях національної економіки визначають тенденції економічного розвитку і, як наслідок:

а) формування бюджету держави як основного джерела фінансування системи охорони здоров'я;

б) платоспроможності населення та можливості використання платних медичних послуг.

З огляду на це, при формуванні Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я виникає проблема пошуку джерел фінансування процесів відновлення та формування нової якісної системи охорони здоров'я, яка б відповідала повоєнним запитам. Крім того, економічні наслідки воєнних дій через негативний ефект на фінансову спроможність населення України впливають й на стан ментального здоров'я населення, що варто врахувати при формуванні комплексу медичних послуг відновленої системи охорони здоров'я. «Загальні прямі збитки активів підприємств оцінюються у \$11,3 млрд. Загалом від початку війни пошкоджено або зруйновано щонайменше 426 великих та середніх приватних підприємств, а також державних підприємств, плюс десятки тисяч малих приватних. Ймовірно, справжня цифра є більшою, оскільки не про всі підприємства є інформація, особливо якщо йдеться про тимчасово окуповані території. Підприємства можна умовно поділити на дві групи. Перша – знищені випадково або “за компанію” під час обстрілів військових частин та населених пунктів. Друга – знищені навмисно, в рамках прицільних стратегічних ракетних ударів. Крім об'єктів транспортної та енергетичної інфраструктури, які описані у відповідних відділах, це,

насамперед, виробництва військового та подвійного призначення. На відміну від першої групи, яка сконцентрована у прифронтових областях, друга рівномірно розподілена по всій території України» [59];

– по-друге, екологічні наслідки воєнних дій є суттєвими як для держави в цілому, так і для системи охорони здоров'я зокрема. Так, при реалізації процесів відновлення системи охорони здоров'я слід звернути увагу на стан громадського здоров'я населення на окремих територіях. Відновлення системи охорони здоров'я має передбачати як стан громадського здоров'я на поточний період, так і прогностичні показники, що дозволить сформувати систему, адаптовану до зовнішніх загроз. «Основна небезпека для довкілля в умовах воєнних дій пов'язана з ризиком забруднення через пошкодження промислових підприємств та інфраструктурних об'єктів внаслідок влучання боєприпасів або аварійне порушення їх роботи через припинення електропостачання, водопостачання, газопостачання, порушень технологічних процесів тощо. Особливу небезпеку становлять бойові дії на промислово розвинених територіях сходу та півдня України. Серед багатьох промислових підприємств, які зазнали пошкоджень або порушень роботи в результаті бойових дій, опинилися і найбільш екологічно небезпечні: Чорнобильська, Запорізька, Хмельницька, Рівненська та Південноукраїнська АЕС, Київська, Дніпровська, Кременчуцька, Дністровська та Каховська ГЕС, численні теплові електростанції та теплоелектроцентралі, хімічні та металургійні підприємства, шахти, нафтопереробні підприємства, сховища нафтопродуктів тощо. В ході війни неодноразово були зафіксовані випадки пошкодження інфраструктури та відключення від електропостачання вугледобувних підприємств. Це призводило до зупинок систем водовідведення шахтних вод та в ряді випадків – до повного затоплення шахт, неминучим наслідком якого стане забруднення поверхневих вод, підтоплення та забруднення навколишніх територій і просідання поверхні» [59];

– по-третє, втрати в промисловості можуть стосуватися і фармацевтичного сектору, тобто виробництва ліків та медичного обладнання, що, в свою чергу, визначає внутрішньодержавні можливості процесів відновлення системи охорони здоров'я;

– по-четверте, гуманітарні наслідки супроводжуються обмеженістю доступу населення до критичних послуг і, як наслідок, ставлення населення до власного здоров'я, що призводить до зниження рівня громадського здоров'я. «Війна суттєво вплинула на доступ людей до критичних послуг, у тому числі до води, електроенергії, опалення, охорони здоров'я, освіти та соціального захисту, кардинально змінивши життя людей, які мешкають у недоступних та важкодоступних місцевостях. Війна також позначилася на найуразливіших групах населення, зокрема на мешканцях регіонів, безпосередньо потерпілих від війни, вимушених переселенцях, людях похилого віку, жінках, дітях і людях, які живуть у злиднях. Удари по системах електропостачання погіршили умови життя на значній частині території країни, особливо в холодні зимові місяці. Такі непередбачувані обставини, включно з ракетними атаками на багато регіонів України та обмеженим доступом до базових послуг, призводять до складної динаміки мобільності та наражають людей на підвищені ризики у сфері безпеки та захисту, негативно впливають на психічне здоров'я та психосоціальний добробут. Масові жертви серед мирного населення, масштабні переміщення, руйнування критичної інфраструктури та порушення постачання основних послуг в майбутньому можуть призвести до ще більшого зростання соціальної напруженості, локальних конфліктів та нестабільності» [72].

2. Оцінка наслідків за кожною сферою має відображати їх вплив на стан національної безпеки за сферами забезпечення, а саме: економічною, соціальною, продовольчою, екологічною, інформаційною, енергетичною, воєнною, політичною, геополітичною, кадровою, гуманітарною, технічною, технологічною та іншими.

3. Наслідки варто згрупувати за їх родовою ознакою:

– інфраструктурні (пошкодження, руйнування, обмеження доступу до об'єктів критичної інфраструктури та інфраструктури системи охорони здоров'я). «Прямі задокументовані збитки від руйнувань об'єктів охорони здоров'я складають \$1,8 млрд. Загалом від початку війни пошкоджено або зруйновано щонайменше 1 216 закладів охорони здоров'я. У рамках проекту розрахунок збитків включає оцінку

пошкоджень об'єктів охорони здоров'я, до яких відносяться: лікарні, поліклініки, стоматології, консультативно-діагностичні центри, медичні кабінети, фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, реабілітаційно-оздоровчі центри, лабораторні центри та центри крові, господарські будівлі закладів охорони здоров'я. Втрати від руйнувань, завданих приватним медичним закладам, розраховуються окремо» [59];

– загиблі серед цивільного населення та військових (окремо виділити кількість лікарів та медичного персоналу серед цивільного населення та військових, які загинули в результаті бойових дій). «Більшість зареєстрованих жертв серед цивільного населення були викликані застосуванням вибухових речовин із великою площею ураження, включно з обстрілами з важкої артилерії та систем залпового вогню, а також ракетними та авіаційними ударами. УВКПЛ вважає, що реальні цифри є значно вищими, оскільки отримання інформації з деяких місць, де йшли інтенсивні бойові дії, затягнулося, і багато повідомлень ще не підтверджено. Це стосується, наприклад, Маріуполя (Донецька область), Ізюма (Харківська область) та Попасної (Луганська область), де, як стверджується, є численні жертви серед цивільного населення» [146];

– кількість осіб, що втратили працездатність в результаті бойових дій, зокрема медичний персонал;

– кількість населення, яке виїхало за межі України та не приступили до роботи на території України або дистанційно, зокрема серед медичного персоналу. «Понад вісім мільйонів українців знайшли притулок за кордоном, тоді як було зафіксовано 602 337 випадків перетину кордону громадянами третіх країн (ГТК) з України до сусідніх країн (УВКБ ООН, 2023; МОМ, 2023). За час кризи загальна кількість біженців і ГТК, які виїжджають з України, невпинно зростає. ... Біженців і ГТК з України й надалі зустрічають із солідарністю не лише в сусідніх країнах, а й у ширшому регіоні. На порозі другого року повномасштабної війни 63% громадян України заявляють, що найближчим часом планують залишатися в країні перебування (УВКБ ООН, грудень 2022). Багато сусідніх країн зіткнулися зі значним зростанням кількості населення – зокрема жінок і дітей – у міській

місцевості, що збільшує тиск на основні послуги. Усе ще залишаються прогалини у сфері підтримки біженців, ГТК і країн у цілому в пошуку обопільних соціально-економічних переваг від їхньої інклюзії в контексті тривалої невизначеності та вичерпання ресурсів» [72];

– матеріальні втрати (об'єкти оборотних, зокрема ліки та інше медичне обладнання, та необоротних активів). «Від початку війни, через великі масштаби знищення української медичної інфраструктури та порушення логістичних зв'язків, медичні установи стикнулися з нестачею великої кількості лікарських засобів та обладнання. За даними опитування ВООЗ, кожен п'ятий хворий (22%) не зміг придбати необхідні йому ліки, а на тимчасово окупованих територіях і територіях з активними бойовими діями – кожен третій. Схожа ситуація і з внутрішньо переміщеними особами. Найчастіше респонденти називали такі види ліків, які важко було отримати через підвищення цін на них (84%), або відсутність ліків в аптеці (46%): ліки проти високого артеріального тиску – 49%; ліки проти серцевих захворювань – 49%; знеболювальні препарати – 41%; седативні препарати – 33%; антибіотики – 32%» [3];

– трансформація та збільшення потреби населення в медичних послугах. «Російська військова агресія проти України порушила доступ до послуг з охорони здоров'я внаслідок пошкодження інфраструктури, втрати персоналу, безпекових проблем, масового переміщення населення та збільшення собівартості компонентів медичного обслуговування в поєднанні зі зменшенням платоспроможності населення. Війна збільшила потреби в медичних послугах у таких сферах, як екстрена медична допомога, допомога при травмах та опіках (у липні 2022 року кількість пацієнтів, які отримували відповідну допомогу, була у 12 разів більшою, порівняно з січнем 2022 року), реабілітація (в 1,6 разів вищий показник у липні 2022 року, порівняно з січнем 2022 року), допомога при проблемах із психічним здоров'ям. Масштаб такого підвищеного попиту варіюється у різних регіонах і районах України залежно від контексту. Багато людей покинули країну, але більшість залишилися (значна кількість

людей стали внутрішньо переміщеними особами); поступово біженці починають повертатися в Україну» [124].

4. Наслідки воєнних дій варто оцінювати як в економічному вимірі, так і неекономічному, адже не усі з них можливо обґрунтувати фінансово та надати їм грошовий вираз.

Щодо власне наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я, то їх варто ідентифікувати та оцінювати також з позиції їх впливу на інші сфери суспільних відносин та зворотний ефект зазначених сфер на систему охорони здоров'я, зважаючи на такі положення:

- система охорони здоров'я чинить вплив на сукупність сфер суспільних відносин, а саме: економічну, соціальну, культурну та інші;
- наслідки воєнних дій в різних сферах суспільних відносин визначають вектори та можливості розвитку системи охорони здоров'я і впливають на Стратегію повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Узагальнюючи зазначене, можна представити наступну інформаційну модель ідентифікації наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я (рис. 2.1).

Отже, наслідки російсько-української війни пропонуємо згрупувати наступним чином:

- системно-структурні наслідки війни для системи охорони здоров'я: наслідки воєнних дій, що спричинили системні проблеми в охороні здоров'я та вплинули на її структуру та якість медичних послуг. До них відносимо інфраструктурні, людські та матеріальні. Ідентифікація та оцінка таких наслідків вагома для формування заходів із відновлення системи охорони здоров'я в контексті їх подолання;
- наслідки для громадського здоров'я: наслідки війни, що вплинули на суспільні відносини та життя населення, в результаті чого знизився рівень громадського здоров'я, що потребує додаткових заходів з удосконалення системи охорони здоров'я. Такими наслідками є психологічні, екологічні та економічні, що визначають вектори реформування системи охорони здоров'я з урахуванням повоєнного запиту.



Рис. 2.1. Інформаційна модель ідентифікації наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я

Важливими причинами жахливих наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я, окрім очевидних, також є:

- відсутність дієвого механізму евакуації та захисту закладів охорони здоров'я, що призводить до неможливості оперативного реагування на зовнішні загрози воєнного характеру та забезпечення безпеки персоналу та пацієнтів закладів охорони здоров'я;

- неналежне забезпечення безпеки закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій техногенного, екологічного, соціального та воєнного характерів, що пов'язано, в першу чергу, з відсутністю системи резервного живлення, укриття на випадок повітряної тривоги, продовольчих резервів тощо;

- відсутність механізму забезпечення інформаційної безпеки закладів охорони здоров'я за наступними напрямками: інформаційна безпека діяльності закладів охорони здоров'я (за видами діяльності); безпека особистих даних працівників закладів охорони здоров'я; безпека особистих даних пацієнтів.

Лише ідентифікувавши та оцінивши наслідки війни, можливо сформулювати дієві положення Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, яка має забезпечити формування нової якісної системи охорони здоров'я через: подолання наслідків війни, підвищення якості медичних послуг, забезпечення громадського здоров'я та забезпечення безпеки медичних послуг. Повоєнна система охорони здоров'я має відповідати наступним властивостям: безпечність, адаптивність та стійкість.

Таким чином, на основі проведеного дослідження обґрунтовано теоретико-методологічні положення ідентифікації наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я.

Визначено негативні тенденції розвитку довоєнної системи охорони здоров'я:

- низький рівень задоволеності населення медичними послугами;
- повільна реалізація реформ у сфері охорони здоров'я;
- відсутність стратегії реформування системи охорони здоров'я та механізму обмеженості політичного впливу на її реформування.

Розроблено порядок ідентифікації наслідків війни для формування Стратегії відновлення системи охорони здоров'я. Наслідки війни запропоновано поділяти на системно-структурні для системи охорони здоров'я (інфраструктурні, людські, матеріальні) та наслідки для громадського здоров'я (психологічні, екологічні, економічні), що покладено в основу розробленої інформаційної моделі. З огляду на це, подолання наслідків війни має відбуватися так, щоб забезпечити безпечність системи охорони здоров'я, її відповідність повоєнним запитам та належний рівень потенціалу за усіма його видами та формами.

2.2. Складові системи державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

Повоєнне відновлення системи охорони здоров'я має передбачати чітку стратегію послідовних дій та дієві механізми державного управління. Сучасні підходи до державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я мають бути повністю трансформовані, з урахуванням сукупності проблем, з якими зіткнулася система охорони здоров'я в умовах повномасштабного воєнного вторгнення країни-агресора. Це визначає потребу в трансформації теоретико-методологічних положень державного управління повоєнним відновленням системи охорони здоров'я. Відповідно до цього, актуалізується науковий пошук в контексті виявлення нових та трансформації діючих властивостей складових державного управління щодо:

- а) подолання наслідків воєнних дій для системи охорони здоров'я;
- б) формування системи медичних послуг, що відповідає повоєнним запитам;
- в) забезпечення ефективного пристосування системи охорони здоров'я до впливу як внутрішніх, так і зовнішніх загроз.

З огляду на це, необхідно переглянути зміст, властивості та критичні точки складових державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Питання повоєнного відновлення системи охорони здоров'я в сучасних умовах є новим об'єктом державного управління як науки та практики, проте окремі його аспекти в контексті історичних положень після Другої світової війни досліджувались такими вченими: В. Волониць, О. Гончарова, В. Ільїн, І. Романюк, Н. Шипік, Т. Школьніков та іншими. Особливості повоєнного відновлення системи охорони здоров'я викладені в наукових працях Б. Андрушків, О. Гагалюк, Н. Гахович, Н. Годзь, С. Гречана, Н. Діденко, Н. Кирич, О. Кіляр, О. Кушніренко та інших. Деякі проблеми державного управління відновленням системи охорони здоров'я вивчали Л. Антонова, Д. Грицишен, С. Домбровська, Л. Криничко, О. Мотайло, С. Петрик, Л. Сергієнко та інші.

Система охорони здоров'я є пріоритетною сферою повоєнної відбудови країни, адже має забезпечити вирішення сукупності завдань соціального, економічного та політичного характеру. «Стратегічне планування в умовах війни повинно бути націлене на повоєнне відновлення економіки – відбудову зруйнованих війною промислових та інфраструктурних потужностей, спрямоване на зміцнення миру й безпеки, досягнення сталого соціально-економічного розвитку, про що наголошують провідні вітчизняні наукові школи» [79]. З урахуванням цього, відновлена система охорони здоров'я має набути властивостей, які відповідатимуть повоєнним запитам суспільства. Стратегічне державне управління цією системою трансформується як в майбутньому, так і в поточному періоді в контексті формування та реалізації Стратегії її відновлення. Тому що «система охорони здоров'я є особливою сферою державного управління, адже вміщує в собі сукупність соціально-економічних відносин та є взаємопов'язаною із іншими галузями національної економіки та сферами державного управління» [77].

Система охорони здоров'я займає важливе місце в структурі суспільних відносин та розвитку економіки, адже від неї залежить життєдіяльність учасників суспільних відносин. Крім того, система охорони здоров'я спрямована як на певне суспільне, так і на приватне благо, тобто забезпечення індивідуального здоров'я особи. Складність системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління полягає в тому, що ця система знаходиться на перетині інтересів більшості

членів суспільних відносин, а тому відновлена система охорони здоров'я має забезпечити її адаптацію до повоєнних обставин.

«Особливостями системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління є:

1) стейкхолдери: зацікавленість більшості суб'єктів соціально-економічних відносин та суб'єктів державного управління в розвитку системи охорони здоров'я як фактору формування людського капіталу держави, що є основою розвитку інших соціально-економічних систем;

2) багатогалузевість: система охорони здоров'я включає в себе сукупність галузей економіки як власне надання медичних послуг, так і фармацевтичну галузь, галузь з виробництва медичних технологій; систему освіти медичних працівників тощо;

3) взаємозалежність: система охорони здоров'я взаємопов'язана із соціально-економічними та політичними системами та природно-кліматичними умовами» [77].

Стабільність та відповідність певним соціально-економічним умовам системи охорони здоров'я є чи не ключовим завданням держави, а, отже, потребує відповідних механізмів державного управління, які мають враховувати усі властивості об'єкта.

Зважаючи на те, що процеси відновлення системи охорони здоров'я є якісно новим об'єктом державного управління, є необхідність обґрунтування властивостей системи власне державного управління системою охорони здоров'я. «Побудова дієвої багаторівневої організаційної структури управління системою охорони здоров'я – важлива складова загальної функції управління – функції організації. Між структурою управління та організаційною структурою існує тісний зв'язок: структура організації відбиває прийнятий в ній поділ робіт між підрозділами, групами і людьми, а структура управління створює механізми координації, що забезпечують ефективне досягнення загальних цілей і завдань організації. Структура управління являє собою впорядковану сукупність зв'язків між ланками і працівниками, зайнятими рішенням управлінських завдань» [65, с. 333].

Застосування системного підходу, а саме: розгляд державного управління як системи, що має такі складові: об'єкт, суб'єкт,

методологічна дія та зворотний зв'язок, дозволить визначити ключові напрями її трансформації, з одного боку, та ідентифікувати нові властивості, які відповідатимуть повоєнним запитам, з іншого. Розглянемо кожен складову стосовно наповнення їх новим змістом, властивостями та напрямками розвитку в контексті формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Розгляд державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я з зазначеної позиції дозволить вирішити сукупність завдань дослідження:

- по-перше, ідентифікувати загальні властивості системи охорони здоров'я, властивості її повоєнного відновлення та властивості нової відновленої системи охорони здоров'я;
- по-друге, охарактеризувати властивості системи охорони здоров'я, яка відповідатиме її повоєнним запитам;
- по-третє, визначити напрями оптимізації діяльності суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я;
- по-четверте, обґрунтувати завдання державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та управління власне новою системою охорони здоров'я;
- по-п'яте, визначити напрями трансформації методології державного управління через обґрунтування інноваційних ключових механізмів державного управління.

Надамо характеристику кожному елементу системи державного управління системою охорони здоров'я та визначимо їх ключові особливості та нові властивості.

Складність об'єкта державного управління в контексті визначеного об'єктно-предметного поля дослідження полягає в тому, що він включає в себе як властивості системи охорони здоров'я довоєнного періоду, так і наслідки російсько-української війни та властивості повоєнної системи охорони здоров'я. Крім того, система охорони здоров'я є багаторівневою, а тому кожен нижчий рівень є як об'єктом державного управління для вищого рівня, так і суб'єктом для нижчого. Відповідно до зазначеного, вбачаємо такою структуру об'єкта державного управління повоєнного відновлення (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Об'єкт державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

Визначення властивостей, структури та змісту об'єкта державного управління є визначальним для формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Наведений на рисунку 2.2 авторський підхід описує об'єкт державного управління як складний динамічний, що характеризується міжгалузевістю, соціальною орієнтованістю та багатoproфільністю. Крім того, система охорони здоров'я знаходиться на перетині інтересів більшості учасників суспільних відносин, які можуть переслідувати як індивідуальні, так і суспільні та публічні цілі.

Процес повоєнного відновлення системи охорони здоров'я включає сукупність об'єктів за:

- подоланням наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я;
- формуванням нової системи охорони здоров'я;
- новою системою охорони здоров'я.

Кожна складова має свої специфічні особливості, що визначають зміст механізмів державного управління та стратегічні цілі.

Подолання наслідків російсько-української війни, як об'єкт державного управління, характеризується такими складовими та властивостями:

1. Відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я.

Цей процес має відбуватися за декількома напрямками, які визначаються перебігом воєнних дій, окупацією державних територій та пошкодженням інфраструктури через повітряні загрози (викликані балістичними ракетами, безпілотними літальними апаратами та ін.). Основою повоєнного відновлення діяльності закладів охорони здоров'я є відбудова тих закладів охорони здоров'я, що знаходяться на територіях, які контролюються державною владою України, та на яких не відбуваються воєнні дії, тобто які не перебувають на лінії фронту, але були пошкоджені в результаті повітряних атак. «У 10 областях 48 лікарень були обстріляні кілька разів, що підкреслює не лише невибірковий характер атак, але й можливість того, що удари мали навмисний характер. Наприклад, Сєвєродонецька міська багатoproфільна лікарня в Луганській області зазнала щонайменше

10 атак з березня по травень 2022 року. В одну з лікарень Харківської області влучили п'ять разів, в іншу – чотири» [81].

Відновлення інфраструктури таких закладів охорони здоров'я відбувається в умовах воєнного стану і, зазвичай, зорієнтоване на задоволення воєнних потреб. Водночас, необхідним є врахування нових підходів до організації медичної допомоги в країнах ЄС (з огляду на обрання Україною євроінтеграційного курсу) та формування організації діяльності закладів охорони здоров'я, які відповідатимуть запитам післявоєнного періоду. Проблемою, яка прослідковується в цьому контексті в умовах сьогодення, тобто воєнного часу, є відсутність комплексного підходу до відновлення інфраструктури з точки зору бачення майбутнього. Адже уся відбудова здійснюється лише максимум для досягнення довоєнного стану, без розуміння викликів, які можуть постати в майбутньому.

Важливим завданням щодо реалізації стратегічних цілей державного управління процесами відновлення системи охорони здоров'я є організація медичних послуг усіх рівнів на деокупованих територіях. Таке завдання вкрай складно реалізується через високий ризик воєнних дій та близькість лінії фронту. Передусім, організація та реалізація медичних послуг покладається на міжнародні гуманітарні та волонтерські організації. На окремих деокупованих територіях було розгорнуто польові центри надання медичних послуг командами медицини катастроф. За даними Кабінету Міністрів України (публікація від 20 грудня 2022 р.) «зараз на деокупованих територіях Херсонської та Миколаївської областей розгорнуто 4 команди медицини катастроф. До складу кожної входять висококваліфіковані працівники системи екстреної медичної допомоги. Від початку роботи (23 жовтня 2022 р.) в цих областях команди медицини катастроф надали допомогу 2 936 пацієнтам і відвідали 90 населених пунктів. Команди медицини катастроф почали свою роботу в Україні з квітня на звільненій Київщині. Відтоді вони постійно виїжджають на територію деокупованих громад і надають медичну допомогу тим, хто упродовж тривалого часу був позбавлений її через окупацію» [96].

Водночас, за офіційними даними Міністерства охорони здоров'я України, розпочалася робота з формування плану заходів відновлення системи медичних послуг на деокупованих територіях. «Міністерство охорони здоров'я розпочне роботу з відновлення та відбудови медзакладів на деокупованих територіях, що були зруйновані внаслідок війни РФ проти України. Наразі триває робота над створенням плану розвитку та відновлення закладів охорони здоров'я, які постраждали внаслідок російської агресії. Потужності нових лікарень будуть визначені на основі моделі госпітального планування, над розвитком яких МОЗ працювало останніми роками. Нагадаємо, що понад 350 об'єктів медичної сфери зазнали руйнувань або пошкоджень» [97].

Найбільш важливою проблемою в контексті Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я є її фінансове забезпечення, адже війна зумовила падіння економіки держави, що призводить до зниження надходжень до державного бюджету, а також спричинила значне навантаження на бюджет через збільшення військових видатків та соціальних виплат. З огляду на це, джерелами фінансового забезпечення мають стати зовнішні донори.

2. Відновлення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я. «Не лише пацієнти, а й лікарі переїхали в інші області або виїхали за кордон через війну, що, так само, вплинуло на роботу медичної системи. Насамперед, це призвело до перерозподілення спеціалістів всередині, велика кількість внутрішньо переміщених медичних працівників знайшли роботу в інших містах. У перші три місяці війни (порівняно з попередніми трьома) спостерігався різкий попит на лікарів у Львові, Івано-Франківську та Дніпрі, тобто в тих областях, куди найбільше мігрували люди. Захід України на початку війни був перенасичений фахівцями, а от на Сході та Півдні, по лінії фронту, спостерігався, та й досі спостерігається, брак медичних працівників» [3]. За словами Міністра охорони здоров'я України: «Про кількість втрат серед медичних працівників ми знаємо, але лише про ту частину втрат, яка офіційно до нас потрапила в статистику, ми не можемо володіти всією інформацією. Ми не знаємо чітку кількість

вtrat у Маріуполі, Волновасі, Попасній, частині Донецької та Луганської областей. Не завжди вдається отримати дані з Херсонщини та півдня Запоріжжя» [114].

Основними напрямками повоєнного відновлення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я є:

– перепідготовка медичного персоналу, яка має здійснюватися в контексті потреб воєнного часу та післявоєнного періоду. Повномасштабне вторгнення показало неготовність тактичної медицини, та й медицини в цілому, до надзвичайних ситуацій воєнного характеру. В першу чергу, це пов'язано із браком медичних кадрів та недостатньою підготовкою існуючих. З огляду на зазначене, сьогодні набуває особливої актуальності вирішення проблеми перепідготовки медичних кадрів та формування реєстру медичних працівників. Зокрема, перепідготовка повинна стосуватися навичок тактичної медицини та застосування сучасних технологій при наданні екстреної медичної допомоги як військовослужбовцям, так і цивільному населенню. Не менш важливою складовою повоєнного відновлення є власне підготовка медичних працівників, які зможуть надавати реабілітаційну медичну допомогу як цивільному населенню, так і військовослужбовцям, що буде відігравати істотну роль як для держави в цілому, так і для населення, оскільки забезпечить високий рівень соціального консенсусу в суспільстві. Наступним напрямом перепідготовки медичних працівників є формування навичок надання психологічної допомоги, як в комплексі реабілітаційних заходів для населення, що постраждало в результаті війни, так і, в цілому, для відновлення психологічного здоров'я населення після воєнних дій;

– відновлення діяльності закладів вищої освіти медичного профілю. Варто зазначити, що частину закладів вищої освіти з окупованих територій було евакуйовано ще до повномасштабного вторгнення РФ, окремі з них були евакуйовані вже після 24 лютого 2022 р., зокрема, це заклади вищої освіти з Херсону та Маріуполя. До евакуйованих закладів вищої освіти, які не відновили свою діяльність на відповідних територіях, та функціонують на безпечних територіях, відносяться заклади з Луганської, Донецької областей та АР Крим, а

саме: Донецький національний університет, Донецький національний технічний університет, Донбаська національна академія будівництва і архітектури, Донецький національний університет економіки і торгівлі імені Михайла Туган-Барановського, Донецький юридичний інститут МВС України, Донецький національний медичний університет, Донецький державний університет управління, Донецький університет економіки та права, Горлівський інститут іноземних мов, ДЗВО «Донбаський державний педагогічний університет», Макіївський економіко-гуманітарний інститут, Луганський національний університет імені Тараса Шевченка, Донбаський державний технічний університет, Луганський національний аграрний університет, Луганський державний медичний університет, Луганська державна академія культури і мистецтв, Луганський державний університет внутрішніх справ імені Едуарда Дідоренка, Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля, Таврійський національний університет імені Володимира Івановича Вернадського, Донецький обласний інститут післядипломної педагогічної освіти, Луганський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти. Серед вказаного переліку є два заклади вищої освіти медичного профілю, що функціонували в містах Донецьк та Луганськ.

Звертає на себе увагу те, що деякі заклади вищої освіти відновили свою діяльність на територіях, які контролюються державою Україна, і де не ведуться бойові дії, проте окремі з них були реорганізовані шляхом приєднання до інших закладів вищої освіти. Для системи охорони здоров'я, в частині повоєнного відновлення кадрового потенціалу, життєво необхідним є відновлення підготовки медичних кадрів у контексті оптимізації мережі закладів вищої освіти як медичного профілю, так і в цілому, яка має відбуватися за прозорими правилами та враховувати національні інтереси, що, насамперед, спрямовані на відбудову держави та забезпечення її стратегічної безпеки;

– підвищення кваліфікації медичних працівників закордоном є особливим об'єктом формування та реалізації державно-управлінських рішень щодо відновлення кадрового потенціалу та підвищення його якості. Вирішення зазначеного питання дозволить розв'язати дві задачі,

а саме: сформувати підхід до євроінтеграційних процесів системи підготовки медичних кадрів, а також підвищити якість кадрового потенціалу системи охорони здоров'я для ефективної реалізації медичних послуг в умовах воєнного стану та у післявоєнний період.

Реалізація зазначених заходів повинна супроводжуватися сукупністю організаційних положень та механізмами ухвалення ефективних управлінських рішень. Відповідно, є необхідність створення кадрових резервів та реєстру лікарів України, що дозволить оперативно реагувати на внутрішні та зовнішні загрози та сприятиме формування кадрового потенціалу на найбільш небезпечних територіях держави. Зазначене питання характеризують комплексність системи об'єктів державного управління процесами повоєнного відновлення та їх різнопрофільність, тобто охоплення різних напрямів суспільних відносин та інтересів учасників таких відносин, які варто групувати на приватні, публічні та державні.

3. Відновлення медичних послуг на деокупованих територіях.

Вказаний об'єкт державного управління характеризується двома послідовними складовими:

- по-перше, організацією медичної допомоги на деокупованих територіях, що здійснюється через розгортання мобільних шпиталів для надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану;

- по-друге, відновленням діяльності закладів охорони здоров'я на деокупованих територіях у післявоєнний період.

Все це відображає систему об'єктів державного управління щодо процесів подолання наслідків російсько-української війни. Складність об'єкта державного управління процесами повоєнного відновлення визначається різновекторністю суспільних відносин та властивостями наслідків російсько-української війни, що значно ускладнює державно-управлінські рішення та напрями оцінки їх ефективності.

Ключовою складовою відновлення системи охорони здоров'я з позиції відповідності її повоєнним запитам та кращим світовим практикам є модернізація системи охорони здоров'я. Адже нова система охорони здоров'я має відповідати не тільки довоєнним властивостям, а й забезпечити підвищення якості, доступності та інноваційності медичних послуг. З огляду на це, модернізація

інфраструктури системи охорони здоров'я повинна відбуватися як в контексті відновлення втраченої, так і з урахуванням тієї, що не була зруйнована чи пошкоджена в результаті російсько-української війни. Зазначений процес має здійснюватися за трьома напрямками: модернізація інфраструктури системи охорони здоров'я; модернізація системи підготовки медичного персоналу; модернізація системи реалізації медичних послуг.

Питання модернізації інфраструктури системи охорони здоров'я складається з таких положень:

- процеси модернізації інфраструктури закладів охорони здоров'я для забезпечення їх безпечності, адаптивності та стійкості. Модернізація інфраструктури закладів охорони здоров'я є окремим вектором формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, оскільки має бути спрямована на забезпечення якості та доступності медичних послуг, враховувати повоєнні запити суспільства (фізична та психологічна реабілітація), та їх інклюзивності й інноваційності. Це всі ті вимоги, які сьогодні ставляться ЄС до претендентів на вступ;

- модернізація медичного обладнання закладів охорони здоров'я в контексті повоєнних запитів суспільства. Зважаючи на зміну потреби населення в умовах воєнного стану та у післявоєнний період, є необхідність модернізації медичного обладнання для надання первинної, спеціалізованої та паліативної медичної допомоги, а також реабілітації постраждалих у результаті бойових дій. Крім того, інші види медичної допомоги будуть потребувати як власне відновлення, так і модернізації;

- формування фінансового забезпечення модернізації системи охорони здоров'я. Найоптимальнішим шляхом формування фінансового забезпечення модернізації системи охорони здоров'я у післявоєнний період є залучення ресурсів приватних бізнес-структур, міжнародних фінансових організацій, благодійних організацій, міжнародних приватних інвесторів та ін. Вважаємо, що одним із найбільш ефективних напрямів має стати державно-приватне партнерство та залучення як вітчизняних, так і міжнародних партнерів. Саме тому є потреба в розробці дієвого механізму залучення приватних партнерів через прозорі правила та вимоги до їх діяльності.

Для забезпечення якості та безпечності медичних послуг під час дії воєнного стану та у післявоєнний період, а також готовності системи охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, є потреба модернізації системи підготовки медичних кадрів. Модернізація підготовки медичного персоналу має передбачати трансформацію освітніх програм, перегляд акредитаційних положень, зважаючи на специфіку медичних спеціальностей, обов'язковість врахування досвіду підготовки медичних фахівців у європейських закладах вищої освіти та формування дослідницької компетенції. Вважаємо, що забезпечення якості підготовки медичних працівників та врахування усіх зазначених вище положень можливе лише за умови реалізації освітньої реформи, складовою якої має стати оптимізація мережі закладів вищої освіти та обрання ними свого місця в цій мережі серед класичних (дослідницьких) університетів, прикладних університетів (навчальних інститутів) та спеціалізованих або міжгалузевих академій.

Модернізація системи реалізації медичних послуг в контексті повоєнних запитів має визначити: по-перше, формування механізму реалізації медичних послуг для ветеранів війни, членів їх сімей та сімей загиблих військових; по-друге, напрями трансформації системи екстреної медичної допомоги для цілей надання медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій, зокрема воєнних дій; по-третє, порядок забезпечення психологічної допомоги для населення, що постраждало в результаті російсько-української війни, військовослужбовців та членів їх сімей; по-четверте, впровадження системи надання медичних послуг у сфері реабілітації військовослужбовців та цивільного населення, що постраждало через воєнні дії.

Визначені напрями подолання наслідків воєнних дій та модернізація системи охорони здоров'я мають сформувати нову систему, яка відповідатиме сукупності властивостей, ключовими та пріоритетними з яких пропонуємо виділяти такі:

- безпечність, що дозволяє системі охорони здоров'я забезпечити: по-перше, безперебійну роботу закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій; по-друге, безпеку медичного

персоналу та пацієнтів в умовах надзвичайних ситуацій; по-третє, безперерйну ізольовану роботу закладу охорони здоров'я певний проміжок часу через ризики зовнішнього середовища;

- адаптивність, яка характеризується такими можливостями: по-перше, якісно та оперативно надавати медичні послуги цивільному населенню в умовах надзвичайних ситуацій; по-друге, оперативно змінювати профіль діяльності закладів охорони здоров'я для надання медичних послуг військовим; по-третє, забезпечення евакуації закладів охорони здоров'я з територій надзвичайних ситуацій, зокрема бойових дій;

- стійкість, що характеризує систему охорони здоров'я, як систему, що: по-перше, здатна до швидкого відновлення в цілому та окремих її складових внаслідок надзвичайних ситуацій, зокрема воєнних дій; по-друге, забезпечує оперативну релокацію закладів охорони здоров'я.

Представлена характеристика об'єкта державного управління характеризує складність та багатовекторність формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, що вимагає виражених державно-управлінських рішень та трансформації суб'єктів її формування і реалізації.

Суб'єктна сторона системи державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я пов'язана з діяльністю центральних органів виконавчої влади, що реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я, суміжних сферах та сферах забезпечення; органів місцевого самоврядування, зокрема департаментів охорони здоров'я; державних, комунальних та приватних закладів охорони здоров'я; закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку кадрів за галуззю знань «Охорона здоров'я»; інституцій громадянського суспільства, які представляють різні групи зацікавлених осіб; суб'єктів формування та супроводу реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

В цілому, функціонування суб'єктів державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я можна візуалізувати, що представлено на рисунку 2.3.

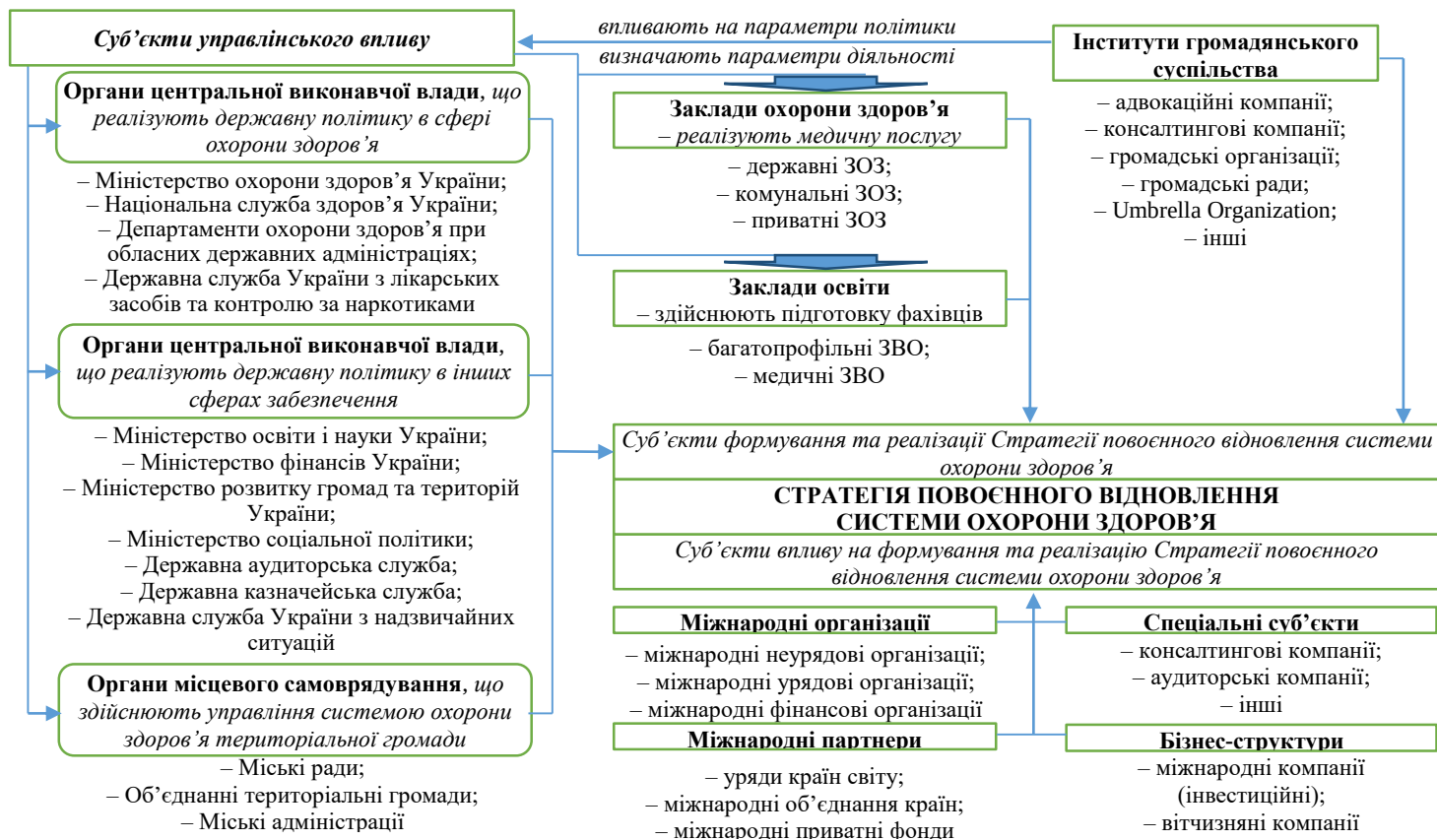


Рис. 2.3. Суб'єктний склад державного управління системою охорони здоров'я

Представлена візуалізація суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я дозволяє їх ідентифікувати за наступними напрямками, що характеризують їх місце в управлінському процесі:

– суб'єкти управлінського впливу, тобто власне суб'єкти, які формують та реалізують державно-управлінські рішення. До таких суб'єктів зараховуємо:

1) центральні органи виконавчої влади, що реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України; Національна служба здоров'я України; Департаменти охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях; Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками);

2) центральні органи виконавчої влади, що реалізують державну політику в інших сферах забезпечення (Міністерство освіти і науки України; Міністерство фінансів України; Міністерство розвитку громад та територій України; Міністерство соціальної політики України; Державна аудиторська служба; Державна казначейська служба; Державна служба України з надзвичайних ситуацій);

3) органи місцевого самоврядування, що здійснюють управління системою охороною здоров'я територіальної громади (міські ради; об'єднані територіальні громади; міські адміністрації);

– суб'єкти, на які спрямовані управлінські дії, що визначають параметри їх діяльності. Такими суб'єктами є власне заклади охорони здоров'я, які реалізують медичні послуги. Держава впливає на діяльність приватних, державних та комунальних закладів охорони здоров'я. В контексті відновлення медицини на деокупованих територіях важливе місце належатиме також приватним закладам охорони здоров'я, зважаючи на нестачу державного потенціалу в досліджуваних сфері. Питання підготовки кадрів покладаються на заклади вищої освіти як медичного профілю, так і багатопрофільні (мають у своїй структурі медичні факультети);

– інститути громадянського суспільства, що представлені: адвокаційними компаніями; консалтинговими компаніями; громадськими організаціями; громадськими радами; Umbrella Organization та іншими. Мета діяльності таких інституцій полягає в

тому, щоб представити інтереси більшості учасників суспільних відносин при реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я та формуванні і реалізації Стратегії повоєнного відновлення;

– суб'єкти впливу на формування та реалізацію Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, до яких зараховуємо: міжнародні організації (міжнародні неурядові організації; міжнародні урядові організації; міжнародні фінансові організації); міжнародних партнерів (уряди країн світу; міжнародні об'єднання країн; міжнародні приватні фонди); спеціальних суб'єктів (консалтингові компанії; аудиторські компанії; інші); бізнес-структури (міжнародні компанії (інвестиційні); вітчизняні компанії).

Таким чином, склад суб'єктів державного управління охоплює як власне систему охорони здоров'я, так і сукупність суб'єктів, що реалізують політику в інших сферах суспільного життя та виконують функції забезпечення. Важливо акцентувати увагу на суб'єктах, що впливають на реалізацію державної політики, а саме: інститути громадянського суспільства, основною метою діяльності яких є забезпечення врахування інтересів відповідних учасників суспільних відносин. Крім того, важливого значення набувають суб'єкти впливу на формування та реалізацію Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Особливою складовою системи державного управління в будь-якій сфері, в тому числі і в охороні здоров'я, є методологічна дія, тобто вплив, що відбувається через механізми державного управління. «Система управління повинна мати структуру, яка б визначала сталі зв'язки і відносини всередині механізму, а також основні напрями управлінських впливів, що забезпечувало б його цілісність. Тому обґрунтування структури механізму є одним із ключових завдань розробки його загальної концепції, оскільки як і будь-яка система управління, механізм управління складається з двох підсистем – керуючої (суб'єкт) та керованої (об'єкт)» [26]. Механізми державного управління складають власне його методологію, хоча й проявляються більшою мірою в практичному ключі. «Механізми державного управління – це практичні заходи, засоби, важелі, стимули, за

допомогою яких органи державної влади впливають на будь-які суспільні відносини з метою досягнення поставлених цілей. Механізм державного управління виконує роль механізму суспільного самоуправління. Він може бути відображений ланцюговою схемою. Водночас фактори, що впливають на процеси державного управління, можуть бути політичними, економічними, соціальними, культурними – відповідно до основних сфер суспільної діяльності. Також відповідно до основних форм державно-управлінської діяльності вони можуть мати політичний, адміністративний і правовий характер. Найчастіше в державному управлінні застосовується комплексний механізм, який є системою політичних, адміністративних, економічних, соціальних, гуманітарних, організаційних та правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління» [7].

Досліджуючи стратегічні положення державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, пріоритетними механізмами мають стати все ж такі:

- фінансово-економічний механізм, що визначає встановлення джерел фінансування повоєнного відновлення та модернізації, а також особливості фінансового забезпечення вже нової системи охорони здоров'я;

- інформаційно-комунікаційний механізм, який дозволяє сформувати комплексну інформаційно-комунікаційну систему процесів формування та реалізації стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я;

- правовий механізм, що формує правове підґрунтя формування та реалізації стратегії повоєнного відновлення та визначає відповідальність за досягнення ключових показників її реалізації;

- організаційний механізм, спрямований на здійснення організаційних заходів щодо формування та реалізації стратегії, а також взаємодії між учасниками на різних етапах.

Кожен із зазначених механізмів визначає вплив державного управління на процеси повоєнного відновлення та ефективність реалізації стратегії, адже на них покладається сукупність управлінських функцій. Докладніше зміст та напрями розвитку вказаних механізмів будуть вивчені в наступних розділах нашого

дисертаційного дослідження під час обґрунтування методології та організації формування і реалізації стратегії державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Складність формування стратегії повоєнного відновлення зумовлена відсутністю чітких часових меж, що впливає на механізми державного управління та визначає специфіку зворотного зв'язку. Зворотний зв'язок в класичному розумінні системи полягає в здійсненні корекційних заходів на основі отриманої інформації про результативність державно-управлінського рішення. Проте, на відміну від звичайних умов, воєнний стан може вносити свої корективи як в досягненні цілей за часовим, так і географічним виміром. Відповідно, під час формування змісту стратегії та організації процесів її реалізації варто враховувати такі особливості та встановити параметри як досягнення стратегічних цілей, так і параметри нештатних ситуацій та оцінки їх впливу на досягнення ключових показників стратегії.

За результатами дослідження обґрунтовано теоретичні положення державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я із застосуванням системного підходу. Запропоновані положення лягли в основу розробленої інформаційної моделі структури та змісту об'єкта державного управління, що полягає в ідентифікації об'єктів, що стосуються подолання наслідків російсько-української війни, та об'єктів модернізації системи охорони здоров'я. Вперше обґрунтовано необхідність повоєнного формування нової системи охорони здоров'я, яка має відповідати таким властивостям, як безпечність, адаптивність і стійкість. Для досягнення зазначеного визначено ключові напрями формування та реалізації стратегії повоєнного відновлення та окреслено діяльність суб'єктів державного управління, які охоплюють як саму систему охорони здоров'я, так і сукупність суб'єктів, що реалізують політику в інших сферах суспільного життя та виконують функції забезпечення. Обґрунтовано змістовні специфіки механізмів державного управління та напрями реалізації процесу зворотного зв'язку. Вказані положення становлять фундамент для обґрунтування методологічних положень та визначення напрямів застосування на практиці стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

2.3. Розвиток стратегічних положень державного управління системою охорони здоров'я

Російсько-українська війна, трансформація суспільної свідомості, необхідність відповідності євроінтеграційним процесам і запитам міжнародних партнерів, а також сукупність інших факторів чинять вплив на систему державного управління в цілому та стратегію повоєнного відновлення зокрема. Складність державного управління процесами повоєнного відновлення полягає в тому, що, з одного боку, – це цілком новий об'єкт, що не був характерним для довоєнного періоду, а з іншого – трансформується сама система державного управління під впливом вказаних факторів. Це вимагає від науки пошуку нових теоретичних, методологічних, організаційних та інших положень, що, насамперед, вимагає обґрунтування ключових показників розвитку стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я для забезпечення її безпечності, адаптивності та стійкості. Практика реформування та розробки і реалізації стратегій розвитку системи охорони здоров'я вказує на політичну заангажованість такого процесу та фрагментарність реалізації положень стратегій. Для формування комплексного бачення стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я необхідним є дослідження існуючих стратегій та виявлення проблем їх реалізації.

Питання розвитку системи охорони здоров'я в контексті вироблення стратегічних положень державного управління представлено в працях таких вітчизняних вчених: М. Банчук, І. Бедрік, М. Білинська, І. Білоус, С. Бугайцов, Л. Буравльов, Н. Васюк, Т. Висоцька, С. Вовк, О. Галацан, Д. Джафарова, Н. Дуб, В. Дудка, К. Жилка, В. Лещенко, В. Карлаш, О. Клименко, Т. Коваленко, О. Корольчук, Ю. Котляревський, Ж. Кравченко, Н. Кризина, О. Крикун, Л. Криничко, П. Кузьмінський, Т. Курило, Ю. Лермонтова, Л. Ляховченко, Ю. Малігон, О. Мартинюк, С. Мокрецов, О. Мотайло, З. Надюк, І. Парашич, С. Петрик, Я. Пітко, Я. Радиш, Н. Рингач, В. Рудий, О. Торбас, Ю. Фільц, О. Устимчук, О. Фірсова, І. Фуртак, В. Шевчук, Я. Шегедин, О. Штогрин, Н. Юристовська, Н. Ярош та

інших. Вказані вчені присвятили свої дослідження проблемам реформування системи охорони здоров'я та виробленню стратегічних положень її розвитку. Проте російсько-українська війна внесла свої корективи, що вимагає перегляду діючих підходів до реформування та формування стратегічних положень повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Розвиток методології формування та реалізації стратегічних положень державного управління повоєнним відновленням системи охорони здоров'я має базуватися як на вивченні еволюції існуючих підходів до реформування досліджуваної системи, так і на основі встановлення сучасних викликів та передумов. За понад 30 років Незалежності України система охорони здоров'я піддавалася реформуванню декілька разів. Проте, науково обґрунтованих підходів до здійснення цього процесу та реального реформування в Україні не відбулося. Про це свідчить навіть той факт, що в науковій літературі вчені не можуть дійти згоди щодо періодизації розвитку цієї системи за роки Незалежності України.

Аналізуючи праці вітчизняних вчених з проблем реформування системи охорони здоров'я, можна виділити такі підходи до періодизації:

– Заярський М.І., Крячкова Л.В., Лехан В.М.: 1) 1991–2000 рр. (в першому десятиріччі після проголошення незалежності реформи в системі охорони здоров'я практично не проводилися); 2) 2000–2010 рр. (визначення основних напрямів та механізмів реформування системи охорони здоров'я); 3) 2010–2013 рр. (проведення масштабної реформи системи охорони здоров'я в пілотних регіонах); 4) 2014 р. і до теперішнього часу¹ (комплексне реформування системи охорони здоров'я розпочалося після певної паузи, яка була зумовлена необхідністю вироблення новим урядом підходів до реформування галузі) [80]. Такий підхід вчених більшою мірою характеризує ті політичні трансформації, що відбувалися в українському суспільстві. Проте, оприлюднені стратегії не підкріплювалися чітким планом дій, а їх розробка, передусім, визначалася лише формальними механізмами, які не передбачали залучення громадськості. Реформи, що розпочалися у

¹ Визначено авторами на момент підготовки до публікації цього дослідження.

2014 р., хоч і повністю трансформували систему охорони здоров'я, але були реалізовані фрагментарно, та не завжди відповідали положенням, що були викладені в офіційній урядовій стратегії. Серед об'єктивних факторів неможливості реалізації намічених цілей є повномасштабне вторгнення російської федерації на територію України;

– Барзилович А.Д. вказує, що система охорони здоров'я за період Незалежності України розвивалася за такими етапами: 1) 1991–1999 рр. (визначення правових, організаційних, економічних та соціальних засад охорони здоров'я в Україні); 2) 2000–2007 рр. (початок запровадження інституту сімейного лікаря, боротьба з найбільш поширеними та серйозними захворюваннями, вдосконалення медичного обслуговування, спроби запровадження медичне страхування, впровадження стандартів лікування на основі доказової медицини, розвиток недержавного сектору медицини); 3) 2008–2014 рр. (розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Стандартизація, ліцензування та акредитація медичних закладів); 4) 2015–2020 рр. (перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг; запровадження нових форм фінансування медичних закладів та оплати праці медичних працівників; запровадження гарантованого державою пакета медичних послуг; створення єдиного замовника медичних послуг; автономізація постачальників медичної допомоги; запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом»; запровадження соціального медичного страхування; розбудова сучасної системи управління медичною інформацією) [9]. Автор дає розширену характеристику реформ, що відбувалися, а точніше тих цілей, які були поставлені, але їх реалізація не була завершена. Не погоджуємося з автором, що реформи не відбувалися з 1991 по 1999 рр., зокрема в цей період повністю було трансформовано законодавство в сфері охорони здоров'я;

– Кринична І.П. виділяє такі періоди розвитку системи охорони здоров'я в Україні: 1) 1991–1994 рр. – переорієнтація (помітно скоротилася управлінська вертикаль, управлінські посади не завжди займали особи, достатньо компетентні з питань управління, економіки, права і психології. Як результат – посилення соціального напруження в

галузі, відтік кадрів, погіршення якості медичної допомоги, соціально-економічного та правового захисту медичних працівників); 2) 1995–1998 рр. – перехідний (на фоні зниження основних демографічних показників, підвищення захворюваності на окремі соціально значущі хвороби (туберкульоз, СНІД) і низьких загальних показників здоров'я населення відзначалася деяка стабілізація політичної та соціально-економічної ситуації в країні, в тому числі в галузі охорони здоров'я. Так, формувалися перші ознаки ринкової економіки господарювання (виникло конкурентне середовище; зникав тотальний ринковий дефіцит медичних послуг, лікарських засобів, медичної техніки, втрачало своє значення детальне централізоване планування охорони здоров'я), були ухвалені основні закони в галузі охорони здоров'я, протокольно затверджена Кабінетом Міністрів України у 1997 р. Концепція реформування галузі, яка визначала деякі напрями загальної державної політики щодо охорони здоров'я населення, а також фінансувалися цільові науково-дослідні роботи, налагоджувалися міжнародні зв'язки з метою вирішення проблем охорони здоров'я і надання медичної допомоги в рамках програм «TACIS», «Здоров'я реформ», «Трансформ» тощо); 3) з 1999 р. – умовно-ринковий (реформи в охорони здоров'я можна оцінити як відносно ринкові, що характеризується розробленням державної концепції реформування галузі та нової нормативно-правової бази, з'ясуванням необхідності переходу на науково обґрунтовані моделі управління, визначенням загальної державної політики в галузі охорони здоров'я населення і перспективних напрямів щодо організації медичної допомоги – впровадження сімейної медицини та медичного страхування) [78, с. 21]. Вчена характеризує розвиток системи охорони здоров'я в контексті трансформації економічної системи України та переходу до ринкових відносин. Проте, такий підхід як з точки зору економічних наук, так і державного управління має ряд недоліків, зокрема: по-перше, немає чіткої відправної точки щодо переходу до ринкової економіки системи охорони здоров'я; по-друге, характеристика системи охорони здоров'я лише з точки зору фінансування є недоцільною та не повній мірі відповідає реалізації соціальної функції держави.

Проаналізувавши розвиток теоретичних підходів до реформування системи охорони здоров'я та періодизації її розвитку, вважаємо, що державна політика, яка реалізувалася до сьогодення, мала ряд критичних моментів, що не дозволяли привести ринок медичних послуг у відповідність до світових тенденцій. Існуюча система охорони здоров'я України немає чіткої структури, векторів розвитку та визначених параметрів функціонування, що зумовлено сукупністю факторів, які можливо згрупувати таким чином:

– за більш, ніж тридцять років Незалежності України, система охорони здоров'я не змогла позбутися негативних властивостей радянської системи та стала пережитком минулого, що унеможлиблює розробку ефективних заходів для забезпечення високого рівня громадського здоров'я та реалізації якісних та ефективних медичних послуг. Так, актуалізуючи стратегію реформування системи охорони здоров'я у 2016 р., уряд наголошував, що «після розпаду колишнього СРСР Україна успадкувала екстенсивну та високо централізовану систему охорони здоров'я за моделлю Семашка, яку не вдалося підтримувати на належному рівні внаслідок різкого переходу до ринкової економіки, економічного спаду та через відсутність реформ у цій сфері. Це призвело до глибокої кризи в системі охорони здоров'я. Протягом останніх років, незважаючи на високі загальні витрати на утримання системи охорони здоров'я, значну частку яких громадяни оплачують власним коштом, вона не здатна адекватно реагувати на сучасні виклики щодо підвищення захворюваності, захищати громадян від надмірних витрат на лікування. За даними Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), сучасний стан здоров'я населення України характеризується вкрай високими показниками захворюваності та смертності, низьким рівнем тривалості життя, відсутністю можливості отримувати належну медичну допомогу» [131]. З огляду на це, Стратегія повоєнного відновлення системи охорони здоров'я має врахувати пострадянські симптоми проблеми для недопущення їх в новій реформованій системі охорони здоров'я;

– недостатній рівень фінансування медичних послуг та існуючі проблеми з підготовкою медичних кадрів, що призводять до незадоволеності населення системою охорони здоров'я, і, як наслідок, негативно впливають на стан громадського здоров'я населення та рівень розвитку людського потенціалу. «Неефективна модель фінансового забезпечення цементує структурну неефективність системи в цілому. Незважаючи на те, що Україна витрачає на охорону здоров'я значну частку від ВВП (7,8% у 2013 р.), більшість медичної інфраструктури є застарілою, а медичні працівники є однією з найменш оплачуваних професій. Державні видатки покривають лише близько половини (54,5% у 2013 р.) всіх витрат на охорону здоров'я, а решту доплачують пацієнти з власних кишень. Це створює значну нерівність в доступі до лікування. За даними дослідження 2015 р., лише 10% респондентів оцінили якість медичної допомоги в Україні як добру – це найнижчий рейтинг у Європі» [68]. Такий стан фінансування системи охорони здоров'я та, відповідно, якості медичних послуг призводить до недовіри населення до системи зокрема та неспроможності держави реалізувати соціальну функцію в цілому;

– політичний вплив на реформування в усіх сферах суспільного життя, зокрема на систему охорони здоров'я, що визначається задоволенням олігархічних інтересів, в той час як приватні, публічні та суспільні залишаються поза увагою. «В Україні виникла ситуація, в якій ніхто з політичної еліти не зацікавлений змінювати систему. Незважаючи на те, що в Україні змінилося кілька політичних режимів, така зміна швидше є формальною, тобто за період незалежності існував один режим. Випадок України є цікавим з позицій того, що зигзагоподібна траєкторія політичних змін в Україні значно відрізняється не лише від шляху країн Центральної та Східної Європи, а й від більшості пострадянських держав. Україна відрізняється від росії, Білорусі, які потрапили у пастку авторитаризму, а також Україна відрізняється від Грузії та Молдови, які, насамперед, досягли більших успіхів на шляху реформ. З інших позицій, якщо враховувати той факт, що домінування неформальних інститутів над формальними спостерігається у більшості пострадянських держав, то по-перше, одні

пострадянські країни повернулися до авторитаризму, а інші чомусь стали демократіями, а ще треті, для прикладу Україна, залишаються «гібридними»? По-друге, демократичний транзит у країнах Балтії і більшості країн Східної Європи закінчився, то ключовим питанням залишається те, чи зможе Україна стати ліберальною демократією, чи, як і раніше, залишатиметься «гібридним режимом», чи, може, повернеться до авторитаризму» [77]. Ця теза є ще одним підтвердженням того, що зміна політичних еліт в Україні за період Незалежності так і не призвела до структурних реформ;

– система охорони здоров'я та стан громадського здоров'я є невзаємоузгодженими з іншими державними політиками, що призводить до протидії наслідкам та відсутності системи профілактики захворюваності населення, що, як наслідок, призводить до збільшення навантаження на систему охорони здоров'я, що перебувала в кризовому стані усі роки Незалежності України. «Україна суттєво відстає від своїх європейських сусідів за такими показниками, як тривалість життя та смертність. Основними передумовами високого рівня смертності є такі фактори ризику як паління, зайва вага, брак фізичного навантаження та надмірне вживання алкоголю, поряд із невирішеними проблемами стосовно поширення інфекційних захворювань і високого рівня травматизму» [102]. Система охорони здоров'я повинна реагувати на стан громадського здоров'я з одного боку, а з іншого – реалізувати державні політики в інших сферах, зокрема, культурній, освітній, спортивній, які повинні мати тісні зв'язки з системою охорони здоров'я для підвищення рівня громадського здоров'я. Адже підвищення рівня громадського здоров'я дозволить знизити навантаження на систему охорони здоров'я і, таким чином, забезпечить підвищення якості медичних послуг;

– фрагментарність та незакінченість реформ у сфері охорони здоров'я та інших дотичних сферах суспільного життя, що визначають низький рівень якості медичних послуг та ефективності системи охорони здоров'я в цілому. «Протягом усіх 25 років після здобуття незалежності держава декларувала необхідність реформувати цю систему. Однак, попри чисельні політичні заяви, на практиці головним

пріоритетом державної політики у сфері охорони здоров'я залишалося збереження існуючої системи. Реальних масштабних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, на відміну від більшості інших постсоціалістичних країн, не проведено. Значною мірою це було зумовлено браком політичного консенсусу щодо зміни положень статті 49 Конституції України. В ній задекларована безоплатність медичної допомоги у необмеженому обсязі та неможливість скорочення медичної інфраструктури для надання цієї допомоги» [68]. Зважаючи на це, реформування системи охорони здоров'я має відбуватись згідно з принципами системності, комплексності та аполітичності;

– відсутність взаємоузгодження реформ в різних сферах суспільного життя призводить до дихотомії державно-управлінських рішень та їх протиріч, що, в свою чергу, веде до неможливості реалізації усієї сукупності реформаторських рішень відповідно до стратегій розвитку системи охорони здоров'я. Реформування системи охорони здоров'я повинно здійснюватися одночасно із: реформуванням бюджетного фінансування виконання державою соціальної функції в цілому; трансформацією правового регулювання господарської діяльності в сфері приватної медицини; удосконаленням та підвищенням якості системи вищої освіти в контексті підготовки медичних кадрів; трансформацією та поглибленням децентралізації місцевого самоврядування.

В науковій літературі, політичних колах та серед громадськості точиться дискусія щодо того, якою має бути система охорони здоров'я, її фінансування, показники якості медичних послуг та інше. Євроінтеграційні процеси вимагають від держави реформування системи охорони здоров'я та її відповідності кращим практикам ЄС. Зазначимо, що ЄС не має єдиної системи охорони здоров'я, а лише висуває відповідні вимоги, які були тим чи іншим чином закладені в документах, які визначені як стратегії розвитку системи охорони здоров'я в цілому та її складових зокрема. Окремі стратегії розвитку системи охорони здоров'я декларують необхідність приведення системи охорони здоров'я України у відповідність до вимог ЄС. Реформування системи охорони здоров'я, що було розпочато у 2014 р.,

більшою мірою мало євроінтеграційний вектор, проте сукупність причин, що наведені вище, не дозволили повністю реалізувати намічені стратегічні цілі. Це зумовлено відсутністю дієвої методології формування стратегічних положень державного управління системою охорони здоров'я, які б характеризувалися системністю, комплексністю і послідовністю.

Для цілей розвитку методології державного управління в контексті формування стратегічних державно-управлінських рішень в цілому та системі охорони здоров'я зокрема, вбачаємо за необхідне провести аналіз стратегій, які були офіційно ухвалені урядом України. Найбільш очевидно питання реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації стратегічних державно-управлінських рішень були вперше закладені в офіційному урядовому документі у 2010 р., а саме: у Програму економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», що мало стратегічне значення [58]. Цим документом було визначено мету («поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості» [58]) та завдання («підвищити якість медичних послуг; підвищити доступність медичних послуг; поліпшити ефективність державного фінансування; створити стимули для здорового способу життя» [58]) реформування системи охорони здоров'я. Відповідно до стратегії реформа мала відбуватися в три етапи:

– I етап (до кінця 2010 р.). Передбачалося, що на цьому етапі будуть внесені зміни до законодавства та ухвалено сукупність нових законів, які мають регулювати систему охорони здоров'я в цілому та визначати перехід до нових умов. Важливою складовою цієї реформи є зміна порядку ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я. Крім того, планувалася розробка системи атестації медичних працівників. Усі зміни в ліцензуванні, акредитації та атестації передбачали створення окремих державних інституцій. Варто вказати на особливість реформи, яка полягала в тому, що її реалізація на початкових етапах стосувалася лише пілотних регіонів;

– II етап (до кінця 2012 р.). Важливим елементом реформування системи охорони здоров'я на другому етапі є оптимізація структури системи охорони здоров'я, зокрема формування госпітальних округів та перегляд мережі закладів охорони здоров'я. Розглядалась також необхідність перегляду системи оплати праці медичних працівників з позиції якісного підходу;

– III етап (до кінця 2014 р.). Третій етап, передусім, мав трансформувати систему фінансування шляхом розробки та впровадження єдиного підходу до формування вартості медичної послуги, що фінансується з державного бюджету; впровадження обов'язкового соціального медичного страхування населення; формування системи контрактних відносин між закладом охорони здоров'я та пацієнтом.

Розробники стратегічних положень реформування системи охорони здоров'я вважали, що Програма економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [58] дозволить отримати такі результати: 1) зниження загального коефіцієнту дитячої смертності до 6,5%; 2) зниження коефіцієнту материнської смертності до 13%; 3) зниження передчасної смертності на 25%; 4) зниження смертності від туберкульозу на 30 %; 5) підвищення в загальній кількості лікарів частки лікарів загальної практики з 4 до 8–10%; 6) скорочення частки тіньових платежів у системі медичного обслуговування з 10–15 до 5–7%.

Зазначена реформа реалізовувалася шляхом ухвалення сукупності нормативно-правових актів, які наведені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

**Нормативно-правова база реалізації реформ відповідно до
Програми економічних реформ на 2010–2014 рр.**

Вид	Нормативно-правові акти
1	2
Законодавчі акти	– Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»; – Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»; – Закон України «Про екстрену медичну допомогу»

Продовження табл. 2.1

1	2
Постанови Кабінету Міністрів України	– Постанова КМУ «Про порядок формування фонду оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я»; – Постанова КМУ «Про деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я»; – Постанова КМУ «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»; – Постанова КМУ «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ»
Накази МОЗ України	Накази стосувалися фінансування діяльності закладів охорони здоров'я та процесу надання медичних послуг (додаток А)

Реалізація зазначених реформ припала на період політичного режиму Януковича, що характеризувався узурпацією влади, корупцією, економічною злочинністю, політичними переслідуваннями та іншими аспектами, що характеризують авторитарні режими. Варто зазначити, що окремі чиновники, що реалізовували державно-управлінські рішення в сфері охорони здоров'я, були притягнуті до відповідальності, зокрема за розкрадання ресурсів. Більшість задекларованих цілей не були реалізовані, а криза системи охорони здоров'я ще більше поглибилася, що потребувало вжиття термінових заходів з її трансформації, особливо, з початком війни у 2014 р. Вітчизняна вчена Л.Р. Криничко характеризує потребу в реформуванні системи охорони здоров'я у 2014 р. з позиції таких причин: «1) високий рівень смертності, що обумовлений низьким рівнем медичних послуг та відсутністю дієвого підходу до попередження та профілактики захворювань; 2) неефективність фінансування системи охорони здоров'я та його неспівставність із ВВП країни; 3) застарілість системи охорони здоров'я та невідповідність інфраструктури сучасним вимогам; 4) жорсткі процедури управління та фінансування закладів охорони здоров'я» [77].

Революція Гідності стала поворотним моментом зміни вектору політичної системи та системи державного управління. Євроінтеграційні та євроатлантичні процеси, які активізувалися та набули нового змісту, змусили переглянути державну політику в

сфері охорони здоров'я, що проявилось в розробленій Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. [102].

«Орієнтиром у проведенні медичної реформи також стала програма Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2020» [205]. На її основі було сплановано запровадження «е-медицини» за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій: 1) створення єдиної (інтегрованої) інформаційно-аналітичної системи обліку стану здоров'я громадян України, а також іноземців та осіб без громадянства, на основі електронної ідентифікації пацієнтів у закладах охорони здоров'я, збору даних профілактичних обстежень з метою подальшого використання в аналітичних, експертних і статистичних системах; 2) забезпечення дотримання норм ст. 8 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод шляхом створення системи дистанційного консультування та діагностики з використанням інформаційно-комунікаційних технологій, що об'єднують великі заклади охорони здоров'я та наукові установи» [22].

Аналіз зазначеної реформи був здійснений в дисертації Л.Р. Криничко, зокрема вчена розробила інформаційну модель згаданої реформи та вказала на її теоретичне підґрунтя та методологічні особливості. Авторка в своєму дослідженні висловила думку про те, що «Концептуальні моменти медичної реформи стосуються таких сфер системи охорони здоров'я як: контактування персоналу (трансформація системи освіти лікарів; взаємодія із професійними об'єднаннями; укладання контрактів із медичними працівниками); навчання та підвищення кваліфікації (запровадження окремих магістерських програм для управлінців); фармацевтичний сектор (механізм визначення результатів експертиз агентств зарубіжних країн; трансформація контролю за цінами на ліки; запровадження електронних тендерів); інформатизація охорони здоров'я. В частині державного управління системою охорони здоров'я було проведено структурні зміни в Міністерстві охорони здоров'я України та створено Національну службу здоров'я України. Цей центральний орган виконавчої влади функціонує з метою реалізації державної політики в сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування

населення. Варто зауважити, що діяльність Національної служби здоров'я України спрямовується та координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я... В цілому, медичну реформу можна оцінити позитивно, проте її реалізація є фрагментарною, а окремі сфери системи охорони здоров'я залишилися без змін, а трансформація деяких не дозволила підвищити результативність охорони здоров'я в Україні» [77].

Основні результати реформи, що передбачені досліджуваною стратегією, можна представити таким чином:

1) збільшення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я, відповідно до укладених контрактів з НСЗУ. Зазначимо, що навіть воєнний стан не зменшив результативність діяльності НСЗУ. Згідно з даними, оприлюдненими в звіті НСЗУ за 2022 р. [60]:

– у 2022 р. закладам охорони здоров'я, які мають договір із НСЗУ, виплачено 146,3 млрд. грн., з них: 106 млрд. грн. – за надання спеціалізованої медичної допомоги; 24,6 млрд. грн. – за надання первинної медичної допомоги; 11,3 млрд. грн. – за надання екстреної медичної допомоги;

– станом на кінець 2022 р. 78,8% громадян України уклали декларації з лікарями, що надають первинну медичну допомогу. Серед надавачів послуг були: комунальні заклади охорони здоров'я, з якими уклали декларації 29 659 749 осіб; приватні заклади охорони здоров'я – 1 404 616 осіб; фізичні особи підприємці – 1 373 633 особи; державні заклади охорони здоров'я – 2 323 особи;

2) розширено пакет послуг відповідно до Програми медичних гарантій. «Загалом у Програмі медгарантій на 2023 рік передбачено 39 пакетів послуг. Серед того, що українці можуть отримати безкоштовно: хірургічні операції; медична допомога при гострому мозковому інсульті; медична допомога при гострому інфаркті міокарда; медична допомога при пологах; медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках; профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах; стоматологічна допомога дорослим та дітям; ведення вагітності в амбулаторних умовах» [135];

3) з 2017 р. впроваджено Програму «Доступні ліки», оцінку ефективності якої у 2019 р. здійснила ВООЗ [113], зокрема в звіті зазначено:

«– Впровадження ПДЛ відбувалося швидкими темпами. У середньому, починаючи з квітня 2017 р., в межах ПДЛ щомісяця виписувалося по 2 млн. призначень (з яких 80 % відшкодовувалися). Однак внаслідок питань, пов'язаних з обробленням бюджетних платежів при переході до наступного фінансового року, повідомлялося про перерви у відшкодуванні в деяких областях у грудні 2017 р. та в січні 2018 р., а також у літній період 2018 р.;

– ПДЛ сприяла покращенню доступності передбачених нею лікарських засобів. З початку впровадження відсоток лікарських засобів, вартість яких відшкодовується в повному обсязі, дещо збільшився. Наразі приблизно 20% від загального числа торгових найменувань генеричних лікарських засобів, передбачених ПДЛ, відпускається без будь-якої доплати з боку пацієнта. Ще для 20% ліків, які відпускаються в межах ПДЛ, доплата становить менше 20% від ціни препарату. Такі результати вказують на те, що існуючий механізм ціноутворення працює, адже виробники, які добровільно погодилися брати участь у ПДЛ, тим самим зробили свої ліки доступнішими для пацієнтів;

– ПДЛ суттєво поліпшила доступ до передбачених нею лікарських засобів. За час роботи ПДЛ нею скористалися більше 8 млн. громадян України;

– завдяки ПДЛ змінилися закономірності виписки рецептів. Унаслідок цього динамічного зростання, з квітня 2017 р. стрімко збільшилася ринкова частка препаратів, включених до ПДЛ. Наприклад, до березня 2017 р. передбачені ПДЛ МНН становили лише 10% сукупного обсягу антикоагулянтів, а після її запровадження цей відсоток більше, ніж подвоївся» [113].

Зазначена реформа була однією із найефективніших, проте водночас мала фрагментарний характер, та піддавалася значному впливу з боку політичних сил. Крім того, на ефективність реалізації медичної реформи відповідно до стратегії 2014 р. вплинули корупція, супротив суспільства та самих представників системи охорони здоров'я.

Досліджуючи корупцію в сфері охорони здоров'я, вітчизняна вчена Т.І. Биркович зробила наступні висновки: «в Україні однією з причин корупції в системі охорони здоров'я є слабка система державного управління, діяльність держави перетинається з приватною і квазі-приватною власністю та майже відсутністю юридичної відповідальності, оскільки правова база для боротьби з корупцією вимагає більшого, ніж наявність правильних правових норм. Також ввести юридичну відповідальність на керівника медичного закладу (установи) за всі дії в цьому закладі (установі). Також незалежні органи контролю, які повинні перевіряти і діяльність уряду, і діяльність системи охорони здоров'я, в Україні теоретично функціонують, такі як омбудсмени, зовнішні аудитори та преса, однак, як показує практика, діяльність їх є недостатньо ефективною. А спеціальні антикорупційні органи (НАБУ, НАЗК, прокуратура, суди тощо) перетворені на «партизанські інструменти», реальна мета яких – не виявити шахрайство та корупцію, а переслідувати політичних опонентів» [10].

Повномасштабне вторгнення російської федерації на територію України зумовило сукупність негативних наслідків, які визначені нами в попередньому розділі. Відповідно актуалізувалася потреба в перегляді стратегічних положень розвитку системи охорони здоров'я. 23 лютого 2022 р. на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я України оприлюднено Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. Вказана стратегія розроблялася з 2021 р., проте була модернізована в контексті необхідності подолання наслідків російсько-української війни. Голова Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування М.Б. Радущкий зазначив: «Майже рік ворог прицільно обстрілює медичні заклади: на даний момент пошкоджено більше 1,2 тис, знищено 173. За оцінкою МОЗ на відновлення пошкоджених об'єктів необхідно до \$ 1 млрд, Світовий банк та ВООЗ оцінюють збитки системи охорони здоров'я в астрономічну суму – \$26 млрд. Звісно, що масштабні руйнування впливають на доступність медичних послуг та на наявну мережу лікарень. Тому відповідні зміни внесені до Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. та погоджені з Планом відновлення системи

охорони здоров'я» [140], про що йдеться на офіційному сайті Верховної Ради України. Розглянемо докладніше напрями та цілі проєкту довоєнної стратегії реформування системи охорони здоров'я (табл. 2.2) та проєкту стратегії воєнного часу (табл. 2.3).

Таблиця 2.2

**Характеристика ключових положень довоєнної стратегії
реформування системи охорони здоров'я
(напрями та стратегічні пріоритети)**

ДОВОЄННА СТРАТЕГІЯ		
Напрям 1: Врядування у сфері охорони здоров'я		
Впроваджено універсальні підходи та інструменти врядування, що забезпечують професійну автономію, сталість і спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я	Створена ефективна система міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я	
Прозорість і результати системи охорони здоров'я покращилися завдяки взаємодії та нагляду всього суспільства	Управління в системі ОЗ та ухвалення рішень здійснюється в інтересах відповідно до потреб населення на основі доказової бази та використання найкращих практик	
Створена система ефективного управління закладами охорони здоров'я, яка забезпечує громадську підзвітність та нагляд	Запроваджено систему професійного самоврядування працівників у сфері ОЗ	
Напрям 2: Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я		
Здоров'я людей покращується завдяки впровадженню ефективної інтегрованої моделі, яка забезпечує збалансоване, науково обґрунтоване, безперервне надання якісних і безпечних послуг	Люди мають фінансовий захист при отриманні гарантованих державою необхідних якісних та доступних послуг в ОЗ. Рівень платежів з кишені значно знизився, не обмежує попит і доступ до послуг та не призводить до катастрофічних витрат у випадку хвороби	
Гарантовано фармацевтичну безпеку країни та безперебійний доступ людей до ефективних і безпечних лікарських засобів та медичних виробів		
Напрям 3: Громадське здоров'я, готовність та реагування на надзвичайні ситуації		
Забезпечено функціонування спроможної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення викликів для здоров'я та реагування на них		
Створюються безпечні умови й середовище життєдіяльності, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я	Забезпечено захист здоров'я населення шляхом попередження виникнення й раннього виявлення надзвичайних ситуацій та ефективного реагування на них	
Напрям 4: Залученість людей та громад		
Підвищено рівень відповідальності людей щодо власного здоров'я та права прийняття клінічних рішень	Створено умови для повноцінної участі людей і громад для спільного планування та організації надання медичних послуг	
Напрям 5: Кадрові ресурси системи охорони здоров'я		
Освіта та наукова діяльність у сфері охорони здоров'я інтегровані до сучасного міжнародного контексту	Планування та забезпечення кадрів системи охорони здоров'я здійснюється в обсягах та у структурі відповідно до потреб	Створені умови для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором на основі [149]

Таблиця 2.3

**Характеристика ключових положень воєнної стратегії
реформування системи охорони здоров'я
(стратегічні та оперативні цілі)**

ВОЄННА СТРАТЕГІЯ	
Стратегічна ціль 1. Забезпечення всебічного доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації права на здоров'я	
Забезпечення рівних умов та безперешкодного доступу до медичних послуг	Формування та підтримка ціннісного ставлення до здоров'я
Забезпечення доступу до якісних, доказових та безпечних лікарських засобів та медичних виробів	Відновлення, розвиток та підтримка напрямів, пов'язаних з новими викликами та задоволенням особливих потреб
Стратегічна ціль 2. Посилення політик та спроможності інститутів національної системи охорони здоров'я	
Забезпечення прозорості національної політики у сфері охорони здоров'я та залучення громадянського суспільства до прийняття рішень	
Забезпечення професійної автономії, сталості, розвитку та ефективності національних інституцій у сфері охорони здоров'я	Забезпечення належного фінансування системи та ефективності використання коштів
Забезпечення міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я	Забезпечення врахування євроінтеграційних прагнень та глобального порядку денного при формуванні та реалізації політик у сфері охорони здоров'я
Забезпечення використання належних фактичних даних, інструментів планування, кращих практик та рішень та їх інституалізація задля забезпечення послідовності та гармонізації розвитку системи охорони здоров'я	Посилення спроможності системи охорони здоров'я у реагуванні на виклики, глобальні загрози та ефективного управління в умовах надзвичайних ситуацій
Розвиток та впровадження ефективних інструментів забезпечення моніторингу якості надання послуг у сфері охорони здоров'я	
Стратегічна ціль 3. Створення та забезпечення умов для розвитку та реалізації потенціалу складових національної системи охорони здоров'я	
Забезпечення безперервного розвитку людського капіталу та створення можливостей самореалізації в системі охорони здоров'я	Впровадження, використання та пошук можливостей застосування сучасних технологій та наукових досягнень для збереження та зміцнення здоров'я
Технологізація та цифровізація процесів управління системою, планування та організації надання послуг у сфері охорони здоров'я	Створення умов для залучення інвестицій, збільшення економічної привабливості та покращення показників економічної ефективності галузі

Джерело: сформовано автором на основі [133]

Важливе значення в формуванні Стратегії воєнного часу мав План відновлення системи охорони здоров'я [118]. «План включає перелік заходів з післявоєнного відновлення та розвитку України, пропозиції щодо пріоритетних реформ та стратегічних ініціатив,

перелік нормативно-правових актів, прийняття і реалізація яких є необхідними для ефективного відновлення та розвитку України у воєнний і післявоєнний періоди. План відновлення системи охорони здоров'я є частиною глобального плану відбудови України в післявоєнний період. Головною метою Плану є не просто відбудова знищених чи зруйнованих об'єктів, а кардинальна трансформація держави у нову європейську країну на принципах зеленої економіки. План відновлення матиме два виміри: параметричний і регіональний» [171]. Розглянувши зміст цього документу, можна визначити такі ключові положення, що наведені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Ключові положення Плану відновлення системи охорони здоров'я (пріоритети та цілі)

Пріоритет 1. Посилення політик та інститутів національної системи охорони здоров'я для керівництва процесом відновлення		
1. Відновлення, розвиток та реформування системи охорони здоров'я відбувається на основі затверджених політик, які базуються на фактичних даних та враховують потреби населення в умовах воєнного стану та у післявоєнний період		2. Впровадження універсальних підходів та інструментів урядування, що забезпечують професійну автономію, сталість і спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я
3. Створення ефективної системи міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я		4. Створення системи ефективного управління закладами охорони здоров'я, яка забезпечує громадську підзвітність та нагляд
5. Гармонізація законодавства України з відповідними нормативними актами ЄС	6. Покращення підзвітності і результатів системи охорони здоров'я завдяки обізнаності та взаємодії всього суспільства	7. Запровадження системи професійного самоврядування працівників у сфері охорони здоров'я
Пріоритет 2. Забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я		
1. Люди мають фінансовий захист при отриманні гарантованих державою необхідних якісних та доступних послуг в охороні здоров'я. Рівень платежів з кишені значно знизився, не обмежує попит і доступ до послуг та не призводить до катастрофічних витрат у випадку хвороби		
Пріоритет 3. Відновлення та трансформація мережі закладів охорони здоров'я		
1. Здоров'я людей покращується завдяки впровадженню ефективної інтегрованої моделі, яка забезпечує збалансоване, науково обгрунтоване, безперервне надання якісних і безпечних послуг		
Пріоритет 4. Посилення медичних послуг для задоволення особливих потреб людей, спричинених війною		
1. Забезпечення розвитку реабілітації та її інтеграції з медичною допомогою на всіх рівнях		2. Забезпечення розвитку послуг з психічного здоров'я, які наближені до людини та громад, а також сплановані з урахуванням потреб громади, зокрема в умовах воєнного стану та у післявоєнний період
3. Розробка медичних послуг відповідно до потреб ветеранів війни та осіб, які постраждали від воєнних дій		4. Забезпечення розвитку травматологічних, ортопедичних, опікових та послуг інтенсивної терапії

Продовження табл. 2.4

Пріоритет 5. Зміцнення та посилення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я		
1. Освіта та наукова діяльність у сфері охорони здоров'я інтегровані до сучасного міжнародного контексту	2. Планування та забезпечення кадрів системи охорони здоров'я здійснюється в обсягах та структурі відповідно до потреб	3. Створені умови для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я
Пріоритет 6. Посилення системи громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я		
1. Забезпечення функціонування спроможної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення викликів для здоров'я та реагування на них, створення координаційного механізму в системі громадського здоров'я	2. Забезпечення функціонування національної системи крові для гарантування державою рівного та своєчасного доступу пацієнтів до безпечних та якісних компонентів донорської крові у достатній кількості	
3. Створення безпечних умов та середовища життєдіяльності людини, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я	4. Забезпечення захисту здоров'я населення шляхом попередження виникнення, раннього виявлення та ефективного реагування на надзвичайні ситуації	
Пріоритет 7. Розвиток електронної системи охорони здоров'я та посилення кібербезпеки		
1. Формування єдиного медичного інформаційного простору з національною і транскордонною інтероперабельністю та наскрізними процесами та сервісами	2. Забезпечення інфраструктурних та технічних умов надання якісних медичних послуг із використанням інформаційно-комунікаційних систем на усіх рівнях	3. Депаперизація та забезпечення електронних механізмів збору та контролю якості даних, візуалізації та аналізу відкритих даних сфери охорони здоров'я
4. Створення зручних та прозорих механізмів доступу користувачів до повних даних про своє здоров'я, управління цією інформацією	5. Забезпечення кібербезпеки та захисту інформації	6. Розвиток та підтримка цифрових компетентностей користувачів інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я
7. Функціонування сталих інституцій з чіткою моделлю управління, що забезпечує гнучкість та ефективність розвитку електронної системи охорони здоров'я		
Пріоритет 8. Посилення системи управління якістю на національному та місцевому рівнях		
1. Розробка і впровадження елементів системи забезпечення якості в охороні здоров'я на національному рівні	2. Розробка і впровадження елементів системи забезпечення якості в охороні здоров'я на рівні ЗОЗ	
Пріоритет 9. Відновлення фармацевтичного сектору, покращення доступу та належне використання ліків		
1. Гармонізація державних політик доступу до лікарських засобів та медичних виробів	2. Утворення незалежної Агенції з оцінки медичних технологій як єдиного експертного органу, який забезпечує обґрунтованість та доказову базу відбору та оцінювання ефективності лікарських засобів, медичних виробів, а також розширення ПМГ	

Продовження табл. 2.4

3. Стимулювання розвитку фармацевтичної галузі в Україні, з фокусом на стимулювання інвестицій в R&D, локалізацію та інші методи освоєння новітніх технологій виробництва лікарських засобів та медичних виробів, сприяння проведенню клінічних досліджень в Україні, посилення контролю за не порушенням прав інтелектуальної власності, повноцінне запровадження у національне законодавство принципу Болар та інших сучасних інструментів, спрямованих на посилення галузі		
4. Забезпечення гармонізації регулювання у сфері обігу лікарських засобів із законодавством ЄС з урахуванням вимог Угоди про асоціацію з ЄС та умов членства в міжнародних організаціях, включно з цифровізацією відповідних процедур	5. Забезпечення доступу населення до якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів, шляхом встановлення в Україні суворої регуляторної системи, належним чином визнаної на міжнародному рівні	6. Створення національного державного підприємства з дистрибуції лікарських засобів та державно-комунальної мережі аптечних закладів

Джерело: сформовано автором на основі [118]

Критично аналізуючи положення, наведені в досліджуваному документі, варто зауважити:

– положення Плану відновлення системи охорони здоров'я мають загальний характер та не в повній мірі відповідають наслідкам російсько-української війни та тим властивостям системи охорони здоров'я, що призвели до її неготовності до кризових ситуацій в суспільстві;

– положення Плану відновлення системи охорони здоров'я не містять конкретних рекомендацій для суб'єктів формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я та суміжних з нею сфер, які потребують реформування;

– в документі визначено сукупність проблем та ризиків реалізації визначених дев'яти цілей, але не окреслено інструменти їх вирішення та подолання;

– окремі цілі та визначені проблеми не відповідають дійсності, адже їх формування є лише констатацією окремої думки, не підтвердженої фактичними даними та аналітичними дослідженнями;

– досить часто серед ризиків досягнення цілей зазначається «відсутність консенсусу серед зацікавлених сторін», що вказує на невідповідність вказаного документу методологічним положенням, які висуваються до стратегій, планів, концепцій як інструментів стратегічного планування в державному управлінні та формуванні і реалізації державних політик;

– в документі не окреслено, яким чином та за якими критеріями буде реалізовуватися процес відновлення системи охорони здоров'я на окремих територіях держави;

– більшість положень характеризують напрями реформування системи охорони здоров'я, а не відновлення та подолання наслідків війни для системи охорони здоров'я;

– пропозиції не враховують географічне розташування та природно-кліматичні умови регіонів, що визначають специфіку охорони здоров'я та діяльності закладів охорони здоров'я;

– документ не визначає цілі забезпечення безпеки реалізації медичних послуг та діяльності закладів охорони здоров'я, а безпека реалізується лише в контексті забезпечення кіберзахисту;

– наслідки російсько-української війни розглядаються лише в контексті обмеження реалізації відповідних реформ та надання медичних послуг ВПО та постраждалим у результаті воєнних дій.

В цілому, позитивно характеризуючи мотиви органів державного управління в сфері охорони здоров'я щодо розробки документів стратегічного характеру, вважаємо, що запропонована Стратегія та План відновлення системи охорони здоров'я не повною мірою відповідають наслідкам російсько-української війни та тим потребам, які виникають через сусідство із країнами-агресорами та євроінтеграційними процесами в Україні. Так, будь-який стратегічний документ, що формується в умовах воєнного стану, має бути багатоваріантним, а, отже, передбачати різні сценарії реформування системи охорони здоров'я, що будуть обумовлені як внутрішніми, так і зовнішніми чинниками. З огляду на це, ключовими напрямами розвитку методології формування стратегій державного управління повоєнним відновленням системи охорони здоров'я є: по-перше, створення алгоритму формування стратегій державного управління та визначення послідовності дій; по-друге, обґрунтування методів формування інформаційного підґрунтя та визначення векторів розвитку об'єкта, щодо якого розробляється стратегія; по-третє, встановлення положень щодо організації усіх етапів формування та реалізації стратегії державного управління повоєнним відновленням системи охорони здоров'я; по-четверте, обґрунтування механізмів реалізації стратегії державного управління.

Висновки до розділу 2

1. Встановлено, що значні руйнівні наслідки російсько-української війни для системи охорони здоров'я також пов'язані з її станом у довоєнний період, зокрема: низьким рівнем задоволення населення медичними послугами, повільною реалізацією реформ у сфері охорони здоров'я, відсутністю стратегії реформування цієї системи та механізму обмеження політичного впливу на цей процес.

2. Визначено, що на відміну від інших систем забезпечення розвитку суспільства, система охорони здоров'я є надзвичайно вразливою (нестабільною) до впливу факторів внутрішнього та зовнішнього середовища: техногенних, політичних, економічних, воєнних та інших. Наслідки російсько-української війни для системи охорони здоров'я пропонується групувати наступним чином: а) системно-структурні наслідки війни для системи охорони здоров'я: наслідки воєнних дій, що спричинили системні проблеми в охороні здоров'я, вплинули на її структуру та якість медичних послуг. До них відносяться інфраструктурні, людські та матеріальні наслідки. Ідентифікація та оцінка таких наслідків є важливими для формування заходів із відновлення системи охорони здоров'я в контексті їх подолання; б) наслідки для громадського здоров'я: наслідки війни, що вплинули на суспільні відносини та життя населення, внаслідок чого знизився рівень громадського здоров'я, що вимагає додаткових заходів із удосконалення системи охорони здоров'я. Такими наслідками є психологічні, екологічні та економічні фактори, які визначають вектори реформування системи охорони здоров'я в контексті повоєнного запиту.

3. Обґрунтовано, що важливими причинами жахливих наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я, окрім очевидних, також є: відсутність дієвого механізму евакуації та захисту закладів охорони здоров'я, що призводить до неможливості оперативного реагування на зовнішні загрози воєнного характеру та забезпечення безпеки персоналу і пацієнтів; а) неналежне забезпечення безпеки закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій техногенного, екологічного, соціального та воєнного характеру; це, в

першу чергу, пов'язано з відсутністю системи резервного живлення, укриттів на випадок повітряної тривоги, продовольчих резервів тощо; б) відсутність механізму забезпечення інформаційної безпеки закладів охорони здоров'я за такими напрямками: інформаційна безпека діяльності закладів охорони здоров'я (за видами діяльності); безпека особистих даних працівників закладів охорони здоров'я; безпека особистих даних пацієнтів.

4. Аргументовано, що повоєнне відновлення системи охорони здоров'я повинно передбачати чітку стратегію послідовних дій та дієві механізми державного управління. Сучасні підходи до державного управління повоєнним відновленням системи охорони здоров'я мають бути повністю трансформовані з огляду на сукупність проблем, з якими зіткнулася система охорони здоров'я в умовах повномасштабного вторгнення країни-агресора. Це визначає необхідність трансформації теоретико-методологічних положень державного управління повоєнним відновленням системи охорони здоров'я, зокрема щодо: 1) об'єкта державного управління. Складність об'єкта державного управління в контексті визначеного об'єктно-предметного поля дослідження полягає в тому, що включає в себе як властивості системи охорони здоров'я довоєнного періоду, так і наслідки російсько-української війни, а також властивості повоєнної системи охорони здоров'я. Крім того, система охорони здоров'я є багаторівневою, а тому кожен нижчий рівень є як об'єктом державного управління для вищого рівня, так і суб'єктом для нижчого. Представлена характеристика об'єкта державного управління підкреслює складність та багатовекторність формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, що вимагає виважених державно-управлінських рішень та трансформації суб'єктів її формування і реалізації; 2) суб'єктів державного управління. Суб'єктна сторона системи державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я пов'язана з діяльністю центральних органів виконавчої влади, які реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я, інших суміжних сферах та сферах забезпечення; органів місцевого самоврядування, зокрема

департаментів охорони здоров'я; державних, комунальних та приватних закладів охорони здоров'я; закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку кадрів за галуззю знань «Охорона здоров'я»; інституцій громадянського суспільства, які представляють різні групи зацікавлених осіб; суб'єктів формування та супроводу реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я;

3) методологічної дії. Особливою складовою системи державного управління в будь-якій сфері, в тому числі й в охороні здоров'я, є методологічна дія – вплив, що здійснюється через механізми державного управління. Механізми державного управління складають власне його методологію, хоча й проявляються, переважно, в практичному ключі. Досліджуючи стратегічні положення державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, пріоритетними механізмами мають стати такі: а) фінансово-економічний механізм, що визначає встановлення джерел фінансування повоєнного відновлення та модернізації, а також особливості фінансового забезпечення вже нової системи охорони здоров'я; б) інформаційно-комунікаційний механізм, який дозволяє сформувати комплексну інформаційно-комунікаційну систему процесів формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я; в) правовий механізм, що окреслює правове підґрунтя для формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення і визначає відповідальність за досягнення ключових показників її реалізації; г) організаційний механізм, спрямований на здійснення організаційних заходів щодо формування та реалізації Стратегії, а також на забезпечення взаємодії між учасниками на різних етапах. Кожен із перелічених механізмів визначає вплив державного управління на процеси повоєнного відновлення та ефективність реалізації Стратегії, адже на них покладається сукупність управлінських функцій. Докладніше зміст та напрями розвитку зазначених механізмів будуть вивчені в наступних розділах нашого дисертаційного дослідження під час обґрунтування методології та організації формування і реалізації Стратегії державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

РОЗВИТОК МЕТОДОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Методологічні положення формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

Вирішення певної суспільної проблеми через систему державного управління неможливе лише шляхом орієнтації на тогочасні особливості і вимагає реформування усієї сфери державного управління. Так само, коли йдеться про повоєнне відновлення системи охорони здоров'я, державно-управлінські рішення залежать від багатьох невідомих факторів. Зі свого боку, побудова якісно нової повоєнної системи охорони здоров'я потребує формування стратегічного бачення держави щодо зазначених процесів. Стратегії реформування системи охорони здоров'я, розроблені та затверджені урядом в ХХІ столітті, насправді, мають формальний характер і поставлених цілей неможливо досягти за допомогою тих планів дій, які були запропоновані для їх реалізації. Причинами цього є відсутність методологічних положень формування та реалізації стратегій державного управління, а також неможливість реалізації стратегічного планування в системі державного управління.

В умовах воєнного стану питання методології формування стратегічних положень державного управління для цілей відновлення є вкрай важливими і потребують трансформації, адже воєнні дії супроводжуються низкою невизначених факторів, а їх наслідки можуть бути не тільки різноманітними, але й мати внутрішньосистемний та зовнішній характер.

«Відновлення України після досягнення перемоги над російською агресією потребуватиме застосування ефективної стратегії, що базуватиметься як на економічному, технічному та технологічному

потенціалі вітчизняних підприємств, так і орієнтуватиметься на передовий зарубіжний досвід із залученням ресурсів ззовні. Така стратегія має передбачати тісну взаємодію між владними та бізнес-структурами країн-партнерів на принципах солідарності та партнерства. Солідарність як єдність інтересів, цілей, стандартів і взаєморозуміння країн союзників та партнерів України дозволила: застосувати санкції проти російських фінансових установ, підприємств та суверенного боргу; обмежили доступ до ринків міжнародних капіталів росії та білорусі; заборонили імпорту технологій та високотехнологічної продукції; обмежили політичну та бізнес еліту країни агресора у використанні приватних активів» [112].

«Формат допомоги у повоєнній відбудові залежить від рівня ушкоджень (повне чи часткове, втрата робочих місць, здоров'я, забруднення довкілля), напрямів відновлення: промисловість, інфраструктура, соціальні об'єкти, житло, екосистеми, оборонний сектор тощо. Вагомий вплив на стратегію відновлення здійснюють цілі політики відновлення: енергоефективність, екологічність, виправлення соціальних дисбалансів, спричинених війною; розвиток стратегічних секторів, що відновлять довгострокову економічну базу країни тощо. Окремого розгляду потребує ресурсна база відбудови» [111].

Саме тому питання формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я має багатоваріантний характер і повинно базуватися на новому алгоритмі дій, що буде адаптований до актуальних умов. Вважаємо, що діючі підходи до процесу розробки стратегій не повною мірою відповідають вимогам сучасності, а вітчизняній практиці державного управління бракує основоположних принципів, на основі яких такі положення формуються та реалізуються.

«Стратегічне управління необхідно розглядати як управлінську діяльність, спрямовану на досягнення поставлених цілей в умовах нестабільності, конкурентного ринкового середовища. У контурі стратегічного управління розглядаються завдання конструювання системи, здійснюється структурна адаптація керованої системи до зовнішніх і внутрішніх змін економічного середовища. У контурі

поточного управління, суб'єкт управління діє в межах побудованої системи і, відповідно, ним вирішуються завдання вибору і коригування значень керованих параметрів діючої системи, тобто вирішується завдання параметричної адаптації» [139].

У попередніх дослідженнях нами були проаналізовані стратегії реформування системи охорони здоров'я. Спираючись на результати аналізу, а також на дослідження стратегій реформування інших сфер державного управління вітчизняними вченими [77], [108], [120], [140], [141] можна виокремити такі проблеми формування стратегічних положень державного управління в Україні:

- відсутність нормативного забезпечення процесу формування стратегій, що стосується як документального супроводу, так і залучення до процесу розробки стратегій суб'єктів державного управління, громадянського суспільства та зацікавлених сторін. Це, передусім, стосується суспільств з низьким рівнем розвитку громадянського суспільства, коли стратегії певної сфери державного розвитку формуються лише як документальний супровід або як інструмент для отримання фінансування на реалізацію того чи іншого проєкту;

- відсутність механізму верифікації положень стратегій та формування планів дій щодо їх реалізації, зокрема це стосується процедури погодження остаточного змісту стратегій та документів, що визначають плани їх реалізації. Процедури верифікації стратегій та планів дій з їх реалізації є вкрай важливими, адже це визначає прийняття відповідальності за їх реалізацію усіма залученими сторонами та суб'єктами формування і реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я та повоєнної відбудови України;

- неузгодженість процедур формування та реалізації стратегій в одній сфері з іншими сферами державного управління, що ускладнює досягнення цілей усіх стратегій державного управління. Питання повоєнного відновлення системи охорони здоров'я мають узгоджуватися зі стратегією повоєнної відбудови держави та політиками в інших сферах суспільного життя, зокрема в освітній, економічній, бюджетній, правовій, міжнародній, фармацевтичній та інших;

– відсутність механізму узгодженості діяльності суб'єктів реалізації стратегічних положень державного управління, що, у значній мірі, пов'язане з тим, що завдання, які формуються для досягнення відповідних стратегічних цілей, можуть суперечити одне одному. Крім того, стратегія доводиться до суб'єктів її реалізації «зверху», тобто без погодження. У зв'язку з цим, виникає необхідність формування методологічних підходів, які визначають вимоги до формування завдань для досягнення певних стратегічних цілей, з одного боку, та дієвого механізму погодження плану дій з реалізації стратегії з усіма зацікавленими сторонами та суб'єктами її реалізації, з іншого;

– неузгодженість відповідальності суб'єктів формування та реалізації стратегій за недотримання плану дій з їх реалізації і недосягнення ключових показників, що є важливою проблемою. Дієвим інструментом у вирішенні цього завдання є процес залучення зацікавлених сторін до формування стратегії з одного боку, та її верифікація – з іншого. Крім того, трансформація системи державного управління та перехід до КРІ-показників дозволять вирішити зазначену методологічну проблему;

– відсутність механізму забезпечення аполітичності під час формування та реалізації стратегій державного управління. Певним чином, зазначену проблему можна вирішити через залучення широкого кола інститутів громадянського суспільства з одного боку, а з іншого – через обмеження внесення необґрунтованих змін до стратегії та плану дій і накладання мораторію на запровадження нового стратегічного документу на строк, що перевищує період досягнення щонайменше 2/3 стратегічних цілей, визначених в прийнятій стратегії;

– відсутність механізму оцінки ефективності реалізації стратегії. В цьому контексті відсутні як організаційні, так і методологічні положення. Попередня та поточна оцінка ефективності стратегії має бути обов'язковим елементом як на етапах формування кінцевого документу, так і на етапах її реалізації.

Вирішення зазначених проблем дозволить сформувати комплексне бачення стратегічного розвитку державного управління повоєнним відновленням та забезпечить формування якісного

кінцевого документу – Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Прийнята Стратегія є основою для формування стратегічних планів органів державної влади, що будуть реалізовувати зазначену політику. Стратегічний план суб'єкта державного управління має відповідати сукупності вимог, які досить ґрунтовано наведені в науковій праці вітчизняної вченої Н.В. Щербак, і бути:

- «– комплексним, тобто охоплювати всі аспекти діяльності органу державної влади, зважаючи на зовнішні й внутрішні умови його функціонування, а також брати до уваги всі можливості органу виконавчої влади та фактори впливу на його діяльність;

- спрямованим на перспективу, тобто здійснюватися протягом декількох років для того, щоб визначити головний напрям діяльності органу виконавчої влади;

- цілеспрямованим, тобто таким, що надає розуміння цілей органу виконавчої влади та прогресу, а також встановлює пріоритетність досягнення цілей;

- гнучким (еластичним), тобто вплив зміни одного зі складників на інші має бути зведеним до мінімуму;

- аналітичним, тобто таким, що подає дані та наводить потрібні інтерпретації інформації;

- обґрунтованим, тобто містити факти та пропозиції, у тому числі щодо організаційних змін, потрібних для виконання плану;

- орієнтованим на конкретні дії, тобто бути спрямованим на виконання конкретних завдань у конкретних проміжках часу;

- лаконічним, тобто досить коротким, щоб високопосадовці могли швидко з ним ознайомитися, але водночас містити достатньо інформації, щоб бути зрозумілим» [177].

Зазначені проблеми можливо доповнювати, проте вони, більшою мірою, характеризують систему стратегічного планування в державному управлінні України, які потрібно вирішити при розробці Стратегії державного управління повоєнним відновленням системи охорони здоров'я. Важливою складовою розвитку методології формування стратегічних положень державного управління є встановлення особливостей та послідовності етапів, які будуть мати

специфічні риси для кожної окремої сфери, проте основоположні принципи, на яких вони базуються, мають залишатися однаковими, що і становитиме фундамент розробки Стратегії.

В контексті цього об'єкта дослідження пропонуємо визначити порядок формування та реалізації Стратегії державного управління повоєнним відновленням системи охорони здоров'я, який передбачатиме різні варіанти змісту та сукупності дій на кожному етапі і можливості зміни їх послідовності чи розширення.

Зважаючи на сучасні теоретико-методологічні положення стратегічного планування та аналізу, вбачаємо, що процес формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я має передбачати такі послідовні етапи:

1. Створення робочої групи з розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

2. Порядок затвердження робочої групи з розробки Стратегії та формування забезпечення її діяльності.

3. Характеристика складових процесу розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я:

- оцінка стану зовнішнього та внутрішнього середовища системи охорони здоров'я на основі методів стратегічного аналізу;

- визначення місії, візії та цілей Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я;

- формування завдань Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я;

- розробка Плану дій з реалізації стратегічних цілей та завдань Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я;

- оцінка впливу Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я на ключових стейкхолдерів;

- попередня оцінка ефективності заходів із реалізації Стратегії.

4. Розробка Плану заходів із реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я суб'єктами державного управління.

5. Встановлення відповідальності суб'єктів державного управління за досягнення цілей Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

6. Характеристика складових процесу верифікації змісту Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я з інститутами громадянського суспільства:

- оприлюднення та обговорення Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я для урахування думки інститутів громадянського суспільства;

- верифікація пропозицій зацікавлених сторін щодо змісту Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я;

- погодження змісту Стратегії із суб'єктами реалізації державних політик, які прямо або опосередковано пов'язані з повоєнним відновленням системи охорони здоров'я;

- погодження змісту Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я із донорами.

7. Затвердження Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я Кабінетом Міністрів України.

8. Реалізація Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Змістовне наповнення зазначених етапів наведено в таблиці 3.1.

Визначений процес формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я в комплексі є ефективним інструментом стратегічного державного управління досліджуваною галуззю. В цілому, запропоновані методологічні положення формування Стратегії повоєнного відновлення передбачають п'ять послідовних етапів: організаційний етап, що пов'язаний із формуванням робочої групи з розробки Стратегії; процедурно-аналітичний, який дозволяє отримати характеристику внутрішнього та зовнішнього середовища, оцінити ризики та загрози і зробити прогноз розвитку системи охорони здоров'я; процес верифікації змісту Стратегії, що вперше запропоновано як окремий етап формування стратегічних положень державного управління; затвердження Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я; старт реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Таблиця 3.1

Методологічні положення формування та реалізації Стратегії державного управління повосенним відновленням системи охорони здоров'я

I. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ЕТАП			
1. Створення робочої групи з розробки Стратегії повосенного відновлення системи охорони здоров'я			
2. Порядок затвердження робочої групи з розробки Стратегії та формування забезпечення її діяльності			
II. ПРОЦЕДУРНО-АНАЛІТИЧНИЙ ЕТАП			
3. Характеристика складових процесу розробки Стратегії повосенного відновлення системи охорони здоров'я			
3.А. Оцінка стану зовнішнього та внутрішнього середовища системи охорони здоров'я на основі методів стратегічного аналізу	3.Б. Визначення місії, візії та цілей Стратегії повосенного відновлення системи охорони здоров'я	3.В. Формування завдань Стратегії повосенного відновлення системи охорони здоров'я	
– здійснюється як учасниками робочої групи, так і третіми залученими особами	– формуються в межах роботи робочої групи з розробки Стратегії та підгруп за змістовними напрямками	– формуються підгрупами в межах реалізації візії та стратегічних цілей	
3.Г. Розробка Плану дій з реалізації стратегічних цілей та завдань Стратегії повосенного відновлення системи охорони здоров'я	3.Д. Оцінка впливу Стратегії повосенного відновлення системи охорони здоров'я на ключових стейкхолдерів	3.Е. Попередня оцінка ефективності заходів з реалізації Стратегії повосенного відновлення системи охорони здоров'я	
– погоджується з суб'єктами реалізації державних політик в різних сферах	– здійснюється як учасниками робочої групи, так і третіми залученими особами	– здійснюється як учасниками робочої групи, так і третіми залученими особами	
ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЦЕДУРНО-АНАЛІТИЧНОГО ЕТАПУ			
3.А. Оцінка стану зовнішнього та внутрішнього середовища			
Аналітична оцінка факторів впливу на систему охорони здоров'я			
Методи оцінки факторів впливу на розвиток системи охорони здоров'я в державі та на окремих територіях			
– статистичні	– розрахунково-аналітичні	– графо-аналітичні	– соціологічне спостереження
– соціологічний експеримент	– політико-правові	– методи аналізу документів	– соціологічне опитування
– соціологічне інтерв'ю	– екологічні	– географічні	– методи стратегічного аналізу
Об'єкти, що характеризують загальні особливості розвитку системи охорони здоров'я в державі та регіонах			
– оцінка регіонального поділу територій, їх географічного розташування та природно-кліматичних умов		– стан економічного розвитку регіону та вплив господарської діяльності на громадське здоров'я населення	
– розвиток політичних відносин та рівень політичного впливу на розвиток регіону		– розвиток технологій та інноваційної складової в містах регіону та на сільських територіях	
– соціально-культурне середовище та розвиток гуманітарної сфери з позиції впливу на громадське здоров'я та систему охорони здоров'я		– рівень злочинності та системи протидії їй	
– демографічний стан		– стан міграційних процесів	

Продовження табл. 3.1

Об'єкти, що характеризують наслідки російсько-української війни								
– окупація та деокупація територій		– руйнування в результаті бомбардувань			– мінування територій			
Аналітична оцінка системи охорони здоров'я в розрізі територій								
– соціологічні опитування		– експертна оцінка		– географічний аналіз		– документальний аналіз		
– демографічний аналіз		– техніко-економічний аналіз		– фінансовий аналіз		– статистичний аналіз		
– інвестиційний аналіз		– аналіз трудових ресурсів		– оцінка менеджменту		–		
Об'єкти, що характеризують стан системи охорони здоров'я на певній території								
Регіональний зріз								
– система профілактичних заходів у регіоні		– ефективність епідеміологічного нагляду		– соціологічні опитування щодо задоволеності населення медичними послугами в регіоні		– оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я регіону		
– кількісний аналіз закладів охорони здоров'я державної, комунальної та приватної форм власності				– географічне розташування та відстань закладів охорони здоров'я до по відношенню до найвіддаленіших населених пунктів				
Суб'єктний зріз (заклади охорони здоров'я регіону)								
– оцінка забезпеченості закладів охорони здоров'я кадрами		– оцінка матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я		– оцінка фінансового потенціалу закладів охорони здоров'я		– оцінка ефективності управління закладами охорони здоров'я		
Об'єкти, що характеризують наслідки російсько-української війни								
– інфраструктурні наслідки		– кадрові наслідки			– фінансові наслідки			
Стратегічний аналіз								
Методи стратегічного аналізу								
Оцінка середовища				Оцінка напрямів стратегічного розвитку				
– проводиться аналіз середовища функціонування системи охорони здоров'я в цілому та з позиції наслідків російсько-української війни; – здійснюється оцінка внутрішнього середовища системи охорони здоров'я в регіональному зрізі з позиції впливу бойових дій, авіаобстрілів та окупації державних територій; – оцінка ресурсного, фінансового та матеріального забезпечення закладів охорони здоров'я				– визначаються ключові напрями стратегічного розвитку системи охорони здоров'я в контексті подолання наслідків російсько-української війни; – визначаються основні складові Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я в контексті її нових властивостей (безпечність, адаптивність, стійкість); – формуються цілі в контексті кожної окремої групи наслідків і місії та бачення розвитку системи охорони здоров'я				
Загальна характеристика середовища		Характеристика середовища за сферами		Визначення ключових напрямів формування Стратегії		Оцінка прагнень та результатів повоєнного відновлення		
SWOT-аналіз		PEST-аналіз (сфери)		SOART-аналіз		VMOST-аналіз		
Сильні сторони	Слабкі сторони	Політичні	Економічні	Сильні сторони	Можливості	Бачення	Місія	Цілі
Можливості	Загрози	Соціальні	Технологічні	Прагнення	Результати	Стратегія	Тактика	

Продовження табл. 3.1

Суб'єкти реалізації процедурно-аналітичного етапу		
Заклади вищої освіти	Соціологічні компанії	Спеціально створенні аналітичні групи
Залучаються як стейкхолдери для оцінки кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, а в окремих випадках як науково-дослідні інституції	Компанії, що здійснюють соціологічні дослідження, які є вкрай важливими для оцінки суспільної думки щодо стану системи охорони здоров'я та напрямів її розвитку	Створюються у випадку виконання спеціальних завдань, що потребують залучення широкого кола фахівців для оцінки стану зовнішнього середовища
Консалтингові компанії	Міжнародні аудиторські фірми	Науково-дослідні установи
Компанії, що реалізують консалтингові послуги в сфері економічного, статистичного аналізу, правової оцінки та інші інформаційні послуги. Основним їх завданням є аналітична оцінка наслідків російсько-української війни в цілому та на певній території, зокрема. Крім того, надають аналітичну оцінку ринку медичних послуг та ризиків і загроз інструментів реалізації процесу повоєнного відновлення системи охорони здоров'я	Компанії, що надають аудиторські та супутні послуги, зокрема в сфері оцінки діяльності суб'єктів реалізації медичних послуг та проведенні аудиту діяльності як державних, так і приватних закладів охорони здоров'я. Крім того, зазвичай міжнародні аудиторські фірми залучаються для оцінки проєктів державно-приватного партнерства, що можуть виступати важливим інструментом повоєнного відновлення системи охорони здоров'я	Науково-дослідні установи можуть залучатися до оцінки зовнішнього середовища системи охорони здоров'я як держави в цілому, так і окремого регіону. Основними їх функціями є наукове обґрунтування та надання оцінки стану економічного, політичного, демографічного та інших середовищ функціонування системи охорони здоров'я
3.Б. Визначення місії, візії та стратегічних цілей Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я		
Місія Стратегії		Візія Стратегії
Характеризує фундаментальне призначення системи охорони здоров'я за різними її складовими, відображає її цілі, призначення та принципи, на яких функціонує система охорони здоров'я в суспільстві		Передбачає створення образу майбутньої системи охорони здоров'я, яка характеризується певними властивостями, що відповідають вимогам повоєнної держави, та баченням, які мають зацікавлені сторони
Стратегічні цілі		
Група стратегічних цілей, що характеризують подолання наслідків російсько-української війни		
Стратегічна ціль 1	Стратегічна ціль 2	Стратегічна ціль 3
Відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, що була зруйнована та/ або пошкоджена в результаті російсько-української війни	Відновлення та зростання кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, що був втрачений через внутрішню і зовнішню міграцію та загибель медичних працівників у результаті бойових дій	Відновлення системи медичних послуг на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій
Група стратегічних цілей, що характеризують модернізацію системи охорони здоров'я		
Стратегічна ціль 4	Стратегічна ціль 5	Стратегічна ціль 6
Модернізація системи реалізації медичних послуг на основі підходів забезпечення якості та ефективності	Модернізація системи підготовки та перепідготовки управлінських та медичних кадрів в контексті повоєнного запиту	Модернізація структури системи охорони здоров'я держави та регіонів у контексті повоєнного запиту

Продовження табл. 3.1

<i>Група стратегічних цілей, що характеризують нові властивості системи охорони здоров'я</i>		
<i>Стратегічна ціль 7</i>	<i>Стратегічна ціль 8</i>	<i>Стратегічна ціль 9</i>
Досягнення високого рівня <i>адаптивності</i> системи охорони здоров'я та її окремих елементів	Забезпечення <i>стійкості</i> системи охорони здоров'я як властивості оперативного реагування на ризики	Забезпечення <i>безпечності</i> структурних елементів системи охорони здоров'я в контексті внутрішніх та зовнішніх ризиків
3.В. Формування завдань Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я		
<i>Вимоги до завдань</i>		
– формуються в розрізі кожної стратегічної цілі, що сприяє її реальному досягненню	– завдання однієї стратегічної цілі не повинні суперечити іншим стратегічним цілям або створювати перешкоди для їх реалізації;	
– завдання мають бути реальними з огляду на час їх реалізації, матеріальне, кадрове та фінансове їх забезпечення;	– обґрунтування постановки завдання мають бути результати оцінки внутрішнього та зовнішнього середовища і стратегічного аналізу	
3.Г. Розробка плану дій з реалізації стратегічних цілей та завдань Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я		
Етап 1. Формування сукупності заходів для реалізації конкретного завдання певної стратегічної цілі	Етап 2. Встановлення дедлайнів для реалізації заходів із досягнення стратегічних цілей повоєнного відновлення	Етап 3. Визначення суб'єктів, що реалізують заходи щодо досягнення стратегічних цілей
Етап 4. Встановлення відповідальності за реалізацію заходів щодо досягнення стратегічних цілей повоєнного відновлення	Етап 5. Обговорення Плану дій з реалізації стратегічних цілей та завдань Стратегії повоєнного відновлення з підгрупами та робочою групою	Етап. 6. Формування результуючого документу – Плану заходів із реалізації Стратегії повоєнного відновлення
3.Д. Оцінка впливу Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я на ключових стейкхолдерів		
Етап 1. Оцінка впливу на подальшу діяльність стейкхолдерів за результатами аналізу внутрішнього та зовнішнього середовища і стратегічного аналізу	Етап 2. Обговорення стратегічних цілей, завдань та плану дій із представниками стейкхолдерів, зокрема адвокаційними компаніями, Umbrella Organization, закладами охорони здоров'я, громадськими радами, закладами освіти	Етап 3. Погодження змісту Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та Плану дій з її реалізації
3.Е. Попередня оцінка ефективності заходів з реалізації Стратегії		
Етап 1. Аналітична діагностика кінцевих документів на їх відповідність результатам оцінки зовнішнього та внутрішнього середовища і стратегічного аналізу	Етап 2. Внесення коректив до змісту Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та Плану дій з її реалізації	
III. ПРОЦЕС ВЕРИФІКАЦІЇ ЗМІСТУ СТРАТЕГІЇ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
Етап 1. Оприлюднення Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я	Етап 2. Обговорення Стратегії повоєнного відновлення із інститутами громадянського суспільства	Етап 3. Верифікація пропозицій зацікавлених сторін щодо змісту Стратегії повоєнного відновлення
Етап 4. Погодження змісту Стратегії із суб'єктами реалізації державних політик, які прямо або опосередковано пов'язані з повенним відновленням системи охорони здоров'я	Етап 5. Погодження змісту Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я з донорами	
IV. ЗАТВЕРДЖЕННЯ СТРАТЕГІЇ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		V. СТАРТ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Перший етап – **організаційний** – передбачає два підетапи:

1. Створення робочої групи з розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

2. Порядок затвердження робочої групи з розробки Стратегії та формування забезпечення її діяльності.

Їх зміст буде докладніше розглянутий в дослідженнях, присвячених проблемам організації процесу формування Стратегії.

Другий етап – **процедурно-аналітичний етап** – є найбільш відповідальним та, передусім, характеризує методологічні положення стратегічного планування. Класичні підходи до формування Стратегії нами розширено в контексті обраного об'єктно-предметного поля та специфіки повоєнного відновлення власне системи охорони здоров'я. Зокрема запропоновано виділяти такі підетапи:

А. Оцінка стану зовнішнього та внутрішнього середовища системи охорони здоров'я. Зазначений підетап є ключовим, адже лежить в основі подальшого стратегічного аналізу та формування стратегічних цілей повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Першочерговою є власне оцінка зовнішнього середовища, а саме: оцінка сукупності факторів, які впливають на розвиток системи охорони здоров'я:

- регіональний поділ територій, їх географічне розташування та природно-кліматичні умови;

- стан економічного розвитку регіону та вплив господарської діяльності на громадське здоров'я населення;

- розвиток політичних відносин та рівень політичного впливу на розвиток регіону;

- розвиток технологій та інноваційної складової в містах регіону та на сільських територіях;

- соціально-культурне середовище та розвиток гуманітарної сфери з позиції впливу на громадське здоров'я та систему охорони здоров'я;

- рівень злочинності та системи протидії їй;

- демографічний стан;

- стан міграційних процесів.

Особливе значення у контексті повоєнного відновлення має оцінка таких факторів:

- окупації та деокупації територій;
- руйнувань в результаті бомбардувань;
- мінувань територій.

Для забезпечення оцінки зазначених факторів є потреба у використанні сукупності методів аналітичної діагностики. Вивчивши сукупність праць зарубіжних вчених, що присвячені питанням оцінки соціально-економічного розвитку, суспільного розвитку, розвитку політичних процесів та техніко-економічного аналізу, та, зважаючи на особливості об'єкта дослідження, пропонуємо застосовувати такі методи аналітичної діагностики:

- статистичні;
- розрахунково-аналітичні;
- графо-аналітичні;
- соціологічне спостереження;
- соціологічний експеримент;
- політико-правові;
- методи аналізу документів;
- соціологічне опитування;
- соціологічне інтерв'ю;
- екологічні;
- географічні;
- методи стратегічного аналізу.

Оцінка внутрішнього середовища має бути багаторівневою, власне, як і сама система. Відповідно, оцінку пропонуємо здійснювати таким чином:

1) регіональний зріз: система профілактичних заходів у регіоні; ефективність епідеміологічного нагляду; соціологічні опитування щодо задоволеності населення медичними послугами в регіоні; оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я регіону; кількісний аналіз закладів охорони здоров'я державної, комунальної та приватної форм власності; географічне розташування і відстань закладів охорони здоров'я до найвіддаленіших населених пунктів;

2) суб'єктний зріз (заклади охорони здоров'я регіону): оцінка забезпеченості кадрами закладів охорони здоров'я; оцінка матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я; оцінка фінансового потенціалу закладів охорони здоров'я; оцінка ефективності управління закладами охорони здоров'я.

Під час вивчення стану системи охорону здоров'я варто врахувати такі об'єкти, що характеризують наслідки російсько-української війни:

- інфраструктурні наслідки;
- кадрові наслідки;
- матеріальні наслідки;
- фінансові наслідки.

Формування якісного інформаційного забезпечення стратегічного управління повоєнним відновлення системи охорони здоров'я має відбуватись з використанням таких методів аналітичної діагностики:

- соціологічне опитування;
- експертна оцінка;
- географічний аналіз;
- документальний аналіз;
- демографічний аналіз;
- техніко-економічний аналіз;
- фінансовий аналіз;
- статистичний аналіз;
- інвестиційний аналіз;
- аналіз трудових ресурсів;
- оцінка менеджменту.

Ключовими для формування стратегічних цілей повоєнного відновлення системи охорони здоров'я є методи стратегічного аналізу, інформаційним джерелом якого будуть дані, зібрані та сформовані на основі попередніх етапів аналітичної діагностики.

Методи стратегічного аналізу пропонуємо поділяти на дві групи: оцінка середовища (проводиться аналіз середовища функціонування системи охорони здоров'я в цілому та з позиції наслідків російсько-

української війни; здійснюється оцінка внутрішнього середовища системи охорони здоров'я в регіональному розрізі з позиції впливу бойових дій, авіаобстрілів та окупації державних територій; оцінка ресурсного, фінансового та матеріального забезпечення закладів охорони здоров'я та оцінка напрямів стратегічного розвитку (визначаються ключові напрями стратегічного розвитку системи охорони здоров'я в контексті подолання наслідків російсько-української війни; визначаються основні складові Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я в контексті її нових властивостей (безпечності, адаптивності, стійкості); формуються цілі щодо кожної окремої групи наслідків і місії та бачення розвитку системи охорони здоров'я).

До першої групи методів стратегічного аналізу зараховуємо: SWOT-аналіз, що дає загальну характеристику сильним та слабким сторонам, можливостям та загрозам; PEST-аналіз, що характеризує середовище за політичною, економічною, соціальною та технологічною сферами.

Друга група методів стратегічного аналізу представлена: SOART-аналізом, що надає визначення ключових напрямів формування Стратегії, та VMOST-аналіз, що надає оцінку прагненням та результатам повоєнного відновлення.

Організаційні положення реалізації процедурно-аналітичного забезпечення визначаються суб'єктами його реалізації:

- закладами вищої освіти (залучаються як стейкхолдери для оцінки кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, а в окремих випадках як науково-дослідні інституції);
- соціологічними компаніями (здійснюють соціологічні дослідження, які є необхідними для оцінки суспільної думки щодо стану системи охорони здоров'я та напрямів її розвитку);
- спеціально створеними аналітичними групами (у випадку виконання спеціальних завдань, що потребують залучення широкого кола фахівців для оцінки стану зовнішнього середовища);
- консалтинговими компаніями (реалізують консалтингові послуги в сфері економічного, статистичного аналізу, правової оцінки та інші інформаційні послуги; основним їх завданням є аналітична оцінка наслідків російсько-української війни в цілому та на певній

території зокрема; крім того, надають аналітичну оцінку ринку медичних послуг та ризиків і загроз інструментів реалізації процесу повоєнного відновлення системи охорони здоров'я);

– міжнародними аудиторськими фірмами (компанії, що надають аудиторські та супутні послуги, зокрема в сфері оцінки діяльності суб'єктів реалізації медичних послуг та проведенні аудиту діяльності як державних, так і приватних закладів охорони здоров'я; крім того, зазвичай міжнародні аудиторські фірми залучаються для оцінки проєктів державно-приватного партнерства, що можуть слугувати важливим інструментом повоєнного відновлення системи охорони здоров'я);

– науково-дослідними установами (можуть залучатися до оцінки зовнішнього середовища системи охорони здоров'я як держави в цілому, так і окремого регіону; основними їх функціями є наукове обґрунтування та надання оцінки стану економічного, політичного, демографічного та інших середовищ функціонування системи охорони здоров'я).

Залучення тих чи інших суб'єктів залежатиме від завдань та результатів, які планується отримати, чи рішення, яке планується ухвалити.

Б. Визначення місії, візії та цілей Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Вказаний підетап є вагомою частиною процедурно-аналітичного етапу. Відповідно до зазначених положень, визначають стратегічні цілі, які пропонуємо групувати таким чином:

1) група стратегічних цілей, що характеризують подолання наслідків російсько-української війни:

– стратегічна ціль 1 – відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, що була зруйнована та/ або пошкоджена в результаті російсько-української війни;

– стратегічна ціль 2 – відновлення та зростання кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, що був втрачений через внутрішню і зовнішню міграцію та загибель медичних працівників у результаті бойових дій;

– стратегічна ціль 3 – відновлення системи медичних послуг на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій;

2) група стратегічних цілей, що характеризують модернізацію системи охорони здоров'я:

- стратегічна ціль 4 – модернізація системи реалізації медичних послуг на основі підходів забезпечення якості та ефективності;

- стратегічна ціль 5 – модернізація системи підготовки та перепідготовки управлінських та медичних кадрів у контексті повоєнного запиту;

- стратегічна ціль 6 – модернізація структури системи охорони здоров'я держави та регіонів у контексті повоєнного запиту;

3) група стратегічних цілей, що характеризують нові властивості системи охорони здоров'я:

- стратегічна ціль 7 – досягнення високого рівня адаптивності системи охорони здоров'я та її окремих елементів;

- стратегічна ціль 8 – забезпечення стійкості системи охорони здоров'я як властивості оперативного реагування на ризики;

- стратегічна ціль 9 – забезпечення безпечності структурних елементів системи охорони здоров'я в контексті внутрішніх та зовнішніх ризиків.

В. Для забезпечення реалізації стратегічних цілей формуються спільні завдання, їх сукупність та зміст пропонуємо визначати, виходячи з таких вимог:

- формуються в розрізі кожної стратегічної цілі, що сприяє її реальному досягненню; завдання однієї стратегічної цілі не повинні суперечити іншим стратегічним цілям або створювати перепони для їх реалізації;

- завдання мають бути реальними з огляду на час їх реалізації, а також матеріальне, кадрове та фінансове їх забезпечення;

- обґрунтування постановки завдання мають бути результати оцінки внутрішнього та зовнішнього середовища і стратегічного аналізу.

Г. Зазначені завдання закладені в План дій з реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. На відміну від існуючих підходів в науковій літературі, формування вказаного документу пропонуємо здійснювати в такій послідовності:

1) формування сукупності заходів для реалізації конкретного завдання певної стратегічної цілі;

2) встановлення дедлайнів для реалізації заходів із досягнення стратегічних цілей повоєнного відновлення;

3) визначення суб'єктів, що реалізують заходи щодо досягнення стратегічних цілей;

4) встановлення відповідальності за реалізацію заходів щодо досягнення стратегічних цілей повоєнного відновлення;

5) обговорення Плану дій з реалізації стратегічних цілей та завдань Стратегії повоєнного відновлення з підгрупами та робочою групою;

6) формування кінцевого документу – Плану заходів із реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Д. Визначальним підетапом, який є основою формування якісного підходу до розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, є оцінка її впливу на ключових стейкхолдерів, що здійснюється таким чином:

1) оцінка впливу на подальшу діяльність стейкхолдерів за результатами оцінки внутрішнього та зовнішнього середовища і стратегічного аналізу;

2) обговорення стратегічних цілей, завдань та Плану дій із представниками стейкхолдерів, а саме: адвокаційними компаніями, Umbrella Organization, закладами охорони здоров'я, громадськими радами, закладами освіти;

3) погодження змісту Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та Плану дій з її реалізації.

Е. Завершальною складовою процедурно-аналітичного етапу є попередня оцінка ефективності заходів реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, що передбачає:

1) аналітичну діагностику кінцевих документів та їх відповідність результатам оцінки зовнішнього та внутрішнього середовища і стратегічного аналізу;

2) внесення корективів до змісту Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та Плану дій з її реалізації.

Третій етап – *процес верифікації змісту Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я*, що виділяється нами вперше, як вагома складова формування Стратегії. На цьому етапі пропонуємо здійснити такі дії:

- оприлюднення Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я;
- обговорення Стратегії повоєнного відновлення із інститутами громадянського суспільства;
- верифікацію пропозицій зацікавлених сторін щодо змісту Стратегії повоєнного відновлення;
- погодження змісту Стратегії з суб'єктами реалізації державних політик, які прямо або опосередковано пов'язані з повоєнним відновленням системи охорони здоров'я;
- погодження змісту Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я із донорами.

Четвертий етап – *затвердження Стратегії повоєнного відновлення* – здійснюється відповідно до діючого законодавства, в той час, як ухвалення кінцевого документу законодавчою владою або Кабінетом Міністрів України, фактично означає *старт реалізації Стратегії повоєнного відновлення*, який є п'ятим, заключним етапом методологічних положень формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Таким чином, розроблені методологічні положення мають комплексний та адаптивний характер, що свідчить про якісно новий підхід до формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. У результаті нами отримано багаторівневу структуру методологічної конструкції, застосування якої враховує сучасні підходи до стратегічного планування і властивості системи охорони здоров'я та наслідків російсько-української війни.

3.2. Організаційні положення формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

Організація процесу формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я є найважливішою складовою, що забезпечить ефективність усіх інших етапів цього процесу. На сьогодні в науковій літературі питання організаційних положень формування стратегій в різних сферах суспільних відносин відсутні. Це зумовлено тим, що, залежно від сфери та об'єкта стратегічного управління, процес формування стратегій буде різним. Окрім того, на організаційні положення впливає специфіка державного управління та можливість реалізації стратегічних державно-управлінських рішень.

Питання організації процесу формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я мають неабияку значущість, адже для цього необхідно вирішити як власне проблеми охорони здоров'я, так і не допустити корупції в сфері державного управління охороною здоров'я і неефективного та нецільового використання коштів, що виділені міжнародними донорами для вказаних цілей. Повоєнна система охорони здоров'я має володіти новими властивостями, відповідати кращим світовим практикам і вимогам, рекомендованим міжнародними партнерами. Зважаючи на зазначені вище положення та складність процесу формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, про що йшлося в попередніх параграфах дослідження, актуалізується питання розвитку організаційних положень.

Питання організації стратегічного управління, стратегічного планування і формування стратегій в різних сферах досліджені як вітчизняними, так і зарубіжними вченими, зокрема: Н.Е. Аванесова, М.І. Бондаренко, В.А. Василенко, Я.С. Вознюк, С.Б. Довбня, Л.Д. Забродська, Л.Ю. Кокоць, Б.М. Мізюк, А.П. Міщенко, С.В. Оборська, Н.С. Орлова, І.В. Парій, О.О. Романенко, Н.Л. Сапельнікова, О.М. Скібіцький, О.В. Ставицький, О.М. Сумець, З.Є. Шершньова та ін.

Варто зазначити, що складність організації процесу розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я також полягає в тому, що до нього залучено велику кількість осіб, серед яких не лише представники органів державної влади різного підпорядкування, але й міжнародних організацій, інституційні та неінституційні зацікавлені особи, а також треті особи, які не є учасниками робочої групи, проте виконують сукупність завдань, зокрема щодо аналітичного супроводу.

Організація процесу формування Стратегії – це сукупність процедур з упорядкування та налагодження етапів формування Стратегії повоєнного відновлення, які враховують:

- організацію діяльності робочої групи та її підгруп;
- фінансове, матеріальне та технічне забезпечення діяльності суб'єктів формування Стратегії та залучення третіх осіб для виконання спеціальних завдань;
- налагодження комунікації між учасникам розробки, верифікації і погодження стратегічних цілей та Плану дій з реалізації Стратегії;
- формування інформаційного забезпечення для визначення ключових елементів Стратегії та управління процесами стратегічного планування;
- організацію заходів щодо формування Стратегії (конференції, круглі столи, формальні та неформальні зустрічі, національні та міжнародні форуми);
- формування порядку залучення третіх осіб для виконання сукупності завдань та супроводу процесів розробки Стратегії (заклади вищої освіти, заклади охорони здоров'я, наукові установи, консалтингові компанії, міжнародні аудиторські фірми, спеціально створені аналітичні групи).

Наведені вище напрями організації не є вичерпними та можуть доповнюватися як на початкових етапах, так і у ході реалізації Стратегії, проте вони є основоположними, без яких процес формування Стратегії відбуватися не може. Розглянемо їх змістовні та формальні ознаки для комплексного бачення організаційних положень.

На першому, організаційному, етапі необхідно забезпечити створення та затвердження робочої групи (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Характеристика організаційного етапу формування та реалізації
Стратегії державного управління повоєнним відновленням
системи охорони здоров'я**

I. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ЕТАП		
1. Створення робочої групи з розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я		
1.А. Міністерство охорони здоров'я України ініціює створення робочої групи з формування Стратегії	1.Б. Визначаються ключові суб'єкти формування Стратегії за кожною групою зацікавлених сторін на конкурсній основі	1.В. Формується склад робочої групи з розробки Стратегії та склад підгруп за напрямками
<i>представники зацікавлених сторін, які мають бути залучені до розробки Стратегії, або з якими зміст Стратегії має бути погоджений:</i>		
– інститути громадянського суспільства	– адвокаційні компанії	– Umbrella Organization
– міжнародні урядові організації	– консалтингові компанії	– заклади охорони здоров'я
– міжнародні неурядові організації	– громадські ради	– заклади освіти
2. Порядок затвердження робочої групи з розробки Стратегії та формування забезпечення її діяльності		
2.А. Попереднє розміщення Складу робочої групи з розробки Стратегії на офіційному ресурсі Міністерства охорони здоров'я України для громадського обговорення	2.Б. Кабінет Міністрів України на основі подання Міністерства охорони здоров'я України затверджує склад робочої групи з розробки Стратегії та завдання і строки їх виконання, що ставляться перед групою	2.В. Формується порядок фінансування діяльності робочої групи з розробки Стратегії (бюджетні кошти, кошти міжнародних донорів, кошти приватних осіб, кошти міжнародних організацій)
<i>робоча група формується за ключовими напрямками розробки Стратегії, що передбачає формування підгруп:</i>		
– відновлення інфраструктури	– відновлення кадрового потенціалу	– ментальне здоров'я
– формування системи моніторингу за станом громадського здоров'я	– забезпечення безпечності медичних послуг	– забезпечення якості медичних послуг
– відновлення медичних послуг на деокупованих територіях	– забезпечення безпечності системи охорони здоров'я	– забезпечення адаптивності системи охорони здоров'я
– цифровізація системи охорони здоров'я	– нова модель фінансування	– забезпечення стійкості системи охорони здоров'я

Цінність організаційного етапу формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я також полягає в тому, що від нього залежить подальша робота з визначення змісту Стратегії та її

запровадження. Зазначений етап пропонуємо охарактеризувати в контексті двох підетапів:

1. Створення робочої групи з розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Формування робочої групи з розробки Стратегії є досить відповідальним етапом, адже є основою формування кадрового потенціалу розробки Стратегії та результативності діяльності такої групи. Відповідно запропоновано виділяти такі кроки:

- Міністерство охорони здоров'я України ініціює створення робочої групи з формування Стратегії;
- визначаються ключові суб'єкти формування Стратегії за кожною групою зацікавлених сторін на конкурсній основі;
- формується склад робочої групи з розробки Стратегії та склад підгруп за напрямками.

Зважаючи на те, що система охорони здоров'я є суспільно значущою сферою реалізації державних функцій, а також сферою, яка забезпечує національну безпеку, з одного боку, та основою базових потреб для кожного окремого громадянина з іншого, вкрай актуальним елементом формування робочої групи є залучення широкого кола осіб та представників з-поміж різних учасників суспільних відносин.

Звідси можемо зробити висновок, що до складу робочої групи мають увійти, насамперед, представники інститутів громадянського суспільства. Останні є досить новою категорією для державного управління в Україні, що введено в державотворчий обіг з початком модернізації системи державного управління. На теоретичному рівні громадянське суспільство можна охарактеризувати таким чином: «громадянське суспільство – це система інститутів, які діють самостійно, без втручання держави. Їх завдання полягає в забезпеченні умов для реалізації інтересів і потреб як окремої особи, так і всіх членів суспільства. Інститути громадянського суспільства формуються поступово. Як цілісний механізм, воно виникає на певному етапі історичного розвитку. Основними передумовами процесу формування громадянського суспільства є: індивід, який має фундаментальні громадянські права і свободи; існування вільних від прямого державного втручання «зон»,

необхідних для створення інститутів громадянського суспільства; формалізована законність, свобода підприємництва, публічність, наявність у суспільстві прагнення злагоди, толерантності, взаємоповаги, які мають стати основою мотивації поведінки як окремого індивіда, так і суспільства в цілому» [94]. Високий рівень ефективності інститутів громадянського суспільства визначає ефективність реформ, що відбуваються в різних сферах суспільного життя та налагодження соціального консенсусу в суспільстві.

Залучення інститутів громадянського суспільства до розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я має відбуватися на рівних правах, що дозволить врахувати інтереси більшості громадян. «Для громадянського суспільства характерні горизонтальні зв'язки і схеми організації, оскільки відносини між суб'єктами ґрунтуються не на ієрархічному підпорядкуванні, а на вільній конкуренції або ж, навпаки, солідарності, що дозволяє громадянам і цивільним об'єднанням взаємодіяти між собою, не вдаючись до авторитарних методів. Стрижнем громадянського суспільства являється вільна і незалежна особистість, здатна брати участь у вирішенні актуальних суспільних проблем. Водночас завдання держави створити умови для реалізації потреб як суспільства в цілому, так і особистості зокрема» [88]. Створення таких умов буде прослідковуватися в залученні інститутів громадянського суспільства до формування і реалізації Стратегії на усіх етапах цього процесу.

Важливе значення у формуванні Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я займають урядові та неурядові міжнародні організації. Адже їх роль є неоціненою, як з позиції фінансування процесів повоєнного відновлення, так і в контексті спостереження та контролю за органами державної влади при її реалізації. Стратегічне державне управління повоєнним відновлення системи охорони здоров'я має відповідати «Принципам Лугано», які були ухвалені на міжнародній конференції, присвяченій відбудові України. Учасниками цієї конференції були представники урядів 40-ка країн світу та 20-ти міжнародних організацій. Зміст зазначених принципів полягає в:

«– *партнерстві* – процес відновлення очолюється та здійснюється під керівництвом України та проводиться у партнерстві з її міжнародними партнерами;

– *спрямованості* на реформи – процес відновлення повинен сприяти прискоренню, поглибленню, розширенню та досягненню зусиль України щодо впровадження реформ і їх стійкості відповідно до європейського шляху України;

– прозорості, підзвітності і верховенстві права – процес відновлення має бути прозорим і підзвітним українському народу. Усі види фінансування відновлення мають бути справедливими та прозорими;

– *демократичній участі* – процес відновлення має бути цілісним зусиллям всього суспільства, спрямованим на демократичну участь населення... місцеве самоврядування та ефективну децентралізацію;

– *залученні багатьох стейкхолдерів* – процес відновлення має сприяти співпраці між національними та міжнародними учасниками, включно з приватним сектором, громадянським суспільством, науковими колами та місцевими органами влади;

– *гендерній рівності та інклюзії* – процес відновлення має бути інклюзивним та забезпечувати гендерну рівність та повагу до прав людини, включаючи її економічні, соціальні та культурні права;

– *сталому розвитку* – процес відновлення має забезпечити сталу перебудову України, яка узгоджується з Порядком денним сталого розвитку до 2030 року та Паризькою угодою» [117].

Залучення широкого кола міжнародних урядових та неурядових організацій стане основою формування нової якісної та ефективної системи охорони здоров'я, що відповідатиме основним положенням світових стандартів, а також таким властивостям: безпечність, адаптивність та стійкість.

В умовах модернізації державного управління та політичної системи в Україні суттєвого авторитету набувають адвокаційні компанії як пріоритетний напрямок розвитку громадянського суспільства та можливість лобіювання інтересів фінансово обмежених груп населення щодо формування нової системи охорони здоров'я як на місцевому, так і національному рівнях. Адвокація для України є досить новим терміном,

який нечасто зустрічається в науковій та популярній літературі. «Адвокація (англ. *advocacy*, відстоювання інтересів) – це діяльність окремих осіб або організованих груп, яка має на меті здійснення впливу на громадську політику та рішення політичних, економічних і соціальних інституцій для представництва і захисту прав та інтересів цих осіб або груп» [136]. Зважаючи на це, адвокація може бути спрямована як на вплив на зміст Стратегії та її стратегічні цілі, так і на суспільство для забезпечення її ефективної реалізації державою.

«Адвокасі передбачає різноманітні методи впливу на процес прийняття рішення, зокрема: лобіювання на рівні законодавчої та виконавчої влади, роботу із ЗМІ, проведення масових акцій, звернення до уповноважених органів та ін. Адвокасі передбачає активну взаємодію з різними організаціями, громадянами та максимально публічне обговорення питань. Залежно від масштабу та важливості проблеми вона може бути вирішена на місцевому (район, місто, область), національному чи міжнародному рівнях. Водночас необхідно враховувати ресурси організації, а також територію, на яку згідно з законодавством може поширюватися її діяльність» [100].

В Україні є успішні приклади адвокації. «Наразі лише ефективний вплив на владу через різноманітні адвокаційні механізми здатен вирішити місцеві проблеми. Одеською обласною організацією Комітету виборців України протягом 2013 року в межах оголошеного конкурсу «Адвокасі в дії», було отримано 46 конкретних прикладів реалізації успішних місцевих адвокаційних ініціатив в самих різних сферах з різних регіонів України. Всі отримані історії достойні для поширення, проте було відібрано лише 15 прикладів проведення адвокаційних кампаній, що збалансовані тематично та територіально, презентують успішне застосування різних механізмів адвокасі (від переговорів за «круглим столом» та роботи спільних робочих груп до мирних протестів та інформаційної «війни»). Головна ідея поширення цих 15 історій – описати досвід та «секрети успіху» цих ініціатив, надихнути та спонукати громадян та неурядові організації до широкого застосування інструментів адвокасі в ході захисту прав людини та вирішення місцевих проблем» [2].

Впровадження адвокації на етапі формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та Плану дій з її реалізації, дозволить вирішити сукупність проблем у різних регіонах, зокрема на деокупованих територіях.

Для врахування інтересів малих груп та організацій, які не володіють значними ресурсами під час формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, досить часто залучають Umbrella Organization. «Umbrella Organization – це велика асоціація установ, яка координує діяльність організацій-членів і працює на захист їхніх спільних інтересів. Таким чином, Umbrella Organization надає ресурси та ідентичність меншим організаціям. Головна організація часто певною мірою несе відповідальність за групи, якими вона опікується. Umbrella Organization зазвичай засновують, коли установі важко самотійно здійснювати діяльність, коли почуття спільності та підтримки спонукає установи отримати корисність від багатосторонньої та спільної діяльності, коли існує обізнаність громадськості» [57]. Такого роду організації свідчать про вагому роль та розвиток громадянського суспільства. Їх залучення на відповідних етапах формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я дозволить досягти високого рівня соціального консенсусу. Крім того, наслідки війни є різноманітними. В окремих випадках, система охорони здоров'я має бути спрямована на вирішення проблем малозабезпечених верств населення, внутрішньо переміщених осіб, а також осіб, які постраждали від бойових дій.

Важливо залучити до розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я заклади охорони здоров'я як суб'єкти реалізації медичних послуг, з одного боку, так і як власне об'єкти повоєнного відновлення. Це дозволить визначити, яким чином мають розвиватись медичні заклади для забезпечення безпечності, адаптивності та стійкості системи охорони здоров'я. З такої ж позиції є необхідність у залученні закладів вищої освіти, що готують фахівців за медичними спеціальностями. Адже від цього залежить ефективність повоєнного відновлення кадрового потенціалу.

З огляду на сказане вище, зазначені зацікавлені сторони та органи державної влади делегують своїх представників до складу робочої групи. Широке коло представників зацікавлених сторін у складі робочої групи може дозволити сформувати різносторонні підходи до положень Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, а також спровокувати конфлікт між учасниками, уникнення якого можливе через чіткий порядок затвердження робочої групи та складу її підгруп.

2. Затвердження робочої групи з розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. На цьому підтапі передбачено три послідовні кроки:

- попереднє розміщення Складу робочої групи з розробки Стратегії на офіційному ресурсі Міністерства охорони здоров'я України для громадського обговорення. Громадське обговорення складу робочої групи може стати інструментом для подальшого уникнення конфлікту між учасниками групи, а також сприятиме формуванню групи, яку б підтримувало суспільство, що в результаті дозволить уникнути проблеми несприйняття реформ у сфері охорони здоров'я;

- Кабінет Міністрів України на основі подання Міністерства охорони здоров'я України затверджує склад робочої групи з розробки Стратегії та завдання і строки їх виконання, що ставляться перед групою. Відповідно Міністерство охорони здоров'я України є координатором формування Стратегії як суб'єкт реалізації державної політики в досліджуваний сфері;

- формується порядок фінансування діяльності робочої групи з розробки Стратегії. Основними джерелами фінансування діяльності робочої групи з розробки Стратегії є: бюджетні кошти, кошти міжнародних донорів, кошти приватних осіб, кошти міжнародних організацій. Відповідно більшість зацікавлених сторін можуть бути долученими до фінансування процесу розробки Стратегії на умовах солідарності, доброчесності та автономії.

Склад робочої групи пропонуємо формувати за ключовими напрямками (підгрупами):

- відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я;

- відновлення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я;
- ментальне здоров'я;
- формування системи моніторингу за станом громадського здоров'я;
- забезпечення безпечності медичних послуг;
- забезпечення якості медичних послуг;
- відновлення медичних послуг на деокупованих територіях;
- забезпечення безпечності системи охорони здоров'я;
- забезпечення адаптивності системи охорони здоров'я;
- цифровізація системи охорони здоров'я;
- нова модель фінансування медицини;
- забезпечення стійкості системи охорони здоров'я.

Зі свого боку пропонуємо такий підхід до формування робочої групи в контексті зазначених напрямів (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Склад робочої групи з формування Стратегії повоєнного
відновлення системи охорони здоров'я**

Склад робочої групи	
Суб'єкт представлення	Кількість
1	2
<i>Центральні органи виконавчої влади (міністерства)</i>	
1. Міністерство охорони здоров'я України	1/5 від кількісного складу робочої групи, зокрема: – профільний заступник (заступники) Міністра; – представник (представники) регіонів (обласних департаментів охорони здоров'я), щонайменше 1/2 – представники регіонів, окрім м. Київ та Київської області; – представник Директорату стратегічного планування та координації; – представники інших структурних підрозділів Міністерства
2. Міністерство фінансів України	– заступник Міністра; – представник (представники) профільного структурного підрозділу
3. Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування	– Голова комітету або його заступник чи представник
4. Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України	– заступник Міністра; – представник (представники) профільного структурного підрозділу
5. Міністерство цифрової трансформації України	– представник за погодженням з Міністром цифрової трансформації України

Продовження табл. 3.3

1	2
6. Міністерство внутрішніх справ України	– представник щодо відомчої медицини за погодженням з Міністром внутрішніх справ України
7. Міністерство закордонних справ України	– представник щодо взаємодії з міжнародними партнерами за погодженням з Міністром закордонних справ України
8. Міністерство оборони України	– представник щодо відомчої медицини за погодженням з Міністром оборони України
9. Міністерство освіти і науки України	– заступник Міністра; – представник (представники) структурного підрозділу з питань ліцензування; – представник (представники) структурного підрозділу з питань атестації кадрів; – представник (представники) структурного підрозділу з питань наукової діяльності
10. Міністерство соціальної політики України	– заступник Міністра; – представник (представники) профільного структурного підрозділу
<i>Центральні органи виконавчої влади (служби)</i>	
11. Національна служба здоров'я України	1/5 від кількісного складу робочої групи, зокрема: – профільний заступник (заступники) голови НСЗУ; – представник (представники) регіонів НСЗУ, щонайменше 1/2 – представники регіонів, окрім м. Київ та Київської області; – представники структурних підрозділів
12. Державна аудиторська служба України	– представник за погодженням з керівником служби
13. Державна казначейська служба України	– представник за погодженням з керівником служби
14. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками	– представник за погодженням з керівником служби
<i>Центральні органи виконавчої влади (агентства)</i>	
15. Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури України	1/5 від кількісного складу робочої групи, зокрема: – профільний заступник (заступники) Агентства; – представники структурних підрозділів
16. Національне агентство з питань запобігання корупції	– представник за погодженням з керівником Агентства
<i>Центральні органи виконавчої влади (інспекції)</i>	
17. Державна інспекція архітектури та містобудування	– представник за погодженням з керівником Інспекції
<i>Інші органи центральної виконавчої влади</i>	
18. Фонд державного майна України	– представник за погодженням з керівником

Продовження табл. 3.3

1	2
<i>Міжнародні інституції²</i>	
Міжнародні інституції	1/3 від кількісного складу робочої групи
<i>Інститути громадянського суспільства³</i>	
За напрямками	2/3 від кількісного складу робочої групи
Склад підгруп	
Підгрупа	Суб'єкт представлення
Відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я	– Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство фінансів України; – Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування; – Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України
Відновлення медичних послуг на деокупованих територіях	
	– Міністерство цифрової трансформації України; – Міністерство закордонних справ України; – Національна служба здоров'я України; – Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури України; – Фонд державного майна України; – Державна інспекція архітектури та містобудування
Відновлення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я	– Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство фінансів України; – Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України; – Міністерство цифрової трансформації України; – Міністерство освіти і науки України; – Міністерство соціальної політики України; – Національне агентство з питань запобігання корупції
Забезпечення якості медичних послуг	– Міністерство охорони здоров'я України; – Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування; – Міністерство цифрової трансформації України; – Національна служба здоров'я України; – Національне агентство з питань запобігання корупції; – Міністерство освіти і науки України; – Міністерство соціальної політики України
Ментальне здоров'я	– Міністерство охорони здоров'я України; – Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування; – Міністерство освіти і науки України; – Міністерство закордонних справ України

² Залучаються до усіх підгруп за напрямками³ Залучаються до усіх підгруп за напрямками

Продовження табл. 3.3

1	2
Забезпечення безпечності медичних послуг	– Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство фінансів України; – Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування; – Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України; – Міністерство цифрової трансформації України; – Національна служба здоров'я України; – Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури України; – Фонд державного майна України; – Міністерство внутрішніх справ України; – Міністерство оборони України
Формування системи моніторингу за станом громадського здоров'я	– Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство фінансів України; – Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування; – Національна служба здоров'я України
Забезпечення безпечності системи охорони здоров'я	– Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство фінансів України; – Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування; – Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України; – Міністерство цифрової трансформації України; – Міністерство закордонних справ України; – Національна служба здоров'я України; – Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури України; – Фонд державного майна України; – Державна інспекція архітектури та містобудування – Міністерство внутрішніх справ України; – Міністерство оборони України
Забезпечення адаптивності системи охорони здоров'я	
Забезпечення стійкості системи охорони здоров'я	
Цифровізація системи охорони здоров'я; нова модель фінансування медицини	– Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство фінансів України; – Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування; – Міністерство цифрової трансформації України; – Міністерство закордонних справ України; – Національна служба здоров'я України

Кількісний склад робочої групи визначається залежно від строків та обсягів діяльності щодо формування Стратегії повоєнного

відновлення системи охорони здоров'я. Для забезпечення демократичності процесу формування пропонуємо обрання голови робочої групи, його заступників та секретаря здійснювати шляхом таємного голосування. Таку ж процедуру пропонуємо застосовувати для обрання керівництва підгруп робочої групи з розробки Стратегії. Координацію процесу розробки Стратегії має здійснювати профільне міністерство, тобто Міністерство охорони здоров'я України, а питання фінансування досліджуваного процесу повинно відбуватися під управлінням вказаного Міністерства. Власне механізм фінансування процесів розробки Стратегії повоєнного відновлення пропонуємо формувати таким чином (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Механізм фінансування Стратегії повоєнного відновлення СОЗ

Вихідні положення		
Мета	– фінансове забезпечення процесів діяльності робочої групи та її підгруп з формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я	
Завдання		
1. Формування джерел фінансування процесів розробки Стратегії	2. Координація фінансових потоків щодо забезпечення процесів розробки Стратегії	
3. Фінансування витрат, пов'язаних з розробкою Стратегії	4. Облік надходжень та витрат, пов'язаних з розробкою Стратегії	
5. Контроль за витрачанням коштів на розробку Стратегії	6. Аналіз ефективності витрачання коштів на розробку Стратегії	
Принципи		
прозорості	добросовісності	демократичності
законності	автономії	аполітичності
Суб'єкти		
Координація		
Міністерство охорони здоров'я України	Голова робочої групи з розробки Стратегії	Міністерство фінансів України
Акумуляування		
Рахунки Міністерства охорони здоров'я	Окремі казначейські рахунки	Рахунки громадських організацій
Джерела		
1. Кошти державного бюджету	2. Кошти місцевих бюджетів	
3. Допомога урядів зарубіжних країн	4. Допомога міжнародних урядових організацій	
5. Допомога міжнародних неурядових організацій	6. Кошти суб'єктів бізнесу	
7. Фандрейзинг	8. Донорська допомога	9. Інші джерела
Напрями фінансування		
1. Витрати на відрядження в межах України та за кордон	2. Витрати на організаційні заходи	3. Витрати, пов'язані з роботою зі ЗМІ
4. Матеріальні витрати на діяльність Робочої групи та її підгруп	5. Оплата послуг третіх осіб за процедурно-аналітичну роботу	6. Інші витрати, пов'язані з діяльністю Робочої групи та її підгруп

Отже, механізм фінансування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я – це сукупність заходів із забезпечення координації, акумулювання, пошуку джерел та власне фінансування витрат на розробку Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, що базується на принципах прозорості, доброчесності, демократичності, справедливості, автономії та аполітичності.

Наведена мета та завдання вказують на напрями формування механізму фінансування. В той же час, до принципів, які лежать в основі розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, зараховано такі:

- прозорість (джерела надходження та напрями витрачання мають бути прозорими, тобто відповідати меті та обліковуватися відповідно до діючого законодавства);

- доброчесність (при формуванні джерел та витрачанні коштів не допускається корупція та порушення законодавства, що стосується обраного порядку акумулювання коштів);

- демократичність (законні джерела надходження коштів не можуть бути обмеженими, а робоча група на демократичних засадах визначає напрями їх витрачання для забезпечення покладених на неї завдань);

- законність (надходження, витрачання, облік та звітування мають відповідати діючому законодавству, що визначатиметься обраним варіантом акумулювання);

- автономність (робоча група самостійно обирає варіант акумулювання, порядок взаємодії із донорами та витрачання коштів для здійснення основної діяльності з розробки Стратегії);

- аполітичність (джерела фінансування діяльності робочої групи не можуть визначати вплив на її роботу та лобіювання конкретних інтересів без їх зазначення в робочих документах, обговореннях та прийняття колективного рішення).

Порядок акумулювання фінансових ресурсів пропонуємо здійснювати із використанням одного із таких варіантів:

- на рахунках Міністерства охорони здоров'я України, в такому випадку вся діяльність робочої групи буде фінансуватися через зазначеного суб'єкта;

– відкриття окремих казначейських рахунків у структурі бюджетних програм суб'єкта реалізації державної політики. В цьому контексті можуть бути такі опції: Міністерство охорони здоров'я України; Міністерство фінансів України; Національна служба здоров'я України; Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури України;

– на рахунках громадських організацій, тоді до цього варіанту буде застосовуватися законодавство, що стосується бухгалтерського обліку та звітності громадських організацій.

Функції координації з реалізації механізму фінансування розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я мають покладатися на: Міністерство охорони здоров'я України; Голову робочої групи з розробки Стратегії; Міністерство фінансів України.

Основними джерелами надходження фінансових ресурсів визначаємо такі:

- кошти державного бюджету;
- кошти місцевих бюджетів;
- допомога урядів зарубіжних країн;
- допомога міжнародних урядових організацій;
- допомога міжнародних неурядових організацій;
- кошти суб'єктів бізнесу;
- фандрейзинг;
- донорська допомога;
- інші.

Їх використання має забезпечити безперервну та ефективну діяльність робочої групи за такими напрямками:

- витрати на відрядження в межах України та закордон;
- витрати на організаційні заходи;
- витрати пов'язані з роботою зі ЗМІ;
- матеріальні витрати на діяльність робочої групи та її підгруп;
- оплата послуг третіх осіб за процедурно-аналітичну роботу;
- інші витрати, пов'язані з діяльністю робочої групи та її підгруп.

Так само, оплата за роботу членів робочої групи має здійснюватися суб'єктами їх представлення.

Наступним важливим елементом організаційних положень формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я є налагодження комунікації між учасниками розробки, верифікації, погодження стратегічних цілей та Плану дій з реалізації Стратегії. «Багато фахівців засвідчують, що на сьогодні у світі активізується увага до комунікативної діяльності. Вважається, що це нова хвиля, спрямована на вироблення сучасних підходів щодо практики державних комунікацій. Головним у розумінні комунікацій вважається постулат, що державне управління є специфічним видом спеціально побудованої діяльності, як особливого виду діяльності з соціального управління. Відповідно і комунікативна діяльність має свої специфічні особливості і має бути спрямована на побудову міцних соціальних зв'язків» [52, с. 14]. Погоджуючись з цим твердженням, зазначимо, що формування та реалізація Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, будучи складовими державного управління, мають забезпечуватися ефективними комунікативними інструментами, адже досліджувана сфера державного управління є найважливішою з позиції кожного окремого громадянина, оскільки покриває базові потреби людини.

В контексті організації комунікації істотним є її налагодження як власне між державними структурами, так і між інститутами громадянського суспільства, що, на сьогоднішній день, є еталоном його демократизації. «Комунікація – основа державного управління і важливий чинник демократизації суспільного життя. В загальному вигляді її можна визначити як процес обміну інформацією, що об'єднує в єдине ціле органи державного управління, органи місцевого самоврядування та групи громадськості; зміцнює необхідний зворотний зв'язок між адміністративним апаратом, управлінськими структурами, суспільством, окремими громадами й індивідами» [85]. Такий обмін інформацією дає можливість оперативного реагування на запити суспільства, а також забезпечує врахування більшості інтересів зацікавлених сторін у створенні нової системи охорони здоров'я.

Під час формування стратегічних положень комунікація між державою та інститутами громадянського суспільства слугуватиме

інструментом суспільної підтримки стратегічних цілей повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, адже «комунікація між владою та громадськістю є однією з найважливіших складових системи державного управління. Однією з її головних функцій є забезпечення легітимності поширення повідомлень у інформаційному просторі, отримання підтримки і схвалення громадськістю управлінських рішень. Велике значення для реалізації цієї функції має налагодження ефективного діалогу між державою та громадськістю і отримання належного рівня довіри до органів влади» [53, с. 159]. Саме діалог забезпечить відповідність Стратегії визначеним вище принципам та дозволить реалізувати стратегічні цілі.

Налагодження комунікації є комплексним інструментом, що має забезпечити сукупність інших виділених організаційних положень, а саме: інформаційне забезпечення, організаційні заходи та залучення третіх осіб. В цілому, комунікаційні складові пропонуємо виділяти за відповідними етапами формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, на основі чого необхідно сформувати комунікаційну карту. В таблиці 3.5 наведено загальну структуру комунікації між учасниками розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Зазначена структура передбачає чотири рівні, що характеризуються налагодженням комунікації між різними групами суб'єктів розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я:

– рівень системи державного управління. Цей рівень пов'язаний із формуванням інформаційно-комунікаційної системи між суб'єктами державного управління, що реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я та інших сферах суспільного життя, що впливають на охорону здоров'я, забезпечують її або ж знаходяться під її впливом. Відповідно суб'єктами комунікації є Міністерство охорони здоров'я України, яке є координатором системи комунікації, міністерства, агентства, служби та бюро, які є учасниками розробки Стратегії. Способами комунікації на вказаному етапі можуть бути: інформаційні запити, розпорядчі документи, якщо йдеться про багаторівневу структуру; звіти та організаційні заходи, що можуть бути представлені спільними засіданнями, засіданнями уряду, конференціями, круглими столами, виїзними засіданнями тощо;

Таблиця 3.5

Організація комунікації щодо формування Стратегії повоєнного відновлення СОЗ

НА РІВНІ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ			
СУБ'ЄКТИ			
Міністерство охорони здоров'я України	Міністерства	Агентства, служби, бюро	
Статус: координатор	Статус: учасники розробки Стратегії		
СПОСОБИ КОМУНІКАЦІЇ			
1. Інформаційні запити	2. Розпорядчі документи	3. Звіти	4. Організаційні заходи
ВНУТРІШНЬОГРУПОВА КОМУНІКАЦІЯ – НА РІВНІ РОБОЧОЇ ГРУПИ ТА ЇЇ ПІДГРУП			
СУБ'ЄКТИ			
Голова робочої групи	Учасники робочої групи	Інші суб'єкти	
Статус: координатор	Статус: учасники розробки Стратегії	Статус: відповідальні за організацію та забезпечення роботи	
СПОСОБИ КОМУНІКАЦІЇ			
1. Організаційні заходи	2. Засідання	3. Інформаційні запити	4. Документи-пропозиції
КОМУНІКАЦІЯ З ІНСТИТУТАМИ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА			
СУБ'ЄКТИ			
Голова робочої групи	Учасники робочої групи	Інші суб'єкти	Інститути громадянського суспільства
Статус: координатор	Статус: учасники розробки Стратегії	Статус: відповідальні за організацію та забезпечення роботи	Статус: представництво зацікавлених сторін
СПОСОБИ КОМУНІКАЦІЇ			
1. Засоби масової інформації	2. Організаційні заходи	3. Інформаційні запити	4. Документи-пропозиції
5. Альтернативне масмедійне середовище	6. Соціологічні дослідження суспільних настроїв	7. Ком'юніті	8. «Open Space» – відкритий простір
КОМУНІКАЦІЯ З ТРЕТІМИ ОСОБАМИ			
Голова робочої групи	Учасники робочої групи	Інші суб'єкти	Треті особи
Статус: координатор	Статус: учасники розробки Стратегії	Статус: відповідальні за організацію та забезпечення роботи	Статус: надавачі послуг інформаційного характеру
СПОСОБИ КОМУНІКАЦІЇ			
1. Юридичні документи – договори	2. Форми звітування про виконані роботи	3. Фінансові документи щодо оплати за виконані роботи	4. Організаційні заходи

– внутрішньогрупова комунікація – це комунікація між учасниками робочої групи з розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, координатором та організатором якої є Голова робочої групи. У такому випадку способами комунікації мають бути організаційні заходи (круглі столи, конференції, засідання, презентації, робота у групах тощо);

– комунікація з інститутами громадянського суспільства. Серед таких суб'єктів виділяємо: Голову робочої групи як координатора комунікації; учасників робочої групи; відповідальних за організацію та забезпечення діяльності робочої групи; інститути громадянського суспільства як представників. Сучасними способами комунікації з інститутами громадянського суспільства є: засоби масової інформації; організаційні заходи; інформаційні запити; документи-пропозиції; альтернативне масмедійне середовище; соціологічні дослідження суспільних настроїв; ком'юніті; «Open Space» – відкритий простір;

– комунікація з третіми особами, пов'язана з необхідністю виконання певних завдань, на які необхідні додаткові інтелектуальні, матеріальні, технічні та інші види ресурсів. Такими особами є: заклади вищої освіти, соціологічні компанії, спеціально створені аналітичні групи, консалтингові компанії, міжнародні аудиторські фірми, науково-дослідні установи. Ця комунікація визначає порядок залучення третіх осіб для виконання сукупності завдань та супроводу процесів розробки Стратегії.

Таким чином, сформовані організаційні положення розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я передбачають сукупність заходів та процедур, які визначають:

– організацію діяльності робочої групи та її підгруп – запропоновано порядок формування та затвердження складу робочої групи;

– фінансове, матеріальне та технічне забезпечення діяльності суб'єктів формування Стратегії та залучення третіх осіб для виконання спеціальних завдань – обґрунтовано механізм фінансового забезпечення процесу розробки Стратегії;

– налагодження комунікації між учасникам розробки, верифікації, погодження стратегічних цілей та Плану дій з реалізації

Стратегії – запропоновано багаторівневу структуру організації комунікації між учасниками розробки Стратегії та зацікавленими сторонами, що включає в себе формування інформаційного забезпечення, організаційні заходи та порядок залучення третіх осіб.

3.3. Стратегічні цілі та їх роль у формалізації нових властивостей повоєнної системи охорони здоров'я

Стратегія повоєнного відновлення системи охорони здоров'я має забезпечити нові бачення та властивості досліджуваної сфери державного управління. Вкрай важливим є обґрунтування стратегічних цілей повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та встановлення ключових завдань з її досягнення як складової методології стратегічного державного управління.

Наведені в попередніх дослідженнях методологічні положення визначають дев'ять ключових стратегічних цілей, які згруповані за трьома напрямками:

- група стратегічних цілей, що характеризують подолання наслідків російсько-української війни;
- група стратегічних цілей, що відповідають за модернізацію системи охорони здоров'я;
- група стратегічних цілей, що формують нові властивості системи охорони здоров'я.

Досягнення вказаних цілей залежить від поставлених завдань та визначення суб'єктів, відповідальних за їх реалізацію, і має на меті побудову нової системи охорони здоров'я.

Окремі аспекти реформування та повоєнного відновлення в цілому та системи охорони здоров'я зокрема визначені в працях таких вчених: Ю. Айхенгрін, Г. Базецька, Т. Беккер, Т. Богдан, О. Булик, Ведер ді Мауро, І. Гаврилюк, С. Городніченко, Ю. Городніченко, Д. Грицишен, С. Гур'єв, Т. Джонсон, Я. Железняк, Г. Жовтяк, О.В. Корнілова, Т. Коробчук, О. Лукашук, А. Мельник, Ю. Миколаєць, К. Милованов, В. Михальчук, С. Петрик, Я. Пилипенко, О. Подзізей,

Б. Рогофф, Д. Серьогіна та інших. Віддаючи належне працям перелічених дослідників, наголосимо на необхідності комплексного бачення властивостей нової системи охорони здоров'я.

Відповідно до зазначених напрямів формування Стратегії та груп стратегічних цілей пропонуємо визначити фундаментальні положення Стратегії, зокрема місію та візію повоєнної системи охорони здоров'я. Наше бачення зазначених складових ґрунтується на основі досліджених стратегій та концепції розвитку системи охорони здоров'я та точці зору, яку сьогодні висловлюють міжнародні партнери. Під місією варто розуміти «подолання наслідків війни та формування нової системи охорони здоров'я, що забезпечить високий рівень громадського здоров'я населення України та характеризуватиметься такими властивостями, як безпечність, адаптивність, стійкість, якість та ефективність». У свою чергу, візія визначається наступним чином: «система охорони здоров'я, що надає якісні та доступні усім категоріям населення медичні послуги».

Такі підходи можуть бути взяті за основу, проте діяльність у робочій групі, з урахуванням аналізу внутрішнього та зовнішнього середовища, може модифікувати або ж повністю змінити зміст зазначених складових. Власне бачення місії, візії та стратегічних цілей сформоване та було апробовано на круглих столах, наукових конференціях, засіданнях кафедр, науково-технічної ради Державного університету «Житомирська політехніка». Ці положення можуть бути застосовані Міністерством охорони здоров'я України та робочою групою як проєктний варіант.

Визначені місія та візія Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я будуть реалізовані через досягнення запропонованих стратегічних цілей, про що поговоримо докладніше нижче.

Перша група – стратегічні цілі, що характеризують подолання наслідків російсько-української війни. До вказаної групи стратегічних цілей зараховано:

- 1) відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, що була зруйнована та/ або пошкоджена в результаті російсько-української війни;

2) відновлення та зростання кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, що був втрачений через внутрішню і зовнішню міграцію та загибель медичних працівників у результаті бойових дій;

3) відновлення системи медичних послуг на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали від бойових дій. Завдання, які покладаються для реалізації зазначеної цілі та суб'єкти, відповідальні за їх виконання, наведені в таблицях 3.6, 3.7, 3.8, відповідно.

Характеризуючи напрями досягнення першої стратегічної цілі (відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, що була зруйнована та/або пошкоджена в результаті російсько-української війни), варто зазначити, що їм притаманне таке:

- по-перше, врегулювання механізму ідентифікації та оцінки інфраструктурних втрат системи охорони здоров'я в результаті російсько-української війни. За цим напрямом є необхідність вирішення завдань, які характеризуються формуванням нормативно-правового забезпечення щодо:

- оцінки та типології інфраструктурних втрат системи охорони здоров'я через воєнні дії (окупація та деокупація територій, наявність потреби в реалізації медичних послуг на певній території; обсяги руйнувань; види руйнувань; ведення бойових дій на території тощо);

- встановлення першочерговості відновлення інфраструктури, що залежатиме від потреби в реалізації медичних послуг.

Тобто, мірою передусім, на державу покладається формування відповідного правового поля, до розробки якого необхідно залучити:

- Кабінет Міністрів України;
- Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури України;
- Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України;
- Міністерство соціальної політики України;
- Міністерство охорони здоров'я України.

Таблиця 3.6

Характеристика завдань з реалізації стратегічної цілі 1 Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

<i>Стратегічна ціль 1: відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, що була зруйнована та /або пошкоджена в результаті російсько-української війни</i>		
Завдання	Напрями досягнення	Відповідальний суб'єкт
1	2	3
1. Формування порядку оцінки інфраструктурних втрат системи охорони здоров'я	Ухвалення положення «Про оцінку та типологію інфраструктурних втрат в результаті війни»	– Кабінет Міністрів України; – Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури України
2. Розробка механізму визначення першочерговості відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, що була зруйнована	Ухвалення положення «Про методику визначення першочерговості відновлення критичної інфраструктури»	– Кабінет Міністрів України; – Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури України; – Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України; – Міністерство соціальної політики України; – Міністерство охорони здоров'я України
3. Розширення напрямів та способів приватизації інфраструктурних об'єктів системи охорони здоров'я, що були частково пошкоджені	Внесення змін до законодавство про приватизацію щодо розширення кола об'єктів приватизації	– Верховна Рада України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство розвитку громад та територій України
4. Розширення напрямів залучення суб'єктів приватного бізнесу до інвестування у відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я	Ухвалення нового Закону «Про державно-приватне партнерство»	– Верховна Рада України; – Міністерство розвитку громад та територій України
	Внесення змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	– Верховна Рада України; – Міністерство охорони здоров'я України
	Ухвалення положення «Про діяльність державних/ комунальних підприємств у сфері реалізації медичних послуг, зокрема в частині залучення приватних інвестицій»	– Верховна Рада України; – Міністерство фінансів України; – Фонд державного майна

Продовження табл. 3.6

1	2	3
5. Стимулювання бізнес-структур до інвестицій у відновлення критичної інфраструктури системи охорони здоров'я	Внесення Змін до Податкового Кодексу України в частині надання податкових канікул або зменшення бази оподаткування підприємств, що інвестують в інфраструктуру системи охорони здоров'я	– Верховна Рада України; – Міністерство фінансів України
6. Удосконалення мережі закладів охорони здоров'я, з урахуванням особливостей воєнних дій, що відбувалися на відповідній території	Внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів»	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України
7. Визначення вимог до будівництва закладів охорони здоров'я	Внесення змін до Законів України: – про будівельні норми; – про енергетичну ефективність; – про технічні регламенти та оцінку відповідності; – про відповідальність за правопорушення у сфері містобудівної діяльності	– Верховна Рада України; – Міністерство фінансів України; – Міністерство юстиції України; – Міністерство розвитку громад та територій України; – Державна інспекція архітектури та містобудування України
8. Формування системи фінансового забезпечення відновлення інфраструктури	Внесення змін до Бюджетного Кодексу України;	– Верховна Рада України; – Міністерство фінансів України
9. Формування нового механізму залучення та використання фінансових ресурсів міжнародних урядових та неурядових організацій	внесення змін до антикорупційного законодавства; внесення змін до Закону України про публічні закупівлі	

Під час формування правового забезпечення є необхідність урахування як національних особливостей державного управління, політичної системи, суспільних відносин та системи охорони здоров'я, так і тих вимог, які висуває ЄС, що є визначальним у контексті обрання Україною курсу на європейську та північноатлантичну інтеграцію;

– по-друге, залучення суб'єктів бізнесу до відновлення системи охорони здоров'я на партнерських засадах. Економіка України знаходиться у вкрай важкому стані, що зумовлено повномасштабним вторгненням російської федерації, що відображається на надходженнях до державного бюджету та збільшенні видатків на реалізацію оборонної функції. Це все визначає, що Державний Бюджет України на цьому етапі воєнного стану не може забезпечити фінансування відновлення інфраструктури. Відповідно пропонується залучення приватних інвестицій шляхом: приватизації закладів охорони здоров'я державної та/або комунальної форм власності, інфраструктура яких потребує істотної модернізації чи відновлення для реалізації медичних послуг на територіях високого ризику воєнних дій; інвестування в діяльність закладів охорони здоров'я у державних та/ або комунальних підприємствах як акціонерів (учасників); використання механізмів державно-приватного партнерства. Стимулювання структур приватного бізнесу до відновлення системи охорони здоров'я можливе через податкові пільги. Ключовими суб'єктами державного управління у виконанні зазначених завдань є: Верховна Рада України; Кабінет Міністрів України; Міністерство охорони здоров'я України; Міністерство розвитку громад та територій України; Міністерство фінансів України; Фонд державного майна;

– по-третє, відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я на основі нових вимог до будівництва, що потребує удосконалення будівельного законодавства. Це, в свою чергу, вимагає активної роботи таких суб'єктів державного управління: Верховна Рада України; Міністерство фінансів України; Міністерство юстиції України; Міністерство розвитку громад та територій України; Державна інспекція архітектури та містобудування України;

Таблиця 3.7

Характеристика завдань з реалізації стратегічної цілі 2 Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

<i>Стратегічна ціль 2: відновлення та зростання кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, що був втрачений через внутрішню і зовнішню міграцію та загибель медичних працівників у результаті бойових дій</i>		
Завдання	Напрями досягнення	Відповідальний суб'єкт
1. Розробка системи перепідготовки медичних працівників для забезпечення потреб в умовах воєнного стану та у післявоєнний період	Ухвалити постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження програми перепідготовки медичних працівників у сфері тактичної медицини»; затвердити «Вимоги до закладів освіти щодо перепідготовки медичних працівників у сфері тактичної медицини»	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Національна служба здоров'я України; – Міністерство освіти і науки України; – Міністерство соціальної політики України
2. Підвищення рівня стимулювання медичних працівників для роботи в закладах охорони здоров'я, що знаходяться на територіях з підвищеним ризиком небезпеки	Ухвалити постанову Кабінету Міністрів України «Про заходи стимулювання медичних працівників в закладах охорони здоров'я, що знаходяться на територіях підвищеного ризику небезпеки»	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Національна служба здоров'я України; – Міністерство соціальної політики України
3. Підтримка закладів вищої освіти щодо перепідготовки медичних працівників	Звернення до міжнародних урядових та неурядових організацій та урядів країн-партнерів щодо грантової підтримки закладів вищої освіти для перепідготовки медичних працівників	– Верховна Рада України; – Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство закордонних справ України; – Посольства та консульства в країнах–партнерах
4. Організація міжнародних стажувань медичних працівників за найбільш затребуваними напрямками	Ухвалити постанову Кабінету Міністрів України «Про навчання медичних працівників в закладах вищої освіти країн-партнерів»	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство закордонних справ України; – Посольства та консульства в країнах–партнерах
5. Формування системи психологічної підтримки медичних працівників	Ухвалити постанову Кабінету Міністрів України «Про психологічну підтримку медичних працівників»	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України

- по-четверте, розвиток мережі закладів охорони здоров'я через удосконалення госпітальних округів. Зазначена проблема має істотне значення для територій, де ведуться бойові дії, та деокупованих територій;

- по-п'яте, формування системи фінансового забезпечення та нових механізмів залучення фінансових ресурсів міжнародних урядових та неурядових організацій.

Досягнення цілі – відновлення та зростання кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, що був втрачений через внутрішню і зовнішню міграцію та загибель медичних працівників у результаті бойових дій – можливе через виконання сукупності завдань, серед яких:

- розробка системи перепідготовки медичних працівників для забезпечення потреб в умовах воєнного стану та у післявоєнний період. Існуюча до війни система підготовки медичних працівників була повністю застаріла та не відповідає запитам як воєнному часу, так і кращим світовим практикам. Крім того, реформа в системі охорони здоров'я не була гармонізована із трансформаціями освітньої сфери, що призвело до браку кваліфікованих кадрів навіть у мирний час. Відповідно, сьогодні є критична потреба в оперативній перепідготовці медичних працівників на базі закладів вищої освіти, при яких діють медичні факультети. Така перепідготовка має здійснюватися за участі закордонних фахівців у сфері тактичної медицини та воєнної хірургії. Нормативне забезпечення вирішення зазначеного завдання полягає в ухваленні Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження програми перепідготовки медичних працівників у сфері тактичної медицини» та затвердження вимог до закладів освіти щодо перепідготовки медичних працівників у сфері тактичної медицини. Суб'єктами державного управління, на яких покладена реалізація вказаного завдання, є: Кабінет Міністрів України; Міністерство охорони здоров'я України; Національна служба здоров'я України; Міністерство освіти і науки України; Міністерство соціальної політики України;

- підвищення рівня стимулювання медичних працівників для роботи в закладах охорони здоров'я, що знаходяться на територіях з підвищеним ризиком небезпеки. На сьогодні стимулювання медичних працівників, які знаходяться на фронті або працюють в закладах охорони здоров'я на територіях підвищеного ризику небезпеки,

здійснюється лише через оплату праці. Відповідно є потреба в стимулюванні через надання соціальних пільг, можливості придбання житла на пільгових умовах тощо. Вирішення зазначеного завдання вимагає тісної співпраці Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства соціальної політики України;

- підтримка закладів вищої освіти щодо підготовки медичних працівників. З урахуванням високої інтенсивності бойових дій, на фронті спостерігається дефіцит медичних працівників, для подолання якого є необхідність у залученні додаткових ресурсів для їх підготовки та перепідготовки на базі закладів вищої освіти з медичними факультетами. Така підготовка потребує додаткового фінансування, що пропонується покривати за рахунок грантових програм урядових та неурядових організацій, а також допомоги урядів країн-партнерів. У формуванні грантових програм особливу роль має відігравати Міністерство закордонних справ України шляхом звернення до міжнародних урядових та неурядових організацій та урядів країн-партнерів щодо грантової підтримки закладів вищої освіти для перепідготовки медичних працівників;

- організація міжнародних стажувань медичних працівників за найбільш затребуваними напрямками. Таке стажування має відбуватися в кращих закладах вищої освіти, що готують медичних працівників. Фінансування може здійснюватися як за рахунок приймаючої сторони, так і за рахунок коштів державного бюджету;

- формування системи психологічної підтримки медичних працівників є невід'ємною складовою політики забезпечення ментального здоров'я населення.

Відповідальними за реалізацію стратегічної цілі – відновлення системи медичних послуг на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій – є: Кабінет Міністрів України; Міністерство охорони здоров'я України; Національна служба здоров'я України; Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України; Міністерство соціальної політики України. Основними напрямками їх діяльності є оцінка та організація медичної допомоги населенню на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій.

Таблиця 3.8

**Характеристика завдань з реалізації стратегічної цілі 3 Стратегії повоєнного відновлення системи
охорони здоров'я**

<i>Стратегічна ціль 3: відновлення системи медичних послуг на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій</i>		
Завдання	Напрями досягнення	Відповідальний суб'єкт
1. Визначення потреби в медичних послугах та їх видах на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій	Розробка та затвердження Постановою Кабінету Міністрів України «Положення про оцінку потреби в медичних послугах на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій»	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Національна служба здоров'я України; – Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України; – Міністерство соціальної політики України
2. Формування тимчасових амбулаторних оди-ниць на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про тимчасові амбулаторні одиниці на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій»	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Національна служба здоров'я України; – Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України; – Міністерство соціальної політики України
3. Формування системи мобільних медичних бригад для організації надання екстреної медичної допомоги на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про діяльність мобільних медичних бригад для організації надання екстреної медичної допомоги на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій»	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Національна служба здоров'я України; – Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України; – Міністерство соціальної політики України
4. Формування переліку закладів охорони здоров'я, що надаватимуть спеціалізовану та паліативну медичну допомогу цивільному населенню на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій	Формування комунікаційної карти щодо надання спеціалізованої та паліативної медичної допомоги цивільному населенню, що проживає на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Національна служба здоров'я України; – Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України; – Міністерство соціальної політики України

Для оперативного реагування на потреби в медичних послугах пропонуємо створити тимчасові амбулаторні одиниці для надання медичної допомоги цивільному населенню. Такі амбулаторні одиниці можуть діяти в населених пунктах на зазначених вище територіях. Забезпечення їх діяльності має фінансуватися напряму через Міністерство охорони здоров'я України. Кадровий склад тимчасових амбулаторних одиниць має бути сформований таким чином, щоб надавати первинну медичну допомогу населенню в повному об'ємі.

Важливе значення для організації надання екстреної медичної допомоги населенню на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій, мають мобільні медичні бригади. Їх кількість та кадровий склад залежать від кількості населення та статусу територій. Так само, для надання спеціалізованої та паліативної медичної допомоги пропонуємо формування переліку закладів охорони здоров'я, що надаватимуть таку допомогу населенню на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали в результаті бойових дій.

З метою формування нової ефективної системи охорони здоров'я необхідне здійснення модернізаційних заходів в ключових сферах, що характеризують такі стратегічні цілі:

1) системи реалізації медичних послуг на основі підходів забезпечення якості та ефективності (табл. 3.9);

2) системи підготовки та перепідготовки управлінських та медичних кадрів у контексті повоєнного запиту (табл. 3.10);

3) структури системи охорони здоров'я держави та регіонів у контексті повоєнного запиту (табл. 3.11).

Модернізація системи реалізації медичних послуг на основі підходів забезпечення якості та ефективності є основоположною ціллю формування нової системи охорони здоров'я в Україні. Забезпечення якості та ефективності діяльності закладів охорони здоров'я передбачає сукупність дій та потребує формування особливого правового поля. Впровадження якісного підходу має відбуватися за дворівневим механізмом, а саме:

– забезпечення якості медичних послуг, що потребує впровадження Національних стандартів якості медичних послуг, які будуть ґрунтуватися на рекомендаціях ЄС (RECOMMENDATION No. R (97) 17) та враховувати кращі світові практики;

Таблиця 3.9

**Характеристика завдань з реалізації стратегічної цілі 4 Стратегії повоєнного відновлення системи
охорони здоров'я**

<i>Стратегічна ціль 4: модернізація системи реалізації медичних послуг на основі підходів забезпечення якості та ефективності</i>		
Завдання	Напрями досягнення	Відповідальний суб'єкт
1. Забезпечення якості медичних послуг державними, комунальними та приватними закладами охорони здоров'я	Розробка та затвердження Постановою Кабінету Міністрів України «Положення про національні стандарти якості медичних послуг» Розробка нової моделі фінансування діяльності закладів охорони здоров'я на основі показників якості медичних послуг	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Національна служба здоров'я України
2. Впровадження показників та механізму оцінки якості управління закладами охорони здоров'я	Розробка та затвердження Постановою Кабінету Міністрів України «Положення про національні стандарти якості управління закладами охорони здоров'я» Розробка нової моделі фінансування діяльності закладів охорони здоров'я на основі показників якості управління закладами охорони здоров'я	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Національна служба здоров'я України
3. Впровадження системи КРІ для керівників закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності	Розробка та затвердження Постановою Кабінету Міністрів України «Положення про КРІ керівників закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності»	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Національна служба здоров'я України
4. Запровадження конкурсного механізму укладання контрактів з керівниками закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності	Розробка та затвердження Постановою Кабінету Міністрів України «Положення про проведення конкурсу на заміщення вакантних посад керівників закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності»	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Національна служба здоров'я України

Таблиця 3.10

Характеристика завдань з реалізації стратегічної цілі 5 Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

<i>Стратегічна ціль 5: модернізація системи підготовки та перепідготовки управлінських та медичних кадрів у контексті повоєнного запиту</i>		
Завдання	Напрями досягнення	Відповідальний суб'єкт
1. Удосконалення системи ліцензування освітньої діяльності за галуззю знань 22 «Охорона здоров'я»	Розробка та затвердження Постановою Кабінету Міністрів України «Положення про ліцензування освітньої діяльності за галуззю знань 22 «Охорона здоров'я»	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство освіти і науки України
2. Удосконалення системи освітніх програм за галуззю знань 22 «Охорона здоров'я»	Розробка та затвердження Постановою Кабінету Міністрів України «Положення про акредитацію освітніх програм за галуззю знань 22 «Охорона здоров'я»	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство освіти і науки України; – Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти
3. Удосконалення стандартів вищої освіти за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я»	Внесення змін до стандартів вищої освіти	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство освіти і науки України; – Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти
4. Підтримка освітніх програм за галуззю знань 22 «Охорона здоров'я» щодо підготовки медичних працівників за важливими найбільш затребуваними напрямками	Розробка та затвердження Постановою Кабінету Міністрів України «Положення про особливу підтримку підготовки медичних працівників за пріоритетними медичними спеціальностями»	– Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство освіти і науки України; – Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти

Таблиця 3.11

Характеристика завдань з реалізації стратегічної цілі 6 Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

<i>Стратегічна ціль 6: модернізація структури системи охорони здоров'я держави та регіонів у контексті повоєнного запиту</i>		
Завдання	Напрями досягнення	Відповідальний суб'єкт
1. Удосконалення структури госпітальних округів на деокупованих територіях	Внесення змін у Примірне положення про госпітальний округ	– Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України
2. Перегляд структури госпітальних округів, зважаючи на наслідки російсько-української війни		

– забезпечення якості управління закладами охорони здоров'я, що також пропонується здійснити через розробку та впровадження Національних стандартів якості управління закладами охорони здоров'я.

До розробки Національних стандартів якості медичних послуг та якості управління закладами охорони здоров'я пропонуємо залучити представників:

- 1) Міністерства охорони здоров'я України;
- 2) Міністерства соціальної політики України;
- 3) Національної служби здоров'я України;
- 4) Міжнародної організації зі стандартизації (ISO);
- 5) громадських організацій;
- 6) закладів вищої освіти (профільних або в яких діють медичні факультети);
- 7) закладів охорони здоров'я.

Для ефективного впровадження зазначених стандартів та стимулювання закладів охорони здоров'я до їх застосування пропонуємо внести зміни до моделі фінансування їх діяльності через урахування показників якості. Крім того, вагоме значення для імплементації якісного підходу до реалізації медичних послуг та управління закладами охорони здоров'я мають положення, що стосуються формування управлінського складу. Саме тому є необхідність запровадження KPI для керівників закладів охорони здоров'я та конкурсного відбору для заміщення вакантних посад керівників закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності.

Якісний підхід до реалізації медичних послуг та управління закладами охорони здоров'я можливий лише за умов наявності кадрового потенціалу, що вимагає модернізації системи підготовки та перепідготовки медичних працівників. Для реалізації зазначеної цілі пропонуємо удосконалити законодавство в сфері регулювання вищої освіти, зокрема в частині:

– ліцензування освітньої діяльності за галуззю знань 22 «Охорона здоров'я». Зокрема, потребують удосконалення ліцензійні вимоги до здійснення такої діяльності, з урахуванням особливостей кожної окремої спеціальності (221 «Стоматологія»; 222 «Медицина»;

223 «Медсестринство»; 224 «Технології медичної діагностики та лікування»; 225 «Медична психологія»; 226 «Фармація, промислова фармація»; 227 «Терапія та реабілітація»; 228 «Педіатрія»; 229 «Громадське здоров'я») та рекомендацій ЄС;

– акредитації освітніх програм за галуззю знань 22 «Охорона здоров'я». Так, є потреба у формуванні галузевого підходу до процедури акредитації та визначення якості реалізації освітніх послуг за досліджуваними спеціальностями. Вважаємо за необхідне на певних етапах акредитаційного процесу залучати представників Міністерства охорони здоров'я України;

– стандартів вищої освіти за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я», з урахуванням потреби в лікарях у воєнний час та у післявоєнний період. Такий підхід дозволить забезпечити заклади охорони здоров'я необхідними кадрами та підвищити рівень кадрового потенціалу для реалізації реформ.

Сучасний підхід до організації спеціалізованої та паліативної медичної допомоги ґрунтується на формуванні спроможної мережі закладів охорони здоров'я в межах госпітальних округів. У контексті відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, яка була зруйнована чи пошкоджена внаслідок бойових дій, такий підхід необхідно переглянути, з урахуванням наслідків війни на деокупованих територіях та територіях, які найбільше постраждали в результаті бойових дій.

Стратегія повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, окрім подолання наслідків війни та визначення напрямів модернізації, має сприяти формуванню нової системи, якій були б притаманні такі властивості: безпечність, адаптивність та стійкість. Саме це визначає група стратегічних цілей, що характеризують властивості нової системи охорони здоров'я, серед яких:

1) досягнення високого рівня адаптивності системи охорони здоров'я та її окремих елементів (табл. 3.12). Передбачає ухвалення сукупності нормативно-правових актів, що регулюють діяльність закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та забезпечують оперативне пристосування до їх наслідків. Це стосується

як власне вимог до діяльності та підготовки медичних працівників, так і визначення можливості евакуації таких суб'єктів. Крім того, в умовах надзвичайних ситуацій воєнного характеру необхідним є передбачення механізму оперативної зміни профілю діяльності закладу охорони здоров'я з цивільного на військовий госпіталь;

2) забезпечення стійкості системи охорони здоров'я як властивості оперативного реагування на ризики (табл. 3.13). Реалізація цього завдання можлива через формування правового поля з метою відновлення системи охорони здоров'я в цілому та окремих її складових внаслідок надзвичайних ситуацій, релокації закладів охорони здоров'я, відновлення їх діяльності на безпечних територіях та порядку використання інфраструктурних об'єктів, що потребує врегулювання взаємодії між закладом охорони здоров'я та органами місцевого самоврядування;

3) забезпечення безпечності структурних елементів системи охорони здоров'я в контексті внутрішніх та зовнішніх ризиків (табл. 3.14) – це складний процес, який передбачає формування заходів забезпечення безперебійної роботи закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Важливими складовими реалізації вказаної цілі є: встановлення вимог до: охорони закладів охорони здоров'я та можливості застосування зброї персоналом закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій; інфраструктури закладів охорони здоров'я щодо забезпечення їх безпеки; продовольчих, матеріальних та інших резервів закладів охорони здоров'я; енергетичної безпеки закладів охорони здоров'я; діяльності персоналу закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

Визначені завдання, правове поле та суб'єкти державного управління, на яких покладається реалізація стратегічних цілей, є основою формування Плану дій з реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Докладніше питання реалізації стратегічних цілей буде висвітлено при дослідженні механізмів державного управління, а саме: в частинні кадрового потенціалу, фінансового забезпечення та розвитку інфраструктури системи охорони здоров'я.

Таблиця 3.12

Характеристика завдань з реалізації стратегічної цілі 7 Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

<i>Стратегічна ціль 7: досягнення високого рівня адаптивності системи охорони здоров'я та її окремих елементів</i>		
Завдання	Напрями досягнення	Відповідальний суб'єкт
1. Формування механізму якісного та оперативного надання медичних послуг цивільному населенню в умовах надзвичайних ситуацій природного, техногенного та воєнного характеру	– Внесення змін до освітніх програм з підготовки медичних працівників у частині формування спеціальних навичок; – встановлення вимог до кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я щодо наявності фахівців з тактичної медичної допомоги та роботи в умовах надзвичайних ситуацій;	– Верховна Рада України; – Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство оборони України; – Міністерство внутрішніх справ України;
2. Формування механізму оперативної зміни профілю діяльності закладів охорони здоров'я з цивільного на військовий госпіталь	– ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України «Про порядок евакуації закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій»;	– Міністерство освіти і науки України; – Рада національної безпеки та оборони України; – Служба безпеки України;
3. Розробка механізмів евакуації закладів охорони здоров'я з території надзвичайних ситуацій, зокрема бойових дій	– ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України «Про порядок зміни профілю діяльності закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій»; – ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України «Про діяльність закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій»	– Національна поліція України; – Національна гвардія України

Таблиця 3.13

Характеристика завдань з реалізації стратегічної цілі 8 Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

<i>Стратегічна ціль 8: забезпечення стійкості системи охорони здоров'я як властивості оперативного реагування на ризики</i>		
Завдання	Напрями досягнення	Відповідальний суб'єкт
1. Формування механізму відновлення системи охорони здоров'я в цілому та окремих її складових внаслідок надзвичайних ситуацій	– Ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України «Про релокацію закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій»	– Верховна Рада України; – Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство оборони України
2. Формування механізму оперативної релокації закладів охорони здоров'я	– ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України «Про порядок відновлення діяльності закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій»; – ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України «Про порядок надання інфраструктурних об'єктів для релокації закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій»	– Міністерство внутрішніх справ України; – Міністерство освіти і науки України

Таблиця 3.14

**Характеристика завдань з реалізації стратегічної цілі 9 Стратегії повоєнного відновлення системи
охорони здоров'я**

<i>Стратегічна ціль 9: забезпечення безпечності структурних елементів системи охорони здоров'я в контексті внутрішніх та зовнішніх ризиків</i>		
Завдання	Напрями досягнення	Відповідальний суб'єкт
1. Формування механізму забезпечення безперебійної роботи закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій	– Ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України «Про забезпечення безперебійної роботи закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій»;	– Верховна Рада України; – Кабінет Міністрів України; – Міністерство охорони здоров'я України; – Міністерство оборони України; – Міністерство внутрішніх справ України; – Міністерство освіти і науки України
2. Формування механізму забезпечення безпеки медичного персоналу та пацієнтів в умовах надзвичайних ситуацій	– ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України «Про вимоги до охорони закладів охорони здоров'я та можливості застосування зброї медичними працівниками в умовах надзвичайних ситуацій»;	
3. Формування механізму безперебійної ізольованої роботи закладу охорони здоров'я певний проміжок часу в умовах надзвичайних ситуацій	– ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України «Про вимоги до інфраструктури закладів охорони щодо забезпечення їх безпеки»;	
	– ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України «Про вимоги до продовольчих, матеріальних та інших резервів закладів охорони здоров'я»;	
	– ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України «Про вимоги до енергетичної безпеки закладів охорони здоров'я»;	
	– ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України «Про вимоги до діяльності персоналу закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій»	

Таким чином, у результаті проведеного дослідження нами обґрунтовано комплексний механізм досягнення стратегічних цілей Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, які визначають порядок подолання наслідків російсько-української війни; інструменти модернізації системи охорони здоров'я; формування механізмів забезпечення властивостей нової системи охорони здоров'я. За кожною стратегічною ціллю визначено сукупність завдань, вирішення яких дозволить їх досягнути. Визначено напрями розвитку правового забезпечення виконання зазначених завдань та обґрунтовано склад суб'єктів державного управління, які відповідальні за виконання завдань.

Висновки до розділу 3

1. Встановлено, що питання формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я має багатоваріантний характер і повинно базуватися на новому алгоритмі дій, який буде адаптований до відповідних умов. Існуючі підходи до розробки стратегій не повністю відповідають вимогам сучасності, а вітчизняній практиці державного управління бракує основоположних принципів, на основі яких такі положення формуються і реалізуються. Результати дослідження вказують на такі проблеми формування стратегічних положень державного управління в Україні: а) відсутність нормативного забезпечення процесу формування стратегій, що стосується документального супроводу та залучення суб'єктів державного управління, громадянського суспільства, зацікавлених сторін до процесу розробки стратегій; б) відсутність механізму верифікації положень стратегій та формування плану дій щодо їх реалізації, зокрема, це стосується процедури погодження заключного змісту стратегії та документів, які визначають план її реалізації; в) неузгодженість процедур формування та реалізації стратегій в одній сфері з іншими сферами державного управління, і, як наслідок, неможливість повною мірою реалізувати цілі усіх стратегій державного управління; г) відсутність механізму узгодженості діяльності суб'єктів реалізації

стратегічних положень державного управління; д) неузгодженість відповідальності суб'єктів формування та реалізації стратегій за недотримання плану дій з їх реалізації та недосягнення ключових показників; е) відсутність механізму забезпечення аполітичності під час формування та реалізації стратегій державного управління; є) відсутність механізму оцінки ефективності реалізації стратегії. Вирішення зазначених проблем дозволить сформувати комплексне бачення стратегічного розвитку державного управління повоєнним відновленням та забезпечить формування якісного кінцевого документу – Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Прийнята Стратегія є основою для формування стратегічних планів органів державної влади, що будуть реалізовувати зазначену політику. Для її дієвості запропоновано порядок формування та реалізації Стратегії державного управління повоєнним відновленням системи охорони здоров'я, який передбачатиме різні варіанти змісту та сукупності дій на кожному етапі та можливості зміни їх послідовності чи розширення.

2. Визначений процес формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я в комплексі є ефективним інструментом стратегічного державного управління досліджуваною галуззю. Організація процесу формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я є найважливішою складовою, що забезпечує ефективність усіх інших етапів цього процесу. На сьогодні в науковій літературі питання організаційних положень формування стратегій в різних сферах суспільних відносин відсутні. Це зумовлено тим, що, залежно від сфери та об'єкта стратегічного управління, процес формування стратегії буде різним, окрім того, на організаційні положення впливає специфіка державного управління та можливість реалізації стратегічних державно-управлінських рішень.

3. Питання організації процесу формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я мають неабияку значущість, адже для цього необхідно вирішити як власне проблеми охорони здоров'я, так і не допустити корупції в сфері державного управління охороною здоров'я і неефективного та нецільового використання коштів, що

виділені міжнародними донорами. Повоєнна система охорони здоров'я має володіти новими властивостями, відповідати кращим світовим практикам і вимогам, рекомендованим міжнародними партнерами. Зважаючи на зазначені вище положення та складність процесу формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, про що йшлося в попередніх параграфах дослідження, актуалізується питання розвитку організаційних положень.

4. Організація процесу формування Стратегії – це сукупність процедур з упорядкування та налагодження етапів формування Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, які враховують: а) організацію діяльності робочої групи та її підгруп; б) фінансове, матеріальне та технічне забезпечення діяльності суб'єктів формування Стратегії та залучення третіх осіб для виконання спеціальних завдань; в) налагодження комунікації між учасникам розробки, верифікації, погодження стратегічних цілей та Плану дій з реалізації Стратегії; г) формування інформаційного забезпечення для визначення ключових елементів Стратегії та управління процесами стратегічного планування; організацію заходів щодо формування Стратегії (конференції, круглі столи, формальні та неформальні зустрічі, національні та міжнародні форуми); д) формування порядку залучення третіх осіб для виконання сукупності завдань та супроводу процесів розробки Стратегії (заклади вищої освіти, заклади охорони здоров'я, наукові установи, консалтингові компанії, міжнародні аудиторські фірми, спеціально створені аналітичні групи). Наведені вище напрями організації не є вичерпними та можуть доповнюватися як на початкових етапах, так і у ході реалізації Стратегії, проте вони є основоположними, без яких процес формування Стратегії відбуватися не може. Розглянемо їх змістовні та формальні ознаки для комплексного розуміння організаційних положень.

РОЗДІЛ 4

МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ ІНФРАСТРУКТУРИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

4.1. Організаційні положення реалізації Стратегії повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я

Система охорони здоров'я є інструментом реалізації соціальної функції держави, в якій переплітаються дві особливі компоненти: інфраструктура та інтелектуальний капітал. Ці складові є рівнозначними в формуванні якісної та ефективної моделі реалізації медичних послуг. Російсько-українська війна призвела до значних руйнувань інфраструктури системи охорони здоров'я як на прифронтових територіях, так і в регіонах, що постраждали внаслідок застосування балістичних і крилатих ракет та інших безпілотних літальних апаратів. В контексті досягнення стратегічних цілей повоєнного відновлення системи охорони здоров'я істотною є саме відбудова критичної інфраструктури.

При цьому, таке відновлення має відбуватися за двома напрямками: по-перше, з метою реалізації медичних послуг на певній території; по-друге, для забезпечення відповідності системи охорони здоров'я в цілому та закладів охорони здоров'я зокрема наступним властивостям: безпечність, адаптивність та стійкість, що, в свою чергу, має гарантувати якість та ефективність медичних послуг. Процес повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я є досить складним, адже має передбачати як оцінку наслідків війни, так і потребу у відновленні медичних послуг на окремих територіях. Крім того, питання формування нових властивостей системи охорони здоров'я потребує трансформації будівельних норм, вимог до обладнання та формування інформаційної системи.

Разом з тим, ефективність повоєнної відбудови критичної інфраструктури системи охорони здоров'я визначається, насамперед, доцільністю такого відновлення в різних регіонах держави. Це й лежить в основі забезпечення справедливої реалізації соціальної функції держави в частині медичної допомоги населенню. Саме тому повоєнне відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я має сприяти досягненню визначених стратегічних цілей:

- відбудова інфраструктури системи охорони здоров'я, що була зруйнована та/ або пошкоджена в результаті російсько-української війни;
- відновлення системи медичних послуг на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали внаслідок бойових дій;
- модернізація системи реалізації медичних послуг на засадах забезпечення якості та ефективності;
- модернізація структури системи охорони здоров'я держави та регіонів у контексті повоєнного запиту;
- досягнення високого рівня адаптивності системи охорони здоров'я та її окремих елементів;
- забезпечення стійкості системи охорони здоров'я в контексті впливу внутрішніх та зовнішніх ризиків та загроз;
- забезпечення безпечності структурних елементів системи охорони здоров'я.

З огляду на це, є потреба у формуванні організаційно-методичних положень державного управління як власне процесом відновлення, так і забезпечення функціонування нової системи охорони здоров'я із визначеними властивостями. Процес повоєнного відновлення критичної інфраструктури є непростим, динамічним та нестійким до впливу факторів внутрішнього і зовнішнього середовища. Складність зазначеного процесу полягає в тому, що його початок припадає на період війни, що зумовлено необхідністю забезпечення високого рівня громадського здоров'я на усій території України та відновлення системи медичної допомоги на деокупованих та прифронтових територіях.

Тобто, перші дві зазначені стратегічні цілі повоєнного відновлення системи охорони здоров'я – відбудова інфраструктури

системи охорони здоров'я, що була зруйнована та/ або пошкоджена в результаті російсько-української війни, та відновлення системи медичних послуг на деокупованих територіях та територіях, що найбільше постраждали внаслідок бойових дій, – йдуть поряд. Проте, в умовах війни, насамперед, вказані цілі будуть досягатись паралельно, або ж окремі аспекти здатні перетинатися, що зумовлено різними рівнями державного управління, а саме: цивільним та військовим. Зокрема, якщо йдеться про прифронтові та деокуповані території, то, в першу чергу, необхідно відновити систему медичної допомоги, а вже потім розвивати інфраструктуру для формування нової системи охорони здоров'я. Це дозволить підвищити як рівень обороноздатності територій, так і показники громадського здоров'я, що, в подальшому, знизить навантаження на соціальну сферу держави, а також забезпечить економічне зростання.

Відбудова зруйнованої та пошкодженої інфраструктури системи охорони здоров'я має передбачати:

- оцінку інфраструктурних втрат та визначення об'єктів, що потребують відновлення;
- порядок відновлення інфраструктури в контексті нової мережі закладів охорони здоров'я, з можливістю використання державного майна закладами охорони здоров'я приватної форми власності;
- встановлення вимог до будівництва, модернізації та ремонту інфраструктурних об'єктів закладів охорони здоров'я з урахуванням визначених властивостей: безпечності, адаптивності та стійкості;
- визначення об'єктів інфраструктури, які не планується відновлювати через відсутність потреби та/ або фінансової спроможності здійснити таку відбудову;
- встановлення вимог до інфраструктури, що буде відповідати повоєнному запиту суспільства та держави, і мережі закладів охорони здоров'я.

З урахуванням сказаного вище, відновлена інфраструктура системи охорони здоров'я має характеризуватися такими властивостями, щоб забезпечити її безпечність, адаптивність та стійкість, що відображає досягнення трьох останніх стратегічних

цілей. Крім того, інфраструктура є запорукою ефективності функціонування системи охорони здоров'я, а тому має забезпечити повоєнний запит з боку суспільства та ефективність і якість реалізації медичних послуг, що відповідатимуть міжнародним стандартам.

Питання, що стосуються фінансового забезпечення процесу відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, буде розглянуто в подальших дослідженнях. В цьому ж параграфі більше уваги приділимо власне питанням технічного, організаційного, правового, інституційного та інформаційного характеру. Зважаючи на сучасні тенденції у відбудові, зокрема діяльність центральних органів виконавчої влади (Державного агентства відновлення та розвитку інфраструктури [47]; Міністерства розвитку громад та територій України [148]), пропонуємо особливий підхід для відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, що враховує специфіку цієї сфери державного управління, актуальні способи взаємодії державного та приватного секторів, євроінтеграційні та євроатлантичні особливості та необхідність забезпечення безпеки та обороноздатності держави в майбутньому. Суб'єктний склад та правове регулювання повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я наведено в таблиці 4.1.

Комплексний механізм державного управління реалізацією Стратегії повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я передбачає залучення великої кількості суб'єктів державного управління різних гілок влади, міжнародних урядових та неурядових організацій, інститутів громадянського суспільства, приватного бізнесу та інших учасників суспільних відносин. Ключовими суб'єктами, які беруть участь у розробці Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та, власне, формуванні та реалізації механізмів її впровадження в частині відновлення інфраструктури, є: Міністерство охорони здоров'я України; Міністерство розвитку громад та територій України; Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури; Національна служба здоров'я України.

Таблиця 4.1

Механізми повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я

СУБ'ЄКТИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПОВОЄННИМ ВІДНОВЛЕННЯМ СОЗ			
Міністерство охорони здоров'я України	Міністерство розвитку громад та територій України	Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури	Національна служба здоров'я України
РОЗВИТОК НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ ІНФРАСТРУКТУРИ СОЗ			
Положення «Про оцінку та типологію інфраструктурних втрат у результаті війни»	Положення «Про критерії пріоритетності відновлення критичної інфраструктури»	Положення «Про державні та комунальні підприємства в сфері реалізації медичних послуг»	Положення «Про національні стандарти якості медичних послуг»
Положення «Про національні стандарти якості управління ЗОЗ»	Положення «Про КРІ керівників ЗОЗ державної та комунальної форм власності»	Положення «Про конкурс на заміщення посад керівників ЗОЗ державної та комунальної форм власності»	Положення «Про визначення потреби в медичних послугах на деокупованих територіях»
Наказ МОЗ України «Про тимчасові амбулаторні одиниці на деокупованих територіях»	Наказ МОЗ України «Про діяльність мобільних медичних бригад для організації надання спеціалізованої та паліативної медичної допомоги на деокупованих територіях»	Положення «Про релокацію ЗОЗ в умовах надзвичайних ситуацій»	Положення «Про порядок евакуації ЗОЗ в умовах надзвичайних ситуацій»
Положення «Про порядок зміни профілю діяльності ЗОЗ в умовах надзвичайних ситуацій»	Положення «Про діяльність ЗОЗ в умовах надзвичайних ситуацій»	Положення «Про порядок відновлення діяльності ЗОЗ в умовах надзвичайних ситуацій»	Положення «Про порядок надання інфраструктурних об'єктів для релокації ЗОЗ»
Положення «Про забезпечення безперебійної роботи ЗОЗ в умовах надзвичайних ситуацій»	Положення «Про вимоги до охорони ЗОЗ та можливості застосування зброї медичними працівниками в умовах надзвичайних ситуацій»	Положення «Про вимоги до інфраструктури ЗОЗ щодо забезпечення їх безпеки»	Положення «Про вимоги до продовольчих, матеріальних та інших резервів ЗОЗ»
Положення «Про вимоги до енергетичної безпеки ЗОЗ»	Положення «Про вимоги до діяльності персоналу ЗОЗ в умовах надзвичайних ситуацій»	Положення «Про організацію інформаційного захисту ЗОЗ»	Положення «Про кібербезпеку ЗОЗ»

На зазначених суб'єктів державного управління покладається сукупність функцій з реалізації стратегічних цілей відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, основною з яких є формування нормативно-правового забезпечення процесів повоєнного відновлення інфраструктури в контексті не тільки відбудови, але й подальшої експлуатації інфраструктурних об'єктів. Складність вказаних процесів передбачає необхідність розробки та затвердження комплексу нових підзаконних нормативно-правових актів як на рівні Кабінету Міністрів України, так і Міністерства охорони здоров'я України. В таблиці 4.1 запропоновано такий перелік нормативних актів, які можна згрупувати за об'єктами регулювання, які в подальшому будуть охарактеризовані. Зокрема, більшість нормативно-правових актів спрямовані як на реалізацію Стратегії, так і на подальше повоєнне функціонування системи охорони здоров'я.

В таблиці 4.2 визначені підходи до оцінки інфраструктурних втрат як елементу реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Важливою складовою комплексного механізму є оцінка інфраструктурних втрат внаслідок бойових дій та окупації державних територій. Для об'єктивності оцінки та визначення потреби в інфраструктурі системи охорони здоров'я, пропонується виділяти об'єкти, щодо яких існує інформація про втрати, та об'єкти, щодо яких такої інформації немає.

Це є суттєвим як з позиції оцінки інфраструктурних наслідків в цілому, так і визначення пріоритетних напрямів відновлення. За умови, що суб'єкти державного управління мають доступ до об'єкта інфраструктури системи охорони здоров'я, що був зруйнований або пошкоджений, інформаційними джерелами для оцінки виступатимуть офіційні документи, зокрема дані, що містяться в бухгалтерських документах та фінансовій звітності.

Таблиця 4.2

Характеристика механізму оцінки інфраструктурних втрат системи охорони здоров'я в результаті російсько-української війни

ОЦІНКА ІНФРАСТРУКТУРНИХ ВТРАТ			
Мета оцінки інфраструктурних втрат – визначення реальних збитків системи охорони здоров'я від війни для формування напрямів повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я; механізмів відшкодування завданої шкоди через репарації та провадження кримінальних справ щодо воєнних злочинів, державної зради та колабораційної діяльності			
Завдання оцінки інфраструктурних втрат			
1. Визначення розміру реальних збитків		3. Визначення обсягів відновлення	
2. Визначення упущеної вигоди			
За умови наявності об'єктивних даних про втрати		За умови відсутності об'єктивних даних про втрати	
Характеристика територій, до яких застосовують інструменти оцінки			
1. Прифронтові території, до яких є доступ органів державної влади		1. Окуповані території, на яких велися бойові дії	
		2. Прифронтові території, до яких немає доступу органів державної влади	
2. Території, на яких не велися бойові дії, але які постраждали через авіаудари		3. Окуповані території, на яких не велися бойові дії	
Інформаційні джерела			
1. Дані фінансової звітності та бухгалтерського обліку закладів охорони здоров'я	2. Інвентаризаційні відомості з оцінки стану об'єктів інфраструктури закладів охорони здоров'я	1. Дані фінансової звітності та бухгалтерського обліку закладів охорони здоров'я (за їх наявності)	2. Акти переоцінки об'єктів інфраструктури за наявності даних бухгалтерського обліку
3. Інші документи фінансового та нефінансового характеру	4. Акти переоцінки об'єктів інфраструктури	3. Дані супутникового спостереження за територіями	4. Дані військової розвідки та розвідки країн-партнерів

Продовження табл. 4.2

Методики оцінки інфраструктурних втрат			
Методи фактичного контролю		Методи контролю із застосуванням сучасних технологій	
– інвентаризація	– лабораторні аналізи	– аналіз супутникових знімків на предмет часткового або повного руйнування об'єкта інфраструктури	– аналіз даних воєнної розвідки або розвідки інших служб, що стосуються часткового або повного руйнування об'єкта інфраструктури
– обстеження	– контрольні обміри		
Методи документального контролю			
– арифметична перевірка	– нормативна перевірка		
– зустрічна перевірка	– змістовна перевірка		
Методи економічного аналізу			
– техніко-економічний аналіз	– фінансовий аналіз		
Методики, що затверджені або пропонуються до затвердження			
Існуюча: «Методика визначення шкоди та обсягу збитків, завданих підприємствам, установам та організаціям усіх форм власності внаслідок знищення та пошкодження їх майна у зв'язку зі збройною агресією російської федерації, а також упущеної вигоди від неможливості чи перешкод у провадженні господарської діяльності» [127]		Пропонується: Методика визначення шкоди щодо втрат об'єктів інфраструктури, до яких обмежений доступ через окупацію державних територій та/або високий ризик небезпеки бойових дій. Передбачає можливість застосування інформаційних технологій та супутникових даних	
Суб'єкти оцінки			
– аудиторські компанії	– консалтингові фірми	– науково-дослідні інститути	– заклади вищої освіти

Відсутність об'єктивних відомостей про інфраструктурні втрати пов'язана, насамперед, з обмеженим доступом до таких об'єктів. Для цього пропонуємо виділяти території з відсутністю або обмеженим доступом:

- 1) окуповані території, на яких велися бойові дії;
- 2) прифронтові території, до яких немає доступу органів державної влади;
- 3) окуповані території, на яких не велися бойові дії.

Для ухвалення певних оперативних та тактичних державно-управлінських рішень, інформація про інфраструктурні втрати не має вагомого значення, проте є важливою для досягнення стратегічних цілей, роботи міжнародного кримінального суду, механізму виплати репарацій, повоєнного відновлення. Оцінка таких втрат не може базуватися на бухгалтерських документах, адже до них немає доступу, або ж якщо є – здійснити фактичну оцінку втрат неможливо. Вирішення цієї проблеми бачимо в застосуванні сучасних інноваційних технологій, що дозволяють отримати інформацію про фізичний стан інфраструктурного об'єкта системи охорони здоров'я, щоб у подальшому проаналізувати та визначити втрати. Інформаційними джерелами в такому випадку є:

- 1) дані фінансової звітності та бухгалтерського обліку закладів охорони здоров'я (за їх наявності);
- 2) акти переоцінки об'єктів інфраструктури за наявності даних бухгалтерського обліку;
- 3) дані супутникового спостереження за територіями;
- 4) дані військової розвідки та розвідки країн-партнерів.

З огляду на це, до методів, які можуть використовуватися державними контролюючими та правоохоронними органами, з метою оцінки інфраструктурних втрат, пропонуємо зараховувати такі:

– аналіз супутникових знімків на предмет часткового або повного руйнування об'єкта інфраструктури. Використання супутникових технологій дозволить проводити безпечну оцінку на відстані. Для цього пропонуємо узаконити такий метод, що дасть змогу використовувати здобуті з його допомогою відомості для підтвердження даних системи бухгалтерського обліку та звітності

закладів охорони здоров'я та Міністерства охорони здоров'я України, а також процесуальних цілей;

– аналіз даних воєнної розвідки або розвідки інших служб, що стосуються часткового або повного руйнування об'єкта інфраструктури. Передусім ця інформація має гриф «секретно». Тому її використання можливе лише в інтересах Медичних сил Збройних Сил України, для воєнних цілей, а також цілей суб'єктів, що реалізують правоохоронну та безпекову функції держави. Для виконання окремих положень Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я допускається розсекречення окремих даних розвідки з метою комплексного інформаційного забезпечення процесів формування та реалізації стратегічних цілей.

Врегулювання застосування інноваційних методів дослідження пропонуємо через розробку і затвердження такого документу: Методика визначення шкоди щодо втрат об'єктів інфраструктури, до яких обмежений доступ через окупацію державних територій та/ або високий ризик небезпеки бойових дій. Вказаний документ має передбачати застосування інноваційних методів виявлення та оцінки шкоди в результаті надзвичайних ситуацій, зокрема воєнних дій.

Невід'ємною частиною комплексного механізму повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я є ідентифікація потреби у відбудові. Адже не всі об'єкти інфраструктури необхідно відновлювати з низки причин. Це обґрунтовує доцільність встановлення сукупності критеріїв, які визначають потребу у відновленні інфраструктурних об'єктів (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Критерії визначення потреби у відновленні інфраструктури системи охорони здоров'я

ПОТРЕБА В ІНФРАСТРУКТУРІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я			
1. Встановлення потреби відповідно до повоєнного запиту суспільства та держави		2. Встановлення потреби відповідно до нової мережі закладів охорони здоров'я	
1.1. Пріоритетні сфери медичної допомоги: ментальне здоров'я, реабілітація, репродуктивна медицина тощо	1.2. Відновлення медичної допомоги на неокупованих та прифронтових територіях	2.1. Відповідність демографічним та географічним особливостям	2.2. Доступність для населення на усіх територіях держави
		2.3. Відповідність вимогам ЄС	2.4. Можливість забезпечення безпечності, адаптивності та стійкості

ПЕРШОЧЕРГОВІСТЬ ВІДНОВЛЕННЯ ІНФРАСТРУКТУРИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
Критерії першочерговості відновлення інфраструктури		
– забезпечення екстреної, первинної, спеціалізованої та паліативної медичної допомоги населенню	– забезпечення високого рівня санітарно-епідеміологічної безпеки територій	– забезпечення повоєнного запиту суспільства та держави
Критерії об'єктів інфраструктури, які не планується відновлювати		
– відсутність потреби у закладах охорони здоров'я відповідного профілю на певній території	– відсутність ресурсів для відновлення інфраструктури та зацікавленості приватного сектору брати в цьому участь	– відсутність умов для експлуатації відповідного об'єкта інфраструктури через неможливість забезпечення безпеки

Усі критерії визначення потреби у відновленні інфраструктури системи охорони здоров'я пропонуємо розділити на такі групи:

1. Встановлення потреби відповідно до повоєнного запиту суспільства та держави:

– пріоритетні сфери медичної допомоги. Зважаючи на соціальні наслідки російсько-української війни, в майбутньому виникне особлива потреба у певних видах медичної допомоги. Постійні стреси, пережиті екстремальні ситуації, втрата близьких, економічні наслідки для сімей – все це формує необхідність у психологічній підтримці та допомозі населенню, що, в результаті, зможе забезпечити високий рівень ментального здоров'я зокрема та громадського здоров'я загалом. «Згідно з визначенням ВООЗ, ментальне здоров'я – це стан щастя та добробуту, в якому людина реалізує свої творчі здібності, може протистояти життєвим стресам, продуктивно працювати та робити внесок у суспільне життя. Це означає, що ментальне здоров'я об'єднує здоровий дух та психіку людини з соціальним складником. Воно є важливим для втілення бажань, реалізації цілей, доброго фізичного самопочуття. А з іншого боку – психічне здоров'я кожного індивіда важливе для всього суспільства» [178]. Забезпечення ментального здоров'я населення – це комплексна програма, яка охоплює різні сфери соціального управління, в тому числі й охорону здоров'я. Разом з тим, відбудована інфраструктура системи охорони здоров'я має сприяти реалізації державних програм з підтримки ментального здоров'я. В результаті бойових дій на прифронтових територіях та авіаударів на інших територіях України страждають як

військові, так і цивільне населення, що поступово втрачає працездатність. Окрім того, очевидним є той факт, що в період дії воєнного стану та повоєнного відновлення, серед пріоритетів медичної допомоги буде реабілітація: медична, фізична, психологічна, соціальна тощо. Поза всяким сумнівом, істотне значення в цей період також набуває репродуктивна медицина, адже втрата репродуктивної функції в поточних умовах суспільного розвитку є не поодиноким випадком. У результаті вивчення стану громадського здоров'я та пріоритетних напрямів відновлення економіки України, можуть визначатись ще й інші пріоритети в забезпеченні медичної допомоги, що потребують індивідуального підходу до відбудови критичної інфраструктури;

- відновлення медичної допомоги на деокупованих та прифронтових територіях. Велика частина інфраструктури на зазначених територіях зруйнована або її стан не відповідає потребам реалізації медичних послуг. З огляду на це, відновленню підлягають об'єкти інфраструктури для реалізації первинної, спеціалізованої та паліативної медичної допомоги населенню.

2. Встановлення потреби відповідно до нової мережі закладів охорони здоров'я передбачає сукупність критеріїв, зокрема:

- відповідність демографічним та географічним особливостям, що означає визначення кількості закладів, їх профілю, потенціалу ліжко-місць, у відповідності до кількості населення території та адміністративно-територіального поділу;

- відповідність рекомендаціям ЄС. Обраний курс євроінтеграції передбачає приведення у відповідність мережі закладів охорони здоров'я до ключових вимог ЄС;

- доступність медичної допомоги для населення на усіх територіях держави. Так, нова мережа повинна відповідати запитам більшості населення, а територіальне розташування не повинно бути обмеженням для окремих осіб;

- можливість забезпечення безпечності, адаптивності та стійкості закладів охорони здоров'я. Ці риси виділені нами як пріоритетні стратегічні цілі, досягнення яких дозволить сформувати нову систему охорони здоров'я, яка володітиме новими властивостями, у порівнянні з довоєнною системою охорони здоров'я.

Вказані критерії визначення потреби повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я доповнюються критеріями першочерговості відновлення, які пропонуємо згрупувати так:

1. Критерії першочерговості відновлення інфраструктури:

- забезпечення екстреної, первинної, спеціалізованої та паліативної медичної допомоги населенню. Зазначений критерій вказує на необхідність забезпечення по всій території держави надання екстреної, первинної, спеціалізованої та паліативної медичної допомоги, що є основою виконання соціальних функцій держави;

- забезпечення високого рівня санітарно-епідеміологічної безпеки територій. Бойові дії спричинили ряд екологічних катастроф, що, в свою чергу, може призвести до ризику поширення захворювань, епідемій та пандемій. З метою покращення громадського здоров'я населення, першочерговим є відновлення інфраструктури, що має сприяти зниженню ризиків поширення захворювань, епідемій та пандемій та запобігати їм;

- забезпечення повоєнного запиту суспільства. Це стосується охарактеризованих вище напрямів медичної допомоги, а саме: ментального здоров'я, реабілітації та репродуктивної медицини.

2. Критерії об'єктів інфраструктури, які не планується відновлювати:

- відсутність потреби у закладах охорони здоров'я відповідного профілю на певній території. Зважаючи на сучасні підходи до організації охорони здоров'я, обговорюється доцільність відмови від відбудови монопрофільних закладів охорони здоров'я. Проте спеціалізована та паліативна медична допомога у багатoproфільних закладах охорони здоров'я, поза всяким сумнівом, має надаватись. Саме тому є необхідність відновлення таких закладів охорони здоров'я, але з обранням одного або декількох напрямів спеціалізованої та паліативної медичної допомоги, які матимуть особливу підтримку. Визначення видів медичної допомоги з особливою підтримкою залежатиме від: територіальних, природніх, демографічних, економічних та соціальних особливостей регіону;

- відсутність ресурсів для відновлення інфраструктури та зацікавленості приватного сектору брати участь у їх відбудові. Під час

повоєнного відновлення питання фінансування є найважливішим, адже економіка України неспроможна у повній мірі сформувати ефективний бюджет, а приватний сектор теж знаходиться в кризовому стані. Тож частина об'єктів інфраструктури, які не мають пріоритетного значення, не будуть відновлені через дефіцит фінансування. Крім того, велика кількість об'єктів інфраструктури навіть у довоєнний період була в неналежному стані та мала значний рівень зносу;

- відсутність умов для експлуатації відповідного об'єкта інфраструктури системи охорони здоров'я через неможливість забезпечення безпеки. Відновлення інфраструктури має відбуватися на територіях, де є змога забезпечити відповідний рівень безпеки як при відновлювальних роботах, так і в подальшому при використанні об'єкта за призначенням – для реалізації медичних послуг.

З метою формування комплексного характеру відновлення та зважаючи на сучасні характеристики наслідків та методів відбудови, пропонуємо пріоритетні напрями та інструменти відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я. Їх вибір визначили такі критерії: обмеженість фінансового забезпечення процесів відбудови в системі охорони здоров'я; обмеженість строків; необхідність переорієнтації системи охорони здоров'я; зміна стратегічних факторів; потреба в забезпеченні безпечності, адаптивності та стійкості закладів охорони здоров'я; потреба в підвищенні якості та ефективності медичних послуг. В таблиці 4.4 наведено структуру та характеристику напрямів та інструментів відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я. З огляду на наведені вище критерії оцінки та відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, вважаємо, що основними напрямками відбудови пошкодженої та зруйнованої інфраструктури, є:

- ремонт – роботи з відновлення техніко-технологічних характеристик об'єкта, що дозволяють йому здійснювати відповідні функції. Більшою мірою застосовується для об'єктів інфраструктури, які постраждали в результаті воєнних дій, проте їх експлуатація можлива в подальшому. Для підвищення ефективності експлуатації необхідно здійснити ремонтні роботи;

– модернізація – роботи з поліпшення експлуатаційних характеристик об’єкта інфраструктури в цілому або окремої складової. В результаті бомбардувань, артилерійських обстрілів або надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, спричинених військовими діями, можуть бути пошкоджені об’єкти інфраструктури, експлуатація яких неможлива без відповідних будівельних робіт. Для забезпечення можливості експлуатації об’єктів інфраструктури та їх відповідності таким вимогам, як безпечність, адаптивність та стійкість, необхідним є здійснення робіт із модернізації цілісних майнових комплексів або ж окремих їх складових;

– будівництво – роботи зі спорудження нового об’єкта, реконструкція, розширення або добудова об’єкта інфраструктури. Повне руйнування об’єкта інфраструктури або ж необхідність нових об’єктів на певних територіях або ж для певних цілей, зокрема реалізації інноваційних підходів до медичної допомоги, потребує спорудження нових об’єктів. Новоспоруджені об’єкти інфраструктури мають забезпечити високий рівень безпеки як власне медичного персоналу, так і пацієнтів, можливість оперативного відновлення та адаптації до нових умов, зокрема умов надзвичайних ситуацій;– демонтаж – роботи з часткового або повного знесення об’єкта інфраструктури, що не планується в подальшому використовувати за призначенням. Це, насамперед, стосується тих випадків, коли об’єкти відповідають критеріям, за якими їх не планується відновлювати, або ж об’єктів, які були повністю зруйновані, а нові об’єкти будуть зводитися за новими проектами.

Таблиця 4.4

Механізми відновлення інфраструктури системи охорони здоров’я

МЕХАНІЗМИ ВІДНОВЛЕННЯ ІНФРАСТРУКТУРИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я			
Напрями відновлення пошкодженої та зруйнованої інфраструктури			
<i>Ремонт</i>	<i>Модернізація</i>	<i>Будівництво</i>	<i>Демонтаж</i>
– роботи з відновлення техніко-технологічних характеристик об’єкта, що дозволяють йому здійснювати відповідні функції	– роботи з поліпшення експлуатаційних характеристик об’єкта інфраструктури в цілому або окремої складової	– роботи зі спорудження нового об’єкта, реконструкція, розширення або добудова об’єкта інфраструктури	– роботи з часткового або повного знесення об’єкта інфраструктури, що не планується в подальшому використовувати за призначенням

Продовження табл. 4.4

Інструменти відновлення пошкодженої та зруйнованої інфраструктури			
Державне будівництво	Державно-приватне партнерство	Приватизація	Проектно-грантова діяльність
– відновлення інфраструктури за рахунок виділення бюджетних ресурсів, що здійснюватиметься державними/ комунальними/ приватними забудовниками (підприємствами) через будівництво, ремонт або модернізацію об'єктів	– реалізація проєктів державно-приватного партнерства у формах оренди та концесії, що дозволяє залучити приватні фінансові ресурси та передати функції реалізації медичних послуг приватним партнерам	– розширення можливості приватизації цілісних майнових комплексів закладів охорони здоров'я з метою подальшої реалізації медичних послуг суб'єктами господарювання приватної форми власності	– участь закладів охорони здоров'я в проєктах та грантах щодо фінансування відновлення інфраструктури міжнародними урядовими та неурядовими організаціями

Вказані напрями можуть бути реалізовані сукупністю інструментів державного управління, зокрема такими:

– державне будівництво – відновлення інфраструктури за рахунок виділення бюджетних ресурсів, що здійснюватиметься державними або приватними забудовниками (підприємствами) через будівництво, ремонт або модернізацію об'єктів. Зазначений інструмент може бути реалізований шляхом впровадження проєктів державного будівництва, ініційованого інституціями державної влади, зокрема: Президентом України (наявна успішна практика реалізації проєкту «Велике будівництво»); Кабінетом Міністрів України; Міністерством охорони здоров'я України; Міністерством розвитку громад та територій України;

– державно-приватне партнерство – реалізація проєктів державно-приватного партнерства у формах оренди та концесії, що дозволяє залучити приватні фінансові ресурси та передати функції реалізації медичних послуг приватним партнерам. Описаний інструмент дозволяє залучити ресурси приватного сектору для відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, а також передачі окремих видів медичної допомоги приватним партнерам;

– приватизація – розширення можливості приватизації цілісних майнових комплексів закладів охорони здоров'я з метою подальшої реалізації медичних послуг суб'єктами господарювання приватної

форми власності. Приватизація інфраструктури має стати стимулом розвитку ринку приватної медицини, що, в цілому, дозволить підвищити якість та ефективність медичних послуг та створити конкурентне середовище;

- проектно-грантова діяльність – участь закладів охорони здоров'я в проєктах та грантах щодо фінансування відновлення інфраструктури міжнародними урядовими та неурядовими організаціями. Така практика показала свою ефективність під час реформи з децентралізації та може бути релевантною для закладів охорони здоров'я.

Докладніше застосування зазначених інструментів та їх адаптація до практики повоєнного відновлення буде викладена в подальших дослідженнях, що стосуватимуться розвитку фінансового механізму державного управління реалізацією стратегічних цілей повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Таким чином, у результаті дослідження обґрунтовано комплексний механізм державного управління процесами повоєнного відновлення, що містить:

- визначення ролі та значення суб'єктів державного управління, що реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я та інфраструктурного розвитку;

- структуру нормативно-правового забезпечення процесів повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я;

- порядок оцінки, який передбачає організаційні положення та нові підходи до методики оцінки інфраструктурних втрат із використанням сучасних інформаційних та космічних технологій;

- сукупність критеріїв визначення потреби у відновленні інфраструктури системи охорони здоров'я;

- напрями та інструменти повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я.

Комплексність механізму повоєнного відновлення системи охорони здоров'я є основою забезпечення відповідності досліджуваної системи таким властивостям, як безпечність, адаптивність та стійкість.

4.2. Вимоги до інфраструктури та управління закладами охорони здоров'я в умовах воєнного стану та у післявоєнний період

Сучасні підходи до розвитку інфраструктури системи охорони здоров'я базуються на рекомендаціях ЄС, проте радянське надбання, застарілі будівлі та значні руйнування, яких зазнала внаслідок російсько-української війни система охорони здоров'я загалом і заклади охорони здоров'я зокрема, роблять процес відновлення системи охорони здоров'я і приведення її у відповідність до кращих світових практик складним та надто ресурсоємним. Все частіше заклади охорони здоров'я зіштовхнуться з проблемами невідповідності інфраструктури, що, в результаті, призводить до неможливості використання інноваційних медичних технологій в діагностиці і лікуванні, забезпечення високої якості та ефективності медичних послуг. Саме тому зруйнована та пошкоджена інфраструктура не повинна відновлюватися виключно до повернення у довоєнний стан. Процес відбудови системи охорони здоров'я, в тому числі закладів охорони здоров'я, має базуватися на іншому підході, який приведе до створення нової системи охорони здоров'я, яка відповідатиме як потребам воєнного часу, так і післявоєнним запитам. Ключовими напрямками формування актуальних вимог до інфраструктури системи охорони здоров'я є дотримання в діяльності закладів охорони здоров'я норм і стандартів, які забезпечують безпечність, адаптивність та стійкість. Зазначене обґрунтовує доцільність наукового пошуку нових підходів до формування вимог до інфраструктури системи охорони здоров'я та управління закладами охорони здоров'я.

Сьогодні в Україні існує два ключових нормативних документи щодо вимог до інфраструктури закладів охорони здоров'я:

- Державні санітарні норми і правила «Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я» [126]. Вказаним документом визначено методи профілактики і запобігання

поширенню інфекцій та інфекційного контролю; формування палат для ізоляції пацієнтів; особливості внутрішнього оздоблення приміщень; забезпеченість та вимоги до меблів, обладнання та інвентаря; вимоги до водопостачання, водовідведення та опалення; гігієнічні вимоги до природного та штучного освітлення; вимоги до відділень екстреної медичної допомоги, операційних, психіатричних відділень; формування кабінетів телемедицини; вимоги до структурних підрозділів з репроцесингу медичних виробів; класифікацію приміщень за вимогами до чистоти повітря;

– Державні будівельні норми України: Заклади охорони здоров'я. Основні положення ДБН В.2.2-10:2022 [35]. В цьому законодавчому акті містяться норми, що регулюють такі питання: організацію земельних ділянок; об'ємно-планувальні рішення (кількість поверхів, окремі елементи будівель, санітарно-гігієнічні приміщення, опорядження приміщень); станції переливання крові; вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу; лабораторії медико-профілактичного моніторингу; аптечні заклади; санаторно-курортні заклади; інженерне обладнання будівель; пожежна безпека; безпека та доступність у використанні; довговічність та ремонтпридатність; санітарно-гігієнічні вимоги; вимоги до енергоефективності та енергозбереження; вимоги до механічного опору та стійкості; стале використання природних ресурсів.

В державних будівельних нормах передбачено сукупність документів, які регулюють безпеку закладу охорони здоров'я, зокрема:

– Лінійно-кабельні споруди телекомунікацій проектування ДБН В.2.2-34620942-002:2015 [23];

– Захисні споруди цивільного захисту ДБН В.2.2-5:2023 [38];

– Проектування електрообладнання об'єктів цивільного призначення ДБН В.2.5-23:2010 [40];

– Світло та освітлення. Освітлення робочих місць. Частина 1. Внутрішні робочі місця ДСТУ EN 12464-1:2016 [54];

– Природне і штучне освітлення ДБН В.2.5-28:2018 [41];

- Світлотехніка. Освітлення аварійне ДСТУ EN 1838:2019 [104];
- Системи евакуаційного освітлення ДСТУ EN 50172:2019 [105];
- Державні будівельні норми, що встановлюють протипожежні вимоги: ДБН В.1.1-7 [28], ДБН В.1.2-7 [32], ДБН В.2.2-9 [39], ДБН В.1.2-14 [30], ДБН В.2.5-56 [42], ДБН В.2.2-43 [37], ДБН В.2.2-25 [36], ДБН В.2.6-33 [44], ДСТУ 8828 [103];
- Основні вимоги до будівель і споруд. Гігієна, здоров'я та захист довкілля ДБН В.1.2-8:2021 [33];
- Основні вимоги до будівель і споруд. Безпека і доступність під час експлуатації ДБН В.1.2-9:2021 [34];
- Основні вимоги до будівель і споруд. Енергозбереження та енергоефективність ДБН В.1.2-11:2021 [29];
- Теплова ізоляція та енергоефективність будівель ДБН В.2.6-31:2021 [43];
- Основні вимоги до будівель і споруд. Механічний опір та стійкість ДБН В.1.2-6:2021 [31];
- Система забезпечення надійності та безпеки будівельних об'єктів. Загальні принципи забезпечення надійності та конструктивної безпеки будівель і споруд ДБН В.1.2-14:2018 [30].

Відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я має відбуватися таким чином, щоб нова система охорони здоров'я відповідала трьом ключовим властивостям, які визначені, як стратегічні цілі: безпечність, адаптивність і стійкість. Вказаним властивостям також мають відповідати і заклади охорони здоров'я, що потребує встановлення актуальних вимог до інфраструктури системи охорони здоров'я, і, як наслідок, внесення змін до існуючих будівельних норм та затвердження нових. За кожною із властивостей пропонуємо сукупність заходів щодо інфраструктури системи охорони здоров'я.

Ключовими напрямками забезпечення безпечності закладу охорони здоров'я є фізична (силова), інформаційна, продовольча та енергетична безпека (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

**Характеристика вимог до інфраструктури для забезпечення
безпеки закладів охорони здоров'я**

ВИМОГИ ДО ІНФРАСТРУКТУРИ ПОВОЄННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
<i>Безпека закладів охорони здоров'я</i>	
<i>Фізична (силова) безпека</i>	<i>Інформаційна безпека</i>
Зміна будівельних норм шляхом впровадження наступних обов'язкових вимог: а) наявність укриття на випадок ракетної небезпеки; б) наявність вентиляційної системи, що дозволяє функціонувати певний час без доступу до зовнішнього середовища на випадок екологічних загроз; в) наявність приміщень, що дозволяють обмежити доступ сторонніх осіб	Забезпечення безперебійного інтернет-зв'язку через застосування Starlink із безперебійним живленням електроенергією
	Забезпечення можливості збереження інформації на внутрішніх серверах та серверах, що знаходяться закордоном або на безпечних територіях держави
	Впровадження технологічних інструментів захисту інформації, зокрема персональних даних пацієнтів та медичних працівників
Забезпечення можливості використання зброї для особистої безпеки (самозахисту) медичними працівниками в умовах надзвичайних ситуацій	Розробка та верифікація політики організації інформаційного захисту закладу охорони здоров'я
Забезпечення охорони закладу охорони здоров'я	Запровадження процедур кібергігієни для медичних працівників
<i>Продовольча безпека</i>	<i>Енергетична безпека</i>
Запровадження механізму формування та використання продовольчого резерву закладу охорони здоров'я	Забезпечення можливості використання альтернативних джерел енергії
Багатоджерельне забезпечення киснем	Забезпечення генераторами на випадок відключення від мережі
Передбачення аудиту якості продовольства закладу охорони здоров'я та контролю за формуванням продовольчого резерву	Передбачення періодичного енергетичного аудиту закладу охорони здоров'я
	Формування резерву енергоресурсів на випадок надзвичайної ситуації
Запровадження механізму формування та використання резерву ліків закладу охорони здоров'я	Формування механізму використання енергетичної системи на випадок надзвичайних ситуацій

Для забезпечення фізичної (силової) безпеки закладу охорони здоров'я пропонуємо на законодавчому рівні передбачити зміни до будівельних норм, зокрема в частині вимог наявності:

а) укриття на випадок ракетної небезпеки. Питання безпеки на випадок бомбардувань, застосування артилерійської зброї чи БПЛА є критично важливим в умовах воєнного стану, а сусідство з країнами, що характеризуються як країни з гібридними або авторитарними політичними режимами, вимагає постійної готовності на випадок небезпеки. Крім того, є необхідність у встановленні особливих вимог до такого укриття для можливості його застосування в мирний час, а також на випадок надзвичайних ситуацій невоєнного характеру;

б) вентиляційної системи, що дозволяє функціонувати певний час без доступу до зовнішнього середовища на випадок екологічних загроз. Порушення більшості міжнародних законодавчих актів росією призвели до сукупності екологічних катастроф, що зумовлені захопленням Чорнобильської та Запорізької атомних станцій та підриву Каховської ГЕС. На випадок загроз екологічного характеру, зокрема щодо забруднення повітря, заклади охорони здоров'я мають бути забезпечені вентиляційною системою, що дозволить уникнути ризиків негативного впливу фізичних та хімічних факторів зовнішнього середовища;

в) приміщень, що дозволяють обмежити доступ сторонніх осіб. На випадок воєнних чи терористичних загроз необхідними є обладнане приміщення, що забезпечить безпеку медичного персоналу та пацієнтів і їх родичів на певний проміжок часу.

З метою гарантування високого рівня фізичної безпеки інфраструктури закладів охорони здоров'я пропонуємо особливі вимоги до медичних працівників щодо володіння ними навиками використання зброї. В законодавстві про обіг зброї передбачити можливість отримання доступу медичним працівникам до володіння і застосування зброї для самозахисту за запитом закладу охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Також, нова інфраструктура закладів охорони здоров'я має забезпечувати можливість здійснення охорони власними силами або з застосуванням послуг сторонніх осіб та встановлення системи відеоспостереження із використанням сучасних інноваційних технологій.

Інформаційна безпека має забезпечуватися шляхом реалізації таких інструментів:

а) забезпечення безперебійного інтернет-зв'язку через застосування Starlink із безперебійним живленням електроенергією. Для цього пропонуємо на рівні держави затвердити програму спільного фінансування під назвою: «Starlink для лікарні». Ця програма має передбачати часткове державне фінансування придбання Starlink закладами охорони здоров'я, а дофінансування здійснювати через проєктно-грантову, благодійну та інші види діяльності;

б) забезпечення можливості збереження інформації на внутрішніх серверах та серверах, що знаходяться закордоном або на

безпечних територіях держави. Для постійного доступу до серверів в умовах надзвичайних ситуацій, пропонуємо зберігати інформацію на серверах, що знаходяться закордоном. Це можливо через міжнародну співпрацю із зарубіжними закладами охорони здоров'я або ж закладами вищої освіти чи державними установами;

в) впровадження технологічних інструментів захисту інформації, зокрема персональних даних пацієнтів та медичних працівників. Це має особливе значення для закладу охорони здоров'я та збереження його репутації. Таке можливо здійснити лише шляхом застосування інноваційних технологій. Щодо власне ролі держави, пропонуємо на рівні Міністерства цифрової трансформації України сформувати державну програму під назвою «Кіберзахист лікарні», що передбачатиме залучення ІТ-компаній до формування положень інформаційної безпеки закладів охорони здоров'я;

г) розробка та верифікація політики організації інформаційного захисту закладу охорони здоров'я. Вказана політика має передбачати сукупність протоколів інформаційного захисту та поведінки медичних працівників в інформаційному просторі. Зазначене завдання може реалізуватися через спільну діяльність Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства цифрової трансформації України;

д) запровадження процедур кібергігієни для медичних працівників, що можливо здійснити через навчання медичних працівників та врегулювання питання кібергігієни на внутрішньому рівні та рівні державного регулювання діяльності закладів охорони здоров'я.

Для забезпечення безпечного та безперебійного функціонування закладу охорони здоров'я в стандартних умовах та умовах надзвичайних ситуацій, вагомого значення набувають такі інструменти управління продовольчою безпекою:

а) запровадження механізму формування та використання продовольчого резерву закладу охорони здоров'я. Тому пропонуємо створювати продовольчий резерв закладу охорони здоров'я, що має передбачати методи його оцінки, формування, зберігання та використання. Залежно від географічного розташування закладу охорони здоров'я, його профілю та розміру, визначатимуться склад продуктів харчування та обсяги;

б) передбачення аудиту якості продовольства закладу охорони здоров'я та контролю за створенням продовольчого резерву. Важливою складовою управління продовольчим резервом є здійснення контролю за його використанням та формуванням. Це можливо здійснити шляхом внутрішнього аудиту із застосуванням методів документального та фактичного контролю. Зовнішній контроль має здійснюватися під час оцінки діяльності закладу охорони здоров'я та його керівництва, зокрема досягнення показників КРІ;

в) запровадження механізму формування та використання резерву ліків закладу охорони здоров'я. Резерв ліків є критично необхідним за умови настання надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, що дозволить реалізовувати медичні послуги в різних умовах.

Наступною компонентою забезпечення безпечності закладу охорони здоров'я є енергетична безпека, досягнення якої пропонуємо здійснювати таким чином:

а) забезпечення можливості використання альтернативних джерел енергії. На законодавчому рівні є потреба у вирішенні проблеми використання альтернативних джерел енергії закладами охорони здоров'я. Зокрема йдеться про сонячні батареї, що дозволяють генерувати електроенергію для належного автономного функціонування закладу охорони здоров'я в умовах перебоїв з електропостачанням через надзвичайні ситуації, зокрема воєнні дії;

б) забезпечення генераторами на випадок відключення від мережі. Генератори є основою автономного функціонування закладу охорони здоров'я та можливості безперебійно надавати медичну допомогу в повному об'ємі. Придбання генераторів може здійснюватися як за кошти державного або місцевого бюджетів, так і юридичних та фізичних осіб. За умови функціонування закладу охорони здоров'я як бюджетної установи, таке придбання може здійснюватися за рахунок спеціального фонду. Якщо заклад охорони здоров'я функціонує як державне або приватне підприємство, то відповідно за власні кошти закладу або ж кредитні. Крім того, в умовах міжнародної підтримки України, можливе придбання такого обладнання міжнародними партнерами, зокрема урядами країн або

ж міжнародними урядовими та неурядовими організаціями, та його передача закладам охорони здоров'я нашої держави;

в) передбачення періодичного енергетичного аудиту закладу охорони здоров'я. Енергетичний аудит є основою дотримання принципів енергозбереження. Окремі його аспекти також дозволять оцінити рівень енергетичної безпеки;

г) формування резерву енергоресурсів на випадок надзвичайної ситуації. Такі резерви мають формуватися за принципами продовольчих резервів. Зокрема, є необхідність формування резерву палива як для використання автотранспортними засобами, так і для роботи генераторів на випадок перебоїв з електропостачанням;

д) формування механізму використання енергетичної системи на випадок надзвичайних ситуацій. Для реалізації механізмів управління енергетичною безпекою закладу охорони здоров'я необхідно затвердити положення, що передбачатиме інструкцію з використання енергосистеми на випадок надзвичайної ситуації та необхідності функціонування закладу охорони здоров'я в автономному режимі. Зазначена інструкція має містити такі положення: відповідальні суб'єкти за використання резервів енергетичних ресурсів; режим економії енергетичних ресурсів; порядок переходу на альтернативні енергоресурси.

Заходи щодо забезпечення адаптивності закладів охорони здоров'я наведені в таблиці 4.6. Вони спрямовані на гарантування надання медичної допомоги цивільному населенню в умовах надзвичайних ситуацій; зміну профілю діяльності закладу охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій; забезпечення процедури евакуації закладу охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Зазначені складові описують адаптивність закладів охорони здоров'я. Ця властивість найбільш чітко характеризує можливість закладу охорони здоров'я реагувати на загрози природного, техногенного та політичного характеру. Відповідність закладу охорони здоров'я зазначеній властивості є критично необхідною з позиції сусідства з країною-агресором та інших загроз.

Таблиця 4.6

Характеристика вимог для забезпечення адаптивності закладів охорони здоров'я

<i>Адаптивність закладів охорони здоров'я</i>		
<i>Медична допомога в умовах надзвичайних ситуацій</i>	<i>Зміна профілю діяльності закладу охорони здоров'я</i>	<i>Евакуація закладу охорони здоров'я через надзвичайну ситуацію</i>
Встановлення вимог до кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я щодо наявності фахівців з тактичної медицини та роботи закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій	Затвердження переліку закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які можуть змінювати профіль діяльності на випадок надзвичайних ситуацій	Затвердження комунікаційної карти взаємодії закладів охорони здоров'я на випадок надзвичайних ситуацій, яка переглядатиметься щорічно МОЗ України
	Затвердження механізму управління діяльністю закладу охорони здоров'я, що змінив профіль діяльності на випадок надзвичайних ситуацій	Затвердження процедури евакуації закладу охорони здоров'я через надзвичайні ситуації
Затвердження інструкції щодо діяльності закладу охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій	Затвердження критеріїв та процедури змін профілю діяльності закладу охорони здоров'я на випадок надзвичайних ситуацій	Створення та впровадження єдиної інформаційної системи управління потенціалом закладів охорони здоров'я

Для забезпечення реалізації медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій пропонуємо впровадження таких заходів:

а) встановлення вимог до кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я щодо наявності фахівців з тактичної медицини та роботи закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Зазначена складова докладніше буде нами розглянута в подальших дослідженнях у контексті формування та реалізації механізмів повоєнного відновлення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я;

б) затвердження інструкції щодо діяльності закладу охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Ця інструкція має передбачати сукупність послідовних процедур щодо діяльності закладу охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, використання резервів та альтернативних видів ресурсів. Зокрема пропонуємо такі структурні складові зазначеного документу:

– підготовка та введення в дію наказу про діяльність закладу охорони здоров'я в специфічних умовах та, відповідно, його оприлюднення для ознайомлення працівниками закладу охорони здоров'я та органів державної влади і місцевого самоврядування;

– запровадження спілкування медичного персоналу засобами спеціального зв'язку та налагодження такого зв'язку з органами правопорядку та безпековими інституціями;

– функції керівника закладу охорони здоров'я та його заступників на період дії наказу;

– безперервна багатозмінна робота медичних працівників з організацією годин роботи та відпочинку;

– забезпечення харчуванням та необхідними речами медичних працівників та можливості відпочинку в окремо відведених для цього місцях;

– відкликання медичних працівників з відпустки;

– організація психологічної допомоги медичним працівникам, пацієнтам та цивільному населенню;

– першочерговість надання медичної допомоги цивільному населенню; залучення (мобілізація) медичних працівників, що не працюють в закладі охорони здоров'я (приватна практика, пенсіонери, тимчасово непрацюючі, сімейні лікарі, лікарі поліклініки, студенти медичних спеціальностей, інтерни, викладачі медичних дисциплін, медичні працівники на підприємствах і установах);

– визначення режиму економії енергоресурсів, продовольства та ліків;

– формування медичних бригад для організації мобільних госпіталів;

– формування медичних бригад для евакуації пацієнтів;

– положення, що регулюють припинення дії спеціальних умов;— введення в дію протоколу щодо можливості застосування зброї медичними працівниками закладу охорони здоров'я з метою самозахисту в умовах надзвичайних ситуацій.

Зміна профілю діяльності закладу охорони здоров'я передбачає такі положення через затвердження:

а) переліку закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які можуть змінювати профіль діяльності на випадок надзвичайних ситуацій. Пропонуємо наказом Міністерства охорони здоров'я України затверджувати перелік закладів охорони здоров'я, що можуть змінювати профіль своєї діяльності на випадок надзвичайних ситуацій, зокрема: приймати постраждалих, надавати першу медичну, екстрену медичну та психологічну допомогу, мати продовольчі та

енергетичні резерви, у випадку наявності відповідного кадрового потенціалу та іншого. Перелік закладів охорони здоров'я, що можуть змінювати профіль діяльності на випадок надзвичайних ситуацій, має переглядатися щорічно та погоджуватися із органами державної влади і місцевого самоврядування;

б) механізму управління діяльністю закладу охорони здоров'я, що змінив профіль діяльності на випадок надзвичайних ситуацій. Робота закладу має базуватися на основі інструкції, структура якої визначена вище;

в) критеріїв та процедури змін профілю діяльності закладу охорони здоров'я на випадок надзвичайних ситуацій. До таких критеріїв необхідно зарахувати рівень безпеки (енергетична, продовольча, силова, інформаційна), матеріальне забезпечення, кадровий потенціал тощо.

Для евакуації закладів охорони здоров'я через надзвичайну ситуацію пропонуємо такі інструменти:

а) затвердження комунікаційної карти взаємодії закладів охорони здоров'я на випадок надзвичайних ситуацій, яка переглядатиметься щорічно МОЗ України. Цей документ має передбачати такі положення:

- норми можливої відстані евакуації пацієнтів різних типів складності;

- норми відстані евакуації персоналу та їх подальшої роботи на безпечних територіях;

- безперервний спеціальний зв'язок між закладами, які евакуюються та куди відбувається евакуація;

- залучення третіх осіб до процесу евакуації закладу охорони здоров'я;

- спільне використання ресурсів закладів охорони здоров'я;

б) затвердження процедури евакуації закладу охорони здоров'я через надзвичайну ситуацію. Зазначена процедура має передбачати:

- погодження рішення евакуації з органами державної влади та місцевого самоврядування;

- обрання місця релокації закладу охорони здоров'я та його погодження з органами державної влади та місцевого самоврядування;

- визначення пацієнтів, що будуть евакуйовані силами закладу охорони здоров'я;

- визначення медичних працівників, які будуть евакуйовані;

- визначення матеріальних цінностей, що будуть евакуйовані;
- організація спеціального зв'язку між учасниками евакуації закладу охорони здоров'я;
- погодження процедури евакуації з суб'єктами забезпечення правопорядку для охорони;

в) створення та впровадження єдиної інформаційної системи управління потенціалом закладів охорони здоров'я. Національна комунікаційна карта щодо взаємодії закладів охорони здоров'я базується на інформаційній системі, що має забезпечити оперативною інформацією про заклади охорони здоров'я, які реалізують різного рівня медичну допомогу за такими напрямками:

- кадровий потенціал;
- матеріально-технічне забезпечення;
- потенціал ліжко-місць;
- наявність ліків.

Значущою властивістю закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану та післявоєнного запиту є стійкість, яка визначає можливість оперативного відновлення діяльності закладу охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. В такому випадку виділяємо дві складові: релокація закладу охорони здоров'я на безпечні території та відновлення діяльності закладу охорони здоров'я. Їх характеристика наведена в таблиці 4.7.

Релокація закладу охорони здоров'я може здійснюватися шляхом використання одного з таких варіантів:

1. Діяльність евакуйованих закладів охорони здоров'я на базі інших закладів охорони здоров'я. Такий варіант передбачає, що пацієнти, медичні працівники та частина матеріального забезпечення закладу охорони здоров'я, що функціонував на небезпечній території (території надзвичайної ситуації), евакуйовані на безпечну територію до певного закладу охорони здоров'я. У цьому випадку управління релокованим закладом здійснюється приймаючою стороною.

2. Самостійне відновлення діяльності закладу охорони здоров'я. За умови наявності відповідних фінансових та інших ресурсів заклад охорони здоров'я може самостійно відновити свою діяльність на безпечних територіях. Зазвичай, це можливо, якщо заклад охорони здоров'я мав певні відокремлені структури або ж інфраструктурні об'єкти.

Таблиця 4.7

Характеристика вимог для забезпечення стійкості закладів охорони здоров'я

Стійкість закладів охорони здоров'я			
<i>Релокація закладу охорони здоров'я на безпечні території, варіанти:</i>		<i>Відновлення діяльності закладу охорони здоров'я, варіанти:</i>	
1. Діяльність евакуйованих закладів охорони здоров'я на базі інших закладів охорони здоров'я	2. Самостійне відновлення діяльності закладів охорони здоров'я	1. Часткове відновлення діяльності закладів охорони здоров'я, які були евакуйовані на:	2. Повне відновлення діяльності закладів охорони здоров'я, які були евакуйовані
3. Діяльність евакуйованих закладів охорони здоров'я із використанням інфраструктури інших закладів	4. Діяльність евакуйованих закладів охорони здоров'я на базі різних закладів або з використанням їх інфраструктури	а) релокованій території та території місця реєстрації; б) місці реєстрації	

3. Діяльність евакуйованих закладів охорони здоров'я із використанням інфраструктури інших закладів. Цей варіант передбачає, що евакуйований заклад охорони здоров'я функціонує як відокремлена юридична особа та використовує інфраструктуру інших закладів охорони здоров'я на платній або безоплатній основі.

4. Діяльність евакуйованих закладів охорони здоров'я на базі різних закладів або з використанням їх інфраструктури. Зазвичай, зазначений варіант обирається за умови, що евакуація закладу охорони здоров'я відбувалася в різні місця, тобто багатопрофільний заклад охорони здоров'я великого розміру мусив евакуйовувати пацієнтів та медичних працівників у відповідності до профілю тієї чи іншої лікарні, що є приймаючою стороною.

Відновлення діяльності закладу охорони здоров'я пропонується здійснювати таким чином:

1. Часткове відновлення діяльності закладів охорони здоров'я, які були евакуйовані:

а) діяльність закладу на релокованій території та території місця реєстрації;

б) часткова діяльність лише на місці реєстрації.

2. Повне відновлення діяльності закладів охорони здоров'я, які були евакуйовані.

Отже, обґрунтовано нові вимоги до інфраструктури та управління закладом охорони здоров'я в умовах воєнного стану та у

післявоєнний період для забезпечення наступних його властивостей: безпечності, адаптивності та стійкості. Встановлено, що процес повоєнного відновлення системи охорони здоров'я повинен гарантувати нове бачення діяльності закладів охорони здоров'я. Відповідно визначено сукупність інструментів, які мають забезпечити фізичну (силову), інформаційну, продовольчу та енергетичну безпеку закладу охорони здоров'я. Запропоновано багатоваріантний підхід до формування стійкості закладу охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, зокрема щодо релокації та відновлення діяльності закладу охорони здоров'я. Розроблено інструменти щодо забезпечення медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій, зміни профілю діяльності закладу охорони здоров'я та процедури евакуації закладу охорони здоров'я через надзвичайну ситуацію, що є запорукою адаптивності закладу охорони здоров'я.

4.3. Джерела фінансування повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

Проблеми повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та економіки в цілому неможливо вирішити без ефективного механізму фінансування. Це комплексний процес, що вимагає залучення сучасних фінансових інструментів та різноманітних джерел економічних ресурсів. Проте складність фінансового забезпечення повоєнного відновлення пов'язана не лише з пошуком, акумулюванням та використанням фінансових ресурсів, але й необхідністю трансформації всієї системи фінансування діяльності закладів охорони здоров'я, підготовки медичних та управлінських кадрів, надання усіх видів медичної допомоги тощо. Адже нова система охорони здоров'я має фінансуватися таким чином, щоб забезпечувати її актуальні властивості: безпечність, адаптивність та стійкість. Це надає особливої значущості пошуку нових інструментів повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та механізмів її фінансування в майбутньому.

Питання фінансування системи охорони здоров'я досліджувалося в працях вітчизняних вчених: Т. Васильєва, Д. Грицишен, О. Длугопольський, І. Драган, О. Крикун, Л. Криничко, Ю. Малігон, О. Мотайло, С. Петрик, Я. Радиш, Л. Сергієнко, О. Торбас

та інших. Серед зарубіжних вчених – викладено в працях: M. Abbas, Y.O. Adegoke, B.O. Ahinkorah, B.C. Alkire, A. Allen, N. Alonso, E.A. Ameh, S. Ball, S. Bell, R. Bellamy, J. Bukenya, A. Costello, J. Dadjo, S. Devarajan, Do gan I., G. Dumrul, K. Durizzo, Z.M. Elmi, G. Ercelik, G. George, I. Günther, L. Hagander, N. Halıcı-Tülüce, K. Harttgen, H.N. Khan, M.A. Khan, K.L. Krebs, A. Kuwawenaruwa, A.J.M. Leather, J. Mbonigaba, J.G. Meara, C. Patterson, S.M. Piabuo, R.B. Razli, S. Sadeghi, A.B. Sahfie, M. Sahu, P. Salari, N. Sarvghad, G. Shehzada, V. Swaroop, F. Tediosi, J.C. Tieguhong, F.D. Tommaso, S. Yaya, W. Yip, H.-F. Zou та інших.

Вивчення повоєнного відновлення економіки в цілому та окремих сфер суспільних відносин не є чимось новим для міжнародних та регіональних урядових та неурядових організацій. «Перша в історії міжнародна післявоєнна відбудова була здійснена в Австрії після закінчення Першої світової війни. Вона була здійснена Лігою Націй і ґрунтувалася на роботі та пропозиціях економічної комісії для встановлення фактів. Реконструкція Австрії передбачала призупинення виплати репарацій, початок економічних реформ і призначення верховного комісара з економіки країни. Подібна, але менш масштабна робота, була згодом проведена в Угорщині, тоді як третя міжнародна програма реконструкції міжвоєнного періоду була зосереджена на репатріації вигнаних етнічних греків з Туреччини після війни 1922 року. Найбільш вражаюча післявоєнна реконструкція була здійснена після закінчення Другої світової війни. Йдеться про роботу Адміністрації ООН з питань допомоги та реабілітації в Європі та Китаї (1943–1946), позики Міжнародного банку реконструкції та розвитку Європі, План Маршалла для Західної Європи (1948–1951) та економічну допомогу для Японії. З усіх цих програм план Маршалла виділяється як найуспішніша ініціатива» [119]. Для України міжнародна підтримка у відновленні системи охорони здоров'я є життєво необхідною, за умови ефективного використання як власних (державних (бюджетних)) ресурсів, так і залучених від міжнародних партнерів, бізнесу та інших інституцій.

«Терористична тактика ведення війни росією, внаслідок якої зруйновано тисячі будинків, об'єктів цивільної та критичної інфраструктури, ставить перед Україною ще одне завдання – потрібно пройти не лише важкий шлях до перемоги, а й шлях післявоєнного відновлення. Причому вже зараз, в умовах воєнного стану, потрібно

планувати, як це буде і за рахунок чийої фінансової допомоги» [144]. На рисунку 4.1. наведено міжнародні оцінки вартості повоєнного відновлення України.



Рис. 4.1. Оцінка вартості відбудови спільно з міжнародними партнерами (фото екрану за посиланням [144])

Вагому частку у вказаних оцінках займає охорона здоров'я, оскільки потребує не лише відбудови інфраструктури, але й формування її нових властивостей. Крім того, окремого фінансування вимагає підготовка медичних кадрів та впровадження актуальних підходів до медичної допомоги. Російсько-українська війна поклала відбиток на стан здоров'я військовослужбовців та цивільного населення, що, в свою чергу, потребує особливої уваги до питання реабілітації як фізичної, так і психологічної, соціальної тощо.

З метою дослідження пошуку інноваційних рішень механізму фінансування повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та, як наслідок, формування системи охорони здоров'я із новими властивостями, пропонуємо таке: визначити ключові напрями; обґрунтувати пріоритетні джерела фінансування; розробити актуальні підходи до використання фінансових ресурсів. В цілому, ми маємо отримати нову систему фінансового забезпечення реалізації медичних послуг, що характеризуватиме діяльність закладів охорони здоров'я з позиції безпечності, адаптивності та стійкості.

Наше бачення структури фінансового механізму повоєнного відновлення системи охорони здоров'я викладено на рисунку 4.2.



Рис. 4.2. Структура фінансового механізму повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

Разом з тим, говорячи про фінансове забезпечення повоєнного відновлення та подальшого розвитку системи охорони здоров'я, необхідно, насамперед, визначитися із такими основними складовими, як джерела, інструменти та напрями використання фінансових ресурсів. Вони будуть мати різні форми та зміст як для цілей повоєнного відновлення, так і для подальшого розвитку системи охорони здоров'я.

Фінансування повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Що стосується фінансування повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, то метою фінансового забезпечення повоєнного відновлення системи охорони здоров'я є пошук джерел, акумулювання та використання ресурсів для реалізації процесів повоєнного відновлення інфраструктури, кадрового потенціалу та медичної допомоги на певних територіях. Проте повоєнне відновлення передбачає не лише відбудову довоєнної системи охорони здоров'я, а й формування якісно нової системи, властивостями якої мають стати: безпечність, адаптивність та стійкість.

Повоєнне відновлення системи охорони здоров'я, в значній мірі, також буде залежати від державних програм інфраструктурного відновлення. Сучасні стратегії повоєнної відбудови економіки України визначають такі вектори формування національних програм (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Національна програма відновлення України

КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ		
<i>Всі 10 років</i>	<i>2023–2025 pp.</i>	<i>2026–2032 pp.</i>
<i>Кількість проєктів</i>		
850	580	270
<i>Щорічний приріст реального ВВП</i>		
Більше 7%	Більше 7%	Більше 7%
<i>Фінансування</i>		
Більше 750 млрд дол.	Більше 350 млрд дол.	Більше 400 млрд дол.
<i>Індекс економічної складності</i>		
ТОР-25 країн	ТОР-40 країн	ТОР-25 країн
<i>Індекс людського капіталу</i>		
ТОР-25 країн	ТОР-40 країн	ТОР-25 країн
НАЦІОНАЛЬНІ ПРОГРАМИ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ		
Основи відновлення: зміцнення інституційної спроможності	Забезпечення конкурентного доступу до капіталу	
Забезпечення макрофінансової стабільності	Розвиток секторів економіки з доданою вартістю	
Відновлення та модернізація житла та інфраструктури регіонів	Відновлення та модернізація соціальної інфраструктури	
Відбудова чистого та захищеного середовища	Енергетична незалежність та Зелений Курс	
Поліпшення бізнес-середовища	Зміцнення оборони і безпеки	

Продовження табл. 4.8

Прагнення до інтеграції в ЄС		Розвиток системи освіти	
Основи відновлення: цифрова держава		Модернізація системи охорони здоров'я	
Розширення та інтеграція логістики з ЄС	Розвиток систем культури та спорту		Забезпечення ефективної соціальної політики

В умовах воєнного стану та у післявоєнний період державне фінансування відновлення системи охорони здоров'я буде залежати від ефективності та швидкості відновлення економіки України. Макроекономічні показники, що аналізувалися експертами, вказують на негативні тенденції, зокрема:

– опитування щодо ділової активності свідчить про негативні очікування бізнесу. «У жовтні індекс очікувань ділової активності НБУ зменшився до 49,6 порівняно з 50,1 у вересні, знову знизившись нижче «нейтрального» рівня у 50 пунктів. Це означає, що серед опитаних бізнесів переважають негативні очікування. Як повідомляє НБУ, погіршення оцінок спричинили збереження воєнних ризиків та нові руйнування, логістичні обмеження, звуження інвестиційного попиту, зростання цін на паливо та дефіцит робочої сили. Зміна очікувань бізнесу є важливим суб'єктивним показником стану економіки, що свідчить про поступове відновлення активності чи, навпаки, погіршення ситуації» [143]. Така ситуація не може не відобразитися на бюджетних надходженнях і, як наслідок, виконанні усіх функцій держави під час повномасштабного вторгнення. Крім того, значне навантаження на військовий бюджет вимагає особливого підходу до розподілу бюджетних ресурсів;

– за даними аналітиків НБУ, падіння макроекономічних показників у 2023 р. значно сповільнилося, проте така ситуація пов'язана з порівнянням з 2022 р., коли економіка на три місяці повністю була зупинена. Щодо інфляції, то «в серпні 2023 року спостерігалася помітна сезонна дефляція: Індекс споживчих цін (ІСЦ) скоротився на 1,4% м/м. Востаннє таку потужну дефляцію влітку спостерігали 20 років тому – у 2003 році. Практично всю дефляцію у серпні було сформовано зниженням цін на овочі (-37,6% м/м) і фрукти (-4,2% м/м). Одним із основних проінфляційних чинників було зростання цін на паливо (+7,4% м/м), проте його внесок до загального показника інфляції був уп'ятеро слабшим за дефляційний внесок цін на фрукти та овочі» [87]. Щодо ВВП, то «у II кварталі 2023 року реальний ВВП України зріс на 19,5% р/р. Таке значне зростання було очікуваним, адже в перші місяці

повномасштабного військового вторгнення у 2022 році спостерігався мінімум економічної активності, яка на той момент впала майже на 40% р/р. У перерахунку до 2021 року реальний ВВП України у II кварталі 2023 року становив лише 75% довоєнного обсягу. У I кварталі 2023 року відповідний показник становив 76%, отже, можна констатувати стабілізацію економічної активності на рівні трьох чвертей довоєнного обсягу» [87]. В будь-якому випадку, повоєнне відновлення системи охорони здоров'я виключно за рахунок коштів державного та місцевого бюджетів є нереальним.

Відповідно, проблема пошуку джерел фінансових ресурсів та їх залучення через інноваційні фінансові, інвестиційні та інші інструменти є фундаментальною в контексті повоєнного відновлення економіки України в цілому та системи охорони здоров'я зокрема.

Проте, звісно, ми не пропонуємо відкидати застосування бюджетного фінансування. Більше того, окремі інструменти передбачають спільне фінансування проєктів повоєнного відновлення, а також залучення фінансових ресурсів міжнародних організацій та іноземних урядів з наступним їх надходженням до державного та/ або місцевих бюджетів. Тобто є необхідність трансформації системи використання бюджетних ресурсів.

Отже, розглянемо найбільш пріоритетні зовнішні джерела фінансування повоєнного відновлення системи охорони здоров'я:

а) заарештовані кошти російських фінансових установ та актив осіб, причетних до повномасштабного вторгнення країни-агресора. Зазначені активи можуть становити вагому частку джерел фінансування процесів відновлення системи охорони здоров'я, але, водночас, вказаний напрям фінансування є досить дискусійним та, в будь-який момент, може бути визнаний незаконним міжнародними судами з прав людини. «За різними оцінками, йдеться про приблизно 300 млрд дол. російських активів. Близько 38 млрд дол. суверенних активів рф, за оцінками, знаходяться у США. В основі обговорення – звіт Ініціативи відновлення демократії (RDI). Організація була заснована у 2017 році російським опозиціонером Гарі Каспаровим з метою поширення та захисту ліберальної демократії в США та за кордоном» [138]. Вагоме значення мають кошти, які арештовані в Україні, зокрема в повідомленні Київської міської прокуратури йдеться про таке: «За ініціативи Подільської окружної прокуратури міста Києва в межах досудового розслідування за фактом протиправної

діяльності групи компаній з російським бенефіціаром передано на користь ГУР МО України та Національної гвардії України понад 450 млн грн. арештованих коштів» [137]. Проте арешт активів ще не означає можливість їх використання для цілей повоєнного відновлення, тому що на міжнародному та національному рівнях є потреба в розробці та впровадженні механізму використання заморожених активів росіян для цілей повоєнного відновлення України;

б) допомога міжнародних фінансових організацій, що може здійснюватися різними інструментами. «Міністерство охорони здоров'я продовжує отримувати гуманітарну допомогу від урядів і міністерств різних країн та міжнародних організацій. Цього разу вона надійшла від EU Institutions in Ukraine/ Європейських інституцій, представлених в Україні, Урядового агентства стратегічних резервів Польщі, Aarhus Kommune/ влади муніципалітету Орхус (Данія), Представництва Червоного Хреста в Німеччині, німецької організацій медичної допомоги «Action Medeor», транснаціональної фармацевтичної компанії «Novo Nordisk», американської благодійної організації «Direct Relief», благодійного фонду «Всеукраїнська фармацевтична палата – єдина європейська сім'я» [24]. Щодо власне фінансової допомоги, то важливе зазначення має співпраця із такими міжнародними організаціями:

– *Міжнародний валютний фонд*. В повоєнному відновленні та продовженні реформування в різних сферах суспільного життя, зокрема системи охорони здоров'я, істотну роль відіграє співпраця з Міжнародним валютним фондом. У березні 2023 р. виконавчою радою Міжнародного валютного фонду затверджена програма розширеного фінансування, реалізація якої передбачає такі два етапи: «на першому – ціллю є збереження макроекономічної та фінансової стабільності в контексті війни з одночасною підготовкою підґрунтя для потужного післявоєнного відновлення; на другому – повоєнному – поглиблення структурних реформ і проведення додаткових реформ макроекономічної політики для відновлення середньострокової зовнішньої стійкості, підтримання відбудови та сприяння швидкому довгостроковому зростанню, а також прискорення реалізації зусиль щодо вступу до ЄС» [147]. Цей механізм включає обсяг фінансування у сумі 15,6 млрд дол.;

– *Європейський банк реконструкції та розвитку*. Для підтримки України в умовах російської агресії ЄБРР було затверджено додатковий пакет допомоги. Вказаний пакет було введено в дію у березні 2022 р. «Європейський банк реконструкції та розвитку оголосив про початковий пакет заходів для України на суму 2 млрд євро, щоб допомогти, зокрема, постраждалим від війни громадянам і компаніям. Очікується, що фінансування буде надано в найкоротші терміни для підтримки українських компаній – наприклад, у вигляді відстрочених кредитів, підтримки ліквідності і торгового фінансування. Там, де це можливо, підприємствам допоможуть переїхати, щоб їх робота могла тривати. Крім того, розроблена банком програма забезпечення стійкості та забезпечення засобів до існування допоможе країнам, безпосередньо постраждалим від напливу українських біженців. Жінки, діти та люди похилого віку становлять більшість переміщених осіб, і муніципальна влада стикається з величезними труднощами в управлінні потоком людей, йдеться у заяві» [56]. Окремі складові зазначеної допомоги визначають особливості реалізації медичних послуг, зокрема у приватному секторі, а також залежать від стійкості державного та місцевого бюджетів для фінансування системи державних закладів охорони здоров'я;

– *Світовий банк*. «У зв'язку зі збройним вторгненням російської федерації в Україну Світовий банк у березні 2022 року затвердив додаткове фінансування для проєкту МБРР «Позика на політику розвитку у сфері економічного відновлення» (Economic Recovery Development Policy Loan, ER DPL), у підготовці якого Національний банк брав участь. Кредитні кошти в межах додаткового фінансування проєкту та гарантії від Королівства Нідерландів та Швеції в сумі майже 490 млн дол. США та пов'язана з проєктом підтримка Японією в розмірі 600 млн дол. США спрямовані на фінансування загального фонду Державного бюджету України. Також для співфінансування цього проєкту залучено більше 1,2 млрд дол. США грантових коштів із Цільового донорського фонду, створеного Світовим банком. Розмір загального пакета допомоги, який Світовий банк мобілізував разом із партнерами для підтримки України в протистоянні проти агресії російської федерації, становить більше 23 млрд дол. США, з яких більше 20 млрд дол. США вже сплачено станом на початок квітня 2023 року» [147];

в) питання міжнародної підтримки України в її намірі повоєнного відновлення розширюється в контексті допомоги іноземних держав, зокрема США, Канади, країн Європейського Союзу та інших. Допомога може надаватися різними шляхами, в тому числі для фінансування державних видатків, а також власне самостійного відновлення інфраструктури;

г) залучення міжнародних транснаціональних корпорацій до фінансової та іншої допомоги з відновлення економіки України в цілому та системи охорони здоров'я зокрема. Це можливо здійснити через сукупність різноманітних інструментів: благодійну та гуманітарну допомогу; проєктно-грантову діяльність; державно-приватне партнерство; інвестиційні інструменти;

д) залучення коштів бізнес-структур, тобто юридичних осіб резидентів України. Так, з моменту повномасштабного вторгнення бізнес значно скоротив темпи розвитку, проте окремі сфери відновили свою діяльність і стали на шлях динамічного розвитку, що дає їм можливість інвестувати у відновлення системи охорони здоров'я через інструменти приватизації, державно-приватного партнерства, інвестування, безповоротної допомоги тощо.

З моменту повномасштабного вторгнення допомога вказаних вище інституцій щодо повоєнного відновлення є значною, про що свідчать статистичні дані (рис. 4.3).

Для повоєнного відновлення системи охорони здоров'я інструментами залучення фінансових ресурсів, окремі з яких вже реалізуються, а інші можуть застосовуватися в майбутньому, можуть бути такі:

а) створення Фонду розвитку України. Вказаний проєкт був анонсований урядом. Зокрема в офіційних повідомленнях йдеться про таке: «Уряд анонсував створення ще однієї платформи – Фонду розвитку України, яка залучатиме та мобілізуватиме державний та приватний капітали для відбудови України за допомогою широкого спектра інноваційних та традиційних фінансових інструментів. Діяльність фонду буде зосереджено передусім на ключових секторах української економіки, включаючи енергетику, інфраструктуру, сільське господарство, виробництво та ІТ» [50]. Ризиками функціонування такого фонду є можливі корупція та недоброчесність, що вимагає особливого підходу до механізмів його адміністрування, забезпечення довіри з боку суспільства і бізнес-структур;

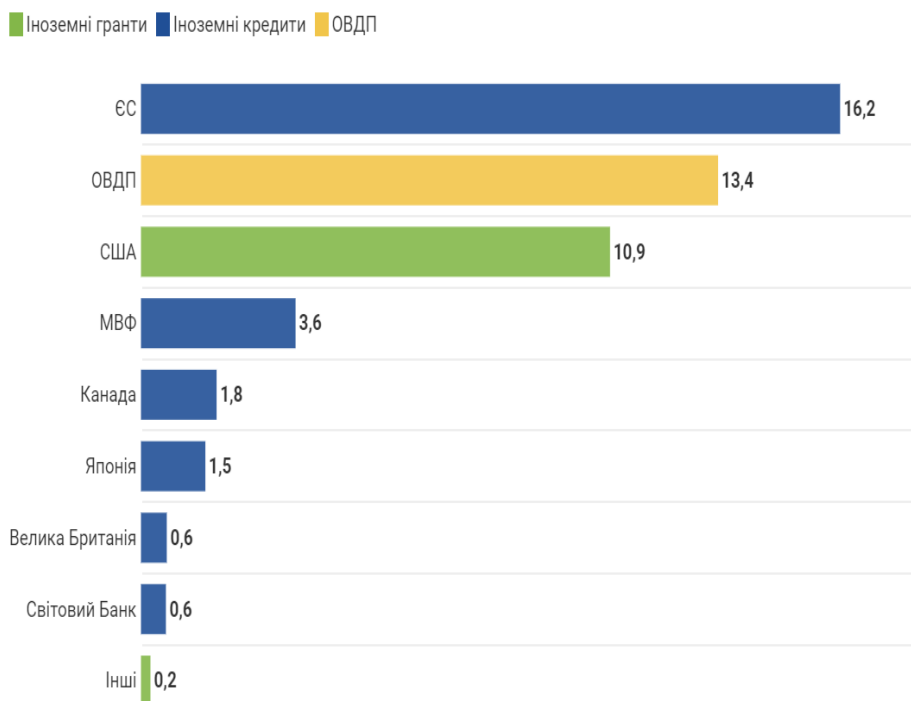


Рис. 4.3. Додаткове фінансування державного бюджету, що надійшло у 2023 р., станом на 9 листопада, млрд дол. США (фото екрану за посиланням [143])

б) створення благодійних організацій та організація благодійних акцій на міжнародному рівні для збору коштів, з метою фінансового забезпечення повоєнного відновлення як певних закладів охорони здоров'я, так і окремих складових системи охорони здоров'я;

в) запровадження проєктів державно-приватного партнерства з метою відновлення діяльності закладів охорони здоров'я як на деокупованих територіях, так і територіях, які постраждали від авіаударів. Механізми державно-приватного партнерства є найбільш ефективними в світі, адже дозволяють залучити приватні кошти для модернізації окремих сфер реалізації державних послуг та зменшити навантаження на державний та місцеві бюджети;

г) проєктно-грантова діяльність з позиції окремих суб'єктів системи охорони здоров'я, зокрема: закладів охорони здоров'я, що можливо здійснити через розширення автономії їх управління та видів діяльності; органів державної влади та місцевого самоврядування, що є суб'єктами управління в сфері охорони здоров'я; приватних закладів охорони здоров'я; закладів вищої освіти, діяльність яких пов'язана з

реалізацією освітніх послуг у сфері підготовки медичних працівників та наукових послуг у сфері медицини;

д) приватизація, яку можливо здійснити через внесення відповідних змін до законодавства про приватизацію та регулювання системи охорони здоров'я.

Напрямами відновлення системи охорони здоров'я, зважаючи на вказані інструменти та джерела фінансування, вбачаємо такі:

а) відновлення інфраструктури, складові якої були визначені нами в попередніх дослідженнях;

б) відновлення медичних послуг на деокупованих територіях та територіях високого ризику небезпеки.

Зазначені джерела та напрями потребують додаткового обґрунтування, зокрема в частині удосконалення бюджетного законодавства та використання механізмів державно-приватного партнерства із залученням іноземних резидентів.

Питання державно-приватного партнерства не є новим для України, проте цей механізм не надто популярний, що більшою мірою було зумовлено корупцією в системі державного управління; відсутністю дієвого правового механізму реалізації проєктів державно-приватного партнерства; відсутність механізму захисту національних та іноземних інвесторів; недієвою політичною системою в державі. Вітчизняний дослідник С.М. Петрик вказує, що «проєкти державно-приватного партнерства визначають зміну ролі держави як за змістовною, так і форматною ознакою. Держава від інституту регулювання економічних та соціальних процесів в суспільстві переходить в роль повноцінного бізнес-партнера в сфері охорони здоров'я. Така роль держави є мало дослідженою та потребує більш глибокого вивчення з позиції трансформації її функцій та функціональної ролі ... Використання потенціалу державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я дозволить модернізувати вітчизняну систему охорони здоров'я шляхом залучення додаткових інвестицій, ресурсів, у тому числі інтелектуальних, оптимізувати видатки державного та місцевого бюджетів, а також створити конкурентноспроможні умови у даній сфері, що дозволить підвищити якість та доступність медичного обслуговування» [116]. З огляду на це, зростає значущість проєктів державно-приватного партнерства для реалізації стратегічних цілей повоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Державно-приватне партнерство може бути використане як інструмент залучення фінансових ресурсів приватних організацій для відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я та окремих закладів охорони здоров'я; реалізації інноваційних проєктів щодо лікування, дослідження та моніторингу стану охорони здоров'я, фармацевтичних досліджень; підвищення рівня кадрового потенціалу та сукупності інших напрямів.

Зважаючи на сучасні форми реалізації проєктів державно-приватного партнерства та наслідки російсько-української війни для системи охорони здоров'я, пропонуємо таку структуру застосування зазначеного вище інструменту (табл. 4.9).

Таким чином, це дозволить визначити ключові об'єкти щодо відновлення системи охорони здоров'я в контексті відбудови інфраструктури, що реалізовуватиметься у формах концесії та оренди:

- зруйнована інфраструктура системи охорони здоров'я на деокупованих територіях та територіях, які потенційно можна оцінити як території із середнім ризиком небезпеки та можливістю відновлення;
- інфраструктура закладів охорони здоров'я, що знаходяться на територіях з мінімальним ризиком небезпеки, та яка потребує модернізації для забезпечення ефективності та якості медичних послуг;
- нова інфраструктура для забезпечення медичної допомоги та реабілітації військовослужбовців та цивільного населення, що постраждали в результаті бойових дій;
- інфраструктура закладів вищої освіти, що реалізують освітні послуги з підготовки медичних кадрів, зокрема ті, які були зруйновані повністю або частково у результаті бойових дій, або ж ті, які потребують модернізації, проте не постраждали через бойові дії;
- науково-дослідна інфраструктура системи охорони здоров'я, що постраждала в результаті бойових дій або потребує модернізації.

Для забезпечення інноваційного розвитку системи охорони здоров'я дієвим інструментом будуть проєкти державно-приватного партнерства, що реалізуються у формі спільної діяльності. Ключовими напрямками спільної діяльності можуть бути такі:

- розробка нових методів діагностики і лікування в різних напрямках медичної допомоги;
- розробка нових підходів до тактичної медицини в умовах надзвичайних ситуацій;
- розробка нових ліків;
- інші види інноваційних продуктів у сфері медицини.

Таблиця 4.9

Напрями застосування інструменту державно-приватного партнерства для повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

УЧАСНИКИ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА			
Державний партнер		Приватний партнер	
<i>Органи державного управління та місцевого самоврядування</i>	<i>Суб'єкти реалізації медичних послуг різних рівнів</i>	<i>Суб'єкти господарювання, що є резидентами держави</i>	<i>Суб'єкти господарювання, що є нерезидентами держави</i>
Міністерство охорони здоров'я; обласні та міські управління (відділи) охорони здоров'я	Заклади охорони здоров'я, що реалізують різні види медичної допомоги	Підприємства, що мають намір інвестувати в повоєнне відновлення системи охорони здоров'я	Транснаціональні корпорації, компанії, що є резидентами іноземних держав
ПРІОРИТЕТНІ ФОРМИ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА У ВІДНОВЛЕННІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я			
<i>Експлуатація – обслуговування</i>	<i>Проектування – будівництво</i>	<i>Здавання об'єктів «під ключ»</i>	
Приватному партнеру передається право на експлуатацію та обслуговування об'єктів інфраструктури системи охорони здоров'я, що є в державній/ комунальній власності, для реалізації медичних послуг	Передача приватному партнеру прав на проектування та будівництво інфраструктурних об'єктів системи охорони здоров'я із дотриманням відповідних стандартів та вимог	Держава/ територіальна громада фінансує проектування та будівництво об'єкту інфраструктури системи охорони здоров'я, при якому право власності залишається за державою/ територіальною громадою	
<i>Спорудження доповнень до об'єкта</i>	<i>Оренда/ придбання</i>	<i>Обмежена приватизація</i>	
Будівництво структурних елементів об'єкта інфраструктури державної/ комунальної форми власності, що фінансується приватним партнером	На приватного партнера покладається завдання проектування та будівництва об'єкта інфраструктури та подальша реалізація послуг державою/ територіальною громадою шляхом оренди об'єкта	Приватний партнер модернізує об'єкт інфраструктури системи охорони здоров'я та отримує його у власність із функціями контролю державою/ територіальною громадою	
<i>Оренда/ будівництво/ експлуатація</i>	<i>Будівництво/ передача/ експлуатація</i>	<i>Будівництво/ власність/ експлуатація/ передача</i>	
Приватному партнеру дається можливість орендувати або придбавати об'єкт інфраструктури державного/ комунального майна та розширити і модернізувати його для подальшої експлуатації	Приватний партнер будує новий об'єкт інфраструктури, в результаті чого він передається в державну/ комунальну власність, а приватний партнер бере його в оренду	Приватний партнер отримує ліцензію на фінансування, будівництво та експлуатацію об'єкта та реалізує відповідні послуги, через певний період (окупності) об'єкт повертається в державну/ комунальну власність	

Продовження табл. 4.9

ПРІОРИТЕТНІ ФОРМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЄКТІВ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНО ПАРТНЕРСТВА ЩОДО ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я			
Концесія		Оренда	Спільна діяльність
Об'єкти управління			
Інфраструктурний об'єкт державної/ комунальної власності: інфраструктура закладів охорони здоров'я, зокрема будівлі поліклінік та лікарняні будівлі, лабораторні комплекси, науково-дослідні об'єкти		Інноваційна діяльність: науково-дослідні роботи з удосконалення методики лікування, розробки біомедичних технологій та інші	
Концесійні платежі: приватний партнер сплачує відповідно до розрахунку, що передбачений концесійним договором	Орендні платежі: нараховують та сплачуються приватним партнером у сумі, що визначена в договорі		Спільне фінансування: джерелами ресурсів для здійснення спільної діяльності є як держава/ територіальна громада, так і приватний партнер
Модернізація об'єкта – обов'язкова, тобто приватний партнер фінансує та здійснює модернізацію об'єкта інфраструктури закладів охорони здоров'я	Модернізація об'єкта – необов'язкова, тобто приватний партнер за власним бажанням може здійснити модернізацію чи поліпшення об'єкта інфраструктури		Розподіл прибутку – здійснюється залежно від встановленої участі в здійсненні спільної діяльності всіх учасників (держави/ територіальної громади та приватного партнера)
Медичні послуги реалізуються приватним партнером з можливістю фінансування державою/ територіальною громадою			Інноваційний продукт
ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО МАЄ ЗАБЕЗПЕЧИТИ			
Щодо медичних послуг:			
1. Підвищення якості медичних послуг		2. Підвищення ефективності медичних послуг	3. Забезпечення безпечності медичних послуг
Щодо діяльності закладів охорони здоров'я:			
1. Забезпечення безпечності закладів охорони здоров'я	2. Забезпечення ефективності закладів охорони здоров'я	3. Забезпечення адаптивності закладів охорони здоров'я	4. Забезпечення стійкості закладів охорони здоров'я
Щодо повоєнного відновлення:			
1. Джерела фінансових ресурсів для відновлення інфраструктури	2. Передача окремих функцій з відновлення приватному партнеру	3. Розширення можливостей та обсягів відновлення системи охорони здоров'я	4. Зменшення фінансового навантаження на державний бюджет
5. Прискорення процесів повоєнного відновлення	6. Активізація бізнес-процесів у державі	7. Забезпечення інноваційного розвитку медицини	8. Зменшення фінансового навантаження на місцевий бюджет
ДЕРЖАВНЕ СТИМУЛЮВАННЯ БІЗНЕСУ ДО УЧАСТІ В ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОМУ ПАРТНЕРСТВІ ЩОДО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я			
1. Податкові пільги для приватних партнерів	2. Правове регулювання гарантування виконання умов договору		3. Визначення таких договорів соціально відповідальним фінансуванням

Як зазначалося раніше, важливим джерелом фінансування повоєнного відновлення системи охорони здоров'я є кошти міжнародних організацій та країн-донорів. Досить вагома частина таких коштів надходить до нашої країни через інструменти міжнародної технічної допомоги. Остання, згідно з Постановою Кабінету Міністрів України № 153 від 15.02.2002 р. «Про створення єдиної системи залучення, використання та моніторингу міжнародної технічної допомоги», містить фінансові та інші ресурси та послуги, що, відповідно до міжнародних договорів України, надаються партнерами з розвитку на безоплатній та безповоротній основі з метою підтримки України. При цьому, власне така міжнародна технічна допомога набуває наступні форми: будь-якого майна, необхідного для забезпечення виконання завдань проєктів (програм), яке ввозиться або набувається в Україні; робіт і послуг; прав інтелектуальної власності; фінансових ресурсів (грантів) у національній чи іноземній валюті; інших ресурсів, не заборонених законодавством, у тому числі стипендій [132].

Вказаний механізм передбачає формування головними розпорядниками бюджетних коштів та подання до Секретаріату Кабінету Міністрів запитів для залучення міжнародної технічної допомоги на підставі ретельного аналізу останнім таких запитів. Після отримання бенефіціарами (центральный орган виконавчої влади, Рада міністрів АР Крим, обласна, Київська, Севастопольська міська держадміністрація, до компетенції яких належить формування та/ або реалізація державної політики у відповідній галузі чи регіоні, де передбачається впровадження проєкту (програми), що зацікавлена в результатах виконання проєкту (програми), виконавчий орган місцевого самоврядування, юрисдикція якого поширюється на територію реалізації проєкту (програми), Секретаріат Кабінету Міністрів України, Офіс Президента України, комітети та Апарат Верховної Ради України, Національний банк України, Верховний Суд, вищі спеціалізовані суди, Національне антикорупційне бюро, Рахункова палата, інші державні органи) або потенційним реципієнтом (резидент (фізична або юридична особа), який безпосередньо одержує міжнародну технічну допомогу згідно з проєктом (програмою)) пропозицій щодо початку проєкту, останні інформують про це

Секретаріат Кабінету Міністрів, після чого оформлюють запит до партнера з розвитку, копію якого подають до Секретаріату Кабінету Міністрів, а також здійснюється державна реєстрація проєкту, моніторинг проєкту, акредитація виконавців та, власне, використання міжнародної технічної допомоги, заключний моніторинг проєкту [132].

Варто зауважити, що на сьогодні в межах міжнародної технічної допомоги наша країна співпрацює з ЄС, майже 20-ма країнами, та більше, ніж 20-ма міжнародними організаціями [51]. Серед інших напрямів надання технічної допомоги є й «охорона здоров'я та соціальний захист населення». Інформаційні ресурси Міністерства охорони здоров'я України свідчать про те, що за період з 2016 р. і дотепер в стадії завершення або виконання знаходяться такі проєкти (програми) щодо охорони здоров'я [95]:

1) Надання підтримки Україні у розвитку сучасної системи громадського здоров'я (2019–2023 рр. – 3 999 000 євро);

Надання підтримки Україні у розвитку сучасної системи громадського здоров'я (2018–2022 рр. – 4 921 320 швейцарських франків);

2) Покращення якості та стійкості медикаментозного підтримуючого лікування в Україні (2019–2023 рр. – 3 339 780 дол. США);

3) «Підтримка системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ і системи управління/ поліпшення якості лабораторій Міністерства охорони здоров'я України, покращення використання стратегічної інформації та розбудова потенціалу громадської охорони здоров'я в межах Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR)» (2016–2022 рр. – 4 978 540 дол. США);

4) Посилення спроможності лікування ВІЛ/СНІДу в межах надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги з ВІЛ/СНІД (PEPFAR) (2017–2022 рр. – 5 228 894 дол. США);

5) Підтримка організацій – лідерів у протидії корупції в Україні «Взаємодія» (2017–2022 рр. – 17 978 783 дол. США);

6) Безпечні, фінансово доступні та ефективні лікарські засоби для українців (Безпечні та доступні ліки) – SAFEMed (2017–2022 рр. – 19 434 000 дол. США);

7) HealthLink: Посилення зусиль з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні (2017–2022 рр. – 25 000 000 дол. США);

8) Підтримка реформи охорони здоров'я (2018–2023 рр. – 28 811 167 дол. США);

9) Підтримка розвитку інфраструктури електронної системи охорони здоров'я в Україні (2018–2021 рр. – 5 000 000 дол. США);

10) Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні (2019–2024 рр. – 25 499 451 дол. США);

11) Психічне здоров'я для України (2019–2023 рр. – 3 000 000 швейцарських франків);

12) ACCESS Pro: Доступ спільнот до лікування ВІЛ через зміцнення інформаційних систем та покращення доступу до послуг (2018–2023 рр. – 4 565 390 дол. США);

13) Протидія загрозам особливо небезпечних патогенів в Україні (2018–2023 рр. – 11 646 608 дол. США);

14) Підвищення обізнаності, освіта та навчання фахівців медико-біологічних наук з біологічної безпеки та біологічного захисту (2020–2023 рр. – 320 678 євро);

15) Гармонізація чинних нормативно-правових актів з біологічної безпеки та біологічного захисту з міжнародними стандартами (2020–2022 рр. – 211 646 євро);

16) Надання підтримки Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України для зміцнення та розбудови спроможності системи охорони здоров'я для здійснення кращого моніторингу, епідеміологічного нагляду, реагування на спалахи захворювання та їхньої профілактики (2020–2025 рр. – 2 079 500 дол. США);

17) Удосконалення каскаду лікування ВІЛ для ключових груп населення шляхом диференційованого виявлення нових випадків та залучення до лікування, нарощення потенціалу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та стратегічної інформації в Україні (2019–2024 рр. – 9 500 000 дол. США);

18) Впровадження єдиної системи санітарно-епідеміологічного контролю в Україні, етап 2 (2019–2024 рр. – 710 000 дол. США);

19) Супровід урядових реформ в Україні (SURGe) (2019–2024 рр. – 24 976 411 канадських доларів);

20) Співпраця з Україною у сфері охорони здоров'я (2020–2022 рр. – 36 704 000 норвезьких крон);

21) Зміцнення Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні (2020–2022 рр. – 300 000 дол. США);

22) Партнерство з питань всесвітньої медичної безпеки: розширення та покращення стратегій і систем лабораторій громадського здоров'я (2020–2025 рр. – 1 648 215 дол. США);

23) Постачання медичного обладнання та засобів індивідуального захисту та дезінфекції, призначених для запобігання зараженню лікарів ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» та розповсюдженню коронавірусної інфекції COVID-19 на території України (2021–2022 рр. – 750 000 дол. США);

24) Інновації для подолання епідемії ВІЛ (2021–2026 рр. – 19 497 603 дол. США);

25) SAFEMED+ «Симуляційне навчання в медичній освіті для підвищення безпеки та якості обслуговування пацієнтів» (2020–2023 рр. – 268 696 євро);

26) Скорочення поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань (НІЗ) в Україні (2020–2024 рр. – 6 868 100 швейцарських франків);

27) Покращення реабілітаційних послуг в системах охорони здоров'я (2019–2022 рр. – 1 443 129 дол. США). [61]

Дослідження звітів за усіма проєктами дає змогу зробити висновок про те, що активізація залучення необхідних ресурсів для фінансування відновлення охорони здоров'я в Україні потребує фактично вирішення таких ключових проблем: підвищення ефективності управління державними фінансами та подолання корупції, які сукупно катастрофічно уповільнюють залучення партнерів з розвитку дофінансування реформування охорони здоров'я в Україні [61].

Метою фінансового забезпечення повоєнного розвитку системи охорони здоров'я є пошук джерел, акумулювання та використання ресурсів для забезпечення реалізації медичних послуг через безпечне, адаптивне та стійке функціонування закладів охорони здоров'я, розвиток кадрового потенціалу та інновацій. Формування ідеальної системи фінансування діяльності закладів охорони здоров'я для реалізації безпечних, якісних та ефективних медичних послуг

неможливе в динамічному світі, проте зазначені складові мають бути основою управління закладами охорони здоров'я. Аналогічно, для реалізації ефективних управлінських рішень необхідно розширити автономію закладів охорони здоров'я, з одного боку, та забезпечити ефективний моніторинг діяльності через інститути громадянського суспільства, з іншого.

Розширення автономії закладів охорони здоров'я пов'язане, насамперед, з розширенням спектру їх основної діяльності як в сфері реалізації медичних послуг, так і в інших сферах, зокрема освітній, науково-дослідній та інноваційній. Освітня діяльність пов'язана із створенням тренінгових центрів при закладах охорони здоров'я та національних і міжнародних освітніх центрів. Основними складовими діяльності таких підрозділів є реалізація освітніх послуг щодо підвищення кваліфікації медичних працівників, організації тренінгів, поширення інноваційних практик лікування, перекваліфікації лікарів тощо. Не повинно існувати обмежень щодо створення підрозділів, що реалізують освітні послуги. На рівні реалізації державної політики мають бути забезпечені лише умови ліцензування такої діяльності та відповідно зміни статутів, які регулюють діяльність закладів охорони здоров'я. Такий вид діяльності може надати додаткові фінансові та нефінансові переваги для розвитку закладу охорони здоров'я, що дозволить забезпечити його автономію, фінансову стійкість, ділову активність та безперервність діяльності. Реалізація зазначених послуг може відбуватися наступними шляхами:

- проєктно-грантова діяльність, що дозволяє залучити кошти міжнародних організацій (ООН, ЄС та інші) та урядів іноземних держав (США, Канада, Велика Британія та інші);

- кошти юридичних осіб, зокрема від реалізації певної специфічної освітньої послуги для персоналу інших суб'єктів, якими зазвичай виступатимуть заклади охорони здоров'я державної, комунальної та приватної форм власності; фармацевтичних компаній та інших суб'єктів;

- кошти фізичних осіб, що стосується реалізації освітньої послуги в індивідуальному порядку особі або групі осіб.

Серед перспективних напрямів також варто виокремити науково-дослідну та інноваційну діяльність закладів охорони здоров'я, що

пов'язані із проведенням наукових досліджень та розробкою інноваційних методів діагностики і лікування; дослідженням перебігу хвороб; апробацією дії нових ліків; вивченням поширення хвороб; дослідженням стану громадського здоров'я; участю в моніторингу охорони здоров'я.

Науково-дослідна робота може виконуватися як на замовлення власника закладу охорони здоров'я (держави, інвестора, суб'єкта місцевого самоврядування), так і сторонніх осіб. В останньому випадку, науково-дослідна та інноваційні діяльність можуть фінансуватися таким чином:

- укладання договору про реалізацію науково-дослідних послуг, предметом якого будуть результати наукових досліджень або інноваційний продукт;

- укладання договору про реалізацію проєкту державно-приватного партнерства у формі спільної діяльності, зміст якої полягає у проведенні наукових досліджень щодо створення інноваційного продукту, в якості якого можуть бути нові методи діагностики і лікування; створення нових ліків тощо. Ця форма фінансування наукових досліджень допустима за умови, що одним із учасників є держава, наприклад державний або комунальний заклад охорони здоров'я;

- участь у конкурсі наукових проєктів, що будуть фінансуватися міжнародними організаціями, зокрема: ЄС; НАТО; ООН та іншими.

Істотне значення в реалізації науково-дослідної та інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я займає співпраця з науково-дослідними інституціями, зокрема закладами вищої освіти.

Для реалізації автономії закладів охорони здоров'я є необхідність реформування їх діяльності в контексті організаційно-правової форми. Відповідно пропонуємо наступну структуру діяльності закладу охорони здоров'я державної (комунальної) форми власності для реалізації принципу автономії та розширення діяльності в сфері освіти і науки (табл. 4.10).

Таблиця 4.10

Напрями розширення діяльності та автономії закладів охорони здоров'я державної (комунальної) форми власності

Напрями трансформації організаційно-правової форми закладів охорони здоров'я		
Існуючий підхід		Запропонований підхід
Державна (бюджетна) установа, що фінансується з державного бюджету та, в окремих випадках, отримує оплату за надані медичні послуги від НСЗУ за ПМГ, у відповідності до пілотних проєктів		Державні підприємства з часткою держави понад 50% та/ або товариства з державною часткою не менше 25%
Комунальне некомерційне підприємство, яке отримує оплату за надані медичні послуги від НСЗУ за ПМГ та фінансується з місцевого бюджету		Комунальні підприємства з часткою територіальної громади понад 50% та/ або товариства з часткою територіальної громади не менше 25%
Напрями діяльності		
Операційна діяльність		
Медична діяльність	Реалізація медичних послуг за всіма рівнями медичної допомоги	– розширення спектру платних медичних послуг
		– створення фондів для фінансування медичних послуг для осіб з інвалідністю ⁴
Освітньо-просвітницька діяльність	Реалізація освітніх послуг з підвищення кваліфікації та перепідготовки медичних працівників	– освітні послуги з підвищення кваліфікації медичних працівників
		– освітні послуги щодо нових методів діагностики і лікування
		– освітні послуги з перепідготовки медичних працівників
		– освітні послуги з медичної підготовки для немедичних працівників
		– просвітницька діяльність ⁵ щодо гігієни, громадського здоров'я тощо
Науково-дослідна діяльність	Здійснення наукових досліджень та інноваційної діяльності	– розробка нових методів діагностики і лікування;
		– апробація нових видів ліків;
		– дослідження стану громадського здоров'я
Фінансова діяльність		
– відкриття депозитів у національній валюті	– відкриття депозитів в іноземній валюті	– отримання позик в банках та фінансових установах

Отже, запропоновані напрями розширення діяльності закладів охорони здоров'я стосуються операційної та фінансової діяльності. Розширення операційної діяльності дозволить отримати додаткові доходи для забезпечення фінансової стабільності закладу охорони здоров'я. Крім того, окремі напрями діяльності дозволяють її розширити в контексті соціальної відповідальності. Соціально відповідальна діяльність закладів охорони здоров'я та відповідне звітування у формі звітності за сталим розвитком за міжнародними стандартами (GRI, AA 1000, Глобальний договір та інші) дозволять підвищити рівень довіри з боку населення та держави, а також потенційних внутрішніх та іноземних інвесторів.

⁴ Складова соціально відповідальної діяльності закладів охорони здоров'я

⁵ Складова соціально відповідальної діяльності закладів охорони здоров'я

Висновки до розділу 4

1. Обґрунтовано, що комплексний механізм державного управління реалізацією Стратегії повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я передбачає залучення великої кількості суб'єктів державного управління різних гілок влади, міжнародних урядових та неурядових організацій, інститутів громадянського суспільства, приватного бізнесу та інших учасників суспільних відносин. Ключовими суб'єктами, які залучені до розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я та, зокрема, формування і реалізації механізмів її впровадження в частині відновлення інфраструктури, є: МОЗ України; Міністерство територій та громад України; Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури; НСЗУ.

2. Встановлено, що визначальною складовою комплексного механізму державного управління реалізацією Стратегії повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я є оцінка інфраструктурних втрат внаслідок бойових дій та окупації державних територій. Для її об'єктивності та визначення потреби в інфраструктурі системи охорони здоров'я пропонується виділяти об'єкти, щодо яких існує інформація про втрати, та об'єкти, щодо яких такої інформації немає.

3. Визначено, що відновлення інфраструктури має відбуватися двома шляхами: по-перше, це стосується інфраструктури системи охорони здоров'я для відновлення реалізації медичних послуг на певній території; по-друге, відновлення інфраструктури має забезпечити відповідність системи охорони здоров'я в цілому та закладів охорони здоров'я зокрема таким властивостям, як безпечність, адаптивність, стійкість, що, в свою чергу, має сприяти якості та ефективності медичних послуг. Процес повоєнного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я є досить складним, адже має передбачати як оцінку наслідків війни, так і потребу у відновленні медичних послуг на окремих територіях.

4. Обґрунтовано напрями розвитку механізму фінансового забезпечення реалізації стратегічних цілей щодо повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Розроблено структуру

фінансового механізму повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, яка передбачає такі складові: джерела фінансових ресурсів, інструменти фінансового забезпечення та напрями використання фінансових ресурсів у контексті повоєнного відновлення та функціонування нової системи охорони здоров'я.

5. Аргументовано напрями застосування інструменту державно-приватного-партнерства для повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, що передбачає пріоритетні форми реалізації проєктів державно-приватного партнерства, а також специфіку застосування таких форм державно-приватного партнерства, як концесія, оренда та спільна діяльність. Визначені ключові результати застосування інструментів державно-приватного партнерства для закладів охорони здоров'я, медичних послуг та повоєнного відновлення, а також складові державного стимулювання бізнесу до участі в проєктах державно-приватного партнерства, а також порядок залучення, акумулювання та використання фінансових ресурсів для відновлення системи охорони здоров'я, що формуються на основі зовнішніх джерел, зокрема: міжнародних фінансових організацій; країн-партнерів; міжнародних урядових організацій.

6. Запропоновано напрями розширення діяльності закладів охорони здоров'я для залучення додаткового фінансування та забезпечення їх безпечності, адаптивності та стійкості. Серед перспективних напрямів варто виокремити науково-дослідну та інноваційну діяльність закладів охорони здоров'я, що пов'язані із проведенням наукових досліджень та розробкою інноваційних методів діагностики і лікування; дослідженням перебігу хвороб; апробацією дії нових ліків; вивченням поширення хвороб; дослідженням стану громадського здоров'я; участю в моніторингу охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 5

МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

5.1. Оцінка втрати кадрового потенціалу системи охорони здоров'я в результаті російсько-української війни

Безумовно, від кадрів залежить основний результат будь-якої діяльності. Проте, якщо йдеться про персонал системи охорони здоров'я, то таким результатом є як індивідуальне здоров'я окремого громадянина, так і громадське здоров'я населення України. Питання кадрового потенціалу системи охорони здоров'я було на порядку денному і в довоєнний період. Однак істотно загострилося в умовах повномасштабного вторгнення країни-агресора. Причому проблема полягає не тільки в підготовці працівників для сфери охорони здоров'я, але й в їх відповідності запитам воєнному стану. У публікаціях вчених 2021 р. (до початку повномасштабної війни) зазначається, що «Система охорони здоров'я в Україні дедалі гостріше відчуває брак кваліфікованих медичних кадрів. Аналіз тенденції скорочення чисельності медичних працівників з наступною екстраполяцією даних свідчить, що до 2030 р. укомплектованість медичних закладів України лікарями становитиме 75%, а середнім та молодшим медичним персоналом – 73,6% від потреби. Уже сьогодні спостерігається дефіцит вакансій в галузі охорони здоров'я в обсязі майже 13 тис. посад» [17].

Після 24 лютого 2022 р. потреба в медичних кадрах в цілому та, особливо, в зоні бойових дій, стала ще більшою. Разом з тим, проблема забезпечення персоналом системи охорони здоров'я актуальна не тільки для України, де триває війна, а й для багатьох інших мирних країн світу, що, в значній мірі, можна обґрунтувати пандеміями останніх десятиліть. «Сьогодні жодна держава світу не може забезпечити високий рівень життя та благополуччя власних громадян без розбудови високоефективної системи охорони здоров'я, яка покликана гарантувати кожному мешканцю невідкладну своєчасну й високоякісну медичну допомогу. Проте, як показує практика, протягом останніх років для багатьох розвинених країн усталеною стає тенденція до скорочення кількості медичних працівників. Звісно, це зумовлює погіршення організації медичного обслуговування громадян, знижує рівень доступності медичної допомоги, ускладнює обставини та умови її отримання, збільшує тривалість очікування пацієнта на прийом у лікаря,

тощо» [142]. Це актуалізує необхідність дослідження проблем кадрового забезпечення системи охорони здоров'я, а саме: стратегічних положень повоєнного відновлення її кадрового потенціалу.

Вагомий внесок у становлення сучасного наукового знання про кадровий потенціал системи охорони здоров'я України у своїх наукових працях зробили такі вітчизняні та зарубіжні вчені: О.Ю. Амосов, Л.В. Антонова, М.М. Білинська, К.О. Ващенко, Л.М. Гогіна, Д.О. Грицишен, В.А. Дон, І.О. Драган, Л.І. Загайнова, С.В. Загороднюк, В.С. Загорський, М.М. Іжа, Н.В. Корень, Л.Р. Криничко, Т.П. Крушельницька, Ю.В. Ковбасюк, В.А. Ландсман, Р.А. Наumenко, О.І. Пархоменко-Куцевіл, О.М. Руденко, С.М. Серьогін, Ю.П. Сурмін та інші.

«Підтримання системи охорони здоров'я для забезпечення відповідного рівня здоров'я своїх громадян зазвичай є пріоритетним завданням держави. Це передбачає необхідність належного розвитку цієї сфери, особливо кадрового потенціалу як основної її складової. За умов трансформації суспільства охороні здоров'я притаманні динамічні зміни чисельності зайнятих, глибокі кількісні та якісні зрушення в структурі кадрового потенціалу, значною мірою зумовлені зростаючими потребами в медичних послугах, необхідністю розширення їх асортименту та підвищення рівня обслуговування населення» [106]. Зазначена теза характеризує стан системи охорони здоров'я на початку ХХІ століття, проте її актуальність залишається й по сьогодні, незважаючи на декілька спроб реформування системи охорони здоров'я.

Питання кадрового потенціалу системи охорони здоров'я є життєво важливим з позиції забезпечення реалізації її стратегічних цілей. Від якості кадрового складу залежить безпечність, адаптивність та стійкість закладів охорони здоров'я в цілому та якість, ефективність та безпечність медичних послуг зокрема. Кадровий потенціал відіграє істотну роль в управлінні репутаційними ризиками закладів охорони здоров'я та гарантуванні довіри з боку держави, населення та потенційних інвесторів. Персонал є обличчям системи охорони здоров'я, що формує уявлення про забезпечення виконання державних функцій.

«Кадровий потенціал є ваговою складовою ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я. Наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл, умови діяльності, оплата праці, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню. Кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі. Це підтверджують і міжнародні експерти, які зазначають, що для усунення ризиків на шляху досягнення національних і глобальних цілей

у сфері охорони здоров'я необхідно створити контингент кваліфікованих, цілеспрямованих і авторитетних працівників охорони здоров'я. Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності діяльності як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому. А стратегія вироблення кадрової політики повинна ґрунтуватися на реальних потребах медичної галузі» [76]. В умовах триваючої війни проблему забезпеченості медичними кадрами визначають такі фактори: внутрішня і зовнішня міграція, загибель медичних працівників, переорієнтація системи охорони здоров'я, психологічний клімат тощо.

Як уже було сказано вище, системи охорони здоров'я більшості країн світу зазнали значних потрясінь за останні десятиліття, що зумовило загострення існуючих симптомів, пов'язаних з дефіцитом персоналу. Україна у цьому аспекті, на жаль, не є виключенням. На більшості міжнародних спеціалізованих заходів на цьому неодноразово наголошували як вітчизняні, так і зарубіжні вчені. «Сучасні глобальні проблеми, серед яких епідемії, військові конфлікти, тенденція до старіння населення, зростання рівня захворюваності тощо, зумовлюють зростаючу потребу у медичному обслуговуванні й ще більше загострюють необхідність якісного відновлення кадрового потенціалу охорони здоров'я. Розвинуті країни світу все частіше вирішують проблему нестачі медичних кадрів за рахунок міжнародної міграції медичного персоналу, стимулюючи його вищим рівнем оплати праці і достойним рівнем життя. Тоді як для країн із низьким та середнім рівнем достатку дефіцит кадрового потенціалу у сфері охорони здоров'я стає все більш очевидним» [142]. Більше того, «Європейська профспілка працівників громадського обслуговування (ЄФПГО) та її членські організації вже тривалий час попереджають про зростаючий дефіцит кадрів у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги та його негативні наслідки. Приватизація, жорсткі заходи економії та загальна занедбаність призвели до серйозної нестачі персоналу, а Covid-19 лише загострив проблеми. До наступної пандемії існує нагальна потреба нарешті вжити заходів, щоб зробити сектор більш стійким. Звіт Європейського агентства з питань праці за 2021 рік про дефіцит робочої сили, опублікований у листопаді минулого року, представив тривожну картину дефіциту медичних працівників у більшості європейських країн» [110]. У свою чергу, внутрішня (в межах України) та зовнішня (міжнародна, за кордон) міграція загострила проблеми нестачі медичних працівників в Україні після початку повномасштабного вторгнення.

«Не лише пацієнти, а й лікарі переїхали в інші області або виїхали за кордон через війну, що так само вплинуло на роботу медичної системи.

Насамперед, це призвело до перерозподілення спеціалістів всередині, велика кількість внутрішньо переміщених медичних працівників знайшли роботу в інших містах. За даними Дос.ua, у перші три місяці війни (у порівнянні з попередніми трьома) спостерігався різкий попит на лікарів у Львові, Івано-Франківську та Дніпрі, тобто в тих областях куди найбільше мігрували люди. Захід України на початку війни був перенасичений фахівцями, а от на Сході та Півдні, по лінії фронту, спостерігався, та й досі спостерігається, брак медичних працівників» [3].

На кадровий потенціал системи охорони здоров'я значно вплинули міграція через бойові дії та стан здоров'я населення, що, в умовах воєнного стану, зумовило збільшення навантаження на досліджувану систему.

Вивчаючи кадровий потенціал системи охорони здоров'я, варто звернутися до статистичних даних Державної служби зайнятості, зокрема в контексті таких показників:

- запланованого масового вивільнення працівників у сфері охорони здоров'я, надання соціальної допомоги та освіти (табл. 5.1);
- кількості вакансій, зареєстрованих в Державній службі зайнятості в сфері охорони здоров'я, надання соціальної допомоги та освіти (табл. 5.2);
- кількості осіб, які мали статус безробітного в сфері охорони здоров'я, надання соціальної допомоги та освіти (табл. 5.3);
- кількості вакансій та кількості безробітних станом на 1 січня 2023 р. в сфері охорони здоров'я, надання соціальної допомоги та освіти (табл. 5.4);
- професій, за якими кількість вакансій є найбільшою, в категорії професіонали, 2022-2023 рр. (табл. 5.5);
- кількості осіб, які мали статус безробітного, за статтю в сфері охорони здоров'я, надання соціальної допомоги та освіти (табл. 5.6).

Оприлюднені дані Державної служби зайнятості свідчать про скорочення показника запланованого масового вивільнення працівників в цілому по Україні в 2022 р. порівняно з 2021 р. на 54,9%, що становить 101 299 осіб. Передусім це пояснюється масовою міграцією через військові дії та мобілізацією. Вказаний показник стосується і таких сфер, як освіта та охорона здоров'я. Питома вага сфери освіти в досліджуваному статистичному показнику демонструє, що зазначена сфера займала 10,1% у 2021 р., що становить 22 738 осіб, та 9,2% у 2022 р., що становить 11 315 осіб відповідно. Динаміка вказує на скорочення показника масового вивільнення працівників у сфері освіти на 49,8%, що становить 11 423 осіб.

Таблиця 5.1

**Інформація щодо запланованого масового вивільнення
працівників у сфері охорони здоров'я, надання соціальної
допомоги та освіти**

Види економічної діяльності	2021	2022	Зміна значення	
			%	+ (-)
Усього	224679	123380	54,9	-101299
<i>з них: за видами економічної діяльності</i>				
Освіта	22738	11315	49,8	-11 423
Питома вага	10,1	9,2	X	X
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	45696	18027	39,4	-27 669
Питома вага	20,3	14,6	X	X

Джерело: [46].

Подібні тенденції спостерігаються і в сфері охорони здоров'я та наданні соціальної допомоги. Питома вага зазначеного показника у 2021 р. становила 20,3%, що в абсолютному вимірі дорівнює 45 696 осіб, а у 2022 р. – 14,6 %, що відповідає 18 027 особам. Динаміка характеризується падінням показника на 39,4%, що становить 27 669 осіб. В мирний час такі тенденції свідчили б про позитивну тенденцію, проте в умовах воєнного стану це говорить про відтік людського капіталу.

Таблиця 5.2

**Кількість вакансій, зареєстрованих в Державній службі зайнятості в
сфері охорони здоров'я, надання соціальної допомоги та освіти**

Види економічної діяльності	2021	2022	Темпи зростання (зниження)
Усього	705816	396337	56,2
<i>з них: за видами економічної діяльності</i>			
Освіта	65780	40215	61,1
Питома вага	9,3	10,1	X
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	42029	27227	64,8
Питома вага	5,9	6,9	X
Види економічної діяльності	Станом на 01.01.2022	Станом на 01.01.2023	Темпи зростання (зниження)
Усього	41042	21241	51,8
<i>з них: за видами економічної діяльності</i>			
Освіта	4005	2267	56,6
Питома вага	9,6	10,6	X
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	3143	2026	64,5
Питома вага	7,6	9,5	X

Джерело: [46].

Отже, за видами економічної діяльності, а саме: у сфері освіти у 2022 р. було зареєстровано понад 40 215 вакансій, темп приросту

становив на 39,8% менше, ніж у попередньому році; у сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги у 2022 р. налічувалося більше, ніж 27 227 вакансій, що на 35,2% менше, ніж у 2021 р.

Станом на 01.01.2023 р. за сферами економічної діяльності, а саме: в освіті – зафіксовано понад 2 267 вакансій, що на 43,4% менше, ніж на аналогічну дату попереднього року: у сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги спостерігається зменшення на 35,5% порівняно з 2021 р.

У таблиці 5.3 наведено показники кількості осіб, які мали статус безробітного в Україні за період 2021–2022 рр.

Таблиця 5.3

Кількість осіб, які мали статус безробітного, у 2021-2022 рр.

Види економічної діяльності	2021 рік	2022 рік	Темпи зростання (зниження)
Усього	1 191 008	867 636	72,8
Особи, які раніше працювали	1 034 172	756 575	73,2
Освіта	30 802	25 882	84,0
<i>Питома вага</i>	2,9	3,4	X
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	55 207	37 547	68,0
<i>Питома вага</i>	5,3	4,9	X
Види економічної діяльності	Станом на 01.01.2022	Станом на 01.01.2023	Темпи зростання (зниження)
Усього	294 968	186 508	63,2
Особи, які раніше працювали	271 045	163 820	60,4
Освіта	8 393	5 760	68,6
<i>Питома вага</i>	3,0	3,5	X
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	14 452	8 215	56,8
<i>Питома вага</i>	5,3	5,0	X

Джерело: [46].

Варто підкреслити, що у 2022 р. зафіксовано тенденцію до зменшення кількості осіб, що мали статус безробітного, які раніше працювали. Так, у сфері освіти кількість безробітних становила 25 882 осіб, що на 16% менше, ніж у попередньому році, а у сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги кількість безробітних скоротилася на 32% порівняно з 2021 р.

Станом на 01.01.2023 р. кількість безробітних у сфері освіти склала 5 760 осіб, що на 31,4% менше, ніж на аналогічну дату

попереднього року; у сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги кількість безробітних становить 8 215 осіб, що на 43,2% менше, ніж у 2021 р. Зменшення кількості безробітних спричинене виїздом великої кількості населення за кордон у зв'язку з війною, що наразі триває на території України. Також зменшення кількості безробітних можливе через відтермінування подання звітності роботодавцями на період воєнного стану та окупацію територій, що призводить до втрати інформації щодо працюючих та осіб, які стали безробітними.

У таблиці 5.4 наведено показники кількості вакансій та безробітних в Україні станом на 01.01.2023 р.

Таблиця 5.4

Кількість вакансій та безробітних станом на 01.01.2023 р.

Види економічної діяльності	Кількість вакансій, одиниць	Кількість безробітних, осіб	Кількість претендентів на 1 вакансію, осіб
Усього	21 241	186 508	9
Особи, які раніше працювали	–	163 820	–
Освіта	2 267	5 760	3
<i>Питома вага</i>	10,7	3,1	X
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	2 026	8 215	4
<i>Питома вага</i>	9,5	4,4	X

Джерело: [46].

Згідно з даними у таблиці 5.4, станом на 01.01.2023 р. кількість вакансій у сфері освіти становила понад 2 267 одиниць, а кількість безробітних – 5 760 осіб, тобто на 1 вакансію претендувало близько 3-х осіб. В загальній структурі, вакансії у сфері освіти становлять 10,67%, а кількість безробітних – 3,08%.

Щодо сфери охорони здоров'я та надання соціальної допомоги, то ситуація на 01.01.2023 р. спостерігалася така: кількість вакансій становила 2 026 одиниць, кількість безробітних – понад 8 215 осіб, тобто на 1 вакансію претендувало близько 4-х осіб. У загальній структурі, вакансії у сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги становили 9,53%, а кількість безробітних дорівнювала значенню 4,40%.

Таблиця 5.5

Професії, за якими кількість вакансій є найбільшою в категорії професіонали, у 2022-2023 рр.

Назва	2022 р.			Станом на 01.01.2023 р.		
	Кількість вакансій, одиниць	Чисельність безробітних, осіб	Дефіцит вакансій (-), ефіцит кадрів (+)	Кількість вакансій, одиниць	Чисельність безробітних, осіб	Дефіцит вакансій (-), дефіцит кадрів (+)
вчитель закладу загальної середньої освіти	5 545	5 561	-16	489	1 128	-639
спеціаліст державної служби (місцевого самоврядування)	2 813	10 386	-7 573	122	1 667	-1 545
економіст	1 545	5 129	-3 584	73	1 164	-1 091
інженер	1 367	2 672	-1 305	77	537	-460
фармацевт	1 336	1 992	-656	164	466	-302
інженер з охорони праці	969	1 273	-304	59	274	-215
вихователь закладу дошкільної освіти	943	2 130	-1 187	102	756	-654
юрисконсульт	881	2 157	-1 276	47	355	-308
вчитель початкових класів закладу загальної середньої освіти	716	1 879	-1 163	31	470	-439
лікар загальної практики-сімейний лікар	712	87	625	141	10	131
фахівець з публічних закупівель	702	700	2	47	138	-91
юрист	679	2335	-1 656	40	391	-351
практичний психолог	666	700	-34	76	130	-54
інспектор	665	1 287	-622	26	231	-205
агроном	616	985	-369	13	156	-143

Джерело: [46].

Таблиця 5.6

Кількість осіб, які мали статус безробітного, за статтю, у 2022-2023 рр.

	2022 р.				Станом на 01.01.2023 р.			
	жінки	у % до загальної кількості безробітних	чоловіки	у % до загальної кількості безробітних	жінки	у % до загальної кількості безробітних	чоловіки	у % до загальної кількості безробітних
Усього	526 972	60,7	340 664	39,3	127 667	68,5	58 841	31,5
Особи, які раніше працювали	455 145	60,2	301 430	39,8	111 599	68,1	52 221	31,9
<i>з них: за видами економічної діяльності</i>								
Освіта	19 429	75,1	6 453	24,9	4 830	83,9	930	16,1
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	31 851	84,8	5 696	15,2	7 275	88,6	940	11,4

Джерело: [46].

Варто зазначити, що максимальна кількість розміщених вакансій у 2022 р. зосереджена за такими професіями (табл. 5.5): вчитель закладу загальної середньої освіти – понад 5 545 осіб, водночас безробітних за цією професією налічувалося понад 5 561 осіб, а дефіцит вакансій становив понад 16 осіб. Станом на 01.01.2023 р. кількість розміщених вакансій за вказаною професією становила 489 пропозицій, проте кількість безробітних – понад 1 128 осіб. При цьому, дефіцит вакансій склав понад 639 одиниць.

Наступною за кількістю вакансій є професія «Спеціаліст державної служби (місцевого самоврядування)». Так, у 2022 р. було розміщено понад 2 813 пропозицій, чисельність безробітних становила понад 10 386 осіб, в той час як дефіцит вакансій склав більше, ніж 7 573 одиниць. Станом на 01.01.2023 р. кількість вакансій за цією сферою становила 122 одиниці, водночас кількість безробітних – 1 667 осіб, а дефіцит вакансій – 1 545 осіб.

За професією «Економіст» у 2022 р. зафіксовано близько 1 545 вакансій, кількість безробітних становила 5 129 осіб, а дефіцит вакансій водночас сягнув 3 584 одиниць. Станом на 01.01.2023 р., кількість вакансій становила 73 одиниці, кількість безробітних склала понад 1 164 осіб, а дефіцит вакансій – 1091 одиниць.

Щодо професії «Лікар загальної практики-сімейний лікар»: кількість вакансій у 2022 р. становила понад 712 одиниць, проте зареєстрована кількість безробітних – лише 87 осіб, в той час як дефіцит кадрів – 625 осіб. Станом на 01.01.2023 р. кількість розміщених пропозицій – 141, при показнику безробітних лише 10 осіб, при цьому дефіцит кадрів становив більше, ніж 131 особу.

Згідно з даними, наведеними у таблиці 5.6, у 2022 р. за статусом безробітних чисельність жінок перевищує кількість чоловіків. Так, у сфері освіти питома вага безробітних жінок у загальній структурі склала 75,1 %, що становило 19 429 осіб, а чоловіків – лише 24,9%, що дорівнювало 6 453 особи; у сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги питома вага непрацюючих жінок склала 84,8%, що становило 31 851 особа, водночас питома вага чоловіків дорівнювала лише 15,2%, тобто склала 5 696 осіб.

Станом на 01.01.2023 р. питома вага жінок, які стали безробітними у сфері освіти становила 83,9%, що дорівнювало 4 830 осіб, а чоловіків – 16,1%, тобто 930 осіб; у сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги питома вага серед жінок склала 88,6%, тобто 7 275 осіб, а серед чоловіків, що стали безробітними, – лише 11,4%, або 940 осіб.

Отже, пандемії, внутрішні (всередині країни) та зовнішні(міжнародні, за кордон) міграційні процеси, зумовлені воєнними діями, а також сукупність інших факторів негативно вплинули на сучасні тенденції кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, що характеризуються такими статистичними показниками (рис. 5.1, 5.2., 5.3).

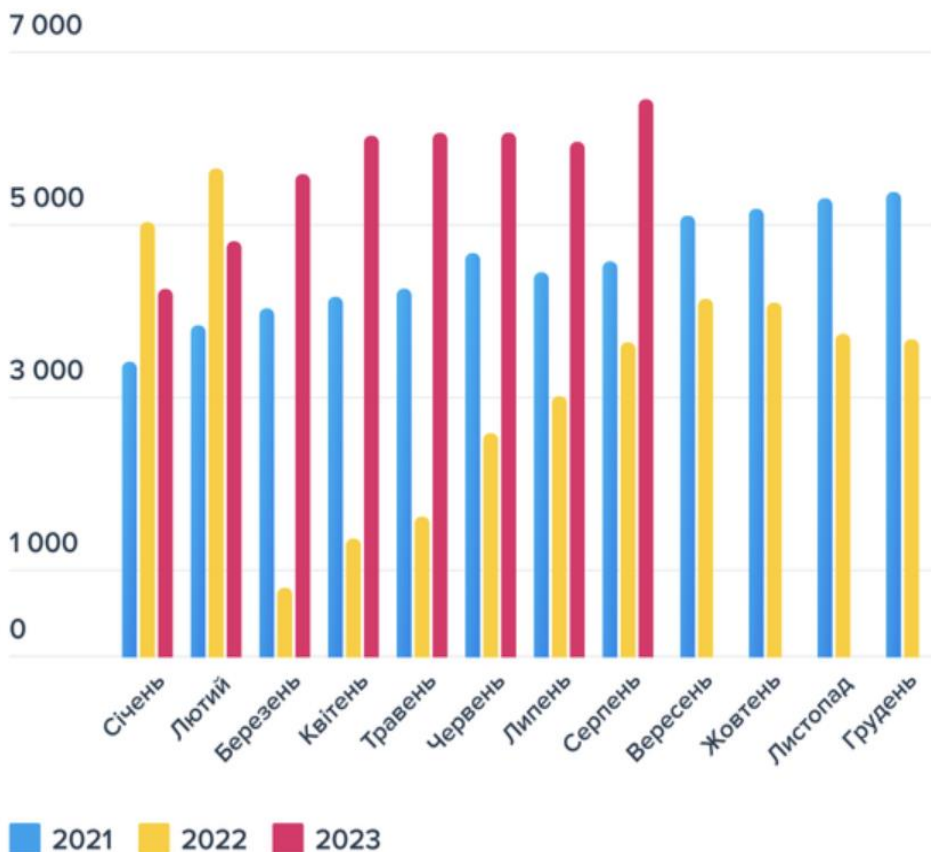


Рис. 5.1. Динаміка вакансій у категорії «Медицина, фармацевтика» за період з 2021–2022 до серпня 2023 рр. [170]

На рисунку 5.1 наведено потребу в медичних працівниках за три останні роки, два з яких – в умовах воєнного стану. Збільшення потреби в медичних працівниках у 2021 р. та січні-лютому 2022 р. зумовлено наслідками пандемії COVID-19, в той час як її різке зменшення, починаючи з березня 2022 р., насамперед, пов'язане зі значною міграцією населення (жінок, дітей, осіб з інвалідністю та людей літнього віку). Разом з тим, подальше поступове зростання затребуваності медичних працівників викликане поверненням

населення на територію України, деокупацією раніше захоплених територій та мобілізацією. Так, у 2021 р. лише у вересні, жовтні, листопаді та грудні було понад 5 000 вакансій медичних працівників. Так само, другий та третій квартал 2023 р. характеризується потребою в майже 6 000 вакансій.

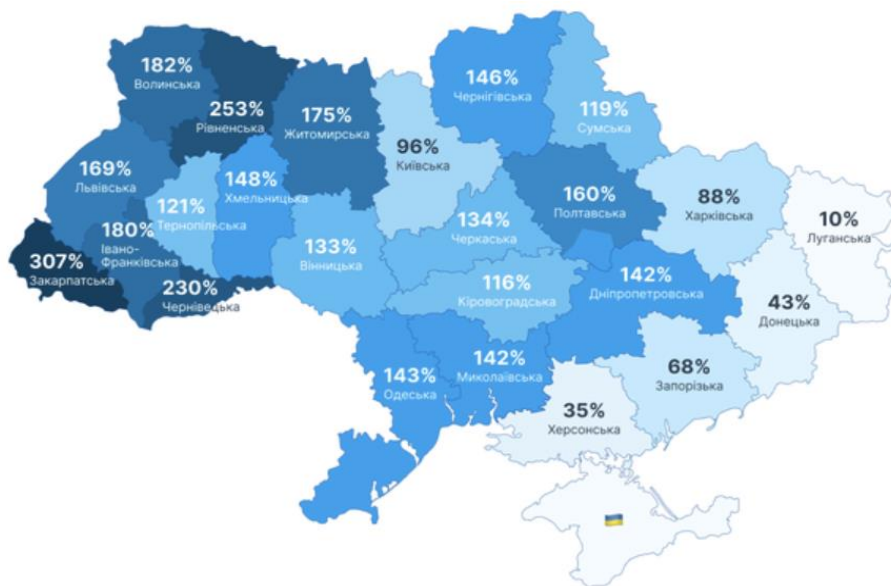


Рис. 5.2. Статистика відновлення ринку праці в категорії «Медицина, фармацевтика» у серпні 2023 р., порівняно з лютим 2022 р. [170]

В першу чергу, зростання вакансій за досліджуваною категорією спостерігається в західних областях, а також областях з найбільшим рівнем ризику воєнних дій, що пов'язано з відтоком медичних кадрів. Зокрема, порівняно з довоєнним періодом, це найбільш притаманне таким областям: Закарпатська – приріст 307%; Рівненська – 253%; Чернівецька – 230%. В цих областях кількість вакансій в категорії «Медицина, фармація» зросла в понад 2 рази. До 200% спостерігались позитивні тенденції у наступних областях: Волинська – 182%; Львівська – 169%; Івано-Франківська – 180%; Тернопільська – 121%; Хмельницька – 148%; Вінницька – 133%; Одеська – 143%; Миколаївська – 142%; Дніпропетровська – 142%; Полтавська – 160%; Сумська – 119%; Чернігівська – 146%; Черкаська – 134%; Житомирська – 175%; Кіровоградська – 116%. Падіння ринку праці відбулося в таких регіонах: Київська область – 96%; Херсонська – 35%; Харківська – 88%; Запорізька – 68%; Донецька – 43%; Луганська – 10%.

Галузь бізнесу	Лютий 2022	Серпень 2023
Медицина, охорона здоров'я, аптеки	66%	69% ↑
Хімічна промисловість, фармацевтика	6%	5% ↓
Краса, фітнес, спорт	5%	5%
Освіта, наука	4%	4%
Пошук персоналу, HR	5%	3% ↓
Неприбуткові, благодійні та громадські організації	<1%	2% ↑
Оптова торгівля, дистрибуція, імпорт, експорт	3%	2% ↓
Роздрібна торгівля	2%	2%
Послуги для населення та бізнесу	<1%	2% ↑
Фінанси, банки, страхування	1%	<1% ↓
Сільське господарство	1%	<1% ↓

Рис. 5.3. Розподіл вакансій у медицині за галузями бізнесу у лютому 2022 р. та серпні 2023 р. [170]

Проаналізувавши ринок праці у лютому 2022 р. та серпні 2023 р., звертає на себе увагу те, що вакансії у медицині характерні для таких галузей економічної діяльності:

- медицина, охорона здоров'я, аптеки (припадає 66% у лютому 2022 р. та 69% у серпні 2023 р.);
- хімічна промисловість, фармацевтика (6% та 5% відповідно);
- краса, фітнес, спорт (5% без змін); освіта, наука (4% без змін);
- пошук персоналу, HR (5 та 3% відповідно);
- неприбуткові, благодійні та громадські організації (1 та 2% відповідно);
- оптова торгівля, дистрибуція, імпорт, експорт (3 та 2% відповідно);
- роздрібна торгівля (2% без змін);
- послуги для населення та бізнесу (1 та 2% відповідно);
- фінанси, банки, страхування (1% без змін);
- сільське господарство (1% без змін).

«Серед невідкладних завдань, що стоять перед вітчизняною системою охорони здоров'я, на перший план виступає вдосконалення

кадрової політики. Кадровий потенціал є вагомішою складовою ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я. Наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл, умови діяльності, оплата праці, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню. Кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі. Це підтверджують і міжнародні експерти, які зазначають, що для усунення ризиків на шляху досягнення національних і глобальних цілей у сфері охорони здоров'я необхідно створити контингент кваліфікованих, цілеспрямованих і авторитетних працівників охорони здоров'я. Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності діяльності як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому. А стратегія вироблення кадрової політики повинна ґрунтуватися на реальних потребах медичної галузі» [1, с. 4].

Вирішення сукупності окремих проблем низького рівня кадрового забезпечення системи охорони здоров'я потребує формування нових підходів до механізмів повоєнного відновлення зазначеного потенціалу системи охорони здоров'я як передумови розвитку громадського здоров'я та створення нових властивостей системи охорони здоров'я, які обґрунтовані в попередніх дослідженнях, а саме: безпечності, адаптивності та стійкості. Це вимагає окреслення властивостей кадрового потенціалу, встановлення стратегічних цілей його розвитку та плану дій з їх досягнення.

Розглядаючи кадровий потенціал як об'єкт Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, можемо охарактеризувати його такими положеннями:

– оплата праці медичних працівників складає лівову частку серед усіх витрат закладів охорони здоров'я. «Медичні кадри розглядаються як стратегічний капітал, і 70% усіх капіталовкладень охорони здоров'я у світі спрямовується саме на кадрове забезпечення. Натомість проблеми кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні залишаються не вирішеними і поглиблюються в процесі впровадження реформ. На сьогодні вітчизняна галузь знаходиться на порозі кадрової кризи. Деякі фахівці визначають ситуацію як таку, що може стати реальною загрозою здоров'ю населення» [63]. Проте, незважаючи на значну питому вагу витрат на оплату праці персоналу в системі охорони здоров'я, цього недостатньо, щоб зберігати кадровий потенціал на високому рівні. Все це загостило питання дефіциту персоналу в медицині. «Нестача кадрів, недостатній набір та утримання персоналу, міграція кваліфікованих працівників,

непривабливі умови праці та поганий доступ до можливостей безперервного професійного розвитку завдають шкоди системам охорони здоров'я. Ці проблеми ускладнюються неадекватними даними та обмеженими аналітичними можливостями, поганим керівництвом та управлінням, відсутністю стратегічного планування та недостатніми інвестиціями у розвиток робочої сили» [110];

– від кадрового потенціалу системи охорони здоров'я в цілому та закладів охорони здоров'я зокрема залежить якість медичних послуг. «Критерії якості медичних послуг є доволі специфічними з огляду на властивості та характеристики власне медичних послуг. Водночас, спільним з загальним поняттям «якість» є орієнтованість на задоволення потреб споживачів з високим рівнем ефективності та результативності. Більш конкретні критерії якості медичних послуг вважаємо за можливе визначити через сукупність відповідних показників професійних якостей лікаря (освіта, кваліфікація, практичний досвід, культура та етика поведінки тощо), доступності медичних послуг (можливість виклику лікаря додому, можливість відвідати заклад охорони здоров'я у випадку потреби, можливість запису до лікаря тощо), показників обслуговування (наявність черг, комунікація із надавачем медичних послуг, рівень інформованості клієнта тощо), показників ефективності закладу охорони здоров'я (забезпеченість обладнанням та необхідними засобами, спектр надаваних послуг, зовнішній вигляд та внутрішнє оздоблення тощо). Отже, медичні послуги – це специфічний вид послуг, що передбачають врахування як побажань споживача (пацієнта), так і визначених та затверджених стандартів і протоколів. Якість медичних послуг є складним явищем, що визначається сукупністю критеріїв як загального, так і конкретного характеру. Управління якістю медичних послуг є важливим завданням як на рівні окремих закладів охорони здоров'я, так і на рівні держави в цілому» [141]. Власне питання якості медичної послуги зумовлено неможливістю забезпечити відособленість суб'єкта реалізації послуги від суб'єкта отримувача послуги. Крім того, освіта, кваліфікація, психологічні та моральні якості лікаря є основою задоволеності пацієнта отриманою медичною послугою;

– медичний персонал є основою формування позитивного іміджу системи охорони здоров'я в суспільстві. «Українці більше довіряють медичним працівникам, ніж Міністерству охорони здоров'я. Про це свідчать результати соціологічного дослідження, яке проводив центр «Соціальний моніторинг». Так, рівень довіри до лікарів становить 29,3%, повністю довіряють медикам – 13,1% опитаних.

Водночас рівень довіри до міністерства є від'ємним і становить – 33,3%. Тобто, люди доволі чітко розрізняють лікарів та МОЗ» [55]. Відповідно є потреба в формуванні нового портрету лікаря, що можливо реалізувати лише шляхом зміни підходу до підготовки та перепідготовки лікарів, підтримки їх діяльності, оплати праці тощо;

– якість медичних кадрів формується на основі підготовки та перепідготовки кадрів у закладах вищої освіти. Сучасна система підготовки кадрів для системи охорони здоров'я представлена широкою мережею потужних закладів освіти як профільних, так і тих, що в своїй структурі мають медичні факультети. Проте, проблеми вищої освіти загалом стосуються і системи підготовки медичних працівників. Вітчизняні вчені неодноразово наголошували на їх сукупності: «повільне впровадження сучасних наукових розробок та основ доказової медицини, адаптованих до європейських вимог галузевих освітніх стандартів для вищої медичної та фармацевтичної освіти; несвоєчасний перегляд та оновлення освітніх програм для підготовки фахівців сфери охорони здоров'я, які повинні відповідати прогресу сучасної медичної науки та новітніх технологій; неефективна, занадто централізована й застаріла система регулювання та фінансування медичної освіти; недостатньо розвинена система університетських клінік; неналежна матеріально-технічна база ЗВО; нерівність у праві доступу до якісної освіти; зайва комерціалізація послуг у сфері медичної освіти; корупція» [89]. Таким чином, подолання викликів, які постають на шляху підготовки медичних кадрів, знаходиться на перетині реалізації двох державних політик в сфері охорони здоров'я та освіти і науки;

– розвиток кадрового потенціалу системи охорони здоров'я залежить від системи менеджменту в закладі охорони здоров'я та оплати праці медичних працівників. Так, мотиваційна політика закладів охорони здоров'я буде визначати якість трудових ресурсів і їх розвиток, що впливатиме на якість медичних послуг та відповідність закладу охорони здоров'я новим властивостям.

Вказані особливості більшою мірою характеризують функціонування системи охорони здоров'я в мирний час. Що стосується подолання наслідків та відновлення і розвитку кадрового потенціалу в умовах воєнного стану та у післявоєнний період, то варто наголосити на наступних аспектах:

– система охорона здоров'я має перейти до оперативного управління кадровим потенціалом як на рівні окремого закладу охорони здоров'я, так і на рівні регіону та держави в цілому;

– для забезпечення стратегічного та тактичного управління персоналом системи охорони здоров'я є необхідність формування багаторівневої системи кадрового резерву медичних працівників;

– сучасні підходи до освіти та підготовки медичних працівників не враховують запитів воєнного часу та повоєнного відновлення системи охорони здоров'я;

– потрібний специфічний підхід до психологічного та фізичного розвитку медичних працівників, що є визначальним для їх роботи в умовах надзвичайних ситуацій та забезпечення безпечності, адаптивності та стійкості закладів охорони здоров'я;

– обов'язковою є трансформація матеріального забезпечення медичних працівників, зокрема в частині пільгового іпотечного кредитування або ж можливості приватизації державного житла;

– забезпечення безпеки медичних працівників та членів їх сімей на території бойових дій та деокупованих територіях.

Вказані особливості кадрового потенціалу в умовах війни та необхідність його повоєнного відновлення визначають ключові завдання механізмів державного управління, зокрема:

1. Формування багаторівневого кадрового резерву системи охорони здоров'я з урахуванням необхідності забезпечення її безпечності, адаптивності та стійкості.

2. Реформування системи підготовки та перепідготовки медичних працівників з метою формування компетентностей, включаючи розвиток практичних навичок, необхідних в умовах воєнного стану та у післявоєнний період, а також специфічних компетентностей, у тому числі практичних навичок, що визначають можливість забезпечення безпечності, адаптивності та стійкості закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

3. Створення єдиної інформаційної системи управління охороною здоров'я, що буде передбачати формування реєстру лікарів з особливими вимогами до формування профілю лікаря.

В цілому, зазначені напрями розвитку системи управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я є умовою забезпечення безпечності, адаптивності та стійкості системи охорони здоров'я з одного боку та реалізації медичних послуг із урахуванням якісного підходу з іншого. Нижче визначимо інструменти забезпечення реалізації зазначених завдань докладніше.

5.2. Напрями трансформації системи підготовки та перепідготовки кадрів для повоєнного відновлення системи охорони здоров'я

Для повоєнного відновлення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я та управління його якісними та кількісними властивостями необхідне реформування системи підготовки та перепідготовки управлінських та медичних кадрів. Ця система в Україні переважно має гібридний характер, що зумовлено як залишками особливостей радянської системи, так і поступовим переходом до нових стандартів. Крім того, зміна політичної влади в державі зазвичай призводила до реформування системи вищої освіти. З огляду на це, заполітизованість цього процесу спричиняла незавершеність реформ та їх фрагментарне впровадження.

Аналізуючи реформи в освіті, що відбувалися протягом років незалежності України, варто наголосити, що жодна із стратегій реформування не мала комплексного характеру, а головним чином визначала лише організаційні та змістовні характеристики освіти, які не підтверджувалися жодним забезпеченням (матеріальним, фінансовим, кадровим). Все це відобразилося на якості підготовки та перепідготовки кадрів для сфери охорони здоров'я.

Основою високого рівня кадрового потенціалу системи охорони здоров'я є формування системи підготовки та перепідготовки медичного персоналу, що базується на принципах освіти впродовж життя та безперервної освіти. Водночас, це не лише постійне підвищення кваліфікації медичних працівників. Насправді має бути комплексна система професійного розвитку лікарів та інших медичних працівників, яка б дозволила уникнути проблем формалізації та спонукала б до професійної активності. Зважаючи на визначені напрями стратегічного управління повоєнним відновленням та порядок формування багаторівневої системи кадрових резервів системи охорони здоров'я, пропонуємо такі положення підготовки та перепідготовки управлінських та медичних кадрів для сфери охорони здоров'я (табл. 5.7).

Таблиця 5.7

Порядок підготовки та перепідготовки медичних кадрів за принципами концепції «освіта впродовж життя» як основа повоєнного відновлення кадрового потенціалу

СУБ'ЄКТИ ПІДГОТОВКИ ТА ПЕРЕПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ		
<i>Заклади вищої освіти. Міністерство охорони здоров'я України</i>	<i>Заклади вищої освіти. Міністерство освіти і науки України</i>	<i>Зарубіжні заклади вищої освіти (мають медичні факультети в своїй структурі)</i>
Здійснюють підготовку лікарів за освітнім рівнем магістр (за окремими спеціальностями бакалавр) на основі ліцензії Міністерства освіти і науки України та сертифікату про акредитацію Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти		Здійснюють підготовку лікарів на основі освітнього та медичного законодавства відповідної країни
<i>Міжнародні та національні освітні центри</i>	<i>Міжнародні освітні проекти</i>	<i>Тренінгові центри при ЗОЗ</i>
Центри реалізації освітніх послуг в межах неформальної освіти та підвищення кваліфікації медичних кадрів, що не передбачає здобуття відповідного освітнього рівня	Міжнародні освітні, наукові та інфраструктурні проекти, що фінансуються міжнародними організаціями (ЄС, ВООЗ, ДААД, Британська рада, USAID, ООН та інші)	Пропонується створення тренінгових центрів при закладах охорони здоров'я для практичної перепідготовки лікарів, інших медичних працівників, підвищення кваліфікації, навчання застосуванню новітніх технологій у діагностиці та лікуванні
НАПРЯМИ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ		
Змістовна підготовка медичних працівників в закладах вищої освіти України		
<i>Спеціальності галузі знань 22 «Охорона здоров'я»</i>		
221 «Стоматологія»	222 «Медицина»	223 «Медсестринство»
224 «Технології медичної діагностики та лікування»	225 «Медична психологія»	226 «Фармація, промислова фармація»
227 «Терапія та реабілітація»	228 «Педіатрія»	229 «Громадське здоров'я»
<i>Варіанти трансформації підготовки медичних працівників за спеціальностями</i>		
<i>Варіант 1. Розширення переліку спеціальностей</i>	<i>Варіант 2. Удосконалення підходу до формування освітніх програм</i>	
1. Визначити спеціальності 221 «Стоматологія»; 222 «Медицина»; 228 «Педіатрія» як групи спеціальностей та розширити їх спеціальностями або спеціалізаціями за напрямками внутрішні хвороби, загальна практика, хірургія, неврологія та іншими	1. Передбачити в стандарті вищої освіти 221 «Стоматологія»; 222 «Медицина»; 228 «Педіатрія» формування спеціалізацій за напрямками внутрішні хвороби, загальна практика, хірургія, неврологія та іншими	
2. За кожною спеціальністю/ спеціалізацією сформувати стандарти вищої освіти за освітньо-кваліфікаційним рівнем магістр та освітньо-науковим рівнем «доктор філософії»	2. Стандартом вищої освіти передбачити програмні результати навчання та компетентності, які дозволяють підготувати кваліфікованого лікаря за визначеними напрямками	

Продовження табл. 5.7

Напрями удосконалення стандартів вищої освіти		
Тактична медицина	Фізична підготовка	Психологічна підготовка
В складі загальних компетентностей:		
Здатність реалізовувати службові обов'язки (надавати медичну допомогу) в особливих умовах	Бути фізично готовим до реалізації службових обов'язків (надавати медичну допомогу) в особливих умовах	Здатність до адаптації життєдіяльності та реалізації службових обов'язків в особливих умовах
В складі спеціальних (фахових, предметних) компетентностей		
Здатність надавати тактичну медичну допомогу населенню в особливих умовах, зокрема умовах воєнних дій, надзвичайних ситуацій техногенного, природного та соціального характерів		Здатність до роботи (надання тактичної медичної допомоги) в особливих психологічних умовах та умовах психологічного тиску
Результати навчання		
Мати ґрунтовні знання та вміння надавати тактичну медичну допомогу в особливих умовах, зокрема умовах воєнних дій, надзвичайних ситуацій техногенного, природного та соціального характерів		
Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах в особливих умовах, зокрема умовах воєнних дій, надзвичайних ситуацій техногенного, природного та соціального характерів		
Змістовна підготовка управлінських кадрів системи охорони здоров'я в закладах вищої освіти України		
Спеціальності		
Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»	Галузь знань 28 «Публічне управління та адміністрування»	
073 «Менеджмент»	281 «Публічне управління та адміністрування»	
Для управлінських кадрів закладів охорони здоров'я	Для управлінських кадрів системи охорони здоров'я усіх рівнів	
Напрями трансформації підготовки управлінських кадрів за спеціальностями		
1. Реалізація освітніх послуг за окремими освітніми програмами, наприклад: «Менеджмент в закладах охорони здоров'я»; «Менеджмент в медицині»; «Управління закладами охорони здоров'я» та іншими	1. Реалізація освітніх послуг за окремими освітніми програмами, наприклад: «Публічне управління в сфері охорони здоров'я»; «Урядування в системі охорони здоров'я»; «Управління та адміністрування в системі охорони здоров'я» та інші	
2. Передбачити відповідні компетентності (загальні та спеціальні) та результати навчання, що необхідні для формування фахівців у сфері управління діяльністю закладом охорони здоров'я	2. Передбачити відповідні компетентності (загальні та спеціальні) та результати навчання, що необхідні для формування фахівців з реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я	

Продовження табл. 5.7

Діяльність закладів вищої освіти щодо підготовки медичних працівників			
Цифровізація бізнес-процесів управління закладом вищої освіти	Приведення у відповідність системи управління стандартам якості	Розширення міжнародної співпраці закладів вищої освіти	
– здійснення управління діяльністю ЗВО на основі бізнес-процесів; – цифровізація інформаційно-комунікаційної роботи закладу вищої освіти; – цифровізація організаційно-методичної роботи закладу вищої освіти; – цифровізація управління кадрами закладу вищої освіти; – цифровізація реалізації освітніх послуг закладом вищої освіти; – цифровізація наукової та інноваційної роботи закладу вищої освіти	– передбачити приведення у відповідність системи управління закладом вищої освіти стандарту якості 9001:2015, що можливо досягнути такими шляхами: а) передбаченням в контракті ректорів відповідних КРІ; б) передбаченням відповідних вимог в ліцензійних умовах за галуззю знань 22 «Охорона здоров'я»; в) визначенням приведення у відповідність системи управління закладом вищої освіти стандарту якості 9001:2015 одним із показників при формуванні додаткового бюджетного фінансування	– активізація участі закладів вищої освіти в міжнародних програмах академічної мобільності, зокрема Erasmus+UA; DAAD; OEAD; NAWA та інших, що сприятимуть формуванню особливих компетентностей у майбутніх медичних працівників та ознайомлення із міжнародними стандартами надання медичної допомоги; – активізація участі закладів вищої освіти в міжнародних грантових програмах, зокрема ERASMUS+, що активізує інноваційну та наукову діяльність у сфері охорони здоров'я	
Напрями державної підтримки системи підготовки медичних кадрів			
Спеціальності (спеціалізації, освітні програми) з особливою підтримкою			
222 «Медицина» (тактична медицина)	225 «Медична психологія» (психологічна реабілітація постраждалих через бойові дії)	227 «Терапія та реабілітація» (реабілітація військовослужбовців та цивільних осіб)	229 «Громадське здоров'я» (епідеміологічний нагляд на територіях бойових дій)
1) збільшення державного замовлення за зазначеними напрямками підготовки медичних кадрів; 2) передбачення в державному бюджеті фінансування витратків для оновлення основних фондів лабораторних комплексів, що задіяні в реалізації освітніх послуг за зазначеними освітніми програмами			
Фінансування пріоритетних напрямів наукових досліджень у сфері охорони здоров'я			
1. Нові методи надання тактичної медичної допомоги	2. Застосування інформаційних технологій в медицині	3. Нові методи дослідження стану громадського здоров'я	

Продовження табл. 5.7

Порядок перепрофілювання лікарів			
1. Формування реєстру закладів вищої освіти та закладів охорони здоров'я, що можуть надавати освітні послуги для перепрофілювання лікарів	2. Механізм фінансування послуг з перепрофілювання лікарів	3. Встановлення строку перепрофілювання лікарів від 6 місяців до 2-х років – залежить від можливості особи отримати 12 кредитів ЄКТС	
Напрями удосконалення системи підвищення кваліфікації медичних працівників			
Розширення діяльності закладів охорони здоров'я в частині можливості реалізації освітніх послуг з підвищення кваліфікації медичних працівників – створення тренінгових центрів при закладах охорони здоров'я			
1. Суб'єкт ліцензування – Міністерство освіти і науки України	2. Встановлення вимог до закладів охорони здоров'я щодо реалізації освітніх послуг	3. Формування реєстру закладів охорони здоров'я, що можуть надавати освітні послуги	4. Формування механізму фінансування освітніх послуг закладів охорони здоров'я
Створення мережі національних та міжнародних освітніх центрів з перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників			
1. Суб'єкт ліцензування – Міністерство освіти і науки України	2. Встановлення вимог до діяльності освітніх центрів та формування їх реєстру	3. Фінансування шляхом залучення коштів фізичних і юридичних осіб та міжнародних суб'єктів	4. Формування механізму визначення результатів навчання в освітніх центрах як неформальної освіти
Процедура визнання дипломів про медичну вищу освіту, здобуту в закладах зарубіжних країн			
1. Передбачення можливості визнання дипломів про вищу освіту, здобуту в закладах зарубіжних країн, вітчизняними ЗВО, що мають відповідну ліцензію та акредитацію	2. Передбачення обов'язкового внесення визнаних дипломів про вищу медичну освіту, здобуту в закладах зарубіжних країн, до Єдиної державної бази вищої освіти (ЄДЕБО)	3. Передбачення можливості часткового визнання результатів навчання в зарубіжних закладах вищої освіти та продовження навчання у вітчизняних ЗВО	

Запропонований підхід до підготовки та перепідготовки медичних працівників передбачає сукупність інноваційних інструментів для відновлення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я у воєнний час та у період повоєнної відбудови. Щодо інституційного забезпечення реалізації механізмів підготовки та перепідготовки кадрів для системи охорони здоров'я, то слід звернути увагу на те, що є потреба в розширенні суб'єктів реалізації освітніх послуг. Склад таких суб'єктів пропонуємо визначати наступним чином:

– *заклади вищої освіти, що підпорядковуються* Міністерству охорони здоров'я України та Міністерству освіти і науки України. Основними функціями зазначених суб'єктів є підготовка лікарів за освітнім рівнем магістр, медичних сестер, фармацевтів та інших медичних працівників за освітнім рівнем бакалавр на основі ліцензії Міністерства освіти і науки України та сертифікату про акредитацію Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти.

За офіційними даними ЄДЕБО [20] (табл. 5.8), за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я» закладами вищої освіти реалізується така кількість освітніх програм:

- 221 «Стоматологія» (ОС «Магістр») – 46 пропозицій від 22 ЗВО;
- 222 «Медицина» (ОС «Магістр») – 76 пропозицій від 31 ЗВО;
- 223 «Медсестринство» (ОС «Бакалавр») – 43 пропозиції від 14 ЗВО;
- 224 «Технології медичної діагностики та лікування» (ОС «Бакалавр») – 18 пропозицій від 10 ЗВО;
- 225 «Медична психологія» (ОС «Магістр») – 7 пропозицій від 6 ЗВО;
- 226 «Фармація, промислова фармація» (ОС «Бакалавр») – 91 пропозиція від 31 ЗВО;
- 227 «Терапія та реабілітація» (ОС «Бакалавр») – 124 пропозиції від 57 ЗВО;
- 228 «Педіатрія» (ОС «Магістр») – 18 пропозицій від 9 ЗВО;
- 229 «Громадське здоров'я» (ОС «Бакалавр») – 12 пропозицій від 7 ЗВО.

Варто зазначити, що заклади вищої освіти, які реалізують освітні послуги за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я», мають різну форму власності (державні, комунальні та приватні). Насамперед, державні заклади вищої освіти можуть підпорядковуватися як Міністерству освіти і науки України, так і Міністерству охорони здоров'я України;

Таблиця 5.8

Заклади вищої освіти, що реалізують освітні послуги з підготовки магістрів/ бакалаврів за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я»

Кількість ЗВО	Кількість пропозицій	Заклади вищої освіти
1	2	3
221 «Стоматологія» (магістр)		
22	46	Буковинський державний медичний університет; ВПНЗ «Львівський медичний університет»; Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова; ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; ДЗ «Луганський державний медичний університет»; Дніпровський державний медичний університет; Донецький національний медичний університет; Запорізький державний медико-фармацевтичний університет; Івано-Франківський національний медичний університет; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; Міжнародний гуманітарний університет; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця; Одеський національний медичний університет; Полтавський державний медичний університет; ПАТ «ВНЗ «МАУП»; ПВНЗ «Київський медичний університет»; ПВНЗ «Міжнародна академія екології та медицини»; ПВНЗ «Київський міжнародний університет»; Сумський державний університет; Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України; ТзОВ «Європейський медичний університет»; Харківський національний медичний університет
222 «Медицина» (магістр)		
31	76	Буковинський державний медичний університет; ВПНЗ «Львівський медичний університет»; Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова; Волинський національний університет імені Лесі Українки; ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; ДЗ «Луганський державний медичний університет»; Дніпровський державний медичний університет; Донецький національний медичний університет; Запорізький державний медико-фармацевтичний університет; Івано-Франківський національний медичний університет; Київський національний університет імені Тараса Шевченка; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; Міжнародний гуманітарний університет; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця; Одеський національний медичний університет; Полтавський державний медичний університет; ПВНЗ «Київський медичний університет»; ПВНЗ «Міжнародна академія екології та медицини»; ПВНЗ «Харківський міжнародний медичний університет»; ПЗВО «Дніпровський інститут медицини та громадського здоров'я»; ПЗВО «Київський міжнародний університет»; ПЗВО «Міжнародний європейський університет»; Сумський державний університет; Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України; ТзОВ «Європейський медичний університет»; Харківський національний медичний університет; Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна; Херсонський державний університет; Черкаська медична академія; Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького; Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Продовження табл. 5.8

1	2	3
223 «Медсестринство» (бакалавр)		
14	43	ВНЗ «Університет економіки та права «Крок»; ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»; ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара; Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради; Івано-Франківський національний медичний університет; КЗВО Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»; КЗВО «Рівненська медична академія» Рівненської обласної ради; Міжнародний гуманітарний університет; Полтавський державний медичний університет; ПВНЗ «Медико-природничий університет»; ПЗВО «Київський міжнародний університет»; Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України; Черкаська медична академія
224 «Технології медичної діагностики та лікування» (бакалавр)		
10	18	ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»; Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара; Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради; Запорізький державний медико-фармацевтичний університет; Київський національний університет імені Тараса Шевченка; КЗВО Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»; КЗВО «Рівненська медична академія» Рівненської обласної ради; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця; Національний фармацевтичний університет; Харківський національний медичний університет
225 «Медична психологія» (магістр)		
6	7	Буковинський державний медичний університет; ВПНЗ «Львівський медичний університет»; Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця; Полтавський державний медичний університет; ПАТ «ВНЗ «МАУП»
226 «Фармація, промислова фармація» (бакалавр)		
31	91	Буковинський державний медичний університет; ВПНЗ «Львівський медичний університет»; Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова; Волинський національний університет імені Лесі Українки; ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; ДВНЗ «Український державний хіміко-технологічний університет»; ДЗ «Луганський державний медичний університет»; Дніпровський державний медичний університет; Донецький національний медичний університет; Запорізький державний медико-фармацевтичний університет; Івано-Франківський національний медичний університет; Київський національний університет технологій та дизайну; КЗВО «Рівненська медична академія» Рівненської обласної ради; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького; МГУ; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця; НТУ «ХПІ»; НУ «Львівська політехніка»; Національний університет

Продовження табл. 5.8

1	2	3
		охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика; Національний фармацевтичний університет; Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя; Одеський національний медичний університет; Одеський національний університет імені І.І. Мечникова; Полтавський державний медичний університет; ПАТ «ВНЗ «МАУП»; ПВНЗ «Київський медичний університет»; ПЗВО «Київський міжнародний університет»; ПЗВО «Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика»; Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України; Черкаська медична академія
227 «Терапія та реабілітація» (бакалавр)		
57	124	ВПНЗ «Львівський медичний університет»; ЗВО «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»; Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського; Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова; Волинський національний університет імені Лесі Українки; ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет»; ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»; Дніпровський державний медичний університет; Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара; Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка; Житомирський медичний інститут; Запорізький державний медико-фармацевтичний університет; Запорізький національний університет; Івано-Франківський національний медичний університет; Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка; Київський університет імені Бориса Грінченка; Класичний приватний університет; КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія»; КЗВО «Рівненська медична академія»; Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського; Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького; Міжнародний гуманітарний університет; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця; НТУ України «КПІ імені Ігоря Сікорського»; Національний університет водного господарства та природокористування; НУ «Запорізька політехніка»; НУ «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»; Національний університет фізичного виховання і спорту України; НУ «Чернігівська політехніка»; Національний фармацевтичний університет; Полтавський державний медичний університет; ПВНЗ «Академія рекреаційних технологій і права»; ПВНЗ «Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука»; ПЗВО «Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика»; Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту; Прикарпатський національний

Продовження табл. 5.8

1	2	3
		університет імені Василя Стефаника; Рівненський державний гуманітарний університет; Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка; Сумський державний університет; Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля; Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського; Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України; Харківська державна академія фізичної культури; Харківський національний медичний університет; Херсонський державний університет; Хмельницький національний університет; Черкаська медична академія; Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича; Чорноморський національний університет імені Петра Могили
228 «Педіатрія» (магістр)		
9	18	Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова; ДЗ «Луганський державний медичний університет»; Донецький національний медичний університет; Запорізький державний медико-фармацевтичний університет; Івано-Франківський національний медичний університет; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця; Полтавський державний медичний університет; Харківський національний медичний університет
229 «Громадське здоров'я» (бакалавр)		
7	12	ЗВО «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»; Міжнародний гуманітарний університет; Національний університет біоресурсів і природокористування України; Національний університет «Острозька академія»; НУ «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка; Одеський державний аграрний університет; Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка

– *зарубіжні заклади вищої освіти* (мають медичні факультети в своїй структурі). На сьогодні питання визнання документів про вищу освіти закладів вищої освіти зарубіжних країн регулюється сукупністю нормативно-правових актів. Процедура визнання документів є досить складною, проте, за даними Міністерства освіти і науки України, з окремими країнами підписані двосторонні угоди про взаємне визнання документів, зокрема: Угорщиною [163], [164]; Словацькою Республікою [162]; Аргентинською Республікою [156]; Республікою Польща [160]; Французькою республікою [169]; Соціалістичною Республікою В'єтнам [154]; Республікою Екваторіальна Гвінея [159]; Монголією [152]; Республікою Перу [168]; Великою Соціалістичною Народною Лівійською Арабською Джамагірією [155]; Грузією [165]; Республікою Казахстан [153]; Республікою Болгарія [158]; Азербайджанською Республікою [151]; Румунією [161]; Китайською Народною Республікою [157]; Республікою Узбекистан [167]; Естонською Республікою [166]. Окремі аспекти регулюються угодами між Міністерством освіти і науки України та відповідним суб'єктом у сфері реалізації освітньої та наукової політики зарубіжних країн. Основними нормативно-правовими актами, що регулюють процедуру визнання дипломів про вищу освіту, здобуту в зарубіжних закладах вищої освіти, є такі: Закон України «Про освіту» [128]; Закон України «Про фахову передвищу освіту» [134]; Закон України «Про вищу освіту» [125]; Закон України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» [129]; Порядок визнання здобутих в іноземних закладах вищої освіти ступенів вищої освіти [49]. Зважаючи на наслідки російсько-української війни, зазначене питання є досить актуальним в умовах повоєнного відновлення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я. Ключова проблема полягає в тому, що значна кількість випускників шкіл через війну вступає до іноземних закладів вищої освіти. Їх подальше повернення до України є життєво необхідним, а це потребує відмінного від попереднього підходу до визнання їх кваліфікації та документів про вищу освіту. Крім того, брак медичних кадрів сьогодні та в майбутньому уможливорює залучення іноземців до роботи в системі охорони здоров'я України, особливо в критичних сферах реалізації медичних послуг та в контексті використання інноваційних методик лікування;

– *міжнародні та національні освітні центри*. Пропонується створення міжнародних та національних освітніх центрів, основною метою діяльності яких є реалізація освітніх послуг в межах неформальної освіти та підвищення кваліфікації медичних кадрів, що не передбачає здобуття відповідного освітнього рівня. У зв'язку з

суспільною значущістю системи охорони здоров'я як у воєнний час, так і у повоєнний період, є необхідність ліцензування таких освітніх послуг. Відповідно суб'єктом ліцензування має бути Міністерство освіти і науки України. Вимоги до отримання ліцензії мають базуватися на врахуванні інтересів основного стейкхолдера, а саме: Міністерства охорони здоров'я України.

До ключових груп вимог пропонуємо зарахувати:

- кадровий склад (особи із науковими ступенями та вченими званнями; особи, що мають досвід роботи в закладах охорони здоров'я України та іноземних країн; особи, що мають науково-педагогічний стаж; відсутність в осіб, залучених до викладання, порушень академічної доброчесності);

- матеріальне забезпечення (наявність лабораторного обладнання за необхідності (у власності або орендоване); ліцензоване програмне забезпечення);

- інституційні (наявність договорів про співпрацю із закладами охорони здоров'я, якщо такі центри не діють у їх складі як структурні підрозділи).

Реалізація таких послуг може фінансуватися як за рахунок коштів фізичних, так і юридичних осіб (наприклад, освітні послуги може оплачувати заклад охорони здоров'я, в якому працює здобувач). В окремих випадках діяльність вказаних центрів може здійснюватися за рахунок грантової підтримки міжнародних донорів. Значущим інструментом ефективності діяльності міжнародних та національних освітніх центрів є визнання результатів їх навчання: для діючих лікарів – як підвищення кваліфікації; для здобувачів вищої освіти – як неформальна освіта;

- *тренінгові центри при закладах охорони здоров'я.* Пропонується створення тренінгових центрів при закладах охорони здоров'я для практичної перепідготовки лікарів, підвищення кваліфікації, навчання застосуванню новітніх технологій в діагностиці та лікуванні. Це передбачає розширення діяльності закладів охорони здоров'я в частині можливості реалізації освітніх послуг з підвищення кваліфікації медичних працівників. Власне механізм створення таких центрів пропонуємо такий:

1. Суб'єкт ліцензування – Міністерство освіти і науки України.

2. Встановлення вимог до закладів охорони здоров'я щодо реалізації освітніх послуг (кадрові, матеріальне забезпечення, інституційні).

3. Формування реєстру закладів охорони здоров'я, що можуть надавати освітні послуги.

4. Формування механізму фінансування освітніх послуг закладів охорони здоров'я.

Діяльність тренінгових центрів при закладах охорони здоров'я може стати основою підвищення кваліфікації медичних працівників у контексті сучасних викликів та забезпечить розвиток дуальної освіти в закладах вищої освіти.

З огляду на повоєнне відновлення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я та забезпечення його розвитку, пропонуємо трансформувати змістовну підготовку медичних працівників за такими напрямками: змістовна підготовка медичних професіоналів системи охорони здоров'я; змістовна підготовка керівних кадрів системи охорони здоров'я. В таблиці 5.7 наведено напрями змін структури переліку спеціальностей та освітніх програм, а також визначені шляхи удосконалення освітніх програм через розширення загальних та спеціальних компетентностей та результатів навчання в контексті: тактичної медицини, фізичної та психологічної підготовки.

З метою реалізації якісної освітньої послуги визначено напрями трансформації системи управління закладами вищої освіти:

- цифровізація бізнес-процесів управління закладами вищої освіти, що передбачає: здійснення управління діяльністю закладу вищої освіти на основі бізнес-процесів; цифровізація інформаційно-комунікаційної роботи закладу вищої освіти; цифровізація організаційно-методичної роботи закладу вищої освіти; цифровізація управління кадрами закладу вищої освіти; цифровізація реалізації освітніх послуг закладом вищої освіти; цифровізація наукової та інноваційної роботи закладу вищої освіти. В цілому, це дозволить вирішити сукупність завдань: прискорення прийняття управлінських рішень як реакцію на внутрішні та зовнішні загрози через оперативне отримання інформації; запобігання корупційним ризикам через унеможливлення недоброчесної поведінки суб'єктів, задіяних в освітньому процесі; налагодження комунікації між усіма рівнями управління та учасниками реалізації освітніх процесів; уникнення бар'єрів отримання інформації за відповідними рівнями доступу; зниження часу рутинної роботи;

- приведення у відповідність системи управління закладом вищої освіти стандарту якості 9001:2015, що можливо досягнути такими шляхами: а) передбачення в контракті ректорів відповідних KPI; б) передбачення відповідних вимог в ліцензійних умовах за галуззю знань 22 «Охорона здоров'я»; в) визначення приведення у відповідність системи управління закладом вищої освіти стандарту

якості 9001:2015 одним із показників при формуванні додаткового бюджетного фінансування;

– розширення міжнародної співпраці закладів вищої освіти: активізація участі закладів вищої освіти в міжнародних програмах академічної мобільності, зокрема Erasmus+UA; DAAD; OEAD; NAWA та інших, що сприятимуть формуванню особливих компетентностей у майбутніх медичних працівників, та ознайомлення із міжнародними стандартами надання медичної допомоги; активізація участі закладів вищої освіти в міжнародних грантових програмах, зокрема ERASMUS+, що активізує інноваційну та наукову діяльність у сфері охорони здоров'я.

Важливим напрямом управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я в частині підготовки та перепідготовки медичних працівників є процедура визнання дипломів про вищу медичну освіту, здобуту в закладах зарубіжних країн. У контексті її удосконалення пропонуємо:

1. Передбачити можливість визнання дипломів про вищу освіту, здобуту в закладах зарубіжних країн, вітчизняними ЗВО, що мають відповідну ліцензію та акредитацію. Сьогодні таку процедуру можуть здійснювати заклади вищої освіти лише в контексті визнання результатів навчання для подальшого навчання особи в цьому закладі освіти. Відповідно пропонуємо норму порядку визнання здобутих в іноземних закладах вищої освіти ступенів вищої освіти: «1. Процедура визнання в Україні документів здійснюється такими компетентними органами з визнання: 1) закладом вищої освіти – з метою зарахування Власника на навчання для здобуття освіти та/ або призначення на посаду наукового або науково-педагогічного працівника до цього закладу вищої освіти. Рішенням закладу вищої освіти про визнання підтверджується право Власника претендувати на вступ, продовжувати навчання або здійснювати професійну діяльність у цьому закладі вищої освіти, про що видається Свідоцтво» [49], трансформувати таким чином: «1. Процедура визнання в Україні документів здійснюється такими компетентними органами з визнання: 1) закладом вищої освіти – з метою зарахування Власника на навчання для здобуття освіти та/ або призначення на посаду наукового або науково-педагогічного працівника до цього закладу вищої освіти та/ або здійснення особою професійної діяльності за спеціальністю. Рішенням закладу вищої освіти про визнання підтверджується право Власника претендувати на вступ, продовжувати навчання або здійснювати професійну діяльність у цьому закладі вищої освіти, про що видається Свідоцтво».

2. Передбачити обов'язкове внесення визнаних дипломів про вищу медичну освіту, здобуту в закладах зарубіжних країн, до ЄДЕБО,

за умови, що спеціальність та/ або освітня програма, зазначена в дипломі, є акредитованою Національним агентством з забезпечення якості вищої освіти або подібною інституцією зарубіжних країн, сертифікати яких визнаються національним агентством.

3. Передбачити можливість часткового визнання результатів навчання в зарубіжних закладах вищої освіти та продовження навчання у вітчизняних закладах.

Таким чином, розроблено напрями реформування системи підготовки та перепідготовки медичних кадрів з метою формування компетентностей, включаючи розвиток практичних навичок, необхідних в умовах воєнного стану та у післявоєнний період, а також специфічних компетентностей, у тому числі практичних навичок, що визначають можливість забезпечення безпечності, адаптивності та стійкості закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Зокрема, обґрунтовано комплексний механізм підготовки та перепідготовки управлінських та медичних кадрів, що містить: розширення кола суб'єктів реалізації освітніх послуг; трансформацію змістовної підготовки управлінських та медичних кадрів системи охорони здоров'я; удосконалення діяльності закладів вищої освіти щодо підготовки медичних працівників на принципах цифровізації, якості та інтернаціоналізації; запропоновано напрями державної підтримки підготовки лікарів; визначено порядок перепідготовки лікарів та системи підвищення їх кваліфікації; розвинена процедура визнання дипломів про вищу медичну освіту, здобуту в іноземних закладах вищої освіти.

5.3. Інноваційні підходи до управління розвитком кадрового потенціалу повоєнної системи охорони здоров'я

Єдина інформаційна система «Національний реєстр лікарів України». Питання формування реєстру медичних працівників, зокрема лікарів за спеціальностями 221 «Стоматологія», 222 «Медицина», 225 «Медична психологія», 228 «Педіатрія» набуло особливої актуальності після 24 лютого 2022 р. Війна та, особливо, її наслідки зумовили необхідність отримання оперативної інформації про медичних працівників та їх фаховість як для воєнних цілей, так і з метою забезпечення медичної допомоги цивільному населенню на різних територіях, зокрема територіях з високим ризиком бойових дій.

Реєстр лікарів – це також вагомий інструмент реакції держави як на внутрішню, так і на зовнішню міграцію. «Відсутність реєстру

лікарів та інших ефективних інструментів управління людським капіталом в охороні здоров'я не дозволило швидко та стратегічно реагувати на таку міграцію, що призвело до втрати медичних працівників, втрати доступу пацієнтів до деяких видів спеціалізованих послуг в окремих регіонах» [27].

Відповідно інформаційна система «Національний реєстр лікарів України» відіграє істотну роль в управлінні кадровим потенціалом системи охорони здоров'я в воєнний час та в період повоєнного відновлення, а також є важливою складовою формування кадрового резерву медичних працівників різних рівнів.

Формування механізму створення реєстру лікарів, процесу розробки інформаційної технології та її подальшого використання є невід'ємною компонентою процесу, що вимагає залучення різних суб'єктів реалізації державної політики, інститутів громадянського суспільства та інших зацікавлених сторін. Наводячи загальну характеристику цього процесу, варто ідентифікувати основних суб'єктів:

- на етапі формування механізму: Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство цифрової трансформації України, Робоча група з розробки Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я;

- на етапі розробки: замовник – Міністерство охорони здоров'я України; виконавець – суб'єкт господарювання, що реалізує послуги в сфері розробки інформаційних технологій (ІТ-компанія, заклад вищої освіти, науково-дослідна установа та інші);

- на етапі використання: а) суб'єкти, що реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба охорони здоров'я України), освіти і науки (Міністерство освіти і науки України, Національне агентство з забезпечення якості вищої освіти), державної служби (Кабінет Міністрів України, Національне агентство України з питань державної служби), цифровізації та інформатизації (Міністерство цифрової трансформації України); б) заклади охорони здоров'я державної, приватної та комунальної форм власності; в) заклади вищої освіти державної, комунальної та приватної форм власності, що реалізують освітні послуги в сфері підготовки та перепідготовки лікарів; г) інші суб'єкти, що реалізують освітні послуги (міжнародні та національні освітні центри, тренінгові центри при закладах охорони здоров'я); д) лікарі.

Вбачаємо, що Національний реєстр лікарів України буде сформований як реєстр профілів лікарів, який формується ними особисто та/ або закладами охорони здоров'я, в яких вони працюють та/ або закладами вищої освіти, випускниками яких вони є. Профіль лікаря має розкривати інформацію про його професійну діяльність, із

завантаженням відповідних підтверджуючих документів, що мають бути верифіковані відповідними суб'єктами. Порядок формування та використання інформаційної системи «Національний реєстр лікарів України» полягає в наступному (рис. 5.4).

Зазначений підхід до формування та використання «Національного реєстру лікарів України» може бути розширений в цілому та за окремими складовими. В умовах воєнного стану цей реєстр виглядає ефективним інструментом управління кадровим потенціалом Медичних сил Збройних Сил України. Формування Реєстру є важливим і під час повоєнного відновлення та реалізації Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Основними завданнями, які має вирішити запропонований інструмент, є:

- оперативний збір інформації про кадровий потенціал системи охорони здоров'я;
- оцінка та аналіз кадрового потенціалу системи охорони здоров'я;
- оперативна мобілізація медичних працівників на випадок надзвичайних ситуацій та подолання їх наслідків;
- формування державного замовлення на підготовку лікарів за окремими спеціалізаціями (освітніми програмами);
- формування кадрових резервів різних рівнів;
- налагодження внутрішньої мобільності вузькоспеціалізованих лікарів;
- оперативна організація консиліумів, консультацій та круглих столів за окремими вузькоспеціалізованими медичними проблемами.

Функції адміністрування «Національного реєстру лікарів України» доречно покласти на департамент цифрової трансформації Міністерства охорони здоров'я України.

Багаторівневий кадровий резерв системи охорони здоров'я.

Формування багаторівневого кадрового резерву системи охорони здоров'я є інструментом управління кадровим потенціалом, що дозволяє оперативно реагувати на потреби в медичному персоналі, вносити зміни до системи підготовки та перепідготовки медичних працівників, укомплектовувати заклади охорони здоров'я та реагувати на екзогенні та ендогенні загрози. Крім того, кадровий резерв системи охорони здоров'я дозволить вирішити ряд проблем, що стосуються національної безпеки, зокрема: формування мобільних військових госпіталів в умовах воєнного стану; розгортання мобільних цивільних госпіталів для надання першої та тактичної медичної допомоги населенню в умовах надзвичайних ситуацій; постійне оновлення кадрів Медичних сил Збройних Сил України, відомчих закладів охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України, Служби безпеки України тощо.

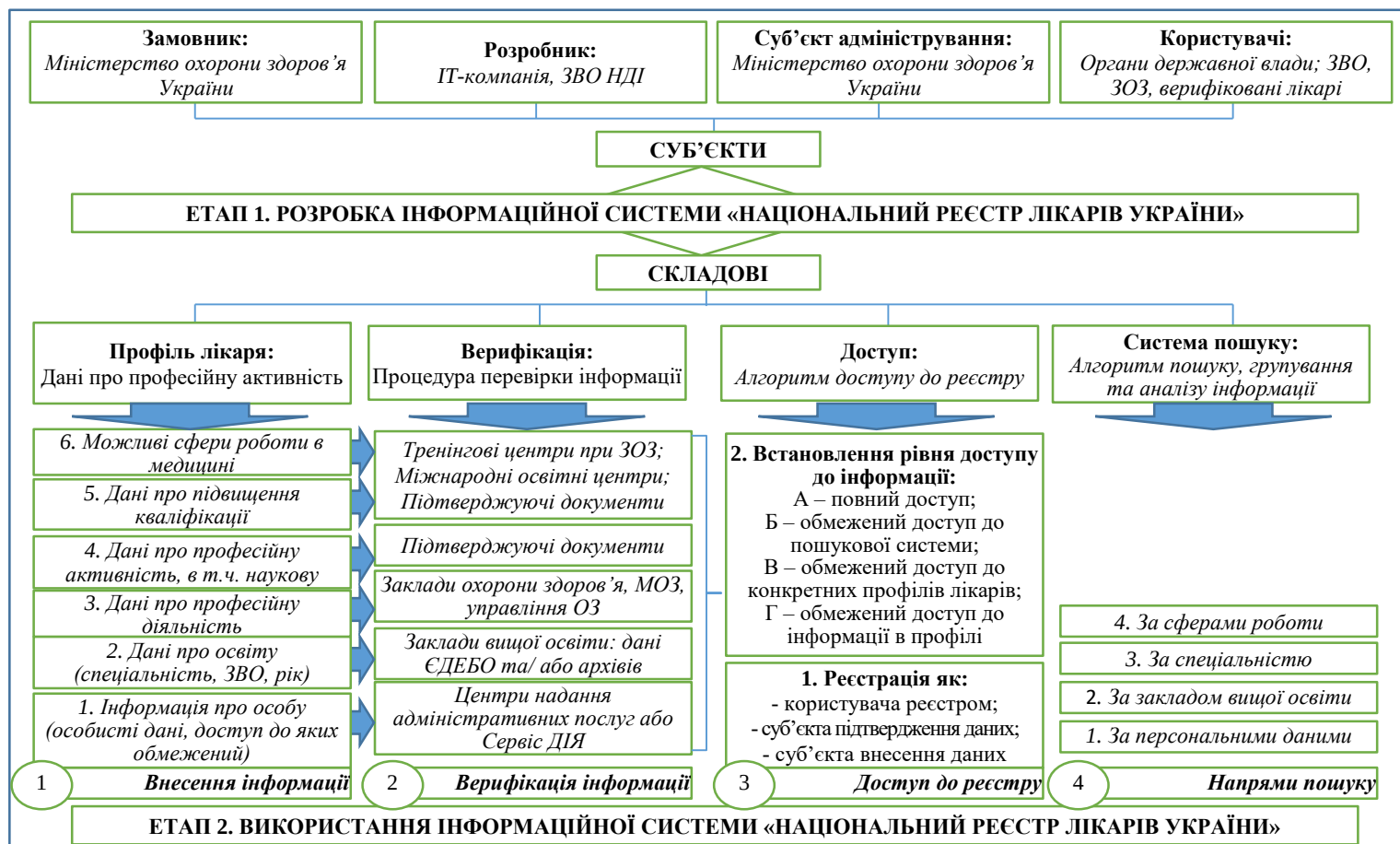


Рис. 5.4. Порядок формування та використання «Національного реєстру лікарів України»

Вперше питання формування багаторівневого кадрового резерву системи охорони здоров'я було розглянуто в докторській дисертації Л.Р. Криничко [77]. Зокрема вченою запропоновано: «організаційно-методологічні положення механізму формування та використання багаторівневого кадрового резерву державного управління системи охорони здоров'я, які передбачають чотири рівні кадрового резерву (резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я; резерв керівних кадрів закладів охорони здоров'я; резерв медичних кадрів регіону; мобілізаційний кадровий резерв медичних працівників), за кожним із яких визначено: сутність; суб'єкти формування; принципи (системності, періодичності, плановості, гласності, незалежності, рівності); порядок формування (визначені вимоги до кількісного та якісного складу резервів, ідентифіковані професійні вимоги до претендентів; обґрунтовано порядок відбору претендентів) та використання; специфіку правового регулювання (запропоновано сукупність нових нормативно-правових актів). Запровадження процедури кадрового резервування за запропонованими положеннями дозволить забезпечити: безперервність оновлення кадрів, ефективність використання кадрового потенціалу та системність задекларованої реформи» [77]. За кожним рівнем визначені особливі вимоги та суб'єкт реалізації. Ідея формування кадрового резерву може бути розвинена та удосконалена, адже Л.Р. Криничко окреслені лише загальні положення. Окрім того, в зазначеному дослідженні не були враховані фактори, що спричинені російсько-українською війною.

Вважаємо, що багаторівневий кадровий резерв системи охорони здоров'я має враховувати сукупність положень, які визначені наслідками війни, а власне кадровий резерв має стати основою повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Визначені в дисертації Л.Р. Криничко механізми формування кадрових резервів можуть бути застосовані в контексті розвитку кадрового потенціалу системи управління охороною здоров'я. Проте, в умовах війни також необхідне посилення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я за рахунок медичних працівників. Крім того, потрібне формування кадрових резервів за територіальною ознакою з урахуванням специфіки бойових дій та окупації державних територій.

Створення кадрових резервів різних рівнів дозволить оперативно реагувати на потребу в оновленні управлінського та медичного персоналу, а також здійснювати підготовку в межах реалізації механізмів формування та використання кадрових резервів.

Зважаючи на потреби воєнного часу та повоєнного відновлення, кадрові резерви системи охорони здоров'я пропонуємо формувати за такими рівнями:

1. Загальнонаціональний кадровий резерв управлінських кадрів системи охорони здоров'я, що має враховувати забезпечення кадрами системи управління охороною здоров'я на державному (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України); регіональному (обласні та районні управління охорони здоров'я); місцевому (міські управління охорони здоров'я та управління охорони здоров'я об'єднаних територіальних громад) рівнях. Порядок формування такого резерву варто визначити таким чином (табл. 5.9).

Зазначений порядок може бути доповнений залежно від особливостей стану системи охорони здоров'я, соціально-економічних відносин та потреб системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та у післявоєнний період. Формування такого резерву може слугувати інструментом повоєнного відновлення системи охорони здоров'я як з позиції відновлення її кадрового потенціалу, так і реалізації Стратегії її повоєнного відновлення.

2. Кадровий резерв управлінських кадрів для закладів охорони здоров'я (генеральні директори, медичні директори, головні лікарі, їх заступники) формується для забезпечення управлінськими кадрами закладів охорони здоров'я різних рівнів. Це є важливим з точки зору повоєнного відновлення та формування нової мережі закладів охорони здоров'я. Порядок формування пропонуємо такий:

- встановлення мережі закладів охорони здоров'я за різними рівнями надання медичної допомоги (екстрена медична допомога; первинна медична допомога; спеціалізована медична допомога; паліативна медична допомога; реабілітація в сфері охорони здоров'я; медична допомога дітям до 16 років; медична допомога у зв'язку з вагітністю та пологами). Зокрема, для визначення потреби реалізації стратегічних положень повоєнного відновлення кадрового потенціалу необхідне визначення бачення майбутнього мережі закладів охорони здоров'я та їх регіонального розподілу;

- визначення мережі закладів охорони здоров'я на деокупованих територіях та територіях із підвищеним ризиком бойових дій. Адже основним завданням Стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я є власне відновлення реалізації медичних послуг в усіх регіонах держави. Для деокупованих територій це істотно як з позиції екстреної та первинної, так і спеціалізованої та паліативної медичної допомоги;

Таблиця 5.9

Порядок формування загальнонаціонального кадрового резерву управлінських кадрів системи охорони здоров'я

ЗАГАЛЬНОНАЦІОНАЛЬНИЙ КАДРОВИЙ РЕЗЕРВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
Рівні кадрового резерву управлінських кадрів		
Державний	Регіональний	Місцевий
Фактор впливу на змістовні та кількісні показники кадрового резерву		
1. Демографічні фактори		
1.1. Регіональний розподіл кількості населення	1.2. Статевий розподіл населення	1.3. Віковий розподіл населення
2. Територіально-географічні фактори		
2.1. Особливості територіального поділу держави	2.2. Державний устрій та місцеве самоврядування	
3. Соціально-економічні фактори		
3.1. Рівень економічного розвитку	3.2. Рівень соціального забезпечення	
4. Природно-екологічні фактори		
4.1. Антропогенний вплив господарської діяльності	4.2. Природно-кліматичні умови	4.3. Рівень екологічних загроз
5. Воєнно-політичні фактори		
5.1. Бойові дії на території регіону	5.2. Окупація державної території	
5.3. Наближеність до кордону з країною-агресором	5.4. Наслідки ракетної небезпеки для території	
Категорії посад, для яких формується кадровий резерв		
Державний рівень		
Заступники Міністра охорони здоров'я, крім першого	Державний секретар Міністерства охорони здоров'я	Керівники директоратів, департаментів, управлінь, відділів
Регіональний рівень		
Керівники обласних департаментів/ управлінь охорони здоров'я	Заступники керівника обласних департаментів/ управлінь охорони здоров'я	Керівники управлінь/ відділів
Місцевий рівень		
Керівники міських управлінь охорони здоров'я	Заступники керівника міських управлінь охорони здоров'я	

Продовження табл. 5.9

Групи вимог до претендентів включення до кадрового резерву		
Загальні вимоги		
1. Громадянство України	2. Постійне проживання на території України протягом останніх 3-х років	
Освітні вимоги		
3. Вища медична освіта (галузь знань 22 «Охорона здоров'я»)	4. Вища управлінська освіта (галузі знань 07 «Управління та адміністрування» та 28 «Публічне управління та адміністрування»)	5. Підвищення кваліфікації, в тому числі в країнах ЄС, США, Канади, Австралії та інших країнах світу
Вимоги щодо стажу роботи		
6. Стаж роботи на лікарських посадах в закладах охорони здоров'я	7. Стаж роботи на керівних посадах (вимога є необов'язковою для осіб до 35 років)	
Інші вимоги		
8. Відсутність непогашеної судимості	9. Відсутність порушень доброчесності та антикорупційного законодавства	10. Репутація в медичній сфері (підтверджується рекомендаціями)
Адміністрування резерву		
Суб'єкт адміністрування	Правове регулювання	
Міністерство охорони здоров'я України	Постанова КМУ про формування та адміністрування кадрових резервів системи охорони здоров'я	
Напрями адміністрування		
1. Організація конкурсу для участі в резерві	2. Формування інформаційної системи	
Напрями діяльності		
1. Моніторинг за кар'єрним розвитком резервістів	2. Організація навчання резервістів	3. Інформаційна підтримка резервістів

– встановлення вимог як до посад генеральних директорів, медичних директорів, головних лікарів та їх заступників, так і претендентів на включення до кадрового резерву;

– при формуванні кадрового резерву передбачення особливих вимог до посад на зазначених рівнях та психологічного портрету претендентів, їх фізичної та спеціальної фізичної підготовки, що є вкрай важливим в умовах формування таких властивостей системи охорони здоров'я, як безпечність, адаптивність та стійкість.

3. Кадровий резерв медичних працівників, що має базуватися на «Національному реєстрі лікарів України» та адмініструватися за положеннями, ідентичними до попередніх реєстрів. Такий реєстр має формуватися за медичними спеціальностями та видами надання медичної допомоги. Крім того, пропонуємо передбачати можливість участі резервістів у різних категоріях медичних спеціальностей та спеціалізацій із зазначенням відповідного кваліфікаційного рівня. Особлива увага при формуванні цього резерву має приділятися навчанню резервістів як в межах медичних спеціальностей, так і з позиції їх психологічної та фізичної підготовки. В межах резерву є необхідність спеціальної підготовки лікарів щодо їх діяльності в умовах надзвичайних ситуацій, що дасть змогу сформувати кадровий склад закладів охорони здоров'я таким чином, щоб забезпечити їх відповідність таким новим властивостям повоєнної системи охорони здоров'я: безпечність, адаптивність та стійкість.

Створення зазначених вище кадрових резервів системи охорони здоров'я дозволить виконати сукупність завдань щодо управління кадровим потенціалом та забезпечення повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, з одного боку, та її функціонування в умовах надзвичайних ситуацій, з іншого. Для ефективного функціонування кадрових резервів пропонуємо в нормативно-правовому забезпеченні щодо управління закладами охорони здоров'я (управлінські кадри) та регулювання діяльності закладів охорони здоров'я (медичні кадри) державної (комунальної) форми власності передбачити наступні положення:

– окреслити у вимогах до заміщення вакантних посад в системі охорони здоров'я умову, що встановлює відбір кадрів лише з кадрового резерву, якщо такі особи наявні та погоджуються брати участь у конкурсі;

- погоджувати оголошення конкурсу з адміністраторами кадрових резервів системи охорони здоров'я.

Крім того, формування та використання кадрових резервів системи охорони здоров'я має базуватися на таких положеннях:

- вся інформація про кадровий резерв міститься у відкритому доступі з урахуванням вимог інформаційної безпеки та нерозголошення персональних даних, тобто з дотриманням принципів відкритості та прозорості;

- інформація про осіб, що включені до кадрового резерву, оновлюється на постійній основі як власне претендентом, так і адміністратором резерву через генерування та верифікацію інформації з іншими офіційними інформаційними ресурсами держави;

- основною функцією адміністрування кадрових резервів стає підвищення кваліфікації учасників, а, отже, відбувається підготовка та перепідготовка, що вимагає взаємодії з вітчизняними та зарубіжними закладами вищої освіти, освітніми центрами, ВООЗ та передовими закладами охорони здоров'я;

- для ефективного адміністрування кадрових резервів пропонується розробити єдину інформаційну систему – «Кадрові резерви системи охорони здоров'я», яка буде синхронізована з іншими інформаційними системами охорони здоров'я, зокрема запропонованим «Національним реєстром лікарів України»;

- в межах перепідготовки резервістів обов'язково передбачити психологічну та спеціальну фізичну підготовку;

- під час формування кадрового резерву будь-якого рівня дотримуватися принципів автономності – обмеження впливу сторонніх осіб на адміністрування кадрового резерву; аполітичності – відсутність політичного впливу на формування, адміністрування та використання кадрового резерву;

- обсяги кадрових резервів не можуть бути обмежені, тобто будь-яка особа, яка відповідає певним вимогам, може бути включена до кадрового резерву;

- обов'язковою складовою адміністрування кадрового резерву є механізм виключення із кадрових резервів, що може передбачати як виключення за власним бажанням, так і через невідповідність резервіста вимогам за станом здоров'я або порушення внутрішніх вимог щодо підвищення кваліфікації.

Висновки до розділу 5

1. Обґрунтовано, що для подолання наслідків та відновлення і розвитку кадрового потенціалу повоєнної системи охорони здоров'я варто наголосити на таких фундаментальних положеннях: 1) система охорони здоров'я має перейти до оперативного управління кадровим потенціалом як на рівні окремого закладу охорони здоров'я, так і на рівні регіону та держави в цілому; 2) для забезпечення стратегічного та тактичного управління кадрами системи охорони здоров'я необхідно сформувати багаторівневу систему кадрового резерву медичних працівників; 3) сучасні підходи до освіти, підготовки та перепідготовки медичних працівників не враховують воєнних запитів та потреб повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, що, в свою чергу, вимагає змін; 4) потрібен спеціальний підхід до психологічного та фізичного розвитку управлінських та медичних кадрів системи охорони здоров'я, що є визначальним для їх роботи в умовах надзвичайних ситуацій та забезпечення безпечності, адаптивності та стійкості закладів охорони здоров'я; 5) необхідна обов'язкова трансформація матеріального забезпечення медичних працівників, зокрема в частині пільгового іпотечного кредитування або ж можливості приватизації державного житла; 6) вимогою часу є забезпечення безпеки медичних працівників та членів їх сімей на території бойових дій та деокупованих територіях.

2. Розроблено напрями реформування системи підготовки управлінських та медичних кадрів з метою формування компетентностей, включаючи розвиток практичних навичок, необхідних в умовах воєнного стану та у післявоєнний період, а також специфічних компетентностей, у тому числі практичних навичок, що визначають можливість забезпечення безпечності, адаптивності та стійкості закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

3. Аргументовано комплексний механізм підготовки та перепідготовки управлінських та медичних кадрів, що містить: розширення кола суб'єктів реалізації освітніх послуг; трансформацію змістовної підготовки управлінських та медичних кадрів системи охорони здоров'я; удосконалення діяльності закладів вищої освіти щодо підготовки медичних працівників на принципах цифровізації, якості та інтернаціоналізації; запропоновано напрями державної

підтримки підготовки лікарів; визначено порядок перепідготовки лікарів та системи підвищення їх кваліфікації; розвинена процедура визнання дипломів про вищу медичну освіту, здобуту в іноземних закладах вищої освіти.

4. Запропоновано інноваційні інструменти розвитку кадрового потенціалу повоєнної системи охорони здоров'я: 1) розроблено порядок формування та використання «Національного реєстру лікарів України», ключовими складовими якого є: профіль лікаря, система верифікації даних, режим доступу до реєстру та система пошуку інформації; 2) обґрунтовано механізм формування та використання багаторівневого кадрового резерву управлінських кадрів системи охорони здоров'я з урахуванням необхідності досягнення її безпечності, адаптивності та стійкості за рахунок: а) загальнонаціонального кадрового резерву управлінських кадрів системи охорони здоров'я (визначені рівні; демографічні, територіально-географічні, соціально-економічні, воєнно-політичні фактори впливу; категорії посад; групи вимог до претендентів; порядок адміністрування резерву); б) кадрового резерву управлінських кадрів для закладів охорони здоров'я (на різних рівнях надання медичної допомоги; для закладів охорони здоров'я на деокупованих територіях та територіях із підвищеним ризиком бойових дій), що включає встановлення вимог до посад на зазначених рівнях та психологічного портрету претендентів, їх фізичної та спеціальної фізичної підготовки.

ВИСНОВКИ

Проведені наукові дослідження присвячені вирішенню наукової проблеми, що полягає в необхідності розширення наукового, теоретичного та методологічного знання в галузі державного управління та розробці практико-орієнтованих стратегічних положень повоєнного відновлення СОЗ. Обраний методологічний інструментарій та інформаційна база дослідження дозволили сформулювати сукупність наукових положень щодо повоєнного відновлення СОЗ, зокрема:

1. Встановлено, що система державного управління охороною здоров'я, будучи частиною більш широкої системи соціального управління, не підпорядковується стандартним механізмам менеджменту, характеризується відсутністю підпорядкування між суб'єктом та об'єктом управління і має бути спрямована на розробку ефективних механізмів відновлення СОЗ, що включає не тільки її повернення до довоєнного стану, а й створення нової СОЗ, яка володітиме такими властивостями: безпечність, адаптивність, стійкість, якість та ефективність. Система державного управління охороною здоров'я повинна бути здатною реагувати на сучасні виклики та прогнозувати нові, щоб забезпечити високий рівень здоров'я населення та ефективно виконувати функції підтримки оборони та національної безпеки країни.

2. Розвинено систему понять та категорій державного управління СОЗ, а саме:

– уточнено зміст понять система охорони здоров'я (як науки та об'єкта державного управління, а також в контексті теоретичних, суб'єктних та галузевих підходів); громадське здоров'я (як науки, об'єкта державного управління та за суб'єктним підходом); медична послуга (як економічна, медична, юридична категорія); медична допомога (в контексті об'єктно-предметного поля наук державного управління); заклад охорони здоров'я;

– запропоновано нові поняття, які характеризують властивості повоєнної СОЗ: безпечність медичної послуги (це надання медичної послуги відповідно до встановлених та нормативно закріплених стандартів, використання безпечних медичних маніпуляцій та ліків, що не шкодять здоров'ю пацієнта та інших осіб); якість медичної послуги

(це надання медичної послуги відповідно до встановлених та нормативно закріплених стандартів, що характеризується поліпшенням стану здоров'я пацієнта та його задоволеністю отриманими послугами); ефективність медичної послуги (це досягнення відповідного співвідношення результату медичної послуги, за якого враховується стан пацієнта до та після здійснення медичних маніпуляцій та їх вплив на інших осіб, та сукупності використаних ресурсів); безпечність закладу охорони здоров'я (це забезпечення безперебійної роботи СОЗ, безпеки медичного персоналу та пацієнтів в умовах надзвичайних ситуацій та можливість безперебійної ізольованої роботи СОЗ певний проміжок часу); адаптивність закладу охорони здоров'я (це наявність відповідного забезпечення СОЗ для якісного та оперативного надання медичних послуг цивільному населенню в умовах надзвичайних ситуацій та можливість оперативної зміни профілю діяльності СОЗ для надання медичних послуг військовим або ж здійснення евакуації пацієнтів, персоналу, обладнання з територій надзвичайних ситуацій, зокрема бойових дій); стійкість закладу охорони здоров'я (це можливість оперативної релокації та відновлення діяльності СОЗ в цілому та окремих його складових в умовах надзвичайних ситуацій).

Зазначені підходи використані для цілей цього дослідження, а також можуть розвинути термінологічний апарат в нормативно-правовій базі, що регулює СОЗ та буде застосовуватися під час реалізації Стратегії її повоєнного відновлення.

3. Ідентифіковано наслідки російсько-української війни для СОЗ, в контексті чого: а) розроблено теоретико-методологічні положення ідентифікації наслідків російсько-української війни для СОЗ; б) визначено негативні тенденції розвитку довоєнної СОЗ: низький рівень задоволеності населення медичними послугами; повільна реалізація реформ у сфері охорони здоров'я; відсутність стратегії реформування СОЗ та механізму обмеженості політичного впливу на цей процес; в) розвинено порядок ідентифікації наслідків війни для формування Стратегії повоєнного відновлення СОЗ; г) запропоновано наслідки війни поділяти на системно-структурні для СОЗ (інфраструктурні, людські та матеріальні) та наслідки для громадського здоров'я (психологічні, екологічні та економічні), що

покладено в основу розробленої інформаційної моделі. З огляду на це, подолання наслідків має відбуватися так, щоб забезпечити безпечність СОЗ, її актуальність повоєнним запитам та належний рівень потенціалу за усіма його видами та формами.

4. Розкрито напрями трансформації складових системи державного управління процесами повоєнного відновлення СОЗ, зокрема: а) обґрунтовано теоретичні положення державного управління процесами повоєнного відновлення СОЗ з застосуванням системного підходу. Запропоновані положення стали основою розробленої інформаційної моделі структури та змісту об'єкта державного управління, що полягає в ідентифікації наслідків російсько-української війни для СОЗ та її модернізації; б) вперше аргументовано необхідність повоєнного формування нової СОЗ, яка має відповідати таким властивостям: безпечність, адаптивність та стійкість. Для досягнення вказаного визначено ключові напрями формування та реалізації Стратегії повоєнного відновлення СОЗ та окреслено діяльність суб'єктів державного управління, які охоплюють як саму СОЗ, так і сукупність суб'єктів, що реалізують політику в інших сферах суспільного життя та виконують функції забезпечення; в) встановлено змістовні специфіки механізмів державного управління повоєнним відновленням СОЗ та напрями реалізації процесу зворотного зв'язку через корегування Плану дій з реалізації Стратегії. Зазначені положення становлять фундамент для формування методологічних положень та визначення напрямів застосування на практиці Стратегії повоєнного відновлення СОЗ.

5. Встановлено особливості та напрями розвитку стратегічних положень державного управління СОЗ. Позитивно характеризуючи мотиви органів державної влади в сфері охорони здоров'я щодо розробки документів стратегічного характеру, вважаємо, що діючі Стратегія та План відновлення СОЗ не повністю відповідають наслідкам російсько-української війни та тим потребам, які виникають через сусідство з країнами-агресорами та євроінтеграційними процесами в Україні. Так, будь-який стратегічний документ, що формується в умовах воєнного стану, має бути багатоваріантним, а, отже, передбачати різні сценарії реформування СОЗ, що можуть бути зумовлені як внутрішніми, так і зовнішніми чинниками. Зважаючи на це, ключовими напрямками розвитку методології формування стратегій

державного управління повоєнним відновленням СОЗ є: по-перше, формування алгоритму розробки стратегій та визначення послідовності дій; по-друге, обґрунтування методів формування інформаційного підґрунтя та визначення векторів розвитку об'єкта, щодо якого розробляється стратегія; по-третє, встановлення положень щодо організації усіх етапів формування та реалізації стратегії; по-четверте, аргументування механізмів реалізації стратегії.

6. Розроблено методологічні положення формування Стратегії повоєнного відновлення СОЗ, які мають комплексний та адаптивний характер, що дозволяє забезпечити якісно новий підхід до стратегічного планування. У результаті нами отримано багаторівневу структуру методологічної конструкції, застосування якої враховує сучасні тенденції стратегічного планування, властивості СОЗ та наслідки російсько-української війни.

7. Розроблено організаційні положення формування Стратегії повоєнного відновлення СОЗ, які передбачають сукупність заходів і процедур та визначають: а) організацію діяльності робочої групи та її підгруп – запропоновано порядок формування та затвердження складу робочої групи; б) фінансове, матеріальне та технічне забезпечення діяльності суб'єктів формування стратегії та залучення третіх осіб для виконання спеціальних завдань – обґрунтовано механізм фінансового забезпечення процесу розробки стратегії; в) налагодження комунікації між учасниками розробки, верифікації, погодження стратегічних цілей та плану дій з реалізації стратегії – встановлено способи комунікації та обґрунтовано статус кожного суб'єкта в комунікаційних каналах; г) багаторівневу структуру організації комунікації між учасниками розробки стратегії та зацікавленими сторонами, що характеризує формування інформаційного забезпечення, організаційні заходи та порядок залучення третіх осіб.

8. Обґрунтовано комплексний механізм досягнення стратегічних цілей Стратегії повоєнного відновлення СОЗ, який визначає: а) порядок подолання наслідків російсько-української війни; б) інструменти модернізації СОЗ; в) формування механізмів досягнення нових властивостей СОЗ. За кожною стратегічною ціллю сформовано сукупність завдань, виконання яких дозволить їх досягти. Визначено напрями розвитку правового забезпечення реалізації зазначених завдань та обґрунтовано склад суб'єктів державного управління, які відповідальні за виконання завдань.

9. Розроблено механізм державного управління процесами повоєнного відновлення інфраструктури СОЗ, що містить: а) визначення ролі та значення суб'єктів державного управління, що реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я та інфраструктурного розвитку; б) структуру нормативно-правового забезпечення процесів повоєнного відновлення інфраструктури СОЗ; в) порядок оцінки, який передбачає організаційні положення та сучасні підходи до методики оцінки інфраструктурних втрат із використанням інформаційних та космічних технологій; г) сукупність критеріїв визначення потреби у відновленні інфраструктури СОЗ; д) напрями та інструменти повоєнного відновлення інфраструктури СОЗ. Комплексність механізму повоєнного відновлення СОЗ є основою забезпечення відповідності досліджуваної системи таким новим властивостям, як безпечність, адаптивність та стійкість.

10. Запропоновано нові вимоги до інфраструктури та управління ЗОЗ в контексті реалізації Стратегії повоєнного відновлення СОЗ для забезпечення її безпечності, адаптивності та стійкості. Встановлено, що процес повоєнного відновлення СОЗ повинен гарантувати відмінне від попереднього бачення діяльності ЗОЗ. Таким чином, визначено сукупність інструментів, які мають забезпечити силову, енергетичну, інформаційну та продовольчу безпеку ЗОЗ. Розроблено багатоваріантний підхід до забезпечення стійкості ЗОЗ в умовах надзвичайних ситуацій, зокрема щодо релокації та відновлення діяльності ЗОЗ. Визначено інструменти щодо забезпечення медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій, зміни профілю діяльності ЗОЗ та процедури евакуації ЗОЗ через надзвичайну ситуацію як основи адаптивності ЗОЗ.

11. Удосконалено механізм фінансового забезпечення реалізації стратегічних цілей щодо повоєнного відновлення СОЗ. Розроблена структура фінансового механізму повоєнного відновлення СОЗ передбачає такі складові: а) джерела фінансових ресурсів; б) інструменти фінансового забезпечення; в) напрями використання фінансових ресурсів у контексті повоєнного відновлення та функціонування нової СОЗ. Обґрунтовано напрями застосування інструменту державно-приватного партнерства для повоєнного відновлення СОЗ, що передбачає пріоритетні форми реалізації проєктів державно-приватного партнерства. Аргументовано специфіку застосування таких форм державно-приватного партнерства: концесія,

оренда та спільна діяльність. Визначено кінцеві результати застосування інструментів державно-приватного партнерства для ЗОЗ, медичних послуг та повоєнного відновлення. Сформовано складові державного стимулювання бізнесу до участі в проєктах державно-приватного партнерства. Визначено порядок залучення, акумулювання та використання фінансових ресурсів для відновлення СОЗ, що формуються на основі зовнішніх джерел, зокрема: а) міжнародних фінансових організацій; б) країн-партнерів; в) міжнародних урядових організацій. Запропоновано напрями розширення діяльності ЗОЗ для залучення додаткового фінансування та забезпечення їх безпечності, адаптивності та стійкості.

12. Визначено характеристики кадрового потенціалу СОЗ, що полягають у наступному: а) оплата праці медичних працівників складає лівову частку серед усіх витрат ЗОЗ; б) від кадрового потенціалу СОЗ в цілому та ЗОЗ зокрема залежить якість медичних послуг; в) медичний персонал є основою формування позитивного іміджу СОЗ в суспільстві; г) якість управлінських та медичних кадрів формується на основі їх підготовки та перепідготовки у ЗВО; д) розвиток кадрового потенціалу СОЗ залежить від системи менеджменту в ЗОЗ та оплати праці управлінських і медичних кадрів. Для забезпечення відновлення і розвитку кадрового потенціалу повоєнної СОЗ необхідним є: а) перехід до оперативного управління кадровим потенціалом СОЗ як на рівні окремого ЗОЗ, так і регіону та держави в цілому; б) формування багаторівневої системи кадрового резерву управлінських кадрів СОЗ; в) запровадження сучасних підходів до освіти, підготовки та перепідготовки медичних працівників; г) встановлення вимог до психологічного портрету та фізичного розвитку управлінських та медичних кадрів СОЗ; д) трансформація матеріального забезпечення медичних працівників; е) забезпечення безпеки медичних працівників та членів їх сімей.

13. Розроблено напрями реформування системи підготовки та перепідготовки управлінських та медичних кадрів для СОЗ з метою формування компетентностей, включаючи розвиток практичних навичок, необхідних в умовах воєнного стану та у післявоєнний період, а також специфічних компетентностей, в тому числі практичних навичок, що дозволяють досягти безпечності, адаптивності та стійкості ЗОЗ в умовах надзвичайних ситуацій. Обґрунтовано комплексний механізм підготовки та перепідготовки управлінських та

медичних кадрів для СОЗ, що містить: а) розширення кола суб'єктів реалізації освітніх послуг; б) трансформацію змістовної підготовки управлінських та медичних кадрів для СОЗ; в) удосконалення діяльності ЗВО щодо підготовки медичних працівників на засадах цифровізації, якості та інтернаціоналізації; г) визначення напрямів державної підтримки підготовки лікарів; д) визначення порядку перепідготовки лікарів та системи підвищення їх кваліфікації; е) розвинення процедури визнання дипломів про вищу медичну освіту, здобуту в іноземних ЗВО.

14. Запропоновано інноваційні інструменти розвитку кадрового потенціалу повоєнної СОЗ: а) розроблено порядок формування та використання «Національного реєстру лікарів України», ключовими складовими якого є: профіль лікаря, система верифікації даних, режим доступу до реєстру та система пошуку інформації; б) обґрунтовано механізм формування та використання багаторівневого кадрового резерву управлінських кадрів СОЗ з урахуванням необхідності досягнення її безпечності, адаптивності та стійкості за рахунок: загальнонаціонального кадрового резерву управлінських кадрів СОЗ (визначені рівні; демографічні, територіально-географічні, соціально-економічні, воєнно-політичні фактори впливу; категорії посад; групи вимог до претендентів; порядок адміністрування резерву); кадрового резерву управлінських кадрів для ЗОЗ (на різних рівнях надання медичної допомоги; для ЗОЗ на деокупованих територіях та територіях із підвищеним ризиком бойових дій), що включає встановлення вимог до посад на зазначених рівнях та психологічного портрету претендентів, їх фізичної та спеціальної фізичної підготовки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. К.: НІСД, 2012. 35 с.
2. Адвокасі в дії: 15 успішних місцевих ініціатив. URL: http://www.frgn.mk.ua/wp-content/uploads/2014/04/Advokasi_15.pdf
3. Андреасян Г. Медицина під час війни: з якими викликами стикнулася медична система. URL: <https://mind.ua/openmind/20255116-medicina-pid-chas-vijni-z-yakimi-viklikami-stiknulasya-medichna-sistema>
4. Антонов С.В. Правова регламентація надання медичних послуг. Упр. закладом охорони здоров'я. 2009. № 2. С. 18–22.
5. Антонов С.В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг: дис. ...канд. юр. наук: 12.00.03. Київ, 2006. 206 с.
6. Арцатбанова О.В. Теоретична характеристика структури медичних послуг в системі охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 8. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/8_2018/113.pdf
7. Бакуменко В.Д., Безносенко Д.О. Виявлення комплексу проблем державного управління процесами європейської та євроатлантичної інтеграції України, розробка пропозицій щодо вдосконалення системи державного управління цими процесами. Київ: НАДУ. 41 с.
8. Барановська Т.В. Запобігання та протидія кримінальним правопорушенням проти економічної системи: монографія. Житомир: ТОВ «Видавничий дім “Бук-Друк”». 2023. 420 с.
9. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134-140.
10. Биркович Т.І. Корупція як перешкода на шляху ефективного регулювання системи охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 10. С. 79-82. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/10_2018/17.pdf

11. Блашук Т.Б. Договір про надання медичних послуг (медичного обслуговування) в умовах реформи медичної галузі. Часопис Національного університету “Острозька академія”. Серія “Право”. 2017. №2 (16). С.1-14.

12. Бобровська О., Хожило І. Розвиток управління сферою охорони здоров'я на корпоративних засадах. URL: [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2010/2010_01\(4\)/10boyukz.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2010/2010_01(4)/10boyukz.pdf).

13. Болотіна Н. Медичне право у системі права України. Право України. 1999. № 7. 245 с.

14. Бориченко К.В. Щодо дотримання в Україні окремих міжнародних стандартів надання медичної допомоги. Правове забезпечення соціальної безпеки в умовах євроінтеграційних процесів: тези допов. учасн. Міжн. наук.-практ. конф. (м. Київ, 22 листопада 2019 р.) /за ред. проф. М.І. Іншина, к.ю.н. М.Б. Мельник. Київ: ФОП Маслаков, 2019. С. 13-16.

15. Булеца С.Б. Деякі аспекти поняття права на охорону здоров'я, медичну допомогу та біоетики в Україні, Словаччині та Угорщині. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Львів, 19-20.04.2007). Львів, 2017. С. 38-44. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_038_04.pdf

16. Віткова В.С. Конституційне право на медичну допомогу та його юридичне забезпечення в Україні: дис. ...канд. юрид. наук: 12.00.02 – конституційне право; муніципальне право. Ужгород, 2017. 214 с.

17. Власенко Р.В. Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я. Національний інститут стратегічних досліджень. С. 1–9. URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf>

18. Вовк С.М. Інституційна трансформація сучасних механізмів державного управління охороною здоров'я. Вісник Національного університету цивільного захисту України. Серія : Державне управління. 2017. Вип. 2. С. 208-216. URL: [https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol7\(17\)/28.pdf](https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol7(17)/28.pdf)

19. Волинець Т.В. Загальна характеристика цивільно-правових засобів здійснення права на медичну допомогу. Право України. 2007. № 9. С. 100-116.

20. Вступна кампанія. Офіційний сайт.
URL: <https://vstup.edbo.gov.ua/>

21. Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Даценко Г.В., Сорокоумов В.П., Міщук А.А., Котуза А.С. Особливості удосконалення надання медичних послуг в Україні. Світ Медицини та Біології. 2019. № 3 (69). С. 39-43

22. Галай В.О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство». 2002. № 6. С.-189-194.
URL: <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/273738/269079>

23. ГБН В.2.2-34620942-002:2015. “Лінійно-кабельні споруди телекомунікацій. Проектування”. URL: <https://buduemo.com/ua/documents/building-codes/gbn-vl2l2346209420022015-linijnokabelni-sporudi-telekomunikacijl-proektuvannja.html>

24. Генератори, медичне обладнання та лікарські засоби – гуманітарна допомога цього тижня. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/generatori-medichne-obladnannja-ta-likarski-zasobi---gumanitarna-dopomoga-cogo-tizhnja>

25. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія. Тернопіль, “Економічна думка”, 2005. 460 с.
URL: http://library.tneu.edu.ua/files/EVD/mg_dpouzou.pdf

26. Гончарук О.Б., Савичук Н.О. Поняття механізмів державного управління та їх практичне значення. Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 7. С. 77–83.
URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2021/14.pdf

27. Громадський простір. Як відновити українську медицину після Перемоги? URL: <https://www.prostir.ua/?news=yak-vidnovyty-ukrajinsku-medytsynu-pislya-peremohy>

28. ДБН В.1.1-7:2016 “Пожежна безпека об’єктів будівництва. Загальні вимоги”. Київ, Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України. 2016.

URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=68456

29. ДБН В.1.2-11:2021 “Основні вимоги до будівель і споруд. Енергозбереження та енергоефективність”. Київ, Міністерство розвитку громад та територій України. 2022.
URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=98036

30. ДБН В.1.2-14:2018 “Система забезпечення надійності та безпеки будівельних об’єктів. Загальні принципи забезпечення надійності та конструктивної безпеки будівель і споруд”. Київ, Міністерство розвитку громад та територій України. 2022.
URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=78683

31. ДБН В.1.2-6:2021 “Основні вимоги до будівель і споруд. Механічний опір та стійкість”. Київ, Мінрегіон України. 2022.
URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=98029

32. ДБН В.1.2-7:2021 “Основні вимоги до будівель і споруд. Пожежна безпека”. Київ, Мінрегіон України. 2022.
URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=98030

33. ДБН В.1.2-8:2021 “Основні вимоги до будівель і споруд. Гігієна, здоров’я та захист довкілля”. Київ, Мінрегіон України. 2022.
URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=98032

34. ДБН В.1.2-9:2021 “Основні вимоги до будівель і споруд. Безпека і доступність під час експлуатації”. Київ, Мінрегіон України. 2022. URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=98034

35. ДБН В.2.2-10:2022. “Заклади охорони здоров’я. Основні положення”. Київ, Міністерство розвитку громад та територій України. 2022 URL: https://e-construction.gov.ua/files/new_doc/3024258092264064246/2023-01-26/1b37a5d7-5847-4705-b605-7b91bc0d81db.pdf

36. ДБН В.2.2-25:2009 “Будинки і споруди. Підприємства харчування (заклади ресторанного господарства). Київ,

Міністерство розвитку громад та територій України. 2020.
URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=25951

37. ДБН В.2.2-43:2021 “Будівлі та споруди. Складські будівлі. Основні положення”. Київ, Міністерство розвитку громад та територій України. 2022. URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=98057

38. ДБН В.2.2-5:2023 “Захисні споруди цивільного захисту”. Київ, Міністерство розвитку громад, територій та інфраструктури України. 2023. URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=104666

39. ДБН В.2.2-9:2018 “Будинки і споруди. Громадські будинки та споруди основні положення”. Київ, Міністерство розвитку громад та територій України. 2022. URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=82012

40. ДБН В.2.5-23:2010 “Інженерне обладнання будинків і споруд. Проектування електрообладнання об’єктів цивільного призначення”. Київ, Мінрегіонбуд України. 2010. URL: https://e-construction.gov.ua/files/new_doc/3084989669637621022/2023-04-20/24ac227f-266c-4596-baa7-9e43adb692e6.pdf

41. ДБН В.2.5-28:2018 “Природне і штучне освітлення”. Київ, Мінрегіон України. 2018. URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=79885

42. ДБН В.2.5-56:2014 “Системи протипожежного захисту зі зміною № 1”. Київ, Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України. 2019. URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=59526

43. ДБН В.2.6-31:2021 “Теплова ізоляція та енергоефективність будівель”. Київ, Міністерство розвитку громад та територій України. 2022. URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=98037

44. ДБН В.2.6-33:2018 “Конструкції зовнішніх стін із фасадною теплоізоляцією. Вимоги до проектування”. Київ, Мінрегіон України. 2018. URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=78182

45. Демченко І. Акценти ВООЗ щодо ключових характеристик систем охорони здоров'я: міжнародно-правові аспекти. Український часопис міжнародного права. 2016. № 4. С. 65-71.

46. Державна служба зайнятості. Офіційний сайт. URL: <https://www.dcz.gov.ua/analytics/68>

47. Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури України. URL: <https://restoration.gov.ua/>

48. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. М.М. Білинської, Я.Ф. Радиша. К.: НАДУ, 2013. 424 с.

49. Деякі питання визнання в Україні іноземних документів про освіту: Наказ Міністерства освіти і науки України № 504 05.05.2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0614-15#n17>

50. Для фінансування відновлення України створили три джерела – депутатка. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-vidbudova/3710004-dla-finansuvanna-vidnovlenna-ukraini-stvorili-tri-dzherela-deputatka.html>

51. Довідка про міжнародну технічну допомогу Україні. URL: <https://www.me.gov.ua/Documents/Detail?lang=uk-UA&id=e485115d-5f7c-480d-ab90-563def7e4053&title=DovidkaProMizhнародnuTehnichnuDopomoguUkraini>

52. Драгомирецька Н.М., Кандагура К.С., Букач А.В. Комунікативна діяльність в державному управлінні : навч. пос. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2017. 180 с.

53. Драчов Є.В. Сутність та функції комунікації в системі державного управління. Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія: Управління. 2014. Вип. 3. С. 159-167. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvamu_upravl_2014_3_20

54. ДСТУ EN 12464-1:2016 “Світло та освітлення. Освітлення робочих місць. Частина 1. Внутрішні робочі місця”. Київ, ДП «УкрНДНЦ», 2018. URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=71838

55. Дячкіна О. Українці довіряють медикам більше, ніж МОЗ – опитування. URL: <https://fakty.com.ua/ua/ukraine/20200623-ukrayintsi-doviryayut-medykam-bilshe-nizh-moz-opytuvannya/>

56. ЄБРР виділив €2 мільярди допомоги Україні.
URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/3424742-ebrr-vidiliv-2-milarda-dopomogi-ukraini.html>

57. Закон про парасолькову організацію та правове визначення. URL: <https://definitions.uslegal.com/u/umbrella-organization/>

58. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава: програма економічних реформ на 2010-2014 рр./ Комітет з економічних реформ при Президентові України.
URL: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf

59. Звіт про прямі збитки інфраструктури від руйнувань внаслідок військової агресії росії проти України за рік від початку повномасштабного вторгнення. URL: https://kse.ua/wp-content/uploads/2023/03/UKR_Feb23_FINAL_Damages-Report.pdf

60. Звіти НСЗУ. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti>

61. Звіти партнерів. URL: <https://moz.gov.ua/zviti-partneriv>

62. Зубчик І.М. Поняття та критерії якості медичних послуг. Тези Всеукраїнської науково-практичної online конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених, присвяченої Дню науки (м. Житомир, 11-15 травня 2021 р.). URL: <https://conf.ztu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/11/158.pdf>

63. Калініченко О.О. Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я на сучасному етапі. Вісник ЖДТУ. 2013. № 1 (63). С. 248–250. URL: https://library.ztu.edu.ua/e-copies/VISNUK/63_1/248.pdf

64. Карамішев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): монографія. Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2004. 304 с.

65. Карамішев Д.В. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією. Університетські наукові записки. 2005. № 3(15). С. 330-333.
URL: <http://univer.km.ua/visnyk/849.pdf>

66. Карамішев Д.В., Удовиченко Н.М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче

забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Львів, 17-18 квітня 2008 р.). Львів, 2008 р. С. 38-44. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_129_01.pdf

67. Коваль А.М. До питання про правове регулювання отримання медичної допомоги та медичних послуг в Україні. *Правова просвіта*. №1. 2016. С. 54-61.

68. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України. URL: <https://uoz.cn.ua/reforma022016.pdf>

69. Корнілова О.В. Право на охорону здоров'я. Право і суспільство. 2018. №1. С. 130-134.

70. Костюк В.С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент*. 2017. Вип. 24(2). С. 39-43. URL: <http://www.vestnik-econom.mgu.od.ua/journal/2017/24-2-2017/11.pdf>

71. Кравченко С.В. Громадське здоров'я: поняття і сутність, роль інформаційно-аналітичного супроводу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1. С. 70–74

72. Криза в Україні 2022-2023 років: рік реагування. URL: <https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbd11861/files/documents/2023-03/IOM%20Ukraine%20Regional%20Response%201%20Year%20Special%20Report%20Ukr.pdf>

73. Криза системи охорони здоров'я: монографія / За загальною редакцією Д.О. Грицишена. Житомир: Видавничий дім «Бук-друк», 2024. 696 с.

74. Крилова О.В. Розвиток правовідносин з надання медичних послуг в цивільному праві України. *Актуальні проблеми держави і права: зб. наук, праць*. Одеса: Юрид. літ-ра, 2003. Вип. 17. С. 126-132.

75. Криничко Л.Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: дис. на здобуття д-ра наук. з держ. упр. спец. 25.00.02. Житомир. 2021. 437 с.

76. Криничко Л.Р. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/3_2020/42.pdf

77. Криничко Л.Р. Теорія та методологія державного управління в сфері охорони здоров'я: монографія. Житомир : Вид. О.О. Євенок, 2020. 348 с.

78. Кринична І.П. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект. Аспекти публічного управління. 2015. № 3 (17). С. 19-26.

79. Кушніренко О.М., Гахович Н.Г. Імплементация європейських принципів в стратегічному плануванні повоєнного відновлення України. Електронне наукове видання. Науковий вісник міжнародної асоціації науковців. Серія: економіка, управління, безпека, технології. 2023. Том 2. № 2. URL: <https://doi.org/10.56197/2786-5827/2023-2-2-2>

80. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. здоров'я нації. 2018. № 4 (52). С. 5-11.

81. Лікарні під прицілом. Як Росія протягом року знищувала систему охорони здоров'я України. URL: <https://phr.org/wp-content/uploads/2023/02/EXEC-SUMMARY-Destruction-and-Devastation-Ukraine-Feb2023-UKRAINIAN-WebOptimized.pdf>

82. Ліфінцев О.В. Поняття та особливості охорони здоров'я як об'єкта контролю. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право». 2014. Вип. 29. Ч. 2. Т. 3. С. 148-152.

83. Лукашук О.М., Юнгер В.І. Моніторинг стану громадського здоров'я як об'єкта публічного управління в умовах повномасштабної війни в Україні. Економіка, управління та адміністрування. 2023. № 2(104), 150-155.

84. Лупина О.М. До питання про поняття медичної допомоги в системі соціального забезпечення фізичних осіб. Форум права: електронний журнал. 2012. №2. С. 415

85. Мазур В.Г. Комунікації як механізм взаємодії державних органів влади та громадськості на регіональному рівні. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2011. № 8. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=313>

86. Майданик Р.А., Пермяков А.Б. Договір про надання медичних послуг. Договірне право. Особлива частина : [навчальний

посібник] ; за заг. ред. О.В. Дзери, Н.С. Кузнецової, Т.В. Боднар. К.: Юрінком Інтер. 2009. 254 с.

87. Макроекономічні показники. URL: <https://nabu.ua/ua/makroekonomichni-pokazniki.html>

88. Мальчиков Ф.В., Толстанов О.К. Роль інститутів громадянського суспільства в публічному адмініструванні. Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 15. С. 93-99.

89. Медична освіта в Україні: погляд у майбутнє. Парламентські слухання 22 березня 2017. URL: https://www.rada.gov.ua/news/Novyny/Parlamentski_slukhannya/141961.html

90. Медичне право України: підручник / за заг. ред. С.Г. Стеценка. К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. 507 с.

91. Миронова Г.А. Право на медичну допомогу: цивільно-правова характеристика. Цивільне право та цивільний процес: актуальні питання. 2013. Випуск 12. С. 67-71.

92. Миронюк І.С., Слабкий Г.О, Щербінська О.С., Білак-Лук'янчук В.Й. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. Репродуктивне здоров'я жінки. 2022. №8 (63). С. 26-31. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/47312/1/%D0%A0%D0%97%D0%96.pdf>

93. Михайлов С.В. Цивільно-правова відповідальність в сфері надання медичних послуг : автореф. дис. на здобуття ступеня канд. юрид. наук. Національний університет внутрішніх справ. Харків, 2010. 17 с.

94. Михайловська О. Інститути громадянського суспільства і формування ідеології модернізації в Україні. Політичний менеджмент. 2006. № 3. С. 76-85.

95. Міжнародна технічна допомога: секторальна група “охорона здоров'я”. URL:<https://moz.gov.ua/mizhnarodna-tehnichna-dopomoga>

96. Міністерство охорони здоров'я України. 562 особи з деокупованих територій отримали меддопомогу від команд медицини катастроф минулого тижня. URL: <https://www.kmu.gov.ua/>

news/562-osoby-z-deokupovanykh-terytorii-otrymaly-meddopomohu-vid-komand-medysyny-katastrof-mynuloho-tyzhnia

97. МОЗ розпочне роботу з відновлення та відбудови медзакладів на деокупованих територіях.

URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-rozpochne-robotu-z-vidnovlennya-ta-vidbudovi-medzakladiv-na-deokupovanih-teritoriyah>

98. Мотайло О.В. Трансформація державного управління системою охорони здоров'я як структурної складової державної безпеки: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук з державного управління за спец. 25.00.02. Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2021.

99. Мотайло О.В. Трансформація державного управління системою охорони здоров'я в забезпеченні державної безпеки: проблеми теорії та методології: монографія. Житомир: Вид. О.О. Євенок, 2021. 300 с.

100. Навроцький В.В., Менджул М.В. Кампанія адвокати як інструмент демократичних перетворень. Ужгород: «Видавництво Олександри Гаркуші», 2011. 60 с.

101. Надюк З.О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні : монографія / передмова проф. В. М. Огаренка. Запоріжжя, 2008. 296 с.

102. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр.
URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>

103. Національний стандарт України ДСТУ 8828:2019 “Пожежна безпека. Загальні положення”. Київ, ДП «УкрНДНЦ». 2020.
URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=82138

104. Національний стандарт України ДСТУ EN 1838:2019 “Світлотехніка. Освітлення аварійне”.
URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=83258

105. Національний стандарт України ДСТУ EN 50172:2019 “Системи евакуаційного освітлення”.
URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=83261

106. Носуліч Т.М. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: проблеми та перспективи розвитку. Демографія та соціальна економіка. 2006. № 1. С. 173-179

107. Огнєв В.А., Чухно І.А. Громадське здоров'я: змістовно-управлінський аспект. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 3 (50). С. 58-61.

108. Опалько В.В. Реформування системи охорони здоров'я в Україні. Вісник Черкаського університету Науковий журнал. 2011. № 207. С. 25-32.

109. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України № 2801-XII від 19.11.1992 р. URL: <https://ukc.gov.ua/knowledge/osnovni-pryntsypy-ohorony-zdorov-ya/>

110. Охорона здоров'я та соціальна допомога: дефіцит кадрів у Європі є критичним. URL: <https://www.fpsu.org.ua/napryamki-diyalnosti/mizhnarodna-robota/23181-okhorona-zdorov-ya-ta-sotsialna-dopomoga-defitsit-kadriv-u-evropi-e-kritichnim.html>

111. Охріменко О., Попов Р. Повоєнна відбудова України: потенціал та стратегія перетворень. Економіка та суспільство. 2022. (45). URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-45-7>

112. Охріменко О.О. Стратегії відновлення повоєнної України на принципах солідарності та партнерства. Бізнес, інновації, менеджмент: проблеми та перспективи : зб. тез доп. III Міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 08 груд. 2022 р. Київ, 2022. С. 284-285. URL: <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/66404>

113. Оцінка програми “Доступні ліки”. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346490/WHO-EURO-2019-3635-43394-60931-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

114. Павлюк О. Як медична система України пристосувалася до війни. Розповідає очільник МОЗ. URL: <https://suspilne.media/233374-ak-medicna-sistema-ukraini-pristosuvalasa-do-vijni-rozpovidaє-ocilnik-moz/>

115. Пашков В. Сутність медичних послуг у системі господарського законодавств. Медичне право. 2013. № 2(12). С. 88-101.

116. Петрик С.М. Механізм реалізації державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я: дис. на здобуття наук.

ступеня канд. наук з держ. упр. за спец.: 25.00.02. Державний університет «Житомирська політехніка». Житомир, 2020.

117. Підсумковий документ Міжнародної конференції з питань відновлення України (URC 2022) «Декларація Лугано» Лугано, 4-5 липня 2022 року. URL: <https://ua.urc2022.com/materiali-konferenciyi>.

118. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022-2032 роки. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf

119. Повоєнне відновлення України. Нові ринки та цифрові рішення. URL: <https://kse.ua/wp-content/uploads/2022/09/Digital-instruments-in-Ukrainian-recovery.pdf>

120. Погребський Т.Г. Особливості організації національної системи охорони здоров'я України. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Сер.: Геологія. Географія. Екологія. 2014. №1098. Вип. 40. С. 101-104.

121. Польшікова Г.Г. Медична послуга як різновид споживчих послуг. Актуальні проблеми приватного права: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. 92-й річниці з дня народж. д-ра юрид. наук, проф., чл.-кор. АН УРСР В.П. Маслова, 28 лют. 2014 р. Харків, 2014. С. 322-324.

122. Понад 3 тисячі жертв серед цивільного населення України з початку війни – звіт ООН. URL: <https://suspilne.media/223001-ponad-3-tisaci-zertv-sered-civilnogo-naselenna-ukraini-z-pocatku-vijni-zvit-onn/>

123. Прасов О.О. Право на медичну допомогу та його здійснення: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Харк. нац. ун-т внутр. справ. Х., 2007. 19 с.

124. Пріоритети у відновленні системи охорони здоров'я України спільний документ для обговорення. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper>

125. Про вищу освіту: Закон України № 1556-VII від 01.07.2014 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>

126. Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я» та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я": Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0562-23#Text>

127. Про затвердження Методики визначення шкоди та обсягу збитків, завданих підприємствам, установам та організаціям усіх форм власності внаслідок знищення та пошкодження їх майна у зв'язку із збройною агресією Російської Федерації, а також упущеної вигоди від неможливості чи перешкод у провадженні господарської діяльності від 18.10.2022 № 3904/1223.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1522-22#Text>

128. Про освіту: Закон України № 2145-VIII від 05.09.2017 р.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>

129. Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства: Закон України № 3773-VI від 22.09.2011.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3773-17#Text>

130. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

131. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: "Про реформу охорони здоров'я в Україні" Постанова Верховної Ради України; Рекомендації від 21.04.2016 № 1338-VIII.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-19#Text>

132. Про створення єдиної системи залучення, використання та моніторингу міжнародної технічної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України №153 від 15.02.2002 р.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/153-2002-п#Text>

133. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2023 році. Проект розпорядження Кабінету міністрів України. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%93%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B5%20%D0%BE%D0%B1%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F/2023/%>

D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%8F%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F%202030.pdf

134. Про фахову передвищу освіту: Закон України № 2745-VIII від 04.06.2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2745-19#Text>

135. Програма медичних гарантій 2023: які послуги українці можуть отримати безкоштовно. URL: <https://chas.news/current/programa-medichnih-garantii-2023-yaki-poslugi-ukraintsi-mozhut-otrimati-bezkoshtovno>

136. Прокопенко О.В. Адвокаційна діяльність та некомерційне лобіювання в Україні: посібник. Київ: 2017 82 с.

137. Прокурори передали ГУР та Нацгвардії майже пів мільярда гривень арештованих коштів. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2023/11/04/novyna/bezpeka/prokurory-peredaly-hur-ta-naczhvardiyi-majzhe-piv-milyarda-hryven-areshtovanyh-koshtiv>

138. Путін має платити за звірства – експерти про передачу Україні 300 млрд заморожених активів Росії. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/eksperty-pro-peredachu-ukrayini-300-mlrd-zamorozhenykh-aktyviv-rosiyi/32640061.html>

139. Пуцентайло П.Р., Завитій О.П. Особливості формування стратегії управління економічним розвитком регіону. Подільський вісник: сільське господарство, техніка, економіка. 2017. Випуск 27. С. 298-308. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/28870/1/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D1%96%D0%BB_%D0%92%D1%96%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA_27_2017_%D0%9F%D1%83%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%B9%D0%BB%D0%BE%20%D0%9F.%D0%A0.-%D0%97%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%82%D1%96%D0%B9%20%D0%9E.%D0%9F.pdf

140. Радущий М. Колегія МОЗ затвердила Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: https://www.rada.gov.ua/news/news_kom/233093.html

141. Рогалевський А., Фріман Ф. Охорона здоров'я та соціальна допомога: дефіцит кадрів у Європі є критичним.

URL: <https://www.fpsu.org.ua/napryamki-diyalnosti/mizhnarodna-robota/23181-okhorona-zdorov-ya-ta-sotsialna-dopomoga-defitsit-kadriv-u-evropi-e-kritichnim.html>

142. Сабецька Т.І. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України. Економіка та суспільство. 2022. Випуск 40. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1466/1411>

143. Самолук М. Трекер економіки України під час війни. URL: <https://ces.org.ua/tracker-economy-during-the-war/>

144. Скільки буде коштувати повоєнне відновлення України: перші оцінки. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2022/10/28/infografika/ekonomika/skilky-bude-koshtuvaty-povoyenne-vidnovlennya-ukrayiny-pershi-oczinky>

145. Смотров О.І. Договір щодо платного надання медичних послуг: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук. Національний університет внутрішніх справ. Харків, 2003. 18 с.

146. Соціально-економічні та гуманітарні наслідки російської агресії для українського суспільства URL: https://razumkov.org.ua/uploads/article/2022_Gum.pdf

147. Співпраця з міжнародними фінансовими організаціями. URL: <https://bank.gov.ua/ua/about/international/financial-institutions>

148. Створено Державне агентство відновлення та розвитку інфраструктури України. URL: <https://mtu.gov.ua/news/33962.html>

149. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>

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

151. Угода між Кабінетом Міністрів України і Урядом Азербайджанської Республіки про взаємне визнання та еквівалентність документів про освіту і вчені звання від

16.03.2000 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/975-2001-%D0%BF#Text>

152. Угода між Кабінетом Міністрів України і Урядом Монголії про взаємне визнання документів про освіту, наукові ступені і вчені звання від 22.09.2004 р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/7640217>

153. Угода між Кабінетом Міністрів України і Урядом Республіки Казахстан про взаємне визнання та еквівалентність документів про освіту, наукові (вчені) ступені і вчені звання від 26.09.2001 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/398_063#Text

154. Угода між Кабінетом Міністрів України і Урядом Соціалістичної Республіки В'єтнам про взаємне визнання документів про освіту, наукові ступені і вчені звання від 04.11.2004 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/704_001-04#Text

155. Угода між Кабінетом Міністрів України та Вищим Народним Комітетом Великої Соціалістичної Народної Лівійської Арабської Джамагирії про взаємне визнання документів про освіту і наукові ступені від 30.06.2003 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/434_018#Text

156. Угода між Кабінетом Міністрів України та Урядом Аргентинської Республіки про взаємне визнання документів про вищу освіту від 20.04.2011 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/032_055#Text

157. Угода між Кабінетом Міністрів України та Урядом Китайської Народної Республіки про взаємне визнання та еквівалентність документів про освіту і наукові ступені від 10.12.1998 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156_024#Text

158. Угода між Кабінетом Міністрів України та Урядом Республіки Болгарія про взаємне визнання документів про освіту, наукові ступені і вчені звання від 27.06.2001 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/100_029#Text

159. Угода між Кабінетом Міністрів України та Урядом Республіки Екваторіальна Гвінея про взаємне визнання документів про освіту від 17.09.2004 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/226_002#Text

160. Угода між Кабінетом Міністрів України та Урядом Республіки Польща про академічне взаємовизнання документів про освіту та рівноцінність ступенів від 11.04.2005 р.
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/616_067#Text

161. Угода між Кабінетом Міністрів України та Урядом Румунії про взаємне визнання і еквівалентність документів про освіту, наукові ступені, виданих в Україні та Румунії від 19.02.1999 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/642_003-23#Text

162. Угода між Кабінетом Міністрів України та Урядом Словацької Республіки про академічне взаємне визнання і еквівалентність документів про освіту, виданих в Україні та Словацькій Республіці від 08.04.2014 р.
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/703_097#Text

163. Угода між Кабінетом Міністрів України та Урядом Угорської Республіки про взаємне визнання та еквівалентність документів про освіту і наукові ступені, виданих в Україні та Угорській Республіці, від 27.10.1998 р.
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/348_044#Text

164. Угода між Кабінетом Міністрів України та Урядом Угорщини про взаємне визнання документів про освіту та наукові ступені від 22.07.2021 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/348_001-21#Text

165. Угода між КМУ і Виконавчою Владою Грузії про взаємне визнання та еквівалентність документів про освіту і вчені (науково-педагогічні) звання від 17.07.2002 р.

166. Угода між Урядом України і Урядом Естонської Республіки про взаємне визнання документів про освіту і наукові ступені від 06.02.1996 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/233_030#Text

167. Угода між Урядом України і Урядом Республіки Узбекистан про взаємне визнання та еквівалентність документів про освіту від 18.04.1997 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/860_079#Text

168. Угода між Урядом України та Урядом Республіки Перу про взаємне визнання документів про освіту і вчені звання від

16.07.2004 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/604_004#Text/%5C"%5C](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/604_004#Text/%5C)

169. Угода між Урядом України та Урядом Французької Республіки про взаємне визнання документів про наукові ступені і вчені звання від 14.06.2005 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/250_049#Text

170. Україна гостро потребує лікарів: що відбувається на ринку праці у сфері медицини, – дослідження. URL: <https://texty.org.ua/fragments/110762/ukrayina-hostro-potrebuye-likariv-sho-vidbuvayetsya-na-ryнку-praci-u-sferi-medycyny-doslidzhennya/>

171. Уряд представив проект Плану відновлення системи охорони здоров'я. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uriad-predstavyyv-proekt-planu-vidnovlennia-systemy-okhorony-zdorovia>

172. Черенько Л.М., Полякова С.В., Шишкін В.С., Реут А.Г., Крикун О.І., Когатько Ю.Л., Заяць В.С., Клименко Ю.А. Якість життя населення України та перші наслідки війни / Нац. акад. наук. Укр., Ін-т демогр.та соц. дослідж. ім. М.В. Птухи. Електронне видання. Київ, 2023. URL: <https://idss.org.ua/arhiv/%D0%9C%D0%>

173. Чорноус А.Г. Актуальні проблеми розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга». Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2016. Серія Право. Випуск 38. Том 2. С. 43-47. <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/12266/1/%D0%90%D0%9A%D0%A2%D0%A3%D0%90%D0%9B%D0%AC%D0%9D%D0%86%20%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%91%D0%9B%D0%95%D0%9C%D0%98%20%D0%A0%D0%9E%D0%97%D0%9C%D0%95%D0%96%D0%A3%D0%92%D0%90%D0%9D%D0%9D%D0%AF%20%D0%9F%D0%9E%D0%9D%D0%AF%D0%A2%D0%AC.pdf>

174. Шамич О.М. Поняття та структура природного права людини на охорону здоров'я. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: зб. наук. пр. / Відкритий міжнар. ун-т розв. людини «Україна», Ін-т вищ. освіти Нац. акад. пед. наук України, Ін-т спец. пед. Нац. акад. пед. наук України. 2014. № 11 (13). С. 75-92.

175. Швець Ю. Зміст конституційного права особи на охорону здоров'я. Підприємництво, господарство і право. 2017. № 8. С. 135-138.

176. Швець Ю.Ю. Реалізація особою конституційного права на охорону здоров'я: порівняльно-правове дослідження: дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.02 – конституційне право; муніципальне право. Ужгород, 2019. 496 с. URL: <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/19675>

177. Щербак Н.В. Стратегічне планування в системі державного управління. Державне управління та місцеве самоврядування. 2020. Вип. 3(46). С. 52-60

178. Що таке ментальне здоров'я та як про нього дбати? URL: <https://smu.dsp.gov.ua/news/shcho-take-mentalne-zdorov-ia-ta-iaak-pro-noho-dbaty/>

179. Юнгер В. Адаптація стратегії розвитку системи охорони здоров'я до викликів сьогодення. Правова політика України: історія та сучасність: матеріали IV Всеукраїнського науково-практичного семінару (м. Житомир, 6 жовтня 2023 року). Житомир: Житомирська політехніка, 2023. С. 245-246.

180. Юнгер В. Безпечна, адаптивна та стійка система охорони здоров'я: вимоги часу. Тези Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції аспірантів, молодих учених та студентів, присвяченої Дню науки. Житомир : «Житомирська політехніка», 2023. С. 673-674.

181. Юнгер В. Бібліометричний аналіз та інструменти google trends у дослідженні глобальних тенденцій та наукової активності в галузі охорони здоров'я. Національна безпека в умовах війни, післявоєнної відбудови та глобальних викликів ХХІ століття: збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, 7-8 грудня 2023 року. Житомир: Житомирська політехніка, 2023. С. 590-591.

182. Юнгер В. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах постконфліктного відновлення: стратегічні виклики та перспективи розвитку. Тези Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції аспірантів, молодих учених та студентів, присвяченої Дню науки. Житомир: «Житомирська політехніка», 2024. С. 702-703.

183. Юнгер В.І. Алгоритм повоєнного відновлення системи охорони здоров'я як методології складова стратегії державного

управління. Публічне управління та адміністрування в Україні. 2023. № 34. С. 130–136.

184. Юнгер В.І. Методологічні положення формування стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Вчені записки Таврійського університету імені В.І.Вернадського. Серія «Державне управління». 2023. Т. 34 (73). № 1. С. 185-191.

185. Юнгер В. Ідентифікація наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я. Правова політика України: історія та сучасність: матеріали III Всеукраїнського науково-практичного семінару (м. Житомир, 7 жовтня 2022 року). Житомир: Житомирська політехніка, 2022. С. 261-262.

186. Юнгер В. Методологічні положення формування стратегії повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Соціально-гуманітарні студії: інновації, виклики та перспективи: матеріали I Міжнародної наукової конференції, м. Житомир, 27-28 квітня 2023 р./ Ред. кол.: О.А. Черниш, В.М. Слюсар, Л.М. Червона [та ін.]. Житомир: Житомирська політехніка, 2023. С. 340-342.

187. Юнгер В. Організація розробки стратегії повоєнного відновлення охорони здоров'я. Тези Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених «Сталий розвиток країни в рамках Європейської інтеграції», 30 листопада 2022 року. Житомир: «Житомирська політехніка», 2022. С. 117-118.

188. Юнгер В. Система охорони здоров'я як об'єкт державного управління: міждисциплінарний підхід. Правова політика України: історія та сучасність: матеріали II Всеукраїнського науково-практичного семінару (м. Житомир, 8 жовтня 2021 року). Житомир: Житомирська політехніка, 2021. С. 152-153.

189. Юнгер В. Стратегічні цілі та їх роль у формалізації нових властивостей повоєнної системи охорони здоров'я. Соціально-гуманітарні студії: інновації, виклики та перспективи: матеріали III Міжнародної наукової конференції, м. Житомир, 16-17 травня 2024 р. / Ред. кол.: О.А. Черниш, В.М. Слюсар, Л.М. Червона [та ін.]. Житомир : Житомирська політехніка, 2024. С. 280-282.

190. Юнгер В. Теоретико-методологічні основи державного управління повоєнним відновленням системи охорони здоров'я. Тези Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції аспірантів,

молодих учених та студентів, присвяченої Дню науки. Житомир : «Житомирська політехніка», 2022. С. 548-549.

191. Юнгер В., Катрук Л. Повоєнне відновлення системи охорони здоров'я як складова управління державною безпекою. *Society and security*. 2023. № 1 (1). С. 175-186.

192. Юнгер В.І. Ідентифікація наслідків російсько-української війни для системи охорони здоров'я. Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування. 2023 р. № 2 (80). С. 127-134.

193. Юнгер В.І. Втрати кадрового потенціалу системи охорони здоров'я в результаті російсько-української війни. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2023. № 35. С. 231-238.

194. Юнгер В.І. Методологія дослідження процесів повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування. 2024. № 1. С. 236-243.

195. Юнгер В.І. Понятійно-категоріальний апарат державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Держава та регіони. Серія: Публічне управління та адміністрування 2024. № 2. С. 201-208.

196. Юнгер В.І. Розвиток стратегічних положень державного управління системою охорони здоров'я. Право та державне управління. 2023. № 2. С. 325-333.

197. Юнгер В.І. Трансформація системи підготовки кадрів для повоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2023. № 37. С. 252-258.

198. Юнгер В.І. Формування кадрового резерву системи охорони здоров'я. Публічне управління і адміністрування в Україні. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2023. № 33. С. 299-303.

199. Юнгер В.І. Формування та використання «Національного реєстру лікарів України». Публічне управління і адміністрування в Україні. 2024. № 39. С. 286-289.

200. Юнгер В.І. Вимоги до інфраструктури та управління закладами охорони здоров'я в умовах воєнного стану та повоєнного періоду. Економіка, управління та адміністрування. 2023. № 4 (106). С. 194-200.

201. Юнгер В.І. Джерела фінансування повоєнного відновлення системи охорони здоров'я (загальні положення). Економіка, управління та адміністрування. 2024. № 1 (107). С. 199-206.
202. Юнгер В.І. Джерела фінансування повоєнного відновлення системи охорони здоров'я (ключові інструменти). Економіка, управління та адміністрування. 2024. № 2(108). С. 190-197.
203. Ashton J. Acheson: a missed opportunity for a new public health. *British Medical Journal*. 1988. Vol. 296. pp. 231-232. Public health services. World Health Organization. URL: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>.
204. Berwick D.M. Disseminating Innovations in Health Care. *JAMA*. 2003. Vol. 289(15), pp. 1969–1975. doi:10.1001/jama.289.15.1969
205. Epidemiology and Leadership in Public Health in the Americas. Milton Terris. *Journal of Public Health Policy*. 1998. № 2. V. 9. PP. 250-260.
206. Freidson Eliott, Brown Phil The Social Organization of Illness. *Perspectives in Medical Sociology*. Illinois : Waveland Press, 2000. P. 285–294.
207. Grytsyshen D., Andrieiev I., Yunger V., Petryk S., Tyshko D. Ensuring the Socio-Economic Security of the Healthcare System in Terms of Improving the Efficiency of Public Administration of Economic Policy. *Review of Economics and Finance*. 2023. Vol. 21. pp. 1701-1707.
208. Hallingberg B., Fletcher A., Murphy S., Morgan K., Littlecott H. J., Roberts J., Moore G. F. Do stronger school smoking policies make a difference? Analysis of the health behaviour in school-aged children survey. *The European Journal of Public Health*. 2016. URL: <http://www.shrn.org.uk/2016-publications/>
209. Mays N. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 2000. Vol. 320, no. 7226. P. 50–52. URL: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>.
210. Mettler M. Blockchain technology in healthcare: The revolution starts here, 2016 IEEE 18th International Conference on e-Health Networking, Applications and Services (Healthcom), Munich, Germany, 2016, pp. 1-3, doi: 10.1109/HealthCom.2016.7749510.

211. Petryk S., Andrieiev I., Tyshko D., Kurbanov A., Yunger V. The effectiveness of quality management strategies in health care organizations: an analysis of quality standards implementation and clinical performance improvement. *Amazonia Investiga*. 2023. Vol. 12. Is. 68. pp. 333-345. URL: <https://amazoniainvestiga.info/index.php/amazonia/article/view/2510>.

212. Quirke E., Klymchuk V., Gusak N., Gorbunova V., Sukhovii O. Applying the national mental health policy in conflict-affected regions: towards better social inclusion (Ukrainian case). *Mental Health and Social Inclusion*. 2022. Vol. ahead-of-print No. ahead-ofprint. DOI: <https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2022-0002>

213. Sokolovska I., Plakhotnik O., Nechiporenko V., Pozdniakova O., Hordiienko N., Nechiporenko K., Siliavina Y., Mavrin V., Semeniv I., Kotuza A., Yunger V., Zazirny I., Kliusov O., Kryachok I., Soroka V., Sprynchuk N., Prybora N., Essandoh M.N. Features of Indicators of Blood General Clinical Analysis and the Summary Analysis of an Organism's General Reactivity at Chronic Inflammatory Process. *French-Ukrainian Journal of Chemistry*. 2022. Vol. 10. Iss. 1. pp. 84-100.

214. Sokolovska I., Prybora N., Nechyporenko V., Pozdniakova O., Hordiienko N., Antonenko I., Nechyporenko K., Serhata N., Siliavina Y., Zarytska V., Bielan O., Pokropyvnyi O., Ibrahimova O., Yunger V., Yanitka L., Galtseva T., Kryachok I., Tytorenko I., Varakuta M., Mavrin V., Kmetyuk Y. Assessment of the Nature of Dyslipoproteinemias and Correlations of Indicators of General Reactivity and Lipid Metabolism in Patients with Chronic Nonspecific Inflammation of the Reproductive System. *French-Ukrainian Journal of Chemistry*. 2023. Vol. 11. Is. 2. pp. 77-94.

215. Sysiuk S., Yunger V., Kyryk V., Timchev M. Analysis and analytical methods in the planning system of health care institutions. *Public Policy and Accounting*. 2023. № 1(7). 41–46.

216. Tyshko D., Dramaretska S., Kurbanov A., Yunger V., Khatsko K. Risk management in medicine: the process of identification, assessment and control of risks in medical practice. *AD ALTA Journal of Interdisciplinary Research*. 2024. Vol. 14. Is.1. pp. 105-113.

217. Vysochyna A., Vasylieva T., Dluhopolskyi O., Marczuk M., Grytsyshen D., Yunger V., Sulimierska A. Impact of Coronavirus Disease COVID-19 on the Relationship between Healthcare Expenditures and

Sustainable Economic Growth. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023. Vol. 20. Iss. 4, 3049.

218. Winslow Charles-Edward Amory. The Untilled Field of Public Health. Modern Medicine.1920. Вип. 2. pp. 183-191.

219. Wolowiec T., Myroshnychenko I., Vakulenko I., Bogacki S., Wisniewska A.M., Kolosok S. Yunger V. International Impact of COVID-19 on Energy Economics and Environmental Pollution: A Scoping Review. Energies. 2022. Vol. 15. Iss. 22, 8407.

220. Yunger V. Components of the public administration system for the post-war healthcare system recovery. Public Policy and Accounting. 2023. № 2(8). pp. 11–19.

Дефініція поняття «система охорони здоров'я» в науковій та довідковій літературі

Джерело	Тлумачення
Вінслоу К.І. [218]	не є синонімом медицини, а одним з головних факторів і критеріїв прогресу розвитку суспільства, тому що практично немає жодної галузі діяльності, які б так чи інакше не позначалися б на здоров'ї людей
Основи законодавства України про охорону здоров'я [109]	це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя
Опалько В.В. [108]	галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Охорона здоров'я – це ключовий елемент національної безпеки держави
Булеца С.Б. [15]	система державних і суспільних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань та забезпечення довголіття людини
Карамишев Д.В. [64]	система заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного характеру, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я кожного громадянина, надання йому адекватної медичної допомоги у разі погіршення або втрати здоров'я
Ліфінцев О.В. [82]	система законодавчо регламентованих заходів з боку спеціально уповноважених суб'єктів, що провадять медичну практику та які спрямовані на подання населенню послуг медичного характеру
Стеценко С.Г. [90]	система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості життя
Швець Ю. [175]	у вузькому значенні охорону здоров'я доцільно розглядати як систему правових, соціально-економічних і лікувально профілактичних заходів та засобів, спрямованих на збереження здоров'я людини, а у широкому – як сукупність заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного характеру, спрямованих на збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я кожної людини, підтримання її довголітнього активного життя, надання їй медичної допомоги в разі втрати здоров'я
Бобровська О., Хожило І. [12]	мультискладна система, що може бути подана низкою різних підсистем і підгалузей на всіх рівнях поділу суспільної праці, діяльність яких у сукупності спрямована на досягнення стратегічних цілей зміцнення соціального здоров'я людей, починаючи з місця їх проживання – територіальних громад. До її складу належать: наявна галузь охорони здоров'я, підсистеми оздоровчої діяльності, підсистеми підготовки кадрів (медичних працівників, менеджерів та інших фахівців, які залучаються до процесів управління системою охорони здоров'я), а також інші структури, пов'язані з охороною здоров'я
Білінської М.М., Радиша Я.Ф. [48]	відкрита, динамічна, складна соціально-економічна система, що є сукупністю різноманітних державних і недержавних органів та організацій, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих відносин і направлена на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення

Додаток Б

Дефініція понять «медична послуга» та «медична допомога» в науковій та довідковій літературі

Джерело	Тлумачення
Медична послуга	
Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Даценко Г.В., Сорокоумов В.П., Міщук А.А., Котуза А.С. [21]	медична послуга – визначене договором або законом медичне втручання або комплекс медичних втручань, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування захворювань, медичну реабілітацію та які мають самостійне закінчене значення
Пашков В. [115]	медична послуга – це послуга лікувально-профілактичного характеру, в основі якої лежить медична допомога відповідно до існуючих медичних стандартів, підкріплена системою конкурентних переваг
Чорноус А.Г. [173]	особливий різновид послуг, направлених на профілактику захворювань, підтримання та покращення стану фізичного та/або душевного здоров'я людини, що мають визначену вартість.
Антонов С.В. [4]	медична послуга належить до фактичних послуг і криє в собі застосування спеціальних медичних заходів стосовно здоров'я, поліпшення чи підтримання стану якого є головною метою надання послуг
Майданик Р.А. [86]	медична послуга – це діяльність лікаря щодо підтримання і покращення здоров'я пацієнта, корисні властивості якої здатні задовольнити потреби споживача послуги безпосередньо під час здійснення цієї діяльності і результат якої не знаходить свого матеріального втілення, в той час як медична допомога, поняття, тісно пов'язане з медичними послугами, охоплює лікування, профілактичні заходи, які проводяться при захворюваннях, травмах, пологах, а також медичний огляд та деякі інші види медичних робіт, що спрямовані на діагностику або покращення стану пацієнта
Арцатбанова А.В. [6]	медичні послуги слід визначити як товар або квазі-товар у вигляді результату діяльності професійних медичних працівників та, в окремих випадках, інших осіб, по профілактиці, діагностиці, лікуванню, реабілітації, покращенню і догляду, реалізація якої в ході взаємодії із пацієнтом (пацієнтами), спрямована на отримання споживачем в ході такої діяльності нематеріальних та супутніх матеріальних благ, призначенням яких є зміна стану фізіологічних і психологічних функцій пацієнта
Надюк З.О. [101]	медична послуга є різновидом професійних послуг, що зумовлює підвищені вимоги до кваліфікації виконавця такої послуги. У зв'язку з цим особливо актуальними є питання відокремлення медичної послуги від інших видів професійних послуг (юридичних, ветеринарних, освітніх та ін.) і підвищення значення рівня правового регулювання відносин із надання платних медичних послуг
Смотров О.І. [145]	діяльність послугодавця, яка спрямована на досягнення результату, корисні властивості якого здатні задовольнити потреби особи у відновленні та (або) підтриманні її здоров'я безпосередньо в процесі доцільної діяльності послугодавця, що не має упередженого вираження (матеріальної форми) і не може бути ним гарантована
Михайлов С.В. [93]	медична послуга – це професійна діяльність медичних закладів (організацій) чи фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною медичною практикою, відповідно до існуючих медичних стандартів, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я у вигляді медичного втручання, потенціальним результатом якого є поліпшення загального стану чи функціонування окремих органів або систем організму людини, а також (або) досягнення певних естетичних змін зовнішності

**Нормативно-правові акти Міністерства охорони здоров'я
України щодо її реформування відповідно до Програми
економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство,
конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [58]**

Вид	Нормативно-правові акти
1	2
Накази МОЗ щодо організації та надання медичних послуг різних рівнів	1) Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я (від 28.03.2013 №249); 2) Про затвердження Примірнього табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу (від 23.02.2012 №132); 3) Про затвердження Примірнього положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи (від 23.02.2012 №131); 4) Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (від 23.02.2012 №129); 5) Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я (від 30.12.2011 №1008); 6) Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації (від 04.11.2011 №756); 7) Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи (від 04.11.2011 №755); 8) Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги (від 02.11.2011 № 743); 9) Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні відновного лікування (від 31.10.2011 №736); 10) Про затвердження положень про заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів (від 31.10.2011 №732); 11) Про організацію підготовки та підвищення кваліфікації лікарів, фельдшерів (медичних сестер) станцій швидкої медичної допомоги з медицини невідкладних станів у пілотних регіонах (від 17.08.2011 №519); 12) Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах (від 15.08.2011 №507); 13) Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі (від 15.07.2011 №420); 14) Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу (від 28.07.2011 №443); 15) Про створення робочої групи з інформаційного супроводу реформ за напрямом «Реформа медичного обслуговування» (від 20.07.2011 №428); 16) Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування регіонального Плану-графіку проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я (від 15.07.2011 №419); 17) Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні (від 15.07.2011 №417); 18) Про затвердження Примірнього статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги (від 29.06.2011 №384); 19) Про заходи щодо впровадження Єдиної системи екстреної медичної допомоги на території Вінницької, Донецької, Дніпропетровської областей та міста Києва (від 22.06.2011 №370); 5) Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі "Охорона здоров'я" для пілотних проєктів (від 08.06.2011 №347).

Наукове видання

ЮНГЕР Віталій Іванович

**СТРАТЕГІЯ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

МОНОГРАФІЯ

В авторській редакції

Технічний редактор *Т.М. Тростенюк*
Коректор *А.А. Ковпака*

Віддруковано з готових оригінал-макетів

Підписано до друку 25.04.2024 р.
Папір офсетний. Формат 70х100/16
Гарнітура “Таймс”. Друк офсетний. Ум. др. арк. 25,35
Наклад 300 прим. Зам. № 334

ТОВ «Видавничий дім “Бук-Друк”»
м. Житомир, вул. М. Бердичівська, 17А.
тел.: 063 101 22 33

*Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції України серія
ДК № 7412 від 27.07.2021 р.*

Друк та палітурні роботи ФОП О.О. Євенок
м. Житомир, вул. Мала Бердичівська, 17А
тел.: 063 101 22 33, e-mail: printinz@gmail.com

*Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції України
серія ДК № 3544 від 05.08.2009 р.*