

ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

МАЦИК ВОЛОДИМИР ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК 328; 351.77

ДИСЕРТАЦІЯ

«Модернізація публічної політики в сфері охорони здоров'я»

Спеціальність 051 – економіка

Галузь знань 05 - соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття ступеня доктора філософії.

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



В. О. Мацук

Науковий керівник: Желюк Тетяна Леонтіївна, доктор економічних наук,
професор

ЗМІСТ

Анотація	3
Вступ	38
Розділ 1. Теоретико-методологічні та інституційні детермінанти публічної політики в сфері охорони здоров'я національної економіки.	50
1.1. Охорона здоров'я як об'єкт публічної політики.	50
1.2. Наукові засади реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я.	72
1.3. Інституційне забезпечення публічної політики в сфері охорони здоров'я.	92
Висновки до розділу 1	109
Розділ 2. Аналіз механізму реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я національної економіки	113
2.1. Моніторинг стану і тенденцій розвитку сфери охорони здоров'я як складової національної економіки.	113
2.2. Аналіз організаційно-економічного механізму управління сферою охорони здоров'я національної економіки.	130
2.3. Оцінювання результативності публічної політики в сфері охорони здоров'я національної економіки	156
Висновки до розділу 2	169
Розділ 3. Напрями модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я національної економіки	173
3.1. Доктрина модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я	173
3.2. Розвиток системи громадського здоров'я.	195
3.3. Цифровізація системи охорони здоров'я.	209
Висновки до розділу 3	225
Висновки до роботи	230
Список використаних джерел	236
Додатки	259

АНОТАЦІЯ

Мацик В.О. Модернізація публічної політики в сфері охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 051«Економіка». – Західноукраїнський національний університет Міністерства освіти і науки України, Тернопіль, 2023.

Дисертація спрямована на поглиблення наукових засад та вироблення науково-практичних рекомендацій щодо модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я.

У першому розділі «Теоретико-методологічні та інституційні детермінанти публічної політики в сфері охорони здоров'я національної економіки» досліджено сутнісні детермінанти системи охорони здоров'я як об'єкту публічної політики, науковий базис та інституційне забезпечення публічної політики в сфері охорони здоров'я.

Здоров'я є важливим ресурсом, який допомагає людям впоратися з викликами та стрімкими змінами в їхньому житті. В умовах цифровізації економіки, промислової революції 4.0 та 5.0 в складових здоров'я акцент робиться на чинниках, які здатні запобігати деструктивному впливу оточення і підтримці сприятливому соціальному стану людини.

Основними аспектами здоров'я, що повинні стати об'єктом публічної політики, має бути: моніторинг стану здоров'я, виявлення захворювань та їх лікування, запобігання захворюванням та пандеміям, створення конкурентної системи охорони здоров'я, дотримання наднаціональних вимог у сфері охорони здоров'я, прогнозування економічних, геополітичних, екологічних ризиків для здоров'я та вироблення адаптивних важелів для їх нівелювання.

Необхідність охорони здоров'я зумовлена низкою причин: потребою підтримувати належну якість життя, продуктивно працювати, створювати більшу додану вартість в національній економіці, зберігати потенціал здоров'я, забезпечувати майбутні покоління здоровим і життєздатним середовищем. Якщо розглядати здоров'я людини з позицій економічних координат, то здорова

людина є продуктивнішою, може створювати більшу додану вартість і цим самим збільшувати внесок у валовий внутрішній продукт (ВВП), розвиток економіки країни та суспільства в цілому. Здорове населення сприяє підвищенню рівня життя та загального добробуту країни.

Охорона здоров'я у сучасному глобальному просторі є однією з ключових функцій держави, адже від цього залежить загальний добробут суспільства, соціальна справедливість, попередження захворювань, міжнародний статус країни, макроекономічна безпека та стабільність.

На державному рівні охорона здоров'я пов'язана із забезпеченням необхідного переліку доступних, якісних медичних послуг, створенням організаційно-економічних передумов для функціонування закладів охорони здоров'я, забезпеченням доступу до основних матеріальних ресурсів, що впливають на здоров'я людини, створення належних передумов для ресурсного супроводу системи охорони здоров'я, належних умов для самоосвіти та зміцнення потенціалу здоров'я.

Система охорони здоров'я створюється певними інститутами. Вона включає: первинну, вторинну, високоспеціалізовану медичну допомогу; невідкладну допомогу, охорону психічного здоров'я, медичну реабілітацію, геріатричну допомогу, паліативну допомогу, охорону здоров'я матері та дитини, стоматологічну допомогу, громадське здоров'я, профілактичну медицину, альтернативну медицину, телемедицину та цифрове здоров'я, медичну освіту, кадрове забезпечення охорони здоров'я, ресурсне супровід, інфраструктурний супровід, інститути, що реалізують публічну політику охорони здоров'я та управління її підсистемами, форми організації системи охорони здоров'я. Також в системі охорони здоров'я важливе місце посідають фармацевтичні заклади, які надають послуги з продажу лікарських засобів та медичних препаратів. До них відносять: аптеки, аптечні бази, склади медичної техніки, бази спеціального медичного постачання, контрольні-аналітичні лабораторії з аналізу якості лікарських засобів, магазини медичної техніки, медичної оптики.

Національні системи здоров'я відповідно до вимог та рекомендацій ВООЗ мають відповідати наступним принципам та стандартам: недискримінації в отриманні медичних послуг; доступності як закладів охорони здоров'я, медичних послуг, так і необхідних лікарських засобів та медичних препаратів; дотримання в наданні медичних послуг принципів медичної етики та культурних цінностей; гарантування якості медичних послуг; підзвітності медичних установ перед суспільством.

Публічну політику охорони здоров'я в роботі розглянуто як важливу складову публічної політики держави, що визначає цілі, пріоритети у сфері охорони здоров'я і направлена на створення сучасної, конкурентної, доступної, якісної, інтегрованої у глобальний медичний простір системи охорони здоров'я з врахуванням викликів і потреб внутрішнього середовища, передусім збереження потенціалу здоров'я в умовах безпекових загроз, викликів цифровізації, технологічного прогресу, євроінтеграційних викликів за допомогою правової, інституційної, цільової, функціональної, організаційно-економічної підсистем.

Реалізується публічна політика через функціональний механізм, який крім традиційних функцій в сучасних умовах доповнюється прогностичною функцією, яка верифікує вектори та довгострокові пріоритети політики держави у сфері охорони здоров'я; адаптивною функцією, яка через відповідні важелі державного регулятивного впливу адаптується до сучасних викликів ендогенного та екзогенного характеру; управлінням ризиками; превентивною функцією; функцією міжсекторної співпраці з залученням представників громадськості та учасників професійних самоврядних об'єднань медичних закладів та фармацевтичних установ; інтеграційною функцією, яка реалізується через глобальну дипломатію охорони здоров'я; контрольно-аналітичною функцією, яка має реалізовуватися через дослідження та нагляд, через збір та аналіз даних про стан здоров'я, які дають змогу приймати рішення, визначають тенденції та спрямовують заходи у сфері охорони здоров'я; забезпечення стійкості системи охорони здоров'я та адаптивності до нових викликів та загроз.

В роботі наголошено, що політика охорони здоров'я може і повинна виходити за межі національних кордонів, включаючи співпрацю між країнами для вирішення глобальних проблем охорони здоров'я, таких як пандемії, міжнародні спалахи захворювань, забезпечення безпеки здоров'я.

Дослідження політики охорони здоров'я у різних країнах показало, що вона може значно відрізнятись між економічними системами розвинутих країн і тих, що розвиваються через відмінності в політичних, економічних і соціальних факторах. Проте є деякі загальні принципи, до яких слід віднести: універсальний доступ до охорони здоров'я; профілактику та зміцнення здоров'я, усунення диспропорцій у доступі до медичних послуг; інтеграцію інформаційних технологій в систему охорони здоров'я, забезпечення якості і прийнятної вартості медичної допомоги; міжсекторну співпрацю держави і постачальників медичних послуг, страхових компаній та громадських організацій в підвищенні результативності політики охорони здоров'я; підтримку інновацій у сфері нових методів лікування, технологій і підходів до надання медичної допомоги, які можуть покращити результати лікування пацієнтів і зменшити витрати; співпраця на наднаціональному рівні у вирішенні глобальних проблем здоров'я.

Наукову основу публічної політики охорони здоров'я створюють наукові теорії та моделі. Моделі охорони здоров'я – це певні концептуальні рамки та підходи до організації та надання медичних послуг населенню. Ці моделі відображають різні аспекти системи організації охорони здоров'я, включаючи фінансування, доступність, види та обсяги послуг, координацію між провайдерами тощо. Моделі охорони здоров'я в роботі структуровані за типом економічних систем, формами управління, джерелами фінансування медичних послуг.

В залежності від механізмів фінансового забезпечення медичних послуг можна виокремити наступні моделі публічної політики: англійську (модель Беверіджа), німецьку (модель Бісмарка), «із власної кишені», змішані; централізовані, децентралізовані, приватні, страхові.

До основних цілереалізуючих елементів державної політики охорони здоров'я варто віднести: створення системи охорони громадського здоров'я; забезпечення належного медичного обслуговування; управління якістю медичних послуг; належне фінансування охорони здоров'я; кадрове забезпечення; інформаційне забезпечення; забезпечення доступу до лікарських засобів та медичних технологій та контроль за їх безпечним використанням.

Ефективна інституційна підтримка державної політики вимагає координації, прозорості, підзвітності та співпраці між різними суб'єктами на різних рівнях функціонування національної економіки: наднаціональному, макроекономічному, макроструктурному, регіональному, локальному.

Дослідження трансформації інституційного супроводу публічної політики охорони здоров'я дозволила виокремити кілька етапів: створення ринку медичних послуг, запровадження децентралізованих підходів в управлінні медичними послугами, концептуалізація напрямів медичної реформи, трансформація фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, визначення стратегічних векторів розвитку системи охорони здоров'я, формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я.

У другому розділі «Аналіз механізму реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я національної економіки» проведено моніторинг стану охорони здоров'я національної економіки, проаналізовано діючий організаційно-економічний механізм публічного управління охороною здоров'я національної економіки, обґрунтовано організаційно-методичні підходи до оцінювання результативності публічної політики в сфері охорони здоров'я.

Організаційно-методичний супровід моніторингу стану та тенденцій сфери охорони здоров'я створюють: показники інфраструктурного супроводу функціонування сфери охорони здоров'я, показники біологічного здоров'я, що відображають стан фізичного, психологічного благополуччя населення; популяційного здоров'я, яке характеризує стан здоров'я населення, що проживає в країні, регіоні, місті, територіальній громаді; демографічні показники, що відображають народжуваність, смертність, очікувану тривалість життя; рівень

захворюваності: загальної, інфекційної, госпітальної; стан фізичного розвитку; також цифрова мапа здоров'я, яка складається на основі профілів здоров'я усіх країн ЄС та країн, які претендують на членство в ЄС.

Проведений моніторинг даних показників в Україні дозволив виявити негативну динаміку зниження коефіцієнту народжуваності, який до початку повномасштабної війни мав найнижче значення за останні 10 років та найвище значення показників смертності, основними причинами якої є онкологічні захворювання та зовнішні причини (повномасштабна збройна агресія.)

Аналіз показників за цифровою мапою («стан здоров'я населення; індикатори здоров'я, що пов'язані з поведінковими факторами ризику; стан організації системи охорони здоров'я; результативність, доступність медичних послуг, стійкість системи охорони здоров'я») дозволив виокремити 5 кластерів областей України: 1) з високим рівнем здоров'я; 2) з хорошим рівнем здоров'я; 3) з середнім рівнем здоров'я; 4) з низьким рівнем здоров'я; 5) з дуже низьким рівнем здоров'я. В регіональному зрізі сформувалися кластер з областей (Тернопільська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Сумська, Чернівецька області) з відносно високими показниками здоров'я, що вимагатиме в подальшому напрацювання дієвих організаційно-економічних важелів публічної політики для підтримки і примноженню даного потенціалу.

Основними ризиками для здоров'я України виокремлено економічні, соціальні, геополітичні, екологічні, поведінкові ризики.

Дослідження показали, що для зменшення ризиків для здоров'я і на виконання вимог інтеграції України до ЄС у сфері охорони здоров'я в Україні в реалізації публічної політики акцент почав ставитися на просвітницькій складовій, міжсекторній співпраці у подоланні негативного впливу ризикових факторів на стан здоров'я, проведенні профілактичних заходів, посиленні рекреаційної складової у покращенні параметричних характеристик здоров'я. Ці заходи знайшли своє відображення в стратегічних документах підтримки оздоровчої рухової активності (створення велохабів), боротьби з

неінфекційними захворюваннями, реалізації моделі здорового харчування, розвитку цифрової моделі охорони здоров'я.

Проведенні в роботі розрахунки реалістичності використання «тарілки здорового харчування» показали, що мінімальна заробітна плата покриватиме лише 75% витрат на фізичне оздоровлення та харчування. Тому на державному рівні слід переглянути і інституційно закріпити параметричні характеристики передусім мінімального споживчого бюджету, споживацької корзини, що беруться за основу розрахунку мінімальної заробітної плати, для того, що покращити блок показників підтримки фізичного здоров'я населенням України.

Для характеристики стану здоров'я в країнах ЄС розраховують індекс здоров'я населення. Цей комплексний показник оцінює рівень здоров'я та добробуту населення в певному регіоні, країні чи групі країн. Даний індекс зазвичай складається з декількох ключових показників, отриманих шляхом лонгітюдного опитування. Його проведення в Україні показало, що 75% українців задоволені послугами дільничного терапевта чи сімейного лікаря, 46% жителів України не задоволені станом свого здоров'я.

Проведений в роботі аналіз показав, що за демографічними, медичними, фізіологічними параметрами стану здоров'я в Україні на даний момент немає належних передумов для повноцінного розширеного відтворення населення та підтримки фізіологічного стану здоров'я з позицій превентивної складової.

Аналіз реалізації публічної політики був проведений в розрізі складових організаційно-економічного механізму, що об'єднує організаційні важелі держави в розрізі планування, адміністративного регулювання (ліцензування лікарської практики, державної акредитації медичних закладів, атестації медичних працівників), організаційної координації та контролю якості надання медичних послуг; та економічні важелі (бюджетування, цінове регулювання, інвестиційне регулювання тощо). За його результатами було виявлено:

- 1) недостатню результативність використання програмно-планового інструментарію через зменшення державного фінансування цільових програм у два рази, порушення механізму планового фінансування,

- відсутність механізму відстеження ефективності та результативності виконання програм, відсутність механізму публічної звітності та громадського контролю, крім використання квазі-інструментів, що поєднують елементи бюджетування і програмування (програми медичних гарантій та реімбурсації лікарських засобів, медичних препаратів);
- 2) забезпечення державою гарантованої якості надання медичних послуг за допомогою: ліцензування діяльності закладів охорони здоров'я, яке є обов'язковим; акредитації й сертифікації медичних закладів, які для комунальних некомерційних підприємств є обов'язковими, а для інших закладів охорони здоров'я вибірковими; стандартизації на основі визначених у клінічних стандартах медичної практики; контролю якості надання медичних послуг відповідно до стандартів ISO 9001; проведення процедур клінічного аудиту. Відмітимо, що практика сертифікації нині найбільшою мірою поширена серед приватних медичних закладів, які є відкритішими до змін і прагнуть конкурентно позиціонуватися на ринку та інтегруватися в глобальний медичний простір, а необхідною умовою цих процесів є наявність міжнародних сертифікатів якості ISO та JCI;
 - 3) зменшення фінансування за програмою медичних гарантій через активні бойові дії. Однак на період повоєнного відновлення та відбудови України передбачається збільшення державних видатків на охорону здоров'я;
 - 4) виділення коштів на пакети медичної допомоги на тимчасово-окупованих територіях, фінансування закладів охорони здоров'я в рамках медичних субвенцій, програми реімбурсації, закупівля сучасного обладнання, медичних виробів та ліків; збільшення витрат на громадське здоров'я, епідеміологічний нагляд та контроль; збільшення витрат на виплату заробітної плати персоналу медичних закладів;
 - 5) скорочення капітальних трансфертів, видатків на соціальне забезпечення (виплати матеріальної допомоги, стипендій тощо), на наукові дослідження та розробки в рамках реалізації державних та регіональних цільових програм. Скорочення витрат на наукові дослідження більше як у 10 разів лише

- погіршує показники ноосферизації у сфері реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я національної економіки;
- 6) збільшення за останні 15 років витрат на охорону здоров'я в 11 раз, однак 88,4% усіх витрат становили витрати Уряду в рамках реалізації програми медичних гарантій та 11,6% витрати домашніх господарств;
 - 7) скорочення альтернативних джерел фінансування: страхових механізмів фінансування охорони здоров'я (приватне медичне страхування на вітчизняному ринку страхових послуг займає лише 14 % структури страхового портфелю національної економіки); лікарняних кас як форми фінансування медичних послуг за рахунок нагромаджених солідарно цільових персоналізованих коштів фізичними та юридичними особами;
 - 8) використання потенціалу кластеризації для формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я на регіональному рівні.

Для оцінювання результативності публічної політики в сфері охорони здоров'я в роботі запропоновано інтегральний показник результативності, що визначається за моделлю середньо-геометричного зважування інтегральних індексів, що відображають управлінську ефективність (витрати на управління), ноосферизацію (витрати на науково-дослідні розробки та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я), інноватизацію (залучення інвестицій для реалізації інноваційних проєктів), цифровізацію (витрати закладів охорони здоров'я на програмне забезпечення).

Проведені розрахунки даного показника за 2005-2020 роки показали позитивну динаміку інтегрального показника та показників, що вказують на функціональну ефективність публічної політики, її ноосферизацію, збільшення інвестицій в технологічне оновлення, однак з позицій показників здоров'я (рівень смертності) прослідковується негативна зростаюча динаміка.

Кореляційна залежність розрахованого інтегрального показника результативності публічної політики з основними макроекономічними показниками, що характеризують створення ВВП на душу населення, продуктивністю праці, чисельністю зайнятих у віці від 15 до 70 років, показала

недостатньо результативний вплив публічної політики охорони здоров'я на показники макроекономічної активності і одночасно помірний вплив на забезпечення умов збалансованого розвитку національної економіки.

Характеризуючи вцілому результативність реалізації публічної політики в роботі було виокремлено наступні стримуючі чинники: погіршення параметричних характеристик потенціалу здоров'я; недостатню статистичну базу для оцінювання впливу процесів ноосферизації та цифровізації та розвиток вітчизняної системи охорони здоров'я; найнижчі в ЄС витрати на охорону здоров'я; низьку питому вагу приватних медичних закладів, які нині найбільшою мірою інвестують в модернізацію технічного забезпечення та підвищення якості надання медичних послуг; значне руйнування медичної інфраструктури, що потребуватиме додаткових капітальних вкладень на післявоєнне відновлення та відбудову; відсутність уніфікованого обліку потреб та стану використання медичної гуманітарної допомоги, що породжує неправомірну поведінку; відсутність прогнозних розрахунків функціональної ефективності результатів об'єднання медичних закладів в госпітальну мережу.

Попри виклики воєнного стану у вітчизняній системі охорони здоров'я в роботі виокремлено низку чинників стимулюючого характеру, серед яких: трансформація національних норм та стандартів ведення медичної практики до європейських норм та стандартів, зміна моделі фінансування закладів охорони здоров'я, позиціонування інформаційних технологій як фактору конкурентного зростання; можливість співпраці з міжнародними організаціями, глобальними партнерством у сфері вирішення завдань охорони здоров'я, використання квазіфіскальних інструментів державної підтримки сфери охорони здоров'я.

У третьому розділі «Напрями модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я національної економіки» обґрунтовано доктринальні засади та стратегічні орієнтири модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я з врахуванням сучасних викликів та задекларованих пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я.

Для обґрунтування концептуальних засад модернізації публічної політики розроблено доктрину модернізації, в якій чітко виокремлено мету на цілі модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Наголошено, що метою модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я має бути удосконалення її інституційної, організаційної, ресурсної, функціональної, інструментальної підсистем в контексті реагування на виклики євроінтеграції, децентралізації, цифрового, ноосферизованого, сталого, інклюзивного розвитку, підвищення їх адаптивності до сучасних безпекових викликів та загроз.

До основних цілей модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я віднесено: адаптацію до європейських норм та стандартів в сфері охорони здоров'я; запровадження міжнародних стандартів якості лікування; побудову ефективної системи інституційного забезпечення; якісне ресурсне забезпечення системи охорони здоров'я; удосконалення організаційно-економічного механізму управління.

Доктрина як цілісний документ складається з теоретичної, емпіричної, логічної, аргументованої частин, базується на ідеології ідеального моделювання управлінських процесів з використанням інтерпретаційних схем і моделей.

Для здійснення адаптації вітчизняної публічної політики до європейських вимог врядування в сфері охорони здоров'я запропоновано зосередитися на наступних пріоритетних сферах: громадському здоров'ї, фармацевтичній галузі, медичних послугах, медичній освіті, імплементації концепцій е-медицини, м-медицини, «розумного» здоров'я та «єдиного» здоров'я.

Для удосконалення публічної політики у фармацевтичній галузі та її інституційного забезпечення запропоновано розробити та ухвалити Концепцію розвитку фармацевтичної галузі України, основною метою якої має стати забезпечення належного рівня якості та ефективності фармакотерапії, сприяння покращенню здоров'я, збільшенню тривалості та якості життя усього населення України.

Для модернізації системи медичної освіти запропоновано імплементувати інноваційні технології навчання, такі як: штучний інтелект, віртуальна та

доповнена реальність для забезпечення практикоорієнтованої підготовки слухачів.

Для забезпечення модернізації вітчизняної сфери охорони здоров'я та розширення переліку медичних послуг запропоновано популяризувати та розвивати медичний туризм, який повинен стати драйвером розвитку національної економіки та надійним джерелом поповнення фінансових ресурсів держави. До перспективних напрямків розвитку медичного туризму віднесено медичні послуги, що охоплюють: загальну хірургію, стоматологію, кардіохірургію, лікування безпліддя та офтальмологію, а також послуги сурогатного материнства, діагностики, реабілітації та загального оздоровлення організму.

Для удосконалення вітчизняної публічної політики в сфері охорони громадського здоров'я запропоновано відійти від моделі, орієнтованої на лікування вже виявлених захворювань, та запровадити модель «5P-медицини», яка складається з п'яти складових елементів: персоналізації, прогнозування, профілактики, партисипативності та психокогнітивності. Персоналізація передбачає впровадження індивідуального пацієнтоорієнтованого підходу до кожної людини. Прогнозування забезпечує передбачення розвитку хвороби на основі геному людини та індивідуальних характеристик її організму. Профілактика дозволяє попередити виникнення хвороби на основі характеру прогнозованого захворювання. Партисипативність передбачає широке залучення в процес лікування різних лікарів (формування мультидисциплінарної команди), а також самого пацієнта, який перетворюється з об'єкта лікування на повноцінного учасника цього процесу. Психокогнітивність відображає поведінку людей в сфері запобігання виникненню хвороб, реагування на них та боротьбу з ними, способи обрання варіантів лікування та характер взаємодії із медичними працівниками в процесі лікування.

Для запровадження концепції «5P-медицини» у вітчизняну сферу охорони здоров'я запропоновано здійснити низку заходів, які умовно поділені на три блоки: ідеологічні, методологічні та організаційні.

Для забезпечення переходу вітчизняної публічної політики в сфері охорони здоров'я від моделі, орієнтованої на лікування вже виявлених захворювань, на модель «5P-медицини» запропоновано розробити для кожного громадянина генетичні паспорти, які можуть бути двох видів: ДНК-профіль (ідентифікаційний генетичний паспорт), який має використовуватися в основному для встановлення або підтвердження особистості людини, та генетичний паспорт здоров'я, який дозволить виявити схильність до різних захворювань, на основі яких складається комплекс профілактичних і діагностичних заходів і заходів щодо запобігання їх виникнення.

Для забезпечення цифровізації вітчизняної сфери охорони здоров'я запропоновано доповнити Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я такими напрямками, як: розвиток m-здоров'я та m-медицини; розвиток інтернету-речей та розробка відповідних технологій; розвиток штучного інтелекту.

Для забезпечення розвитку m-здоров'я та m-медицини запропоновано вжити ряд заходів, зокрема: стимулювати розробку відповідного програмного забезпечення для смартфонів; інтегрувати відповідне програмне забезпечення в процес моніторингу за здоров'ям пацієнтів; стимулювати громадян активно використовувати мобільні пристрої для моніторингу свого здоров'я; стимулювати розвиток інтернету мобільних речей.

Для стимулювання розвитку телемедицини як одного із найперспективніших інструментів забезпечення пацієнтоорієнтовано підходу в процесі надання медичних послуг запропоновано розробити технічні моделі, алгоритми та процедури надання телемедичних послуг, стандарти їх надання, забезпечити технічне обладнання кабінетів телемедицини для надання телемедичних послуг та організувати ефективний захист медичної інформації.

Результати дослідження відображені в науково-дослідних роботах:

«Механізм активізації бізнес-середовища як суб'єкта трансформації міст України на засадах сталого розвитку та впровадження смарт-технологій» (номер

державної реєстрації 0119U101365), в рамках якої автором обґрунтовано специфіку використання смарт-технологій на ринку медичних послуг;

«Формування медико-прикладного інструментарію управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах війни та повоєнного відновлення», (державний реєстраційний номер 0123U101891), в частині напрацювання пропозицій щодо використання програмних механізмів повоєнного відновлення сфери охорони здоров'я національної економіки;

науково-дослідній роботі за договором № МПУП-83-2021 «Аналіз фінансової спроможності територіальної громади для побудови системи цивільного захисту населення» (державний реєстраційний номер 0121U114004), в частині обґрунтування показників результативності реалізації цивільного захисту та збереження здоров'я населення територіальної громади;

«Актуальні проблеми публічного управління та адміністрування» (державний реєстраційний номер 0188U003181), в якій обґрунтовано механізм впровадження валеологічних підходів до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я;

«Менеджмент та публічне управління в умовах трансформацій», (державний реєстраційний номер 0123U103562), в якій обґрунтовано стратегічні вектори управління сферою охорони здоров'я»;

«Конкурентне позиціонування закладу охорони здоров'я на ринку медичних послуг» (державний реєстраційний номер 0123U104127), в частині обґрунтування підходів до модернізації маркетингового інструментарію позиціонування закладу охорони здоров'я на ринку медичних послуг.

Отримані автором результати апробовані й доведені до рівня конкретних методичних і практичних рекомендацій, які використані для вдосконалення організаційно-економічного механізму реалізації публічної політики в роботі Міністерства охорони здоров'я України, Державної служби надзвичайних ситуацій України, Департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної військової державної адміністрації, Тернопільського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики Тернопільської обласної ради, для

поглиблення змістового наповнення освітніх компонент в Західноукраїнському національному університеті. Про що свідчать відповідні довідки підтвердження.

Зокрема:

напрацювання автора щодо прогнозування ризиків цивільного захисту населення та моделей використання цифрових технологій в наданні послуг з охорони здоров'я персоналу, який забезпечує цивільний захист населення, використовується в діяльності Управління організації медичного забезпечення, медико-біологічного захисту та охорони праці Держаної служби надзвичайних ситуацій України для покращення медичного забезпечення та медико-біологічного захисту в системі охорони праці (довідка № 03-14572/ 181 від 04.08.2023р.);

пропозиції щодо оцінювання результативності реалізації стратегічних та програмних інструментів управління охороною здоров'я на регіональному рівні, покращення організаційного супроводу залучення інвестиційних ресурсів в сферу охорони здоров'я регіону використовуються в роботі Департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної військової державної адміністрації для вдосконалення організаційно-економічного супроводу програмно-планової роботи в сфері регіональної складової публічної політики охорони здоров'я в умовах воєнного стану (довідка № 4791/03-01 від 6.09.2023);

напрацювання автора щодо інформаційно-аналітичного супроводу моніторингу стану здоров'я населення, використання інтегрованих систем медичного обслуговування населення регіону та дорожньої карти супроводу пацієнтів з хронічними захворюваннями застосовуються в роботі КНП «Тернопільського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики» Тернопільської обласної ради, при організаційно-методичному супроводі моніторингу стану системи громадського здоров'я регіону (довідка № 68 від 23.10.2023 р.);

пропозиції автора щодо механізму модернізації публічної політики використані в роботі Управління медичних кадрів, освіти і науки Міністерства охорони здоров'я України при розробці стратегічної матриці розвитку сфери

охорони здоров'я, прогнозування ризиків у сфері управління охорони здоров'я та використання адаптивних технологій управління нею (довідка № 22-04/30922/2-23 від 30.10.2023).

Отримані результати дослідження впроваджено у навчальний процес Західноукраїнського національного університету при поглибленні змістового наповнення програм та навчально-методичного забезпечення з дисциплін: «Економічне та фінансове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я» для підготовки здобувачів на другому (магістерському) рівні вищої освіти галузі знань 07 «Управління та адміністрування» спеціальності 073 «Менеджмент» освітньо-професійної програми «Менеджмент закладів охорони здоров'я»; «Публічна політика та врядування» для підготовки здобувачів на другому (магістерському) рівні вищої освіти галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування» спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» (довідка № 126-26/2006 від 22.09.2023р.).

Ключові слова: публічна політика, система охорони здоров'я, медичні послуги, інституційний механізм, законодавство про охорону здоров'я, медична реформа, оцінювання результативності публічної політики, громадське здоров'я, заклади охорони здоров'я, управління якістю медичних послуг, фінансування охорони здоров'я, програма медичних гарантій, стратегія, доктрина модернізації публічної політики, цифровізація охорони здоров'я.

ANNOTATION

Matsyk V.O. Modernization of public policy in the field of health care. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis submitted for obtaining the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 051 "Economics". – West Ukrainian National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Ternopil, 2023.

The dissertation is dedicated to the deepening of the scientific foundations and developing the scientific and practical recommendations for the modernization of public policy in the field of health care.

In the first chapter, "Theoretical, methodological and institutional determinants of public policy in the field of health care of the national economy ", the essential determinants of health care system (as an object of public policy), the scientific basis and institutional support of public policy in the field of health care are investigated.

The health is the important resource that helps people to cope with the challenges and rapid changes in their lives. In the conditions of digitalization of the economy, industrial revolution 4.0 and 5.0, the emphasis is placed on the factors that can prevent the destructive influence of the environment and support the favorable social state of a person in the components of health.

The main aspects of health that should become the object of public policy should be health monitoring, detection of diseases and their treatment, prevention of diseases and pandemics, creation of a competitive health care system, compliance with supranational requirements in the field of health care, forecasting economic, geopolitical, environmental risks for health and developing adaptive levers for their leveling.

The need for health care is caused due to a number of reasons: the need to maintain an adequate quality of life, to work productively, to create greater added value in the national economy, to preserve health potential, to provide future generations with a healthy and viable environment. If we consider the human health from the standpoint of economic coordinates, then a healthy person is more productive and can create greater added value and thereby increase the contribution to the gross domestic product (GDP), the development of the country's economy and society as a whole. A healthy population contributes to the improvement of the standard of living and general well-being of the country.

Health care in the modern global space is one of the key functions of the state, because the general well-being of the society, social justice, prevention of diseases, international status of the country, macroeconomic security and stability depend on it.

At the state level, health care is associated with providing the necessary list of available, high-quality medical services, creating of organizational and economic prerequisites for the functioning of health care institutions, providing the access to the

main material resources that affect human health, creating appropriate prerequisites for resource support of the health care system, appropriate conditions for self-education and strengthening of health potential.

The health care system is created by certain institutions. It includes: primary, secondary, highly specialized medical care, emergency care, mental health care, medical rehabilitation, geriatric care, palliative care, maternal and child health care, dental care, public health, preventive medicine, alternative medicine, telemedicine and digital health, medical education, healthcare staffing, resource support, infrastructure support, institutes implementing public health policy and management of its subsystems, forms of organization of the health care system. The pharmaceutical establishments, which provide services for the sale of medicines and medical preparations, also occupy an important place in the health care system. These include pharmacies, pharmacy bases (warehouses), warehouses of medical equipment, bases of special medical supply, control and analytical laboratories for the analysis of the quality of medicinal products, medical equipment stores, and medical optics.

National health systems, in accordance with the requirements and recommendations of the WHO, should correspond to the following principles and standards: non-discrimination in obtaining medical services, availability of health care facilities, medical services, necessary medicines and medical preparations, compliance with the principles of medical ethics and cultural values in the provision of medical services, guaranteeing the quality of medical services, accountability of medical institutions to society.

Public health care policy in the thesis is considered as an important component of the public policy of the state, which defines the goals and priorities in the field of health care and is aimed at creating a modern, competitive, accessible, high-quality, integrated into the global medical space of the health care system taking into account the challenges and needs of the internal environment, first of all, the preservation of health potential in the conditions of security threats, challenges of digitalization, technological progress, European integration challenges with the help of legal, institutional, target, functional, organizational and economic subsystems.

Public policy is implemented through a functional mechanism, which in addition to traditional functions in modern conditions is complemented by a prognostic function that verifies the vectors and long-term priorities of the state policy in the field of health care; an adaptive function that through the appropriate levers of state regulatory influence adapts to modern challenges of an endogenous and exogenous nature; risk management; preventive function; the function of intersectorial cooperation with the involvement of public representatives and members of professional self-governing associations of medical institutions and pharmaceutical institutions; the integration function which is implemented through the global health diplomacy; the control and analytical function, which must be implemented through research and supervision due to the collection and analysis of data on the state of health which make it possible to make decisions, determine trends and direct measures in the sphere of health care; ensuring the health care system's resilience and adaptability to new challenges and threats.

The paper emphasizes that health policy can and should transcend national borders including cooperation between countries in order to overcome global health challenges such as pandemics, international disease outbreaks, ensuring health safety.

The research on health care policies in different countries has shown that they can differ significantly between the economic systems of developed and developing countries due to differences in political, economic and social factors. However, there are some general principles that should include: universal access to health care, prevention and health promotion, elimination of disparities in access to medical services, integration of information technologies into the health care system ensuring the quality and acceptable cost of medical care, cross-sectoral cooperation of the state and health care providers, insurance companies and public organizations in improving the effectiveness of health care policy, supporting innovation in new treatments, technologies and approaches to care that can improve patient outcomes and reduce costs, cooperation at the supranational level in solving global health problems.

The scientific basis of public health care policy is created by scientific theories and models. Health care models are certain conceptual frameworks and approaches to

the organization and provision of medical services to the population. These models reflect various aspects of the health care system, including financing, availability, types and scope of services, coordination between providers, etc. Health care models at work are structured according to the type of economic systems, forms of management, and sources of financing medical services.

Depending on the mechanisms of financial provision of medical services, the following models of public policy can be distinguished: English (Beveridge model), German (Bismarck model), "out of pocket", mixed, centralized, decentralized, private, insurance.

The main goal-realizing elements of the state health care policy should include: creation of a public health care system, provision of proper medical care, quality management of medical services, proper health care financing, staffing, information support, providing access to medicines and medical technologies and monitoring their safe use.

Effective institutional support for public policy requires coordination, transparency, accountability and cooperation between various subjects at different levels of functioning of the national economy: supranational, macroeconomic, macrostructural, regional, local.

The study of the transformation of the institutional support of the public health care policy made it possible to single out several stages: the creation of medical services market, the introduction of decentralized approaches in the management of medical services, the conceptualization of the directions of medical reform, the transformation of financial support in the field of health care, the determination of strategic vectors for the development of the health care system, the formation of a competitive network of health care institutions.

In the second chapter "Analysis of the implementation mechanism of public policy in the field of health care of the national economy ", the monitoring of the state of health care of the national economy was carried out, the current organizational and economic mechanism of public management of health care of the national economy

was analyzed, the organizational and methodological approaches for evaluating the effectiveness of public policy in the field of health care were substantiated.

Organizational and methodological support of health monitoring (the results of which give an informational and analytical basis for making decisions in the field of public policy) is created by: indicators of biological health, which reflect the state of physical and psychological well-being of the population; population health which reflects the health state of the population living in the country, region, city, territorial community; demographic indicators reflecting birth rate, mortality rate, life expectancy; level of morbidity: general, infectious, hospital; state of physical development; as well as a digital health map, which is based on the health profiles of all EU countries and countries applying for EU membership.

The monitoring of these indicators made it possible to reveal the negative dynamics of the decrease in the birth rate, which before the beginning of a full-scale war had the lowest value in the last 10 years and the highest value in the world of mortality rates, the main causes of which are oncological diseases and external causes (full-scale armed aggression).

The analysis of indicators according to the digital map ("the health state of the population; health indicators associated with behavioral risk factors; the state of organization of the health care system; effectiveness, availability of medical services, sustainability of the health care system") allowed to distinguish 5 clusters of regions of Ukraine: 1) with a high level of health; 2) with a good level of health; 3) with an average level of health; 4) with a low level of health; 5) with a very low level of health. In the regional section, a cluster of regions (Ternopil, Ivano-Frankivsk, Kirovohrad, Sumy, Chernivtsi regions) with the indicators of relatively high level of health was formed, which will require the further development of effective organizational and economic levers of public policy to maintain and increase.

Economic, social, geopolitical, ecological, and behavioral risks are identified as the main risks for the health of Ukraine.

The studies have shown that in order to reduce risks for health and to meet the requirements of Ukraine's integration into the EU in the field of health care in Ukraine,

the emphasis in the implementation of public policy has begun to be placed on the educational component, intersectorial cooperation in overcoming the negative impact of risk factors on health, carrying out preventive measures, strengthening the recreational component in improving the parametric characteristics of health. These measures were reflected in the strategic documents supporting health motor activity (the creation of cycling clubs), the fight against non-communicable diseases, the implementation of a healthy diet model and the development of a digital healthcare model.

Carried out calculations concerning the realistic using of a "healthy food plate" showed that the minimum wage will cover only 75% of the costs of physical improvement and nutrition. Therefore, at the state level, the parametric characteristics of the minimum consumer budget, the consumer basket, which are taken as the basis for calculating the minimum wage, should be revised and institutionalized in order to improve the block of indicators of physical health support for the population of Ukraine.

In order to characterize the state of health in EU countries, the population health index is calculated. This comprehensive indicator assesses the level of health and well-being of the population in a certain region, country or group of countries. This index usually consists of several key indicators obtained through a longitudinal study. The conduct of such study in Ukraine showed that 75% of Ukrainians are satisfied with the services of a district therapist or family doctor, 46% of Ukrainian residents are not satisfied with their health.

The analysis carried out in the dissertation showed that according to the demographic, medical, and physiological parameters of the state of health in Ukraine, there are not at the moment adequate prerequisites for full-fledged and expanded reproduction of the population and maintenance of the physiological state of health from the standpoint of a preventive component.

The analysis of the mechanism of public policy was carried out in terms of the components of the organizational and economic mechanism that unites the organizational levers of the state in planning, administrative regulation (licensing of

medical practice, state accreditation of medical institutions, certification of medical workers), organizational coordination and quality control of the provision of medical services and economic levers (budgeting, price regulation, investment regulation). According to its results, it was found:

- 1) insufficient effectiveness of the use of program and planning tools due to the decreasing of state funding of targeted programs twice, violation of the mechanism of planned funding, lack of a mechanism for tracking the effectiveness of their implementation, lack of a mechanism for public reporting and public control, except of the use of quasitools that combine elements of budgeting and programming (programs of medical guarantees and reimbursement of medicines and medical preparations);
- 2) ensuring the guaranteed quality of the provision of medical services by the state with the help of: licensing of health care institutions which is mandatory; accreditation and certification of medical institutions which are mandatory for communal non-commercial enterprises and optional for other health care institutions; standardization based on clinical standards of medical practice; quality control of the provision of medical services in accordance with ISO 9001 standards; conducting clinical audit procedures. It should be noted that the practice of certification is now most widespread among private medical institutions, which are more open to changes and seek to be competitively positioned on the market and integrate into the global medical sphere and a prerequisite for these processes is the presence of ISO and JCI international quality certificates;
- 3) a decrease in funding under the medical guarantee program due to active hostilities, although the increase in public spending on health care is declared for the period of post-war recovery and reconstruction of Ukraine;
- 4) allocation of funds for medical care in the temporarily occupied territories, financing of health care facilities within the framework of medical subsidies, reimbursement programs, purchase of modern equipment, medical products and medicines, increased spending on public health, epidemiological surveillance

and control, expenses for the salary payments to the personnel of medical institutions;

- 5) reduction of capital transfers, expenditures on social security (payments of material assistance, scholarships, etc.), on scientific research and development within the framework of the implementation of state and regional target programs. Reducing the costs of scientific research by more than 10 times only worsens the indicators of noospherization in the field of public policy implementation in the field of health care of the national economy;
- 6) an 11-fold increase in health care costs over the past 15 years, but 88.4% of all costs were government costs within the framework of the medical guarantee program and 11.6% were household costs;
- 7) reduction of alternative sources of financing: insurance mechanisms for health care financing (private medical insurance on the domestic market of insurance services occupies only 14% of the structure of the insurance portfolio of the national economy); hospital funds as a form of financing medical services at the expense of accumulated personalized target funds by individuals and legal entities;
- 8) using the potential of clustering in order to form a competitive network of health care institutions at the regional level.

To evaluate the effectiveness of public policy in the field of health care, the paper proposes an integral indicator of effectiveness, which is determined by the model of weighted geometric mean of integral indices that reflect managerial efficiency (management costs), noospherization (expenses for research development and advanced training of personnel in the field of health care), innovation (attraction of investments for the implementation of innovative projects), digitalization (expenditure of health care institutions on software).

The calculations of this indicator for the years 2005-2020 showed positive dynamics of the integral indicator and indicators indicating the functional effectiveness of public policy, its noospherization, increased investments in technological renewal,

but from the standpoint of health indicators (mortality rate), a negative growing dynamics is observed.

The correlation of the calculated integral indicator of the effectiveness of public policy with the main macroeconomic indicators characterizing the creation of GDP per capita, labor productivity, and the number of employees aged 15 to 70 years showed insufficiently effective influence of public health care policy on indicators of macroeconomic activity and at the same time moderate influence on ensuring the conditions of balanced development of the national economy.

Characterizing the overall effectiveness of public policy implementation, the following restraining factors were singled out in the work: deterioration of parametric characteristics of health potential; insufficient statistical base for assessing the impact of the processes of noospherization and digitalization and the development of the domestic health care system; the lowest healthcare expenses in the EU; low specific weight of private medical institutions, which now invest the most in modernizing technical support and improving the quality of medical services; significant destruction of the medical infrastructure, which will require additional capital investments for post-war recovery and reconstruction; the lack of unified accounting of needs and the state of use of medical humanitarian aid gives rise to illegal behavior; lack of predictive calculations of the functional efficiency of the results of merging medical institutions into a hospital network.

Despite the challenges of martial law in the domestic health care system, the work singles out a number of stimulating factors, including: the transformation of national norms and standards of medical practice to European norms and standards, a change in the financing model of health care institutions, the positioning of information technologies as a competitive growth factor; the possibility of cooperation with international organizations, global partnerships in the field of solving health care tasks, the use of quasi-fiscal instruments of state support in the field of health care.

In the third chapter "Directions of public policy modernization in the field of health care of the national economy ", the doctrinal principles and strategic guidelines for the modernization of public policy in the field of health care are substantiated taking

into account modern challenges and the declared priorities of the development of the health care system.

To substantiate the conceptual foundations of public policy modernization, a modernization doctrine was developed. It identifies the purpose of the modernization of public policy management in the field of health care. It is emphasized that the purpose of the modernization of public policy management in the field of health care should be the improvement of its institutional, organizational, resource, functional, and instrumental subsystems in the context of responding to the challenges of European integration, decentralization, digital, noospheric, sustainable, inclusive development, increasing their adaptability to modern security challenges and threats.

The main purposes of modernization of public policy management in the field of health care include: adaptation to European norms and standards in the field of health care; introduction of international standards of treatment quality; building an effective system of institutional support; high-quality resource provision of the health care system; improvement of the organizational and economic management mechanism.

The doctrine as a complete document consists of theoretical, empirical, logical, argumentative parts, based on the ideology of ideal modeling of management processes using interpretive schemes and models.

In order to adapt the national public policy to the European requirements of governance in the field of health care, it is proposed to focus on the following priority areas: public health, pharmaceutical industry, medical services, medical education, and implementation of the concepts of e-medicine, m-medicine, "smart" health and "unified" health.

In order to improve public policy in the pharmaceutical industry and its institutional support, it is proposed to develop and adopt the Concept for the development of the pharmaceutical industry of Ukraine, the main purpose of which should be to ensure the appropriate level of quality and effectiveness of pharmacotherapy, to promote health improvement and to increase the duration and quality of life of the entire population of Ukraine.

In order to modernize the medical education system, it is proposed to implement the innovative learning technologies, such as artificial intelligence, virtual and augmented reality for ensuring practice-oriented training of students.

In order to ensure the modernization of the domestic health care sector and the expansion of the list of medical services, it is proposed to popularize and develop medical tourism, which should become a mover of the national economy and a reliable source of replenishment of the state's financial resources. Medical services include general surgery, dentistry, cardiac surgery, infertility treatment, and ophthalmology as well as surrogate motherhood, diagnostics, rehabilitation and general health improvement.

In order to improve domestic public policy in the field of public health protection, it is proposed to move away from the model focused on the treatment of already identified diseases and introduce the "5P-medicine" model, which consists of five components: personalization, forecasting, prevention, participativity and psycho-cognitive skills. Personalization involves the introduction of an individual patient-oriented approach to each person. Forecasting provides prediction of the development of the disease based on the human genome and the individual characteristics of its organism. Prevention allows you to prevent the occurrence of a disease based on the nature of the predicted disease. Participativity provides the broad involvement of various doctors in the treatment process (forming a multidisciplinary team), as well as the patient himself, who turns from an object of treatment into a full-fledged participant in this process. Psycho-cognitivity reflects the behavior of people in the field of preventing the occurrence of diseases, responding to them and fighting against them, ways of choosing treatment options and the nature of interaction with medical workers during the treatment process.

To introduce the concept of "5P-medicine" into the domestic sphere of health care, it is proposed to carry out a number of measures, which are conventionally divided into three blocks: ideological, methodological and organizational.

In order to ensure the transition of domestic public policy in the field of health care from a model focused on the treatment of already identified diseases to the "5P-

medicine" model, it is proposed to develop genetic passports for each citizen, which can be of two types: DNA-profile (identification genetic passport), which should be used mainly to establish or confirm a person's identity and a genetic health passport, which allows you to detect a predisposition to various diseases, on the basis of which a set of preventive and diagnostic measures and measures to prevent their occurrence is made.

In order to ensure digitalization of the domestic health care sphere, it is proposed to supplement the Concept in such areas as development of m-health and m-medicine, development of the Internet of Things and development of appropriate technologies, development of artificial intelligence.

To ensure the development of m-health and m-medicine, it is proposed to take a number of measures, in particular: stimulate the development of appropriate software for smartphones; integrate appropriate software into the patient health monitoring process; encourage citizens to use actively mobile devices in order to monitor their health; to stimulate the development of the Internet of Mobile Things.

To stimulate the development of telemedicine as one of the most promising methods for getting a patient-oriented approach in the process of providing medical services, it is proposed to develop technical models, algorithms and procedures for providing telemedicine services, standards for their provision, supply technical equipment for providing telemedicine services, and organize effective protection of medical information.

The results of the research are reflected in such works:

"Mechanism for the activation of the business environment as a subject of the transformation of Ukrainian cities on the basis of sustainable development and the introduction of smart technologies" (state registration number 0119U101365), in which the author justified the specifics of the use of smart technologies in the market of medical services; in terms of developing proposals for the use of program mechanisms for the post-war recovery of the health care sector of the national economy;

"Formation of medical and applied tools for managing the development of health care facilities in the conditions of war and post-war recovery", (state registration

number 0123U101891), in terms of developing proposals for the use of program mechanisms for post-war recovery of the health care sector of the national economy;

scientific research work under contract No. MPUP-83-2021 "Analysis of the financial capacity of the territorial community to build a system of civil protection of the population" (state registration number 0121U114004), in the part of substantiating indicators of the effectiveness of the implementation of civil protection and preserving the health of the population of the territorial community;

"Actual problems of public management and administration" (state registration number 0188U003181), which substantiates the mechanism of implementation of valeological approaches to the implementation of public policy in the field of health care;

"Management and public administration in the conditions of transformations", (state registration number 0123U103562), in which the strategic vectors of management in the field of health care;

"Competitive positioning of a health care facility in the market of medical services" (state registration number 0123U104127), in the part of substantiating approaches to the modernization of the marketing toolkit of positioning a health care facility in the market of medical services.

The results obtained by the author were tested and brought to the level of specific methodological and practical recommendations which were used to improve the organizational and economic mechanism of public policy implementation in the work of the Ministry of Health of Ukraine, the State Emergency Service of Ukraine, the Department of Health of Ternopil Regional Military State Administration, Ternopil Regional Information and Analytical Center of Medical Statistics of Ternopil Regional Council in order to deepen the content of educational components at West Ukrainian National University. As evidenced by the relevant confirmation certificates. In particular:

- the author's work on forecasting the risks of civil protection of the population and models of the use of digital technologies in the provision of health care services to the personnel who provide civil protection of the population is used

in the Department of Organization of Medical Support, Medical and Biological Protection and Labor Protection of the State Emergency Service of Ukraine for improvement of medical support and medical and biological protection in the labor protection system (certificate No. 03-14572/181 dated 04.08.2023);

- the proposals for evaluating the effectiveness of the implementation of strategic and program tools for health care management at the regional level, improving organizational support for attracting investment resources in the field of health care in the region are used in the work of the Department of Health Protection of Ternopil Regional Military State Administration to improve organizational and economic support of program and planned work in the field of regional component of public health care policy under martial law (certificate No. 4791/03-01 dated 06.09. 2023);
- the author's work on information and analytical support for monitoring the health of the population, the use of integrated medical care systems for the population of the region and the roadmap for accompanying of patients with chronic diseases are used in the work of «Ternopil Regional Information and Analytical Center» of Medical Statistics"r of Ternopil Regional Council with organizational and methodological support for monitoring the state of the public health system of the region (certificate No. 68 dated 23.10.2023);
- the author's proposals regarding the mechanism of using the public policy modernization in the work of the Department of Medical Personnel, Education and Science of the Ministry of Health of Ukraine were used in creating of a strategic matrix for the development of the health care sector, risk forecasting in the field of health care management and the use of adaptive technologies for its management (certificate No. 22-04/30922/2-23 dated 30.10.2023).

The obtained results of the research work were implemented in the educational process of West Ukrainian National University in deepening the content of the programs and educational and methodological support in the disciplines: "Economic and financial support of the activities of health care institutions" for the training of applicants at the second (master's) level of higher education in the field of knowledge

07 " Management and administration" specialty 073 "Management" of the educational and professional program "Management of health care institutions"; "Public policy and governance" for the training of applicants at the second (master's) level of higher education in the field of knowledge 28 "Public management and administration" specialty 281 "Public management and administration" (certificate No. 126-26/2006 dated 22.09.2023).

Key words: public policy, health care system, medical services, institutional mechanism, health care legislation, medical reform, evaluation of public policy effectiveness, public health, health care facilities, quality management of medical services, financing health care, medical guarantee program, strategy, doctrine of modernization of public policy, digitization of health care.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Стаття у міжнародному періодичному виданні :

1. Volodymyr Matsyk, Tetiana Popova, Mariana Iskiv, Viktoriia Zagurska-Antoniuk, Nataliia Terentie The Application of Public-Private Partnership for the Purpose of Implementing State Policy in the Sphere of Health Care. *International Journal of Economics and Business Administration. Volume VIII. Issue 3. 2020. Pp. 128-138.* (Застосування державно-приватного партнерства з метою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. *Міжнародний журнал економіки та ділового адміністрування (ІЕВА).* 2020. том. 3 (3). С.128-138.) (0,6 д.а./0,25 д.а. авторський внесок: обґрунтування місця державно-приватного партнерства в системі публічної політики охорони здоров'я). Наукометричні бази: RePEc, SSRN, JEL, Google Scholar, Crossref, Index Copernicus, Scopus і Web of Science. URL: <https://ideas.repec.org/a/ers/ijebaa/vviii2020i3p128-138.html>

Статті у наукових фахових виданнях:

2. Мацик В.О. Модернізація інформаційно-комунікативного забезпечення діяльності медичних установ. *Інноваційна економіка.* 2020. № 5-6. С.97-102. (0,4 д.а.). (Наукометричні бази: Google Scholar, Index Copernicus, Research

- Bib, Crossref, ERIH PLUS, Eurasian Scientific Journal Index (ESJI), Polska Bibliografia Naukowa, Directory of Research Journals Indexing (DRJI), OPEN-ACCESS JOURNALS).
3. Мацик В.О., Желюк Т.Л. Медичний туризм нові напрямки та можливості: макроекономічні та регіональні аспекти. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2021. Вип. 26. С.17-27. (0,6 д.а./0,3 д.а. авторський внесок: обґрунтування макроекономічної ефективності медичного туризму). (Наукометричні бази: Google Scholar, Index Copernicus).
 4. Мацик В.О., Котис Н.В. Інноваційні підходи до організації комунікацій на ринку медичних послуг. *Інноваційна економіка*. 2022. №1 (90). С. 67-73. (0,7 д.а./0,35 д.а. авторський внесок: в частині обґрунтування підходів до модернізації комунікацій на ринку медичних послуг). (Наукометричні бази: Google Scholar, Index Copernicus, Research Bib, Crossref, ERIH PLUS, ESJI, Polska Bibliografia Naukowa, DRJI, OPEN-ACCESS JOURNALS).
 5. Мацик В. Публічна політика охорони громадського здоров'я України в умовах євроінтеграційних викликів. *Вісник Хмельницького національного університету. Серія: економічні науки*. 2023. № 2 (316). С.357-362. (0,5 д.а.). (Наукометричні бази: Index Copernicus, Google Scholar, CrossRef).

Монографії

6. Мацик В.О. Активізація валеологічного підходу до інституалізації реформи сфери охорони здоров'я. Модернізація менеджменту та публічного управління сфери охорони здоров'я. Кол. мон. За ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль: крок. 2020. 560 с. С.517-527. (0,3 д.а.).
7. Мацик В.О. Ресурсне забезпечення закладу охорони здоров'я. Модернізація менеджменту та публічного управління сфери охорони здоров'я. Кол. мон. За ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль: крок. 2020. 560с. С.226-235 (0,5 д.а.).
8. Мацик В.О. Публічна політика в сфері охорони здоров'я. Розвиток публічного управління та менеджменту в умовах трансформаційних

викликів. За ред. Шкільняка М.М., Васиної А.Ю. Тернопіль. ЗУНУ.2022. 524с. С.121-127 .(0,4 д.а.).

Публікації за матеріалами конференцій:

9. Мацик В. О. Управління ресурсним забезпеченням у процесі функціональної діяльності медичного закладу. Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, Тернопіль, 25 квітня 2018 року. Тернопіль, 2018. С. 314-317 (0,2 д.а.).
10. Мацик В. О. Стратегічний підхід до управління ресурсним забезпеченням діяльності медичного закладу. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, Кам'янець-Подільський, грудень 2018 року. Тернопіль, 2018. С. 213-216 (0,2 д.а.).
11. Мацик В.О. Перспективи розвитку превентивної медицини. Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю.(Тернопіль, 15 травня 2020 року). 2020. Частина 1.400 с. С.116-120 (0,3 д.а.).
12. Мацик В.О., Желюк Т.Л. Публічна політика в сфері охорони здоров'я: нові виклики та можливості. International conference Information of socio-economic development of the state and region: Conference Proceedings, aprils 20. 2020. Gromadka, Poland: Gokib. 160 p. P.10-14.(0,4/авторський внесок 0,2 д.а.: обґрунтування стимулюючих чинників реалізації публічної політики).
13. Мацик В.О. Цифрові аспекти модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Особливості розвитку вчених, освіти, науки бізнесу і суспільства в середовищі глобальних умов: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (11 березня 2021 р., Тернопіль, ЗУНУ). Тернопіль: ФОП Осадца Ю.В. 2021. 84с.С.40-42 (0,25 д.а.).
14. Мацик В.О. Оцінка результативності реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного

- розвитку економіки. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 28 травня 2021 року). Тернопіль: СМП «Тайп». 2021. 400с. С.114-117 (0,25д.а.).
15. Volodymyr Matsyk, Dmytro Shushpanov, Tetiana Zheliuk, Alina Zhukovska Management of the health care system in the conditions of population aging: information, analytical and methodical dimension. 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies ACIT'2021. Conference Proceedings. Deggendorf, Germany, September 15-17, 2021. P.5. (0,5 д.а./ авторський внесок 0,15 д.а., обґрунтування індикаторів моніторингу стану здоров'я). Наукометрична база: Scopus.
16. Мацик В.О. Виклики публічної політики охорони здоров'я в умовах військового стану. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю «» (Тернопіль, ЗУНУ, 31 травня 2022 р.). С.136-138. (0,25д.а.).
17. Мацик В.О. Інституційні імперативи стратегічного планування розвитку системи охорони здоров'я Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю, м. Тернопіль, 4 травня 2023 року. 2023. ТНЕУ. Частина 1. 340с. С.159-161 (0,25 д.а.).

ВСТУП

Актуальність теми. Досягнення цілей Стратегії сталого розвитку України «Україна-2030», показників демографічної, біологічної безпеки неможливе без покращення параметричних характеристик національної системи охорони здоров'я та стану здоров'я населення. Виклики безпекового характеру, зумовлені повномасштабною агресією росії проти України, активізували питання відновлення та відбудови зруйнованої інфраструктури ринку медичних послуг, забезпечення доступу населення до медичної допомоги на тимчасово окупованих та деокупованих територіях, створення ефективної системи цивільного захисту населення. Поряд з тим, інтеграція України до Європейського Союзу актуалізує потребу напрацювання дієвих механізмів адаптації національної системи норм та стандартів, що регламентують надання медичних послуг, до європейських принципів демократичного врядування, контролю якості та безпеки надання медичних послуг, переорієнтування вітчизняної політики охорони здоров'я від політики лікування до збереження та примноження потенціалу людського здоров'я, розвитку вітчизняної системи громадського здоров'я, створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я. У цьому поступ важливо забезпечити поєднання напрацьованих вітчизняних підходів і досягнень у сфері охорони здоров'я із кращим світовим досвідом.

Вище сказане потребує напрацювання наукових підходів до вдосконалення публічної політики охорони здоров'я в рамках окремого наукового дослідження.

Наукова та прикладна значимість даного дослідження підсилюється потребою досягнення цілей цифрового розвитку системи охорони здоров'я суспільства відповідно до пріоритетів Стратегії цифрового розвитку «Україна 2030Е» [131], забезпечення децентралізованих підходів в управлінні охороною здоров'я, що задекларовані «Державною стратегією регіонального розвитку України на 2021-2027 роки» [32]. Науковий імператив дослідження підсилюється необхідністю вирішення поставлених завдань Стратегією розвитку системи охорони здоров'я до 2030, що стосуються створення

інституційного підґрунтя для підвищення конкурентного потенціалу усіх складових національної системи охорони здоров'я, підвищення результативності публічної політики з відповідними інструментами доступу населення до якісних медичних послуг [124].

Науковим основам публічної політики охорони здоров'я у своїх працях увагу приділили як зарубіжні так і вітчизняні науковці. Серед зарубіжних варто виокремити напрацювання: Алкема Л., Ван Дж.Л., Маслоу А., Стокса Дж., Норена Дж., Шинделла Сідні, Чжана Дж.Д., Камрадта-Скотта А. і інших.

Науковий базис для дослідження публічної політики охорони здоров'я національної економіки та шляхів її модернізації напрацьовано у працях провідних вітчизняних науковців, серед яких варто виокремити праці Августина Р.Р., Білинської М. М., Васюка Н. О., Васильціва Т.Г., Гальцової О. Л., Радиш Я. Ф., Рожкової І.В., Желюк Т.Л., Жуковської А.Ю., Зуб І. М., Забаштанського М. М., Князевич В. М., Ліштаби Л. В., Мельник А.Ф., Москаленка М. Ф., Мельниченка О.А., Овчарової Ж.М., Шкільняка М.М., Шапоренка О.І., Шушпанова Д.Г. і інших.

Визнаючи вклад даних вчених та практиків у поглиблення наукових та організаційно-прикладних засад реалізації публічної політики, варто звернути увагу, що виклики сьогодення зумовлюють необхідність подальших наукових досліджень, пошуку дієвих підходів до створення багатоканального фінансування в умовах децентралізації, поєднання державних гарантій з підтримкою конкурентоспроможності на ринку медичних послуг, зростання проектних ініціатив та міжсекторного партнерства закладів охорони здоров'я, створення превентивної моделі публічної політики охорони здоров'я національної економіки.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота пов'язана з науковими темами Західноукраїнського національного університету. Зокрема, з такими темами:

«Механізм активізації бізнес-середовища як суб'єкта трансформації міст України на засадах сталого розвитку та впровадження смарт-технологій» (номер

державної реєстрації 0119U101365), в рамках якої автором обґрунтовано специфіку використання смарт-технологій на ринку медичних послуг;

«Формування медико-прикладного інструментарію управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах війни та повоєнного відновлення», (державний реєстраційний номер 0123U101891), в частині напрацювання автором пропозицій щодо використання програмних механізмів повоєнного відновлення сфери охорони здоров'я національної економіки;

науково-дослідній роботі за договором № МПУП-83-2021 «Аналіз фінансової спроможності територіальної громади для побудови системи цивільного захисту населення» (державний реєстраційний номер 0121U114004), в частині обґрунтування показників результативності реалізації цивільного захисту та збереження здоров'я населення територіальної громади;

«Актуальні проблеми публічного управління та адміністрування» (державний реєстраційний номер 0188U003181), в якій обґрунтовано механізм впровадження валеологічних підходів до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я;

«Менеджмент та публічне управління в умовах трансформацій», (державний реєстраційний номер 0123U103562), в якій обґрунтовано стратегічні вектори управління сферою охорони здоров'я»;

«Конкурентне позиціонування закладу охорони здоров'я на ринку медичних послуг» (державний реєстраційний номер 0123U104127), в частині обґрунтування підходів до модернізації маркетингового інструментарію позиціонування закладу охорони здоров'я на ринку медичних послуг.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є поглиблення наукових засад та напрацювання прикладних рекомендацій щодо модернізації публічної політики охорони здоров'я.

Відповідно до поставленої мети в роботі окреслено та вирішено такі завдання:

- систематизувати наукові підходи до розуміння суті здоров'я як складової соціального та економічного благополуччя національних економік для

виявлення критеріїв його збереження, обґрунтування напрямів впливу держави для підвищення його потенціалу з позицій публічної політики охорони здоров'я;

- узагальнити науковий базис публічної політики в сфері охорони здоров'я для обґрунтування її сутнісних детермінант та поглиблення окремих змістових положень;

- проаналізувати інституційне забезпечення публічної політики в сфері охорони здоров'я для дослідження етапів її становлення та побудови інституційної архітектоніки її реалізації в сучасних умовах;

- проаналізувати стан та тенденції розвитку сфери охорони здоров'я як складової національної економіки для ідентифікації основних ризиків, виявлення дисбалансів для їх нівелювання через механізм публічного управління охороною здоров'я;

- проаналізувати організаційно-економічний механізм публічної політики охорони здоров'я для обґрунтування стану використання важелів управлінського впливу на систему охорони здоров'я;

- оцінити результативність публічної політики щодо складових системи охорони здоров'я для вдосконалення її інформаційно-аналітичного супроводу, виявлення стримуючих та стимулюючих чинників реалізації з метою напрацювання підходів до модернізації її складових;

- обґрунтувати доктрину модернізації публічної політики охорони здоров'я для обґрунтування нової превентивної ідеології її реалізації та окреслення інструментів досягнення задекларованих пріоритетів;

- запропонувати шляхи розвитку системи громадського здоров'я як важливої детермінанти посилення потенціалу здоров'я національної економіки;

- напрацювати організаційно-наукові підходи до використання інструментів цифрової охорони здоров'я, як інструменту конкурентного розвитку системи охорони здоров'я та її інтеграції в глобальний медичний простір.

Об'єктом дослідження є процес формування і реалізації організаційно-економічного механізму публічної політики охорони здоров'я національної

економіки.

Предметом дослідження є теоретико-методологічні та прикладні аспекти реалізації механізму модернізації публічної політики охорони здоров'я національної економіки.

Методи дослідження. У процесі написання дисертаційного дослідження автором використані системний, інституціональний функціональний, процесний, підходи, а також загальнонаукові та конкретні методи дослідження. Зокрема, загальнонаукові емпіричні методи – для спостереження за станом та тенденціями розвитку сфери охорони здоров'я; теоретичні методи, що стосуються систематизації, узагальнення, аналогії, зіставлення, класифікації, пояснення даних; системного та структурного аналізу для оцінки суті, складових підсистем публічної політики охорони здоров'я та механізмів, що на них впливають. Серед конкретних методів варто виокремити методи статистичного, кластерного, порівняльного, структурно-морфологічного, економіко-математичного, рейтингового, експертного аналізу, прикладної економіки для оцінювання місця сфери охорони здоров'я в національній економіці, стану та тенденцій її розвитку, результативності використання інструментів організаційно-економічного механізму публічного управління сферою охорони здоров'я; соціологічного, лонгітюдного опитування щодо задоволеності населення якістю медичних послуг; методи аналізу фактів та чинників, що впливають на реалізацію публічної політики та породжують ризики в системі охорони здоров'я; методи синтезу для формування висновків та обґрунтування наукових рекомендацій щодо шляхів модернізації публічної політики у сфері охорони здоров'я.

Інформаційною основою для написання дисертації стали законодавчі та нормативно-правові акти, що регламентують реалізацію публічної політики в сфері охорони здоров'я, методично-інструктивний матеріал роботи публічних інститутів, закладів охорони здоров'я, стратегічні та програмно-планові документи, статистичні дані Державної служби статистики України, матеріали Національної служби здоров'я України, Міністерства охорони здоров'я України,

Міністерства фінансів України, матеріали наукових публікацій, монографій, збірників наукових праць науково-практичних конференцій з досліджуваної проблематики, інформаційні ресурси мережі Internet, електронної системи охорони здоров'я «eHealth», інформаційно-аналітичні ресурси Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ООН, Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), Європейської обсерваторії з систем і політики охорони здоров'я та інших установ, які проводять дослідження за проблематикою дисертації.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в поглибленні теоретико-методичних підходів та виробленні практичних рекомендацій щодо удосконалення цільової, інституційної, функціональної, організаційної, економічної, ресурсної складових модернізації публічної політики охорони здоров'я. Зокрема, у дисертації:

удосконалено:

- науковий базис реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я шляхом розробки доктрини модернізації публічної політики, в основі якої покладено: еталонну модель організації управлінських процесів; теоретичну, емпіричну, логічну підсистеми; інноваційні підходи до управління сферою охорони здоров'я, які передбачають використання концепції «єдиного здоров'я», валеології, «розумного здоров'я», цифрової медицини, «антиейдж медицини», концепції персоналізованої, прогнозованої, профілактичної, партисипативної та психокогнітивної медицини. Реалізація даної доктрини забезпечить покращення показників стану системи охорони здоров'я, сприятиме підвищенню результативності публічної політики в сфері охорони здоров'я та її адаптивності до сучасних викликів та загроз ;

- понятійний апарат дослідження в частині верифікації дефініції «публічної політики охорони здоров'я», під якою слід розуміти складову економічної та соціальної політики держави, яка за допомогою правових, економічних, організаційних, важелів управлінського впливу через цільову, функціональну, структурну, ресурсну, інструментальну підсистеми з

використанням сучасних наукових концепцій, інституційного базису забезпечує створення ефективної системи охорони здоров'я, спрямованої на формування здорового кадрового потенціалу національної економіки та збільшення продуктивності праці, підтримку потенціалу здоров'я, інноватизацію форм та методів лікування, інтеграцію в глобальний медичний простір з забезпеченням параметрів соціального благополуччя та національної безпеки, що на відміну від діючих підходів акцентує увагу на макроекономічній результативності публічної політики та її превентивній складовій;

- сутнісні детермінанти системи охорони здоров'я як об'єкту публічної політики, яка на відміну від діючих підходів відображена не лише з позицій соціальних та економічних детермінант, але й з позицій пізнавальних, естетичних, трансцендентних потреб, які дозволяють мати людині відчуття власної гідності та повноцінності, що є запорукою здоров'я, а також з позицій чинників збереження та примноження потенціалу здоров'я в розрізі розробленої моделі здоров'я, яка повинна включати фізичне, психологічне, соціальне, духовне здоров'я, детермінанти здорового способу життя, чинники, які впливають на його складові, індикатори дослідження стану безпеки здоров'я, що матиме вагоме значення у побудові стійкої системи охорони здоров'я та її моніторингу, направленої на запобігання деструктивному впливу оточення на людину, підтримку продуктивності кадрового потенціалу, примноження доданої вартості та забезпечення економічного зростання національної економіки;

- наукові та організаційно-методичні підходи формування інформаційно-аналітичного підґрунтя для оцінювання результативності публічної політики охорони здоров'я, які на відміну від діючих показників оцінювання структури, процесів, результатів надання медичних послуг, передбачає розрахунок інтегрального показника макроекономічної результативності за моделлю середньо-геометричного зважування інтегральних індексів, що відображають управлінську ефективність (витрати на управління), ноосферизацію (витрати на науково-дослідні розробки та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я), інноватизацію (залучення інвестицій для реалізації інноваційних

проектів), цифровізацію (витрати закладів охорони здоров'я на програмне забезпечення);

набули подальшого розвитку:

- напрями інституційного забезпечення публічної політики у сфері охорони здоров'я, що представлені у вигляді рівневої моделі з цільовою підсистемою, сукупністю формальних та неформальних інститутів, етапами трансформації та архітектонікою реалізації: на наднаціональному рівні через наднаціональну співпрацю і глобальні партнерства для попередження та подолання глобальних загроз здоров'ю; на національному рівні – шляхом створення правових та організаційно-економічних передумов для формування та розвитку системи охорони здоров'я; на макроструктурному рівні – через розвиток міжсекторного партнерства, підтримку технологічного, цифрового розвитку та структурної модернізації охорони здоров'я; на регіональному рівні – шляхом формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я; на локальному – в руслі підвищення якості та доступності надання медичних послуг; на особистісному рівні – через розвиток складових здоров'я та примноження чинників, що їх генерують;

- організаційно-методичні підходи до моніторингу стану здоров'я, результати якого мають створювати інформаційне підґрунтя для вироблення та реалізації рішень в управлінні охороною здоров'я і включати систему показників біологічного, популяційного здоров'я; демографічних показників; рівня захворюваності; показників цифрової мапи здоров'я та профілів здоров'я, в основі яких ступінь задоволення населення станом здоров'я, якість надання медичних послуг; індексів здоров'я та безпеки здоров'я. Використання даних показників дозволило провести кластеризацію регіонів за станом здоров'я, інфраструктурним супроводом, якістю надання медичних послуг, що сприятиме дієвішому використанню важелів організаційно-економічного механізму публічної політики охорони здоров'я;

- наукові підходи до оцінювання використання важелів організаційно-економічного механізму публічної політики, які базуються на показниках

міжнародної системи сателітного та експериментального рахунків охорони здоров'я, враховують сучасні виклики пов'язані із реформуванням охорони здоров'я, євроінтеграцією, цифровізацією, ноосферизацією, децентралізацією і дозволяють прослідкувати структуру на ефективність витрат на охорону здоров'я, виявити інституційні асиметрії, стан використанням квазі-інструментів управління сферою охорони здоров'я, та напрацювати підходи щодо вдосконалення інструментарію публічної політики, її ресурсного забезпечення в частині реалізації превентивних заходів (створення велохабів, підтримки моделі здорового харчування, перегляду мінімального споживчого бюджету, для підтримки фізичного здоров'я населенням України);

- вектори модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я та їх цілереалізуючих систем, які повинні включати: побудову ефективної системи інституційного забезпечення; удосконалення організаційно-економічного механізму реалізації публічної політики; адаптацію до європейських норм та стандартів в сфері охорони здоров'я; впровадження міжнародних стандартів якості медичної допомоги ISO та золотого стандарту JCI; розвиток електронної системи охорони здоров'я; підвищення якості ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я; диференціацію джерел інвестування у відновлення та модернізацію медичної інфраструктури; створення конкурентоспроможної мережі закладів охорони здоров'я; адаптацію до викликів та загроз шляхом створення безпечного та безбар'єрного середовища в закладах охорони здоров'я; розвиток ринку реабілітаційних медичних послуг, підвищення якості надання медичних послуг та медичної допомоги в умовах безпекових загроз; розвиток економіки громадського здоров'я, медичного туризму, що дозволить створити сучасну превентивну модель публічної політики охорони здоров'я, верифікувати напрями її подальшого вдосконалення з метою відновлення та створення конкурентоспроможного медичного простору національної економіки;

- напрями адаптації публічної політики в сфері охорони здоров'я до вимог ЄС шляхом розвитку системи громадського здоров'я; підвищення безпеки фармацевтичної галузі шляхом використання європейських стандартів якості

лікарських засобів та товарів медичного призначення; електронного документообігу; підвищення якості та доступності медичних послуг; удосконалення системи медичної освіти та підвищення її якості; вдосконалення нормативно-правового забезпечення в частині інституалізації лікарського самоврядування, громадського медсестринства, професійного ліцензування медичних працівників; підвищення ефективності використання інформаційних ресурсів;

- організаційно-наукові підходи до розвитку системи громадського здоров'я в частині використання запропонованої моделі генетичного паспорту громадянина, що повинен включати ДНК-профіль (ідентифікаційний генетичний паспорт), який має використовуватися для встановлення або підтвердження особистості людини, та генетичний паспорт здоров'я, який дозволить виявити схильність до різних захворювань, на основі яких складатиметься комплекс профілактичних і діагностичних заходів, що забезпечить людиноцентричний підхід в наданні медичних послуг, підвищить їх якість та дозволить виробити превентивні заходи для запобігання виникненню захворювань;

підходи до інноватизації публічної політики охорони здоров'я, що передбачають: розвиток державно-приватного, міжмуніципального та міжсекторного партнерства; цифровізацію системи охорони здоров'я шляхом створення цифрових платформ для підвищення кваліфікації медичних кадрів, що сприятиме забезпеченню пацієнтоорієнтованого превентивного підходу в наданні медичних послуг; розвитку «m-здоров'я», «m-медицини», «s-медицини», «інтернету-речей», штучного інтелекту, віртуальної та доповненої реальності шляхом стимулювання вітчизняних ІТ-компаній до розробки відповідного програмного забезпечення для смартфонів та його інтеграцію в процес медичного обслуговування пацієнтів; реалізацію просвітницьких та рекламних заходів, щодо мотивації громадян до використання мобільних пристроїв моніторингу стану здоров'я; розробки технічних моделей, алгоритмів та процедур надання телемедичних послуг.

Практичне і загальнонаукове значення отриманих результатів полягає у можливості їх використання у практичній діяльності інститутів публічного управління, що реалізують публічну політику в сфері охорони здоров'я, а також для поглиблення змістового наповнення освітніх компонент в Західноукраїнському національному університеті, що підтверджують відповідні довідки підтвердження. Зокрема:

Зокрема:

напрацювання автора щодо прогнозування ризиків цивільного захисту населення та моделей використання цифрових технологій в наданні послуг з охорони здоров'я персоналу, який забезпечує цивільний захист населення, використовується в діяльності Управління організації медичного забезпечення, медико-біологічного захисту та охорони праці Держаної служби надзвичайних ситуацій України для покращення медичного забезпечення та медико-біологічного захисту в системі охорони праці (довідка № 03-14572/ 181 від 04.08.2023р.);

пропозиції щодо оцінювання результативності реалізації стратегічних та програмних інструментів управління охороною здоров'я на регіональному рівні, покращення організаційного супроводу залучення інвестиційних ресурсів в сферу охорони здоров'я регіону використовуються в роботі Департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної військової державної адміністрації для вдосконалення організаційно-економічного супроводу програмно-планової роботи в сфері регіональної складової публічної політики охорони здоров'я в умовах воєнного стану (довідка № 4791/03-01 від 6.09.2023);

напрацювання автора щодо інформаційно-аналітичного супроводу моніторингу стану здоров'я населення, використання інтегрованих систем медичного обслуговування населення регіону та дорожньої карти супроводу пацієнтів з хронічними захворюваннями застосовуються в роботі КНП «Тернопільського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики» Тернопільської обласної ради при організаційно-методичному

супроводі моніторингу стану системи громадського здоров'я регіону (довідка № 68 від 23.10.2023 р.);

пропозиції автора щодо механізму модернізації публічної політики використані в роботі Управління медичних кадрів, освіти і науки Міністерства охорони здоров'я України при розробці стратегічної матриці розвитку сфери охорони здоров'я, прогнозування ризиків у сфері управління охорони здоров'я та використання адаптивних технологій управління нею (довідка № 22-04/30922/2-23 від 30.10.2023).

Отримані результати дослідження впроваджено у навчальний процес Західноукраїнського національного університету при поглибленні змістового наповнення програм та навчально-методичного забезпечення з дисциплін: «Економічне та фінансове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я» для підготовки здобувачів на другому (магістерському) рівні вищої освіти галузі знань 07 «Управління та адміністрування» спеціальності 073 «Менеджмент» освітньо-професійної програми «Менеджмент закладів охорони здоров'я»; «Публічна політика та врядування» для підготовки здобувачів на другому (магістерському) рівні вищої освіти галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування» спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» (довідка № 126-26/2006 від 22.09.2023р.).

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дисертації обговорювалися на 10 конференціях, зокрема трьох *міжнародних*: «Соціально-економічний розвиток держави та регіону» (м.Громадка, Польща, 2020 р.); «Актуальні проблеми вітчизняної економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (м.Тернопіль, 2021 р.); 11-та Міжнародна конференція з передових комп'ютерних інформаційних технологій АСІТ'2021. (Деггендорф, Німеччина, 2021 р.) та семи *всеукраїнських конференціях з міжнародною участю*: «Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки» (м.Тернопіль, 2018 р.); «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» (м.Тернопіль-м.Кам'янець-Подільський, 2018 р.); «Актуальні

проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки» (м.Тернопіль, 2020 р.); «Особливості розвитку вчених, освіти, науки бізнесу і суспільства в середовищі глобальних умов» (м.Тернопіль, 2021 р.); «Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки» (м. Тернопіль, 2021 р.); «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України» (м.Тернопіль, 2022 р.); «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (м.Тернопіль, 2023 р.).

Публікації. За результатами дослідження опубліковано 17 наукових праць обсягом 6,55 д.а. (5,32 д.а. належить особисто автору), а саме три параграфи у двох колективних монографії, 5 статей (2 з яких одноосібні) у наукових фахових виданнях, в тому числі одна у міжнародному періодичному виданні, що цитується у міжнародній базі Scopus та 9 публікацій за матеріалами конференцій, в тому числі одна стаття у міжнародному виданні за результатами конференції, що цитується у міжнародній базі Scopus.

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається з анотації, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 170 найменувань, 5 додатків. Загальний обсяг роботи – 271 сторінок, в тому числі 235 сторінок основного тексту, із яких 15 сторінок займають рисунки і таблиці, розміщені на сторінці. Робота містить 37 рисунків та 22 таблиці.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ІНСТИТУЦІЙНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ

1.1. Охорона здоров'я як об'єкт публічної політики

Важливою складовою довгострокових пріоритетів публічної політики національної економіки є забезпечення економічного та соціального благополуччя населення. Охорона здоров'я є складовою даного пріоритету і відповідає цілям політики сталого розвитку, адже досягнути умов збалансованого розвитку суспільства неможливо без збереження здорового потенціалу нації, його генофонду. Це спільна відповідальність держави і суспільства перед нинішніми і майбутніми поколіннями. Практично у всіх глобальних документах, що стосуються сталого розвитку людства ставиться завдання попередження, зниження національних та глобальних ризиків для здоров'я населення.

Серед 17 цілей глобального розвитку «Перетворення нашого світу: Порядок денний в області сталого розвитку на період до 2030 року» [98] ООН пріоритет міцного здоров'я стоїть на третій позиції. «Досягнення даного пріоритету передбачає до 2030 року зниження коефіцієнту материнської смертності (менше 70 на 100000 народжених); зменшення неонатальної смертності (менше 12 випадків на 1000 народжених); зменшення смертності дітей у віці до 5 років (не більше 25 смертей на 1000 народжених дітей); напрацювання ефективних механізмів протидії інфекційним захворюванням та епідеміям; зменшення на 30% смертності від неінфекційних захворювань; зменшення залежності населення від алкоголю та наркотичних речовин; скорочення на 50% смертей від дорожньо-транспортних пригод; зменшення смертності від небезпечних хімічних речовин та отруєння ними водою, ґрунтів і повітря; забезпечення доступу до якісних недорогих медичних препаратів, вакцинації та медико-санітарних послуг. Особливий акцент ставиться на захисті

населення від фінансових ризиків дорого вартісного лікування через відповідні деревні гарантії та страхування життя та підтримці сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї» [98].

Стан здоров'я у країнах світу може значно відрізнятися. Наприклад, середня тривалість життя народженої людини, яка виражає загальний стан здоров'я нації, в розвинених країн, таких як Японія, США, Канада, Європейські країни, може перевищувати 80 років. В той же час, в менш розвинених країнах, особливо в Африці південній від Сахари, вона може бути суттєво нижчою. У країнах з низьким рівнем розвитку дитяча смертність (до 5 років) може бути високою через недостатність доступу до медичних послуг, вакцинації та неналежні умови життя. В розвинених країнах цей показник зазвичай значно нижчий. Розповсюдження інфекційних захворювань, таких як ВІЛ/СНІД, малярія, туберкульоз, може бути особливо високим в країнах з обмеженим доступом до медичних послуг та низьким рівнем гігієни. Одночасно, неінфекційні хвороби, такі як серцево-судинні захворювання, діабет, рак, стають все більшими загрозами для здоров'я у розвинених країнах через зміни в способі життя та дієті. У розвинених країнах зазвичай існує кращий доступ до медичних послуг, включаючи вакцинацію, раннє виявлення захворювань та лікування. У менш розвинених країнах може бути складніше забезпечити належний доступ до якісної медичної допомоги. Розвинені країни зазвичай мають більш розвинуті системи охорони здоров'я з відповідною інфраструктурою та медичним персоналом. У менш розвинених країнах можуть відчуватися дефіцити в медичних працівниках та обладнанні.

Здоров'я є важливим ресурсом, який допомагає людям впоратися з викликами та стрімкими змінами в їхньому житті.

З розвитком суспільства і наукових підходів до медицини, вивчення та обговорення здоров'я стали ще більш систематичними та широкими. Поняття та підходи до здоров'я можуть суттєво відрізнятися в різних епохах та культурах, і розглядати здоров'я в контексті їхніх світоглядів та історичних умов.

Одним з перших згадок про здоров'я з медичної точки зору є давньоєгипетські папіруси Еберса, які містять інструкції щодо лікування різних захворювань за допомогою трав та процедур. Батьком досліджень детермінант здоров'я є давньогрецький лікар Гіпократ, який сформував етичні принципи лікарської практики та розробив теорію про природу захворювань та методи їх лікування. Такі країни як Китай, Індія, Персія та інші, також зробили свій внесок у акумулюванні медичних знань та формування культури здоров'я.

У багатьох випадках давні цивілізації відділяли здоров'я від релігії та духовності, та розробляли власні методи попередження та лікування захворювань.

На даний час існують різні підходи до визначення здоров'я. Згідно трактування Конституції Всесвітньої організації охорони здоров'я «здоров'я – це стан повноцінного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність захворювань. Це стан живого організму, за якого всі органи здатні добре виконувати своє призначення» [169].

Вітчизняні науковці (О.А.Федько, М.М.Амосов, В. Г. Кулініченко, М. С. Гончаренко) представляють здоров'я з позицій трьохкомпонентної пірамідальної моделі, яка поєднує фізичне, психічне, духовне здоров'я [3, 133]. При цьому М. М. Амосов, в праці «Роздуми про здоров'я», особливий акцент ставить саме на духовній складовій здоров'я, що визначає його моральність, свідомість, культуру особистості, ставлення до власного здоров'я [3]. М.М.Амосов відзначав, що «для здоров'я однаково необхідні чотири умови: фізичні навантаження, обмеження в харчуванні, загартовування, час відпочинку й уміння відпочивати. І ще один фактор – щасливе життя! На жаль, без перших чотирьох здоров'я не забезпечується» [3].

З біомедичних позицій здоров'я є здатністю усіх органів людського організму виконувати відповідні функції. На думку, Стокса Джозефа (Stokes Joseph), Норена, Джея (Noren Jay), Шинделла Сідні (Shindell Sidney) здоров'я є «станом, що визначається анатомічною, фізіологічною та психологічною цілісністю; здатність виконувати особистісно цінні сімейні, робочі та громадські

завдання; змога справлятися із фізичним, біологічним, психологічним і соціальним стресом» [150].

В середині ХХ століття при характеристиці здоров'я більша увага приділяється соціальним та економічним детермінантам здоров'я. В основі трактування згідно даного підходу лежить можливість мати самореалізацію, самоповагу, задовольняючи потреби згідно матриці потреб Маслоу (рис.1.1).



Рис.1.1. Матриця потреб Маслоу в моделі здоров'я

Примітка: побудовано на основі [45].

В початковому варіанті вона мала 5 базових потреб, що характеризували можливість людини дихати, мати їжу, воду, сон, житло, задовольняти фізіологічні потреби, мати безпеку (через захист здоров'я, фінансове забезпечення), створити сім'ю, мати романтичні стосунки, розвиватися в соціальному середовищі, отримуючи необхідні послуги, мати повагу, визнання, особистісне зростання, тобто примноження власного потенціалу. В 1970-их роках Маслоу доопрацював дану матрицю, додавши можливість задовольняти ще три групи потреб: пізнавальних (нові знання та наукові дослідження), естетичних (пошук краси та гармонії у всьому), трансцендентних потреб

(духовні практики, філантропія, пошук сенсу життя, вихід за межі власного «я» через медитацію) [45]. Задовольняючи дані потреби людина має відчуття власної гідності та повноцінності, а це є запорукою здоров'я.

В умовах цифровізації економіки, промислової революції 4.0 та 5.0 в складових здоров'я акцент робиться на правильному харчуванні, активному занятті спортом, фізичній активності, сприятливому інформаційному середовищі, яке захищає людину від несприятливої інформації, можливістю мандрувати, навчатися, купувати речі, які забезпечуватимуть потреби людини. В сучасних умовах більший акцент ставиться на чинниках, які здатні запобігати деструктивному впливу оточення і підтримці сприятливому соціальному стану людини.

Отже, аналіз наукової літератури та власні розвідки дозволяють трактувати здоров'я як стан фізичного, психологічного та соціального благополуччя людини, при якому вона має відсутність захворювань чи хронічних захворювань. Здоров'я охоплює певні складові: фізичне, психологічне, духовне, соціальне здоров'я.

Фізичне здоров'я є станом функціонування організму, його витривалості. Фізичне здоров'я включає в себе такі аспекти, як правильне харчування, регулярна фізична активність, забезпечення водно-сольового балансу та належний сон. Фізичне здоров'я є важливим фундаментом для активного та задоволеного життя. Підтримка фізичного здоров'я сприяє підвищенню рівня життя, зменшенню ризику захворювань та підтримці загального добробуту. Основні компоненти фізичного здоров'я включають:

- 1) загальну фізичну форму, яка може покращувати загальний рівень енергії та здатність до різних фізичних активностей і включає в себе витривалість, силу, гнучкість та координацію;
- 2) здорове серце і кровоносну систему. Це важливий аспект фізичного здоров'я, який включає в себе здатність серця до ефективної роботи, нормальний ритм серця, нормальний кров'яний тиск та оптимальний рівень холестерину;

- 3) здорові легені і дихальна система, що забезпечують належне постачання кисню органам та тканинам організму;
- 4) правильне харчування, яке містить різноманітні і поживні продукти, забезпечує організм необхідними поживними речовинами для належної функції та зростання;
- 5) задоволення від фізичної активності, яка включає в себе вправи, спорт або активний спосіб життя, що підтримує здоров'я м'язів, кісток і серця, підвищує енергію і допомагає контролювати вагу;
- 6) здоровий сон, який є важливим для відновлення організму, підтримки імунної системи та загального фізичного самопочуття.
- 7) загальний стан здоров'я органів та систем, що передбачає можливість попередження захворювань, регулярні медичні огляди, вакцинацію та інші зусилля для збереження здоров'я організму.

Психологічне здоров'я є емоційним станом людини, що характеризує стійкість до стресу, вміння управляти власними емоціями, взаємодіяти з іншими людьми. Психологічне здоров'я важливо для загального самопочуття і рівноваги і включає в себе: позитивну самооцінку, емоційну стійкість, самореалізацію, стресостійкість, здатність встановлювати здорові стосунки, позитивне сприйняття життя, позитивний настрій та оптимізм, здатність до вирішення проблем.

Соціальне здоров'я характеризується якістю міжособистісних відносин, здатністю спілкуватися та взаємодіяти з іншими людьми, вмінням адаптуватися до соціального середовища. Соціальне здоров'я сприяє формуванню здорових відносин у суспільстві і включає: соціальні відносини з сім'єю, друзями, колегами, сусідами, що підвищує психологічне самопочуття та зменшує вплив стресу; соціальну підтримку (емоційну, практичну та інформаційну допомогу); соціальну інтеграцію, яка дозволяє людині брати участь у різних аспектах суспільного життя, таких як робота, освіта, культурні заходи тощо; економічну безпеку з необхідним доступом до матеріальних ресурсів, які забезпечують базові потреби людини; забезпеченість житлом, харчуванням, медичною

допомогою та безпекою; інтеграцію людини в соціокультурний простір, включаючи культурні переконання, цінності, традиції та норми.

Духовне здоров'я дозволяє людині знаходити сенс життя, розвивати особисту духовність та глибокий внутрішній духовний світ. Духовне здоров'я важливо для загального психофізичного стану людини та її відносин зі світом. Основні аспекти духовного здоров'я включають:

1. Пошук сенсу життя, власного місця, ролі у світ.
2. Цінності і вірування, які включають релігійні або філософські переконання, моральні принципи і норми, які визначають, як людина ставиться до інших та до себе.
3. Суспільні комунікації. Здорове духовне здоров'я може включати глибокі зв'язки з іншими людьми, відчуття належності до спільноти та розвиток емпатії.
4. Емоційний розвиток, що передбачає здатність розпізнавати та управляти власними емоціями, реагувати на стресові ситуації та розвивати позитивну емоційну підтримку.
5. Медитацію та самопізнання. Практики самопізнання, медитація та рефлексія допомагають розкривати внутрішній потенціал, знижувати стрес і покращувати самопочуття.
6. Відчуття гармонії з навколишнім світом, з природою та іншими людьми.
7. Трансцендентність, тобто прагнення до більш глибокого розуміння та підвищення свідомості, а також до взаємодії з вищими аспектами життя.

Згідно нормативного визначення (Закон України «Про громадське здоров'я» від 6.09.2022 р.[122]) детермінанти здоров'я є сукупність «індивідуальних, соціальних, економічних і екологічних факторів, що визначають стан здоров'я окремих людей, контингентів або груп населення, зокрема: індивідуальні детермінанти здоров'я - генетичні та поведінкові особливості конкретної людини; соціальні детермінанти здоров'я - рівень доступності харчових продуктів, житла, роботи, освіти, медичної допомоги;

економічні детермінанти здоров'я - стан та рівень економічних відносин, що безпосередньо впливають на середовище життєдіяльності людини» [122].

Детермінанти моделі здоров'я можна відобразити за допомогою схеми пояснюючої моделі здоров'я (рис.1.2), яка, на нашу думку, повинна включати детермінанти здорового способу життя, чинники, які впливають на його складові та основні типи здоров'я. Для характеристики здоров'я використовують різні показники. Зазвичай це показники тривалості життя, народжуваності, смертності, природного приросту населення.

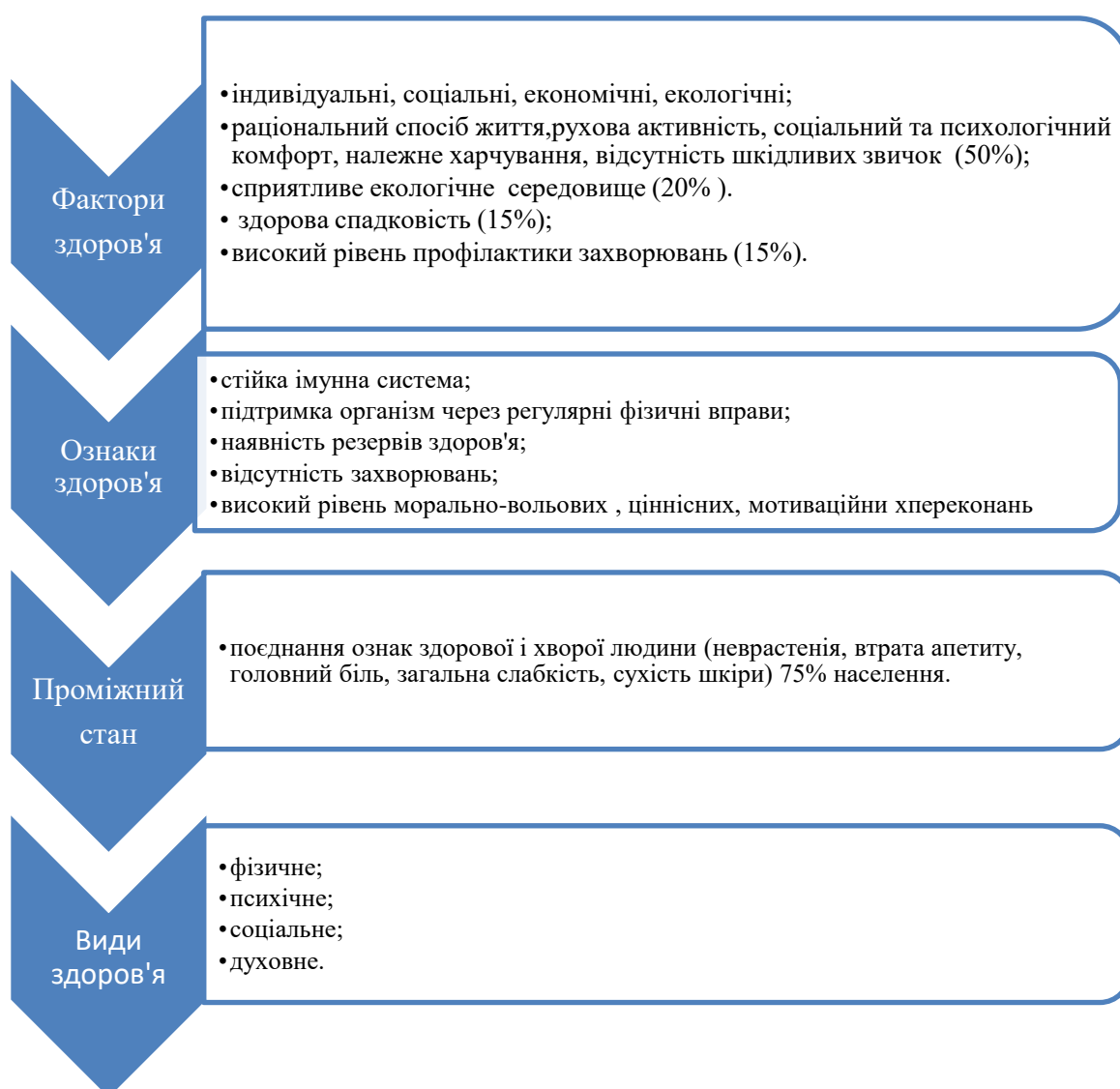


Рис.1.2. Складові моделі здоров'я

Примітка: побудовано автором з використанням [122].

Серед країн лідерів за показниками народжуваності є країни Африки, однак ці країни мають і найвищу смертність і тривалість життя. Однак за показниками тривалості життя лідерами є країни Північної Америки, Європи, Японія (табл.1.1).

За розрахунками ООН спостерігається стійка тенденція збільшення тривалості життя. У 2018 році в усьому світі вперше кількість людей віком від 65 років перевищила кількість дітей віком до п'яти років. У 2022 році у світі нараховувалося 771 млн. людей віком від 65 років, що втричі більше, ніж у 1980 році (258 млн.). Прогнозується, що до 2030 року чисельність літнього населення досягне 994 млн., а до 2050 року – 1,6 млрд. [142].

Таблиця 1.1

Показники здоров'я у глобальному середовищі

Країна	Населення, всього, в млн.	Народжуваність, кількість народжених на 1000 осіб за рік	Смертність, кількість померлих на 1000 осіб за рік	Природний приріст населення	Середня тривалість життя, в роках	Дитяча смертн., кількість померлих дітей до 1 року на 1000 народжених	Кількість дітей на одну жінку	Населення від 65 років і старше (млн.)
Африка	1 373,5	32,2	7,7	24,1	64,3	43,1	4,24	48,9
Лат. Америка і Карибські о-ви	659,7	15,6	6,5	8,7	78,1	14,2	1,98	60,9
Північна Америка	371,108	11,8	8,9	6,0	81,6	5,5	1,75	63,8
Азія	4 679,7	15,6	7,1	8,1	76	22,6	2,11	427,7
Європа	747,7	10,0	11,2	-0,1	82	3,6	1,61	145,7
Австралія та Нова Зеландія	43,2	16,1	6,8	12,5	85,4	16,6	2,31	5,6

Примітка: систематизовано на основі інформації відділу народонаселення Департаменту ООН з економічних і соціальних питань [World Population Prospects. Nations Unies. 2022, 170]

Отже, до 2050 року людей у віці 65 років і старше буде вдвічі більше, ніж дітей до 5 років. Така тенденція у деяких країнах є наслідком тривалого високого рівня народжуваності в минулому та постійне скорочення передчасної

смертності наступних поколінь за рахунок покращення якості послуг з охорони здоров'я.

На даний час (2022 рік) у світі проживає приблизно 10 % людей у віці 65 років і старше. ООН прогнозується, що до 2030 року кількість людей похилого віку у світі досягне майже 12 %, а до 2050 року – 16 % [170]. Найбільшу питому вагу найстарішого населення має Північна Америка, 19 % відсотків у віці 65 років і старше, Австралією та Новою Зеландією (16,6%). Обидва регіони продовжують старіти. До 2050 року кожна четверта людина в Європі та Північній Америці може мати вік 65 років і старше. Очікується, що в Азії кількість старших людей подвоїться з приблизно 13 % у 2022 році до 26 % у 2050 році, в країнах Африки, на південь від Сахари, з 3% до 5%. [170].

ООН, характеризуючи глобальні тенденції здоров'я, констатувала значну динаміку збільшення чисельності населення (рис.1.2.). Потроєння за останні 70 років. На кінець 2022 року чисельність населення світу становила 8 млрд. При цьому у 2030 року прогнозується зростання чисельності до 8,5 млрд., а до 2050 – до 9,7 млрд., а за оптимістичним сценарієм – до 16,4 млрд. у 2050 році (рис.1.3) [170].

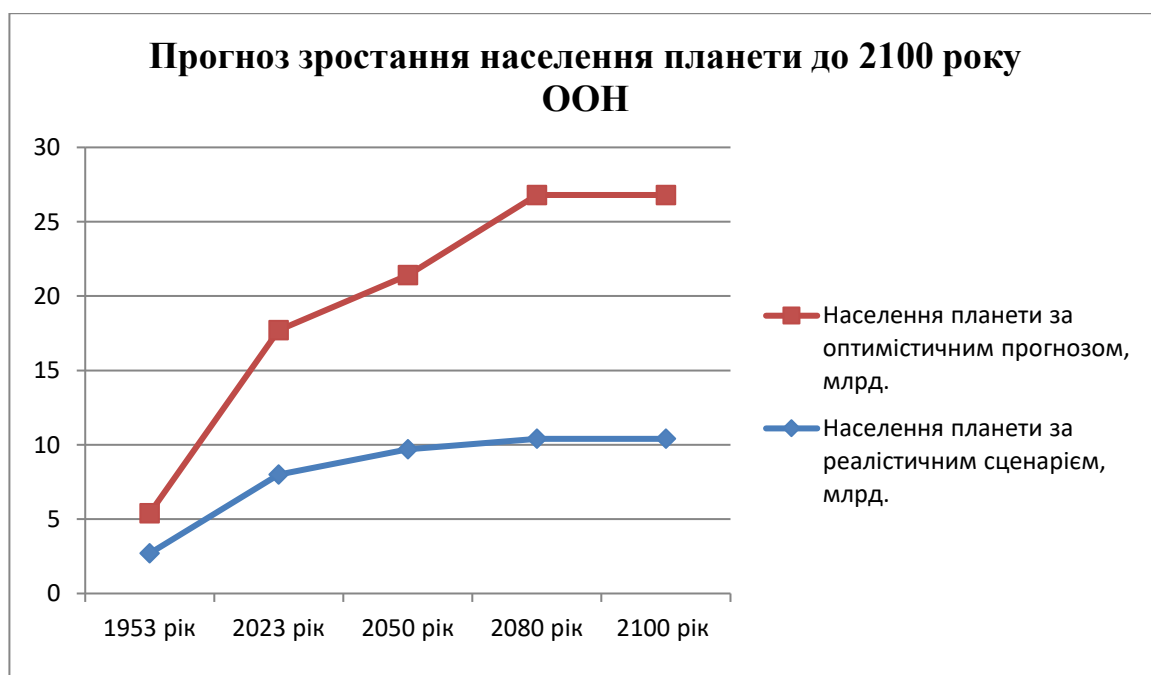


Рис.1.3. Прогнозні розрахунки кількості жителів планети

Примітка: побудовано на основі інформації ООН [170].

Найбільша кількість населення проживає в Індії та Китаї, понад 1,4 млрд. в кожній країні. Понад 50% зростання населення у світі до 2050 року буде зосереджено у восьми країнах: Конго, Єгипті, Єфіопії, Індії, Нігерії, Пакистані, Філіппінах та Об'єднаній Республіці Танзанія. Такі тенденції спричинять певний тиск на ресурси та на можливості досягнення цілей сталого розвитку, але одночасно і є свідченням певного прогресу в сфері охорони здоров'я, освіти та гендерної рівності.

Одночасно в країнах Європи зростання населення досягне свого пікового значення у 2030 році, а далі буде зменшуватися. Це пояснюється стабільно низьким рівнем народжуваності (з середини 1970-х років менше 2 народжень на жінку) і високим рівнем еміграції в деяких країнах.

У деяких країнах, у тому числі в Африці на південь від Сахари, Латинській Америці та Карибському басейні, продовжує спостерігатися високий рівень підліткової народжуваності, що може мати негативні наслідки для здоров'я та здоров'я як молодих матерів, так і їхніх дітей. У 2021 році близько 10 відсотків пологів у світі були народжені матері віком до 20 років.

У світі рівень смертності дітей віком до п'яти років знизився з 92,8 смертей на 1000 народжених у 1990 році до 37,1 у 2021 році, але між регіонами спостерігаються величезні відмінності. Дитина, яка народилася в південних країнах Африки має в 20 разів більше шансів померти до свого п'ятого дня народження, ніж дитина, народжена в Австралії чи Новій Зеландії [170].

Впродовж наступних кількох десятиліть міграція буде вагомим чинником впливу на зміну (зменшення) чисельності населення в країнах з високим рівнем доходу. В країнах з низьким рівнем доходу та доходом нижче середнього буде й надалі спостерігатися тенденція перевищення народжуваності над смертністю.

Слід зазначити, що глобальні пандемічні виклики, природні катаклізми, війни матимуть визначальний вплив на здоров'я населення та його репродуктивність. Протягом 2020-2021 років, за оцінками ООН, надлишкова смертність через пандемію COVID склала майже 15 млн. людей.

Для характеристики можливостей національних економік протидіяти глобальним пандемічним викликам та загрозам здоров'ю Центром медичних досліджень Джона Гопкінса та Ініціативою зі зменшення ядерної загрози за сприяння Open Philanthropy Project було розраховано для 195 країн світу Глобальний індекс безпеки здоров'я («Global Health Security Index, GHSI»), який якраз і відображає інституційну спроможність націй-держав створювати передумови для підтримки і збереження здоров'я. Структура даного індексу представлена в табл.А.1, Додаток А). Україна в даному рейтингу за 2021 рік знаходилася на 94 позиції з індексом 38, відносячись до кластеру країн з середніми можливостями щодо створення умов для безпеки здоров'я в країні (рис.1.4). Тоді як країнами лідерами у запобіганні захворюванням, створенню належних інституційних умов для охорони здоров'я є США, Великобританія, Нідерланди, Австралія та Канада.

Таблиця 1.2

Індекс безпеки здоров'я країн лідерів та України у 2021 році

Місце у глобальному рейтингу	Країни	Індекс безпеки здоров'я	Запобігання захворюванням	Виявлення захворювань та звітність у їх лікуванні та про-	Швидке реагування	Система охорони здоров'я	Дотримання міжнародних вимог у сфері охорони здоров'я	Ризики для безпеки здоров'я
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	США	83,5	83,1	98,2	79,7	73,8	85,3	78,2
2	Великобританія	77,9	68,3	87,3	91,9	59,8	81,2	74,7
3	Нідерланди	75,6	73,7	86,0	79,1	70,2	61,1	81,7
4	Австралія	75,5	68,9	97,3	65,9	63,5	77,0	79,4
5	Канада	75,3	70,0	96,4	60,7	67,7	74,7	82,7
6	Таїланд	73,2	75,7	81,0	78,6	70,5	70,9	56,4
7	Швеція	72,1	81,1	86,0	62,8	49,3	71,3	84,5
8	Данія	70,4	72,9	86,0	58,4	63,8	62,6	80,3
9	Південна Корея	70,2	70,2	92,1	71,5	58,7	64,3	74,1
10	Фінляндія	68,7	68,5	61,6	69,2	60,8	75,4	81,1
94	Україна	38,0	38,1	36,5	34,8	23,0	55,1	43,3

Примітка: наведено з використанням інформації [169,170].

З табл.1.2 чітко можна виокремити основні аспекти здоров'я, що повинні стати об'єктом публічної політики: моніторинг стану здоров'я населення країни, виявлення захворювань та напрацювання інструментарію для його лікування, запобігання захворюванням та пандеміям, створення конкурентної системи охорони здоров'я, дотримання наднаціональних вимог сфері охорони здоров'я, постійний моніторинг, прогнозування ризиків для здоров'я та вироблення адаптивних важелів для їх нівелювання.

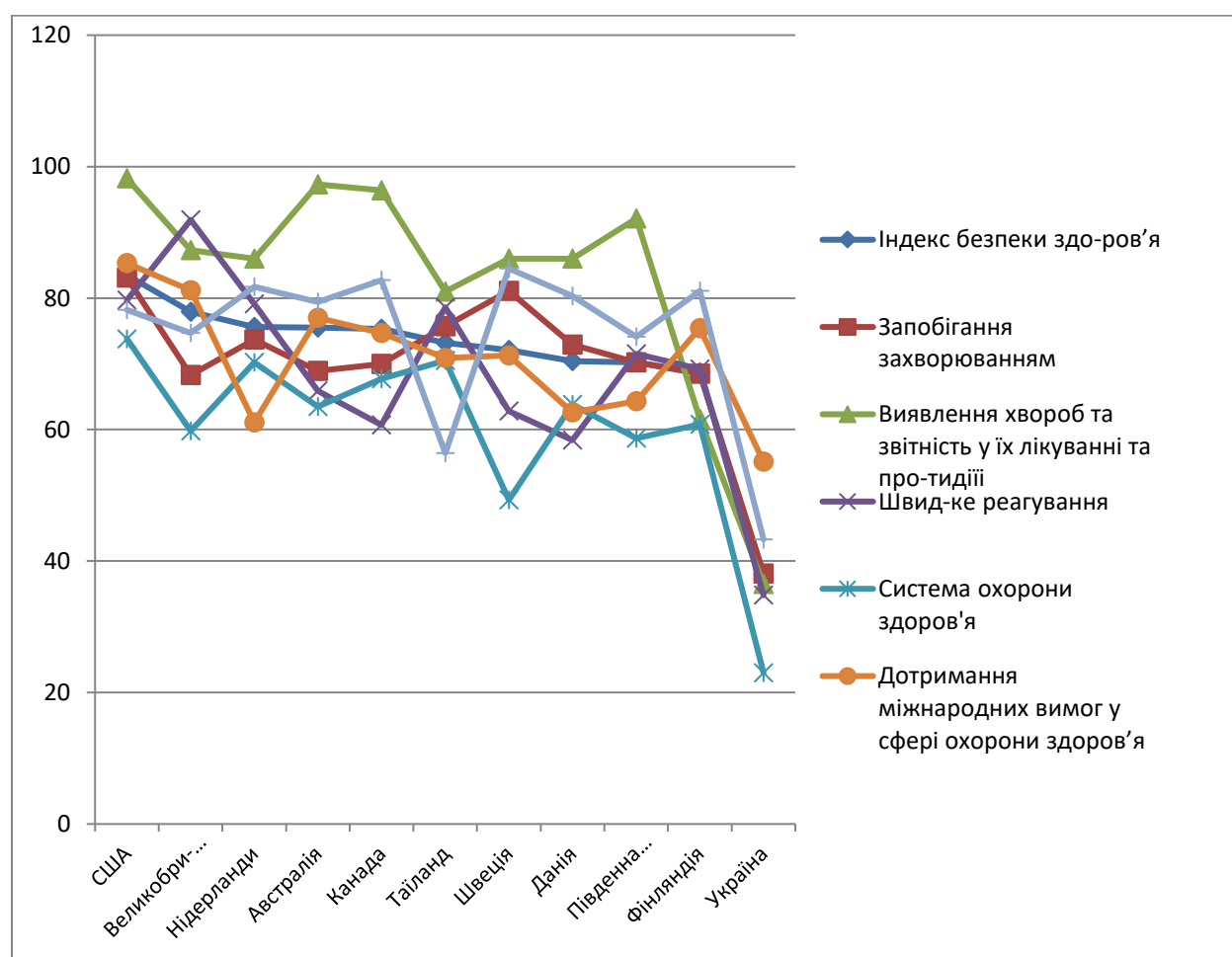


Рис.1.4. Рейтинги країн лідерів у забезпеченні безпеки здоров'я та місце в них України

Примітка: побудовано з використанням інформації Global Health Security Index [148]

У Звіті про глобальні ризики 2023 (Global Risks Perception Survey (GRPS)) [158] систематизовано основні ризики для безпеки здоров'я, серед яких варто виокремити економічні, геополітичні, екологічні ризики. А саме:

1.Економічні: інфляція, зростання вартості життя, економічні кризи, боргові кризи. торговельні війни, відтік капіталу з країн, що розвиваються, масові соціальні заворушення, масові міграції біженців та переселенців.

2.Геополітичні: міждержавні конфлікти, ризики глобальної ядерної війни, розвиток військових технологій, зростаючий геополітичний воєнний тиск, фінансування миротворчої діяльності ООН, експорт-імпорт зброї, наявність ядерного і важкого озброєння,.

3.Екологічні ризики: погіршення умов життєдіяльності людства (якості води, повітря, їжі), стихійні лиха, масштабна шкода навколишньому середовищу через війни, нерациональне природокористування, екстремальні погодні умови.

Їх структуру в часовому аспекті можна представити за допомогою рис.1.5.

Ризики здоров'я внаслідок 2 роки	Нездатність пом'якшити зміни клімату
<ul style="list-style-type: none"> • Криза вартості життя • Стихійні лиха та екстремальна погода • події • Геоенкономічне протистояння • Нездатність пом'якшити зміни клімату • Розмивання соціальної єдності та суспільства • поляризація • Масштабна екологічна шкода • інциденти • Збій адаптації до зміни клімату • Широко поширена кіберзлочинність і кібербезпека • Кризи природних ресурсів • Масштабна вимушена міграція 	<ul style="list-style-type: none"> • Нездатність адаптуватися до зміни клімату • Стихійні лиха та екстремальна погода • Втрати біорізноманіття та колапс екосистеми • Масштабна вимушена міграція • Кризи природних ресурсів • Розмивання соціальної єдності та суспільства • поляризація • Широко поширена кіберзлочинність і кібербезпека • Геоенкономічне протистояння • Масштабна екологічна шкода

Рис.1.5. Структуризація ризиків здоров'я в короткостроковій та довгостроковій перспективі

Примітка. Побудовано на основі інформації World Economic Forum Global Risks Perception Survey 2022-2023 [141, 158].

Важливо кожній людині дбати і розвивати основні складові здоров'я та примножувати чинники, що їх генерують, а державі створювати інституційні, організаційні, економічні передумови для того щоб формувати здоровий потенціал суспільства та оберігати, охороняти здоров'я через відповідні важелі публічної політики.

Необхідність охорони здоров'я зумовлена низкою причин. На нашу думку, це необхідність підтримувати належну якість життя. Здорова людина може насолоджуватися активним способом життя, вільно рухатися, виконувати роботу, зустрічатися з друзями та сім'єю, індивідуальними хобі та інтересами.

По-друге, здорова людина може продуктивно працювати. Здорові люди мають більше енергії та витривалості для виконання завдань на роботі, в навчанні та в інших сферах життя.

По-третє, ріст продуктивності праці сприяє економічному зростанню. Здорові працівники можуть більше працювати та створювати більшу додану вартість, вони менше відсутні із-за хвороб, та допомагають створювати стабільне економічне середовище.

По-четверте, здорова нація менше тратить на лікування і перерозподіляє кошти на інші потреби. Це також допомагає зменшити фінансовий тиск на систему охорони здоров'я.

По-четверте, охорона здоров'я може допомогти попередити багато захворювань та ризиків, що призводять до смерті. Раннє виявлення та лікування захворювань може значно підвищити шанси на подолання хвороби і збереження життя людини.

По-п'яте, здорові громади – це запорука соціальної стабільності. Громади можуть більш ефективно вирішувати соціальні проблеми, такі як бідність, безробіття та насильство.

По-шосте, здорові громади підтримують сталий екологічний розвиток. Охорона здоров'я забезпечує збереження екологічної рівноваги та природних ресурсів, що важливо для забезпечення майбутнього покоління здоровим і життєздатним середовищем.

Здоров'я слід охороняти для забезпечення якісного та задовільного життя, здатності до реалізації свого потенціалу, забезпечення фізичного, психологічного та соціального благополуччя. Охорона здоров'я має ключове значення, існуючи на кількох рівнях. Якщо розглядати охорону здоров'я з позицій суб'єктно-об'єктного впливу, то в ньому варто виокремити особистий

рівень, рівень медичних установ та організацій, регіональний рівень, державний рівень та наднаціональний рівень.

Охорона здоров'я на особистому рівні передбачає прийняття здорового способу життя, такого як здорове харчування, регулярна фізична активність, нормальний сон, уникнення шкідливих звичок (наприклад, куріння) та підтримка позитивного емоційного стану.

Медична складова передбачає превентивні заходи та лікування захворювань. Регулярні відвідини лікаря для профілактичних оглядів та діагностики ранніх стадій захворювань допомагають вчасно виявляти проблеми зі здоров'ям і попереджувати їх подальший розвиток.

Оточуюче середовище життєдіяльності, якість повітря, доступність медичних послуг, соціокультурне середовище також впливає на стан здоров'я.

На державному рівні охорона здоров'я пов'язані із інфраструктурним супроводом, забезпеченням необхідного переліку доступних, якісних медичних послуг, створенню організаційно-економічних передумов для функціонування закладів охорони здоров'я, забезпечення доступу до основних матеріальних ресурсів, що впливають на здоров'я людини, створення належних передумов для ресурсного супроводу системи охорони здоров'я, належних умов для самоосвіти та зміцнення потенціалу здоров'я.

Охорона здоров'я у сучасному глобальному просторі є однією з ключових функцій держави, адже від цього залежить загальний добробут суспільства, соціальна справедливість, попередження захворювань, міжнародний статус країни, макроекономічна безпека та стабільність.

Якщо розглядати здоров'я людини з позицій економічних координат, то здорова людина є продуктивнішою, може створювати більшу додану вартість і цим самим збільшувати внесок у валовий внутрішній продукт (ВВП), розвиток економіки країни та суспільства в цілому. Здорове населення сприяє підвищенню рівня життя та загального добробуту країни.

Якщо проводити прагматичну політику виховання свідомого ставлення населення до власного здоров'я, то цим самим можна зменшити фінансове

навантаження на бюджет країни, зменшуючи витрати на лікування важких захворювань. Охорона здоров'я може зменшити витрати на лікування внаслідок попередження захворювань та ранньої діагностики. Підтримка здоров'я сприяє зменшенню втрат робочого часу та підвищенню продуктивності праці, забезпечує соціальну справедливість у суспільстві.

Держава має відігравати ключову роль у забезпеченні медичної допомоги та наданні ресурсів для лікування хворих. Це допомагатиме попередити передчасну смерть та погіршення стану здоров'я громадян. Державні інститути, які реалізують політику у сфері охорони здоров'я відіграють важливу роль у виявленні, моніторингу та контролі над захворюваннями, що можуть становити загрозу для громадського здоров'я в цілому. Адже здорові громадяни сприяють забезпеченню макроекономічній стабільності та підтримці макроекономічної безпеки країни.

Здоров'я нації може впливати на міжнародний статус країни та співпрацю з іншими державами. Здорове населення країни може збільшити довіру партнерів до неї та сприяти міжнародній співпраці в галузі охорони здоров'я.

Отже, охорона здоров'я є важливою складовою суспільного розвитку і має велике значення для забезпечення сталого росту, добробуту та якості життя громадян країни.

У глобальному масштабі про охорону здоров'я нині говорять не лише з позицій фізіологічних, але з позицій соціальних аспектів, тобто створення належних передумов для здорового способу життя. Згідно визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), «система охорони здоров'я - це сукупність усіх організацій, людей та дій, основним завданням яких є сприяння, відновлення чи підтримка здоров'я» [159].

ВООЗ наголошує на необхідності підтримки на національному та наднаціональному рівнях соціальних детермінант здоров'я на необхідності глобального перерозподілу коштів для створення належних умов для народження, росту та розвитку людини. ВООЗ пріоритизує охорону здоров'я в

глобальних координатах з позицій збалансування умов охорони здоров'я у різних країнах світу.

Згідно національного законодавства охорона здоров'я це «сукупність заходів, спрямованих на забезпечення фізичного, духовного, соціального, санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, здорового способу життя, реабілітації, відпочинку, недопущення прояву чинників, які негативно впливають на здоров'я, створення, виробництво, контроль якості лікарських засобів і виробів медичного призначення» [119].

Конституція України, Стаття 3 [43] декларує здоров'я людини її життя, як найвищі соціальні цінності і пріоритети держави, що повинні знайти своє відображення в охороні здоров'я.

Згідно Статтею 6 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» [119] охорона здоров'я передбачає: «... життєвий рівень, що включає їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини; безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище; санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає; безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту і відпочинку; кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я; достовірну і своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі та можливі фактори ризику та їх ступінь; участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я; участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством; можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я; правовий захист будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я; відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди; оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я; можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до

нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути порушені загальновизнані права людини і громадянина» [119].

Система охорони здоров'я створюється певними інститутами. Вона включає: первинну, вторинну, третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; невідкладну допомогу, охорону психічного здоров'я, медичну реабілітацію, геріатричну допомогу, паліативну допомогу, охорону здоров'я матері та дитини, стоматологічну допомогу, громадське здоров'я, профілактичну медицину, альтернативну медицину, телемедицину та цифрове здоров'я, медичну освіту, кадрове забезпечення охорони здоров'я, ресурсне супровід, інфраструктурний супровід, інститути, що реалізують публічну політику охорони здоров'я та управління її підсистемами, форми організації системи охорони здоров'я. Також в системі охорони здоров'я важливе місце посідають фармацевтичні заклади, які надають послуги з продажу лікарських засобів та медичних препаратів. До них відносять: аптеки, аптечні бази (склади), склади медичної техніки, бази спеціального медичного постачання, контрольні-аналітичні лабораторії з аналізу якості лікарських засобів, магазини медичної техніки, медичної оптики.

Структуризація основних складових інститутів системи охорони здоров'я за видами медичних послуг представлена на рисунку 1.6.

Дані підсистеми відображають результат трансформації охорони здоров'я, починаючи від здорового способу життя, сучасних якісних медичних послуг, і закінчуючи використанням превентивних практик, лікувально-оздоровчих процедур, нетрадиційних методів лікування та послуг медичного туризму, які поєднують усі можливі види медичних послуг з можливістю відпочинку, подорожей, отримання високоякісної медичної допомоги за доступною ціною чи унікального лікування, яке неможливе в країні проливання.



Рис.1.6. Система охорони здоров'я національної економіки

Примітка: побудовано автором з використанням [32,42, 43,93,95,119]

Найпопулярнішими послугами медичного туризму є: хірургічні операції (серцево-судинні, органозберігаючі, трансплантивні); стоматологічні послуги (ортодонтія, гігієна зубів); косметологічна хірургія.

Охороняти здоров'я можна різними способами, залежно від соціально-економічних умов, культурних традицій та політичних переконань в країні. Кожна країна генеруючи цілі публічної політики приймає унікальні рішення в охороні здоров'я, які враховують її специфічні потреби та обмеження, розвиваючи систему медичного страхування, громадської освіти в сфері охорони здоров'я та підтримки здорового способу життя, громадського здоров'я та епідеміологічного моніторингу; підтримуючи приватний сектор охорони здоров'я, який найкращим чином готовий до інноватизації та підвищення якості медичних послуг; інвестуючи в модернізацію медичної інфраструктури; розробляючи відповідні стратегії, доктрини, програми, які позиціонують охорону здоров'я як загальнодержавну пріоритетну ціль і забезпечують її виконання.

ВООЗ декларує право кожної людини на найкращий стан здоров'я. Для його забезпечення необхідно, щоб національні уряди через важелі публічної політики виконували певний набір соціальних критеріїв, які створюватимуть необхідні умови для бажаного стану здоров'я, верифіковані, наприклад, матрицею потреб Маслоу. Права передбачають доступ до такої системи охорони здоров'я, яка на рівних можливостях створить умови мати найвищий досяжний рівень здоров'я.

Тому національні системи здоров'я відповідно до вимог та рекомендацій ВООЗ мають відповідати наступним принципам та стандартам:

1. Недискримінації в отриманні медичних послуг.
2. Доступності як закладів охорони здоров'я, медичних послуг, так і необхідних лікарських засобів та медичних препаратів.
3. Дотримання в наданні медичних послуг принципів медичної етики та культурних цінностей .
4. Гарантованої якості медичних послуг.

6. Підзвітності медичних установ перед суспільством.

Об'єктом публічної політики у сфері охорони здоров'я є система медичних установ та організацій, що надають медичні послуги, ринок медичних послуг, статистичні інститути та аналітичні центри. Суб'єктом публічної політики; система владних інститутів, що здійснює управління охороною здоров'я на макроекономічному, макроструктурному, регіональному та локальному рівнях та забезпечує ліцензування, регламентування, контроль діяльності медичних закладів та якості наданих ними медичних послуг (рис.1.7).



Рис.1.7. Сфера охорони здоров'я як об'єкт публічної політики

Примітка: побудовано автором.

Отже, охорона здоров'я є важливим об'єктом публічної політики, мірилом соціальної стабільності, благополуччя, економічного зростання, передумовою національної безпеки, високих конкурентних позицій національної економіки в глобальному просторі, запорукою її сталого розвитку, яка функціонує на засадах

інноваційності, універсальності та високої якості, соціальної справедливості, доступності, посилення превентивної складової, фінансової стійкості.

1.2. Наукові засади реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я

Для того, щоб система здоров'я могла функціонувати як цілісна система, її розвиток необхідно векторизувати у вигляді цілей та пріоритетів публічної політики охорони здоров'я та забезпечувати їх досягнення через відповідний механізм управління.

Мельник А. Ф. з цього приводу слушно зазначає, що модель «національного ринку охорони здоров'я є трансформаційною моделлю, що є моделлю різних швидкостей, що породжує загрозу розбалансованості в її функціонуванні, вказує на необхідність інституційної підтримки з боку урядових структур, зваженої регуляторної політики, врахування досвіду ЄС, зокрема щодо підтримки з боку Європейської комісії медичних закладів, контролю за використанням бюджетних коштів» [71].

Державна (публічна) політика верифікує певні напрями, вектори діяльності держави у сфері розвитку національної економіки, її інституційних секторів, що відповідає економічним законам, суспільному устрою. Публічну політику загалом та її основні види можна розглядати з позицій процесного, функціонального, цільового, суб'єктно-об'єктного, системного підходів.

Якщо розглядати публічну політику з позицій процесного підходу, то її варто представити, як цілісну систему взаємопов'язаних етапів та управлінських процедур, технологій макроекономічного аналізу, ідентифікації дисбалансів, визначення векторів розвитку національної економіки в контексті вирішення виявлених проблем, формування порядку денного, напрацювання моделі вирішення чи досягнення окреслених завдань, формулювання альтернативних шляхів досягнення задекларованих цілей (векторів), прийняття управлінських рішень, побудова дорожньої карти їх реалізації, контроль за виконанням поставлених рішень.

Професор С.О. Телешуна, характеризуючи сутнісні детермінанти публічної політики, вказує на її основному призначенні «напрацюванні механізмів публічного узгодження інтересів заінтересованих сторін та органів публічного управління, які спрямовані на досягнення суспільно значимих цілей та вирішення суспільно важливих задач» [128].

Політика у сфері охорони здоров'я є невід'ємним елементом соціальної складової публічної політики. Згідно нормативного визначення публічна політика в охороні здоров'я - це сукупність важелів направлених на «створення умов для підвищення рівня здоров'я громадян України та поліпшення якості медичної допомоги, збереження генофонду українського народу, відновлення і зміцнення людського потенціалу держави, збереження та зміцнення здоров'я людини та громадського здоров'я, організації національної системи охорони здоров'я та поліпшення якості медичного обслуговування населення і медичної допомоги відповідно до вимог Конституції, Основ законодавства України про охорону здоров'я та інших законів України» [119].

Місце публічної політики охорони здоров'я в системі публічної політики найкраще можна прослідкувати за допомогою рис. 1.8. Політика охорони здоров'я відіграє центральну та вирішальну роль у публічній політиці країни. Вона стосується організації, фінансування та надання медичних послуг, а також стратегічного планування охорони здоров'я, створення організаційно-економічних передумов для запобігання захворюванням і забезпеченню справедливого доступу до якісної медичної допомоги. Ефективна публічна політика охорони здоров'я сприяє здоровішому населенню, більшій соціальній справедливості та більш стійкому та продуктивному суспільству.

З позицій суб'єктно-об'єктного підходу публічна політика у сфері охорони здоров'я реалізується наднаціональними та національними інститутами, серед яких законодавчі інститути, органи державного та регіональної виконавчої влади, галузеві міністерства та відомства, громадські організації, професійні медичні об'єднання, наукового дослідні та експертні інститути у галузі здоров'я та медичного права. Об'єктом публічної політики є система охорони здоров'я,

яка нами проаналізована в п.1.1 даної дисертації. Важливо, щоб в цій системі поєднувалися заклади охорони різних форм власності, різних підходів до лікування та профілактики захворювань.

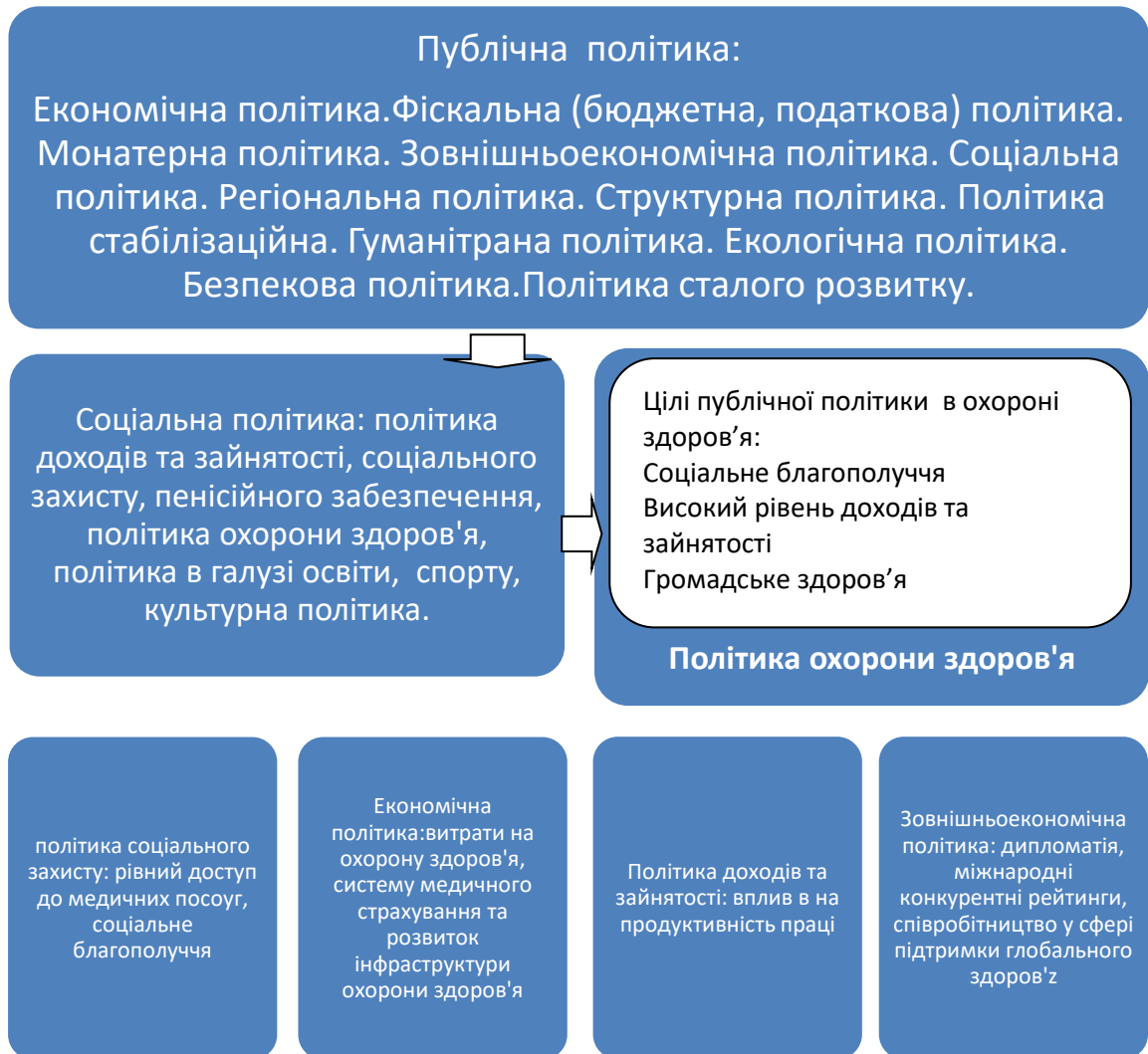


Рис.1.8. Місце публічної політики охорони здоров'я в системі публічної політики національної економіки

Примітка: побудовано автором.

На думку вітчизняних науковців (В. М. Князевич, Я. Ф. Радиш, Н. О. Васюка) публічна політика в сфері охорони здоров'я «це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду

української нації, її гуманітарного потенціалу та врахуванням вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому» [40].

Гальцова О. Л. вважає, що національна публічна політика в сфері охорони здоров'я повинна бути спрямована на створення «нової ідеології охорони здоров'я України, вироблення шляхів і засобів оптимальної організації на національному рівні охорони та поліпшення здоров'я, формування здорового способу життя, медичної та соціальної профілактики захворювань, реабілітації» [14].

Желюк Т. Л., характеризуючи сучасні підходи до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я, акцентує увагу на необхідності підтримки превентивної складової публічної політики шляхом стимулювання здорового способу життя, поліпшення його якості та тривалості, запровадження інноваційних практик та новітніх форм його підтримки з використанням напрацюванням промислової революції 4.0, діджиталізації медичного простору [27].

Криничко Л.Р. в аналізі сутнісних детермінант публічної політики охорони здоров'я звертає увагу на її інвестиційно-інноваційній складовій, яка передбачає інновації в управлінському процесі, в процесі організації медичних послуг, в медичній освіті, в системі інформаційно-комунікаційних зв'язків. [47]

Стеценко В. Ю., Слабкий Г.О характеризуючи публічну політику охорони здоров'я, на пошуку шляхів максимального медичного забезпечення через систему обов'язкового медичного страхування.[125]

Шапоренко О. І., акцентує увагу на синергетиці регіональної, національної, наднаціональної складових публічної політики охорони здоров'я. Зокрема зазначаючи що це «... це система соціально-економічних дій, настанов, наукових положень, цілей і обумовлених ними практичних заходів і політичних засобів, за допомогою яких здійснюється державне регулювання відносин між громадянами, соціальними групами, націями у сфері охорони здоров'я, спрямованих на забезпечення реалізації основних функцій (збереження здоров'я

населення, надання медичної допомоги громадянам, здійснення санітарної освіти, профілактика захворювань, проведення наукових досліджень у галузі охорони здоров'я, підготовка медичних і фармацевтичних кадрів, підтримка і розвиток матеріально-технічної бази системи охорони здоров'я» [52].

При цьому Шапоренко О.І. виокремлює суб'єктно-об'єктний та рівневий зрізи класифікації публічної політики. «За об'єктами регулювання – соціально-економічна, медична, технологічна; за рівнями – муніципальна, регіональна, державна, міжнародна, світова» [52].

Частково погоджуючись з даною класифікацією слід зазначити, що в даній класифікації у рівневій моделі відсутній макроструктурний та локальний рівні. Якщо перший забезпечується міністерствами та відомствами, що відповідають за реалізацію публічної політики у сфері охорони здоров'я та безпеки життя людей, то інший - медичними закладами та їх кластерними утвореннями.

В умовах війни багато науковців почали говорити про ще одне важливе завдання публічної політики охорони здоров'я, забезпечення стійкості системи охорони здоров'я та адаптивності до нових викликів та загроз. Мова йде про значне знищення медичної інфраструктури в зоні активних бойових дій і прилеглий до ній території, про порушення логістики постачання лікарських засобів, про неможливість дотримання умов профілактики та лікування, про нестачу медичного персоналу, про дисбаланси ринку медичних послуг, в зв'язку з наявністю великої кількості вимушено переміщених осіб.

Важливу роль у стійкості сфери охорони здоров'я відіграла закладено впродовж 2018-2021 років управлінська автономії медичних закладів, що дозволила максимально задіяти релокацію та гуманітарну допомогу і зберегти кадровий потенціал медичних закладів.

З огляду на те, що попит на медичні послуги суттєво змінився в різних регіонах унаслідок переміщення значної частини громадян усередині країни та за її межі, загострилися диспропорції ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я.

Суть публічної політики охорони здоров'я прослідковується через її функціональний механізм. Його основу, на думку вітчизняних науковців (Білинська М. М., Васюк Н. О., Жаліло Д. І.), складають такі функції: «управлінська (державне управління розвитком охорони здоров'я); цільовизначальна (визначення цілей суспільного розвитку); інтеграційна (забезпечення вдосконалення системи охорони здоров'я в цілому і складових його частин); мобілізаційна (організація і мобілізація ресурсів для досягнення соціально важливих цілей); теоретико-ідеологічна (вироблення концепції, курсу розвитку регіональної системи охорони здоров'я); селекційна (виявлення і вираження інтересів різних груп суспільства у сфері охорони здоров'я); нормативна (вироблення і затвердження системи норм і цінностей у суспільстві)» [8, 9].

Частково погоджуючись із даними функціями зауважимо на необхідності їх доповнення низкою функцій: 1) прогностичною функцією, яка верифікує вектори та довгострокові пріоритети політики держави у сфері охорони здоров'я; 2) адаптивною функцією, яка через відповідні важелі державного регулятивного впливу адаптується до сучасних викликів ендогенного та екзогенного характеру; 3) управління ризиками, адже, як зазначалося в п.1.1, своєчасна ідентифікація ризиків та загроз для охорони здоров'я здатна створити безпечне підґрунтя для розвитку її основних підсистем; 4) превентивною функцією, адже в сучасних системах охорони здоров'я розвинутих країн світу 70% фінансування охорони здоров'я спрямовано на профілактику та протидію захворюванням і лише третя частина на їх лікування [27]; 5) міжсекторної співпраці з залученням представників громадськості та учасників професійних самоврядних об'єднань медичних закладів та фармацевтичних установ; 6) інтеграційною функцією, яка реалізується через глобальну дипломатію охорони здоров'я. Політика охорони здоров'я може і повинна виходити за межі національних кордонів, включаючи співпрацю між країнами для вирішення глобальних проблем охорони здоров'я, таких як пандемії, міжнародні спалахи захворювань і невідповідність здоров'ю; 7) контрольно-аналітичною функцією, яка має реалізовуватися через

дослідження та нагляд через збір та аналіз даних про стан здоров'я, які дають змогу приймати рішення, визначають тенденції та спрямовують заходи у сфері охорони здоров'я.

Отже, аналіз вище представлених наукових поглядів дозволяє публічну політику охорони здоров'я характеризувати як важливу складову публічної політики держави, що визначає цілі, пріоритети у сфері охорони здоров'я і направлена на створення сучасної, конкурентної, доступної, якісної, інтегрованої у глобальний медичний простір системи охорони здоров'я з врахуванням викликів і потреб внутрішнього середовища, передусім збереження потенціалу здоров'я в умовах безпекових загроз, викликів цифровізації, технологічного прогресу, євроінтеграційних викликів за допомогою правової, інституційної, цільової, функціональної, організаційно-економічної підсистем.

Розвиток охорони здоров'я є багатодисциплінарною сферою, яка залучає дослідників з різних дисциплін, включаючи антропологію, соціологію, історію, медичні гуманітарні науки та культурологію. Основу для розуміння того, як різного роду чинники формують розвиток, розповсюдження та сприйняття медичних знань, їх використання для охорони здоров'я і організації медичної практики в різних суспільствах та історичних періодах заклали провідні антропологи, історики, соціологи, лікарі: Артур Клейнман, Пол Фармер, Ненсі Шепер-Хьюз, Віна Дас, Девід С. Джонс, Райна Рапп, Маргарет Лок, Емілі Мартін, Джулі Лівінгстон і інші

Теоретичні підвалини для реалізації публічної політики загалом та публічної політики в сфері охорони здоров'я базуються на політологічних, соціологічних, поведінкових, економічних науках (табл.1.3).

Трансформація наукового підґрунтя реалізації публічної політики охорони здоров'я відбувається в контексті врахування викликів цифровізації.

Цифровий розвиток медицини передбачає інтеграцію цифрових технологій, аналітику даних та інноваційні підходи для покращення надання медичної допомоги, діагностики, лікування та результатів для пацієнтів.

Таблиця 1.3

Науковий базис для реалізації публічної політики охорони здоров'я

Назва теорії	Специфіка використання її постулатів
1	2
Економічні теорії	
1. Теорія суспільного вибору. <i>Представники: Джон Мейнард Кейнс, Мілтон Фрідман, Герберт Саймон, Джордж Стіглер, Гарі Беккер, Джеймс М. Бюканан, Кеннет Ерроу і ін.</i>	Дана теорія пояснює неможливість розробити загальний алгоритм для визначення оптимального колективного вибору у прийнятті управлінських рішень, який би задовольняв усім розумним критеріям. Дана теорія позиціонує використання голосування, демократичних методів управління, транзитивних управлінських практик, міжсекторної взаємодії.
2. Теорія трансакційних витрат. <i>Представники: Рональд Коуз, Пол Мілгром і ін.</i>	Пояснює можливість створення коаліцій для лобіювання досягнення цілей.
3. Теорія ігор. <i>Представники: Джон фон Нейманн, Мартін Штігліц, Томас Шеллінг, Джеймс Ф. О'Браєн і ін.</i>	Теорія ігор може бути застосована до аналізу ситуацій в охороні здоров'я, різні сторони мають конфліктні інтереси та використовують взаємодію для досягнення своїх цілей. Використання теорії ігор може допомогти розкрити динаміку результатів, проаналізувати варіанти співробітництва та конфлікту, а також визначити оптимальні стратегії в умовах невизначеності.
4. Теорія груп. <i>Представники: Курт Люїн, Брюс Такман, Ірвінг Ялом, Мюріл Білліг Мередіт Белбін, Роберт Барронс і ін.</i>	Теорія взаємодії, групової динаміки дозволяє прослідкувати результативність надання медичних послуг за видами, за групами споживачів, за підходами до лікування. Може лежати в основі доказової медицини. Також пояснювати передумови формального та неформального лідерства, лежати в основі управління конфліктами.
5. Теорія цифрового розвитку <i>Представники: Ніколас Негропонте, Тім Бернерс-Лі, Вінт Серф, Клей Ширкі, Мануель Кастеллс, Шеррі Теркл, Альберт-Ласло Барабасі, Лоуренс Лессіг, Кевін Келлі</i>	База для використання інновацій, цифрових рішень, блокчейну, телемедичних послуг, та інших нових технологій у клінічній практиці.
Політичні теорії	
5. Теорія політичних мереж. <i>Представники: Девід Марш, Девід Кнок, Джонс У.Кінгдон, Джерелі Річардсон, Родерік Родс, Ю.Хабермас, Т.Берцель і ін.</i>	Створення інституційної системи, інформаційно-комунікативного супроводу публічної політики через відповідні інформаційні, соціальні мережі. Створення мережевої організації.
6. Теорія лобіювання та впливу груп інтересів. <i>Представники: Лестер Мілбром, Моріс Фіоріна, Френсіс Фукуяма і ін.</i>	Лобіювання інтересів різних груп: медичного персоналу, медичних та фармацевтичних об'єднань, пацієнтів, фармацевтичних компаній; використання важелів організаційно-економічного впливу у реалізації публічної політики охорони здоров'я на регіональному рівні.

1	2
<p>7.Теорія публічного менеджменту.</p> <p><i>Представники: М.Кастельс, Маршал Саукін, Кеннет Кісер, Едвард Демінг і ін.</i></p>	<p>Публічний менеджмент є основою функціональної діяльності інститутів публічного управління, що реалізують публічну політику в охороні здоров'я. в медицині включає в себе організаційні та адміністративні практики, спрямовані на ефективне управління медичними закладами, організаціями та системами охорони здоров'я. Це може включати управління бюджетами, ресурсами, якістю медичних послуг, плануванням, координацією та розвитком охорони здоров'я.</p>
Соціологічні теорії	
<p>8.Теорія розподілу влади і ресурсів.</p> <p><i>Представники: Теодор Адорно, Макс Горкгаймер, П'єр Бурд'є, Джон Маккінтайр і ін.</i></p>	<p>Використовуються для аналізу процесів, які відбуваються в медичних закладах, взаємодії між медичним персоналом та пацієнтами, а також для дослідження впливу соціальних чинників на здоров'я. Ця теорія дозволяє моніторити, як економічні та соціальні нерівності можуть вплинути на здоров'я та лікування різних груп населення, розкрити, як соціальний статус, дохід та доступ до страхування впливають на можливість отримання високоякісної медичної допомоги.</p>
<p>9.Символічний інтеракціонізм:</p> <p><i>Представники: Джордж Герберт Мід, Ервін Гоффман і ін.</i></p>	<p>Може бути використаний для аналізу міжособистісних взаємодій між медичним персоналом та пацієнтами, а також для розуміння того, як своєчасне виявлення хвороби впливає на соціальні процеси. Ця теорія підкреслює важливість символів і знаків у взаємодії між медичним персоналом та пацієнтами.</p>
<p>10.Теорія соціального капіталу.</p> <p><i>Представники: П'єр Бурд'є, Джеймс Коулмен, Роберт Путнам та ін.</i></p>	<p>Соціальний капітал в медицині – це людський, кадровий ресурс, який залежить від спільноти, довіри, кооперації та взаємодії між індивідами, групами та організаціями.</p>

Примітка: систематизовано автором з використанням [4, 5, 12,13,14, 19,27,28].

Просуванню цифрового розвитку медицини забезпечують такі теорії:

1.Теорія цифрової екосистеми охорони здоров'я. Ця теорія наголошує на взаємозв'язку різних зацікавлених сторін у системі охорони здоров'я, зокрема пацієнтів, постачальників медичних послуг, розробників технологій, регуляторних органів і платників. Це підкреслює важливість співпраці та спілкування між цими зацікавленими сторонами для створення сприятливого середовища для цифрових інновацій у сфері охорони здоров'я.

2. Теорія штучного інтелекту, використання великих масивів даних сприяє більш обґрунтованому прийняттю рішень і персоналізації планів лікування. Аналітика великих даних, штучний інтелект і машинне навчання відіграють вирішальну роль у вилученні розуміння з величезних обсягів даних охорони здоров'я. Цифрові технології дозволяють інтегрувати різноманітні джерела даних для створення всебічного профілю пацієнта, що призводить до більш цілеспрямованих та ефективних втручань.

3. Теорія надання телемедичних послуг пояснює можливості надання віртуальної допомоги, особливо у віддалених або недостатньо обслуговуваних районах, що в умовах воєнного стану є вкрай важливим для територій прилеглих до активних бойових дій. Концепція «цифрової медичної оселі» [24] фокусується на використанні цифрових інструментів для створення постійного зв'язку між пацієнтами та інститутами надання медичних послуг, покращення доступності та безперервності медичної допомоги.

4. Теорія електронного здоров'я (e-Health) пояснює використання в наданні медичних послуг мобільних пристроїв, таких як смартфони та переносні пристрої, моніторингу стану здоров'я та сприяння взаємодії з пацієнтами. Вона підкреслює значимість технологій e-Health для розширення можливостей пацієнтів і покращення самостійного лікування хронічних захворювань.

5. Теорія впровадження новітніх технологій блокчейну для нагромадження, безпечного обміну даними про здоров'я. Теорія зосереджена на використанні блокчейну для створення захищеної від втручання та децентралізованої книги записів про стан здоров'я пацієнтів, підвищення безпеки даних, конфіденційності та взаємодії між медичним персоналом у різних частинах світу.

6. Теорія етичних і правових рамок допомагає керувати відповідальною розробкою та розгортанням цифрових технологій охорони здоров'я.

7. Теорія людиноцентричного дизайну, що зосереджена на розробці цифрових рішень для охорони здоров'я з глибоким розумінням потреб, уподобань і поведінки користувачів. Принципи орієнтованого на людину

дизайну гарантують, що технологія є зручною для користувача, ефективною та відповідає потребам як пацієнтів, так і медичних працівників.

Ці теорії забезпечують основу для розуміння багатограних аспектів цифрового розвитку медицини та керують стратегічним плануванням, розробкою та впровадженням інноваційних рішень у сфері охорони здоров'я.

Наукову основу публічної політики охорони здоров'я створюють відповідні моделі. Моделі охорони здоров'я – це певні концептуальні рамки та підходи до організації та надання медичних послуг населенню. Ці моделі відображають різні аспекти системи організації охорони здоров'я, включаючи фінансування, доступність, види та обсяги послуг, координацію між провайдерами тощо. Моделі охорони здоров'я можуть бути структуровані за типом економічних систем, формою управління, фінансування медичних послуг.

В залежності від механізмів фінансового забезпечення медичних послуг можна виокремити наступні моделі публічної політики: англійську (модель Беверіджа), німецьку (модель Бісмарка), «із власної кишені» [27], змішані; централізовану, децентралізовану, приватну, страхову.

Модель Беверіджа (Велика Британія) названа на честь британського економіста Вільяма Беверіджа. Дана модель передбачає фінансування системи охорони здоров'я державою, тому приватний сектор є незначним. Послуги охорони здоров'я фінансуються за рахунок оподаткування, а медичне обслуговування є безкоштовним для жителів даної країни. Однак між медичними закладами створюється потужна конкуренція за державне фінансування надання медичних послуг. А оплачують дані послуги територіальні органи охорони здоров'я. При цьому держава здійснює жорсткий моніторинг якості та цінової політики у наданні медичних послуг.

Модель Бісмарка (Німеччина) характеризується широким використанням програм обов'язкового соціального страхування, за якими працівники та роботодавці вносять внески до фонду медичного страхування. Кілька страхових

фондів конкурують, але вони суворо регулюються урядом, щоб забезпечити загальне покриття необхідних для лікування витрат.

Серед змішаних моделей варто виокремити канадську, європейську, кубинську, французьку, американську, скандинавську, сінгапурську моделі.

Канадська національна модель медичного страхування передбачає державне фінансування основних медичних послуг. Однак до надання медичної допомоги можуть залучатися як державні, так і приватні постачальники медичних послуг.

Для країн Північної Європи (Швеція, Данія, Норвегія та Фінляндія) характерним є використання моделі «Беверіджа Плюс» в якій поєднується державна та приватна моделі фінансування медичних послуг.

Модель із власної кишені є іманентною для країн з низьким рівнем доходу. При такій моделі медичне обслуговування часто оплачується безпосередньо окремими особами, коли це необхідно, без участі уряду чи медичного страхування. Ця модель руйнує принцип ВООЗ рівного доступу до медичних послуг.

Французька змішана модель передбачає поєднання державних і приватних інвестицій у наданні медичних послуг із загальною системою медичного страхування, яка покриває значну частину медичних витрат. Пацієнти часто платять наперед, а потім отримують відшкодування від страхової компанії.

Модель соціальної медицини Скандинавських країн (Норвегія та Швеція) є найсоціалізованішою моделлю охорони здоров'я, з повним державним фінансуванням усіх рівнів надання медичних послуг для громадян даних країн.

Ринкова модель США використовує переважно ринкову систему фінансування послуг охорони здоров'я з поєднанням державних програм (таких як Medicare і Medicaid) і приватного страхування, завдяки яким США має найвищі витрати на фінансування охорони здоров'я (18% ВВП). Доступ до медичної допомоги може залежати від зайнятості хворого та страхового покриття.

Кубинська модель система охорони здоров'я характеризується значним фінансуванням профілактичної допомоги та державним фінансуванням первинної медичної допомоги. Охорона здоров'я в основному фінансується державою і надається всім громадянам безкоштовно.

Сінгапурська модель має змішану систему охорони здоров'я, яка включає державні субсидії на підтримку охорони здоров'я, обов'язкові заощадження на охорону здоров'я через систему під назвою «Medisave» та необов'язкове приватне страхування. Уряд також управляє державними лікарнями.

Важливо зазначити, що ці моделі можуть мати варіації та нюанси в кожній країні. Крім того, багато країн мають гібридні системи або з часом змінили свою публічну політику охорони здоров'я. Вибір моделі політики охорони здоров'я залежить від пріоритетів країни, ресурсів і цінностей суспільства. У країнах, що розвиваються, домінує ринок приватних медичних послуг. В таких відносинах пацієнт оплачує безпосередньо послуги лікарю, а державний сектор охорони здоров'я є незначним.

У розвинутих країнах (Німеччині, Франції, Канаді, Австрії, Нідерландах, у нових членах ЄС домінує модель обов'язкового медичного страхування О. Бісмарка.

В Україні довгий час фінансувалася охорона здоров'я за патерналістським принципом Семашка, і лише після здобуття цілковитої незалежності почав вибудовуватися механізм державного фінансування гарантованого пакету медичних послуг, за який конкурентну боротьбу здійснюють як державні, комунальні так і приватні медичні заклади. Паралельно розвивається система добровільного та обов'язкового медичного страхування. Базові засади для побудови національної моделі охорони здоров'я закріплені статтею 4 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» [119]. Вони визнають принципи англійської моделі охорони здоров'я, і знаходять відображення у різних формах власності суб'єктів ринку медичних послуг, розвитку сімейної, страхової медицині, створенні диференційованого фінансового забезпечення надання медичних послуг.

Аналіз праць вітчизняних вчених (Білінська М.М. [8], Желюк Т.Л. [77]) свідчать, що в реалізації публічної політики охорони здоров'я у сучасному світі використовують два підходи: 1) людиноцентричний (інклюзивний) підхід, що враховує потреби та безпеку людини, зменшення витрат на лікування, зменшення рівня захворюваності; 2) підхід, орієнтований на результат (наприклад, покращення параметричних характеристик рівня якості надання медичних послуг, інноваційність медичних послуг, доступність лікарських засобів та медичних послуг, підвищення фінансової мотивації медичного персоналу тощо).

Важливою складовою сутнісних характеристик публічної політики охорони здоров'я є її цільова підсистема. Цілі публічної політики охорони здоров'я варто, на нашу думку, слід розглядати в часовому аспекті: короткострокові, середньострокові, довгострокові цілі на наднаціональному, національному, макроструктурному та регіональному рівнях (табл.1.4).

Таблиця 1.4

Цілі публічної політики охорони здоров'я

Короткострокові цілі	Середньострокові цілі	Довгострокові цілі
1	2	3
<i>Наднаціональний рівень</i>		
1. Загальне охоплення медичним обслуговуванням, включаючи профілактику, лікування та догляд. 2. Пропаганда здорового способу життя. 3. Готовність до надзвичайних ситуацій і реагування на них. 4. Охорона здоров'я матері та дитини. 5. Підтримка психічного здоров'я. 6. Контроль над неінфекційними захворюваннями.	1. Підтримка справедливих підходів в охороні здоров'я та забезпечення високих соціальних детермінант здоров'я. 2. Вирішення таких проблем, як бідність, освіта, гендерна нерівність та доступ до чистої води та санітарії. 3. Зміцнення здоров'я та профілактика захворювань. 4. Зміцнення системи охорони здоров'я: розбудова надійної інфраструктури, навчання медичних працівників, покращення доступу до основних медичних засобів і технологій.	1. Підтримка високого рівня параметрів безпеки здоров'я. 2. Підтримка превентивної моделі охорони здоров'я, запобігання хворобам і покращення систем охорони здоров'я. 3. Співпраця з наднаціональними інтеграційними утвореннями в сфері охорони здоров'я.

1	2	3
<i>Національний рівень</i>		
<p>7. Організація системи охорони здоров'я.</p> <p>8. Забезпечення контролю якості, обліку і звітності надання медичних послуг відповідно до законодавства України та ратифікованих міжнародних документів.</p> <p>9. Розвиток громадського здоров'я.</p> <p>10. Створення організаційних передумов для розвитку закладів охорони здоров'я всіх форм власності.</p>	<p>5. Адаптація правового супроводу політики охорони здоров'я до європейських стандартів.</p> <p>6. Підтримка пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я.</p> <p>7. Розвиток медичного самоврядування.</p> <p>8. Міжсекторна співпраця владних інститутів та органів професійного самоврядування медичних та фармацевтичних працівників.</p> <p>9. Підтримка державою інвестування в нові технології надання медичних послуг.</p>	<p>4. Створення ефективної моделі національної системи охорони здоров'я.</p>
<i>Макроструктурний рівень</i>		
<p>11. Реалізація завдань державної політики у сфері охорони здоров'я.</p> <p>12. Контроль дотримання показників санітарного та епідемічного благополуччя.</p> <p>13. Контроль якості лікарських засобів.</p> <p>14. Розробка, координація та контроль виконання державних програм розвитку охорони здоров'я.</p> <p>15. Організація надання безоплатної медичної допомоги та допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях.</p>	<p>10. Розробка заходів щодо профілактики та зниження захворюваності.</p> <p>11. Ліцензування господарської медичної практики.</p> <p>12. Бюджетування сфери охорони здоров'я.</p> <p>13. Формування державного замовлення на надання медичних послуг.</p> <p>14. Формування приватної інфраструктури медичної сфери.</p> <p>15. Контроль якості та безпеки лікарських засобів.</p>	<p>5. Формування конкурентоспроможного медичного простору національної економіки.</p>
<i>Регіональний рівень</i>		
<p>16. Створення умов для формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я.</p> <p>17. Підвищення якості та доступності медичних послуг.</p> <p>18. Підвищення якості профілактичних заходів.</p>	<p>16. Утворення госпітальних округів.</p> <p>17. Розробка та реалізація регіональних цільових програм для модернізації закладів охорони здоров'я.</p> <p>18. Покращення параметричних характеристик здоров'я жителів регіону.</p> <p>19. Реалізація профілактичних заходів для підвищення показників психологічного та фізичного здоров'я.</p>	<p>6. Покращення параметричних характеристик потенціалу здоров'я жителів регіону.</p>

Примітка: систематизовано автором з використанням [9, 42, 77, 92, 95, 119].

Голованова І. А. та Криснова О. І. основний акцент у цільовій підсистемі публічної політики відводять саме на побудові системи охорони здоров'я, яка забезпечуватиме рівний доступ та якісні медичні послуги для всіх членів суспільства та сприятиме формуванню сприятливого середовища для медичних закладів різних форм власності при одночасному збереженні державних гарантій медичного обслуговування [18, с. 22].

Аналіз наукової літератури та власні дослідження автора дозволяють до основних цілереалізуючих елементів державної політики охорони здоров'я віднести: створення системи охорони громадського здоров'я; забезпечення належного медичного обслуговування; управління якістю медичних послуг; належне фінансування охорони здоров'я; кадрове забезпечення; інформаційне забезпечення; забезпечення доступу до лікарських засобів, та медичних технологій та контроль за їх безпечним використанням.

Система громадського здоров'я повинна оперативно виконувати функції епідеміологічного нагляду, оцінки, спостереження, контролю за станом здоров'я та чинниками, які на нього впливають, реалізовувати заходи, що забезпечать зміцнення та захист здоров'я.

Система медичного обслуговування покликана надавати медичну допомогу з оптимальним використанням ресурсної бази (поєднання державних та громадських ресурсів і мінімальним використанням коштів громадян) за допомогою використання високоякісної первинної медичної допомоги, профілактики захворювань, зменшення потреби в стаціонарному лікуванні; формування конкурентоспроможної мережі закладів охорони здоров'я; використання телемедичних послуг; модернізації технологічного забезпечення та використання сучасних інформаційних технологій.

Управління якістю є мультифункціональним компонентом у структурі важелів управлінського впливу на розвиток охорони здоров'я, оскільки поєднує діяльність як владних інститутів так і громадського сектору і власне закладів охорони здоров'я в підвищенні результативності медичного обслуговування. Воно забезпечується за допомогою: встановлення відповідності стандартів

медичних послуг міжнародним стандартам якості та безпеки та їх подальшим вдосконаленням шляхом моніторингу показників якості та результативності кожної медичної процедури, медичної послуги; стандартизації та уніфікації медичної допомоги; державної експертизи медичних технологій щодо їх клінічної ефективності, результативності та економічної обґрунтованості, показників безпеки медичних заходів; клінічного аудиту; відомчого контролю; опитування пацієнтів щодо якості та безпеки медичної допомоги; державного ліцензування, акредитації та сертифікації закладів охорони здоров'я; у сфері охорони здоров'я та невідомчої ліцензійної системи професійної діяльності у сфері охорони здоров'я; уніфікації функцій медичної допомоги, інформатизації та автоматизації медичного обслуговування.

Отже, публічна політика охорони здоров'я є важливим елементом соціальної складової публічної політики національної економіки. Вона має важливе значення для створення здорового та процвітаючого суспільства, забезпечення макроекономічної стабільності та національної безпеки, забезпечення міжнародної дипломатії та інтеграції в глобальний простір. Публічна політика охорони здоров'я має потенціал для покращення загального стану здоров'я та добробуту населення та сприяє кращій якості життя окремих людей, громаді і країни в цілому.

Важливою складовою результативності надання медичних послуг закладам охорони здоров'я (ЗОЗ) є фінансове забезпечення їх діяльності. Фінансові ресурси ЗОЗ згідно чинного законодавства складаються із коштів, які надходять в рамках підписаних договорів про надання медичних послуг в рамках гарантованого пакету медичної допомоги з єдиним державним інститутом, який координує реалізацію публічної політики в сфері охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України, а також фінансових ресурсів місцевих бюджетів, коштів за надання платних медичних послуг ЗОЗ, фінансових ресурсів медичного страхування, коштів грандодавців, філантропів тощо. В сучасних умовах воєнного стану фінансування гарантованого пакету медичних послуг залежить від наповнення коштами державного бюджету, яке

здійснюється за допомогою зовнішньої макрофінансової допомоги, що допомагає гарантувати якість та безпеку життя навіть в умовах значних безпекових викликів та загроз.

Кадрове забезпечення ЗОЗ є багатокомпонентним і включає кадрові ресурси управлінського, медичного та немедичного профілю (рис.1.9), які є базовим активом надання якісної медичної допомоги. Тому практично половина усіх витрат ЗОЗ направляється на оплату праці кваліфікованих фахівців медичного та немедичного профілю.

Нині в системі кадрового забезпечення особливе місце відводиться формуванню багатофункціональної команди фахівців (лікарів, психологів, реабілітологів, соціальних працівників, фінансових консультантів), фахівців кейс-менеджменту, які будуть проводити адвокаційний супровід пацієнтів, будувати дорожні карти їх лікування із залученням необхідних фахівців (лікарів, соціальних працівників, страхових агентів) на основі вивчення їхніх реальних потреб у лікуванні, покращенні параметричних показників здоров'я, наприклад за допомогою, наприклад, послуг медичного туризму.

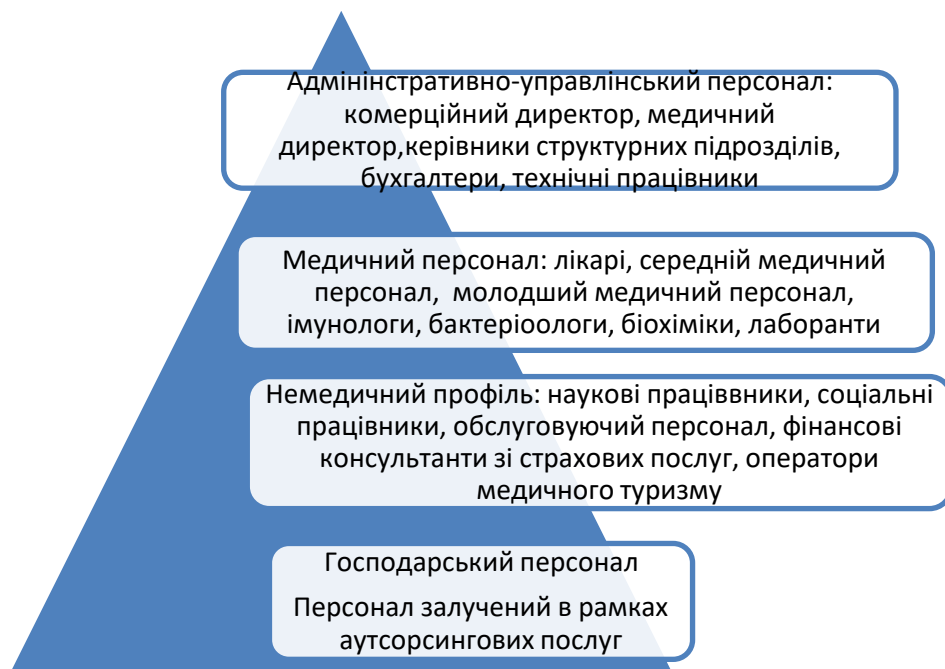


Рис.1.9. Кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я

Примітка: складено автором.

Права та гарантії у сфері охорони здоров'я, що стосуються медичного обслуговування, забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами,

передбачено Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [113] і реалізується до допомогою коштів державного, місцевого бюджетів, страхових фондів та інших незаборонених джерел.

Важливе місце в системі цілереалізуючих елементів слід відвести інформаційним технологіям та інформаційному забезпеченню ЗОЗ.

КМУ постановою від 28 грудня 2020 р. № 1671-р схвалив «Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я» [32,135], яка визначила організаційний алгоритм впровадження інформаційних технологій в роботу закладів охорони здоров'я через створення «eHealth». Згідно нормативного визначення під «електронною охороною здоров'я слід розуміти екосистему гармонічних та взаємоприйнятних інформаційних відносин усіх учасників медичного середовища держави, які базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи медичні послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу та медичну освіту, знання та дослідження» [32].

Дана Концепція разом із Цифровою аджендою розвитку України «Україна 2030Е» [135], створили інституційні передумови для формування та розвитку ринку цифрового програмного медичного забезпечення на ринку медичних послуг України. Так за період 2020-2023 років почав працювати механізм укладення електронних декларацій, укладених із сімейними лікарями чи дільничними терапевтами, продажу лаків за цифровими рецептами, ведення електронної медичної картки та цифрового направлення сімейного лікаря на лікування до закладу спеціалізованої медичної допомоги. Впровадження цифрових технологій забезпечує доступність та якість надання медичних послуг і дозволяє інтегруватися Україні в глобальний ринок медичних послуг.

Використання сучасних інформаційних технологій в медичній сфері дозволяє не лише акумулювати інформацію чи забезпечувати дистанційне консультування, але на думку Желюк Т.Л., Жуковської А.Ю., Бречка О.В. -

дистанційно транслювати та передавати фізіологічні параметри, імітувати перебіг біологічних процесів, здійснювати 3-D моделювання та штучне створення тканин і органів, проводити діагностику, інтерпретацію даних, здійснювати прогнозування перебігу та наслідків захворювання. За даними «Frost & Sullivan» [165], обсяг світового ринку е-медицини у 2023 року становив 234 млрд. дол., що на 40% більше 2019 р. (147 млрд. дол.) [166]. Лівову частку на цьому ринку ІТ-технології.

Політика охорони здоров'я в сучасному світі – це складна галузь, що розвивається під впливом технологічних викликів, демографічних змін, пандемічних загроз. Вона спрямована на забезпечення рівного доступу до основних медичних послуг, сприяння загальному здоров'ю населення та ефективному управлінню ресурсами. Політика може значно відрізнятись між економічними системами розвинутих країн і тих, що розвиваються через відмінності в політичних, економічних і соціальних факторах. Проте є деякі загальні принципи та тенденції, які характеризують сучасну публічну політику охорони здоров'я. До них слід віднести: універсальний доступ до охорони здоров'я; профілактику та зміцнення здоров'я, усунення диспропорцій у доступі до медичних послуг; інтеграцію інформаційних технологій в систему охорони здоров'я для підвищення ефективності надання медичної допомоги, забезпечення прийнятної якості і вартості медичної допомоги; міжсекторну співпрацю держави, постачальників медичних послуг, страхових компаній та громадських організацій в підвищенні результативності політики охорони здоров'я; підтримку інновації у сфері нових методів лікування, технологій і підходів до надання медичної допомоги, які можуть покращити результати лікування пацієнтів і зменшити витрати; співпраця на наднаціональному рівні у вирішенні глобальних проблем здоров'я.

Отже, дослідження наукових детермінант публічної політики охорони здоров'я, дозволяє нам характеризувати її як важливу соціальну складову публічної політики держави, яка за допомогою правових, економічних, організаційних, адміністративних важелів державного управлінського впливу

через цільову, функціональну, забезпечуючи структурну підсистему з використанням сучасних наукових концепцій, інституційного базису забезпечує створення ефективної моделі національної системи охорони здоров'я за трьома підходами - підтримки потенціалу здоров'я, використання інноваційних форм та методів лікування, підтримки превентивної моделі охорони здоров'я, та забезпечує її інтеграцію в глобальний медичний простір при цьому забезпечуючи соціальне благополуччя та національну безпеку.

1.3. Інституційне забезпечення публічної політики в сфері охорони здоров'я

Інституційна підтримка публічної політики – це основа формування організаційних структур владних інститутів, які реалізують її, сукупність механізмів вироблення, реалізації, моніторингу та оцінки результативності публічної політики. Ці інституції відіграють вирішальну роль у забезпеченні ефективного розроблення, виконання та підтримки політики для досягнення поставлених цілей. Її основу створюють нормативно-правові акти прийняті та ратифіковані, низка формальних та неформальних інститутів, серед яких варто виокремити: законодавчі органи, урядові агенції та міністерства, виконавчу гілку влади та адміністративні агенції, моніторингові центри, органи місцевого самоврядування, міжурядові організації, дорадчі та консультативні органи, громадянські і неурядові організації, інститути з розвитку потенціалу та навчання, інформаційна та комунікаційна інфраструктура.

Ефективна інституційна підтримка державної політики вимагає координації, прозорості, підзвітності та співпраці між різними суб'єктами. Ці інституції співпрацюють, щоб гарантувати, що політика добре розроблена, ефективно впроваджується та відповідає потребам і сподіванням населення на різних рівнях функціонування національної економіки: наднаціональному, макроекономічному, макроструктурному, регіональному, локальному.

Наднаціональний рівень публічної політики охорони здоров'я характеризується співпрацею наднаціональних та національних інститутів охорони здоров'я та реалізацією ратифікованих конвенцій, міжнародних угод і договорів, які створюють основу для співпраці, стандартизації практики та обміну інформацією та ресурсами для сприяння глобальному здоров'ю. Серед них варто виокремити:

1.Оттавську хартію зміцнення здоров'я ВООЗ (1986р.), яка є основоположним міжнародним документом реалізації публічної політики у сфері охорони громадського здоров'я. Хартія окреслює комплексний і цілісний підхід до зміцнення здоров'я та запобігання захворюванням, наголошуючи на економічних, соціальних, індивідуальних детермінантах здоров'я. Оттавська хартія базується на визнанні того, що здоров'я є фундаментальним правом і підкреслює важливість створення умов, які дозволяють вести здоровий спосіб життя. Хартія окреслює детермінанти розбудови державної політики у охороні здоров'я населення, створенні сприятливого фізичного, соціального та економічного середовища, на посиленні ролі громадського сектору у зміцненні потенціалу здоров'я, на формуванні через освіту навичок здорового способу життя. Дана Хартія змінює підхід до публічної політики охорони здоров'я з лікування до профілактики та зміцненні здоров'я, який базується на між секторній співпраці. Принципи, викладені в Хартії спрямовані на створення здорових суспільств і зменшення нерівності у показниках здоров'я в усьому світі.

2.Рамкову конвенцію Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) про боротьбу проти тютюну (РКБТ) (21.05.2003р.). Ця угода, спрямована на зменшення смертності та захворювань, пов'язаних із вживанням тютюну. Він забезпечує основу для впровадження країнами заходів щодо контролю за вживанням тютюну, включаючи оподаткування, заборону реклами та програми відмови від куріння. Ратифікована Україною Законом України від 15.03.2006 [32].

3. Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП). ММСП були прийняті на 58-й сесії Всесвітньої Асамблеї ВООЗ 23.05.2005 р., а набули чинності 15.06.2007р. Правила встановлені Всесвітньою організацією охорони здоров'я, щоб допомогти країнам запобігати міжнародним надзвичайним ситуаціям у сфері охорони здоров'я, наприклад пандеміям, і реагувати на них. ММСП зобов'язують 196 країн світу повідомляти про певні спалахи захворювань і події, які можуть мати міжнародні наслідки. В Україні для побудови співпраці із міжнародними інституціями щодо створення єдиної системи реагування на надзвичайні ситуації розроблено «Національний план дій щодо імплементації Міжнародних медико-санітарних правил» [32] (розпорядження КМУ від 24 лютого 2023 р. № 173-р.)

4. Паризьку угоду про зміну клімату. Хоча Паризька угода не є винятковою конвенцією про охорону здоров'я, вона визнає значний вплив зміни клімату на здоров'я населення. Дана угоду спрямована на запобігання глобальному потеплінню в рамках 2 градусів за Цельсієм і заохочує країни адаптуватися до несприятливих наслідків зміни клімату для здоров'я. Угоду було прийнято 12.12.2015 р., а чинності вона набула 4.11.2016р. На початок 2023 року до неї приєдналися 195 країн, а ратифікували – 186. Україна підписала Угоду 22 квітня 2016 року, а ратифікувала дану Угоду 14 липня 2016 року.

5. Картахенський протокол з біобезпеки (29.01.2000р), що доповнює Конвенцію про біологічне різноманіття та зосереджується на безпечному поводженні, передачі та використанні живих модифікованих організмів, отриманих завдяки сучасній біотехнології, які можуть негативно впливати на біорізноманіття та здоров'я людини. Україна приєдналася до даного протоколу 12.09.2002 р.

6. Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права. Хоча цей пакт не стосується виключно охорони здоров'я, він (стаття 12) визнає право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я для кожної людини. Він зобов'язує держави вживати заходів, необхідних для запобігання хворобам, їх лікуванню та боротьбі з хворобами, а також створення умов для

забезпечення медичного обслуговування та медичної допомоги у разі захворювання. Даний пакт було ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР N 2148-VIII (2148-08) від 19.10.73 [32]

7. Загальну декларація з біоетики та прав людини, яка прийнята ЮНЕСКО 19 жовтня 2005 р. на основі Міжнародної декларації з прав людини ООН (1948 р.), ратифікована Україною 205 року. Вона встановлює принципи дотримання правил біоетики, прав людини на охорону здоров'я. Вона розглядає такі питання, як інформовану згоду, гідність і права пацієнтів, а також відповідальне проведення наукових досліджень в медичній сфері.

8. Женевські конвенції та Додаткові протоколи до них, що забезпечують захист поранених, хворих і військовослужбовців, які зазнали поранень під час збройних конфліктів. Вони також стосуються прав медичного персоналу та медичних закладів в умовах ведення активних бойових дій. Що є особливо актуальним для України, адже країна агресор, яка веде уже другий рік повномасштабну війну і не дотримується та грубо порушує ці принципи.

9. Женевську декларацію гуманних цінностей лікарської практики, яка була прийнята Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації в 1948 році, ратифікована Україною 1994 році. Остання її правка була зроблена у 2017 році. А також прийняту на її основі Міжнародний кодекс медичної етики Всесвітньої медичної асоціації (1949 р), який схвалений ВООЗ і визначає етичні принципи лікарської практики і основою медичної деонтології в усьому світі.

10. Маастрихтська угода щодо охорони здоров'я, яка була укладена в 1992 році між країнами Європейського Союзу і стосується співпраці в галузі охорони здоров'я між цими країнами в сфері покращення здоров'я та безпеки громадян, підвищення якості та ефективності охорони здоров'я, забезпечення доступу до медичної допомоги, співпраці та обміну інформацією, розробки і реалізації спільних стратегій і програм, забезпечення стабільного фінансування медичних програм та ініціатив, проведення наукових досліджень для гарантування високого стандарту медичної допомоги.

Ці наднаціональні конвенції відіграють нині важливу роль у формуванні міжнародних стандартів наднаціональної співпраці у сфері охорони здоров'я. Однак окремі із декларацій є безсильними у протидії збройній агресії росії і її наслідкам для здоров'я людини.

На національному рівні трансформація інституційного супроводу публічної політики охорони здоров'я пройшла кілька етапів. Аналіз наукової літератури (праці Августина Р.Р., Васильціва Т.Г., Желюк Т.Л., Мельник А.Ф.,) власні розвідки автора дозволяють виокремити наступні етапи інституційної трансформації публічної політики охорони здоров'я (рис.1.10): створення ринку медичних послуг, запровадження децентралізованих підходів в управлінні медичними послугами, концептуалізація напрямів медичної реформи, трансформація фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, визначення стратегічних векторів розвитку системи охорони здоров'я, формування конкурентоспроможної мережі ЗОЗ.

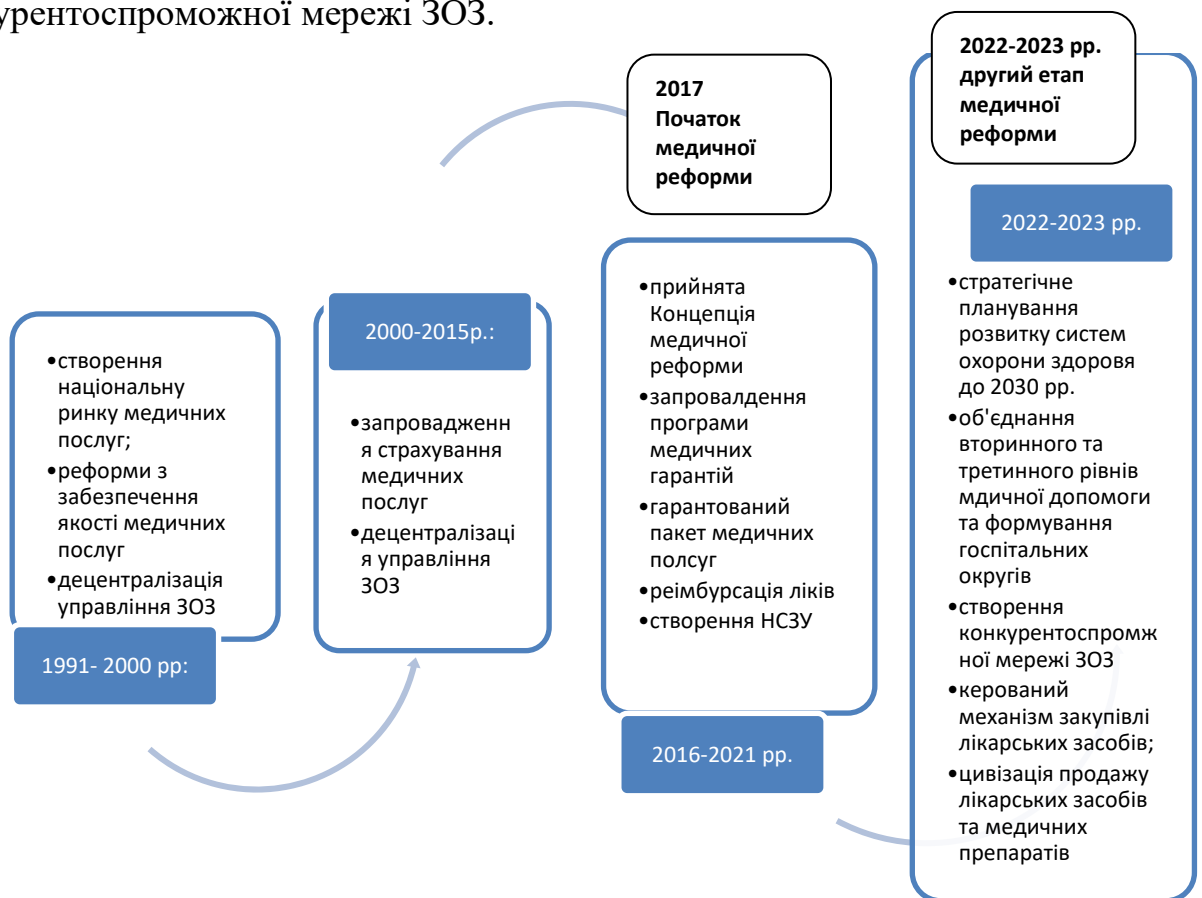


Рис.1.10. Етапи інституційної трансформації публічної політики охорони здоров'я

Примітка: складено автором з використанням [119].

В основі правового супроводу реалізації публічної політики охорони здоров'я України (макроекономічний рівень) лежить Закон України «Про основи законодавства України у сфері охорони здоров'я». [119] Даний Закон був прийнятий 19 листопада 1992 року зі змінами і доповненнями від 21.07.2023 р.

«Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості» [119].

Даний Закон задекларував принципи децентралізованого управління ЗОЗ, багатокладності розвитку системи охорони здоров'я, багатоканального фінансування з поєднанням державного, приватного, особистого фінансування і найголовніше – інституціалізував економіку охорони здоров'я.

В кореляції з Законом України «Про місцеве самоврядування» було створено підґрунтя для того, щоб територіальні громади могли виконувати власні та делеговані повноваження у сфері охорони здоров'я. Зокрема, стаття 32 Закону передбачає серед власних повноважень «управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування населення» [118]. Серед делегованих – «забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, забезпечення розвитку медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреб та формування кадрових замовлень для цих закладів» [118].

Довгостроковий вектор публічної політики охорони здоров'я регулюється «Стратегією розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» [124] (Указ Президента України № 369/2021 від 18.08.2021) (див. рис.1.11). Специфікою даного стратегічного документу є створення правового та організаційно-

економічного підґрунтя для надання доступної, якісної медичної допомоги населенню як в мирний час так і в умовах воєнного стану. При цьому важливо забезпечити безоплатну медичну допомогу в рамках програми медичних гарантій на кожен рік як в системі ризикоорєнтованого короткострокового бюджетування в умовах війни, так і в умовах мирної трьохрічної бюджетної декларації, в рамках якої заплановано фінансування медичних гарантій.



Рис.1.11. Вектори на цілереалізуючі системи «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»

Примітка: систематизовано автором на основі [124].

Основними векторами даної Стратегії (рис.1.11) є: підвищення ефективності врядування в сфері охорони здоров'я, впровадження цифрових

технологій та розвитку цифрової грамотності, розвиток «Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ)» [131], створення єдиного медичного простору, забезпечення доступу людей до якісних медичних, забезпечення потреб населення якісними медичними препаратами та лікарськими засобами шляхом розвитку національної фармацевтичної галузі, формування інституційно-спроможної системи громадського здоров'я, формування особистої культури населення в руслі підвищення особистісної відповідальності за власне здоров'я життя й благополуччя, якісне кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я.

Слід зауважити, що дана Стратегія є закономірним інституційним поступом конвергенції національного законодавства до вимог ЄС в частині: захисту медичної інформації; підвищення безпеки та захисту людського здоров'я; адаптація до практики захисту громадського здоров'я у сфері захисту від інфекційних захворювань, трансплантології, використання крові; модернізації фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я.

В контексті реформування національної системи охорони здоров'я був прийнятий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [113] від 19.10.2017 № 2168-VIII, який інституціалізував основні напрями проведення медичної реформи, механізм пацієнтоорієнтованого фінансування надання медичних послуг та програми гарантій медичного обслуговування за позитивними переліками медичних послуг, що складається щорічно і фінансується державою в рамках укладених договорів про медичне обслуговування надавачі медичних послуг з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Організаційно-методичне підґрунтя для використання програми медичних гарантій представлено в додатку Б.

Загалом основні етапи реформування національної системи охорони здоров'я, можна представити у вигляді 4 етапів:

1-ий етап: зміна власності ЗОЗ первинного рівня (медичні пункти, кабінети, амбулаторії, ФАП) із державної в комунальну власність, утворення

комунальних некомерційних підприємств (КНП) та укладення договорів з НСЗУ на медичні послуги для фінансування за програмою медичних гарантій .

2-ий етап: створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як центрального органу виконавчої влади для забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування.

3-ий етап: підписання декларації з сімейним чи лікуючим лікарем закладів первинної медичної допомоги, які контракту з НСЗУ.

4-ий етап: підписання КНП договорів з НСЗУ.

5-ий етап: це формування мережі госпітальних округів, територій у межах яких створено спроможна мережа ЗОЗ для надання якісної медичної та реабілітаційної допомоги.

Визначені і реалізовані напрями медичної реформи змогли забезпечити справедливий розподіл публічних фінансів у сфері охорони здоров'я; розвинути конкуренцію між надавачами медичних послуг за кращі умови їх надання і отримання державного фінансування і нарешті, розвивати повноцінний приватний сектор ринку медичних послуг, який інтегрується в нього за рахунок інноваційної складової.

Важливим організаційно-правовим підґрунтям Реалізації Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року є Закон України «Про систему громадського здоров'я» [124] 06.09.2022. Стаття 4 даного Закону регламентує проведення епідеміологічного нагляду за показниками, що можуть впливати на стан здоров'я населення; механізм реагування на надзвичайні чи небезпечні ситуації, реалізацію заходів захисту, зміцнення здоров'я населення, профілактики захворювань та мінімізації негативних їх наслідків; забезпечення епідемічного благополуччя населення; якісного кадрового, фінансового, інформаційно-комунікативного, наукового забезпечення системи громадського здоров'я як на національному так і місцевому рівня.

В реалізації правового супроводу публічної політики охорони здоров'я відіграють нормативно-праві акти, які регламентують доступність, якість та безпеку лікарських засобів: Закон України «Про лікарські засоби» від 28 липня

2022 року, Постанова КМУ від 27 вересня 2022 р. № 1055 «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)» [32].

Закон України «Про лікарські засоби» [32] став правовим інструментом інтеграції національної системи охорони здоров'я в європейський простір, оскільки впровадив норми та стандарти Європейського Союзу до обігу лікарських засобів та медичних препаратів та контролю держави за цим процесом. Також впродовж 2022 року запрацював «механізм договорів керованого доступу» для закупівлі медичними закладами лікарських засобів, що передбачає можливість безпосереднього погодження умов закупівлі з виробниками лікарських засобів та медичних препаратів та механізм цифрових рецептів на антибіотики та психотропні препарати.

Важливою складовою правового супроводу публічної політики у сфері охорони здоров'я стало прийняття 6.09.2022 р. Закону України «Про систему громадського здоров'я» [32], який створив організаційно-правові передумови для розвитку системи громадського здоров'я та санітарно-епідеміологічного благополуччя для покращення показників здоров'я населення та запобігання різного роду захворюванням та ризикам, що сприяють їх виникненню.

На регіональному рівні публічна політика в сфері охорони здоров'я реалізується через заходи організаційної координації в частині формування конкурентоспроможної мережі закладів охорони здоров'я, державні та регіональні цільові програми, державне фінансування «Програми державних медичних гарантій на надання медичних послуг» [95] в рамках гарантованого пакету медичного обслуговування, бюджетування функціональної діяльності закладів охорони здоров'я, які належать територіальним громадам в частині оплати комунальних послуг та фінансування програм охорони громадського здоров'я.

Важливу основу інституційного забезпечення публічної політики охорони здоров'я створюють формальні та неформальні інститути.

Неформальні інститути – це неформальні заклади охорони здоров'я, неформальні медичні практики, які відіграють значну роль у багатьох суспільствах, особливо в регіонах, де доступ до офіційних медичних послуг обмежений або де культурні уподобання віддають перевагу традиційним методам.

Зима І.Я. до неформальних інститутів відносить «... норми поведінки в сім'ї, відношення до свого здоров'я, відношення до здоров'я в суспільстві, самостійне використання та доступність ліків в Україні, самолікування, використання методів народної медицини є основними інституційними елементами культури народу України в процесі охорони здоров'я» [33].

Погоджуючись із даним переліком вважаємо за доцільне його доповнити культурними традиціями, нагромадженими в народі знаннями щодо лікування травами, духовним цілительством, альтернативними методами лікування фізичних, психічних і духовних аспектів здоров'я. Неофіційна практика охорони здоров'я є в ціновому аспекті є доступною для соціально-вразливих категорій населення, однак часто не регулюється офіційними органами охорони здоров'я, що може викликати занепокоєння щодо безпеки та ефективності певних методів лікування. У деяких випадках можуть бути ризики, пов'язані з використанням неперевіраних засобів або методів.

Зусилля щодо інтеграції чи співпраці з неформальними закладами охорони здоров'я можуть бути складними та вимагати розуміння культурних норм і практики. Деякі уряди та міжнародні організації визнають важливість неофіційних систем охорони здоров'я та працюють над підтримкою їхньої ролі в доповненні офіційних послуг охорони здоров'я, одночасно забезпечуючи безпеку пацієнтів і належне регулювання неформальної медичної практики.

Офіційні (формальні) установи відіграють вирішальну роль у створенні організаційно-правового підґрунтя для забезпеченні доступу до медичних послуг, зміцненні здоров'я населення та вирішенні проблем, пов'язаних зі здоров'ям у країні. Формальні інститути публічної політики охорони здоров'я об'єднують діяльність: наднаціональних інститутів, партнерств, які реалізують

глобальні ініціативи в галузі охорони здоров'я, координують процеси охорони здоров'я на глобальному рівні; урядових установ, агентств, організацій і структур, які відповідають за розробку, впровадження та контроль за реалізацією цілей та інструментів публічної політики охорони здоров'я на макроекономічному, макроструктурному, регіональному та локальному рівнях, а також здійснюють регуляторну діяльність у цій сфері; фінансових інституцій, які надають послуги із медичного страхування, вирішуючи питання фінансування медичних послуг; науково-дослідних інститутів, які займаються дослідженнями в галузі медицини та охорони здоров'я, сприяють формуванню політики на основі фактичних даних; громадських організації охорони здоров'я, які беруть участь в розробці рішень органів державної влади та місцевого самоврядування в сфері громадського здоров'я, моніторять результативність їх виконання, здійснюють громадський контроль у сфері державного регулювання охорони здоров'я, за яким визначається рівень демократичності суспільства та його соціально-політичного розвитку.

Рівневу модель інституційного супроводу публічної політики охорони здоров'я України із верифікацією функціонального навантаження інституцій систематизовано нами в табл. 1.4.

Таблиця 1.4

Рівнева модель інституційного супроводу публічної політики охорони здоров'я

Назва інституту публічної політики охорони здоров'я	Основні функції
1	2
Рівень наднаціональний	
Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization)	ВООЗ утворена 7 квітня 1948 році як спеціалізована установа ООН і має на меті забезпечити вищий ступінь здоров'я для всіх людей, сприяючи співпраці країн у сфері медичних досліджень, забезпеченні доступу до якісної медичної допомоги, розвитку здоров'я громадян та попередженню хвороб. Функції: розробка стандартів з якості медичних послуг, сприяння здоров'ю матері та дитини, боротьба з захворюваннями, координація дій у випадках глобальних загроз для здоров'я, технічна допомога країнам-членам у вирішенні проблем охорони здоров'я, сприяння розробці національних стратегій та політик, проведення досліджень, навчання медичних працівників та розробка рекомендацій для здоров'я громадян.

Продовження таблиці 1.4

1	2
Європейське бюро ВООЗ	Утворене Європейською комісією після підписання Маастрихтської угоди (1992 р.) Реалізація політики охорони здоров'я для країн ЄС, впровадження програм охорони здоров'я. «Відповідно до Статті 168 Договору про функціонування Європейського Союзу, ЄС зобов'язаний гарантувати дотримання високого рівня захисту здоров'я людей під час розробки та впровадження політик та заходів ЄС...» [42]
Рівень національний	
Кабінет міністрів України (КМУ)/ Рада з питань функціонування системи охорони здоров'я	Утворена постановою КМУ від 12 жовтня 2011 р. N 1051 «Про утворення Ради з питань функціонування системи охорони здоров'я». «Розробка та реалізація стратегії державної політики у сфері охорони здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення; збереження та поліпшення здоров'я населення, забезпечення безпеки середовища життєдіяльності людини, підвищення рівня доступності медичних послуг, забезпечення розвитку медичної науки та практики, створення належних умов для життєзабезпечення та професійної діяльності медичних працівників» [32].
Комітет Верховної ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування	Законотворча діяльність у сфері використання сучасних медичних технологій, обов'язкового державного медичного страхування; санаторно-курортного оздоровлення; військової медицини; охорони материнства та дитинства.
Товариство Червоного Хреста України	Всеукраїнська добровільна громадська гуманітарна організація. Створена та функціонує відповідно до Закону України «Про Товариство Червоного Хреста України» [32] від 28.11.2020 р. Захист прав та інтересів громадян у сфері охорони здоров'я в органах державної влади та місцевого самоврядування та в органах судової влади.
Рівень макроструктурний	
Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)	Центральний орган виконавчої влади, що розробляє та реалізує публічну політику охорони здоров'я. Функції: «1) забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення; 2) розроблення, координація та контроль за виконанням державних програм розвитку охорони здоров'я; 3) організація надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню; 4) організація надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях; 5) розробка заходів щодо профілактики та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення; 6) організація разом з Національною академією наук, Академією медичних наук наукових досліджень з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки» [32] 7) ліцензування господарської медичної практики.

Продовження таблиці 1.4

1	2
Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	Центральний органом виконавчої влади, діяльність якого координується КМУ та МОЗ Функції: « 1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій); 2) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; 3) внесення на розгляд МОЗ пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.
Міністерство фінансів України	Бюджетування витрат на фінансування охорони здоров'я, духовного та фізичного розвитку.
Асоціація приватних медичних закладів України	формування приватної інфраструктури медичної сфери України з рівними правами незалежно від форми власності медичних закладів, розвиток якісної медицини України, участь у виробленні публічної політики у сфері охорони здоров'я.
Державна служба України з лікарських засобів та контролю за Наркотиками.	1) контроль якості та безпеки лікарських засобів; 2) ліцензування господарської діяльності з виробництва, імпорту, продажу лікарських засобів; 3) контроль обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів.
Державне підприємство «Державний експертний центр МОЗ України.	Проведення науково-технічних експертиз та інспектування при проведенні підтвердження відповідності умов виробництва лікарських засобів Сертифікація GMP, GDP; ліцензування Контроль якості лікарських засобів.
ДП «Центр громадського здоров'я» МОЗ України	Виконання лікувально-профілактичних, науково-практичних та організаційно-методичних функцій щодо дотримання вимог якості лікування соціально-небезпечних захворювань (ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, наркозалежності, гепатитів тощо,
Рівень регіональний	
Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації	«1) реалізація державної політики охорони здоров'я в області; 2) управління закладами охорони здоров'я, які утримуються за рахунок коштів обласного бюджету, організація їх кадрового, матеріально-технічного і методичного забезпечення; 3) прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я області та нормативне забезпечення населення медико-санітарною допомогою; 4) запобігання та ліквідація інфекційних захворювань, епідемій; 5) організація роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи; 6) забезпечення виконання актів законодавства, дотримання державних стандартів у сфері охорони здоров'я» [32]
Відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації.	«Забезпечення реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я у відповідному районі; здійснення контролю за дотриманням законодавства та державних стандартів в сфері охорони здоров'я; координація діяльності закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, пов'язаної з наданням лікувально-профілактичної допомоги населенню району» [32].

Продовження таблиці 1.4

1	2
Професійні спілки та об'єднання	Створюються та функціонують відповідно до Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності» [32]. «Профспілки, їх об'єднання здійснюють представництво і захист трудових, соціально-економічних прав та інтересів членів профспілок в органах державної влади та органах місцевого самоврядування, у відносинах з роботодавцями, а також іншими об'єднаннями громадян» [95].

Примітка: систематизовано автором на основі [32, 42, 43, 119, 93, 95].

Схематично модель публічної політики можна представити за допомогою схеми, яка об'єднує науковий базис з відповідними науковими підходами, моделями, принципами реалізації публічної політики, цільовий, правовий, інституційний, функціональний, структурний блоки, організаційно-економічний механізм управління (рис.1.12).

Важливим елементом інституційного забезпечення публічної політики є управління якістю медичних послуг. Інтеграція у глобальний ринок медичних послуг неможлива без ефективної системи якості за стандартами ISO 9001:2009 та золотим стандартом JCI. Використання даних стандартів стосується планування, забезпечення, контролю та покращення якості медичних послуг. Відмітимо, що політику управління якістю активніше нині реалізують приватні медичні заклади, для того, щоб бути конкурентним на ринку медичних послуг.

При характеристиці інституційного забезпечення публічної політики охорони здоров'я необхідно враховувати євроінтеграційні виклики та посилення зобов'язань Україні у сфері охорони здоров'я. На даний час 70% зобов'язань щодо змін в сфері охорони здоров'я в напрямку набуття потенційного членства Україна виконала, прийнявши Закони України «Про систему громадського здоров'я» та нову редакцію Закону України «Про лікарські засоби» [32]. Також врегульовані питання донорства крові та захисту від радіації.

Серед 350 нормативних актів ЄС у сфері охорони здоров'я адаптовано у вітчизняній системі публічного управління 45 [85].

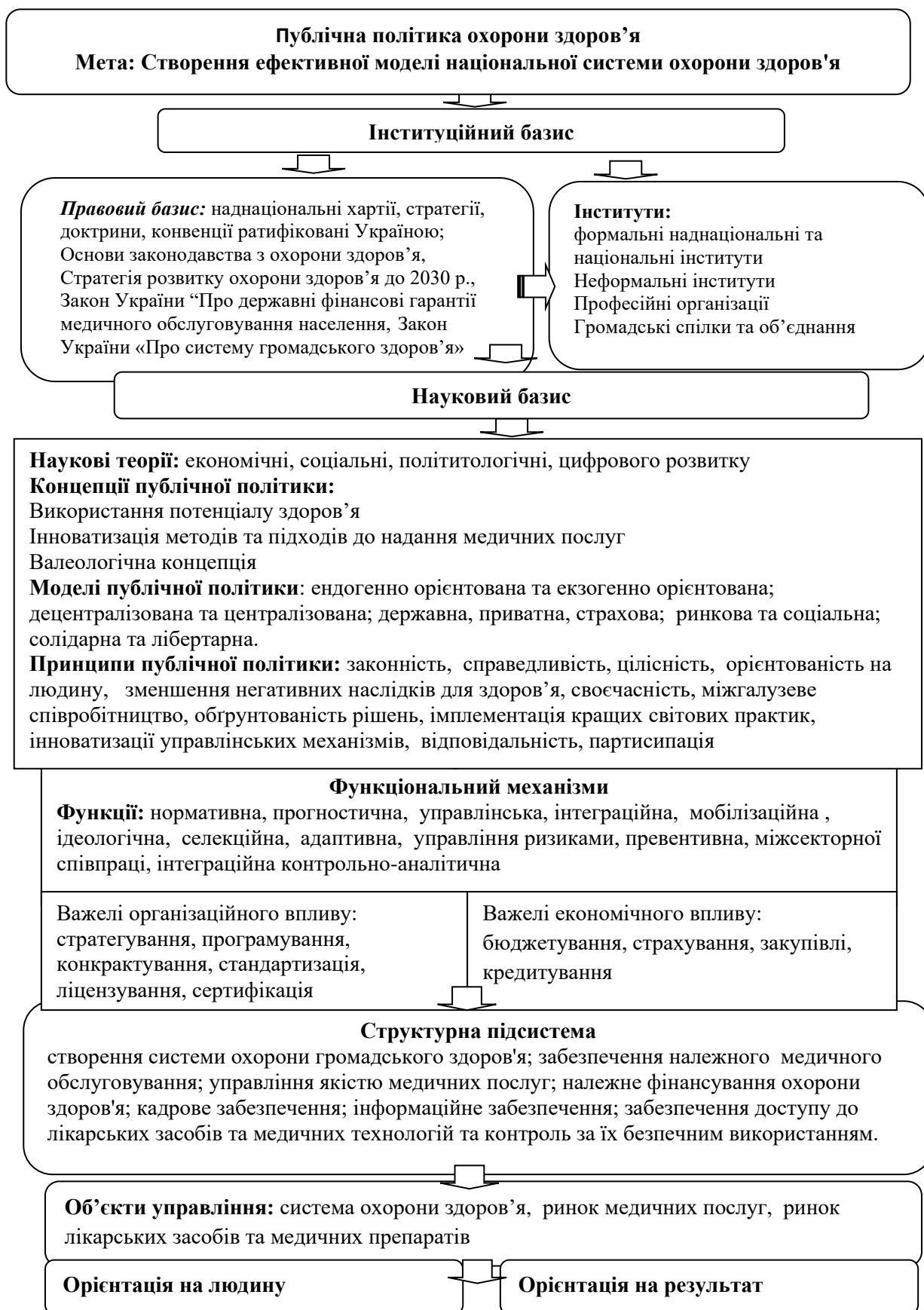


Рис.1.12. Концептуальна модель публічної політики охорони здоров'я

Примітка: розроблено автором з використанням [8, 9,12, 13, 19, 27,28].

Також у липні 2022 р. Україна приєдналася до програми ЄС «EU4Health2», в рамках якої укладено сім грантів на суму 205 млн.євро. [95], які будуть виконуватися з жовтня 2023 року. Важливо, що ці ініціативи стосуватимуться посилення цифрової трансформації та міжсекторної співпраці у сфері реалізації публічної політики охорони здоров'я Україна (Міністерства охорони здоров'я, ДП «Центру громадського здоров'я», Державного експертного центру, Українського центру трансплантології, ДП «Електронне здоров'я»). Вони охоплюють такі напрями: «впровадження заходів проти антимікробної резистентності; профілактика раку та інших неінфекційних захворювань; профілактика серцево-судинних захворювань та цукрового діабету; підтримка інтеграції ERN в національні системи охорони здоров'я; розвиток потенціалу регуляторної мережі ЄС у сфері лікарських засобів; пілотування нового підходу для оцінки та авторизації оновлених процедур з підготовки донорської крові, тканин та клітин; удосконалення використання даних в електронній системі охорони здоров'я; впровадження заходів у сфері глобальної охорони здоров'я» [113]. Важливим напрямком співпраці ЄС та України є електронне здоров'я та концепція «One Health», про створення інституційного підґрунтя для якої в Україні було звернута увага також в п.1.2 даної дисертаційної роботи.

Таким чином, дослідження, проведені в даному параграфі показали, що сучасна політика охорони здоров'я є важливою багаторівневою складовою публічної політики національної економіки. Вона склалася як цілісна система, інституційний, цільовий, функціональний та організаційно-економічний механізм якої направлений на створення ефективної системи охорони здоров'я. Складові даної політики зазнають трансформаційних змін під впливом глобалізаційних викликів, процесів євроінтеграції, цифровізації, децентралізації, потреби забезпечення інклюзивного, безпечного середовища життєдіяльності в умовах посилення безпекових викликів та загроз.

Висновки до розділу 1

Дослідження сутнісних детермінант публічної політики охорони здоров'я дозволили зробити низку наукових висновків та узагальнень.

1. Охорона здоров'я в сучасному глобальному просторі є важливим об'єктом публічної політики на національному та глобальному рівнях. Як багатоаспектна сфера вимагає напрацювання комплексних рішень для покращення якості медичних послуг, їх доступності та попередження глобальних загроз здоров'ю, врахування сучасних викликів, серед яких пандемії, доступність до медичної допомоги, технологічний розвиток в тому числі цифровізація, належне фінансування охорони здоров'я, демографічні тенденції, потенціал наднаціональної співпраці і глобальних партнерств, виклики безпекового характеру, зумовлені природними катаклізмами, війною, зміною клімату. В процесі дослідження нами були виокремлені зони впливу охорони здоров'я на розвиток національної економіки, що стосуються її національної безпеки, міжнародних конкурентних позицій, якості та продуктивності кадрового потенціалу, примноження доданої вартості та забезпечення економічного зростання.

2. Охорона здоров'я в роботі на відміну від діючих підходів відображена не лише з позицій соціальних та економічних детермінант, але й з позицій пізнавальних, естетичних, трансцендентних потреб, які дозволяють за моделлю Маслоу мати людині відчуття власної гідності та повноцінності, а це є запорукою здоров'я, а також з позицій чинників збереження та примноження потенціалу здоров'я. В побудові стійких систем охорони здоров'я, що відбповідає вектору збалансованого розвитку, акцент повинен ставитися на запобіганню деструктивному впливу оточення і підтримці сприятливого соціального стану людини.

З метою поглиблення наукових детермінант дослідження нами запропоновано авторську модель здоров'я, яка повинна включати типи здоров'я (фізичне, психологічне, соціальне, духовне), детермінанти здорового способу

життя, чинники, які впливають на його складові та основні типи здоров'я, індикатори дослідження стану безпеки здоров'я. Серед 195 країн світу за глобальним індексом безпеки здоров'я («Global Health Security Index, GHSI»), який відображає інституційну спроможність націй-держав створювати передумови для підтримки і збереження здоров'я, Україна займає 94 місце.

2. Система охорони здоров'я створюється певними інститутами. Вона включає: первинну, вторинну, третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; невідкладну допомогу, охорону психічного здоров'я, медичну реабілітацію, геріатричну допомогу, паліативну допомогу, охорону здоров'я матері та дитини, стоматологічну допомогу, громадське здоров'я, профілактичну медицину, альтернативну медицину, телемедицину та цифрове здоров'я, медичну освіту, кадрове забезпечення охорони здоров'я, інститути ринку лікарських засобів та медичних препаратів, ресурсне супровід, інфраструктурний супровід, інститути, що реалізують публічну політику охорони здоров'я та управління її підсистемами, форми організації системи охорони здоров'я.

3. Публічна політика охорони здоров'я розглянута з позицій основних етапів трансформації. Відповідно до цього в роботі виокремлено етапи, що стосувалися створення децентралізованої моделі управління, ринку медичних послуг, різних рівнів системи охорони здоров'я, диверсифікації підходів до фінансування медичних послуг, створення конкурентоспроможної мережі закладів охорони здоров'я, вироблення підходів до адаптації вітчизняного законодавства до європейських норм та стандартів в частині виробництва та продажу лікарських засобів та медичних препаратів, створення системи громадського здоров'я.

З наукової точки зору політика охорони здоров'я представлена нами з позицій системного, структурного, процесного, суб'єктно-об'єктного та функціонального підходів, що дозволило характеризувати її як важливу складову публічної політики держави, яка визначає цілі, пріоритети у сфері охорони здоров'я, формує організаційно-економічний механізм їх досягнення, і

направлена на створення сучасної, конкурентної, доступної, якісної, інтегрованої у глобальний медичний простір системи охорони здоров'я. Вона реалізується на наднаціональному, національному, макроструктурному, регіональному, локальному рівнях через систему прогностичних, програмно-планових, регулюючих, координуючих заходів з врахуванням викликів та потреб внутрішнього та зовнішнього середовища, до яких слід віднести: безпекові виклики та загрози, євроінтеграційні процеси, виклики цифровізації, технологічного прогресу, децентралізації, і за допомогою правової, інституційної, цільової, функціональної, організаційно-економічної підсистем з використанням людиноцентричного та інноваційного підходів досягає поставлених цілей.

4. В основі публічної політики охорони здоров'я слід покласти напрацьовані наукові концепції та моделі. Серед економічних, соціальних, політологічних моделей особлива увага нині повинна відводитися теоріям розвитку цифрової екосистеми охорони здоров'я, штучного інтелекту, надання телемедичних послуг, електронного здоров'я, впровадження новітніх технологій блокчейну, дотримання етичних і правових рамок надання медичних послуг та організації діяльності закладів охорони здоров'я, дотримання принципів людиноцентричного дизайну тощо.

Наукову основу публічної політики охорони здоров'я створюють відповідні моделі, які є концептуальними рамками організації надання медичних послуг, включаючи фінансування, доступність медичних послуг та їх якість, види та обсяги послуг, координацію та контроль безпеки їх надання тощо. Моделі охорони здоров'я можуть бути структуровані за типом економічних систем, формою управління, фінансування медичних послуг. Базові засади для побудови національної моделі охорони здоров'я визнають принципи англійської моделі охорони здоров'я, і знаходять своє відображення у різних формах власності суб'єктів ринку медичних послуг, створенні диференційованого фінансового забезпечення надання медичних послуг.

5. Об'єктом публічної політики у сфері охорони здоров'я є система медичних установ та організацій, що надають медичні послуги та формують ринок медичних послуг, ринок лікарських засобів та медичних препаратів, система громадського здоров'я. Суб'єктом публічної політики є система владних інститутів, що здійснює управління охороною здоров'я на макроекономічному, макроструктурному, регіональному рівнях та забезпечує ліцензування, регламентування, контроль діяльності медичних закладів та якості наданих ними медичних послуг; статистичні інститути та аналітичні центри. Дослідження проведені в даному розділі дозволили виокремити ще одну сферу публічної політики – економіку громадського здоров'я.

6. Для підтримки цілісності національної економіки публічна політика крім традиційних функцій повинна виконувати функції прогнозування ризиків здоров'я (економічних, соціальних, геополітичних, екологічних) та управління ними; адаптивні та превентивні функції; міжсекторного співробітництва із залученням самоврядних об'єднань медичних закладів та фармацевтичних установ; інтеграційну функцію, яка реалізується через глобальну дипломатію охорони здоров'я; контрольну-аналітичну функцією, яка має реалізовуватися через дослідження та нагляд та системою охорони здоров'я, через збір та аналіз даних про стан здоров'я, які дають змогу приймати рішення щодо результативності реалізації регулятивних заходів публічної політики у сфері охорони здоров'я.

Основні результати дослідження опубліковані в таких працях автора [54, 55, 56, 59, 60, 63, 65, 69, 150, 151].

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ

2.1. Моніторинг стану і тенденцій розвитку сфери охорони здоров'я як складової національної економіки

Для характеристики стану сфери охорони здоров'я у національній системі статистичного обліку та звітності використовують передусім показники розвитку системи охорони здоров'я та стану здоров'я. За період 2020-2022 рр. відбулося зменшення кількості лікарняних та амбулаторно-поліклінічних закладів та відповідно скоротилася чисельних медичного персоналу, на що вплинула повномасштабна збройна агресія росії проти України (табл.2.1). Однак впродовж 2023 року почала відновлюватися позитивна динаміка на ринку медичних послуг і кількість зареєстрованих медичних закладів (усіх форм власності, без аптек) зросла з 5193 до 7389 одиниць [95].

Таблиця 2.1

Основні показники системи охорони здоров'я

Показники	2020	2021	2022	Темпи росту, в % 2022 до 2021
1	2	3	4	5
Кількість лікарів усіх спеціальностей, тис	180	144	163	90,55
Кількість середнього медичного персоналу, тис	309	261	286	92,56
Кількість лікарняних закладів	1600	1200	1400	87,5
Кількість лікарняних ліжок, тис.	275	245	252	91,64
Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів, тис.	10,6	8,2	9,5	89,62
Планова-ємність амбулаторно-поліклінічних закладів, тис. відвідувань за зміну	929	831	853	91,82

Примітка: наведено з використанням інформації Державної служби статистики України [90].

Для характеристики показників стану здоров'я беруться до уваги показники стану біологічного здоров'я, що відображає стан фізичного, психологічного благополуччя населення, та популяційного здоров'я, яке відображає стан здоров'я населення, що проживає в країні, регіоні, місті, територіальній громаді тощо.

Усі показники здоров'я у науковій літературі [27, 77, 78], як правило групують у три блоки: 1) демографічні, що відображають народжуваність, смертність, очікувану тривалість життя; 2) рівень захворюваності: загальної, інфекційної, госпітальної (розраховується через співвідношення кількості первинних звернень осіб, що захворіли за рік на 1000 мешканців); 3) стан фізичного розвитку функціонального та біологічного характеру. Проаналізуємо стан здоров'я населення України за цими показниками.

За даними Інституту демографії чисельність жителів України до початку повномасштабної війни на 1.01.2022 р. становила 38 млн. осіб. У 2020 році було зафіксовано в Україні за 2010-2020 рр. найнижче значення коефіцієнту народжуваності: 293,457 тис. осіб, а рівень смертності – 616,835 тис. осіб. (табл.2.2). З початком повномасштабної військової агресії росії кількість народжених скоротилося на 22 тис. осіб, а в порівнянні з 1995 роком на 44% і становив 7,3 проміле, що менше граничної величини найнижчого значення коефіцієнту народжуваності, що забезпечує просте відтворення населення (16‰). Коефіцієнт смертності за 1995-2022 рр. зріс на 52% і становив 8, 2 проміле. Зауважмо, що у 2013 році Україна за рівнем смертності була другою у світі (15,75 проміле) після ПАР (17,36 проміле), а у 2022 році він зріс до 18, 5 на 1000 жителів, тоді як в країнах ЄС 2 проміле. По суті даний показник відображає найбільш реальну картину зі станом здоров'я. Відмітимо, що за цим показником Україна перевищує найнижчий рівень смертності (Катар 1,35 ‰) в 13, 7 раз.

Основними причинами смертності є серцево-судинні, онкологічні захворювання, глобальна пандемія (Додаток А, табл.А.2). Крім цих причин в системі статистичного обліку та звітності виокремлюються «інші» та «зовнішні причини».

Таблиця 2.2

Демографічні показники стану охорони здоров'я України

Показники	1995	2000	2005	2015	2020	2022	Темпи росту, падіння, в %
1	2	3	4	5	6	7	8
Чисельність населення України, в млн. осіб	51,728	49,429	47,280	42,844	41,588	38,000	-26,5388
Кількість народжених, тисяч осіб	492,9	385,1	428,3	497,7	293,457	271,984	-44,8196
Коефіцієнт народжуваності на 1000 осіб, ‰	9,6	7,8	9,0	10,7	8,7	7,3	-23,9583
Кількість померлих, тисяч осіб	776,700	746,000	758,100	583,600	616,835	714,264	-8,03862
Коефіцієнт смертності на 1000 осіб, ‰	12,1	15,4	16,6	11,1	14,7	18,5	52,89256
Коефіцієнт природного приросту населення, в %	-5,8	-7,6	-4,4	-4,2	-8,1	11,2	-293,103

Примітка: наведено з використанням [90].

На нашу думку, варто було б на національному рівні передбачити показники недостатньої обізнаності чи поінформованості населення щодо механізмів забезпечення здорового способу життя та показників смертності населення від повномасштабної збройної агресії росії.

В порівнянні причин смертності України та ЄС слід зазначити, що смертність за серцево-судинними захворюваннями в Україні на 31 % вища, ніж у ЄС, а за онкологічними захворюваннями – на 12,8% нижча, ніж в країнах ЄС (13% Україна проти 25,8% ЄС), за психічними захворюваннями практично в 6

разів нижча від країн ЄС (3% в Україні проти 19,8% ЄС), за інфекційними захворюваннями – в два рази нижча (1,7% Україна проти 3,9%ЄС) (див. рис. 1.1).

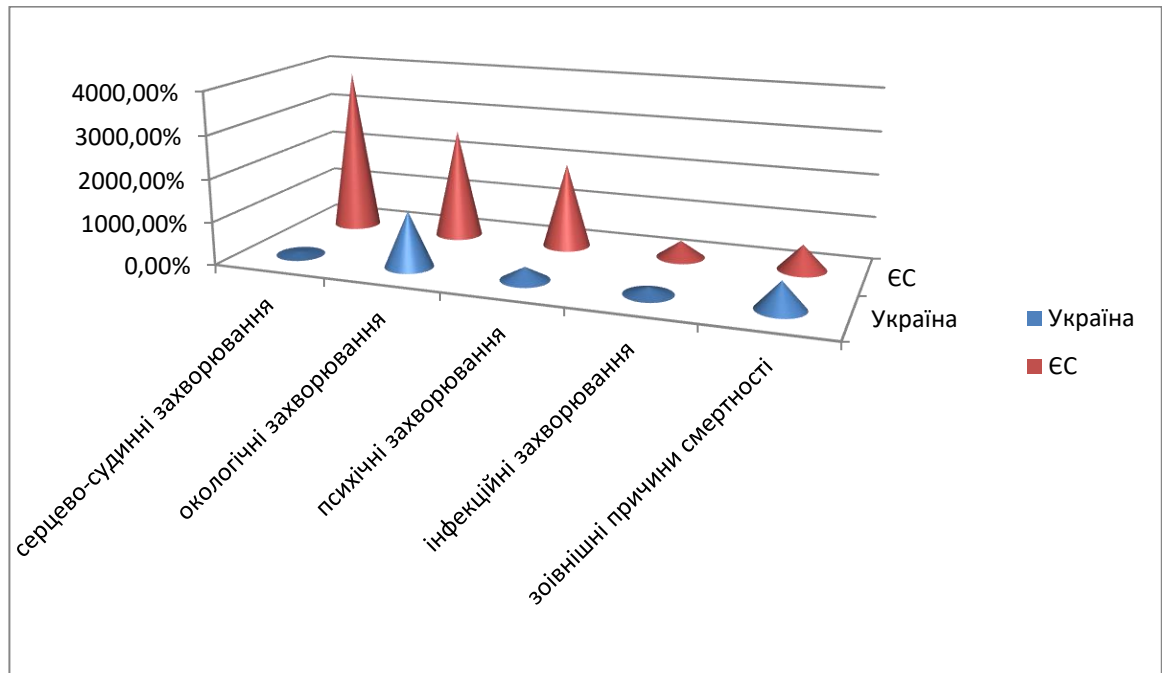


Рис.2.1. Порівняльна характеристика причин смертності в Україні та ЄС

Примітка: побудовано на основі Євромапи здоров'я [25].

Для дослідження стану здоров'я в Україні з 2017 року з початком медичної реформи складається цифрова мапа здоров'я, яка розраховується для усіх країн членів ЄС на основі профілів здоров'я, що розробляються Організацією економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) та Європейською обсерваторією з систем і політики охорони здоров'я у співпраці з Європейською Комісією. Євромапа здоров'я містить 23 показники, що відображають стан здоров'я населення; індикатори здоров'я, що пов'язані з поведінковими факторами ризику; стан організації системи охорони здоров'я; результативність, доступність медичних послуг, стійкість системи охорони здоров'я. Кожен із цих показників оцінюється за 10 бальною шкалою шляхом рейтингування областей за показниками: «середня очікувана тривалість життя при народженні, різниця в середній очікуваній тривалості життя чоловіків та жінок, середня очікувана тривалість життя при досягненні віку 65 років, різниця в середній очікуваній тривалості життя чоловіків та жінок при досягненні віку 65 років, кількість

лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без зубних лікарів, працівників закладів підготовки кадрів, НДІ та апарату органів управління) на 1 тис. населення, кількість представників середнього медичного персоналу на 1 тис. населення, кількість лікарів загальної сімейної практики на 1 тис. населення, кількість ліжок (фактично розгорнутих + згорнутих на ремонт) у лікарнях на 1 тис. населення, кількість відвідувань лікарів в поліклініках на 1 тис. населення, відсоток виконання обсягів планових щеплень у 2019 році, кількість осіб, які за останні 12 місяців проходили медичний огляд чи робили дослідження у медичних закладах регіону, ставлення до вакцинації (% серед тих, хто обізнаний про стан здоров'я своїх дітей), відсоток тих, хто мав досвід відмови від щеплень для дитини, вимушена відмова від амбулаторної допомоги через брак коштів протягом року перед проведенням опитування, кількість осіб, які задоволені медичною допомогою, яка надається дільничними лікарями/сімейними лікарями, % , відсоток тих, хто звернувся до лікаря під час захворювання, що трапилося за останні 12 місяців, частка підписаних декларацій про надання первинної медичної допомоги від загальної кількості населення регіонів, коефіцієнт смертності від транспортних нещасних випадків на 100 тис. населення, коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу на 100 тис. населення, коефіцієнт смертності від новоутворень на 100 тис. населення» [25, 26].

Відповідно оцінювання профілів здоров'я по областях України можлива по 230 бальній системі (табл.2.3, рис.2.2).

За показниками стану здоров'я в Україні на початок 2021 року було сформовано 5 кластерів, максимальне значення показників складає 68% від можливого обсягу балів (230 балів). Але якщо розглядати структурування регіонів від найвищого до найнижчого показника, то можна виокремити такі типи регіонів: з високим рівнем здоров'я (156,21- 142,36 бали); з хорошим рівнем здоров'я (140,11- 132,41), з середнім рівнем здоров'я (130,71-117,02 бали); з низьким рівнем здоров'я (115,09-102,74); з дуже низьким рівнем здоров'я (101,91-53,9 бали).

Таблиця 2.3

**Рейтингування областей за показниками загального стану здоров'я
мапи здоров'я ЄС**

Область України	Рейтинг області у мапі здоров'я
Тернопільська	156,21
Івано-Франківська	149,02
Кіровоградська	143,68
Сумська	143,58
Чернівецька	142,36
Вінницька	140,11
Волинська	139,24
Хмельницька	138,99
Полтавська	134,2
Чернігівська	132,41
м.Київ	130,71
Львівська	128,54
Рівненська	124,77
Дніпропетровська	123,38
Закарпатська	117,02
Житомирська	115,09
Миколаївська	114,5
Запорізька	113,24
Херсонська	113,13
Харківська	102,74
Черкаська	101,91
Київська	94,46
Одеська	87,99
Луганська	69,39
Донецька	53,9

Примітка: наведено на основі інформації мапи здоров'я ЄС [25, 26].

Однак слід зазначити, що з початком повномасштабної війни росії проти України в західних областях, які прийняли найбільшу кількість біженців, зросли у 2022 році показники госпіталізації з інфекційними хворобами, збільшилася кількість інсультів, інфарктів.



Рис.2.2. Кластеризація областей України за рівнем здоров'я

Примітка: побудовано автором на основі [25].

Якщо детальніше розглянути показники профілю здоров'я, то ключовим в ньому є показник середньої очікуваної тривалості життя. В Україні цей показник становив у 2019 році 71,76 років, 66,9 серед чоловіків, 76,72 серед жінок. Лідером за тривалістю життя в Україні є Київ, хоча за станом здоров'я він знаходиться у кластері з середніми показниками. Жінки на 9 років живуть довше. Однак у країнах ЄС цей показник становить 80,9 років, а жінки довше за чоловіків живуть на 5 років. При цьому після 65 років чоловіки живуть 12,6 років, а жінки – 16,8, тоді як в ЄС відповідно 19,9 та 23, 5 [25].

Основними викликами для тривалості життя на думку експертів ЄС є неінфекційні захворювання та добробут громадян, що впливає на можливості людей підтримувати власний потенціал здоров'я через належні умови життя, харчування, відпочинок, фізичну активність тощо. До повномасштабної війни Україна мала найвищий рівень смертності від неінфекційних захворювань в Європі. На даний час країни ЄС моніторять ризики неінфекційних захворювань

через систему STEPS. Система STEPS є важливим інструментом для оцінки здоров'я населення, розробки медичних стратегій та відслідковування трендів в ризикових факторах захворювань. Вона дозволяє зібрати об'єктивні дані, які можуть бути використані для прийняття рішень в галузі охорони здоров'я.

Згідно даної системи основні ризики для здоров'я України можна структурувати за такими групами: 1) ризики від тютюнопаління (33,9%); 2) ризики від вживання алкоголю (15,9%); 3) ризики від ненавмисного травмування – 6,1%; 4) ризики від насильства та навмисного травмування - 44,1% [39].

Варто відмітити, що серед даних ризиків в Україні рівень вживання алкоголю на 23% нижчий, ніж у країнах ЄС, хоча за рівнем дорожньо-транспортних пригод дані практично не відрізняються від середнього значення по ЄС.

Для зменшення потенційних факторів ризику для здоров'я і на виконання вимог інтеграції України до ЄС у сфері охорони здоров'я КМУ у 2018 році було затверджено «Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань» [39]. В даному плані акцент зроблено на просвітницькій складовій, міжсекторній співпраці у подоланні негативного впливу ризикових факторів на стан здоров'я, проведенні профілактичних заходів, посилення рекреаційної складової у покращенні параметричних характеристик здоров'я.

Також було розроблено стратегію, що є превентивним інструментом реалізації публічної політики охорони здоров'я «Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року. Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» [32], яка запроваджує сучасний інститут рухової активності від створення сучасних об'єктів спортивної інфраструктури до моніторингу якості надання послуг з фізичної культури та спорту та запровадження в освітніх закладах інструментів медико-педагогічного контролю за станом здоров'я дітей, залучення громадських молодіжних організацій до пропагування здорового способу життя та рухової активності.

Для підтримки здорового способу життя в Україні в низці областей було облаштовано велосипедні доріжки (рис.2.3). Відмітимо, що динаміка розвитку

вело інфраструктури стрімко зростає. Якщо у 2016 році у Львові довжина велодоріжок було менша 1 км до на даний час вона становить 268 км. У Києві за 2022 рік довжина велодоріжок зросла на 24 км і становила 192 км. У Тернополі довжина велоінфраструктури зросла з 2 км 2016 року до 35 км у 2022 році. А на Одещині, незважаючи на війну, завершується прокладання 458 км велодоріжок між курортними містечками Одеської області.

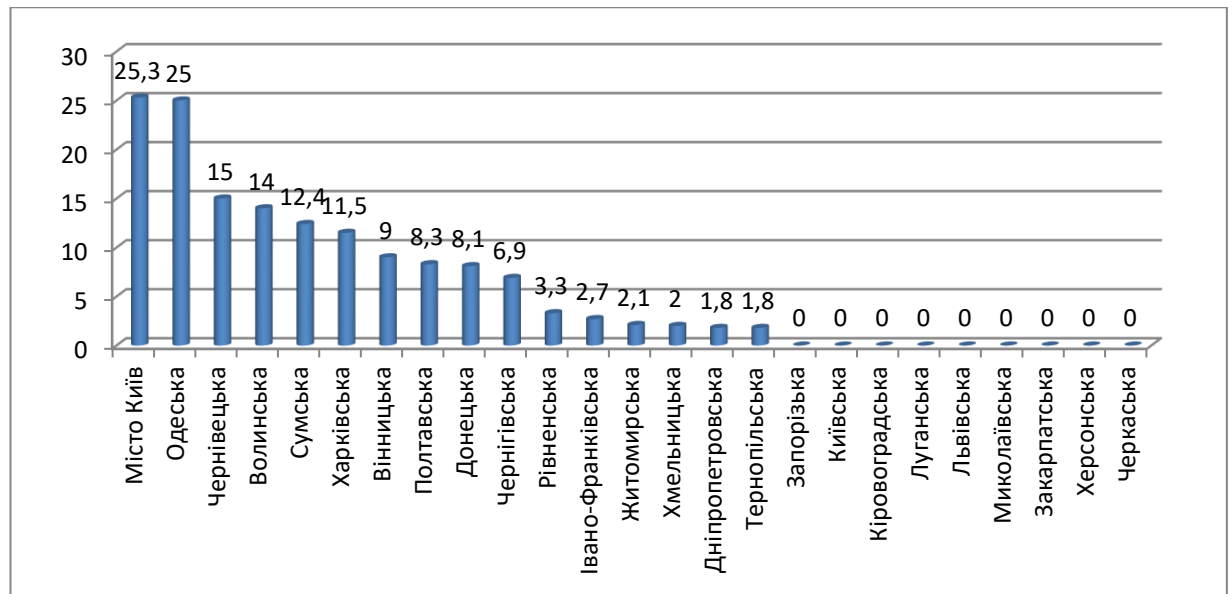


Рис.2.3. Кілометраж облаштованих велодоріжок станом на 1.01.2017р.

Примітка: побудовано на основі [81].

В Тернопільській області на рівні Тернопільської міської ради у 2016 році було прийнято «Концепцію розвитку велоінфраструктури Тернополя до 2025 року» [81], в якій передбачено до 2025 року створення велохабу шляхом продовження вело доріжок до прилеглих до Тернополя сіл.

Пропагування здорового способу життя є невід’ємним елементом підтримки його на належному рівні. В Україні до початку повномасштабної війни 24% населення щоденно займалося спортом, тоді як у ЄС 40% громадян займалися спортом 1-2 рази на тиждень. У таких країнах, як Німеччина, Швеція, Словаччина, Данія цей показник складає 80%, із них населення віком 65-74 роки займається спортом щодня. Відмітимо, що 40% жителів Данії, Нідерландів, Німеччини у віці 75 років і старше займаються спортом щодня. Така статистика

вказує на реальне підґрунтя збільшення тривалості життя для жителів ЄС через підтримку активного способу життя.

З початком повномасштабної війни росії проти України, ризики для здоров'я загострилися, для багатьох жителів окупованих територій, чи територій, прилеглих до активних бойових дій стало практично неможливо отримувати якісні медичні послуги для підтримки належного рівня здоров'я в реальному режимі часу. У вирішенні даної проблеми важливу роль відіграла електронна система охорони здоров'я «eHealth». До початку 2022 року практично 80% і більше населення України було підключено до цифрової системи «eHealth», що дозволило створити можливості для збереження потенціалу здоров'я. Львівська, Харківська, Дніпропетровська області стали лідерами серед закладів охорони здоров'я по використанню цифрових технологій. Тоді як у Волинській та Луганських областях ці показники є найнижчими (табл.2.4).

Таблиця 2.4

Стан використання національної цифрової системи eHealth у 2021 році

Області	Кі-сть жителів, що підключилися системи eHealth, на 1.01.2021 р.	% від загальної кількості	Кі-сть медичних закладів, що підключилися до національної системи eHealth, на 1.01.2021 р.	Кількість лікарняних закладів (лікарні та ФОП)
1	2	3	4	5
Київська	1 717 163	96	152	647
Вінницька	1 391 793	91,02	154	742
Волинська	922 072	89,75	99	652
Хмельницька	1 113 303	89,51	135	776
Львівська	2 219 795	88,87	266	978
Житомирська	1 059 365	88,61	138	698
Сумська	929 317	88,22	134	446
Рівненська	1 011 825	88,1	143	607
Полтавська	1 203 383	87,74	159	611

1	2	3	4	5
Чернігівська	853 981	87,44	103	644
Івано-Франківська	1 182 734	86,89	173	457
Дніпропетровська	2 715 541	86,43	327	441
Черкаська	1 017 401	86,35	125	548
Тернопільська	882 723	85,65	138	744
Запорізька	1 426 408	85,59	191	356
Херсонська	868 114	85,38	114	369
Закарпатська	1 062 842	85,02	133	289
Харківська	2 226 790	84,55	292	518
Чернівецька	757 417	84,48	117	218
Кіровоградська	762 067	82,82	107	420
Миколаївська	894 990	80,75	108	144
Донецька	1 448 319	79,51	153	323
Одеська	1 833 560	77,43	257	541
Місто Київ	2 287 976	77,24	345	14600
Луганська	510 859	24,08	68	222

Примітка: наведено з використанням інформації Євромапи здоров'я [25] та Державної служби статистики України.

На даний час на інституційному рівні закладено базис для підтримки і подальшого розвитку цифрового потенціалу здоров'я. Зокрема, реалізується 107 проєктів у сфері розвитку цифрової медицини, забезпечення доступності та якості медичних послуг, серед них: «COVID-сертифікати для щеплених за кордоном; функціонал обліку реабілітаційних втручань; функціонал категоризації для різних категорій пацієнтів відповідно до наявних у них нозологій; функціонал реімбурсації імуносупресивних лікарських засобів; функціонал реорганізації закладів охорони здоров'я; медичні висновки; інтеграції електронної системи охорони здоров'я з іншими державними реєстрами для підвищення якості даних; електронні рецепти на всі рецептурні препарати; пілот електронної системи управління запасами ліків та медичних

виробів e-Stock; реєстр відповідальних за введення в обіг медичних виробів (MVP)» [26].

З метою поєднання медичних послуг та створення належних умов для цивільного захисту реалізується додатково 7 проєктів телемедичних рішень: «телемедичне консультування з вибухо-вогнепальної травми; телемедичне консультування з опікової травми; консультативна мережа з використання пристроїв віртуальної присутності лікаря біля пацієнта; телемедична платформа з реабілітації «RGS» з напряму нейросенсативних розладів; віртуальна операційна «Eriqar» (дає змогу транслювати та коментувати відеоконтент хірургічних маніпуляцій у режимі реального часу); медичний робот «HomeDoctor» (дає змогу лікарю дистанційно, а пацієнту – самостійно проводити базові дослідження: вимірювати температуру тіла, артеріальний тиск, сатурацію, робити електрокардіограму (ЕКГ), дослідження вуха, горла, носа); телемедична кардіографія для вагітних КТГ «Carebits» (проведення діагностики стану плода)» [44].

Характеризуючи параметри підтримки фізичного та біологічного рівнів здоров'я варто приділяти увагу структурі споживчих витрат домашніх господарств. Адже він наповнюваності продуктами харчування денного раціону залежить стан здоров'я та працездатність населення України.

«Модель тарілки здорового харчування» [93] була розроблена науковцями Гарвардської медичної школи у 2014 році. «Тарілка» містить категорії продуктів, які сприяють збалансованому харчуванню та підтримці здоров'я. На основі даної моделі Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України у 2017 році розробило «Методичні рекомендації для здорового харчування дорослої людини». Модель здорової тарілки складається на 50% овочі та фрукти, 25% білки та 25% вуглеводи.

Приблизно половина тарілки має бути заповнена різнокольоровими овочами. Це можуть бути листові зелені, наприклад шпинат і капуста, морква, брокколі, болгарський перець, цвітна капуста тощо. Овочі багаті вітамінами, мінералами і клітковиною. Фрукти можна вживати як гарнір або десерт. Ягоди,

яблука та цитрусові, є хорошим джерелом вітамінів і антиоксидантів. Чверть тарілки повинна бути відведена для нежирних видів білка (смажена курка, індичка, риба, тофу, боби, сочевиця або нежирні шматки яловичини чи свинини). Білок необхідний для відновлення м'язів і загального функціонування організму. Інша четверта частина тарілки повинна містити цільнозернові продукти. Це можуть бути такі продукти, як коричневий рис, кіноа, цільнозернові макарони або цільнозерновий хліб. Цільні зерна містять складні вуглеводи та клітковину, забезпечуючи людину постійною енергією. Також тарілка повинна містити корисні жири, як містяться в авокадо, горіхах, насіннях та оливковій олії. Корисні жири важливі для здоров'я серця та засвоєння поживних речовин.

Здорове харчування є не лише прийомом здорової їжі, а й створенням та дотриманням схеми харчування, тому послідовність у виборі поживних речовин є ключем до довгострокового здоров'я. Однак спроможність дозволити здорове харчування залежить від вартості тарілки здорового харчування та доходів громадян. Проте пропонуємо один з оптимальних варіантів, який ви можете реалізувати самостійно – тарілку здорового харчування, розроблену Центром громадського харчування при Міністерстві охорони здоров'я України.

Таблиця 2.5

Розрахунок вартості місячного продуктового набору за програмою тарілки здорового харчування

Щоденний набір продуктів харчування	Місячна потреба у продуктах харчування	Вартість продуктового набору за цінами на 1.01.2023, в грн.
300 г овочів; 75 г бобів; 100 г м'яса (2-3 рибні страви або м'яса); 1-2 яйця; 70-90 грам цільнозернових злаків; 300 г фруктів чи ягід; до 70 г рослинної олії; 200 мл молока / йогурту або 100 г твердого сиру.	9 кг овочів; 2,25 кг бобових; 3 кг риби та 3 кг м'яса 60 яєць; 2,7 кг ; 9 кг фруктів; 2 л олії; 6 л молока/йогурту або 3 кг твердого сиру	760 грн; 157,5 грн; 300 грн. або 510 грн. 240 грн; 203 грн (булгур); 378,5 грн; 260 грн; 240 грн/ 437 грн / 960 грн.
Всього вартість: мінімальна максимальна		2539 грн. 4446 грн.

Примітка: розраховано автором.

Якщо врахувати середню вартість спортивного абонементу до 2000 грн. , можливості відвідування спортивних залів із тренером, то ще необхідно врахувати 300 грн. за кожне заняття. В середньому за 8 занять 2400 грн. на місяць, то разом за можливість тренуватися в спортивному залі необхідно сплатити – 4400 грн. Отже, для підтримки здорового способу життя мінімальні витрати на одну людину на місяць складатимуть 6939 грн. або 8846 грн. Якщо врахувати розмір мінімальної заробітної плати 6700 грн. а вартість затвердженого державою прожиткового мінімуму на 1 людину на місяць – 2393 грн., то можливість підтримувати здоровий спосіб життя через спосіб харчування без врахування пакету необхідних послуг соціального, культурного характеру практично неможливо. Адже в першому випадку мінімальна заробітна плата покриватиме лише 75% витрат на фізичне оздоровлення та харчування. Тому прогнозування покращення фізичних параметрів здоров'я носитиме песимістичний характер. В цій ситуації необхідно на державному рівні переглянути і інституційно закріпити параметричні характеристики передусім мінімального споживчого бюджету, який береться за основу розрахунку мінімальної заробітної плати, для того, що покращити блок показників підтримки фізичного здоров'я населенням України.

Для характеристики стану здоров'я в країнах ЄС розраховують окремо від профілю здоров'я індекс здоров'я населення. Це комплексний показник оцінює рівень здоров'я та добробуту населення в певному регіоні, країні чи групі країн. Даний індекс зазвичай складається з декількох ключових показників, що відображають різні аспекти здоров'я та життєвого стилю. Основні складові індексу здоров'я населення можуть включати:

1. Очікувану тривалість життя. Це середня тривалість життя, яку може очікувати людина народжена в певний період.
2. Здорові роки життя. Це кількість років, які людина проводить без хвороб та інвалідності.
3. Дитяча смертність, кількість смертей серед дітей у віці до 5 років на 1000 народжень.

4. Смертність від серцево-судинних захворювань на 100 000 населення.
5. Смертність від онкологічних захворювань на 100 000 населення.
6. Індекс тіла (ІМТ). Даний показник відображає співвідношення маси до зросту, яке використовується для оцінки ступеня зайвої ваги або недостатньої ваги.
7. Інфраструктура охорони здоров'я. Показник характеризує доступ до медичних послуг, якість медичної інфраструктури, наявність лікарень, обладнання тощо.
8. Показники здорового способу життя відображають фізичну активність, харчування, споживання алкоголю та нікотину.
9. Доступ до питної води та належних санітарних умов.
10. Показники психічного здоров'я, включаючи показники депресії, стресу та інші.

Ці складові показники об'єднуються для створення комплексного індексу, який відображає загальний стан здоров'я населення та рівень добробуту. Індекс здоров'я населення допомагає оцінювати ефективність публічної політики охорони здоров'я, виявляти тренди та визначати пріоритети для покращення здоров'я населення.

В Україні індекс здоров'я розраховують з 2016 року фахівці Київського міжнародного інституту соціології та Центру «Соціальні індикатори» шляхом лонгітюдного опитування населення щодо його задоволеності медичними послугами, відношенням до результативності медичної реформи, наявністю поведінки здорового способу життя, досвіду звернень до лікарів. Розмір вибірки 10000 осіб по 400 жителів для кожної області (табл.2.6).

Лише 75% українців задоволені послугами дільничного терапевта чи сімейного лікаря, 51% задоволені медичними послугами в стаціонарі, 57% жителів задоволені превентивною складовою медичної допомоги. Така ситуація має місце при тому що третина населення знаходиться в зоні ризику, і 46% жителів України не задоволені станом свого здоров'я, а в Тернопільській області – 51%.

Таблиця 2.6

Показники індексу здоров'я для Тернопільської області та України

Показники	2018	2019	2020	2021	Показники здоров'я по Україні за 2021 рік
Задоволені дільничним терапевтом / сімейним лікарем, в %	84	78	80	84	74
Задоволені медичною допомогою в стаціонарі, в%	76	58	65	58	51
Зверталися до лікаря при захворюванні, в %	52	58	71	84	73
Проходили профілактичні медогляди за останні 12 міс., в %	47	77	56	65	57
Витрати на ліки протягом останніх 30 днів (грн.), в%	916	1118	1103	1625	750
Не відмовлялися від звернення до лікаря через відсутність коштів за останні 12 міс., в %	72	85	92	92	79
Не відмовлялися від вакцинації дітей, в %	58	61	75	71	86
Знають хоча б два симптоми інсульту, в %	21	30	23	38	94
Оцінюють свій стан здоров'я як добрий, в%	37	39	51	49	54
Не мають надлишкової ваги, в %	50	48	46	44	26
Вимірювали тиск протягом останнього року, в %	-	82.2	-	-	75,5

Примітка: наведено з використанням [25, 90].

Також згідно даної таблиці можна визначити рівень первинної захворюваності українців, як відсоток звернень до лікаря. Для України він складає в середньому 73%, тоді як для Тернопільської області він складає 84%, що на 40% більше в порівнянні з 2018 роком.

Якщо проаналізувати як оцінювали свій стан здоров'я жителі України в розрізі регіонів (табл.2.7), то практично лише половина населення його оцінює на хорошому рівні.

Таблиця 2.7

Оцінювання стану здоров'я населенням України

Область	2018 рік	2021 рік	Темпи приросту 2021 до 2018 р
1. Вінницька область	47%	49%	+2%
2. Волинська область	39%	59%	+20%
3. Дніпропетровська область	45%	43%	-2%
4. Донецька область	39%	38%	-1%
5. Житомирська область	43%	47%	+4%
6. Закарпатська область	55%	62%	+7%
7. Запорізька область	29%	34%	+5%
8. Івано-Франківська область	46%	46%	+0%
9. Київська область	46%	51%	+5%
10. Кіровоградська область	48%	49%	+1%
11. Луганська область	52%	66%	+14%
12. Львівська область	56%	56%	+0%
13. Миколаївська область	54%	41%	-13%
14. Одеська область	55%	59%	+4%
15. Полтавська область	63%	53%	-10%
16. Рівненська область	57%	64%	+7%
17. Сумська область	28%	54%	+26%
18. Тернопільська область	51%	49%	-2%
19. Харківська область	55%	47%	-8%
20. Херсонська область	34%	47%	+13%
21. Хмельницька область	29%	63%	+34%
22. Черкаська область	48%	41%	-7%
23. Чернівецька область	50%	51%	+1%
24. Чернігівська область	42%	45%	+3%
25. м. Київ	75%	57%	-18%

Примітка: наведено з використанням [90].

Найбільшу позитивну динаміку задоволення станом здоров'я демонстрували жителі Волинської та Сумської областей. А лідерами за добрим станом здоров'я (більше 60%) є Рівненська та Закарпатська області. Найгіршим є стан здоров'я жителів Донецької та Запорізької областей, в яких хороший рівень здоров'я мають відповідно 38% та 34% жителів, що можна пояснити промисловим навантаженням на оточуюче середовище в даних областях і відповідним негативним впливом екології на стан здоров'я місцевих жителів.

Отже, можна стверджувати, що за демографічними, медичними, фізіологічними параметрами стану здоров'я в Україні на даний момент не має належних передумов для повноцінного розширеного відтворення населення та підтримки фізіологічного стану здоров'я з позицій превентивної складової. Однак в регіональному зрізі сформувалися кластер з областей (Тернопільська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Сумська, Чернівецька області) з відносно високими показниками здоров'я, що вимагатиме в подальшому напрацювання дієвих організаційно-економічних важелів публічної політики по підтримці та примноженню даного потенціалу здоров'я.

2.2. Оцінка організаційно-економічного механізму управління сферою охорони здоров'я національної економіки

Публічна політика в сфері охорони здоров'я реалізується через інституційний та організаційно-економічний механізм управління сферою охорони здоров'я.

Аналіз механізму управління сферою охорони здоров'я варто проводити в розрізі важелів організаційного та економічного впливу. Організаційний вплив, як зазначалося в першому розділі, держава здійснює як через планування (балансове, програмно-цільове, нормативне) так і через заходи адміністративного регулювання (ліцензування лікарської практики, державну акредитацію медичних закладів, атестацію медичних працівників), організаційної координації та контролю якості надання медичних послуг.

Цільове програмування сфери охорони здоров'я здійснюється як на державному, так і на регіональному рівнях. Станом на 1.01. 2023 року в Україні реалізовувалося 13 державних цільових програм, дві із яких стосуються сфери охорони здоров'я: «Державна цільова програма з медичної, фізичної реабілітації та психосоціальної реадптації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на 2018-2023 роки, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 05.12.2018 № 1021» [32] та «Державна цільова соціальна програма розвитку фізичної культури і спорту на період до 2024 року, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 01.03.2017 № 115» [32].

Фактичне фінансування державних цільових програм у сфері охорони здоров'я складало 77,2% (див. табл. 2.8).

Таблиця 2.8

**Структура та стан фінансування державних цільових програм
національної економіки станом на 1.01.2021 р.**

Напрямок державної цільової програми	Кількість державних цільових програм	Планове фінансування, млрд. грн.	Фактичне фінансування, млрд. грн.	% у загальному фінансуванні	% фактичного фінансування
Соціальні. в т.ч. охорони здоров'я	4 2	12,91	9,97	8,9	77,2
Економічні	3	117,77	98,40	87,9	83,5
Екологічні	5	7,51	3,42	3,1	45,5
Оборонні	1	2,70	0,00	0	0
Науково-технічні	1	0,144	0,143	0,13	99,3
Інші	1	0,839	0,00	0	0

Примітка: побудовано за даними Департаменту стратегічного планування та макроекономічного прогнозування Міністерства економіки України [92].

Зауважимо, що лєвова фактичного частка фінансування здійснювалася за кошти Державного бюджету України (67,8%), зокрема із 111,9 млрд. грн., 76,9

млрд. грн – кошти Державного бюджету, 5,8 млрд.грн. (5,2%) – місцевих бюджетів, 29,2 млрд. грн. – інші ресурси [90].

Однак практика використання даного інструменту показує недостатню його дієвість через порушення механізму планового фінансування, відсутність механізму відстеження ефективності та результативності їх виконання, відсутність механізму публічної звітності та громадського контролю.

На макроекономічному рівні квазі-інструментом управління сферою охорони здоров'я, що поєднує елементи державного цільового програмування та бюджетування є «Державна бюджетна програма реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення» на відповідний бюджетний період, метою якої є «забезпечення надання населенню якісних та доступних медичних послуг, визначених програмою медичних гарантій. Забезпечення доступності, раціонального призначення та застосування безпечних, ефективних та якісних лікарських засобів, визначених програмою медичних гарантій» [113]. Структура даної програми представлена в табл.2.9

Таблиця 2.9

Структура Державної бюджетної програми реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення на 2023 рік

Напрямок використання	Загальний фонд Державного бюджету
Оплата медичних послуг, пов'язаних з наданням екстреної медичної допомоги	1 11 134 433,3
Оплата медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги	25 263 588,0
Оплата медичних послуг, пов'язаних з наданням спеціалізованої, паліативної медичної допомоги, медичних послуг, пов'язаних з медичною реабілітацією, медичних послуг дітям до 16 років, медичних послуг у зв'язку з вагітністю та пологами	3 100 400 161,8
Відшкодування вартості лікарських засобів та/або медичних виробів для лікування (діагностики, профілактики) окремих захворювань (реімбурсація)	4 4 732 961,4
Розвиток та функціонування центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я та технічне забезпечення надання НСЗУ, функціонування інформаційно-довідкової служби НСЗУ	5 665 861,7
Резерв коштів для оплати послуг, передбачених програмою медичних гарантій	6 263 969,9
Разом	142 460 976,10

Примітка: наведено на основі [113].

Дана програма обслуговує 24438 лікарів первинної ланки медичної допомоги, які уклали договір для надання медичних послуг з НСЗУ на 1.01.2023 року, та 25 суб'єктів екстреної медичної допомоги, 2261-закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги населенню, 2580 – закладів спеціалізованої медичної допомоги, що уклали договори на 2023 рік [113].

Щодо регіонального рівня, то відповідно до змін Бюджетного кодексу України від 3.11.2022, згідно статті 89, за рахунок коштів місцевих бюджетів (сільських, селищних, міських територіальних громад) здійснюється фінансування: «оплати комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; місцеві програми громадського здоров'я» [122].

Для посилення управлінського потенціалу органів місцевого самоврядування у сфері громадського здоров'я на рівні муніципалітетів розробляються і реалізуються програми розвитку громадського здоров'я, як направлені на покращення кадрового потенціалу забезпечення громадського здоров'я, формування інституційної культури громадського здоров'я.

Так, на рівні Тернопільської міської ради затверджена і реалізується програма «Здоров'я громади на 2022-2024 роки», на яку виділено з міського бюджету 558,5 млн.грн. За рахунок коштів бюджету області (наприклад Тернопільської області) станом на 1.01.2023 року фінансувалося дві цільові регіональні програми «Обласна комплексна програма «Здоров'я населення Тернопілля на 2022-2026 роки», затверджена рішенням сесії Тернопільської обласної ради від.10.11.2021, № 373 та «Програма фінансової підтримки та розвитку патронажної служби в Тернопільській області на 2022-2026 роки, затверджена рішенням сесії Тернопільської обласної ради від.10.11.2021, № 375.

Аналіз структури та змісту даних програм показує, що вони передбачають підтримку інноваційних інструментів надання медичних послуг, в тому числі скринінг, новітню діагностику, профілактику лікування, гарантування сталого фінансування, використання інструментів доказової медицини, інструментів цифровізації і спрямовані на створення конкурентоспроможної мереж закладів охорони здоров'я та покращення параметричних показників здоров'я населення області, зниження та профілактики захворювань.

Організаційне забезпечення управління закладами охорони здоров'я передусім пов'язане із забезпеченням державою гарантованої якості надання медичних послуг за допомогою: 1) ліцензування діяльності закладів охорони здоров'я, яке є обов'язковим; 2) акредитації й сертифікації медичних закладів, які для комунальних некомерційних підприємств є обов'язковими, а для інших закладів охорони здоров'я вибірково; 3) стандартизації на основі визначених у клінічних стандартах медичної практики; 4) контролю якості надання медичних послуг відповідно до стандартів ISO 9000; 5) проведення процедур клінічного аудиту.

Ліцензування є одночасно і дозвільним інструментом для початку лікарської практики і інструментом гарантування якісного надання медичних послуг, що надається лікареві, який організовує свою діяльність як фізична особа-підприємець чи закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності після перевірки до дотримання ними необхідних вимог та стандартів медичної практики. Відповідно до змін до «Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» Постанова КМУ від 05 вересня 2023 р. № 1034 державою передбачені вимоги до надання реабілітаційних послуг, що є особливо актуальним в умовах воєнного стану.

Впродовж 2022 р. ліцензію на медичну практику отримало 2200 медичних закладів, із яких 1284 – це суб'єкти господарювання комунальної форми власності; 297 – приватної форми; 667 – фізичні особи-підприємці (ФОП); два медичних заклади державної форми власності [93].

Станом на 1.01.2023 року в Україні за ліцензіями функціонувало 7389 медичних закладів різних форм власності (без аптек), в яких працювало 325578 лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу, із них 3500 медичних заклади, в яких працює 309 000 медичного персоналу, уклали договір з НСЗУ на надання медичних послуг [95].

Одночасно за даними МОЗ України «30 000 медичних працівників приєдналися до лав Збройних Сил України або стали волонтерами; 2300 медиків виїхали за кордон; 4400 стали вимушено переміщеними особами, 106 осіб загинуло, 4436 внутрішньо переміщених медиків скористалися можливістю працевлаштуватися в медичному закладі іншого регіону. Серед них – 2040 лікарів, 1569 медичних сестер, акушерів, фельдшерів, асистентів фармацевтів, 827 технічних працівників» [95].

Важливим організаційним інструментом управління сферою охорони здоров'я є акредитація медичних закладів. Вона спрямована на забезпечення контролю якості та дотримання стандартів медичної практики на первинному, вторинному, третинному рівнях, що проводиться Головною акредитаційною комісією при МОЗ України. Організаційний та правовий супровід акредитації відбувається на основі: «Порядку проведення акредитації закладу охорони здоров'я» [32] (Постанова КМУ, який від 15.07.1997 № 765); наказу МОЗ «Про вдосконалення акредитації закладів охорони здоров'я» [32] від 14.03.2011 № 142. Згідно діючого законодавства та змін, внесених до «Основ законодавства про охорону здоров'я» [32], стаття 16 акредитація є добровільною для медичних закладів, однак у Ліцензійних умовах ведення медичної практики вона є обов'язковим елементом. Акредитація дозволяє аналізувати ефективність роботи медичних закладів в частині використання кадрових, матеріально-технічних, фінансових ресурсів, якість надання медичних послуг, оптимізувати мережу медичних закладів, створити організаційне підґрунтя для переходу на систем медичного страхування.

Для конкурентного позиціонування закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг необхідно використовувати інструментарій управління якістю,

що передбачає планування якості, її забезпечення та підтвердження через відповідні сертифікати якості. Дана сертифікація здійснюється відповідно до міжнародних стандартів ISO 9001:2009 та «золотого стандарту надання медичних послуг JCI» [95, 151]. Згідно Наказу МОЗ України «Про зміни до Критеріїв державної акредитації закладів охорони здоров'я» [117] від 6 червня 2011 року за № 679/19417 медичному закладу для отримання вищої акредитаційного рівня необхідно пройти акредитацію на відповідність «національному стандарту ДСТУ ISO 9001:2009» [32].

Відмітимо, що практика сертифікації нині найбільшою мірою поширена серед приватних медичних закладів, які є відкритішими до змін і прагнуть конкурентно позиціонуватися на ринку та інтегруватися в глобальний медичний простір, а необхідною умовою цих процесів є наявність сертифікатів якості ISO та JCI. Для їх отримання необхідно пройти процедуру аудиту ефективності (клінічного аудиту). Слід відмітити, що стандарти JCI є стандартами високого рівня якості та безпеки надання медичних послуг і крім медичних процедур оцінюють процесний підхід до управління медичним закладом, якість фінансового забезпечення, систему закупівель закладів охорони здоров'я, використання страхових послуг для покриття медичних витрат, дотримання параметрів безпеки лікування, що стосуються як пацієнтів, так і лікарів, безпеки медичного закладу, залученість пацієнтів до процесу лікування, можливість безперервного професійного розвитку медичного персоналу, в тому числі проходження медичним персоналом тренінгів з реагування на позаштатні ситуації (тероризм, стихійні лиха, воєнні загрози тощо).

Нині на глобальному ринку медичних послуг працюють 1,1 млн. закладів охорони здоров'я, які пройшли акредитацію і отримали сертифікат якості ISO і лише 754 в 60-ти країнах світу – медичні заклади, що мають «золотий стандарт JCI». Відмітимо, що останній видається лише терміном на три роки і вимагає повторної акредитації та підтвердження якості медичних послуг. Однак стандарт JCI є найкращим свідченням високої якості та безпеки в сфері охорони здоров'я, і механізм його впровадження його складових (стандартів,

орієнтованих на лікарню, тип медичного закладу, пацієнтів) повинен стати вектором трансформації систем внутріорганізаційного менеджменту закладів охорони здоров'я в Україні.

В Україні лише один госпітальний заклад охорони здоров'я - пологовий будинок «Лелека» у 2020 році отримав міжнародний сертифікат якості надання медичної допомоги JCI на основі попередньо пройденої у 2018 році національної акредитації, а у 2023 подав на підтвердження JCI повторно.

Економічні важелі управління сферою охорони здоров'я стосуються використання важелів бюджетування, цінового регулювання, інвестиційного регулювання сфери охорони здоров'я.

Бюджетне регулювання передбачає виділення коштів на фінансування закладів охорони здоров'я в рамках програми медичних гарантій (безоплатного надання медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету), медичних субвенцій, програми реімбурсації лікарських засобів, яка здійснюється в рамках програми медичних гарантій, закупівлі сучасного обладнання, медичних виробів та ліків; витрат на громадське здоров'я, епідеміологічний нагляд та контроль; витрат на виплату заробітної плати персоналу медичних закладів.

У 2022 році на охорону здоров'я було спрямовано 215,3 млрд. грн. В цій сумі лєвова частка витрат (187,2 млрд. грн.) була реалізована у формі трансфертів із державного бюджету. Серед них 146,3 млрд. грн. (67,95%) фінансувалося за програмою медичних гарантій, яка почала діяти в Україні в повному обсязі з 1 квітня 2020 року. В тому числі 2,4 млрд. грн. було направлено з державного бюджету на реімбурсацію лікування 3,8 млн. пацієнтів з серцево-судинними, психоневрологічними захворюваннями, хронічними захворюваннями органів дихання та травлення [90]. Компенсація вартості лікарських засобів здійснюється в рамках державної програми «Доступні ліки» і за 2019-2022 рр. кількість препаратів, закупівля яких компенсувалася за рахунок коштів державного бюджету зросла з 258 препаратів до 401 препарату (див. табл.2.9).

Таблиця 2.9

**Витрати на закупівлю лікарських засобів з Державного бюджету
України за 2019-2023 роки**

Роки	2019 рік	2020 рік	2021 рік	2022 рік	2023 рік
Кількість препаратів	258	264	354	401	435
Перелік препаратів, що включені до програми «Доступні ліки»	серцево-судинні захворювання, бронхіальна астма, діабет II типу	профілактика інсультів та інфарктів	інсуліни, розлади психіки та поведінки, епілепсія	хвороба Паркінсона, хронічне обструктивне захворювання легень	імуносупресивні препарати, тест-смужки для людей з інсуліно-залежним діабетом, знеболювальні для паліативних пацієнтів

Примітка: наведено з використанням інформації Міністерства охорони здоров'я України [94].

У 2022 році витратами з державного бюджету було забезпечено також фінансування заходів з охорони громадського здоров'я (11,6 млрд. грн.), що спрямовані на проведення інфекційного контролю, епідеміологічного нагляду, лабораторних, діагностичних досліджень; капітальних інвестицій для закупівлі дороговартісних лікарських засобів та медичного обладнання (8,6 млрд. грн.) [94].

Медичні субвенції здійснюються відповідно до Статті 90 Бюджетного кодексу та постанов КМУ, що регламентує їх використання щороку (Постанови КМУ «Порядок та умови надання у 2022 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я» [94] від 26.01.2022 № 66) для фінансування будинків дитини, закладів служби крові, центрів паліативної допомоги, медичної реабілітації, функціонування медико-соціальних експертних комісії, матеріальних баз спеціального медичного постачання, психіатричних закладів, патолого-анатомічних бюро, фінансування медичних послуг з огляду водіїв.

У 2023 році в зв'язку із активними бойовими діями і значною мілітаризацією економіки видатки на охорону здоров'я скоротилися на 5% і

становили 206,8 млрд.грн, в тому числі за програмою медичних гарантій становили 142,7 млрд.грн, 10 млрд грн на закупівлю лікарських засобів, 3,8 млрд. грн на громадське здоров'я [94].

Слід зазначити, що фінансування охорони здоров'я у 2024 році за програмою медичних гарантій та медичними трансфертами відповідатиме бюджетній доктрині повоєнного відновлення національної економіки, яка передбачає підвищення соціальних стандартів. У 2024 році фінансування охорони здоров'я має зрости на 24,4 млрд. грн. і становитиме 201,9 млрд грн., в тому числі 158,8 млрд. грн. за програмою медичних гарантій, 1,6 млрд. на реімбурсацію лікарських засобів і вперше у 2024 році на діагностування онкологічних захворювань буде виділено 1,6 млрд.грн. [15].

Програма медичних гарантій є інструментом забезпечення громадян України якісною та доступно медичною допомогою за допомогою пакетів медичних послуг (рис. 2.4).

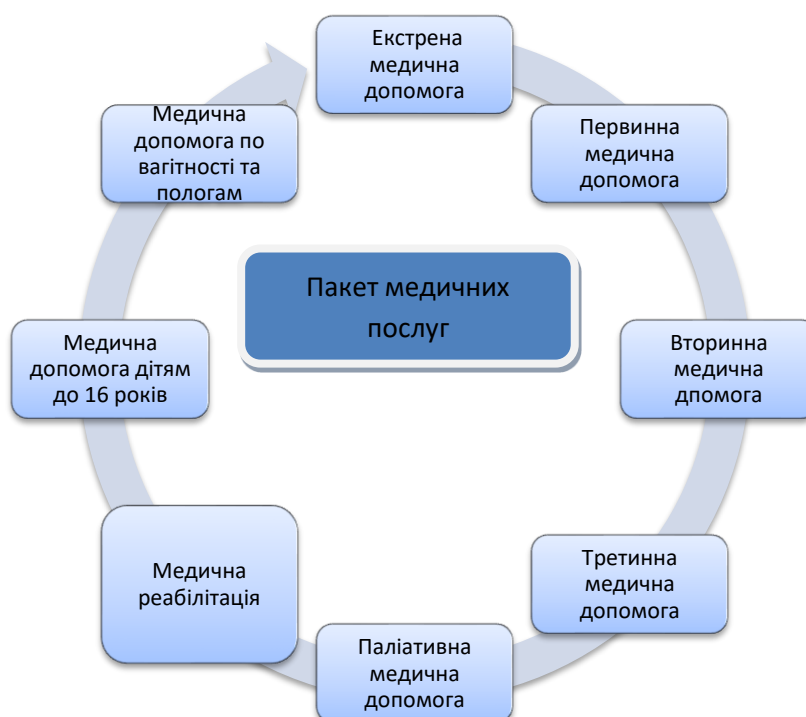


Рис.2.4. Структура пакету медичних послуг в рамках Програм державних медичних гарантій

Примітка: побудовано з використанням інформації НСЗУ [95].

На відміну від медичної субвенції надається кожному громадянину України на основі укладених декларацій та збільшує не лише державне фінансування медичних послуг на первинному та спеціалізованому рівнях медичної допомоги, але й розширює перелік медичних послуг. До них входить, зокрема, послуги з акушерської, неонатальної, паліативної, реабілітаційної медичної допомоги, лікування інсульту, інфаркту, онкологічних захворювань, проведення гемодіалізу. Відмітимо, що екстрена медична допомога надається кожній людині незалежно від наявності укладених із сімейним лікарем чи терапевтом декларацій. Координацію фінансування програми медичних гарантій здійснює НСЗУ на основі укладених договорів із медичними закладами, які надають медичні послуги, що передбачені програмою медичних гарантій.

У 2022 році на фінансування програми медичних гарантій було передбачено 26 млрд. грн., що на 6 млрд грн більше 2021 року при цьому кількість укладених договорів з НСЗУ у 2022 році становила 2173 договори, із яких 1270 договорів було укладено із КНП, 275 – із приватними медичними закладами, тоді як у 2021 році- 220 договорів, 2020 рік – 212 договорів відповідно; 624 – із лікарями, які працюють на ринку медичних послуг за ліцензією ФОП, тоді як у 2021 році – із 528 лікарями-ФОП, а у 2020- 397 лікарями-ФОП відповідно. Отже, за 2020-2022 роки збільшилася кількість приватних медичних закладів на 23% та лікарів-ФОПів на 37%, які надають медичні послуги в рамках програми медичних гарантій, отримуючи фінансування з Державного бюджету України (табл.2.10). Залучення приватного сектору до надання медичної допомоги в рамках програми медичних гарантій лише підвищує їх якість та стимулює конкурентоспроможність між провайдерами медичних послуг.

Для забезпечення медичною допомогою жителів тимчасово-окупованих територій у 2023 році НСЗУ уклало медичні договори із 65 надавачами медичних послуг в обсязі 2,1 млрд.грн. за окремим пакетом медичної допомоги «Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на тимчасово окупованій території» [95].

Таблиця 2.10

Надання медичної допомоги в рамках Програми медичних гарантій

Показники	2020 рік	2021 рік	2022 рік	2023 рік
Фінансування програми медичних гарантій, в млрд.грн.	0,089	123,5	157	142
Кількість укладених договорів із закладами первинної ланки медичної допомоги, од.	1692	1842	2173	2261
Капітаційна ставка, грн.	600,48	651,60	786	786,65

Примітка: систематизовано автором на основі інформації НСЗУ [95].

Також НСЗУ для лікування поранених укладено у 2023 році договори із 245 медичними закладами по надання реабілітаційних послуг, із яких 6,5% (16 медичних закладів) - приватні медичні заклади.

Щодо фінансування оплати праці, то такі витрати у 2023 році були можливими за рахунок міжнародної фінансової допомоги, яка дозволила оплатити працю 500 тис. працівників закладів охорони здоров'я в розрахунку середньої заробітної плати лікарів 21 тис.грн. та середнього медичного персоналу (14,3 тис. грн.), що на 21% більше 2021 року [93]. Найвищу оплату праці у 2022 році мали лікарі та середній медичний персонал закладів екстреної медичної допомоги відповідно 26 000 грн. та 20 000 грн. [93]. Однак така ситуація в основному стала можливою і за рахунок скорочення кількості медичного персоналу у 2022 році в порівнянні з 2021 роком на 13,7% з 605334 осіб у 2021 році до 522580 осіб у 2022 році (рис.2.5). Найбільше зменшилася чисельність молодшого медичного персоналу (на 16,5%), з 119516 осіб до 99792 осіб.

Якщо врахувати, яке пропонує МОЗ на 1 лікаря 2000 пацієнтів, а також євроінтеграційні виклики, то лише за підрахунками ЄС з 2015 до 2025 року медична сфера додатково потребуватиме 1,8 млн. медичних працівників. Якщо на даний час питома вага медичних працівників у ЄС складає 8,5% (18,8 млн. осіб), то цей показник за ва роки має зрости на 8,5%. Тому проблема

забезпечення закладів охорони здоров'я медичними працівниками залишатиметься актуальною і для України.

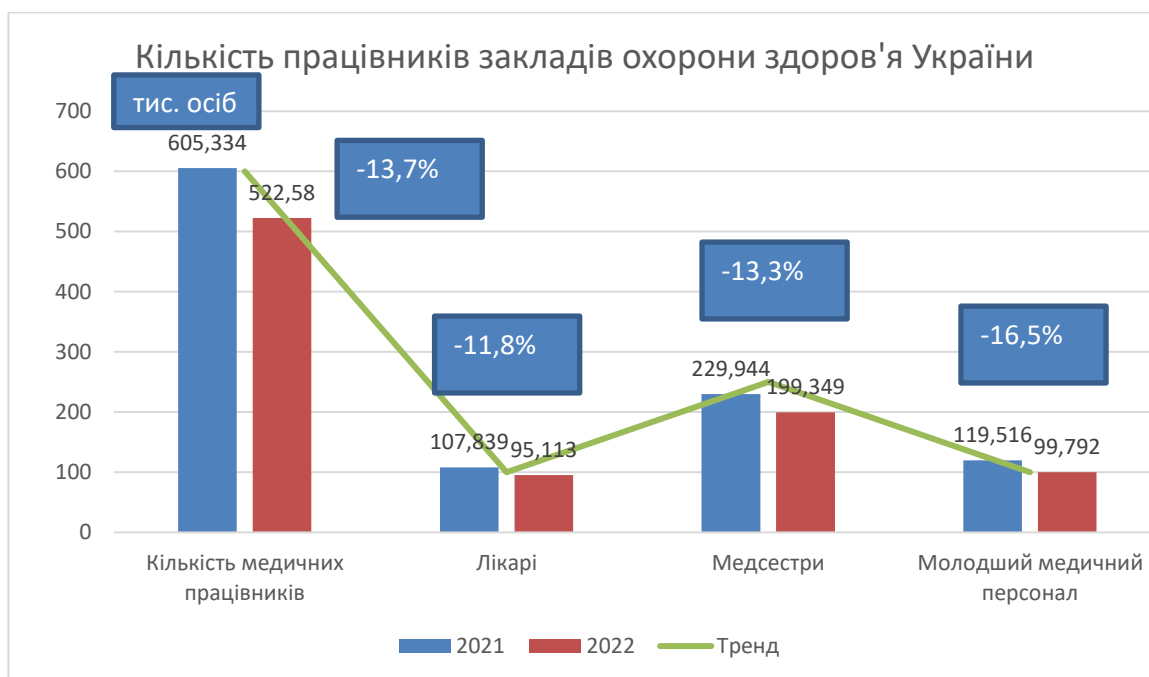


Рис.2.5. Динаміка чисельності медичного персоналу закладів охорони здоров'я України за 2022-2021 рр., в тис. осіб

Примітка: побудовано на основі інформації МОЗ України [93].

У 2023 році передбачено утримання для медичного персоналу первинного рівня медичної допомоги заробітної плати не менше 70% кількості укладених декларацій з пацієнтами, гарантії в оплаті базової заробітної плати інших медичних закладів, які уклали договори з НСЗУ за Програмою медичних гарантій, на 2023 рік становитимуть 85% грошового доходу у поточному місяці з урахуванням накопичених залишків, що становить в мінімальному розрахунку 20000 грн. на місяць для лікарів та 13500 грн. для молодшого медичного персоналу [95].

Інноваційним підходом до інформаційно-аналітичного супроводу моніторингу результативності фінансових інструментів реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я є використання «експериментального рахунку охорони здоров'я» [90] рис.2.6 та «сателітного рахунку», які є інструментами міжнародного обліку використання медичних товарів і послуг в рамках

національних економік на основі методології «міжнародної системи рахунків охорони здоров'я (SHA 2011)» [90], що адаптована Державною службою статистики до умов України.

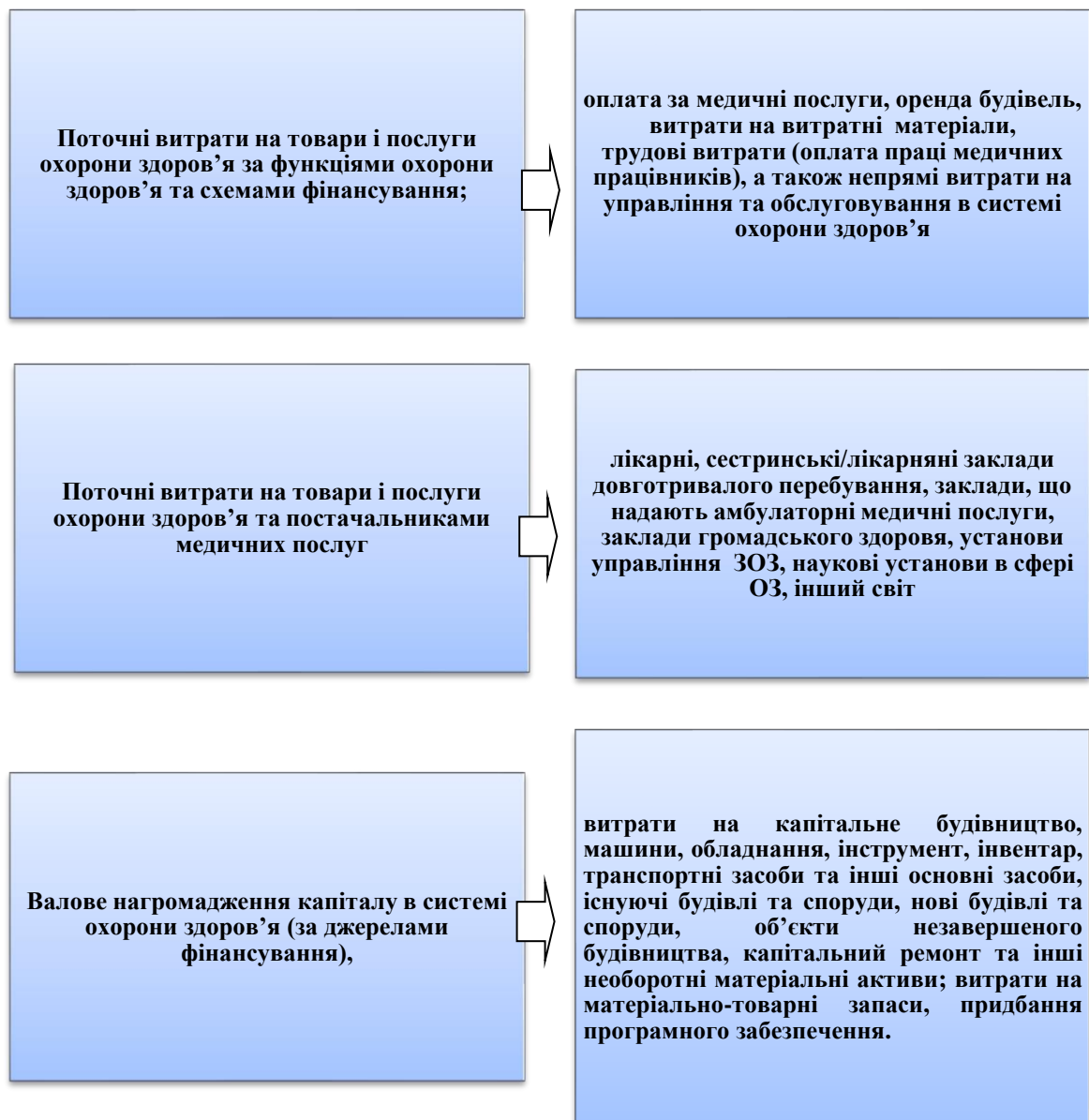


Рис.2. 6. Основні фінансові показники сателітного рахунку сфери охорони здоров'я України за міжнародною системою рахунків охорони здоров'я

Примітка: побудовано на основі інформації Державної служби статистики України [90].

Оскільки офіційно Державна служба статистики останні розрахунки проводила до початку повномасштабної збройної агресії росії проти України, то можна стверджувати, що станом на 1.01.2021 року найбільшими провайдерами надання медичних послуг на ринку медичних послуг України були лікарні (123 041,5 млн. грн. в рік) та організації, що займаються роздрібною торгівлею

медичних засобів (102 508,5 млн. грн. в рік). При цьому на медичне обслуговування 88,4% (108 759,9 млн. грн.) становили витрати Уряду в рамках реалізації програми медичних гарантій та 11,6% (14 281,6 млн. грн.) витрати домашніх господарств (див. Додаток В, табл. В.1), тоді як фінансування освітніх та науково-дослідних установ, що здійснюють свою діяльність у сфері охорони здоров'я було мінімізовано. З рис.2.7 та таблиці 2.11 чітко видно, що фінансування охорони здоров'я в Україні здійснюється у змішаній формі і лівова частка витрат на охорону здоров'я реалізується за рахунок державного бюджету та коштів державних соціальних страхових фондів.

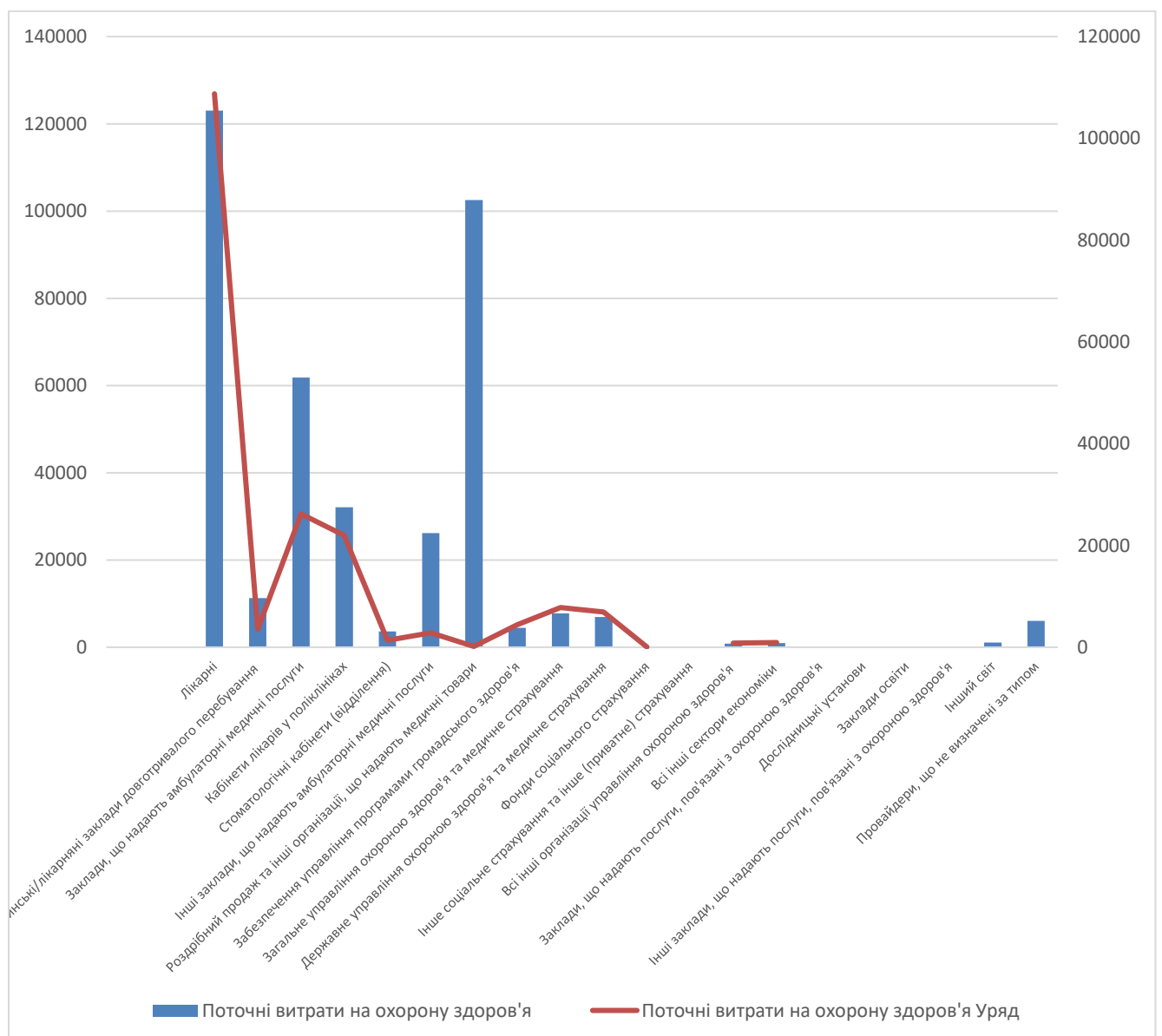


Рис.2.6. Витрати на охорону здоров'я в розрізі провайдерів медичних послуг у 2022 році

Примітка: побудовано на основі інформації Державної служби статистики України [90].

Таблиця 2.11

Фінансові витрати на охорону здоров'я в Україні в розрізі постачальників медичних послуг за 2005-2020 рр.

Провайдери (постачальники послуг)	2005 рік		2010 рік		2015 рік		2016 рік		2017 рік		2018 рік		2019 рік		2020 рік	
	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%
Лікарні	10 447,9	38,90	33 459,2	41,39	52 703,2	35,33	55 399,9	31,75	71 913,1	33,55	81 521,8	31,60	88 124,9	31,23	123 041,5	38,59
Сестринські/лікарняні заклади довготривалого перебування	1 915,4	7,13	3 917,7	4,85	4 251,5	2,85	5 005,2	2,87	6 400,8	2,99	8 611,7	3,33	11 942,5	4,23	11 263,5	3,53
Заклади, що надають амбулаторні медичні послуги	3 197,3	11,90	11 229,0	13,89	18 507,6	12,41	22 374,9	12,82	27 201,6	12,69	42 933,0	16,64	63 960,8	22,67	61 846,9	19,40
Кабінети лікарів у поліклініках	1 814,0	6,75	6 544,0	8,10	8 021,9	5,38	9 992,8	5,73	11 510,7	5,37	27 147,7	10,52	33 011,6	11,70	32 074,9	10,06
Стоматологічні кабінети (відділення)	398,0	1,48	1 287,5	1,59	2 179,7	1,46	2 548,6	1,46	3 075,8	1,43	3 546,8	1,38	3 506,2	1,25	3 593,7	1,13
Інші заклади, що надають амбулаторні медичні послуги	985,3	3,67	3 397,5	4,20	8 305,9	5,57	9 833,5	5,64	12 615,1	5,89	12 238,4	4,74	27 443,0	9,73	26 178,3	8,21
Роздрібний продаж та інші організації, що надають медичні товари	8 912,7	33,18	25 897,1	32,04	56 999,7	38,21	71 252,2	40,84	79 182,1	36,94	98 545,1	38,20	99 193,4	35,16	102 508,5	32,15
Забезпечення управління програмами громадського здоров'я	783,0	2,92	2 069,0	2,56	1 143,8	0,77	1 198,0	0,69	1 470,0	0,69	2 675,0	1,04	2 130,4	0,76	4 424,6	1,39
Загальне управління охороною здоров'я та медичне страхування	877,9	3,27	2 067,8	2,56	11 550,5	7,74	13 613,7	7,80	19 702,1	9,19	15 326,5	5,94	9 084,4	3,22	7 782,2	2,44

Продовження таблиці 2.11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Державне управління охороною здоров'я та медичне страхування	463,3	1,72	1 665,7	2,06	9 866,6	6,61	11 875,5	6,81	16 975,0	7,92	9 107,8	3,53	8 649,2	3,07	6 943,2	2,18
Фонди соціального страхування	5,4	0,02	20,0	0,02	20,3	0,01	24,8	0,01	76,8	0,04	125,1	0,05	113,7	0,04	50,1	0,02
Всі інші організації управління охороною здоров'я	409,2	1,52	382,1	0,47	1 663,5	1,12	1 713,4	0,98	2 650,3	1,23	6 093,7	2,36	321,6	0,11	788,9	0,25
Всі інші сектори економіки	10,1	0,04	38,1	0,05	216,9	0,15	391,9	0,22	609,1	0,28	653,1	0,25	914,4	0,32	914,4	0,29
Заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дослідницькі установи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Заклади освіти	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Інші заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Інший світ	83,0	0,31	203,9	0,25	534,7	0,36	1 063,8	0,61	1 940,0	0,90	1 940,0	0,75	1 916,7	0,68	1 084,1	0,34
Провайдери, що не визначені за типом	632,3	2,35	1 952,4	2,42	3 255,7	2,18	4 181,9	2,40	5 932,6	2,77	5 739,5	2,23	4 870,6	1,73	6 011,3	1,89
Поточні витрати на охорону здоров'я	26 859,7	100,00	80 834,1	100,00	149 163,5	100,00	174 481,5	100,00	214 351,4	100,00	257 945,8	100,00	282 138,1	100,00	318 876,9	100,00

Примітка: наведено з використанням інформації Державної служби статистики України [90].

Однак з початком повномасштабної російської збройної агресії зросло зарубіжне фінансування вітчизняних закладів охорони здоров'я. Якщо на 1.01.021 року воно становило 1084,1 млн.грн., то у 2022 році практично всі витрати на надання гарантійного пакету медичних послуг та оплату праці медичному персоналу було забезпечено за рахунок грантових ресурсів та міжнародної допомоги.

За обсягом витрати на охорону здоров'я за останні 15 років зросли в 18 разів з 1862,6 млн. грн у 2005 році до 329341,4 млн. грн. у 2021 році (рис. 2.8).



Рис.2.8. Динаміка витрат на охорону здоров'я України за 2005-2021 роки

Примітка: побудовано на основі інформації Державної служби статистики України [90].

Зростання витрат на охорону здоров'я у 2005-2010 роках призвело до покращення показників народонаселення і скорочення рівня смертності з 16,6‰ до 11,1‰ (див. табл.2.1,п.2.1 дисертації), однак з початком збройної агресії та анексії українських територій коефіцієнт смертності почав зростати до 14,7‰ в 2015 році та 18,5‰ у 2022 році, що посилює ризики скорочення кількості населення України, а звідси і робочої сили, що негативно впливатиме на параметри відтворення національної економіки та відновлення динаміки втраченого ВВП. Адже лише за макроекономічними розрахунками згідно закону Оукена при рівні безробіття 28% у 2022 році втрати ВВП становили 55% (на кожний 1% відхилення безробіття від природного рівня, 6%, ВВП скорочується на 2,5%) [90]. При постійній позитивній динаміці зростання витрат на охорону здоров'я їх питома вага у ВВП є низькою, в порівнянні з

європейськими країнами (10% ВВП). Якщо в Україні за 2003 частка витрат становила 11,8% ВВП, то до 2020 року вона скоротилася в три рази, до 3,5% (табл.2.12). Позитивна динаміка почала відновлюватися з 2022 року на рівні 4,8% ВВП.

Таблиця 2.12

**Фінансування охорони здоров'я України за фінансовими агентами
у 2005-2020 рр.**

Фінансуючі організації (фінансові агенти)	2003 рік		2005 рік		2010 рік		2015 рік		2020 рік	
	млн.грн	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Уряд	10 807,6	58,04	16 827,0	59,27	47 864,2	56,48	75 826,7	48,85	164 341,9	49,90
Територіальний Уряд	10 758,7	57,78	16 758,2	59,03	47 633,4	56,21	75 502,6	48,64	163 923,2	49,77
Центральний Уряд	3 380,7	18,15	4 973,8	17,52	11 702,8	13,81	15 953,0	10,28	121 673,4	36,94
Муніципальний Уряд	7 378,0	39,62	11 784,4	41,51	35 930,5	42,40	59 549,6	38,36	42 249,8	12,83
Фонди соціального страхування	48,9	0,26	68,8	0,24	230,9	0,27	324,1	0,21	418,7	0,13
Приватний сектор	7 728,6	41,50	11 472,4	40,41	36 658,8	43,26	78 822,0	50,78	163 502,9	49,65
Інше приватне добровільне страхування	16,6	0,09	191,9	0,68	741,5	0,87	1 398,5	0,90	3 122,5	0,95
Витрати домогосподарств	7 174,5	38,53	10 611,0	37,38	34 234,7	40,40	75 711,1	48,78	152 757,5	46,38
Некомерційні організації, що обслуговують домашні господарства	5,6	0,03	3,0	0,01	15,0	0,02	17,8	0,01	112,7	0,03
Приватні фірми та корпорації	503,2	2,70	628,1	2,21	1 584,3	1,87	1 589,9	1,02	7 510,2	2,28
Лікарняні каси	28,7	0,15	38,4	0,14	83,2	0,10	104,7	0,07	-	-
Весь інший світ	85,4	0,46	91,0	0,32	221,8	0,26	570,8	0,37	1 496,7	0,45
Загальні витрати на охорону здоров'я	18 621,6	100,00	28 390,4	100,00	84 744,8	100,00	155 219,5	100,00	329 341,4	100,00
Витрати у % від ВВП		11,8		6,5		3,7		3,7		3,5

Примітка: наведено на основі інформації Державної служби статистики України [90].

Якщо аналізувати фінансування за структурою фінансових агентів (табл.2.12), то практично 50% у 2020 році припадало на фінансування органами державної влади та місцевого самоврядування, зокрема фінансування центральними органами влади (36,9%) і фінансування муніципальними органами влади становило 12,8% [90].

Основне фінансування держави було пов'язане з фінансування програми медичних гарантій. Слід зазначити, що альтернативні механізми фінансування, що пов'язані із фондами соціального страхування та приватним медичним страхування а також лікарняними касами в Україні поступово розвиваються. Якщо витрати на приватне медичне страхування у 2003 році становили 0,09% у загальній структурі витрат на охорону здоров'я, то у 2020 році – 0,95%. Незважаючи на позитивну динаміку, через повномасштабну збройну агресію росії приватне медичне страхування на вітчизняному ринку страхових послуг у 2022 році скоротилося на 22% в порівнянні з 2021роком з 3293 млн.грн., до 2580 млн.грн. і займає 14 % структури страхового портфелю національної економіки (див.рис.2.9).

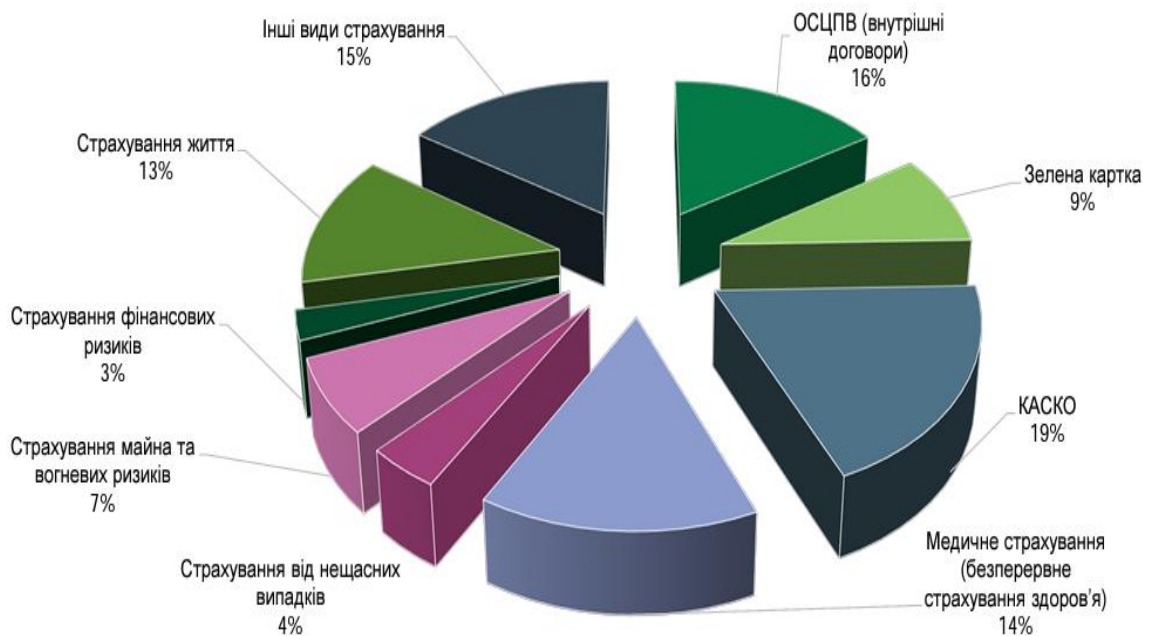


Рис.2.9. Структура страхового ринку України у 2022 році

Примітка: побудовано з використанням інформації Управління нагляду за страховим ринком НБУ [86]

Практика створення лікарняних кас, як інструменту покриття витрат на медичне обслуговування була започаткована у 2003 році Наказом МОЗ України від 09.07.2003 р. № 315 «Про функціонування лікарняних кас» [32]. В подальшому їх використання було регламентовано Наказом МОЗ від 11.08.2005р. № 400 «Про взаємодію лікарняних кас, органів державної влади, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я» [93]. Ця форма фінансування стала додатковим джерелом фінансування медичних послуг за рахунок нагромаджених солідарно цільових персоналізованих коштів фізичними та юридичними особами.

Використання лікарняних кас довело свою ефективність у зменшенні медикаментозних витрат на лікування тих категорій населення, які не мають достатньо доходів, щоб відкладати кошти на страхові внески до страхових фондів. Однак якщо у 2003 році на лікарні каси припадало 0,15% фінансування витрат на надання медичних послуг то до 2020 року ці величина скоротилася у два рази (0,07%) [95].

На даний час в Україні на рівні муніципальних утворень функціонує 206 лікарняних кас, що працюють як некомерційні громадські, неурядові організації [86]. Ці каси є додатковим джерелом фінансування сфери охорони здоров'я.

Відмітимо, що до початку повномасштабної збройної агресії у 2018 році було розроблено законопроект № 7480 «Про врегулювання питань в окремих галузях охорони здоров'я» [32]. Даний законопроект став черговим кроком реалізації медичної реформи створив інституційне підґрунтя та окреслив організаційно-економічний механізм використання лікарняних кас.

Якщо аналізувати зміну витрат в розрізі провайдерів надання медичних послуг за 2015-2020рр. (рис.2.10), то можна констатувати, що зменшилася питома вага фінансування закладів, де відбувається довгострокове лікування практично в два рази, і збільшилося одночасно фінансування амбулаторних закладів. Якщо фінансування цільових програм у

сфері охорони здоров'я скоротилося у два рази, то одночасно збільшилися у два рази витрати на управління сферою охорони здоров'я.

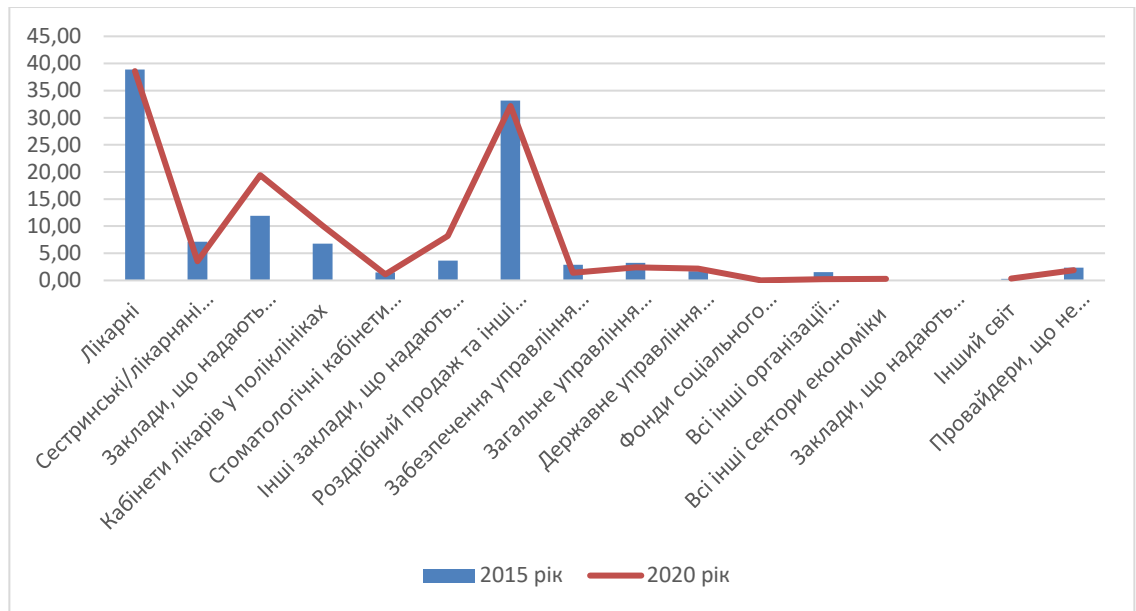


Рис.2.10. Зміна питомої ваги витрат на фінансування сфери охорони здоров'я України за 2015-2020рр.

Примітка: побудовано на основі інформації Державної служби статистики України [90].

Аналіз структури бюджетних витрат на охорону здоров'я за економічною бюджетною класифікацією (див. табл.2.13) показує на те, що до повномасштабної збройної агресії видатки мали приріст практично за всіма статтями і в загальній структурі витрат Державного бюджету України зросли з 9,3% у 2019 році до 11,1% у 2021 році.

Однак у загальній структурі витрат відбулося скорочення питомої ваги бюджетних трансфертів, видатків на соціальне забезпечення (виплати матеріальної допомоги, стипендій тощо), на наукові дослідження та розробки в рамках реалізації державних та регіональних цільових програм. Скорочення витрат на наукові дослідження більше як у 10 разів лише погіршує показники ноосферизації у сфері реалізації публічної політики охорони здоров'я. Більше того, якщо у розвинутих країнах світу у структурі витрат на охорону здоров'я домінують витрати на превентивну складову, то в Україні вони практично у 4 рази менші за витрати на охорону здоров'я, що безпосередньо пов'язані із наданням медичних послуг - 2,3% проти 11,1%.

Таблиця 2.13

Видатки Зведеного бюджету України на охорону здоров'я за економічною бюджетною класифікацією за 2019-2021 рр.

Показники	2019		2020		2021	
	млн.грн.	% до загального обсягу видатків	млн.грн.	% до загального обсягу видатків	млн.грн.	% до загального обсягу видатків
1	2	3	4	5	6	7
Загальні видатки Державного бюджету	1372 350,6	100	1595 395,9	100	1 845 367,4	100
1.1.Видатки на охорону здоров'я	128 384,6	9,3	175 789,7	11,0	204 121,8	11,1
В тому числі:	128 384,6	100	175 789,7	100	204 121,8	100
Оплата праці і нарахування на зарплату	5 518,7	4,3	6 647,0	3,8	8309,6	4,0
Використання товарів та послуг: в т.ч.	70 365,7	54,8	110 379,6	62,8	153 202,3	75,1
<i>Дослідження в рамках реалізації державних та регіональних цільових програм</i>	41 878,2	32,6	6 462,9	3,7	6 039,2	3,0
Бюджетні трансферти	38 035,3	29,6	40 008,1	22,8	25 020,0	12,3
Соціальне забезпечення	2 933,7	2,3	3 386,8	1,9	3 147,5	1,5
Капітальні видатки в т.ч.	11 508,0	9,0	15 356,5	8,7	14 428,2	7,1
<i>Придбання основного капіталу</i>	2 152,0	1,7	3 263,8	1,9	4 570,2	2,3
<i>Капітальні трансферти</i>	9 356,0	7,3	12 092,6	6,9	9857,9	4,8
1.2.Витрати на підтримку духовного та фізичного розвитку	31 550,1	2,3	31 710,9	2,0	43 358,4	2,34

Примітка: побудовано на основі інформації Міністерства фінансів України [94].

До повномасштабної війни у державних витратах на охорону здоров'я України спостерігалася ще одна негативна тенденція, що пов'язана із скороченням капітальних видатків з 9,0% у 2019 до 7% у 2021 році, що зменшило можливості закладів охорони здоров'я в отриманні додаткових ресурсів на модернізацію та оновлення. Впродовж 2022-2023 рр. повномасштабної війни виникли додаткові виклики, що пов'язані із масовим руйнуванням та знищенням агресором медичної інфраструктури. Зокрема, за даними МОЗ України станом на 1 квартал 2023 року було зруйновано 200, а частково пошкоджено 1218 закладів охорони здоров'я. В тому числі пошкодження зазнало 593 аптечних закладів. За підрахунками Міністерства економіки України прямі збитки для національної економіки від повномасштабної збройної агресії становили 137 млрд. дол. США, а у сфері охорони здоров'я – 1,7 млрд. доларів США [92].

Така ситуація актуалізуватиме ще одну проблему в управлінні сферою охорони здоров'я пошуку додаткових фінансових ресурсів для відновлення та відбудови медичної інфраструктури. Також повномасштабна війна зруйнувала логістичні канали постачання лікарських засобів та медичних препаратів. За інформацією ВВОЗ в Україні кожна п'ята людина не змогла отримати необхідних їй ліків через їх відсутність або велику вартість, а на територіях окупованих та прилеглих до бойових дій – кожна третя людина, кількість людей з множинними психологічними розладами становить близько 10 млн. осіб, що вимагатиме додаткових витрат на реалізацію реабілітаційних лікувальних програм [23].

Важливим напрямом оптимізації витрат на систему охорони здоров'я, залучення додаткових ресурсів для модернізації закладів охорони здоров'я має стати створення кластерної мережі. Відмітимо, що кластеризація стане основним інструментом відновлення медичних закладів на деокупованих територіях.

Основні переваги кластеризації відображені на рис. 2.11

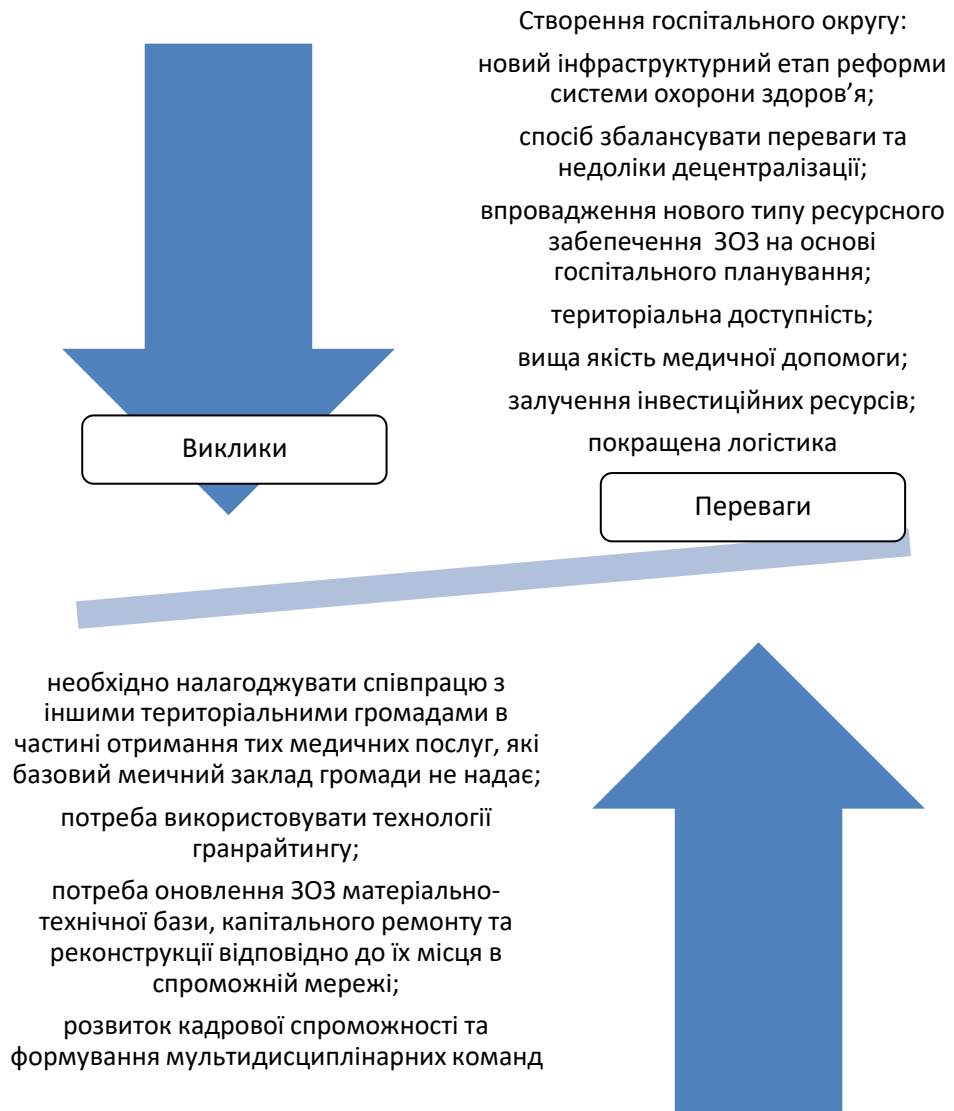


Рис.2.11. Переваги та виклики створення госпітальної мережі

Примітка: побудовано р використанням [93, 95].

Створення госпітального округу передбачає об'єднання надкластерного, кластерного, загального медичних закладів, пункту первинної медичної допомоги, центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф із пунктами постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги. При цьому надкластерна лікарня, маючи найсучасніше обладнання надаватиме широкий спектр високоспеціалізованої медичної допомоги, кластерний медичний заклад надаватиме послуги з лікування найпоширеніших захворювань, загальний медичний заклад надаватиме базові

медичні послуги для жителів однієї чи двох територіальних громад (див. Додаток Е)

Основною перевагою створення госпітального округу є територіальна доступність, фінансова стійкість, логістичний супровід, включаючи аеромедичну евакуацію, висока якість надання медичної допомоги за рахунок модернізації закладів охорони здоров'я та формування мультидисциплінарних команд професіоналів з надання медичних послуг в межах госпітального округу. Територіальна доступність згідно Постанови КМУ від 28 лютого 2023 р. №174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [32] забезпечується на основі формування конкурентоспроможної мережі закладів охорони здоров'я під якою слід розуміти «мережу надавачів медичних послуг, що забезпечує медичне обслуговування у межах відповідного госпітального округу, зокрема під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного чи воєнного стану, та дає змогу організувати належну якість такого обслуговування, своєчасність та доступність для населення, а також ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів» [32].

На даний час в Україні погоджені плани на найближчі три роки щодо формування конкурентоспроможної мережі у 19 областях, які віддалені від активних бойових дій. До неї ввійшли: 542 заклади охорони здоров'я, із яких 118 надкластерні, 149 кластерні та 275 загальні медичні заклади [95]. Покищо результатів роботи кластерної мережі немає, однак досвід формування подібних мереж у ЄС, на нашу думку, дозволить їх моніторити за показниками фінансової стійкості, кадрової спроможності та функціональної спроможності «зменшення термінів перебування у лікарні, зменшення кількості стаціонарних ліжок, покращення результатів лікування» [95] тощо.

Отже, проведене в даному параграфі дослідження дозволяє констатувати факт створення дієвої моделі організаційно-економічного механізму управління сферою охорони здоров'я національної економіки, що забезпечило її функціональність та стійкість, не дивлячись на виклики воєнного часу. Однак, для ефективного прийняття управлінських рішень в

системі визначення та досягнення пріоритетів публічної політики, необхідно створити певне інформаційно-аналітичне підґрунтя оцінювання результативності публічної політики.

2.3. Оцінювання результативності публічної політики у сфері охорони здоров'я національної економіки

Важливою складовою реалізації публічної політики охорони здоров'я, як зазначалося нами в 1.2 даної дисертації має бути оцінювання її результативності, тобто суми досягнутих ефектів, що дозволить приймати рішення щодо корегування форм та методів управлінського впливу у досягненні поставлених завдань в рамках верифікованих векторів.

На думку І. І. Петренка, О. І. Салтовського, В. В. Колюха [99] оцінювання публічної політики має бути зосереджена не на моніторингу досягнення показників, а на отриманому ефекті – політичному, економічному, соціальному, етичному, інституційному тощо. При цьому потрібно співставляти планові та фактичні досягнуті результати і з'ясувати причини відхилення для того, щоб приймати своєчасні управлінські рішення для корегування виявлених відхилень. Результативність публічної політики залежить від організаційних умов вироблення публічної політики; засобів та методів управлінського впливу; рівня консенсусу у досягненні демаркованих пріоритетів.

Для оцінювання результативності публічної політики у сфері охорони здоров'я в Україні з 2005 року розраховується система показників стану здоров'я (рівень народжуваності, рівень смертності, рівень захворювань, тривалість життя і інші) в рамках щорічної доповіді про стан здоров'я, які нами були проаналізовані в п 2.1 даного дисертаційного дослідження.

Відповідно до «Плану повоєнного відновлення України» основні показники результативності публічної політики включають: «подальше впровадження реформи системи охорони здоров'я, інвестиції у відновлення та реконструкцію системи охорони здоров'я, визначення пріоритетів

фінансування системи охорони здоров'я, підтримку інституційної спроможності владних інститутів у реалізації політики у сфері охорони здоров'я» [107].

У Паспорті бюджетної програми на 2023 рік стосовно фінансування охорони здоров'я вперше верифіковані показники результативності бюджетної програми, які включають показники: витрат, продукту, ефективності (середня кількість осіб, яка отримала медичну допомогу, середня вартість медчинохі послуги, середня вартість виїзду бригади швидкої медичної допомоги), якості.

На наднаціональному рівні використовується інформаційна панель, розроблена Європейським регіональним бюро ВООЗ (ЄРБ ВООЗ). Дана панель є інформаційно-аналітичним підґрунтям для вироблення управлінських рішень щодо нових підходів до використання наукових та фактичних даних. На основі даної панелі у 2018 році МОЗ України була розроблена «Національна доповідь про стан здоров'я населення та розвиток системи охорони здоров'я», в якій результативність публічної політики оцінюється за показниками доступності та якості медичних послуг, наявності лікарських засобів, виконання Державної програми медичних гарантій, інституційний супровід проведення реформ у галузі охорони здоров'я.

У 2021 році ЄРБ розбила «Методичний посібник для оцінки інформаційних систем і зміцнення стратегій інформації охорони здоров'я» [95].

Згідно даного підходу науковцями Г.О. Слабким, В.В.Шафранським, І.С. Миронюком, В.В. Кручаницею були розроблені підходи до оцінювання системи громадського здоров'я, що має здійснюватися за такими показниками структури, процесу та результативності (рис 2.12) [125]. Віддаючи належне напрацюванням даних науковців, слід зазначити, що результативність публічної політики у сфері охорони здоров'я повинна ще відображати результативність використання управлінського потенціалу, ефективність ресурсного забезпечення, а також враховувати виклики цифровізації та

ноосферизації національної економіки загалом та системи охорони здоров'я зокрема.

Тому в рамках даної дисертації вважаємо за доцільне запропонувати авторський підхід до оцінювання результативності публічної політики у сфері охорони здоров'я, який передбачає розрахунок інтегрального показника результативності, що визначається за моделлю середньо-геометричного зважування інтегральних індексів, що відображають управлінську ефективність (витрати на управління), ноосферизацію (витрати на науково-дослідні розробки та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я), інноватизацію (залучення інвестицій для реалізації інноваційних проєктів), цифровізацію (витрати закладів охорони здоров'я на програмне забезпечення).



Рис.2.11. Індикатори ефективності реалізації публічної політики у сфері громадського здоров'я

Примітка: наведено на основі [95,125].

Інтегральний показник результативності розрахуємо за формулою середньо-геометричного:

$$IPR = \sqrt[n]{\prod P_i}, \quad (2.1)$$

де IPR – інтегральне значення показника результативності публічної політики

P_i – нормалізоване значення показника i , що характеризує певний аспект реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я за критерієм максиміна, тобто, якщо показник є стимулятором, то його нормалізація відбувається за максимальним значенням показників ряду, а якщо дестимулятором – то за мінімальним значенням показника;

N – кількість показників.

Отримані результати розрахунків подано в таблиці 2.14, 2.15.

Таблиця 2.14

Показники та їх нормалізовані значення, що включені до розрахунку інтегрального показника результативності публічної політики в сфері охорони здоров'я національної економіки

Роки	Загальні витрати на управління сферою охорони здоров'я та страхування у сфері охорони здоров'я, в млрд. грн.	Нормалізоване значення показника, P_1	Витрати на дослідження, наукові і науково-технічні розробки, виконання робіт за державними цільовими програмами і державним замовленням, підготовка та підвищення кваліфікації наукових кадрів у сфері охорони здоров'я, фінансова підтримка розвитку наукової інфраструктури, в млрд. грн.	Нормалізоване значення показника, P_2	Витрати на програмні розробки сфері охорони здоров'я млрд. грн.	Нормалізоване значення показника, P_3	Обсяг залучених зовнішніх інвестицій для реалізації проектів в сфері охорони здоров'я, млрд. грн.	Нормалізоване значення показника, P_4	Витрати ЗОЗ на цифрове програмне забезпечення, тис.грн.	Нормалізоване значення показника, P_5	Коефіцієнт смертності на 1000 осіб, %	Нормалізоване значення показника, P_6
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2005	877,9	0,08	3,297	0,55	783	0,18	83,0	0,08	11	0,41	16,6	1,51
2010	2067,8	0,18	0,422	0,01	2069	0,47	203,9	0,19	12	0,45	11,0	1,00

Продовження таблиці 2.14

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2015	11550,5	1,00	36,494	1	1143,8	0,26	534,7	0,49	21,4	0,80	11,1	1,01
2020	7782,2	0,67	6,039	0,17	4424,6	1	1084,1	1,00	26,6	1,00	14,7	1,34

Примітка: розраховано автором з використанням інформації [90].

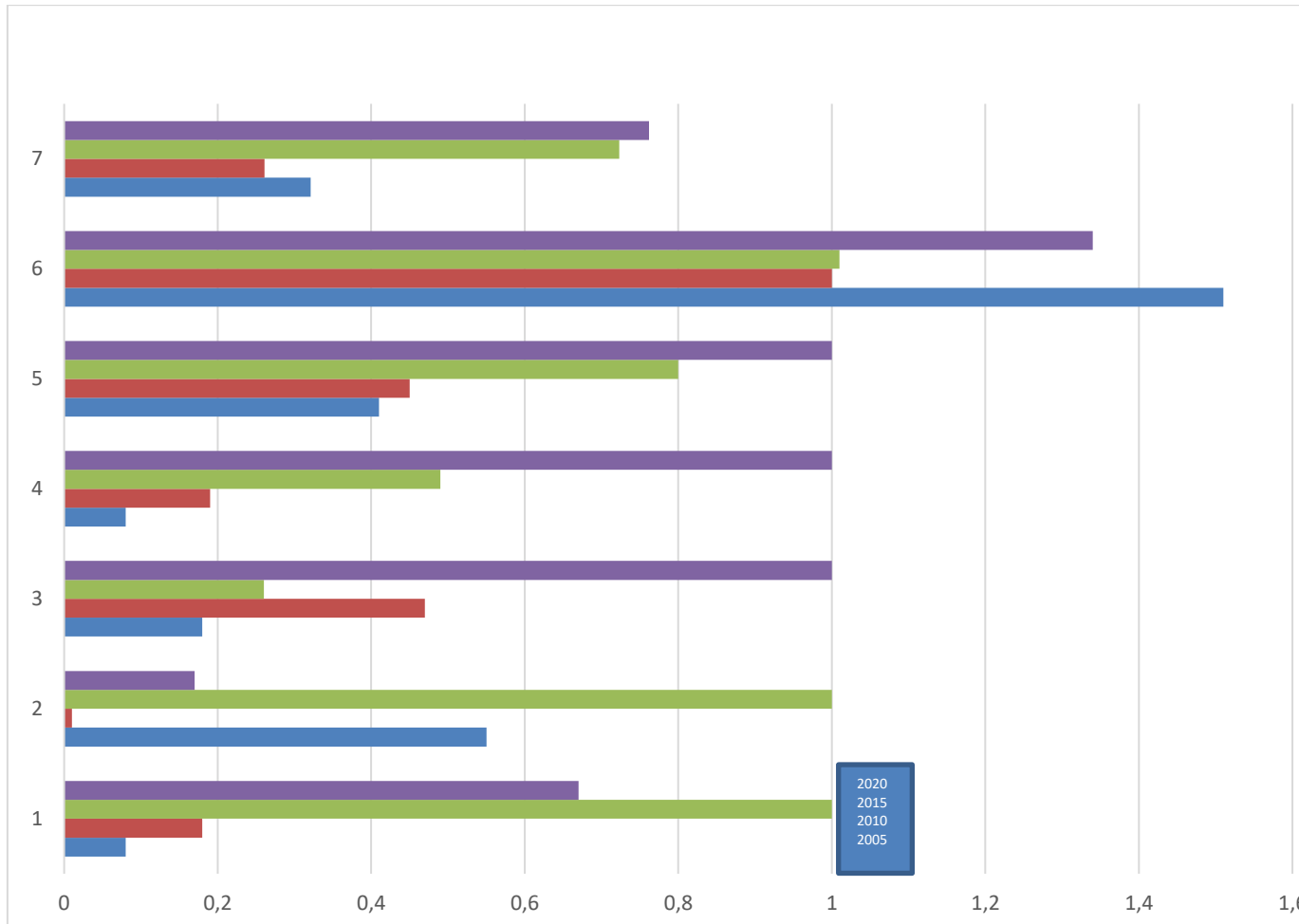
Таблиця 2.15

Розрахунок інтегрального показника результативності публічної політики в сфері охорони здоров'я національної економіки

Роки	Нормалізоване значення показника, P_1	Нормалізоване значення показника, P_2	Нормалізоване значення показника, P_3	Нормалізоване значення показника, P_4	Нормалізоване значення показника, P_5	Нормалізоване значення показника, P_6	Інтегральний показник результативності публічної політики у сфері охорони <i>IPR</i>
1	2	3	4	5	6	7	8
2005	0,08	0,55	0,18	0,08	0,41	1,51	0,320956
2010	0,18	0,01	0,47	0,19	0,45	1,00	0,260833
2015	1,00	1	0,26	0,49	0,80	1,01	0,723241
2020	0,67	0,17	1	1,00	1,00	1,34	0,761871

Примітка: розраховано автором з використанням інформації [90].

Графічне зображення динаміки складових інтегрального показника результативності (рис.2.12, 2.13) свідчить про позитивну динаміку показників, що вказують на функціональну ефективність публічної політики, її ноосферизацію, технологічне оновлення, збільшення інвестицій. Однак з позицій показників здоров'я (рівень смертності) є негативна зростаюча динаміка. Хоча для розрахунку індекс бралися офіційні статистичні дані до 2020 року, однак за показниками здоров'я, що характеризують тривалість життя та рівень смертності і до повномасштабної війни і в умовах воєнного стану Україна мала найнижчу тривалість життя та найвищі показники смертності у країнах ЄС, а через війну – показники смертності є найвищими у світі.



Умовні позначення:

- 1- Загальні витрати на управління сферою охорони здоров'я та страхування у сфері охорони здоров'я, в млрд. грн.
- 2- Витрати на дослідження, наукові і науково-технічні розробки, виконання робіт за державними цільовими програмами і державним замовленням, підготовка та підвищення кваліфікації наукових кадрів у сфері охорони здоров'я, фінансова підтримка розвитку наукової інфраструктури, в млрд .грн.
- 3- Витрати на програмні розробки сфері охорони здоров'я млрд. грн.
- 4- Обсяг залучених зовнішніх інвестицій для реалізації проектів в сфері охорони здоров'я, млрд. грн.
- 5- Витрати ЗОЗ на цифрове програмне забезпечення, тис.грн.
- 6- Коефіцієнт смертності на 1000 осіб, %

Рис.2.12. Динаміка складових індексу результативності публічної політики в сфері охорони здоров'я

Примітка: побудовано автором.



Рис.2.13. Динаміка інтегрального показника результативності публічної політики в сфері охорони здоров'я

Примітка: побудовано автором.

Якщо проаналізувати залежність інтегрального показника результативності публічної політики з основними макроекономічними показниками, що характеризують створення ВВП на душу населення, продуктивністю праці, чисельністю зайнятих у віці від 15 до 70 років, то, отримаємо коефіцієнти детермінації з низькими та вище середнього значеннями, відповідно 0,29; 0,67; 0,61 (табл. 2.16), що є свідченням недостатнього впливу публічної політики охорони здоров'я на показники макроекономічної активності і одночасно помірним впливом на забезпечення умов збалансованого розвитку національної економіки.

Однак графічні трендові моделі показують, що в середньостроковому періоді зростання інтегрального показника сприятиме зростанню основних макроекономічних індикаторів збалансованого (сталого розвитку) (рис.2.14). Експоненціальні тренди за показниками продуктивності праці та зайнятості вказують на високу ймовірність їх прискореного зростання. Поліноміальна графічна модель валового внутрішнього продукту на душу населення вказує на можливість відновлення зростаючої динаміки даного показника.

Таблиця 2.16

Вплив публічної політики охорони здоров'я на макроекономічні показники результативності

Роки	Інтегральний показник результативності публічної політики у сфері охорони здоров'я	ВВП на душу населення, USD	Зайняте населення у віці від 15 до 70 років, тис. осіб	Продуктивність праці на 1 людину, в грн.
2005	0,32096	1894,47	20680	22114
2010	0,26083	3078,43	19180	56274
2015	0,72324	2124,66	16443	120934
2020	0,76187	3751,74	161561	1184628
Коефіцієнт кореляції		0,294	0,605	0,672

Примітка: розраховано автором.

Характеризуючи в цілому результативність реалізації публічної політики, варто виокремити наступні стримуючі чинники:

1. Витрати на охорону здоров'я в Україні є одними із найнижчих в Європі, менше 3,5% ВВП, тоді як в ЄС найвищий рівень витрат складає 105% від ВВП країни-члена. Це обмежує можливості держави бути потужним інвестором у сфері підтримки структурного реформування медичної галузі. Адже фактичне фінансування зменшеного обсягу цільових державних програм, як показало дослідження в п.2.2. становить 77%.
2. Витрати на охорону здоров'я в Україні є одними із найнижчих в Європі, менше 3,5% ВВП, тоді як в ЄС найвищий рівень витрат складає 105% від ВВП країни-члена. Це обмежує можливості держави бути потужним інвестором у сфері підтримки структурного реформування медичної галузі. Адже фактичне фінансування зменшеного обсягу цільових державних програм, як показало дослідження в п.2.2. становить 77%.



Рис.2.14. Графічні трендові моделі показників результативності публічної політики охорони здоров'я

4. Попри те, що ринок приватних медичних закладів активно формується його питома вага є ще вкрай низькою 23%, а між тим, саме приватні медичні заклади вкладають найбільші інвестиції в сучасні інформаційні технології в модернізацію технічного забезпечення, в підвищення якості надання медичних послуг відповідно до міжнародних стандартів якості, і готові інтегруватися більшою мірою в глобальний медичний простір.
5. Відсутність єдиного інформаційно-аналітичного забезпечення оцінювання результативності публічної політики охорони здоров'я та її впливу на розвиток національної економіки та структурних трансформацій в галузі, що її супроводжуються і пов'язані із адаптацією до європейських стандартів ведення медичної практики та процесами створення конкурентоспроможної мережі закладів охорони здоров'я шляхом кластеризації. показниками фінансової стійкості, кадрової спроможності та функціональної спроможності
6. Недостатня статистична база для оцінювання впливу процесів ноосферизації та цифровізації та розвиток вітчизняної системи охорони здоров'я. Не дивлячись на використання в національній системі статичного обліку та звітності експериментального та сателітного рахунків охорони здоров'я, інформація щодо інвестицій в новітні програмні засоби продовжує фіксуватися лише в бюджетних запитах Міністерства охорони здоров'я України в статті «Інші витрати закладів охорони здоров'я». Більше того інвестування в ІТ технології здійснюється медичними закладами на власний розсуд без належного державного супроводу даного процесу, без розробки цифрових стратегій розвитку медичних закладів та оцінювання процесів ефективності цифровізації на локальному рівні.
7. У використанні адміністративних важелів управління сферою охорони здоров'я спостерігаються певні інституційні асиметрії. Згідно діючого законодавства про охорону здоров'я акредитація є

добровільною для медичних закладів, однак у Ліцензійних умовах ведення медичної практики вона є обов'язковою. На нашу думку, і акредитація і ліцензування мають бути синергетичними обов'язковим інструментами контролю якості та дотримання стандартів надання медичних послуг.

8. Попри задекларовані підходи підтримки потенціалу здоров'я, програмну розвитку системи громадського здоров'я, розроблену МОЗ «модель тарілки здорового харчування», яка підтримує економічну складову превентивної моделі підтримки потенціалу здоров'я, реальні доходи населення не дозволяють забезпечити реалізацію даної моделі здорового способу життя на практиці.

9. Значне руйнування медичної інфраструктури, що потребуватиме додаткових капітальних вкладень на післявоєнне відновлення та відбудову.

10. Погіршення параметричних характеристик потенціалу здоров'я в умовах воєнного стану, збільшення рівня смертності та чисельності людей пенсійного віку.

11. Зловживання у використанні міжнародної гуманітарної допомоги медичної та військової. Відсутність уніфікованого обліку потреб та стану використання медичної гуманітарної допомоги породжує неправомірну поведінку.

12. Процеси кластеризація проходять за принципом оптимізації мережі лікарняних закладів і не передбачають прорахунку функціональної ефективності результатів об'єднання медичних закладів в госпітальну мережу.

Попри виклики воєнного стану, вітчизняна система охорони здоров'я низку чинників стимулюючого характеру.

По-перше, трансформація національних норм та стандартів ведення медичної практики, організації виробництва та обігу лікарських засобів та медичних препаратів до європейських норм та стандартів. Потреба покращення кадрового, фінансового, матеріально-технічного, фінансового,

інформаційного, комунікативного забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я, використання новітніх форм та методів управління закладами охорони здоров'я, міжсекторального співробітництва, моніторингу та оцінки діяльності закладів охорони здоров'я.

По-друге, зміна моделі фінансування закладів охорони здоров'я, «коли гроші ходять за пацієнтом», розвиток громадського здоров'я стимулюватиме міжсекторну співпрацю та стратегічне партнерство медичних установ та організацій з державою та бізнесовими колами. За 2022 рік більше половини договорів державно-приватного партнерства в Україні були укладені саме в сфері охорони здоров'я. Більше того, така співпраця відбувається не лише з вітчизняними суб'єктами господарювання, але й з зарубіжними партнерами. Слід зазначити, що МОЗ України спільно з ЄБРР, Європейською економічною комісією ООН, Світовим банком розробили профілі медичним закладам України, які найбільшою мірою потребуватимуть залучення ресурсів приватних інвесторів для відновлення закладів.

По-третє, це процеси цифровізації, які позиціонують інформаційні технології як фактор конкурентного зростання на національному та глобальному ринку медичних послуг та утворюють нову парадигму «цифрового здоров'я» для посилення валеологічних підходів в охороні здоров'я та особистої відповідальності населення за його стан. За інформацією міжнародного рейтингового агентства «Precedence Research» інвестування у ІТ у сфері охорони здоров'я у 2022 р. становили 320 млрд. доларів і до 2030 року зростуть у 2,7 рази, до 857,6 млрд. доларів [64]. КМУ у 2020 році затвердив «Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я, eHealth» [122]. Вона включає централізовану базу даних і децентралізовані медичні інформаційні системи. Загалом під eHealth розуміють «екосистему гармонійних та взаємоприйнятних інформаційних відносин усіх учасників медичного середовища держави, які базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи медичні

послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу та медичну освіту, знання та дослідження» [122].

Для того, щоб цифрові технології запроваджувалися активніше в роботу закладів охорони здоров'я необхідно моніторити якість використання цифрових сервісів, стимулювати збільшення інвестицій закладами охорони здоров'я в модернізацію цифрових технологій. Нині цифрові технології – це «інтернет речей, роботизація, кібербезпека, штучний інтелект, 3D-друк людських органів, хмарні сервіси, біометричні технології, квантові технології, блокчейн-технології, інтернет-речей» [95]. Поки-що цифрові технології закладами охорони здоров'я використовуються для нагромадження медичної інформації, фінансової звітності та підтримки клінічних рішень. Однак саме медичні послуги через інструменти телемедицини можуть вирішити проблему доступності медичної допомоги для жителів віддалених громад, а там, де погане інтернет-покриття має бути відпрацьована модель мобільних послуг [100, с.5].

По-четверте, можливість співпраці з міжнародними організаціями (ВВОЗ, ООН), глобальними партнерством у сфері вирішення завдань охорони здоров'я, надання гуманітарної допомоги та реалізації міжнародних проєктних ініціатив. Наприклад ВООЗ за 2022-2023 роки надала 692 медичним закладам України 1,374 тон гуманітарної допомоги на суму понад 36 млн дол. США [95]. Відповідно до підписаної угоди про співпрацю між ЄС та Україною в рамках проєкту «3EU4Health», Європейська комісія схвалила участь України у 9-х проєктах на суму 4,6 млн. євро [159] підтримки здоров'я, інтеграції в міжнародний медичний цифровий простір, покращення глобального здоров'я, підвищення адаптивності до транскордонних загроз здоров'ю тощо.

По-п'яте, використання квазіфіскальних інструментів державної підтримки сфери охорони здоров'я шляхом поєднання державного цільового програмування та бюджетування через «Державну бюджетну програму реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення» на відповідний бюджетний період для забезпечення якісних та доступних

медичних послуг населенню, однак 17% населення України (Миколаївська область 31%) [92] до війни за даними індексу здоров'я змушені була відмовлятися від стаціонарної допомоги через відсутність необхідних коштів на лікування.

Врахування даних чинників в управління сферою охорони здоров'я сприятиме покращенню якості надання медичних послуг, адаптації до європейських норм та стандартів ведення медичної практики при збереженні кращого національного досвіду і успішної медичної практики, посилить конкурентоспроможність закладів охорони здоров'я на національному та глобальному ринку медичних послуг.

Висновки до розділу 2

Результати проведеного дослідження у розділі 2 дисертаційного дослідження дозволили зробити висновки щодо стану системи охорони здоров'я та механізмів управління нею в процесі реалізації публічної політики

1. Організаційно-методичний супровід моніторингу стану здоров'я, результати якого мають створювати інформаційно-аналітичне підґрунтя для вироблення та реалізації рішень у сфері реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я, повинен включати розрахунок показників біологічного, популяційного здоров'я; демографічних показників; рівня захворюваності; показників цифрової мапи здоров'я та профілів здоров'я, в основі яких ступінь задоволення населення станом здоров'я, якість надання медичних послуг, індекс здоров'я.

2. Проведений моніторинг даних показників дозволив виявити негативну динаміку зниження коефіцієнту народжуваності та найвище значення у світі показників смертності, основними причинами якої є онкологічні захворювання та зовнішні причини (повномасштабна збройна агресія), незадоволеність практично половини населення України станом власного здоров'я.

Аналіз показників за цифровою мапою («стан здоров'я населення; індикатори здоров'я, що пов'язані з поведінковими факторами ризику; стан організації системи охорони здоров'я; результативність, доступність медичних послуг, стійкість системи охорони здоров'я» [25]) дозволив виокремити 5 кластерів областей України, серед яких сформувався кластер з областей (Тернопільська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Сумська, Чернівецька області) з відносно високими показниками здоров'я, що вимагатиме в подальшому напрацювання дієвих організаційно-економічних важелів публічної політики по підтримці та примноженню даного потенціалу здоров'я.

3. Для зменшення ризиків для здоров'я і на виконання вимог інтеграції України до ЄС у сфері охорони здоров'я в Україні в реалізації публічної політики акцент почав ставитися на просвітницькій складовій, міжсекторній співпраці у подоланні негативного впливу ризикових факторів на стан здоров'я, проведенні профілактичних заходів, посиленні рекреаційної складової у покращенні параметричних характеристик здоров'я. Ці заходи знайшли своє відображення в стратегічних документах підтримки оздоровчої рухової активності (створення велохабів), боротьби з неінфекційними захворюваннями, реалізації моделі здорового харчування, розвитку цифрової моделі охорони здоров'я. Однак їх використання не створило належних передумов для повноцінного розширеного відтворення населення та підтримки фізіологічного стану здоров'я з позицій превентивної складової.

4. Аналіз реалізації публічної політики через організаційно-економічний механізм показав: недостатню результативність використання програмно-планового інструментарію через зменшення державного фінансування цільових програм, порушення механізму планового фінансування, відсутність механізму відстеження ефективності та результативності їх виконання, відсутність механізму публічної звітності та громадського контролю, крім використання квазі-інструментів, що поєднують елементи бюджетування і програмування (програми медичних гарантій та

реімбурсації лікарських засобів); забезпечення державою гарантованої якості надання медичних послуг за допомогою: ліцензування, акредитації й сертифікації медичних закладів, контролю якості надання медичних послуг відповідно до стандартів ISO 9001; проведення процедур клінічного аудиту та стандартами ISO та JCI; зменшення фінансування за програмою медичних гарантій; виділення коштів на пакети медичної допомоги на тимчасово-окупованих територіях; скорочення капітальних трансфертів, видатків на соціальне забезпечення, на наукові дослідження та розробки в рамках реалізації державних та регіональних цільових програм; використання кластеризації для формування конкурентоспроможної мережі закладів охорони здоров'я на регіональному рівні.

5. Для оцінювання результативності публічної політики в сфері охорони здоров'я пропонуємо розрахунок інтегрального показника результативності, що визначається за моделлю середньо-геометричного зважування інтегральних індексів, що відображають управлінську ефективність (витрати на управління), ноосферизацію (витрати на науково-дослідні розробки та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я), інноватизацію (залучення інвестицій для реалізації інноваційних проєктів), цифровізацію (витрати закладів охорони здоров'я на програмне забезпечення). По суті дані показник відображають результативність реалізації задекларованих векторів «Стратегії модернізації системи охорони здоров'я України до 2030 року».

Проведені розрахунки даного показника показали позитивну динаміку інтегрального показника та показників, що вказують на функціональну ефективність публічної політики, її ноосферизацію, технологічне оновлення, збільшення інвестицій, однак з позицій показників здоров'я є негативна зростаюча динаміка.

Кореляційна залежність розрахованого інтегрального показника результативності публічної політики з основними макроекономічними показниками, що характеризують створення ВВП на душу населення, продуктивністю праці, чисельністю зайнятих у віці від 15 до 70 років, є

свідченням недостатнього результативного впливу публічної політики охорони здоров'я на показники макроекономічної активності та збалансованого розвитку національної економіки.

б.Характеризуючи вцілому результативність реалізації публічної політики в роботі було виявлено наступні стримуючі чинники: погіршення параметричних характеристик потенціалу здоров'я; недостатню статистичну базу для оцінювання впливу процесів ноосферизації та цифровізації та розвиток вітчизняної системи охорони здоров'я; найнижчі в ЄС витрати на охорону здоров'я, не дивлячись на їх постійне зростання; низьку питому вагу приватних медичних закладів, які нині найбільшою мірою інвестують в модернізацію технічного забезпечення та підвищення якості надання медичних послуг; значне руйнування медичної інфраструктури, що потребуватиме додаткових капітальних вкладень на післявоєнне відновлення та відбудову; відсутність уніфікованого обліку потреб та стану використання медичної гуманітарної допомоги породжує неправомірну поведінку; процеси кластеризація проходять за принципом оптимізації мережі лікарняних закладів і не передбачають прорахунку функціональної ефективності результатів об'єднання медичних закладів в госпітальну мережу.

Попри виклики воєнного стану, вітчизняна система охорони здоров'я низку чинників стимулюючого характеру, серед яких: трансформація національних норм та стандартів ведення медичної практики до європейських норм та стандартів, зміна моделі фінансування закладів охорони здоров'я, позиціонування інформаційних технологій як фактору конкурентного зростання; можливість співпраці з міжнародними організаціями, глобальними партнерствами у сфері вирішення завдань охорони здоров'я, використання квазіфіскальних інструментів державної підтримки сфери охорони здоров'я.

Результати дослідження знайшли своє відображення в таких працях автора: [57, 58, 59, 61, 63, 65, 66, 67, 68, 69,150, 151].

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ

3.1. Доктрина модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я

Протягом останніх років спостерігається концентрація уваги на необхідності розробки та впровадження доктрин в різних галузях та сферах національної економіки. Практика доводить, що найбільш ефективним є впровадження доктринального підходу в управління процесами суспільного життя, діяльності органів державної та муніципальної влади. У зв'язку із цим пропонуємо покласти в основу модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я відповідну доктрину.

Доктрина модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я – це концептуальний документ, який повинен мати: 1) теоретичну основу – постулати, загальні закономірності, опис ідеалізованої сфери охорони здоров'я; 2) емпіричну основу, яка включає в себе множини фіксованих фактів, які потребують теоретичного обґрунтування; 3) логічну основу, що містить логічні пояснення та докази; 4) аргументовану основу, яка пов'язує твердження та міркування з доказами, тобто забезпечує супровід висновків розгорнутою аргументацією та міркуваннями; 5) образ, ідеальну модель управлінських процесів; 6) основу для класифікації інтерпретаційних схем і моделей.

Забезпечення інтерпретаційної ґрунтовності доктрини модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я повинно відбуватися на основі наступних принципів: 1) системності доктрини, тобто можливості її інтерпретації в системі з іншими структурними елементами; 2) проектності доктрини, тобто забезпеченості активізації її потенціалу, орієнтованого на соціальні зміни, стратегіями, програмами та технологіями; 3) суб'єктності доктрини, тобто потенціалу легітимних та дискреційних повноважень

суб'єкта, який інтерпретує та представляє доктрину як проект; 4) контекстності доктрини, тобто інтерпретація її в культурному та нормативному контексті.

Доктрина повинна володіти гнучкістю процесуального та дискурсного характеру, які посилюють її континуальність, тобто нерозривну єдність з попередніми та наступними формами інтерпретації. На відміну від нормативно-правових актів, вона формує середовище для їх прийняття, використання та інтерпретації. Доктрина вловлює виникнення та артикуляцію проблем, відзначає зростання її значення для суспільства та економіки, а у визначені степені і констатує проблему. Але для того, щоб доктрина стала основою для управління необхідна здатність спрямовувати дії відповідальних за це управління осіб, мобілізувати управлінців, а також громадян, на реалізацію проектів модернізації. А це означає, що вона повинна володіти не лише мобілізаційною, але й юридичною силою.

В основу доктрини модернізації публічного управління в сфері охорони здоров'я покладено саме процес модернізації, оскільки вона передбачає «оновлення, осучаснення, проте не всієї системи, а лише її окремих елементів» [17]. Під процесом модернізації публічного управління в сфері охорони здоров'я ми пропонуємо розуміти процес оновлення, осучаснення та адаптації окремих елементів системи публічного управління в сфері охорони здоров'я. До елементів, які можуть підпадати під модернізацію, відносимо: інституційне забезпечення, ресурсне (фінансове, матеріально-технічне, кадрове, інформаційне) забезпечення, організаційно-економічний механізм, форми, методи, важелі та інструменти публічного управління в сфері охорони здоров'я.

Аналіз, проведений у другому розділі дисертаційної роботи, виявив унікальність та винятковість публічної політики в сфері охорони здоров'я України. Тому цілі та методи її модернізації повинні відповідати її потребам та мобілізувати її можливості, враховувати сучасні світові тенденції та вітчизняні реалії. В табл. 3.1 наведені перелік та характеристика основних

елементів доктрини модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я України.

Таблиця 3.1

Основні елементи доктрини модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я України

Елементи модернізації	Загальна характеристика
1	2
Сутність модернізації	Ефективна модернізація публічної політики в сфері охорони здоров'я – це процес її комплексного перетворення як єдиного цілого. Основне призначення такої модернізації полягає у: вирішенні внутрішніх проблем, невирішеність яких загрожує її дієздатності та перетворенні публічної політики в сфері охорони здоров'я та ефективний елемент загальної публічної політики країни як в соціально-інституційному, так і в організаційно-економічному контексті.
Об'єкт модернізації	Інституційна основа та організаційно-економічний механізм публічної політики в сфері охорони здоров'я.
Суб'єкт модернізації	Ідейним натхненником, ініціатором та координатором модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України та інші центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування.
Загальна спрямованість інституційних перетворень	Модернізація публічної політики в сфері охорони здоров'я повинна бути спрямована на покращення здоров'я громадян, підвищення якості та доступності медичних послуг, підвищення рівня та якості їхнього життя.
Форма модернізації	Форми модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я можуть бути кардинально різними: від примусових до демократичних. При цьому на початкових етапах модернізації вони, як правило, носять примусовий, переважно репресивний характер по відношенню до населення, яке її не підтримує. Тим не менш основна частина населення підтримує модернізацію та очікує від неї покращення свого становища. За таких умов модернізація має всі шанси привести до конструктивних результатів.
Ресурси модернізації	Основним ресурсами модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я є: фінансові, людські, інвестиційні, інноваційні, матеріально-технічні ресурси.
Методи проведення модернізаційних перетворень	Методи проведення модернізаційних перетворень досить широкі та різноманітні. Найбільш ефективними вважаються методи еволюційно-ліберального характеру. Але водночас для глибокої реорганізації системи охорони здоров'я можуть використовуватись методи державного регулювання та планування.
Соціальна база модернізації	В модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я повинна приймати участь вся мережа лікувально-діагностичних та лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, а також всі верстви населення. Якщо модернізація не залучає додаткові верстви населення, то вона є або малоефективною, або цілком провальною.

Продовження табл. 3.1

1	2
Участь держави в проведенні модернізації	Держава повинна виступати організаційною основою успішної модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Значення координуючої ролі держави може зменшуватись в період зниження темпів модернізаційних перетворень або повного завершення модернізації.
Додаткові учасники модернізації	Окрім держави, учасниками модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я є інститути громадянського суспільства: громадські, релігійні, благодійні організації, професійні спілки та їх об'єднання, асоціації, організації роботодавців тощо.

Примітка: систематизовано автором.

Для формування доктрини модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я важливо дотримуватись наступних принципів: 1) принципу комплексності реформ, який включає в себе реформування всіх публічних інститутів, задіяних в сфері охорони здоров'я; 2) чітка послідовність модернізаційних перетворень, яка полягає у першочерговому проведенні реформування інституційного середовища, а лише потім – організаційно-економічного механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я; 3) принципу жорсткого, цілеспрямованого, обмеженого в часі реформування публічних інститутів на основі ліберально-демократичних методів; 4) принцип опори на активну, освічену, зацікавлену та віддану меншість, але з врахуванням інтересів більшості; 5) принцип створення умов для збільшення активності більшої кількості інститутів громадянського суспільства; 6) принцип максимального зниження непродуктивного навантаження на систему охорони здоров'я; 7) принцип активної участі держави у проведенні модернізації, її просування та захисті інтересів від внутрішніх та зовнішніх дестабілізуючих чинників.

Використання даних принципів в процесі розробки доктрини модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я закладає концептуальну основу управління цією модернізацією. Так, в структурі системи управління модернізацією публічної політики в сфері охорони здоров'я виділяють два основні процеси та чотири елементи. До основних

процесів модернізації відносять: планування модернізації та організацію управління модернізацією, тобто її безпосередню реалізацію. До основних елементів належать: система цілей модернізації, система модернізації економічних підсистем, система модернізації публічних інститутів та система інструментів модернізації (рис. 3.1).

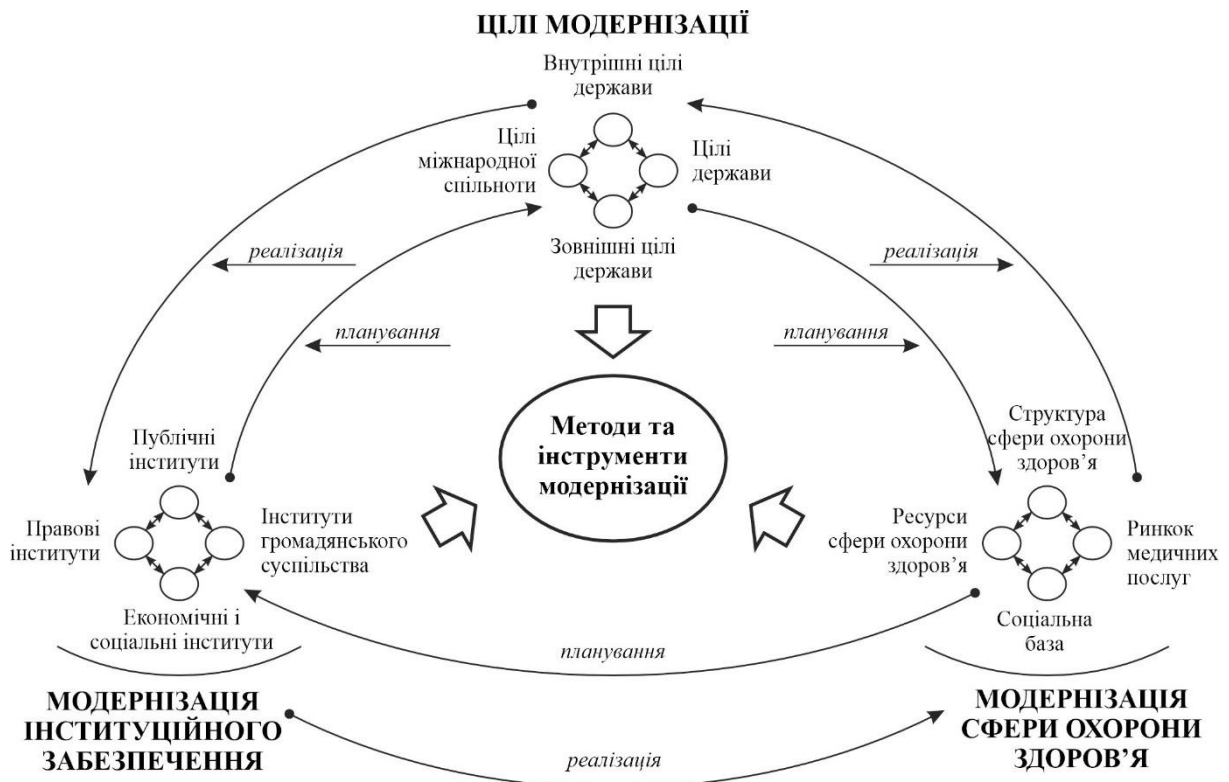


Рис. 3.1. Концептуальні основи системи управління модернізацією публічної політики в сфері охорони здоров'я

Примітка: розроблено автором.

В основі будь-якої діяльності, в тому числі і модернізації, завжди лежать певна мета та цілі. Основною метою модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я пропонуємо вважати удосконалення системи її вироблення та реалізації з метою підвищення її ефективності та адаптації до сучасних викликів та потреб. Основними цілями модернізації при цьому мають бути: 1) адаптація до наднаціональної політики ЄС в сфері охорони здоров'я; 2) запровадження міжнародних стандартів лікування; 3) побудова ефективної системи інституційного забезпечення; 4) побудова ефективної системи ресурсного забезпечення; 5) удосконалення організаційно-економічного

механізму; б) адаптація до сучасних викликів та загроз, зокрема наслідків війни, пандемії, старіння населення та цифровізації (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Пропонована система цілей модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я

Цілі 1-го порядку	Цілі 2-го порядку
1. Адаптація національної публічної політики до європейської політики в сфері охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – покращення громадського здоров'я; – удосконалення публічної політики у фармацевтичній галузі; – удосконалення системи надання медичних послуг; – підвищення якості медичної освіти;
2. Запровадження міжнародних стандартів	<ul style="list-style-type: none"> – стимулювання закладів охорони здоров'я до впровадження міжнародних стандартів якості ISO 9001:2008 та золотого стандарту JCI;
3. Побудова ефективної системи інституційного забезпечення	<ul style="list-style-type: none"> – удосконалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я; – розробка та впровадження Концепції розвитку фармацевтичної галузі України на період 2024-2028 рр.; – розробка та ухвалення Закону України «Про лікарське самоврядування»; – розробка та ухвалення Закону України «Про професійне ліцензування медичних працівників»;
4. Побудова ефективної системи ресурсного забезпечення	<ul style="list-style-type: none"> – запровадження страхової медицини; – стимулювання розвитку проектної діяльності закладів охорони здоров'я; – стимулювання розвитку аутсорсінгу в сфері охорони здоров'я; – забезпечення розвитку та збереження медичних кадрів; – розвиток е-медицини, м-медицини та s-медицини;
5. Удосконалення організаційно-економічного механізму	<ul style="list-style-type: none"> – запровадження професійного самоврядування в систему публічного управління сферою охорони здоров'я; – запровадження персоналізованої, прогнозованої, профілактичної, партисипативної та психокогнітивної медицини; – розвиток конкуренції на ринку медичних послуг; – запровадження інклюзивного підходу в процес надання медичних послуг; – запровадження нових форм обслуговування пацієнтів; – розвиток партнерства в сфері охорони здоров'я; – розвиток медичного туризму;
6. Адаптація до сучасних викликів та загроз	<ul style="list-style-type: none"> – створення безпечного та безбар'єрного середовища в закладах охорони здоров'я; – стимулювання розвитку реабілітаційного напрямку охорони здоров'я; – відпрацювання механізмів надання медичних послуг та медичної допомоги в умовах війни, та пандемії.

Примітка: розроблено автором.

У проєкті Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [124], фіналізованому і погодженому членами Міжсекторальної робочої групи з питань її розробки визначено п'ять тематичних напрямків розвитку системи охорони здоров'я: 1) розвиток врядування в сфері охорони здоров'я; 2) забезпечення універсального охоплення послугами охорони здоров'я; 3) покращення громадського здоров'я, забезпечення готовності та реагування на надзвичайні ситуації; 4) збільшення залученості людей та громад в систему охорони здоров'я; 5) розвиток кадрових ресурсів системи охорони здоров'я [124].

Після отримання незалежності Україна проголосила євроінтеграцію пріоритетним вектором своєї зовнішньої політики, а 7 лютого 2019 року закріпила цей вектор у Конституції України шляхом ухвалення Закону України «Про внесення змін до Конституції України (щодо стратегічного курсу держави на здобуття повноправного членства України в Європейському Союзі та Організації Північноатлантичного договору» [111]. З набуттям Україною 17 червня 2022 року статусу кандидата на вступ до ЄС, необхідність адаптації до вимог ЄС набула особливої важливості. І хоча основні умови вступу України до ЄС зосереджені на подоланні корупції та реформі судової системи, адаптація до наднаціональної політики в сфері охорони здоров'я не менш важлива.

В розділі 22 (статті 426-428) Угоди про асоціацію між ЄС та його державами-членами, з одного боку, та Україною, з іншого боку [130], зафіксовано напрямки співпраці між ЄС та Україною в сфері охорони здоров'я: 1) стратегічною метою співпраці у сфері охорони здоров'я є підвищення рівня безпеки громадського здоров'я та удосконалення системи захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку й економічного зростання; 2) співпраця з ЄС покликана сприяти зміцненню системи охорони здоров'я та її потенціалу в Україні, зокрема шляхом проведення відповідних реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги, боротьби з інфекційними та неінфекційними захворюваннями, такими як

ВІЛ/СНІД та туберкульоз [130].

В рамках вищезгаданих документів адаптація національної публічної політики до європейської наднаціональної політики в сфері охорони здоров'я слід зосередити на наступних пріоритетних сферах: громадському здоров'ї, фармацевтичній галузі, медичних послугах, медичній освіті, імплементації концепцій е-медицини, м-медицини, «розумного» здоров'я та «єдиного» здоров'я (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Напрямки адаптації національної публічної політики до європейської наднаціональної політики в сфері охорони здоров'я

Примітка: розроблено автором.

Концепція е-медицини (англ. *e-health*) – це концепція, в основі якої лежить використання електронних інформаційних ресурсів у сфері охорони здоров'я та забезпечення оперативного доступу до них як медичних працівників, так і пацієнтів. Дана концепція включає в себе широкий спектр елементів: електронні медичні картки, електронні рецепти, телемедицину, електронні технології інформування населення, віртуальні медичні бригади, мобільну медицину, медичні інформаційні системи, розробці індивідуального раціону харчування за допомогою сучасних інформаційно-комунікативних технологій тощо.

В Україні розроблено та схвалено Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я [44], основною метою якої є «формування політичних,

правових, організаційних, технологічних та ідеологічних умов та засад розвитку е-здоров'я в Україні, що сприятиме підвищенню якості та доступності медичних послуг, розширенню прав і можливостей пацієнтів, забезпеченню їх безперервної медичної допомоги та безпеки, підвищенню ефективності управління та використання ресурсів, високому рівню поінформованості населення щодо питань здорового способу життя, профілактики захворювань та отримання медичної допомоги» [44].

Для досягнення мети Концепції обґрунтовано необхідність здійснення комплексних заходів за такими напрямками, як: удосконалення нормативно-правового забезпечення розвитку е-здоров'я; підвищення ефективності організаційно-управлінського та технічного забезпечення розвитку е-здоров'я; удосконалення ресурсного забезпечення розвитку е-здоров'я; підвищення механізмів забезпечення якості, безпечності та доступності е-здоров'я [44].

Зважаючи на ґрунтовність та системність даної Концепції вважаємо за необхідне доповнити її напрямками такими: розвиток m-здоров'я та m-медицини; розвиток інтернету-речей та розробка відповідних технологій; розвиток штучного інтелекту; впровадження «розумного» підходу до управління в сфері охорони здоров'я.

Термін «мобільна медицина» («m-медицина») (англ. *mobile health, m-health*) ввів в науковий обіг у 2003 році англійський професор Р. Істепаніян (англ. *Robert Istepanian*). Концепція «m-медицини» ґрунтується на використанні мобільних пристроїв і бездротових технологій для надання медичних послуг та медичної допомоги, а також забезпечення здорового способу життя. Сегмент m-медицини поділяється на: медичний напрямок (англ. *Med*) (коли за допомогою спеціальних пристроїв та програм відбувається взаємодія між лікарем і пацієнтом) та фітнес-напрямок (англ. *Fit*) (коли людина самостійно моніторить показники свого здоров'я за допомогою спеціальних гаджетів та додатків).

Основним елементом m-медицини є портативні розумні пристарої (англ.

Wearable Medical Devices) – невеликі гаджети, які за допомогою сенсорних датчиків збирають інформацію про стан здоров'я людини, яка вдягнула їх на тіло. Найпоширенішим прикладом портативних розумних пристроїв є розумні годинники та фітнес-браслети, які вимірюють артеріальний тиск, аналізують фізичне навантаження, визначають рівень стресу, насичення крові киснем тощо. Такі пристрої можуть надсилати інформацію про здоров'я користувача лікарю або іншому медичному працівнику в режимі реального часу, а також містити функцію виклику швидкої.

Розвиток м-медицини забезпечить: 1) розширення доступу до медичних послуг, медичної допомоги та медичної інформації з питань здоров'я; 2) підвищення можливостей діагностики, моніторингу та своєчасного відстеження захворювань; 3) надання корисної інформації системи охорони здоров'я; 4) розширення доступу до медичної освіти та професійної підготовки медичних працівників тощо.

Розвиток м-медицини повинен супроводжуватися розвитком Інтернету медичних речей (англ. *IoMT, Health IoT*), який є інфраструктурою розумних пристроїв, програмного забезпечення та окремих смарт-послуг в сфері охорони здоров'я. Інтернет медичних речей удосконалює та розвиває галузь охорони здоров'я, допомагає надавати допомогу дистанційно, збирати більше інформації про пацієнта. Умовно всі пристрої та рішення Інтернету медичних речей можна розділити на два типи: призначені для лікарень та фахівців, які в них працюють, та орієнтовані звичайного користувача, тобто на пацієнта.

Смарт-пристрої (наприклад, розумні гаджети, датчики, вимірювачі серцевого ритму) збирають та обробляють дані, такі як загальні показники здоров'я, алергічні реакції, результати аналізів тощо. Вони допомагають медичному персоналу оперативно формувати персональну статистику пацієнтів, їхні медичні картки. При цьому лікарі можуть отримувати і використовувати інформацію із підключених до Інтернету медичних речей медичних пристроїв, щоб ефективніше лікувати пацієнтів, надавати їм своєчасний та відповідний догляд, а також запобігати загостренню хронічних

захворювань.

До основних переваг використання розумних гаджетів та смарт-рішень в сфері охорони здоров'я належать: підвищення мобільності працівників лікарні, продуктивності їхньої роботи; прискорення обробки даних пацієнта; зниження ризику виникнення помилки через людський фактор; зменшення витрат на лікування тощо.

Концепція «розумного здоров'я» (англ. *smart health, s-health*) має два основних варіанта походження та трактування. Відповідно до першого варіанту, концепція «розумного здоров'я» є частиною концепції «розумна планета» (англ. *smart planet*), запропонованої ІВМ у 2009 році, в основу якої покладено інтелектуальну інфраструктуру, що використовує датчики для отримання інформації, передає цю інформацію через Інтернет речей (IoT) і обробляє її за допомогою суперкомп'ютерів і хмарних обчислень. Відповідно до другого варіанту, концепція «розумного здоров'я» є одним із напрямків е-медицини та елементом концепції «розумного міста» [155].

Авторами концепції «розумного здоров'я» вважаються А. Соланас (англ. *A. Solanas*), К. Пацакіс (англ. *C. Patsakis*), М. Конті (англ. *M. Conti*) та інші, які запропонували нову парадигму здоров'я в контексті «розумних» міст [156]. Вони розглядають концепцію «розумного здоров'я» як підклас концепції «електронного здоров'я», оскільки вона заснована на використанні інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) та технологій мобільному медицини. Проте концепція концепцію «розумного здоров'я» відрізняється від мобільної медицини тим, що інфраструктура сфери охорони здоров'я «розумного» міста не обов'язково мобільна, і в більшості випадків вона буде статичною.

Імплементація концепції «розумного здоров'я» у вітчизняну систему охорони здоров'я має ґрунтуватись на використанні сучасних медичних інформаційних технологій (мобільних пристроїв для моніторингу стану здоров'я, інтернету речей та мобільного інтернету) для забезпечення доступу до інформації, об'єднання людей, пристроїв та медичних установ з метою

управління та розумного реагування на потреби медичної екосистеми.

Концепція «єдине здоров'я» (англ. *one health*) – це міждисциплінарний підхід, який працює на всіх етапах вироблення та реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я, в рамках якого здоров'я та благополуччя населення розглядається з точки зору взаємозв'язку людей, тварин, рослин та їх спільного навколишнього середовища. Ця концепція не нова, але протягом останніх років вона набуває особливої актуальності через збільшення частоти та складності загроз, що пов'язують здоров'я людей, тварин, рослин та навколишнього середовища.

Імплементация концепції «єдине здоров'я» у вітчизняну публічну політику в сфері охорони здоров'я повинна відбуватись шляхом: 1) використання потенціалу концепції для удосконалення вітчизняної системи охорони здоров'я; 2) зменшення ризиків від зоонотичних епідемій та пандемій, які вперше виникли або відбулись повторно; 3) контроль та ліквідація зоонотичних епідемій та пандемій, виникнення яких спричинили рідкісні тропічні захворювання; 4) удосконалення системи оцінки, моніторингу, управління та комунікації для виявлення ризиків, пов'язаних із харчовими продуктами; 5) вироблення механізмів контролю за надмірним та неправильним використанням протимікробних препаратів, яке може призвести до появи стійких бактерій, які не реагують на лікування антибіотиками; 6) інтеграція навколишнього середовища в систему єдиного здоров'я (рис. 3.3).

Для удосконалення публічної політики у фармацевтичній галузі та її інституційного забезпечення необхідно розробити та ухвалити Концепцію розвитку фармацевтичної галузі України на період 2024-2028 роки, основною метою якої має стати забезпечення належного рівня якості та ефективності фармакотерапії, сприяння покращенню здоров'я, збільшенню тривалості та якості життя усього населення України. Реалізація концепції повинна здійснюватися за такими основними напрямками: 1) імплементация міжнародних стандартів якості лікарських засобів і товарів медичного

призначення; 2) розробка та впровадження заходів запобігання реалізації фальсифікованих, неякісних та незареєстрованих лікарських засобів та товарів медичного призначення; 3) розробка та практична реалізація заходів в сфері захисту внутрішнього фармацевтичного ринку від недобросовісної конкуренції; 4) впровадження цифрових технологій забезпечення обігу лікарських засобів та товарів медичного призначення тощо.

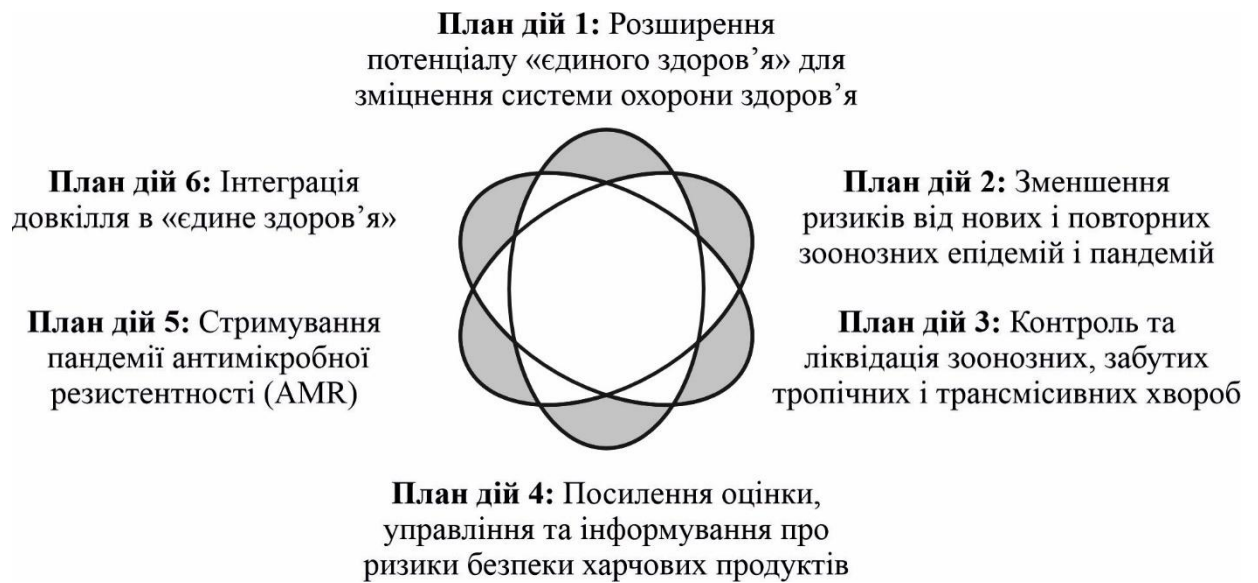


Рис. 3.3. Напрямки імплементації концепції «Єдине здоров'я» у вітчизняну публічну політику в сфері охорони здоров'я

Примітка: адаптовано автором на основі [167].

Для підвищення якості та доступності медичних послуг в процес розробці та реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я слід впровадити інклюзивних підхід [137, с. 19], який заснований на концепції медичної допомоги, орієнтованої на громадянина (англ. *Citizen-Centred Health Care*), відповідно до якої кожна людина може отримати повний обсяг медичної допомоги та медичних послуг за допомогою цифрових технологій незалежно від місця, в якому вона знаходиться.

Модернізація системи медичної освіти повинна ґрунтуватися на імплементації інноваційних технологій навчання, таких як: штучний інтелект, віртуальна та доповнена реальність. Для інноватизації освітнього процесу у вітчизняних медичних закладах слід створити умови для вивчення студентами

будови тіла за допомогою віртуальної реальності, яка дозволяє до найдрібніших деталей проаналізувати людське тіло, починаючи зі скелета, нервової системи, м'язів тощо. Таке навчання створить унікальні можливості та підвищить якість знань майбутніх лікарів. Лікарі хірургічних спеціальностей зможуть відпрацьовувати практичні навички операцій та/або маніпуляцій без ризику вчинення помилок; лікарі-психіатри – зможуть зрозуміти внутрішній світ пацієнтів із порушеннями психіки; студенти медичних закладів освіти – навчитися виконувати елементарні лікарські процедури.

Другий напрямком модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я полягає у запровадженні міжнародних стандартів, зокрема провідної системи стандартизації у сфері безпеки та якості діяльності медичних закладів Спільної міжнародної комісії (англ. *Joint Commission International, JCI*). Зазначені стандарти розроблені міжнародними експертами та вперше опубліковані у 2000 році. Вони встановлюють єдині вимоги до діяльності закладів охорони здоров'я різного профілю. Стандарти JCI акредитовані міжнародною організацією якості в сфері охорони здоров'я (англ. *International Society for Quality in Health Care*) та Всесвітньою організацією охорони здоров'я (англ. *World Health Organization*).

Стандарти JCI є спеціалізованими стандартами якості медичної діяльності. Їх впровадження передбачає досить високий рівень розвитку та культури роботи закладів охорони здоров'я. Якщо порівняти ці стандарти із іншими стандартами системи якості (ISO 9001, EFQM та премії з якості), то стандарти JCI є найскладнішими (рис. 3.4).

Стандарти JCI включають різноманітні напрямки та види діяльності закладів охорони здоров'я. Вони виступають базою для забезпечення якості медичного обслуговування і підвищення рівня задоволеності пацієнтів. Запровадження стандартів JCI у вітчизняну систему охорони здоров'я дозволить підвищити культурний рівень медичних закладів, знизити ризики як для пацієнтів, так і для медичних працівників, а також підвищити якість та

безпеку медичного обслуговування.



Рис. 3.4. Ієрархія стандартів якості в діяльності закладів охорони здоров'я

Примітка: наведено за [147]

Зазначені стандарти включають: 1) стандарт акредитації JCI для поліклінік; 2) стандарт акредитації JCI для стаціонарів; 3) стандарт акредитації JCI для надання медичної допомоги вдома; 4) стандарт акредитації JCI центрів надання первинної медичної допомоги; 5) стандарт акредитації JCI для медичних лабораторій; 6) стандарт акредитації JCI для послуг транспортування пацієнтів; 7) стандарт акредитації JCI для довгострокової медичної допомоги; 8) стандарт акредитації JCI для сертифікації програм медичної допомоги (табл. 3.3).

Акредитація за стандартами JCI сприяє підвищенню культури обслуговування в закладах охорони здоров'я, створює безпечні умови надання медичних послуг пацієнтам і суттєво підвищує якість медичного обслуговування. Окрім цього, акредитація закладів охорони здоров'я за стандартами JCI засвідчує їх відповідність міжнародним стандартам медичного обслуговування.

Таблиця 3.3

Види стандартів JCI, їх зміст та напрямки використання

Види стандартів JCI	Зміст та напрямки використання
1	2
Стандарт акредитації JCI для поліклінік	Цей стандарт визначає вимоги до організації роботи закладів охорони здоров'я, які надають амбулаторну медичну допомогу. Також він може використовуватись і медичними організаціями, які надають окремі види медичних послуг амбулаторно: стоматологічні, хірургічні, діагностичні, діаліз, амбулаторне лікування хронічних захворювань та інші.
Стандарт акредитації JCI для стаціонарів	Цей стандарт визначає вимоги до лікарень та стаціонарів. Також цей стандарт може використовуватись і стаціонарами, які є структурними підрозділами медичних закладів освіти.
Стандарт акредитації JCI для надання медичної допомоги вдома	Даний стандарт визначає вимоги до закладів охорони здоров'я, які надають медичні послуги та медичну допомогу на дому, в тому числі і по догляду за пацієнтами похилого віку. Також цим стандартом встановлюються вимоги до комплексного медичного обслуговування на дому, соціальної адаптації пацієнтів, реабілітації, функційної незалежності тощо.
Стандарт акредитації JCI центрів надання первинної медичної допомоги	Вимоги цього стандарту поширюються на заклади охорони здоров'я, які надають первинну амбулаторно-поліклінічну допомогу екстрену, невідкладну та загально-профільну медичну допомогу.
Стандарт акредитації JCI для медичних лабораторій	Медичні лабораторії є важливою сферою медичної діяльності, яка також потребує жорстких правил та стандартів. Стандарт JCI для медичних лабораторій визначає вимоги, на основі яких пацієнтам можна гарантувати точність та достовірність результатів лабораторних досліджень і лабораторної діагностики.
Стандарт акредитації JCI для послуг транспортування пацієнтів	Цей стандарт призначений для медичних організацій та екстрених служб, які здійснюють транспортування пацієнтів та постраждалих. Вимоги стандарту JCI поширюються на випадки екстреного та планового транспортування всіма видами транспорту: автомобільним, повітряним, водним та залізничним.
Стандарт акредитації JCI для довгострокової медичної допомоги	Цей стандарт призначений для закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу пацієнтам, які потребують довготривалого догляду та лікування. До таких закладів належать: будинки для людей похилого віку, реабілітаційні центри, геріатричні центри, пансіонати для людей із хронічними захворюваннями.
Стандарт акредитації JCI для сертифікації програм медичної допомоги	За допомогою цього стандарту медичні організації можуть сертифікувати окремі програми медичної допомоги. До таких програм належать, наприклад, програми лікування хронічних захворювань.

Примітка: сформовано автором на основі [147].

Третій напрям модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я полягає у вдосконаленні її інституційної бази, яке повинно бути реалізоване шляхом: 1) доповнення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я

додатковими напрямками, зокрема розвитком m-здоров'я та m-медицини, розвитком Інтернету медичних речей та розробкою відповідних технологій, розвитком штучного інтелекту, впровадженням «розумного» підходу до публічного управління сферою охорони здоров'я; 2) розробки та впровадження Концепції розвитку фармацевтичної галузі України на період 2024-2028 рр.; 3) розробка та ухвалення Закону України «Про лікарське самоврядування» та Закону України «Про професійне ліцензування медичних працівників».

Четвертий напрямок модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я полягає у побудові ефективної системи ресурсного забезпечення, яка має здійснюватися на основі: 1) запровадження страхової медицини; 2) стимулювання розвитку проектної діяльності закладів охорони здоров'я; 3) стимулювання розвитку аутсорсінгу в сфері охорони здоров'я; 4) забезпечення розвитку та збереження медичних кадрів; 5) розвитку e-медицини, m-медицини та s-медицини.

П'ятий напрямок модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я передбачає удосконалення організаційно-економічного механізму, яке повинно здійснюватися шляхом: 1) запровадження професійного самоврядування в систему публічного управління сферою охорони здоров'я; 2) запровадження персоналізованої, прогнозованої, профілактичної, партисипативної та психокогнітивної медицини; 3) розвиток конкуренції на ринку медичних послуг; 4) запровадження інклюзивного підходу в процес надання медичних послуг; 5) запровадження нових форм обслуговування пацієнтів; 6) розвиток партнерства в сфері охорони здоров'я; 7) розвиток медичного туризму.

Протягом останніх років в науковій літературі, присвяченій вирішенню сучасних проблем в сфері охорони здоров'я населення, особливу актуальність набуває інклюзивний підхід до надання медичних послуг, який реалізується шляхом «забезпечення рівного своєчасного доступу до якісних медичних послуг всіх осіб, незалежно від їх віку, статі, стану здоров'я,

місцерозташування, національної приналежності, віросповідання тощо» [29, с. 19]. Досягнення інклюзивної орієнтації процесу надання медичних послуг повинно відбуватися шляхом впровадження пацієнтоорієнтовного підходу та розвитку е-медицини.

В процесі проведення медичної реформи вітчизняні заклади охорони здоров'я поступово перетворюються на комерційні структури з невід'ємними атрибутами підприємницької діяльності: конкуренцією, ціноутворенням, маркетинговими технологіями. Першочергової важливості в сучасних умовах набуває необхідність розбудови конкурентного середовища на ринку медичних послуг, під яким розуміють «сукупність ринкових чинників, які визначають функціонування (державних, комунальних, приватних закладів охорони здоров'я та фізичних осіб, які здійснюють приватну медичну практику) та споживачів медичних послуг (пацієнтів), а також їх взаємозв'язків в процесі конкуренції» [87, с. 111].

Для розбудови конкурентного середовища на ринку медичних послуг необхідно вжити ряд заходів, зокрема: 1) на рівні пацієнта: запровадити систему медичного страхування, розробити та впровадити ефективну систему контролю якості медичних послуг та медичної допомоги, побудувати дієву систему захисту прав пацієнтів; 2) на рівні лікарів: запровадити процедуру ліцензування лікарів, підвищити рівень стандартизації медичної практики, ліквідувати корупцію при прийнятті на роботу медичних працівників, розробка та запровадження норм професійної етики; 3) на рівні закладу охорони здоров'я: запровадження процедури акредитації медичних установ за міжнародними стандартами, створення умов для самофінансування та незалежної фінансової діяльності закладів охорони здоров'я, стимулювання публічної відкритості діяльності закладів охорони здоров'я [29, с. 189-190].

Українська сфера охорони здоров'я має великий потенціал в сфері медичного туризму, який дозволяє «отримувати медичні послуги на доступній основі за межами країни проживання потенційного споживача такої послуги з максимальною результативністю» [66, с. 19]. Перспективними напрямками

розвитку медичного туризму в межах української економіки вважаємо: «медичні послуги, що охоплюють: загальну хірургію, стоматологію, кардіохірургію, лікування безпліддя та офтальмологію, а також послуги сурогатного материнства, діагностики, реабілітації та оздоровлення» [66, с. 20].

Для стимулювання розвитку медичного туризму в Україні необхідно здійснити низку заходів, зокрема: 1) запровадження ліцензування діяльності в сфері медичного туризму; 2) розробка методики оцінки відповідності медичних та лікувально-профілактичних закладів вимогам медичного туризму; 3) підготовка фахівців в сфері організації діяльності з медичного туризму; 4) стимулювання інноваційної активності медичних та лікувально-профілактичних закладів; 5) розвиток інфраструктури медичного туризму тощо.

Шостий напрямок модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я передбачає адаптацію до сучасних викликів та загроз шляхом: 1) створення безпечного та безбар'єрного середовища в закладах охорони здоров'я; 2) стимулювання розвитку реабілітаційного напрямку охорони здоров'я; 3) відпрацювання механізмів надання медичних послуг та медичної допомоги в умовах війни, та пандемії.

Реалізація запропонованих заходів потребує значних фінансових ресурсів. У зв'язку із цим перспективним засобом реалізації запропонованих напрямків модернізації є налагодження та розвиток різних форм партнерства: державно-приватного, міжмуніципального та міжсекторного.

Аналіз світового досвіду використання державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я дозволив сформулювати найбільш перспективні напрямки його впровадження: управління активами закладів охорони здоров'я; розробка, апробація та виробництво лікарських засобів та товарів медичного призначення; створення організаційних передумов для забезпечення інклюзивного підходу до надання медичних послуг та використання медичного обладнання.

Налагодження міжмуніципального партнерства в сфері охорони здоров'я дозволить вирішити проблеми фінансового навантаження на місцеві бюджети. Організація діяльності закладів охорони здоров'я на засадах міжмуніципального партнерства сприятиме підвищенню спроможності територіальних громад, рівня інклюзивності медичних послуг та, як наслідок, соціально-економічному розвитку територіальних громад.

Важливе значення для модернізації публічної політики має міжсекторне партнерство, оскільки до цього процесу залучені представники різних галузей та секторів економіки: 1) ІТ-компанії, які розробляють інноваційні товари та програмне забезпечення для моніторингу за станом здоров'я населення; 2) промислові підприємства, які розробляють та виробляють товари медичного призначення; 3) фармацевтичні компанії, які розробляють, апробують та виробляють лікарські препарати; 4) заклади освіти, які займається підготовкою висококваліфікованих медичних працівників, готових працювати в умовах діджиталізації; 5) наукові установи, які займаються науковими розробками та інноваціями в сфері охорони здоров'я тощо.

Для зменшення фінансового навантаження, підвищення ефективності запропонованих заходів модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я першочерговим завданням держави має бути створення сприятливих умов для реалізації державно-приватного, міжмуніципального та міжсекторного партнерства: ліквідація інституційних бар'єрів та надання державної підтримки в реалізації спільних проєктів.

Підсумовуючи наведені вище рекомендації представимо пропоновану доктрину модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я у вигляді рис. 3.4, 3.5.

Таким чином, модернізація публічної політики в сфері охорони здоров'я – це складний, багатоаспектний процес, який поєднує інституційний, методичний та організаційно-економічний розвиток сфери охорони здоров'я. Ефективність проведення модернізаційних реформ визначається спроможністю управлінської підсистеми.

Рис.3.4. Науковий базис модернізації публічної політики охорони здоров'я

ТЕОРЕТИЧНА ОСНОВА					
<p><i>Концепції</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – концепція «єдиного здоров'я» – концепція «розумного здоров'я» – концепція е-медицини – концепція медичної допомоги, орієнтованої на громадянина; – концепція «3Р-медицини» – концепція «4Р-медицини» – концепція «5Р-медицини» – концепція «анти-ейджінг медицини» – концепція Інтернету медичних речей – концепція валеології – концепція інклюзивного розвитку 			<p><i>Принципи</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – принцип системності – принцип проектності – принцип суб'єктності – принцип конкретності – принцип комплексності реформ – принцип послідовності перетворень – принцип цілеспрямованого та обмеженого в часі реформування – принцип опори на активну меншість та рахування інтересів більшості – принцип створення умов для збільшення активності – принцип максимального зниження непродуктивного навантаження – принцип активної участі держави у проведенні модернізації 		
ЕМПІРИЧНА ОСНОВА					
<p><i>Абсолютні на відносні показники</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – демографічні показники, що відображають народжуваність, смертність, тривалість життя – показники захворюваності: загальні, інфекційні, госпітальні – показники оцінки стану фізичного розвитку функціонального та біологічного характеру 			<p><i>Індексні показники</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – глобальний індекс безпеки здоров'я – індекс людського здоров'я – індекс людського розвитку – індекс якості життя – індекс благополуччя – коефіцієнт життєстійкості населення 		
ЛОГІЧНА ОСНОВА					
<p><i>Необхідність вирішення проблем:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – відсутності інструментів публічної політики, орієнтованих на покращення здоров'я та досягнення довголіття – обмеженого доступу до медичних послуг і медичної інформації – низького рівня матеріально-технічного забезпечення медицини – недостатньої міждисциплінарної інтеграції медичних напрямків та технологій – відсутності алгоритмів обробки та методик аналізу інформації з різних джерел щодо стану людини, її навколишнього середовища та способу життя – відсутності системи мотивації людей до вивчення та використання здоров'язберігаючих технологій 					
АРГУМЕНТОВАНА ОСНОВА					
<p><i>Напрямки вирішення проблем:</i></p>					
модернізація інституційного забезпечення	модернізація організаційно-економічного механізму	модернізація ресурсного забезпечення	підтримка розвитку конкуренції на ринку медичних послуг	підвищення якості та доступності медичних послуг	підтримка розвитку партнерства в сфері охорони здоров'я

ЕТАЛОННА ІДЕАЛЬНА МОДЕЛЬ МОДЕРНІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Модель «5P-медицини»: персоналізованої, прогнозована, профілактична, партисипативна та психокогнітивна медицина		
УПРАВЛІНСЬКІ ЗАХОДИ ВПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ		
Ідеологічні заходи	Методичні заходи	Організаційні заходи
<ul style="list-style-type: none"> – стимулювання науково-дослідних медичних організацій та окремих науковців до розробки інноваційних технологій прогнозування здоров'я пацієнтів та алгоритмів прийняття відповідних рішень на основі отриманих даних; – забезпечення скоординованості досліджень в сфері прогнозування здоров'я пацієнтів та раннього виявлення стільності до виникнення тієї чи іншої хвороби із практичною медициною; – розробка, організація та проведення широкомасштабної інформаційно-просвітницької компанії, спрямованої на популяризацію свідомого ставлення до свого здоров'я серед людей. 	<ul style="list-style-type: none"> – розробка та практичне впровадження в процес медичного обслуговування населення методики побудови індивідуального профіля ризиків здоров'я для кожної конкретної людини та методики формування плану потенційної корекції виявлених порушень; – організація та практичне впровадження процедури раннього виявлення ризиків виникнення захворювань на їх доклінічному етапі на основі показників з високим рівнем достовірності; – розробка методології складання та практичне впровадження планів лікування пацієнтів на основі технологій персоналізованої фармакотерапії та фармакогенетики; – розробка та практичне впровадження технологій моніторингу розвитку захворювань і їх прогнозування на основі відстеження біомаркерів та біопредикторів; – розробка системи показників та критеріїв для відстеження стану здоров'я людей та їх впровадження в медичну практику. 	<ul style="list-style-type: none"> – розробка та ухвалення нормативно-правової бази розвитку та впровадження персоналізованої, прогнозованої, превентивної та заснованої на участі медицини, яка стане орієнтиром для перебудови діючих механізмів управління громадським здоров'ям з метою підвищення рівня та якості життя людей; – організація системи оцифрування медичних даних, формування ефективних та безпечних баз даних для окремих пацієнтів; – розробка спеціальних механізмів підтримки практичної реалізації концепції «5P-медицини» як нової моделі охорони здоров'я; – консолідація зусиль керівників сфери охорони здоров'я та медичних працівників для впровадження та подальшого удосконалення концепції «5P-медицини» – координація міждисциплінарних досліджень в сфері «5P-медицини»; – підготовка висококваліфікованих наукових та медичних кадрів, здатних імплементувати принципи «5P-медицини» в практичну діяльність; – підвищення просвітницької ролі лікарів в сфері «5P-медицини»; – поширення актуальної інформації та корисних навчальних матеріалів щодо запровадження технологій «5P-медицини»; – включення в програми підвищення кваліфікації медичних працівників набуття знань, вмінь та навичок в сфері «5P-медицини».

Рис. 3.5. Доктрина модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я

Примітка: розроблено автором.

Головним елементом підсистеми управління модернізацією є комплекс взаємопов'язаних цілей, який пов'язує між собою цілі модернізації, цілі держави та цілі міжнародної спільноти в сфері охорони здоров'я. Комплекс цих цілей сформований в контексті глобальних системних викликів сучасності, а також викликів, що стоять перед сферою охорони здоров'я. Вони враховані при побудові рекомендованої доктрини модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я та виконали роль орієнтирів для визначення цілей модернізації.

3.2. Розвиток системи громадського здоров'я

Моніторинг стану громадського здоров'я та механізмів його забезпечення та підтримки, проведений у 2 розділі дисертаційної роботи, дозволив виявити ряд проблем, які потребують першочергового вирішення: 1) недостатня міждисциплінарна інтеграція медичних напрямків та технологій; 2) відсутність алгоритмів обробки та методик аналізу інформації з різних джерел щодо функціонального стану людини, її навколишнього середовища та способу життя, на основі яких мають прийматися рішення та вживатися заходи щодо збільшення резервів її здоров'я, підвищення якості життя, забезпечення активного довголіття та зниження ризику смерті від неінфекційних захворювань; 3) відсутність системи мотивації людей до вивчення та використання здоров'язберігаючих технологій; 4) брак спеціалістів з фундаментальних та прикладних досліджень в сфері продовження тривалості життя, е-медицини та штучного інтелекту; 5) відсутність інструментів реалізації публічної політики, орієнтованих на досягнення довголіття тощо.

Одним із шляхів вирішення зазначених проблем є переорієнтація системи охорони здоров'я з безпосереднього лікування хвороб на їх профілактику. Сучасна система охорони здоров'я побудована на боротьбі із вже існуючими проявами хвороб і практично не вивчає причини їх виникнення. Такий підхід не дає довгострокового ефекту і є лише ситуативним засобом вирішення проблем.

Саме тому для удосконалення вітчизняної публічної політики в сфері охорони здоров'я слід відійти від моделі, орієнтованої на лікування вже виявлених захворювань, та запровадити модель, в основу якої покладено валеологічний, превентивний та персоналізований підходи.

Валеологічний підхід був вперше запропонований у 1982 році І. Брехманом, який сформулював методологічні підходи до збереження та зміцнення здоров'я практично здорових людей. У 1987 році він видав монографію «Введення до валеології – науки про здоров'я», в якій обґрунтував, що валеологія не обмежується лише медициною, а включає ще й наукові досягнення екології, біології, психології та інших наук, тобто є інтегративною.

Запропонований І. Брехманом валеологічний підхід набув подальшого розвитку у 1985 році у вперше розробленій моделі оцінки рівня соматичного здоров'я індивіда, запропонованою Г.Л. Апанасенко.

Валеологія (лат. valeo – бути здоровим і грец. logos – учення, наука) – це «наука про формування, збереження та зміцнення здоров'я людини в духовному, психічному, фізичному і соціальному плані» [80].

До основних завдань валеології належать: 1) зміцнення та покращення здоров'я, підвищення рівня та якості життя; 2) вивчення закономірностей формування здоров'я людини та умов його збереження і зміцнення; 3) формування здорової, активної людини, яка здатна впродовж всього життя самостійно зберігати і підтримувати своє здоров'я на належному рівні.

Превентивний підхід лежить в основі превентивної медицини. У вітчизняній науковій літературі досить мало уваги приділяється визначенню наукового терміну «превентивна медицина». Так, С. Останіна ототожнює поняття «превентивна медицина» та «профілактична медицина» і стверджує, що превентивна (або) профілактична медицина – це «комплекс заходів, направлених на запобігання захворюванням та позбавлення факторів ризику» [89]. Кривенко В.І., Федорова О.П. та Пахомова С.П. вважають, що термін «превентивна медицина» зворотній до терміну «паліативна медицина», який використовується, передусім, у закордонній практиці охорони здоров'я, та тотожний із терміном

«первинна профілактика». На думку авторів, превентивна медицина – це «медицина, яка займається у більшій мірі запобіганням хвороб, ніж їх лікуванням або симптоматичною терапією» [46, с. 18]. Основною метою превентивної медицини є зниження рівня страждання пацієнта від основних захворювань, які можливо попередити. Автори стверджують, що дана мета може бути застосована як на популяційному, так і на індивідуальному рівнях [46, с. 18]. В. Марковський, І. Сорокіна, О. Плітень, та С. Шапоренко вважають, що превентивна медицина – це «профілактична медицина, принципами якої є не пасивне очікування хвороби, а проведення застережливих і коригуючих заходів задовго до розвитку хвороби» [52, с. 29]. Ця медицина орієнтована, насамперед, на підтримку здоров'я, поліпшення його якості, на попередження процесів передчасного старіння організму.

Розвиток превентивної медицини повинен відбуватись не відокремлено, а супроводжуватись впровадженням предиктивної та персоналізованої медицини, які разом утворюють модель PPP-медицини або 3P-медицини.

«Превентивна медицина – це медицина профілактична, принципами якої є не пасивне очікування хвороби, а проведення застережливих і коригуючих заходів задовго до розвитку хвороби. Ця медицина орієнтована, насамперед, на підтримку здоров'я, поліпшення його якості, на попередження процесів передчасного старіння організму. На жаль, в наше століття високих технологій більшість населення знаходиться в «пограничній зоні» між здоров'ям і хворобою. Скорочення цієї «пограничної зони» у бік здоров'я – основне завдання, вирішення якого покладене на превентивну медицину» [76].

Предиктивна медицина – це аналог словосполучення «передбачувальна медицина». «Сенс її полягає у визначенні індивідуальної схильності до розвитку захворювань на молекулярно-генетичному рівні, обумовлених мутацією і генетичними поліморфізмами. Мета предиктивної медицини – це раннє виявлення спадкової схильності людини до захворювань, що може дозволити своєчасно проводити профілактичні заходи для попередження їх розвитку, поліпшити стан здоров'я, підвищити якість і збільшити тривалість активного

періоду життя. Предиктивна медицина повинна навчити людину жити в гармонії зі своїми генами» [137].

«Персоналізована медицина є спробою перейти від наукових досліджень і терапевтичної практики, значною мірою орієнтованих на середньостатистичного пацієнта, до досліджень і практики, які були б чутливими до унікальних біологічних і особистісних особливостей конкретного пацієнта. При цьому наявна тенденція зводити поняття персоналізації до обліку унікальних генетичних, як і інших біологічних, маркерів в діагностиці, прогнозі та лікуванні захворювань» [123].

Для вираження специфіки особистісного підходу деякі вчені пропонують включити в модель «3P-медицини» ще одне «P» – партисипативну медицину або медицину участі (англ. *participatory medicine*). Особистісний аспект в даному випадку реалізований у праві і здатності пацієнтів брати участь в ухваленні найбільш істотних медичних рішень щодо свого здоров'я [114].

Доповнення концепції «3P-медицини» ще одним «P» трансформувало її в концепцію 4P-медицини, автором якої є президент Інституту системної біології в м. Сієтл (США) професор Л. Худ (англ. *L. Hood*) [146]. Дана концепція вперше була опублікована у 2008 році в доповіді, підготовленій на замовлення Комп'ютерної дослідницької асоціації США і називалася «4P-медицина»: персоналізована, прогностична, превентивна, за участю» (англ. «*P4 Medicine: Personalized, Predictive, Preventive, Participatory*») [146]. Доповідь починається зі слів: «Сфера охорони здоров'я переживає сьогодні велику революцію, яка змінює її сутність і забезпечує перехід від реакції (на хворобу) до превенції» [146]. Справді, з появою «4P-медицини» з'явився новий підхід до здоров'я, який зосереджений на лікуванні та профілактиці захворювань та включає пацієнтів, лікарів, продукти та місця. Його можна використовувати для вирішення всіх важливих аспектів здоров'я пацієнта, від діагностики до одужання, оскільки він адаптований до конкретної ситуації кожного пацієнта, що дозволяє надавати індивідуальний догляд.

Концепція «4P-медицини» складається з чотирьох елементів (рис. 3.3):

1. Персоналізація, яка передбачає впровадження індивідуального пацієнтоорієнтованого підходу до кожної людини. В основу забезпечення практичної імплементації такого підходу повинно лягти створення унікального генетичного паспорту для контролю над здоров'ям кожної окремої людини. В майбутньому система охорони здоров'я буде переорієнтована з лікування хвороби взагалі на лікування конкретного пацієнта зокрема.

2. Прогнозування, яке ґрунтується на передбаченні розвитку хвороби на основі геному людини та індивідуальних характеристик її організму. Геномні, протеомні та метаболомічні дослідження дають змогу сьогодні передбачити виникнення захворювання задовго до того, як у пацієнта з'являться будь-які симптоми. Наприклад, визначивши чинники ризику («зламани» гени), лікарі можуть передбачити, що у пацієнта при певних епігенетичних умовах може виникнути хвороба Альц-Геймера, рак простати або будь-яке інше захворювання.

3. Профілактика, що дозволяє попередити виникнення хвороби на основі характеру прогнозованого захворювання. З впровадженням нових інноваційних підходів можна попередити виникнення хвороби, поки людина ще здорова. Це легше, приємніше і дешевше.

4. Партисипативність, яка передбачає широке залучення в процес лікування різних лікарів, а також самого пацієнта, який перетворюється з об'єкта лікування на повноцінного учасника цього процесу. Побудова партнерських взаємовідносин між лікарями та пацієнтом сприяє виникненню стійкої мотивації до ведення здорового образу життя та постійного моніторингу власного здоров'я (рис. 3.5).

Концепція «4P-медицини» створює нові можливості для пацієнта та системи охорони здоров'я в цілому та дозволяє: 1) виявляти хворобу на ранній стадії, коли її легше та дешевше лікувати; 2) підбирати ефективне лікування на основі об'єднання пацієнтів в групи; 3) зменшувати побічні реакції на ліки за допомогою впровадження технології ранньої оцінки індивідуальних реакцій на ліки; 4) спростити вибір нових напрямків досліджень для відкриття ліків; 5)

скоротити час, вартість і рівень невдач клінічних випробувань нових методів лікування; б) змістити акцент у медицині з реагування на профілактику та з хвороби на оздоровлення [16].

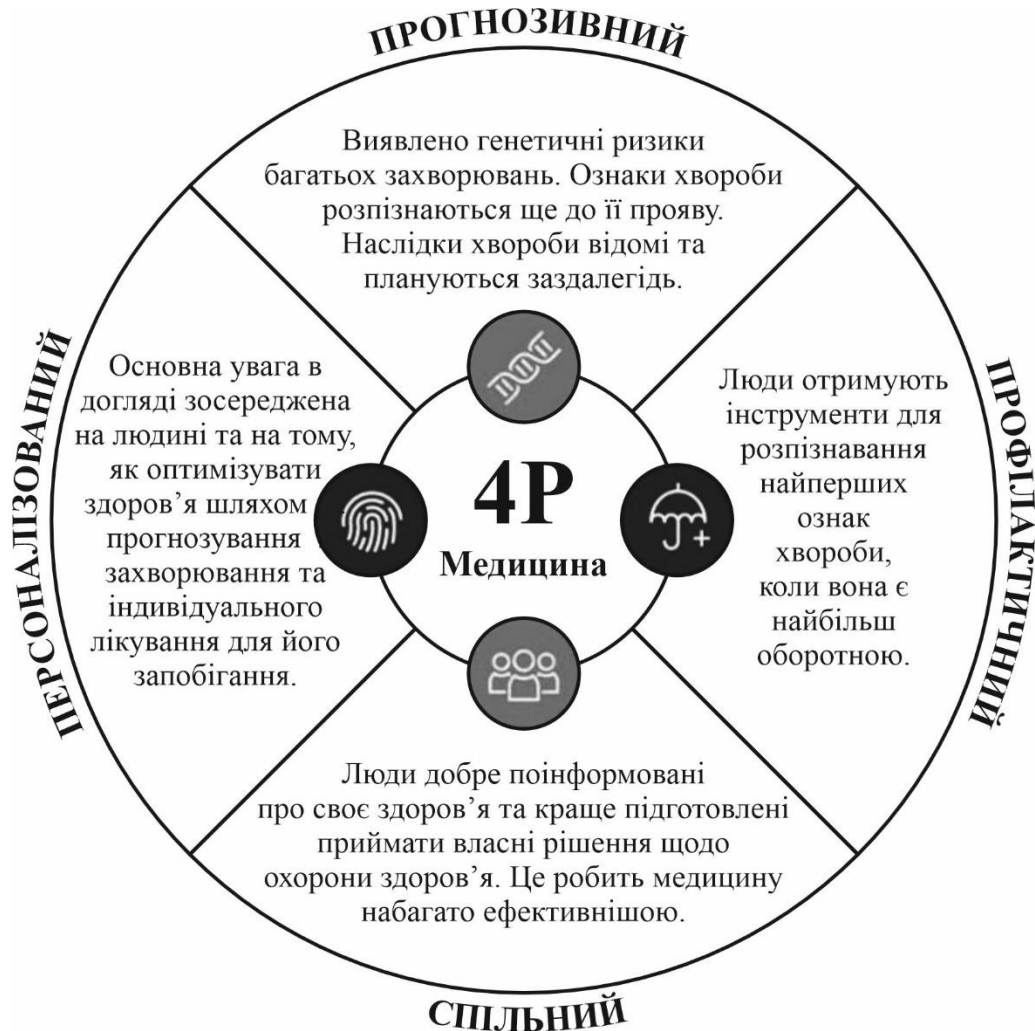


Рис. 3.5. Складові елементи концепції 4П-медицини

Примітка: наведено за [146].

Такий комплексний підхід, на думку автора, професора Л. Худ, змінить можливості сфери охорони здоров'я та підходи до лікування хворих: «у найближчі три десятиліття ми станемо свідками дивовижного збільшення тривалості життя людини, можливо, на 10-20 років» [146]

З часом концепція «4P-медицини» трансформувалася і в концепцію «5P-медицини». Автором цієї концепції є італійські вчені А. Горіні (англ. *A. Gorini*) та Г. Праветтоні (англ. *G. Pravettoni*), які запропонували її у 2011 році у своїй

публікації «Огляд когнітивних аспектів, залучених до медичних рішень» (англ. «*An overview on cognitive aspects implicated in medical decisions*») [145]. Концепція «5P-медицини», поряд із вже існуючими складовими елементами (персоналізацією, прогнозуванням, профілактикою та партисипативністю) була доповнена п'ятим складовим елементом – психокогнітивністю (рис. 3.6). Оновлена концепція розширює можливості пацієнта, підвищує якість його життя та перетворює його із пасивного одержувача медичної допомоги та медичних послуг на активного учасника, який самостійно приймає рішення щодо свого здоров'я. П'ятий складовий елемент моделі «5P-медицини» відображає поведінку людей в сфері запобігання виникненню хвороб, реагування на них та боротьбу із ними, способи обрання варіантів лікування та характер взаємодії із медичними працівниками в процесі лікування [145].

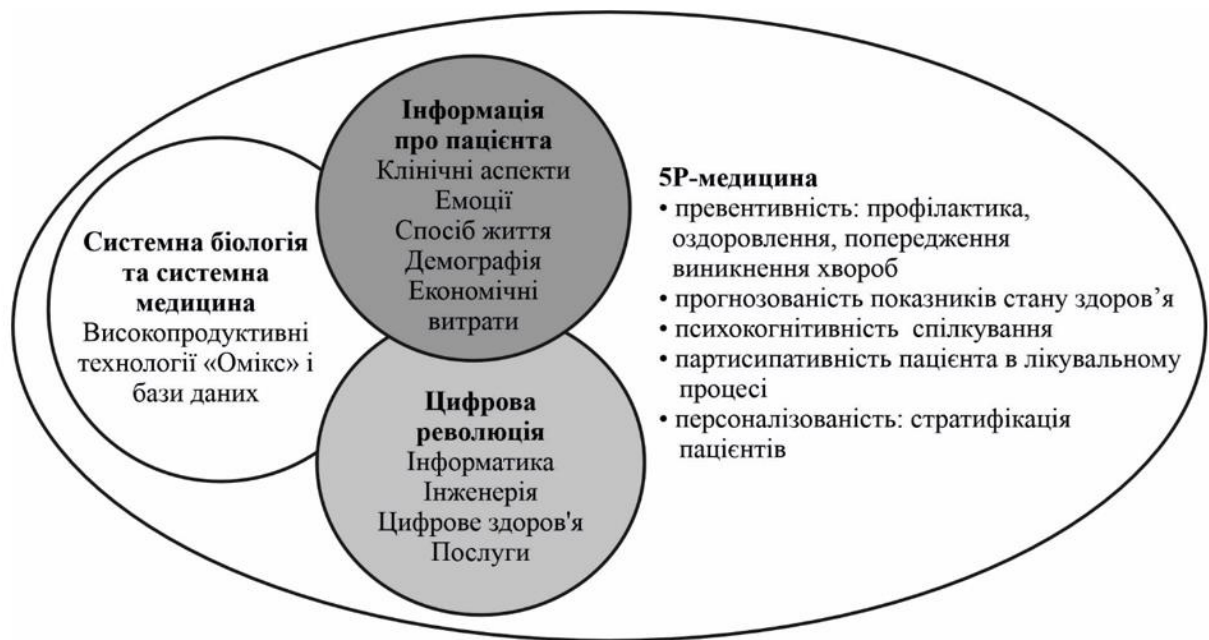


Рис. 3.6. Складові елементи концепції 5P-медицини

Примітка: наведено за [154].

«Незважаючи на наявність переконливих доказів того, що профілактичні заходи, спрямовані на зменшення факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань, сприяють зміцненню здоров'я і попереджують виникнення хвороб, в Україні не існує загальнонаціональної цілеспрямованої публічної політики

щодо них. Те, що профілактика сьогодні, по суті, є лише декларацією, підтверджується і відсутністю в країні єдиної державної структури управління профілактичною роботою в сфері охорони здоров'я» [115].

Перехід на нову модель медицини – ««5P-медицину»», потребує вирішення принципово нових завдань організаційного, технологічного і інноваційного характеру, їх поетапної реалізації у поєднанні із завданнями практичної охорони здоров'я і світовими тенденціями її розвитку.

Зміна парадигми мислення і орієнтації лікарів і керівників закладів охорони здоров'я з переважно лікувально-діагностичного на предиктивний, превентивний, персоналізований процеси при активній участі пацієнтів потребуватиме від держави і суспільства серйозних зусиль. Але всі ці зусилля є виправданими, адже призведуть до зниження рівня захворюваності і підвищенням якості і тривалості здорового життя населення.

Для запровадження концепції «5P-медицини» у вітчизняну сферу охорони здоров'я необхідно вирішити низку завдань, які умовно можна поділити на три блоки: ідеологічні, методологічні та організаційні.

Першочерговим завданням імплементації концепції «5P-медицини» у вітчизняну сферу охорони здоров'я є зміна ідеології охорони здоров'я і перехід від моделі медицини, покликаної вирішувати вже існуючі проблеми зі здоров'ям пацієнтів, до моделі, яка попереджає їх виникнення. Основною ідеології «5P-медицини» є розробка та інтерпретація прогнозу здоров'я пацієнта. Саме тому модернізація вітчизняної системи охорони здоров'я на основі концепції «5P-медицини» потребує зміни парадигми мислення у керівників сфери охорони здоров'я, лікарів та пацієнтів. Поряд із цим важливим інструментом імплементації «5P-медицини» у вітчизняну сферу охорони здоров'я є забезпечення скоординованості науки та практичної медицини, розробка та впровадження централізованого механізму управління і організація широкомасштабної інформаційно-просвітницької компанії, спрямованої на популяризацію свідомого ставлення до свого здоров'я серед людей.

Впровадження концепції «5P-медицини» у вітчизняну сферу охорони

здоров'я повинно супроводжуватися наступними ідеологічними заходами:

1) стимулювання науково-дослідних медичних організацій та окремих науковців до розробки інноваційних технологій прогнозування здоров'я пацієнтів та алгоритмів прийняття відповідних рішень на основі отриманих даних;

2) забезпечення скоординованості досліджень в сфері прогнозування здоров'я пацієнтів та раннього виявлення стільності до виникнення тієї чи іншої хвороби із практичною медициною;

3) розробка, організація та проведення широкомасштабної інформаційно-просвітницької компанії, спрямованої на популяризацію свідомого ставлення до свого здоров'я серед людей.

Не менш важливим напрямком імплементації концепції «5P-медицини» у вітчизняну сферу охорони здоров'я є розробка та валідація методів та біомедичних технологій, зокрема:

1) розробка та практичне впровадження в процес медичного обслуговування населення методики побудови індивідуального профіля ризиків здоров'я для кожної конкретної людини та методики формування плану потенційної корекції виявлених порушень;

2) організація та практичне впровадження процедури раннього виявлення ризиків виникнення захворювань на їх доклінічному етапі на основі показників з високим рівнем достовірності;

3) розробка методології складання та практичне впровадження планів лікування пацієнтів на основі технологій персоналізованої фармакотерапії та фармакогенетики;

4) розробка та практичне впровадження технологій моніторингу розвитку захворювань і їх прогнозування на основі відстеження біомаркерів та біопредикторів;

5) розробка системи показників та критеріїв для відстеження стану здоров'я людей та їх впровадження в медичну практику.

Останнім і найбільш практико орієнтованим напрямком імплементації

концепції «5P-медицини» у вітчизняну сферу охорони здоров'я є вирішення таких організаційних завдань:

1) розробка та ухвалення нормативно-правової бази розвитку та впровадження персоналізованої, прогностичної, превентивної та заснованої на участі медицини, яка стане орієнтиром для перебудови діючих механізмів управління громадським здоров'ям з метою підвищення рівня та якості життя людей;

2) організація системи оцифрування медичних даних, формування ефективних та безпечних баз даних для окремих пацієнтів;

3) розробка спеціальних механізмів підтримки практичної реалізації концепції «5P-медицини» як нової моделі охорони здоров'я;

4) консолідація зусиль керівників сфери охорони здоров'я та медичних працівників для впровадження та подальшого удосконалення концепції «5P-медицини»;

5) координація міждисциплінарних досліджень в сфері «5P-медицини»;

6) підготовка висококваліфікованих наукових та медичних кадрів, здатних імплементувати принципи «5P-медицини» в практичну діяльність;

7) підвищення просвітницької ролі лікарів в сфері «5P-медицини»;

8) поширення актуальної інформації та корисних навчальних матеріалів щодо запровадження технологій «5P-медицини»;

9) включення в програми підвищення кваліфікації медичних працівників набуття знань, вмінь та навичок в сфері «5P-медицини».

Одним із основних організаційних заходів впровадження концепції «5P-медицини» у вітчизняну сферу охорони здоров'я повинна стати розробка для кожного громадянина генетичного паспорта. Якщо кожен громадянин України отримує ІД-карту в 14 років, то через деякий час він повинен отримати і генетичний паспорт.

Генетичний паспорт – це медичний документ, що має юридичну силу. Генетичний паспорт формується за допомогою сучасних досягнень науки і медицини, що дозволяють отримати всю необхідну інформацію про геном

конкретної людини. Геном – це сукупність усіх генів, частин молекули ДНК, в яких закодована інформація про будову організму людини.

Генетичний паспорт повинен містити інформацію щодо: 1) маркери етнічного походження; 2) ідентифікаційні ознаки людини; 3) повний набір хромосом (каріотип); 4) маркети небезпечних спадкових хвороб; 5) маркери схильності до серцево-судинних захворювань; 6) маркери схильності до онкологічних захворювань; 7) результати медико-генетичного консультування; 8) результати спортивних досягнень (рис. 3.7).



Рис. 3.7. Структура генетичного паспорта громадянина

Примітка: сформовано автором.

Інформація, яка міститься в генетичному паспорті, може використовуватись по-різному, томі існує два види генетичних паспортів:

1) ДНК-профіль (ідентифікаційний генетичний паспорт), який використовується для встановлення або підтвердження особистості людини;

2) генетичний паспорт здоров'я, який дозволяє виявити схильність до різних захворювань, на основі яких складається комплекс профілактичних і діагностичних заходів і заходів щодо запобігання їх виникнення.

ДНК-профіль або ідентифікаційний генетичний паспорт – це аналог відбитків пальців людини. У ДНК-профілі міститься інформація про ті ділянки генома, які суворо індивідуальні для кожної людини. Вчені, які працюють в сфері генетики, виявили, що кожна людина має у своєму геномі частини, які не зустрічаються з іншою людиною і не змінюються з віком.

Для складання ДНК-профілю не обов'язково вилучати весь геном конкретної людини, в даний час його можна вкласти на основі кількох частин ДНК. Ця інформація достатня для стопроцентного підтвердження особистості людини.

Основна сфера використання ДНК-профіля – це криміналістика. Такий профіль дозволяє полегшити та прискорити ідентифікацію людини після її зникнення або загибелі. В умовах війни росії проти України, яка розпочалась 24 лютого 2022 року, зробити такий паспорт для кожного військового, який стоїть на захисті Батьківщини, набуває першочергової важливості.

Окрім військових, в першу чергу створити такі ДНК-профілі слід громадянам, робота яких пов'язана із ризиком для життя: поліцейським, рятувальникам, альпіністам, спортсменам-екстремалам, а також приватним підприємцям.

Якщо ДНК-профіль в переважній більшості використовується для ідентифікації особи, генетичний паспорт здоров'я використовується для успішного запобігання і лікування різних захворювань. Більшість відомих захворювань, наприклад, цукровий діабет, гіпертонія, виразкова хвороба розвиваються при поєднанні двох основних чинників – генетичної або спадкової схильності та сприятливих умов зовнішнього середовища, наприклад, неправильного харчування або особливостей способу життя.

Генетичний паспорт здоров'я містить всю необхідну інформацію про найбільш вірогідні захворювання конкретної людини. На його основі лікар складає індивідуальний план обстежень і заходів з профілактики цих захворювань. Якщо ж хвороба вже почалася, і має спадкову обумовленість, початок лікування ранніх стадій допоможе впоратися з нею швидше.

Генетичний паспорт здоров'я допоможе вам зберегти його на довгі роки, оскільки будь-яку хворобу попередити, ніжвилікувати.

Безумовно, запропоновані ідеологічні, методологічні та організаційні заходи імплементації концепції «5P-медицини» у вітчизняну сферу охорони здоров'я є довгостроковими та дороготарісними. Однак, в кінцевому результаті

проведена робота призведе до суттєвої економії витрат на сферу охорони здоров'я: при правильно поставленому діагнозі і обраній тактиці лікування відповідні витрати суттєво скоротяться. Більш того, використання персоналізованих методів істотно скоротить смертність від ряду захворювань, в тому числі за рахунок індивідуального ефекту від призначених лікарських засобів. Перспективність цього напрямку очевидна, особливо щодо онкологічних, серцево-судинних і неврологічних захворювань.

В процесі імплементації концепції «5P-медицини» у вітчизняну сферу охорони здоров'я важливе значення мають організації, які управляють цим процесом, та заклади, які втілюють її основні принципи на практичній діяльності. Аналіз тенденцій розвитку сфери охорони здоров'я свідчить про успішну реалізацію принципів «5P-медицини» в розвинених країнах світу.

Провідна роль у просуванні ідеології 5P-медицини належить створеній у 2008 році Європейській асоціації предиктивно-превентивної та персоналізованої медицини (ЄАПМ) (англ. *European Association for Predictive, Preventive and Personalised Medicine, EPMA*), штаб-квартира якої розташована у Брюсселі. Сьогодні представництва ЄАПМ є у 44 країнах світу, в тому числі і в Україні. Місія цієї асоціації полягає у підвищенні обізнаності та визнанні 5P-медицини професійною громадськістю у всіх країнах світу.

Роль 5P-медицини в модернізації охорони здоров'я була визнана пріоритетним напрямом діяльності глобальних і регіональних організацій та закладів охорони здоров'я по всьому світу, у тому числі таких, як Організація Об'єднаних Націй (ООН), Європейський Союз (ЄС) та національні інститути здоров'я. Так, Національний інститут здоров'я США включив «5P-медицину» до п'ятірки пріоритетних напрямів розвитку медицини у XXI ст.

Враховуючи напрацьований досвід вважаємо за необхідно закріпити впровадження 5P-медицини як напрямку модернізації вітчизняної сфери охорони здоров'я у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [124].

Ще одним напрямком розвитку громадського здоров'я є антивікова

медицина (англ. *anti-aging medicine*), в основі якої лежить комплексний підхід до здоров'я людини (табл. 3.4). Вона включає в себе діагностику і прогнозування можливих захворювань, корекцію образу життя, біохімічний моніторинг стану організму, нутріціологію і фізичну активність. Мета антивікової медицини – підтримка фізичного та психічного здоров'я протягом всієї життя людини, а не тільки лікування наявних захворювань. Тобто антивікова медицина – це не лише естетичне і внутрішнє омолодження. Фактично це новий спосіб життя, який включає відмову від шкідливих звичок, формування позитивного погляду на життя, укріплення тіла помірними фізичними навантаженнями, зміну якості харчування та мінімізацію стресових станів. Тому антивікова медицина – це медицина для свідомих людей.

Таблиця 3.4

Концепція антивікової медицини

Антивікова медицина – це теорія і практика, які покликані допомогти людям насолоджуватися здоров'ям і довголіттям		
Здоров'я	Довголіття	Практична наука
<ul style="list-style-type: none"> – нівелювання присутності хвороб, вміння жити з ними; – систематичне поповнення життєвих сил та енергії; – позитивне мислення та надія на все хороше. 	<ul style="list-style-type: none"> – отримання насолоди від довгого, здорового та радісного життя; – надання особливої важливості психічному здоров'ю; – створення середовища для отримання насолоди від довголіття. 	<ul style="list-style-type: none"> – боротьба зі старінням - це більше, ніж наука; – практичне використання технологій антивікової медицини; – антивікова медицина – це наука, яка основою для практичної діяльності.

Примітка.: наведено за [143].

В контексті тотального старіння населення потрібно негайно розпочинати вживати заходи для збереження здоров'я літніх людей. Для цього потрібно організувати інформаційну компанію по приверненню уваги до проблем старіння, окреслити можливі шляхи для запобігання їх виникнення та мотивувати людей старшого віку провести діагностику свого стану здоров'я за допомогою біомаркерів старіння. Вони відображають рівень ризику настання смерті від хвороб, пов'язаних з віком. На сьогоднішній день не існує універсального визначення біомаркерів старіння, але серед ключових показників виділяють: артеріальний тиск, індекс маси тіла, ЕКГ, аналіз крові на вміст в

організмі певних вітамінів і речовин, УЗІ, мамографію, дослідження на наявність мутацій в генах, довжину тіла тощо (рис. 3.8). Біомаркери можна скоригувати і тим самим попередити ряд захворювань і збільшити тривалість життя.

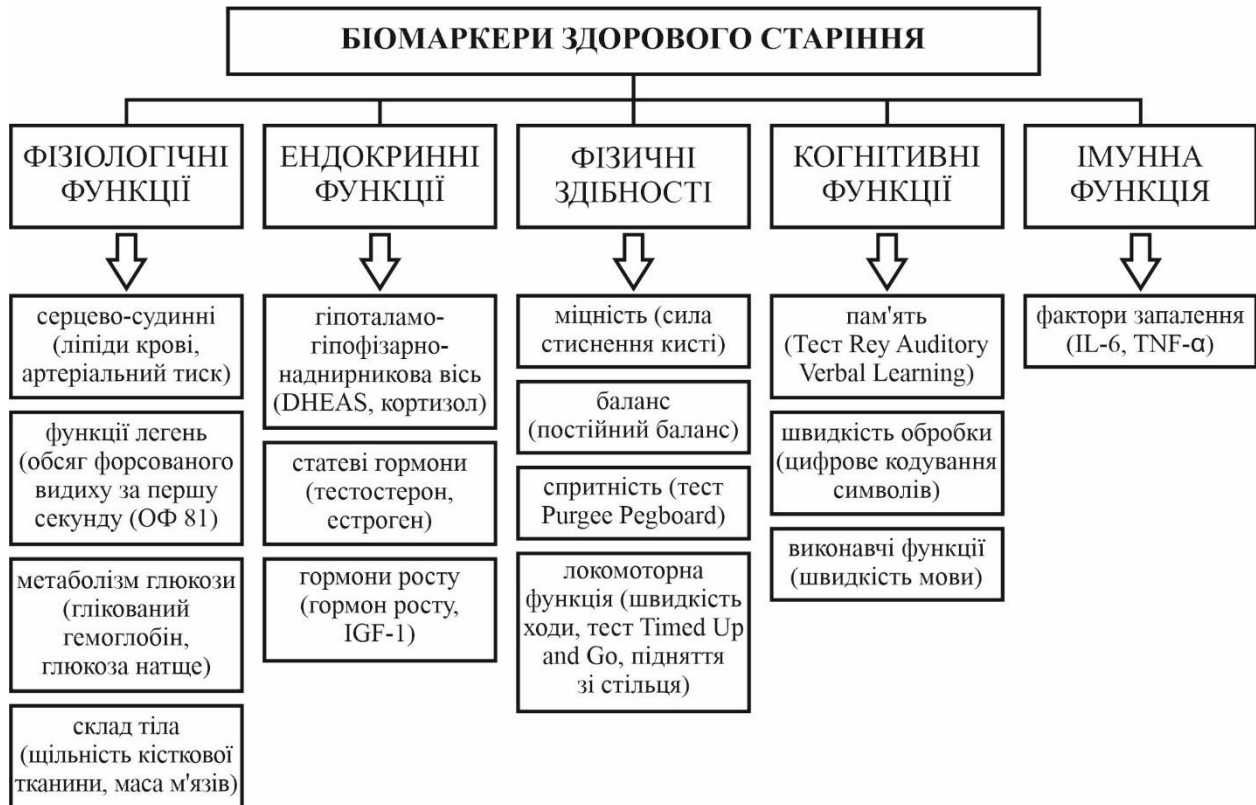


Рис. 3.8. Британська модель біомаркерів здорової людини

Примітка: наведено за [168].

Отже, практична реалізація всіх запропонованих заходів для забезпечення покращення громадського здоров'я дозволить: знизити витрати в державного бюджету на фінансування системи охорони здоров'я, оскільки попередити виникнення хвороби значено дешевше, ніж її лікувати; сформувати суспільство здорових людей, які здатні приймати участь не тільки в розподілі ВВП, але і в його створенні.

3.3. Цифровізація системи охорони здоров'я

Модернізація публічної політики в сфері охорони здоров'я неможлива без використання сучасних інформаційних систем та технологій. Їх значення стає особливо важливим в умовах пандемічних викликів, надзвичайного та

військового станів.

Розвиток інформаційних систем та комунікативних технологій, штучного інтелекту для більшості розвинутих країн є дієвим інструментом адаптації не лише до окреслених викликів, а й результативним інструментом управління системою охорони здоров'я на всіх її рівнях.

Використання сучасних інформаційних технологій в інформаційному та аналітичному забезпеченні медичної галузі дозволяє не лише фіксувати інформацію в електронних медичних картках чи надавати онлайн консультативні медичні послуги, але й дистанційно транслювати та передавати фізіологічні параметри, імітувати перебіг біологічних процесів, здійснювати 3-D моделювання та штучне створення тканин і органів, проводити діагностику, інтерпретацію даних, здійснювати прогнозування перебігу та наслідків захворювання.

За прогнозами авторитетної міжнародної консалтингової компанії «Frost & Sullivan», «обсяг світового ринку е-медицини до 2023 року зросте до 234 млрд. доларів проти 147 млрд. доларів у 2019, з яких найбільшу частку ринку займатиме підсегмент послуг у галузі медичних ІТ-технологій» (рис. 3.9) [16].

Перспективними шляхами модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я є: 1) забезпечення створення інноваційного медичного обладнання та розробки програмного забезпечення до нього (англ. *Medtech*); 2) розвиток цифрового здоров'я; 3) розвиток поведінкової охорони здоров'я (англ. *behaviural healthcare*); 4) розвиток м-медицини (англ. *mHealth*); 5) розвиток та впровадження блокчейн-технологій.

Для створення інноваційного медичного обладнання та розробки програмного забезпечення до нього слід враховувати сучасні тренди в цій сфері, зокрема: 1) розвиток штучного інтелекту в медицині; 2) активне використання хмарних баз даних; 3) популяризація дистанційних медичних послуг і медичної допомоги; 4) використання портативних розумних пристроїв; 5) використання 3D-друку та біопринтерів [140].

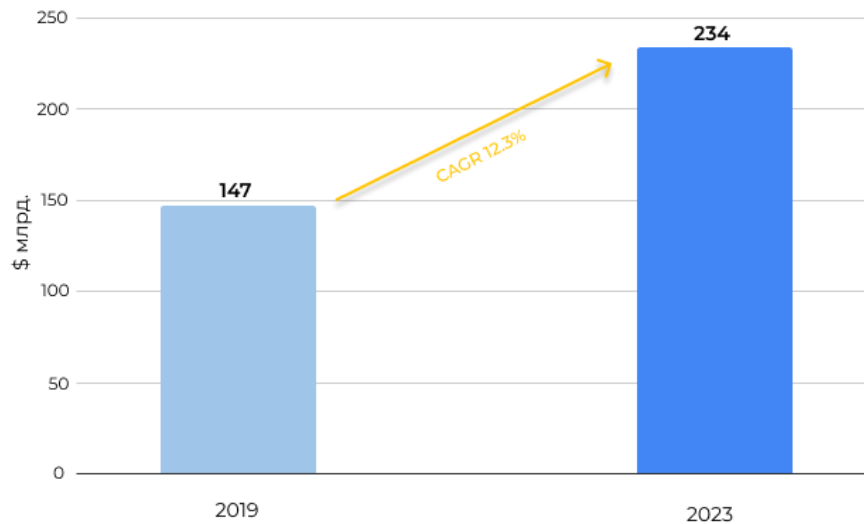


Рис. 3.9. Світовий ринок електронної медицини 2009 та 2023 роках

Примітка: наведено за [16].

Можливості штучного інтелекту тільки розширюються з кожним роком і набувають все більшої цінності в усіх галузях, в тому числі і в сфері охорони здоров'я, де технології допомагають лікарям обстежувати та лікувати пацієнтів. Штучний інтелект уже глибоко інтегрований у сферу охорони здоров'я: він прискорює розробку ліків, передбачаючи результати клінічних випробувань і потенційні побічні ефекти; алгоритми комп'ютерного зору допомагають виявляти ранні ознаки захворювання на рентгені та МРТ; штучний інтелект використовується для виявлення та лікування неврологічних розладів (хвороб Паркінсона та Альцгеймера).

В сучасній світовій практиці штучний інтелект використовується для прогнозування результатів лікування пацієнтів, діагностування захворювань, визначення найбільш ефективних і економічно доцільних методів лікування та покращення його результатів. Подальший розвиток ринку штучного інтелекту в сфері охорони здоров'я залежить від рівня державної підтримки та інвестування як уряду, так і окремих приватних компаній в технології штучного інтелекту.

Вся зібрана інформація, а також варіанти можливого діагнозу передаються лікарю, який приймає остаточне рішення щодо стратегії лікування. Завдяки цьому можна заощадити час та підвищивши якість медичних послуг і медичної

допомоги.

Серед країн світу лідерами на ринку штучного інтелекту в сфері охорони здоров'я є США, Китай, Великобританія, Канада та Ізраїль.

США є одним із найбільших ринків штучного інтелекту в сфері охорони здоров'я в світі. Згідно зі звітом «CB Insights», у 2020 році стартапи штучного інтелекту в сфері охорони здоров'я у США залучили понад 8 млрд. дол. фінансування. Ініціаторами таких стартапів є такі компанії, як «Tempus», «Suki.AI» та «Olive AI» [142].

Китай є провідним учасником ринку штучного інтелекту у сфері охорони здоров'я з такими компаніями, як «Yitu Healthcare», «iFlytek» і «Tencent Medical AI». Згідно зі звітом Frost & Sullivan, у 2022 році ринок штучного інтелекту в сфері охорони здоров'я в Китаї досягнув 5,8 мільярдів доларів [152].

У 2017 році Китай оприлюднив «План розвитку штучного інтелекту наступного покоління». Це найбільш всеосяжний план з усіх національних стратегій зі штучного інтелекту: з ініціативами та цілями щодо науково-дослідних завдань, індустріалізації, розвитку талантів, освіти та набуття навиків, визначення стандартів та правил, етичних норм та безпеки.

Великобританія є батьківщиною для кількох провідних стартапів штучного інтелекту у сфері охорони здоров'я: «Benevolent AI», «Healx» і «Kheiron Medical Technologies». У 2019 році уряд Великобританії виділив Національній лабораторії штучного інтелекту 250 мільйонів фунтів стерлінгів для підтримки досліджень і розробок штучного інтелекту в охороні здоров'я. У 2021 році Великобританія затвердила Національну стратегію штучного інтелекту (англ. *National AI Strategy*), а також програму Створення проінноваційного підходу до регулювання штучного інтелекту (англ. *Establishing a pro-innovation approach to regulating AI*). Такі урядові ініціативи привели Великобританію до лідерства серед країн Європи та зростання обсягів інвестування приватного бізнесу у технології штучного інтелекту. У 2022 році Уряд Великобританії виділив 36 мільйонів фунтів стерлінгів на тестування 38 інноваційних проектів штучного інтелекту, спрямованих на те, щоб допомогти

NHS змінити якість медичної допомоги. Передбачається що до 2040 року понад 1,3 мільйона компаній країни використовуватимуть технології штучного інтелекту і з інвестуванням в цей процес у 242 мільярдів доларів США [159].

Канада стала першою країною світу, яка у 2017 році розробила та затвердила Національну стратегію розвитку штучного інтелекту (англ. *Pan-Canadian Artificial Intelligence Strategy*), яка являє собою п'ятирічний план з фінансування досліджень та пошуку талантів в сфері штучного інтелекту на суму 125 мільйонів канадських доларів [153].

Сьогодні Канада активно інвестує кошти в технології штучного інтелекту в сфері охорони здоров'я. Серед найбільш фінансованих стартапів варто виділити такі компанії, як «Integrate.ai», «DarwinAI» і «Careteam Technologies».

Ізраїль є країною зростаючого ринку штучного інтелекту в сфері охорони здоров'я. Найуспішнішими стартапами в цій сфері є компанії «Zebra Medical Vision», «DiA Imaging Analysis» і «Aidoc». Ізраїльський уряд інвестував кошти в розвиток штучного інтелекту в охороні здоров'я через ініціативу «Digital Health Initiative». Ізраїльська компанія AI/ML розробила нейронаукову систему «CorrActions» вартістю 1340000 доларів США, програмне забезпечення якої дозволяє високоточно зчитувати активності мозку в режимі реального часу. Така програма апробована на водіях міського транспорту, що дозволяє контролювати їх фізичний стан. Система «CorrActions» – це перший програмний апаратно-діагностичний монітор когнітивних станів людини в режимі реального часу на основі сигналів мозку, які збираються датчиками руху. Система стійка до дорожніх умов, шуму двигуна та факторів навколишнього середовища. «CorrActions» усуває численні симптоми, включаючи інтоксикацію, втому, стрес і заколисування. Система може виявляти когнітивні зміни в психічному стані водія за кілька хвилин до появи будь-яких видимих ознак і має точність виявлення понад 90% з нульовим помилковим спрацьовуванням і цим самим попереджувати аварійну ситуацію на дорогах.

Вивчення світової практики показало, що є декілька способів інвестування в розробку технологій штучного інтелекту в сфері охорони здоров'я:

1) інвестування в компанії, які спеціалізуються на розробці технологій штучного інтелекту в охороні здоров'я (наприклад, компанії «IBM Watson Health» та «NVIDIA», які розробляють технології обробки медичних зображень за допомогою технологій штучного інтелекту);

2) інвестування у фармацевтичні компанії, які займаються розробкою нових ліків;

3) інвестування в удосконалення пристроїв медичної діагностики та візуалізації (наприклад, рентген, МРТ та комп'ютерну томографію). Штучний інтелект допомагає виявляти закономірності та аномалії, які невидимі людському оку. Це може допомогти на етапі ранньої діагностики такого захворювання, як рак, і покращити суттєво результати лікування пацієнтів;

4) інвестування в програмне забезпечення, прогнозу аналітику та створення персоналізованих систем лікування. Алгоритми штучного інтелекту допомагають аналізувати великі обсяги даних пацієнтів, наприклад електронні медичні записи, щоб ідентифікувати закономірності та спрогнозувати результати лікування пацієнтів чи змодельовати перебіг захворювань і можливі підходи до їх лікування. Це може допомогти лікарям у прийнятті більш обґрунтованих рішень щодо надання медичних послуг пацієнтам, що дозволяє покращити результати лікування та знизити витрати на нього [166].

Активне використання штучного інтелекту може допомогти вирішити найбільш гострі проблеми в сфері охорони здоров'я, а саме: постійну нестачу кваліфікованого медичного персоналу, велике завантаження на лікарів і повільне обслуговування пацієнтів. Системи на основі штучного інтелекту можуть проводити опитування пацієнтів, вивчати історію їх хвороби, оцінювати життєво важливі показники та результати аналізів.

Все більше закладів охорони здоров'я у всьому світі використовують хмарні рішення для оптимізації своїх робочих процесів. Хмарні технології дозволяють закладам охорони здоров'я працювати з великим обсягом даних, розробляти нові сервісні продукти для пацієнтів і, водночас, забезпечувати безпеку ІТ-системи.

На відміну від локальних медичних інформаційних систем, хмарні центри обробки даних мають низку важливих переваг:

1. Масштабованість. Медичні установи, які використовують хмарні технології для зберігання своїх даних, можуть легко збільшити або зменшити їх кількість необхідних ресурсів, що особливо зручно в умовах зростання сезонного навантаження. Наприклад, взимку, коли кількість пацієнтів в закладах охорони здоров'я зростає, їм доводиться обробляти більшу кількість медичної інформації, ніж влітку. У цьому випадку немає необхідності купувати додаткове обладнання та програмне забезпечення: потрібно просто збільшити обсяг хмарного сховища.

2. Економічність. Переважна більшість хмарних баз даних працює за моделлю оплати за використання. Так, закладам охорони здоров'я не потрібно витратити додатковий бюджет і утримувати обладнання, яке не використовується в щоденній роботі. Медичні установи платять лише за ті ресурси, які дійсно необхідні для роботи.

3. Зручність. Усі дані пацієнтів завжди доступні онлайн з будь-якої точки землі та в будь-який час. Це створює умови для розвитку нових медичних послуг, дозволяє розширювати мережу закладів охорони здоров'я і впроваджувати телемедицину.

4. Функціональність. Хмарні бази даних містять велику кількість різноманітних служб та сервісів, які спрощують роботу зі штучним інтелектом, машинним навчанням, великими базами даними тощо. Все це дозволяє швидко тестувати та впроваджувати нові рішення.

5. Безпечність. Хмарні бази даних мають потужні вбудовані інструменти для боротьби з кібератаками та забезпечення кібербезпеки. Вони запобігають витоку даних, створюють резервні копії та швидко відновлюються її в разі аварії [140].

Перспективним напрямком модернізації сфери охорони здоров'я є розвиток дистанційної медичної допомоги, яка включає телемедицину, дистанційний моніторинг пацієнтів і віртуальні лікарні. Цей напрямок почав активно розвиватися в усьому світі під час пандемії коронавірусу і залишається

актуальним дотепер, оскільки ці технології дозволяють значно скоротити час лікування та зменшити навантаження на заклади охорони здоров'я.

Виділяють три види дистанційної медичної допомоги: 1) телемедицина, яка реалізується в різних формах: від відеодзвінка до лікаря до проведення дистанційної операції, коли хірург проводить маніпуляції за допомогою роботизованого медичного обладнання; 2) віртуальна лікарняна палата, яка дозволяє лікарям централізовано спостерігати за кількома пацієнтами з подібними захворюваннями та допомагати їм дистанційно; 3) дистанційний моніторинг амбулаторного лікування пацієнтів, який дозволяє проводити призначені процедури не в закладі охорони здоров'я, а вдома. У цьому випадку лікар може контролювати правильність прийому ліків за допомогою відеозв'язку або інших технологій. Розглянемо ці види дистанційної медичної допомоги більш детально.

Телемедицина – це «комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються при наданні медичної допомоги, з використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну електронними повідомленнями (у випадках, коли відстань є критичним чинником)» [76] (рис. 3.10).

Телемедицина базується на використанні цифрових технологій для надання медичної допомоги на відстані шляхом забезпечення зв'язку пацієнтів та лікарів, а також лікарів між собою. Її використання у форматі віддалених аудіо- та відеоконсультацій дозволяє: зменшити витрати на повторні візити пацієнта до лікаря; забезпечити постійний моніторинг пацієнтів з хронічними хворобами; проводити дистанційні хірургічні операції; надавати термінову медичну допомогу в умовах надзвичайних ситуацій; організувати дистанційне навчання і підвищення кваліфікації лікарів.

В системі державного управління охороною здоров'я телемедицина розглядається як компонент інформаційного забезпечення в сфері охорони здоров'я, що забезпечує механізм реалізації конституційного права кожного громадянина на життя, охорону здоров'я та медичну допомогу.



Рис. 3.10. Модель телемедицини

Примітка: наведено за [137, с. 137].

В Україні розвиток телемедицини розпочався у 2007 році зі створення «Державного клінічного науково-практичного центру телемедицини Міністерства охорони здоров'я України» – «єдиного спеціалізованого закладу охорони здоров'я, завданнями якого є впровадження та розвиток телемедицини в Україні» [123]. По суті затверджений порядок визначає «механізм організації телемедичної мережі, яка складається із закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності, фізичних осіб – підприємців, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики, що об'єднані у єдину систему та використовують для взаємодії спеціалізовану інтернет-платформу для телемедицини – Портал телемедицини» [30, с. 24].

На сьогодні основними нормативно-правовими актами, який регулюють запровадження технологій телемедицини у практичну діяльність закладів охорони здоров'я є:

1) Стратегія розбудови телемедицини в Україні, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 14 липня 2023 року № 625-р [127], основною метою якої є «формування та визначення напрямів, принципів і механізмів розвитку телемедицини для збереження та зміцнення здоров'я нації шляхом підвищення якості та доступності медичних послуг, підвищення ефективності використання ресурсів у сфері охорони здоров'я передбачається здійснювати за

такими стратегічними цілями» [127];

2) наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» [114] від 19.10.2015 № 681, яким ухвалені: «Порядок організації медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини (в тому числі вимоги до порталів телемедицини)» [114]; «Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я (в тому числі таблиць оснащення кабінету телемедицини)» [114]; «форми первинної облікової документації «Запит на телемедичне консультування», «Висновок консультанта», «Журнал обліку телемедичних консультацій» та інструкції щодо їх заповнення» [114];

3) постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» [115] від 17 вересня 1996 р. № 1138, яка визначає «перелік медичних послуг, що надаються за допомогою телемедичних технологій, зокрема: лабораторні, діагностичні та консультативні послуги за зверненням громадян, які надаються без направлення лікаря; медична допомога хворим удома (діагностичне обстеження, процедури, маніпуляції, консультації, догляд); медичне обслуговування за договорами із суб'єктами господарювання, страховими організаціями; медичне обслуговування іноземних громадян» [115].

Нажаль, проект Закону Про телемедицину» від 14.03.2012 р. № 10196, який був внесений до Верховної Ради України у 2012 року відправлений на доопрацювання і на сьогодні так і не ухвалений.

В напрямку розвитку телемедицини в Україні утворено ряд регіональних центрів телемедицини. Зокрема, перші в Україні обласні центри телемедицини було відкрито в Одеській, Харківській, Житомирській, Запорізькій, Черкаській, Миколаївській та Вінницькій областях. Переважно такі проекти реалізовані за ініціативою і за підтримки обласних держадміністрацій. Центри телемедицини можуть функціонувати як структурні підрозділи закладів охорони здоров'я.

Діяльність таких центрів спрямована на організацію професійних телемедичних консультацій між лікарями первинної та спеціалізованої медичної допомоги.

Але для повноцінного впровадження телемедицини у вітчизняну сферу охорони здоров'я цього недостатньо. Для забезпечення подальшого розвитку телемедицини в Україні слід вжити ряд заходів, зокрема: забезпечити безперебійну роботу мережі Інтернет у найбільш відділених куточках країни; створити матеріально-технічну базу та розробити відповідне програмне забезпечення; навчити медичний персонал технологіям телемедицини; запровадити економічні стимули для закладів охорони здоров'я, які вирішили надавати телеметричні послуги; удосконалити нормативно-правову базу телемедицини; розробити та впровадити порядок оплати телеметричних послуг; подолати ментальні бар'єри населення в сфері телемедицини.

Для проведення ефективної модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я обов'язково слід враховувати сучасні тренди в сфері інноваційних технологій обслуговування населення, таких як: валеологічні кабінети, кабінети телемедицини та віртуальні палати.

Валеологічні кабінети призначені для формування груп здоров'я здорових людей. Залежно від групи здоров'я, визначеної у процесі валеометрії, людям різного віку і статі розробляються комплекси оздоровчих заходів.

Кабінет телемедицини – це «приміщення, виділене керівником закладу охорони здоров'я для проведення телеметричної діяльності та оснащене: персональним комп'ютером з мультимедіа; веб-камерою та фотокамерою цифровою; сканером; безперебійним блоком живлення; засобами телеметрії; відповідним програмним забезпеченням, підключенням до швидкісного Інтернету та іншим обладнанням згідно з Табелем оснащення кабінету телемедицини» [102].

Основними завданнями кабінету телемедицини є: «забезпечення процесу надання пацієнтам медичної допомоги із застосуванням телемедицини; впровадження новітніх технологій у діяльність закладу охорони здоров'я; ведення медичної, статистичної та облікової документації в електронній формі

та у формі документів на папері, яка використовується при наданні медичної допомоги із застосуванням телемедицини; взаємодія зі структурними підрозділами закладу охорони здоров'я, юридичними та фізичними особами – підприємцями, що надають медичну допомогу із застосуванням телемедицини; участь у розробці рекомендацій щодо застосування телемедицини в закладі охорони здоров'я; забезпечення ефективного використання матеріально-технічної бази кабінету телемедицини; забезпечення дотримання конфіденційності і цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта, а також вимог етики та деонтології надання медичної допомоги» [102].

Віртуальна палата – це рішення, яке допомагає пацієнтам, які б в іншому випадку опинилися б у лікарні, отримати невідкладну допомогу, моніторинг стану та лікування у себе вдома з використанням цифрових інструментів віддаленого моніторингу здоров'я, які передають дані до лікарні в режимі реального часу. Основна відмінність «повноцінних» віртуальних палат від раніше існуючих способів надання медичної допомоги полягає у доступних даних. Віртуальні палати надають ті ж дані в режимі реального часу, які були б доступні, якби пацієнт перебував у лікарні.

Дистанційний контроль амбулаторного лікування передбачає застосування стаціонарзаміщаючих, у тому числі дистанційних, технологій для надання медичної допомоги в домашніх умовах пацієнтам, які виписані зі стаціонарного медичного закладу або потребують стаціонарного лікування. Відбір хворих на лікування в стаціонарі вдома проводиться за поданням дільничних терапевтів, лікарів загальної практики (сімейних лікарів) та лікарів-фахівців.

Сестринські послуги надаються середнім медичним персоналом вдома, а моніторинг стану пацієнта здійснює лікар шляхом огляду та бесіди за допомогою відеоконференцзв'язку, аналізу даних діагностичної апаратури, яка перебуває у користуванні пацієнта.

Як найбільш перспективний напрям можна розглядати домашні стаціонари після перенесених операцій, за наявності хронічної серцевої недостатності, нейро дегенеративних захворювань, захворювань органів дихання, для надання

паліативної допомоги та ін.

Важливим напрямком розробки інноваційного медичного обладнання та розробки програмного забезпечення має стати виробництво 3D-принтерів та біопринтерів для 3D-друку та біо-друку. Біомедичні дослідники, інженери та лікарі знаходять все нові і нові способи використання 3D-принтерів для розробки допоміжних пристроїв та персоналізованих імплантатів, які здатні покращити самопочуття пацієнтів. Виробництво такого медичного обладнання особливо важливо в умовах війни та післявоєнної відбудови, оскільки дають можливість прискорити реабілітацію військових та цивільних, які постраждали внаслідок військових дій.

Біо-принтери працюють за принципом 3D-друку. Вони поєднують живі клітини, молекули, білки та біоматеріали, що дозволяє створити схожі на людські органи структури – кісткову тканину, кровоносні судини тощо. Ці інновації мають різноманітне медичні застосування. Наприклад, їх використовують для тестування та розробки ліків, а також в сфері регенеративної медицини. Так, 2022 році американські хірурги змогли вперше успішно імплантувати надруковане 3D-вухо, яке створили з власних клітин пацієнта. Водночас тайванські вчені описали технологію біо-друку штучної шкіри, яка у майбутньому допоможе загоювати хронічні важковиліковні рани.

Використання технологій цифрової медицини для модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я має супроводжуватись використанням технологій цифрового здоров'я. Цифрове здоров'я (англ. *digital health*) – це об'єднання інформаційних і комунікаційних технологій, націлених на попередження та вирішення можливих проблем зі здоров'ям людини.

Програмне забезпечення цифрового здоров'я поділяється на дві основних категорії:

- 1) програмне забезпечення для організації комунікацій – це онлайн-майданчики і сервіси, які допомагають знайти потрібного лікаря, отримати пораду або коротку консультацію у фахівця, записатися через електронну чергу в поліклініку тощо.

2) програмне забезпечення, орієнтоване на wellness-менеджмент – програми, призначені для контролю здорового способу життя, управління дієтою, фізичними навантаженнями.

Одним із перспективним напрямків цифровізації сфери охорони здоров'я є розвиток м-медицини.

Розвиток м-медицини забезпечить: 1) розширення доступу до медичних послуг, медичної допомоги та медичної інформації з питань здоров'я; 2) підвищення можливостей діагностики, моніторингу та своєчасного відстеження захворювань; 3) надання корисної інформації системи охорони здоров'я; 4) розширення доступу до медичної освіти та професійної підготовки медичних працівників тощо.

У рамках м-медицини можуть реалізовуватися різні види медичних послуг із різними за складністю технологіями: 1) заходи SMS-інформування, ініціаторами яких можуть бути держава, громадські організації та фармацевтичні компанії; 2) завантаження програм в інтернет-магазинах, яке використовується користувачами з різною метою (фітнес, інформування); 3) складні програми/платформи для мобільних телефонів, з інтегрованими можливостями або відповідними пристроями для зняття життєво-важливих показників (рівень цукру, тиск тощо).

М-медицина ефективно використовується в лікуванні та попередженні інфекційних та неінфекційних захворювань, турботі про людей похилого віку, інформуванні вагітних жінок, боротьбі з дитячою та материнською смертністю.

Швидко зростаючим сегментом ринку м-медицини є мобільні програми для смартфонів у сфері здоров'я. Виділяють чотири основні категорії мобільних додатків, які використовуються з цією метою: 1) загальне здоров'я та фітнес (фітнес та харчування тощо); 2) медична інформація (довідники, інформування, діагностика, освіта); 3) віддалені консультації та моніторинг, 4) управління здоров'ям (електронні картки пацієнтів, логічна та платіжна підтримка).

Розвиток м-медицини нерозривно пов'язаний із функціонування Інтернету медичних речей, про який вже згадувалося у параграфі 3.1 дисертаційної роботи.

Інтернет мобільних речей – це сукупність медичних пристроїв, апаратури та програмних продуктів, що використовуються для роботи з медичними даними за допомогою мережевих технологій.

Перспективи використання Інтернету медичних речей для розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я полягають у наступному: 1) забезпечення швидкої та більш точної діагностики захворювань; 2) підвищення якості обслуговування пацієнтів рахунок зменшення кількості непотрібних відвідувань закладів охорони здоров'я; 3) зниження навантаження на систему медичного обслуговування шляхом забезпечення зв'язку між пацієнтами та медичними працівниками; 4) мінімізація витрат на медичне обслуговування; 5) надання якісної та ефективної медичної допомоги, навіть у віддалених регіонах; 6) забезпечення безпечного обміну медичними даними за допомогою мережі Інтернет, бездротовим і дистанційним пристроям, забезпечення швидкої та зручної первинної оцінки медичних даних; 7) покращення здоров'я у пацієнтів та підвищення якості медичних послуг; 8) мінімізація медичних помилок, зумовлених людським чинником, і недоліками у веденні медичної документації завдяки організації автоматизованого обліку даних, що надходять від мобільних медичних пристроїв, а також даних про процес лікування та його результати; 9) підвищення ефективності використання медичної інформації завдяки їх швидкісній обробці пристроями, які підключені до мережі; 10) забезпечення безпеки зберігання та передачі медичних даних через комп'ютерну мережу.

Новизна м-медицини та Інтернету медичних речей як напрямків удосконалення діючої системи охорони здоров'я вимагає вирішення цілого ряду нових завдань: відпрацювання системи взаємодії між учасниками процесу; вибір найуспішніших бізнес-моделей; формування партнерських відносин; вироблення єдиного механізму регулювання та розробка стандартів.

Для вирішення цих завдань необхідно розробити та впровадити платформу, яка буде забезпечувати взаємодію між кінцевими споживачами медичних послуг (пацієнтами), їх постачальниками (медичним персоналом), а також дослідниками, які будуть займатися аналізом медичних даних в різних

цілях (науковців і дослідників). Платформа повинна забезпечувати можливість наступних варіантів її використання:

- анонімний збір, використання та аналіз медичних даних, отриманих на основі використання засобів м-медицини та Інтернету медичних речей, як на пристроях користувачів, так і засобами хмарних обчислювальних технологій;
- забезпечення взаємозв'язку між пацієнтом та медичними працівниками шляхом надання можливості індивідуалізації на основі надання ретроспективних медичних даних пацієнтів;
- надання механізмів збору медичних даних пацієнтів для проведення медичних досліджень в умовах великого обсягу піддослідних;
- надання прикладних програмних сервісів для підключення нових мобільних застосунків, засобів м-медицини та Інтернету мобільних речей.

Для стимулювання розробки мобільних пристроїв та програмних продуктів для м-медицини та Інтернету медичних речей необхідно надати державну підтримку підприємствам, які займаються розробкою таких технологій. Така підтримка має бути реалізована у формі державного інвестування та державних замовлень.

Запровадження всіх запропонованих вище сучасних інформаційних технологій має супроводжуватися активним використанням технологій блокчейну для формування блокчейн-реєстрів зберігання медичної інформації. Це дозволить акумулювати та надійно зберігати інформацію про здоров'я пацієнта, історію хвороби, супутні захворювання, алергічні реакції на ліки, результативність використання лікарських засобів та сприятиме покращенню технологій лікування. Технології блокчейну можуть і повинні використовуватися у охороні здоров'я, фармацевтичній сфері не тільки для управління електронними медичними картами, але і для фіксації народження дітей, побудови ланцюжка поставок ліків, для боротьби з контрафактами, контролю за розподілом донорських органів, проведення клінічних та біомедичних досліджень, віддаленого моніторингу пацієнтів, покращення процедур страхування та дотримання алгоритму розрахунку за платні медичні

послуги.

Отже, враховуючи сучасні тенденції та виклики цифровізація сфери охорони здоров'я має стати одним із пріоритетних напрямків модернізації публічної політики в цій сфері. Вона забезпечує полегшує та спрощує процес моніторингу за станом здоров'я як громадянам, так і медичному персоналу, підвищує якість та доступність медичних послуг, зменшує кількість медичних помилок, а також зменшує навантаження на заклади охорони здоров'я.

Висновки до розділу 3

Проведене дослідження шляхів модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я дозволило запропонувати доктрину модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я шляхом реагування на сучасні виклики та загрози (людиноцентричність, глобалізація, цифровізація, старіння населення, пандемію, війну) та вдосконалення діючих підходів та практик до її вироблення та реалізації.

В основу розробленої доктрини модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я покладено визначену мету та систему цілей. Метою модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я запропоновано вважати удосконалення системи її вироблення та реалізації з метою підвищення її ефективності та адаптації до сучасних викликів та потреб. До основних цілей модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я віднесено: адаптацію до наднаціональної політики ЄС в сфері охорони здоров'я; запровадження міжнародних стандартів лікування; побудову ефективної системи інституційного забезпечення; побудову ефективної системи ресурсного забезпечення; удосконалення організаційно-економічного механізму; адаптація до сучасних викликів та загроз, зокрема наслідків війни, пандемії, старіння населення та цифровізації.

З метою інституційного закріплення запропонованої доктрини запропоновано формалізувати її у вигляді концептуального нормативно-правового документу, який повинен складатися з теоретичної, емпіричної,

логічної, аргументованої онов, а також образу, ідеальної моделі управлінських процесів та основи для класифікації інтерпретаційних схем і моделей.

Для здійснення адаптації вітчизняної публічної політики до європейської наднаціональної політики в сфері охорони здоров'я запропоновано зосередитися на наступних пріоритетних сферах: громадському здоров'ї, фармацевтичній галузі, медичних послугах, медичній освіті, імплементації концепцій е-медицини, м-медицини, «розумного» здоров'я та «єдиного» здоров'я.

Для забезпечення запровадження міжнародних стандартів лікування запропоновано запровадити в Україні провідну міжнародну систему стандартизації у сфері безпеки та якості діяльності медичних закладів Спільної міжнародної комісії – JCI. Практичне використання цієї системи стандартизації дозволить удосконалити діючу систему надання медичних послуг, підвищить їх якість та культуру медичного обслуговування, а також підвищити авторитет українських закладів охорони здоров'я на міжнародній арені, що сприятиме розвитку медичного туризму та іноземного інвестування.

З метою вдосконаленні інституційної бази публічної політики в сфері охорони здоров'я необхідно: доповнити Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я додатковими напрямками, зокрема розвитком т-здоров'я та т-медицини, розвитком Інтернету медичних речей та розробкою відповідних технологій, розвитком штучного інтелекту, впровадженням «розумного» підходу до публічного управління сферою охорони здоров'я; розробити та впровадити Концепцію розвитку фармацевтичної галузі України на період 2024-2028 рр.; розробити та ухвалити Закони України «Про лікарське самоврядування» та «Про професійне ліцензування медичних працівників».

Для побудови ефективної системи ресурсного забезпечення потрібно: запровадити страхову медицину; стимулювати розвиток проектної діяльності закладів охорони здоров'я; стимулювати розвиток аутсорсінгу в сфері охорони здоров'я; забезпечити розвиток та збереження медичних кадрів; стимулювати розвиток е-медицини, м-медицини та s-медицини.

Удосконалення організаційно-економічного механізму необхідно

здійснити шляхом: запровадження професійного самоврядування в систему публічного управління сферою охорони здоров'я; запровадження персоналізованої, прогнозованої, профілактичної, партисипативної та психокогнітивної медицини; розвитку конкуренції на ринку медичних послуг; запровадження інклюзивного підходу в процес надання медичних послуг; запровадження нових форм обслуговування пацієнтів; розвитку партнерства в сфері охорони здоров'я (державно-приватного, міжмуніципального та міжсекторного); розвиток медичного туризму.

Для забезпечення адаптації сфери охорони здоров'я до сучасних викликів та загроз необхідно: створити безпечне та безбар'єрне середовище в закладах охорони здоров'я; стимулювати розвиток реабілітаційного напрямку охорони здоров'я; відпрацювати механізми надання медичних послуг та медичної допомоги в умовах війни та пандемії.

Для удосконалення вітчизняної публічної політики в сфері охорони громадського здоров'я запропоновано відійти від моделі, орієнтованої на лікування вже виявлених захворювань, та запровадити модель «5P-медицини», яка складається з п'яти складових елементів: персоналізації, прогнозування, профілактики, партисипативності та психокогнітивності. Персоналізація передбачає впровадження індивідуального пацієнтоорієнтованого підходу до кожної людини. Прогнозування забезпечує передбачення розвитку хвороби на основі геному людини та індивідуальних характеристик її організму. Профілактика дозволяє попередити виникнення хвороби на основі характеру прогнозованого захворювання. Партисипативність передбачає широке залучення в процес лікування різних лікарів, а також самого пацієнта, який перетворюється з об'єкта лікування на повноцінного учасника цього процесу. Психокогнітивність відображає поведінку людей в сфері запобігання виникненню хвороб, реагування на них та боротьбу із ними, способи обрання варіантів лікування та характер взаємодії із медичними працівниками в процесі лікування.

Для запровадження концепції «5P-медицини» у вітчизняну сферу охорони здоров'я запропоновано здійснити низку заходів, які умовно поділені на три блоки: ідеологічні, методологічні та організаційні.

Для забезпечення переходу вітчизняної публічної політики в сфері охорони здоров'я від моделі, орієнтованої на лікування вже виявлених захворювань, на модель «5P-медицини» запропоновано розробити для кожного громадянина генетичні паспорти, які можуть бути двох видів: ДНК-профіль (ідентифікаційний генетичний паспорт), який має використовуватися в основному для встановлення або підтвердження особистості людини, та генетичний паспорт здоров'я, який дозволяє виявити схильність до різних захворювань, на основі яких складається комплекс профілактичних і діагностичних заходів і заходів щодо запобігання їх виникнення.

Для забезпечення цифровізації вітчизняної сфери охорони здоров'я запропоновано доповнити Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я такими напрямками, як: розвиток m-здоров'я та m-медицини; розвиток інтернету-речей та розробка відповідних технологій; розвиток штучного інтелекту.

Для забезпечення розвитку m-здоров'я та m-медицини запропоновано вжити ряд заходів, зокрема: стимулювати розробку відповідного програмного забезпечення для смартфонів; інтегрувати відповідне програмне забезпечення в процес моніторингу за здоров'ям пацієнтів; стимулювати громадян активно використовувати мобільні пристрої для моніторингу свого здоров'я; стимулювати розвиток інтернету мобільних речей.

Для стимулювання розвитку телемедицини як одного із найперспективніших інструментів забезпечення пацієнтоорієнтовано підходу в процесі надання медичних послуг запропоновано розробити технічні моделі, алгоритми та процедури надання телемедичних послуг, стандарти їх надання, забезпечити технічне обладнання кабінетів телемедицини для надання телемедичних послуг та організувати ефективний захист медичної інформації.

Результати дослідження за даним розділ знайшли своє відображення в працях здобувача [66, 67, 68, 69, 150, 151]

ВИСНОВКИ ДО РОБОТИ

Проведене в рамках даної дисертації наукове дослідження наукових, інституційних, функціональних, організаційних та економічних засад вироблення та реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я дозволило отримати певні висновки та узагальнення щодо модернізації окремих її складових.

1. Охорона здоров'я в сучасному глобальному просторі є важливим об'єктом публічної політики на національному та глобальному рівнях. Як багатоаспектна сфера вимагає напрацювання комплексних рішень для покращення якості медичних послуг, їх доступності, врахування сучасних безпекових викликів та попередження глобальних загроз здоров'ю, з метою їх запобігання та посилення впливу системи охорони здоров'я на розвиток та зростання національної економіки. Для її характеристики запропоновано модель здоров'я, яка повинна включати типи, детермінанти, чинники, ризики розвитку охорони здоров'я, індикатори дослідження стану безпеки здоров'я.

2. Система охорони здоров'я створюється певними інститутами. Вона включає: інститути, що реалізують публічну політику охорони здоров'я та управління її підсистемами; первинну, вторинну, високоспеціалізовану медичну допомогу; невідкладну допомогу; охорону психічного здоров'я; медичну реабілітацію; геріатричну допомогу; паліативну допомогу; охорону здоров'я матері та дитини; стоматологічну допомогу; громадське здоров'я; профілактичну медицину; альтернативну медицину; телемедицину та цифрове здоров'я; медичну освіту; кадрове забезпечення охорони здоров'я; інститути ринку лікарських засобів та медичних препаратів; ресурсний, інфраструктурний супровід системи охорони здоров'я; організаційно-економічні форми системи охорони здоров'я.

3. Публічна політика охорони здоров'я представлена нами з позицій системного, структурного, процесного, суб'єктно-об'єктного та функціонального підходів, що дозволило її трактувати як важливу складову публічної політики держави, яка визначає цілі, пріоритети у сфері охорони

здоров'я, формує організаційно-економічний механізм їх досягнення, і направлена на створення сучасної, конкурентної, доступної, якісної, інтегрованої у глобальний медичний простір системи охорони здоров'я; реалізується на наднаціональному, національному, макроструктурному, регіональному, локальному рівнях через систему прогностичних, програмно-планових, регулюючих, координуючих заходів з врахуванням викликів та потреб внутрішнього та зовнішнього середовища.

4. Наукову основу публічної політики охорони здоров'я створюють наукові теорії та моделі, які є концептуальними рамками організації системи охорони здоров'я, надання медичних послуг, включаючи фінансування, доступність медичних послуг та їх якість, види та обсяги послуг, координацію та контроль безпеки їх надання тощо. Моделі охорони здоров'я структуровано за типом економічних систем, формою управління, фінансування медичних послуг, формами власності, що дозволило поглибити наукові детермінанти дослідження.

5. Публічна політика охорони здоров'я розглянута з позицій основних етапів трансформації. Відповідно до цього в роботі виокремлено етапи, що стосуються створення децентралізованої моделі управління, ринку медичних послуг, різних рівнів системи охорони здоров'я, диверсифікації підходів до фінансування медичних послуг, створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я, вироблення підходів до адаптації вітчизняного законодавства до європейських норм та стандартів в частині виробництва та продажу лікарських засобів та медичних препаратів, створення системи громадського здоров'я.

Суб'єктом публічної політики є система публічних інститутів, що здійснює управління охороною здоров'я на наднаціональному, макроекономічному, макроструктурному, регіональному рівнях та забезпечує ліцензування, регламентування, економічне регулювання, контроль діяльності медичних закладів та якості наданих ними медичних послуг; самоврядні медичні асоціації, установи та об'єднання; статистичні інститути та аналітичні центри.

6. Для вдосконалення інформаційного базису публічної політики охорони здоров'я нами запропоновано організаційно-методичні підходи до проведення

моніторингу охорони здоров'я за допомогою показників біологічного, популяційного здоров'я; демографічних показників; показників рівня захворюваності; показників цифрової мапи здоров'я та профілів здоров'я, в основі яких ступінь задоволення населення станом здоров'я, якість надання медичних послуг, індекс здоров'я. Проведений моніторинг даних показників дозволив виявити негативну динаміку зниження коефіцієнту народжуваності та найвище значення у світі показників смертності, та виокремити 5 кластерів за станом розвитку системи охорони здоров'я на основі профілів здоров'я, що має стати базою для вироблення політики підтримки та примноження потенціалу здоров'я в регіонах України.

7. Для зменшення ризиків для здоров'я і на виконання вимог інтеграції України до ЄС у сфері охорони здоров'я в Україні в реалізації публічної політики необхідно: посилювати просвітницьку складову; міжсекторну співпрацю у подоланні негативного впливу ризикових факторів на стан здоров'я; проводити профілактичні заходи; посилювати рекреаційну складову у покращенні параметричних характеристик здоров'я шляхом розвитку медичного туризму; реалізовувати на регіональному рівні програми підтримки оздоровчої рухової активності (створення велохабів), боротьби з неінфекційними захворюваннями, здорового харчування, розвитку цифрової моделі охорони здоров'я.

8. Аналіз організаційно-економічного механізму публічної політики дозволив констатувати недостатню результативність використання програмно-планового інструментарію, відсутність механізму відстеження ефективності та результативності його використання, відсутність механізму публічної звітності та громадського контролю у використанні коштів на програмні та проєктні розробки, зменшення фінансування за програмою медичних гарантій; скорочення капітальних трансфертів, видатків на соціальне забезпечення, на наукові дослідження та розробки в рамках реалізації державних та регіональних цільових програм.

9. Для оцінювання результативності публічної політики в сфері охорони здоров'я запропоновано розрахунок інтегрального показника результативності, що визначається за моделлю середньо-геометричного зважування інтегральних індексів, що відображають управлінську ефективність (витрати на управління), ноосферизацію (витрати на науково-дослідні розробки та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я), інноватизацію (залучення інвестицій для реалізації інноваційних проєктів), цифровізацію (витрати закладів охорони здоров'я на програмне забезпечення), що сприятиме посиленню впливу публічної політики охорони здоров'я на показники макроекономічної активності та збалансованого розвитку національної економіки.

10. Аналіз результативності організаційно-економічного механізму публічної політики дозволив виокремити стримуючі та стимулюючі фактори, що супроводжують його реалізацію. Серед стримуючих: погіршення параметричних характеристик потенціалу здоров'я; недостатня статистична база для оцінювання впливу процесів ноосферизації та цифровізації на розвиток вітчизняної системи охорони здоров'я; найнижчі в ЄС витрати на охорону здоров'я; низька питома вага приватних медичних закладів, які нині найбільшою мірою інвестують в модернізацію технічного забезпечення та підвищення якості надання медичних послуг; значне руйнування медичної інфраструктури, що потребуватиме додаткових капітальних вкладень на післявоєнне відновлення та відбудову; відсутність уніфікованого обліку потреб та стану використання медичної гуманітарної допомоги, що породжує неправомірну поведінку; відсутність розрахунків функціональної ефективності кластеризації. Серед стимулюючих виокремлено: трансформацію національних норм та стандартів ведення медичної практики до європейських норм, зміну моделі фінансування закладів охорони здоров'я, позиціонування інформаційних технологій як фактору конкурентного зростання, співпрацю з міжнародними організаціями, глобальними партнерствами у сфері вирішення завдань охорони здоров'я, використання квазіфіскальних інструментів державної підтримки сфери охорони здоров'я.

11.3 метою вдосконалення наукового базису публічної політики в сфері охорони здоров'я розроблено доктрину модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я, в основу якої покладено еталонну модель організації управлінських процесів; теоретичну, емпіричну, логічну підсистему; інноваційні підходи до управління сферою охорони здоров'я, які передбачають використання концепції валеології, «єдиного здоров'я», «розумного здоров'я», цифрової медицини, «антиейдж медицини», концепції персоналізованої, прогнозованої, профілактичної, партисипативної та психокогнітивної медицини. Практична реалізація розробленої доктрини забезпечить покращення параметричних показників стану здоров'я, сприятиме підвищенню результативності публічної політики в сфері охорони здоров'я та її адаптивності до сучасних викликів та загроз.

Засадними принципами доктрини визначено: розвиток системи громадського здоров'я, який повинен відбуватися за рахунок впровадження валеологічного підходу до здоров'я та популяризації здорового способу життя; підвищення ефективності фармацевтичної галузі шляхом імплементації європейських стандартів якості лікарських засобів та товарів медичного призначення; підвищення якості та доступності медичних послуг шляхом впровадження пацієнтоорієнтованого підходу в систему медичного обслуговування; удосконалення системи медичної освіти та підвищення її якості шляхом використання технологій віртуальної та доповненої реальності; вдосконалення нормативно-правового забезпечення в частині інституалізації лікарського самоврядування, професійного ліцензування медичних працівників; підвищення ефективності використання медичної інформації шляхом стимулювання ІТ-компаній до розробки відповідного програмного забезпечення.

12. Для удосконалення організаційного забезпечення реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я запропоновано запровадити обов'язкову розробку для кожного громадянина генетичного паспорту, який повинен включати ідентифікаційний генетичний паспорт, який має використовуватися для встановлення або підтвердження особистості людини, та генетичний паспорт

здоров'я, який дозволить виявити схильність до різних захворювань, на основі яких має складатися комплекс профілактичних і діагностичних заходів, що забезпечить людиноцентричний підхід в наданні медичних послуг, підвищить їх якість та дозволить виробити превентивні заходи для запобігання виникненню захворювань.

13. Для забезпечення інноватизації публічної політики охорони здоров'я запропоновано впровадження концепцій «єдиного здоров'я», «розумного здоров'я», а також м-медицини, Інтернету медичних речей, штучного інтелекту, віртуальної та доповненої реальності шляхом стимулювання вітчизняних ІТ-компаній до розробки відповідного програмного забезпечення для смартфонів та його інтеграцію в процес медичного обслуговування пацієнтів. Для активізації впровадження окреслених заходів запропоновано розробити та реалізувати комплекс просвітницьких та рекламних заходів щодо мотивації громадян активно використовувати мобільні пристрої для моніторингу стану здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р.Р., Стахів О.В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Академічні візії*. 2023. № 17. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/250>
2. Августин Р.Р., Стахів О.В. Управління процесами інтелектуалізації – системна умова розвитку закладів охорони здоров'я. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права*. 2023. № 37. С. 13-21.
3. Амосов М.М. Роздуми про здоров'я. К.: Здоров'я. 1990. 168 с.
4. 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>
5. Архітектоніка управління збалансованим розвитком: кол. Монографія; за ред. Т.Л. Желюк. Тернопіль: Крок, 2017. 337с.
6. Баєва О.В. Менеджмент в галузі охорони здоров'я: навч. посіб. URL: https://pidru4niki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_z_dorovyua
7. Баєва О.В., Білинська М.М., Згалат-Лозинська Л.О. та ін. Медичний менеджмент: понятійно-термінол. слов. за ред. за ред. О. В. Баєвої, Я. Ф. Радиша. К. : ДП «Видавничий дім «Персонал», 2008. 232 с.
8. Білинська М.М., Васюк Н.О., Жаліло Д.І. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я: підручник. У 2 т. Т. 1. Київ: НАДУ, 2017. 284 с.
9. Білинська М.М., Радиш Я.Ф., Рожкова І.В. та ін. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид.; за заг. ред. проф. М.М. Білинської. К., Львів: НАДУ, 2012. 240 с.
10. Бюджет України 2021. Статистичний збірник. К.: Департамент Державного бюджету МФУ. 2022. 279с. URL: https://www.mof.gov.ua/storage/files/2_Budget_of_Ukraine_2021.pdf
11. Бюджетний кодекс із змінами і доповненнями від 18.04.2020. URL: <https://www.profiwins.com.ua/uk/legislation/kodeks/927.html>

12. Васильців Т.Г., Білецька І.М., Рудковська Т. Інструментарій модернізації публічної політики в сфері розвитку приватних закладів охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2023. № 4. С.19-23.

13. Васильців Т.Г., Білецька І.М., Рудковський О.В., Рудковська Т. До питання модернізації публічної політики розвитку сфери охорони здоров'я в Україні. *Modeling the development of the economic systems*. 2023. № 2. С. 223-228.

14. Гальцова О. Л. Державна політика у сфері охорони здоров'я: початок другого етапу реформи. *Український журнал прикладної економіки*. 2019. Том 5. № 2. С. 101-107.

15. Гетманцев Д. Бюджет країни у війні-2: основні пріоритети та ризики. URL: <https://www.epravda.com.ua/columns/2023/09/20/704529/>

16. Глобальні прогнози та тенденції у сфері ІТ-медицини. URL: <https://evergreens.com.ua/ua/articles/telemedicine-vs-telehealth.html>

17. Глушко О.З. Базові терміни з проблеми трансформації в освіті: погляди вітчизняних вчених. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/132487959.pdf>

18. Голованова І. А., Криснова О. І. Значення приватної медицини в системі охорони здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. № 1 (3). 2016. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf>

19. Державна політика у сфері охорони здоров'я: монографія; заг. ред. М.М. Білинської, Я. Ф. Ради. К.: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

20. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>

21. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року №174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>

22. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році: Постанова Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 року № 1440. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deyaki->

[pitannya-realizaciyi-programi-derzhavnih-garantij-medichnogo-obslugovuvannya-naselennya-u-2022-roci-i291221-1440](https://ukraine.un.org/uk)

23. Доступ до медичних послуг в Україні в умовах війни. Опитування ВБОЗ. URL: <https://ukraine.un.org/uk>

24. Електронна система охорони здоров'я в Україні eHealth. URL: <https://ehealth.gov.ua>

25. Євромапа здоров'я.2020. URL: http://neweurope.org.ua/wp-content/uploads/2020/05/1590764088994_Evromap_health_01-29_graf_ukr.pdf

26. Євромапа-3. URL: https://eu-ua.kmu.gov.ua/sites/default/files/inline/files/euomap-3_ukr_web-2.pdf

27. Желюк Т.Л. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Вісник економіки*. 2019. № 1.С.37-50. URL: <http://visnykj.wunu.edu.ua/index.php/visnykj/article/view/834/948>

28. Желюк Т.Л. Управління довгостроковим розвитком національної економіки: методологічні та прикладні аспекти: монографія. Тернопіль: Економічна думка, ТНЕУ, 2010. 512 с.

29. Жуковська А., Чигур О. Особливості формування конкурентного середовища на ринку медичних послуг. Соціальні, економіко-правові та фінансові виклики в умовах глобальних трансформацій: тези доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції, 30 травня 2022 року, Тернопіль-Братислава, 2022. С. 189-191. URL:

http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/45889/1/SOCIAL%2C%20ECONOMIC%2C%20LEGAL%20AND%20FINANCIAL%20CHALLENGES%20IN%20GLOBAL%20TRANSFORMATIONS%20CONDITIONS_30_10_2022.pdf#page=189

30. Жуковська А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. *Інноваційна економіка*. 2020. № 3-4 (83). С. 19-30. URL: <https://doi.org/10.35774/visnyk2019.02.007>

31. Жуковська А.Ю., Чигур, О.В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка*. 2022. № 1 (90). С. 60-66. URL: <https://doi.org/10.37332/2309-1533.2022.1.8>

32. Законодавство України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/index>
33. Зима І.Я. Аналіз сучасної інституційної системи реформування охорони здоров'я у відповідності до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 6. С. 87-91. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=6587&i=14>
34. Зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285 URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennia-zmin-do-litsenziinykh-umov-provadz-a1034>
35. Зуб І. Сучасні передумови розвитку організаційно-економічного механізму сфери охорони здоров'я України. *Науковий вісник Полісся*. 2023. № 1(26). С. 86-98.
36. Зуб І.М., Забаштанський М.М. Роль сучасних підходів публічного управління у розвитку сфери охорони здоров'я в Україні. Розвиток компетентності в публічному секторі: європейські стандарти та перспективи: міжнародна науково-практична конференція, 30 вересня 2021 р., Івано-Франківськ, 2021. С. 165-166.
37. Зуб І.М., Забаштанський М.М., Драгунов Д.М. Фінансові інструменти стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я в умовах цифрової економіки. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2021. № 1(25). С. 159-165.
38. Індекс здоров'я. Україна.2020: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ. 2021. URL: https://health-index.com.ua/HI_Report_UA_2020.pdf
39. Інформаційний бюлетень Україна STEPS. Поетапний підхід ВООЗ до епідагляду за факторами ризику неінфекційних захворювань. URL: <http://surl.li/kqyxl>
40. Князевич В.М., Радиш Я.Ф., Васюк Н.О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я як організаційно-нормативна система владних дій та управлінських рішень. *Інвестиції: практика та досвід*. 2015. № 7. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2015/23.pdf

41. Ковтун О.С., Баранова С.С. Соціологія здоров'я: проблеми теорії та практики: навчально-методичний посібник. Університет «Україна», 2020. 165 с.

42. Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MU46004>

43. Конституція України. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/constitution>

44. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 року № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>

45. Котигорошко В. Піраміда потреб Маслоу: що таке Ієрархія потреб і як вона працює. URL: <https://www.gasformind.com/>

46. Кривенко В.І., Федорова О.П., Пахомова С.П. та ін. Профілактичні заходи в практиці лікарів «загальної практики – сімейної медицини». частина II: навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України. Запоріжжя: АА Тандем, 2017. 260 с.

47. Криничко Л.Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування. Дисертація на здобуття наукового ступеня д. н. з держ. упрв. Житомир. 2021. 437 с. URL: <https://chmnu.edu.ua/wp-content/uploads/Disertatsiya.pdf>

48. Ліштаба Л.В. Сучасний стан та особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління*: електрон. наук. фахове вид. 2017. Вип. 1 (06). С. 19-23. URL: <https://www.easterneurope-ebm.in.ua/6-2017-ukr>

49. Ліштаба Л.В. Інтервальні моделі професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я. *Економіка та суспільство: електрон. наук. фахове вид.* 2017. Вип. 10. С. 888-891. URL: <https://www.economyandsociety.in.ua>

50. Ліштаба Л.В. Формування механізму компетентності менеджерів у системі охорони здоров'я: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон.

наук: спец. 08.00.04 – економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності). Тернопіль : ТНЕУ, 2017. 20 с.

51. Ляшко В., Півень Н., Брага М., Рижкова А., Нагорна І. та ін. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я: операційний посібник. К.: Центр громадського здоров'я. 2020. 60 с.

52. Марковський В., Сорокіна І., Плітень О., Шапоренко С. Предиктивна, превентивна та персоналізована медицина: реалії, проблеми, перспективи. *Новий колегіум*. 2015. №3. С. 27-31.

53. Маслоу А. Мотивація і особистість; пер. В. Данченка. К. : PSYLIB, 2004.

54. Мацик В.О. Активізація валеологічного підходу до інституалізації реформи сфери охорони здоров'я. Модернізація менеджменту та публічного управління сфери охорони здоров'я: кол. мон. за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль: Крок. 2020. С.517-527.

55. Мацик В.О. Виклики публічної політики охорони здоров'я в умовах військового стану. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України: Всеукраїнська науково-практична Інтернет-конференції з міжнародною участю, 31 травня 2022 року, Тернопіль, ЗУНУ. С. 136-138.

56. Мацик В.О. Інституційні імперативи стратегічного планування розвитку системи охорони здоров'я Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки: матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю, 4 травня 2023 року, Тернопіль, 2023. ТНЕУ. Частина 1. С. 159-161.

57. Мацик В. О. Модернізація інформаційно-комунікативного забезпечення діяльності медичних установ. *Інноваційна економіка*. 2020. № 5-6. С.97-102.

58. Мацик В.О. Оцінка результативності реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту в умовах

інноваційного розвитку економіки: матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 28 травня 2021 року, Тернопіль: СМП «Тайп». 2021. С.114-117.

59. Мацик В.О. Перспективи розвитку превентивної медицини. Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки: матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю 15 травня 2020 року, Тернопіль. 2020. Частина 1. С. 116-120.

60. Мацик В.О. Публічна політика в сфері охорони здоров'я. Розвиток публічного управління та менеджменту в умовах трансформаційних викликів: кол. монографія за ред., Шкільняка М.М., Васиної А.Ю. Тернопіль, ЗУНУ. 2022. С.121-127.

61. Мацик В.О. Ресурсне забезпечення закладу охорони здоров'я. Модернізація менеджменту та публічного управління сфери охорони здоров'я: кол. мон. за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль: Крок. 2020. С. 226-235.

62. Мацик В.О. Співпраця установ Міністерства охорони здоров'я і Державної служби надзвичайних ситуацій України в питаннях охорони здоров'я, запобігання та ліквідації надзвичайних ситуацій в регіоні. Актуальні проблеми вітчизняної економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі: міжнародна науково-практична конференція, 28 жовтня 2021 року, Тернопіль, ЗУНУ, ФЕУ.

63. Мацик В.О. Стратегічний підхід до управління ресурсним забезпеченням діяльності медичного закладу. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, Кам'янець-Подільський, грудень 2018 року. 2018. С. 213-216.

64. Мацик В.О. Управління ресурсним забезпеченням у процесі функціональної діяльності медичного закладу. Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, 25 квітня 2018 року. Тернопіль, 2018. С. 314-317.

65. Мацик В.О. Цифрові аспекти модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Особливості розвитку вчених, освіти, науки бізнесу і суспільства в середовищі глобальних умов: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції 11 березня 2021 р., Тернопіль, ЗУНУ. ФОП Осадца Ю.В. 2021. С.40-42.

66. Мацик В.О., Желюк Т.Л. Медичний туризм нові напрямки та можливості: макроекономічні та регіональні аспекти. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2021. Вип. 26. С. 17-27. URL: <http://rarrpsu.wunu.edu.ua/index.php/rarrpsu/article/viewFile/410/404>

67. Мацик В.О., Желюк Т.Л. Публічна політика в сфері охорони здоров'я: нові виклики та можливості. International conference Information of socio-economic development of the state and region: Conference Proceedings, aprils 20. 2020. Gromadka, Poland: Gokib. P. 10-14.

68. Мацик В.О., Котис Н.В. Інноваційні підходи до організації комунікацій на ринку медичних послуг. *Інноваційна економіка*. 2022. №1 (90). С. 67-73.

69. Мацик В. Публічна політика охорони громадського здоров'я України в умовах євроінтеграційних викликів. *Вісник Хмельницького національного університету. Серія: економічні науки*. 2023.№ 2 (316). С.357-362.

70. Медичні закупівлі України. URL: <https://medzakupivli.com/uk/pro-mzu/pro-nas>

71. Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів. *Вісник економіки*. 2022. Випуск 2. С. 111-127.

72. Мельниченко О.А., Дегтярьова І.О., Косенко А.В. Особливості прийняття публічно-управлінських рішень щодо розвитку сфери охорони здоров'я в поствоєнний період. Сучасні тенденції розвитку фінансових та інноваційно-інвестиційних процесів в Україні науки: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 02-03 березня 2023 р., Вінниця: Вид-во ВНТУ, 2023. С. 247-249.

73. Мельниченко О.А., Овчарова Ж.М. Публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я як предмет дисертаційних досліджень українських

науковців. *Таврійський науковий вісник. (Серія: Публічне управління та адміністрування)*. 2022. № 4. С. 40-46.

74. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text

75. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний сайт. URL: <https://moz.gov.ua>

76. Міністерство охорони здоров'я України. Як застосовувати телемедицину лікарям первинної ланки: методичні рекомендації. URL: <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/jak-zastosovuvati-telemedicinu-likarjam-pervinnoi-lanki-metodichni-rekomendacii>

77. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. Монографія; за ред. Желюк Т.Л., Шкільняка М.М. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf

78. Москаленко М. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : моногр. К. : Книга плюс, 2008. 320 с.

79. На часі в Україні попереджувальна медицина (або коли в Україні з'явиться превентивна медицина ?). URL: <https://aurasvit.com/archives/1021>

80. Навчальна дисципліна «Валеологія та методика викладання». Лекція № 1 «Валеологія як стратегія виживання людини в сучасному суспільстві». URL: <http://sport.mdu.edu.ua/tmfks/wp-content/uploads/2018/01/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-1-9.pdf>

81. Концепція розвитку велоінфраструктури Тернополя до 2025 року. Стратегічний план розвитку Тернопільської міської територіальної громади до 2029 року. Офіційний сайт Тернопільська ОДА. URL: <https://ternopilcity.gov.ua/strategichni-ta-programni-dokumenty/plan-strategichnogo-rozvitku-mista-ternopolya-do-2025-roku/18938.html>

82. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року: Розпорядження КМУ від 19 серпня 2020 р. № 1043-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1043-2020-%D1%80#Text>

83. Національний план дій щодо імплементації Міжнародних медико-санітарних правил: Розпорядження КМУ від 24 лютого 2023 р. № 173-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/173-2023-%D1%80#Text>

84. Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань: Розпорядження КМУ від 26 липня 2018 р. № 530-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-%D1%80#Text>

85. Огляд Законодавства ЄС, пов'язаного з громадським здоров'ям. URL: https://eu-ua.kmu.gov.ua/sites/default/files/inline/files/oglyad_zakonodavstva_yes_u_sferi_ohorony_zdorovya.pdf

86. Огляд страхового ринку України за I півріччя 2022 року. Наглядові дії безвиїзного нагляду у лютому -вересні 2022 року та пріоритетні напрями нагляду під час дії воєнного стану в Україні. URL: <http://surl.li/dwpga>

87. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я: навч. посібник за ред. Шкяльняка М.М., Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2021. 438 с. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/48106>

88. Основні етапи медичної реформи. URL: <https://legalaid.gov.ua/novyny/osnovni-etapy-medychnoyi-reformy-konsultuyeyuryst-drugogo-odeskogo-mistsevogo-tsentru/>

89. Останіна С. Що таке превентивна медицина і чому нам варто звернути на неї увагу. URL: <https://rytmy.media/napryamky/shcho-take-preventyvna-medytsyna-i-chomu-nam-varto-zvernuty-na-nei-uvahu/>

90. Офіційний веб-сайт Державної служби статистики України. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

91. Офіційний веб-сайт Комітету Верховної ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування URL: https://komzdrav.rada.gov.ua/news/Pravova_baza_diyalnosti_Komitetu/72617.html

92. Офіційний веб-сайт Міністерства економіки України. URL: <https://www.me.gov.ua>

93. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua>

94. Офіційний веб-сайт Міністерства фінансів України. URL: <https://www.mof.gov.ua/uk>

95. Офіційний веб-сайт НСЗУ. URL: <https://nszu.gov.ua>

96. Паспорт Державної бюджетної програми реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення на 2023 рік. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>

97. Перелік державних цільових програм, яким присвоюються облікові коди: Наказ Міністерства економіки України від 24 травня 2023 року № 4132. URL: <https://www.me.gov.ua/Documents/List?lang=uk-UA&tag=DerzhavniTsiloviProgrami&id=94bdcb89-535f-4d30-9ea9-a2aac3ccea0f&pageNumber=1>

98. Перетворення нашого світу: Порядок денний в області сталого розвитку на період до 2030 року. URL: <http://surl.li/cyloa>

99. Петренко І.І., Салтовський О.І., Колюха В.В. Особливості оцінювання публічної політики: уроки для України. *Актуальні проблеми політики*. 2022. Вип. 69. С.80-87.

100. План відновлення України. Конференція з питань відновлення України 2022. 4-5 липня, Лугано, Швейцарія. URL: <https://ua.urc2022.com/plan-vidnovlennya-ukrayini>

101. Положення про департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації: Розпорядження голови Тернопільської ОДА від 08.01.2013 № 3-од. URL: <http://surl.li/khdmk>

102. Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовтня 2015 року № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1401-15>

103. Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 2 листопада 2006 р. №1542. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>

104. Положення про Національну службу здоров'я України: Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

105. Порядок та умови надання у 2022 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 26 січня 2022 № 66. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/66-2022-%D0%BF#Text>

106. Правила здоров'я від Миколи Амосова. URL: <http://surl.li/jipdy>

107. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2022 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/361136>

108. Пріоритети відновлення системи охорони здоров'я України / К. Бреденкамп, Т. Дмитраченко, О. Дорошенко, К.Фіщук, Я. Хабіхт, Представник ВООЗ та Голова Бюро ВООЗ в Україні, Директор офісу охорони здоров'я, USAID Україна. 2023. 18 с.

109. Про вдосконалення акредитації закладів охорони здоров'я: Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України від 14 березня 2011 № 142. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0678-11#Text>

110. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо актуалізації та удосконалення деяких положень: Закон України від 3 листопада 2022 року № 2709-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2709-20#Text>

111. Про внесення змін до Конституції України (щодо стратегічного курсу держави на набуття повноправного членства в Європейському Союзі та в Організації Північноатлантичного договору): Закон України від 7 лютого 2019 року № 2680-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2680-19#Text>

112. Про врегулювання питань в окремих галузях охорони здоров'я: Проект Закону України. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JH5RS00I>

113. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T172168>

114. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2015 № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>

115. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text>

116. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 року № 765. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text>

117. Про зміни до Критеріїв державної акредитації закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 6 червня 2011 року № 679/19417. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0032-14#Text>

118. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21 травня 1997 № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

119. Про основи законодавства України у сфері охорони здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

120. Про ратифікацію Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну: Закон України від 15 березня 2006 року № 3534-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3534-15#Text>

121. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та

невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою»: Указ Президента України від 18 серпня 2021 року № 369/2021.

URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713>

122. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06 вересня 2022 року № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>

123. Про утворення Державного клінічного науково-практичного центру телемедицини МОЗ України : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.05.2007 року № 269. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/71905_71905

124. Проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, фіналізований та погоджений членами Міжсекторної робочої групи з питань її розробки. 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>

125. Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Миронюк І.С., Кручаниця В.В. Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я: методичні рекомендації. Київ, 2016. 20 с.

126. Стецюк В.Ю. Обов'язкове медичне страхування: правові засади державної політики. *Наука і правоохорона*. 2014. № 4. С. 67-72.

127. Стратегія розбудови телемедицини в Україні: Постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2023 року № 625-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-stratehii-rozbudovy-telemedytsyny-v-ukraini-i140723-625>

128. Телешуна О.С. Що таке публічна політика. URL: http://www.vidkryti-ochi.org.ua/2012/12/blog-post_26.html

129. Типове положення про відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 листопада 2007 року № 1364. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1364-2007-%D0%BF#Text>

130. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text
131. Україна 2030Е. URL: <https://strategy.uifuture.org/>
132. Урядовий портал. URL: <http://www.kmu.gov.ua>
133. Федько О.А. Багатоаспектність поняття здоров'я у сучасній науковій думці. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2009. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=76>
134. Фінансування охорони здоров'я в Україні: стійкість в умовах війни. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВОЗ. 2022 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362077>
135. Цифровізація сфери охорони здоров'я- проміжні підсумки 2023 р. URL: <http://surl.li/kcjni>
136. Цілі сталого розвитку. URL: <http://surl.li/jvtfr>.
137. Черемісіна В.В., Снісаренко П.І. Телемедицина та її роль у реформуванні системи охорони здоров'я. Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили. Сер.: Техногенна безпека. Т. 203. Вип. 191. 2012. С. 136-141.
138. Шушпанов Д.Г. Регіональний профіль здоров'я населення України: стан, тенденції, детермінанти. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*. 2015. Вип. 5. С. 77-82.
139. Шушпанов Д. Доступність та якість медичних товарів та послуг в Україні: соціально-економічний аспект. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2018. Вип. 23. С. 118-125.
140. 5 MedTech-трендів для сфери охорони здоров'я у 2023. URL: <https://hub.kyivstar.ua/news/5-medtech-trendiv-dlya-sfery-ohorony-zdorov-ya-u-2023/>
141. Alkema L. The Global Burden of Disease fertility forecasts: Summary of the approach used and associated statistical concerns. 2020. URL: <https://doi.org/10.31219/osf.io/3m6va>

142. Artificial Intelligence Market Size, Share & Trends Analysis Report By Solution, By Technology (Deep Learning, Machine Learning), By End-use, By Region, And Segment Forecasts, 2023-2030 (2022). URL: <https://www.precedenceresearch.com/artificial-intelligence-market>

143. Balistreri C.R., Madonna R., Ferdinandy P. Is it the time of senotherapeutics application in cardiovascular pathological conditions related to ageing? *Current Research in Pharmacology and Drug Discovery*. 2021. № 2(1):100027. URL: https://www.researchgate.net/publication/351567035_Is_it_the_time_of_senotherapeutics_application_in_cardiovascular_pathological_conditions_related_to_ageing

144. Dluhopolskyi O., Zhukovska A., Dluhopolska T., Farion A., Karp I., Kryvokulska N. The implementation of the eHealthsystem as an economic benefit (case of EU countries for Ukraine). 9th International Conference on Advanced computer information technologies ACIT'2019. Conference Proceedings. Ceske Budeiovice, Czech Republic, June 5-6, 2019. pp. 346-349. DOI: <https://doi.org/10.1109/ACITT.2019.8779933>

145. Gorini A., Pravettoni G. An overview on cognitive aspects implicated in medical decisions. *European Journal of Internal Medicine*. 2011. № 22. P. 547-553. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22075278/>

146. Hood L., Galas D. P4 Medicine: Personalized, Predictive, Preventive, Participatory. A Change of View that Changes Everything. URL: https://cra.org/ccc/wp-content/uploads/sites/2/2015/05/P4_Medicine.pdf

147. Joint commission international (JCI). URL: <https://www.jointcommissioninternational.org/>

148. Kamradt-Scott A. Changing Perceptions of Pandemic Influenza and Public Health Responses. *American Journal of Public Health*. 2012. Vol. 102. №. 1. P. 90-98.

149. Key Takeaways from the 2022 UN World Population. URL: <http://surl.li/jwexp>

150. Matsyk V., Popova T., Iskiv M., Zagurska-Antoniuk V., Terentie N. The Application of Public-Private Partnership for the Purpose of Implementing State Policy

in the Sphere of Health Care. *International Journal of Economics and Business Administration*. Volume VIII, Issue 3, 2020, P. 128-138.

151. Matsyk V., Shushpanov D., Zheliu T., Zhukovska, A., Diakovich L., Kotsur A. Management of the Health Care System in the Conditions of Population Aging: Information, Analytical and Methodical Dimension. 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies ACIT'2021. Conference Proceedings Deggendorf, Germany, September 15-17, 2021. P. 259-664. DOI: <https://doi.org/10.1109/ACIT52158.2021.9548634>

152. Next Generation Artificial Intelligence Development Plan (2017). URL: <http://fi.china-embassy.gov.cn/eng/kxjs/201710/P020210628714286134479.pdf>

153. Pan-Canadian Artificial Intelligence Strategy (2022). URL: <https://ised-isde.canada.ca/site/ai-strategy/en>

154. Pilar Dolz del Castellar Pareja, Patricia Díaz-Gimeno. Reproductive Medicine. Encyclopedia of Reproduction (Second Edition), 2018. URL: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/systems-medicine>

155. Smart Health: A Context-Aware Health Paradigm within Smart Cities. A. Solanas, C. Patsakis, M. Conti, et al. IEEE Communications Magazine. 2014. Vol. 1. Issue 8. P. 74-81. URL: https://www.researchgate.net/publication/265091720_Smart_Health_A_Context-Aware_Health_Paradigm_within_Smart_Cities

156. Solanas A., Casino F., Batista E., Rallo R. Trends and challenges in smart healthcare research: A journey from data to wisdom. IEEE 3rd International Forum on Research and Technologies for Society and Industry (RTSI). 2017. September 11-15. URL: https://www.researchgate.net/publication/320369123_Trends_and_challenges_in_smart_healthcare_research_A_journey_from_data_to_wisdom

157. Stokes J., Noren J., Shindell S. Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. *Journal of Community Health*. 1982. № 8 (1). P. 33-41.

158. The Global Risks Report 2023. 18th Edition. URL: https://www3.weforum.org/docs/WEF_Global_Risks_Report_2023.pdf

159. The UK government is updating its rules on the regulation of artificial intelligence (2022). URL: <https://www.nrada.gov.ua/uryad-velykoyi-brytaniyi-onovlyuye-pravyla-u-sferi-regulyuvannya-shtuchnogo-intelektu/>

160. Ukraine: civilian casualty update 24 October 2022. In: News. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2022 URL: <https://www.ohchr.org/en/news/2022/10/ukrainecivilian-casualty-update-24-october-2022>.

161. Wang JL, Zhang DJ, Jackson L. Influence of self-esteem, locus of control, and organizational climate on psychological empowerment in a sample of Chinese teachers. *J App Soc Psychol*. 2013. № 43(7). P.1428-1435.

162. World Population Prospects 2022. Nations Unies. URL: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf

163. Zhukovska A., Zheliuk T., Zhuk I., Borshch V., Makarenko M., Vozniakovska K. Financial and legal instruments for promoting the implementation of sustainable development policy of the state (States, Region). *Journal of Management Information and Decision Sciences*. Volume 24, Issue 3, 2021, 1-16. URL: <https://journal.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/12227/Zhukovska.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

164. Zheliuk T., Brechko O., Zhukovska A., Shushpanov D., Vorobets V., Gutsuliak A. Management of Information Processes of the Economy in Conditions of Digitalization. 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21-23 September, 2023). Wrocław, Poland, 2023. P. 248-254. URL: <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/10275567>

165. Zhukovska A., Brechko O., Zheliuk T., Chyгур O., Shushpanov D., Nytko O. Information System and Technologies in the Health Care Management. 12th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT)

(26-28 September, 2022). Spišská Kapitula, Slovakia, 2022. pp. 249-254. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT54803.2022.9913132>

166. Zhukovska A., Zheliuk T., Shushpanov D., Brych V., Brechko O., Kryvokulska, N. Management of the Development of Artificial Intelligence in Healthcare. 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21-23 September, 2023). Wrocław, Poland, 2023. P. 241-247. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT58437.2023.10275435>

167. The One Health concept. URL: <https://www.linkedin.com/pulse/one-health-concept-sadanandan-bindu-anand>

168. Ruiye Chen, Yueye Wang, Shiran Zhang, Gabriella Bulloch, Junyao Zhang, Huan Liao, Xianwen Shang, Malcolm Clark, Qingsheng Peng, Zongyuan Ge, Ching-Yu Cheng, Yuanxu Gao, Mingguang He, Zhuoting Zhu. Biomarkers of ageing: Current state-of-art, challenges, and opportunities. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mef2.50>

169. World Health Organization. URL: <https://www.dw.com/uk/vooz/t-18877847>

170. World Population Prospects 2022: Summary of Results. URL: https://reliefweb.int/report/world/world-population-prospects-2022-summary-results?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiAmNeqBhD4ARIsADsYfTeQWW6Q4ctGIzwZIjXRLi_kG4OsrE5RQn8GAF84b9-1pBQtevcIKV4aApeLEALw_wcB

СПИСОК ПРАЦЬ МАЦИКА В.О.

Стаття у міжнародному періодичному виданні :

1. Volodymyr Matsyk, Tetiana Popova, Mariana Iskiv, Viktoriia Zagurska-Antoniuk, Nataliia Terentie The Application of Public-Private Partnership for the Purpose of Implementing State Policy in the Sphere of Health Care. *International Journal of Economics and Business Administration. Volume VIII. Issue 3. 2020. Pp. 128-138.* (Застосування державно-приватного партнерства з метою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. *Міжнародний журнал економіки та ділового адміністрування (IJEBA).* 2020. том. 3 (3). С.128-138.) (0,6 д.а./0,25 д.а. авторський внесок: обґрунтування місця державо-приватного партнерства в системі публічної політики охорони здоров'я). Наукометричні бази: RePEc, SSRN, JEL, Google Scholar, Crossref, Index Copernicus, Scopus і Web of Science. URL: <https://ideas.repec.org/a/ers/ijebaa/vviii2020i3p128-138.html>

Статті у наукових фахових виданнях:

2. Мацик В.О. Модернізація інформаційно-комунікативного забезпечення діяльності медичних установ. *Інноваційна економіка.* 2020. № 5-6. С.97-102. (0,4 д.а.). (Наукометричні бази: Google Scholar, Index Copernicus, Research Bib, Crossref, ERIH PLUS, Eurasian Scientific Journal Index (ESJI), Polska Bibliografia Naukowa, Directory of Research Journals Indexing (DRJI), OPEN-ACCESS JOURNALS).
3. Мацик В.О., Желюк Т.Л. Медичний туризм нові напрямки та можливості: макроекономічні та регіональні аспекти. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України.* 2021. Вип. 26. С.17-27. (0,6 д.а./0,3 д.а. авторський внесок: обґрунтування макроекономічної ефективності медичного туризму). (Наукометричні бази: Google Scholar, Index Copernicus).
4. Мацик В.О., Котис Н.В. Інноваційні підходи до організації комунікацій на ринку медичних послуг. *Інноваційна економіка.* 2022. №1 (90). С. 67-73. (0,7 д.а./0,35 д.а. авторський внесок: в частині обґрунтування підходів до

модернізації комунікацій на рику медичних послуг). (Наукометричні бази: Google Scholar, Index Copernicus, Research Bib, Crossref, ERIH PLUS, ESJ, Polska Bibliografia Naukowa, DRJI, OPEN-ACCESS JOURNALS).

5. Мацик В. Публічна політика охорони громадського здоров'я України в умовах євроінтеграційних викликів. *Вісник Хмельницького національного університету. Серія: економічні науки.* 2023. № 2 (316). С.357-362. (0,5 д.а.). (Наукометричні бази: Index Copernicus, Google Scholar, CrossRef).

Монографії

6. Мацик В.О. Активізація валеологічного підходу до інституалізації реформи сфери охорони здоров'я. Модернізація менеджменту та публічного управління сфери охорони здоров'я. Кол. мон. За ред. Желюк Т.Л., Шкільняка М.М. Тернопіль: крок. 2020. 560с. С.517-527. (0,3 д.а.).
7. Мацик В.О. Ресурсне забезпечення закладу охорони здоров'я. Модернізація менеджменту та публічного управління сфери охорони здоров'я. Кол. мон. За ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль: крок. 2020. 560с. С.226-235 (0,5 д.а.).
8. Мацик В.О. Публічна політика в сфері охорони здоров'я. Розвиток публічного управління та менеджменту в умовах трансформаційних викликів. За ред. Шкільняка М.М., Васиної А.Ю., Тернопіль. ЗУНУ.2022. 524с. С.121-127. (0,4 д.а.).

Публікації за матеріалами конференцій:

9. Мацик В. О. Управління ресурсним забезпеченням у процесі функціональної діяльності медичного закладу. Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, Тернопіль, 25 квітня 2018 року. Тернопіль, 2018. С. 314-317 (0,2 д.а.).
10. Мацик В. О. Стратегічний підхід до управління ресурсним забезпеченням діяльності медичного закладу. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи: матеріали Всеукраїнської

- науково-практичної конференції з міжнародною участю, Кам'янець-Подільський, грудень 2018 року. Тернопіль, 2018. С. 213-216 (0,2 д.а.).
- 11.Мацик В.О. Перспективи розвитку превентивної медицини. Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю.(Тернопіль, 15 травня 2020 року). 2020.Частина 1.400 с. С.116-120 (0,3 д.а.).
- 12.Мацик В.О., Желюк Т.Л. Публічна політика в сфері охорони здоров'я: нові виклики та можливості. International conference Information of socio-economic development of the state and region: Conference Proceedings, aprils 20. 2020. Gromadka, Poland: Gokib. 160 p. P.10-14.(0,4/авторський внесок 0,2 д.а.: обґрунтування стимулюючих чинників реалізації публічної політики).
- 13.Мацик В.О. Цифрові аспекти модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Особливості розвитку вчених, освіти, науки бізнесу і суспільства в середовищі глобальних умов: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (11 березня 2021 р., Тернопіль, ЗУНУ). Тернопіль: ФОП Осадца Ю.В. 2021. 84 с.С.40-42 (0,25 д.а).
- 14.Мацик В.О. Оцінка результативності реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 28 травня 2021 року). Тернопіль: СМП «Тайп». 2021. 400с. С.114-117 (0,25д.а.).
- 15.Volodymyr Matsyk, Dmytro Shushpanov, Tetiana Zheliuk,Alina Zhukovska Management of the health care system in the conditions of population aging: information, analytical and methodical dimension. 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies ACIT'2021. Conference Proceedings. Deggendorf, Germany, September 15-17, 2021. P.5. (0,5 д.а./ авторський внесок 0,15 д.а., обґрунтування індикаторів моніторингу стану здоров'я). Наукометрична база: Scopus.

- 16.Мацик В.О. Виклики публічної політики охорони здоров'я в умовах військового стану. Всеукраїнська науково-практична Інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України» (Тернопіль, ЗУНУ, 31 травня 2022 р.).С.136-138 (0,25д.а.).
- 17.Мацик В.О. Інституційні імперативи стратегічного планування розвитку системи охорони здоров'я Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю, м. Тернопіль, 4 травня 2023 року. 2023. ТНЕУ. Частина 1. 340с. С.159-161 (0,25 д.а.).

ДОДАТОК А

Таблиця А.1

Структура глобального індексу безпеки здоров'я

Показник	Питома вага фактору в індексі, в %
1	2
1. Запобігання	16,3
1.1 Резистентність до протимікробних препаратів	16,1
1.2 Зооноз	17,8
1.3 Біозахист	16,1
1.4 Біобезпека	16,1
1.5 Дослідження подвійного призначення і принцип відповідального проведення досліджень	14,4
1.6 Імунізація	19,5
2. Виявлення та звітність	19,2
2.1 Лабораторні системи	26,1
2.2 Виявлення та звітність в режимі реального часу	26,9
2.3 Епідеміологічні кадри	25,4
2.4 Обмін даними між фахівцями в у сфері здоров'я людини, здоров'я тварин і захисту навколишнього середовища	21,6
3. Швидке реагування	19,2
3.1 Планування готовності і реагування на надзвичайні ситуації	15,7
3.2 Виконання планів реагування	13,7
3.3 Оперативне реагування на надзвичайні ситуації	16,8
3.4 Координація роботи органів громадської охорони здоров'я та безпеки	12,7
3.5 Інформування про ризики	17,8
3.6 Доступ до комунікаційної інфраструктури	12,2
3.7 Обмеження на торгівлю і туризм	11,2
4. Система охорони здоров'я	16,7
4.1 Можливості надання медичної допомоги в клініках, лікарнях та місцевих центрах здоров'я	17,3
4.2 Медичні контрзаходи і розгортання персоналу	16,8
4.3 Доступ до охорони здоров'я	18,4
4.4 Зв'язок з медичними працівниками під час надзвичайної ситуації в області суспільної охорони здоров'я	16,8
4.5 Практика інфекційного контролю та наявність обладнання	18,4
4.6 Здатність тестувати і затверджувати нові медичні контрзаходи	12,4
5. Дотримання міжнародних вимог	15,8
5.1 Виконання вимог Міжнародних медико-санітарних правил 2005 року (ММСП) щодо звітності і зниження ризику надзвичайних ситуацій	17,4
5.2 Транскордонні угоди про реагування на надзвичайні ситуації, які загрожують здоров'ю людей і тварин	15,7
5.3 Міжнародні зобов'язання	13,5
5.4 Спільна зовнішня оцінка та <i>Performance of Veterinary Services</i>	16,3
5.5 Фінансування	19,7
5.6 Зобов'язання обмінюватися генетичними та біологічними даними і зразками	17,4

Продовження таблиці А.1

6. Ризики	12,8
6.1 Політичні ризики і ризики безпеки	22,2
6.2 Соціально-економічна стійкість	19,0
6.3 Адекватність інфраструктури	20,3
6.4 Екологічні ризики	17,6
6.5 Уразливості системи громадської охорони здоров'я	
6.1 Політичні ризики і ризики безпеки	22,2

Примітка: наведено на основі інформації [170].

Причини смертності населення України

Показники	01.01.2022 (за 1 місяць)	% у загальній кількості
Всього	57248	100
Інфекційні та паразитарні хвороби	483	0,84
Новоутворення	5777	10,09
Хвороби крові й кровотворних органів	21	0,04
Ендокринні хвороби, порушення обміну речовин	220	0,38
Розлади психіки та поведінки	67	0,12
Хвороби нервової системи	444	0,78
Хвороби системи кровообігу	36724	64,15
Хвороби органів дихання	1992	3,48
Хвороби органів травлення	2249	3,93
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	52	0,09
Хвороби кістково-м'язової системи	30	0,05
Хвороби сечостатевої системи	224	0,39
Вагітність, пологи, післяпологовий період	6	0,01
Стани, що виникають у перинатальному періоді	88	0,15
Природжені вади розвитку, хромосомні аномалії	73	0,13
Інші симптоми	1904	3,33
Зовнішні причини смерті	2478	4,33
Смерть від COVID-19	4413	7,71

Примітка: наведено з використанням [25, 26, 90].

ДОДАТОК Б

Таблиця Б.1

Організаційно-методичні підходи до використання програми медичних гарантій

Параметр	В короткостроковій перспективі	У середньостроковій перспективі
Встановлення пріоритетів	Вибір пріоритетів здійснюється з використанням численних критеріїв: 1. Результативність. 2. Потреба в медичній допомозі. 3. Економічна ефективність послуг. 4. Захист домогосподарств від катастрофічних витрат на високовартісні послуги. 5. Рівноправність доступу. 6. Вибір населення.	
Виміри для визначення охоплення	Охоплення населення, покриття вартості та охоплення послуг.	
Розрахунок вартості послуг	Розробка програми медичних гарантій здійснюється паралельно з аналізом фактичних витрат для надання медичних послуг. В процесі розробки програми уточнюються наявні статистичні дані, а також необхідні дослідження	Більш точна та достовірна інформація про фактичні витрати на надання послуг буде використовуватися для уточнення обсягу гарантій держави та тарифів.
Формат програми медичних гарантій	Використовується загальний опис послуг та негативні переліки (коли держава фінансування не здійснює). Позитивні переліки використовуються у окремих випадках, наприклад, для визначення переліку лікарських засобів, вартість яких відшкодовується в рамках програми реімбурсації «Доступні ліки»	Розширення використання позитивних переліків.

Примітка: складено на основі програми медичних гарантій України на 2023 рік [96].

ДОДАТОК В

Таблиця В.1

**Основні провайдери медичних послуг на ринку медичних послуг України
станом на 1.01.2021 року за системою експериментального рахунку
охорони здоров'я SHA 2011**

Провайдери (постачальники медичних послуг), в млн. грн.	Поточні витрати на охорону	HF.1.	HF.1.	HF.1.	HF.2.	HF.2.	HF.2.	HF.2.	HF.2.	HF.2.	HF.2.
		1	1	2	2	2	3	4	5	6	3
	Уряд	Територіальний Уряд (Центральний Уряд та	Фонди соціального страхування	Приватний сектор	Інше приватне добровільне страхування	Витрати домогосподарств	Некомерційні організації, що обслуговують домашні	Приватні фірми та корпорації	Лікарняні каси	Весь інший світ	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Лікарні	123 041,5	108 759,9	108 759,9		14 281,6		14 281,6				
Сестринські/лікарні заклади довготривалого перебування	11 263,5	3 514,7	3 324,2	190,5	7 748,8		5 850,3		1 898,4		
Заклади, що надають амбулаторні медичні послуги	61 846,9	26 188,2	26 188,2		35 658,7		30 047,0		5 611,7		
Кабінети лікарів у поліклініках	32 051,6	21 993,4	21 993,4		10 081,6		10 081,6				
Стоматологічні кабінети (відділення)	3 593,7	1 356,9	1 356,9		2 236,8		2 236,8				
Інші заклади, що надають амбулаторні медичні послуги	26 178,3	2 837,9	2 837,9		23 340,4		17 728,6		5 611,7		
Роздрібний продаж	102 508,5	138,9		138,9	102 369,6		102 369,6				
Забезпечення управління програмами громадського здоров'я	4 424,6	4 424,6	4 424,6	-							

Продовження таблиці В.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Загальне управління охороною здоров'я та медичне страхування	7 782,2	7 782,2	7 732,1	50,1							
Державне управління охороною здоров'я та медичне страхування	6 943,2	6 943,2	6 943,2								
Фонди соціального страхування	50,1	50,1		50,1							
Інше соціальне страхування та інше (приватне) страхування											
Всі інші організації управління охороною здоров'я	788,9	788,9	788,9								
Всі інші сектори економіки	914,4	914,4	914,4								
Заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я											
Дослідницькі установи											
Заклади освіти											
Інші заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я											
Інший світ	1 084,1										1 084,1
Провайдери, що не визначені за типом	6 011,3	2 567,1	2 527,9	39,2	3 444,2	3 122,5	209,0	112,7			
Поточні витрати на охорону здоров'я	318 876,9	154 290,0	153 871,3	418,7	163 502,9	3 122,5	152 757,5	112,7	7 510,2		1 084,1

Примітка: наведено на основі інформації Державної служби статистики України [90].

ДОДАТОК Д

Моніторинг ринку страхових послуг України

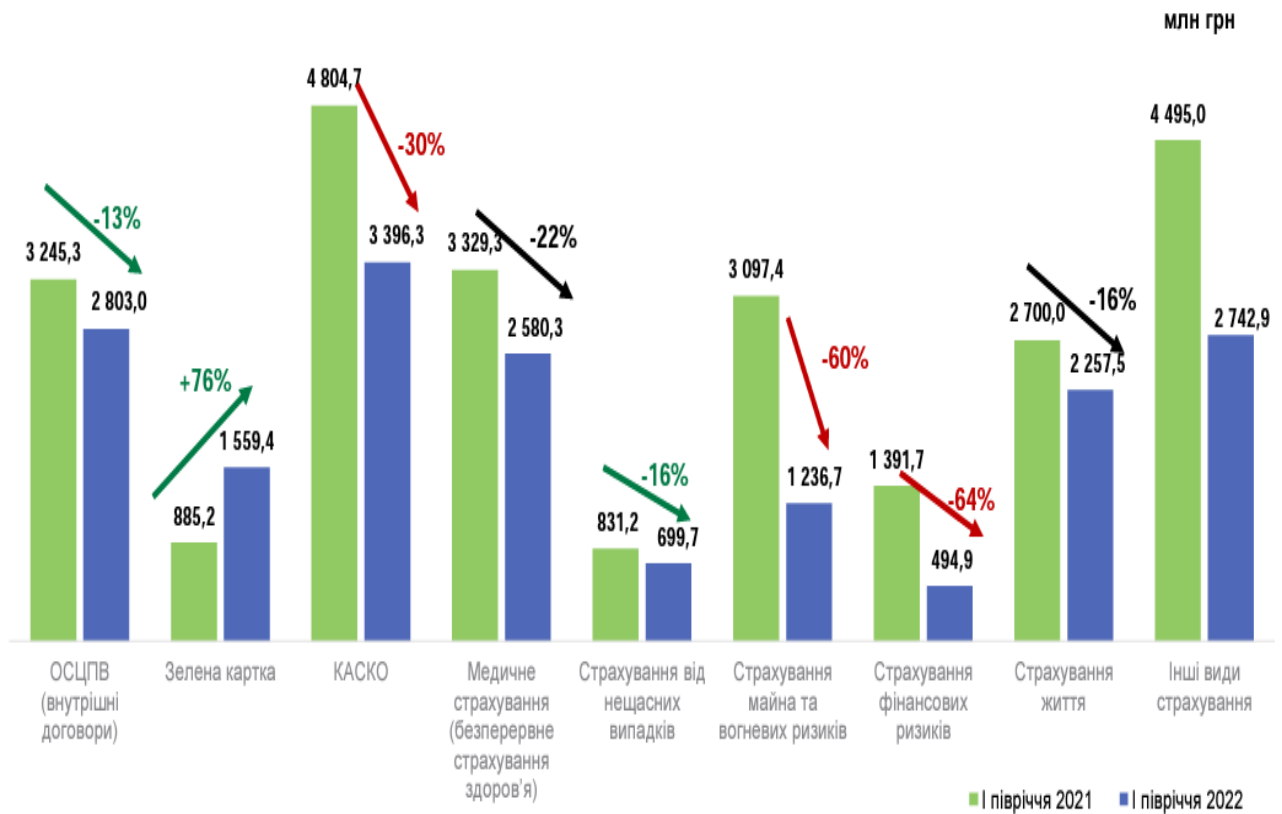


Рис.Д.1. Структура страхового портфелю ринку страхових послуг України станом на 1.06.2022 року

Примітка: побудовано з використанням інформації Управління нагляду за страховим ринком НБУ [86].

ДОДАТОК Е

Таблиця Е.1

Перелік медичних послуг в рамках медичного кластеру

Надкластерні заклади охорони здоров'я	Кластерні заклади охорони здоров'я	Загальні заклади охорони здоров'я
<p>Послуги:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Акушерство і гінекологія (III рівень перинатальної допомоги). 2. Анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах). 3. Гастроентерологія. 4. Гематологія. 5. Неонатологія. 6. Ендокринологія. 7. Інтенсивна терапія. 8. Інфекційні хвороби. 9. Кардіологія. 10. Кардіохірургія. 11. Комбустіологія (опіковий центр). 12. Неврологія. 13. Нейрохірургія. 14. Нефрологія. 15. Отоларингологія. 16. Офтальмологія. 17. Ортопедія і травматологія. 18. Паліативна медична допомога. 19. Пульмонологія. 20. Реабілітація. 21. Ревматологія. 22. Судинна хірургія. 23. Терапія. 24. Торакальна хірургія. 25. Урологія. 26. Хірургія, зокрема дитяча. 27. Щелепно-лицьова хірургія. 28. Трансфузіологія. 	<p>Послуги:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Акушерство і гінекологія (II рівень пренатальної допомоги). 2. Алергологія. 3. Анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах). 4. Дерматовенерологія. 5. Ендокринологія (крім хірургічних втручань). 6. Інфекційні хвороби. 7. Кардіологія, зокрема інтервенційна кардіологія. 8. Неврологія. 9. Нейрохірургія. 10. Отоларингологія. 11. Педіатрія. 12. Реабілітація. 13. Терапія. 14. Ортопедія і травматологія. 15. Урологія. 16. Хірургія, зокрема судинна. 17. Офтальмологія. 18. Паліативна медична допомога. 19. Психіатрія. 20. Трансфузіологія. 	<p>Базові послуги:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах). 2. Неврологія. 3. Інфекційні хвороби. 4. Ортопедія і травматологія. 5. Терапія. 6. Хірургія.

Примітка: систематизовано з використанням Постанови Кабінетом Міністрів України від 28 лютого 2023 р. №174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [32].



**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНИЙ
ЦЕНТР МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ»
ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**

46001 м.Тернопіль, вул.Клінічна, 1, тел. (0352) 23-63-82, тел/факс (0352) 23-55-77, E-mail: Ternopilphc@gmail.com

від 23.10.2023 № 68

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дослідження
здобувача наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю
051 «Економіка» Мацика Володимира Олександровича**

Дисертація Мацика Володимира Олександровича на тему «Модернізація публічної політики в сфері охорони здоров'я» є актуальною і відповідає векторам Стратегії розвитку охорони здоров'я до 2030 року, що стосується підвищення ефективності врядування, розвитку системи громадського здоров'я, якісного кадрового, інформаційного забезпечення і спрямована на вирішення важливого наукового та практичного завдання – створення висококонкурентної системи охорони здоров'я.

Практичний інтерес мають напрацювання автора щодо інформаційно-аналітичного супроводу моніторингу стану здоров'я населення, інтегрованих систем медичного обслуговування населення регіону та дорожньої карти супроводу пацієнтів з хронічними захворюваннями, що запроваджені в роботі КНП «Тернопільський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Тернопільської обласної ради.

**Генеральний директор
(головний лікар)**



Володимир ЮРОВСЬКИЙ



ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

**ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

вул. М.Грушевського, 8, м. Тернопіль, 46021, тел.: (0352) 52-10-71, факс: 52-25-83
E-mail: mail.uozodater@te.gov.ua Web: http://uozter.gov.ua Код згідно з ЄДРПОУ 02013171

№

На №

від

Довідка

про практичне впровадження результатів дисертаційного дослідження
здобувача наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю
051 «Економіка» Мащика Володимира Олександровича

Результати дисертаційного дослідження Мащика Володимира Олександровича на тему «Модернізація публічної політики в сфері охорони здоров'я» мають наукове і практичне значення. Зокрема, науковий інтерес складають запропоновані автором валеологічні підходи до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я в умовах національної економіки, яка направлена на збереження та примноження потенціалу здоров'я.

Прикладне значення мають напрацювання автора стосовно вдосконалення організаційно-економічного інструментарію реалізацію публічної політики в сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану та післявоєнної відбудови, вирішення завдань децентралізації, забезпечення соціального вектору сталого розвитку національної економіки та її регіонів, врахування викликів діджиталізації. Зокрема, в роботі департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації використовуються пропозиції Мащика В.О. щодо оцінювання результативності реалізації стратегічних та програмних інструментів управління охороною здоров'я на регіональному рівні, покращення організаційного супроводу залучення інвестиційних ресурсів в сферу охорони здоров'я регіону, що сприятиме посиленню конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг регіону.

Директор департаменту

Оксана Гумен 52 10 71



Ольга ЯРМОЛЕНКО

Департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації
№ 4791/03-01 від 06.09.2023



Сертифікат 248197DDE4B977E504000000331E1B00XB1C DC 03
Підписувач ЯРМОЛЕНКО ОЛЬГА МАРКІВІЧІВНА
Дієний з 27.01.2023 18:48:08 по 27.01.2024 23:59:59





ДЕРЖАВНА СЛУЖБА УКРАЇНИ З НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

вул. О. Гончара, 55а, м. Київ, 01601, тел. (044) 247-30-26, тел./факс (044) 202-32-11, факс (044) 247-31-44
<https://dsns.gov.ua> СДРПОУ 38516849 oper@dsns.gov.ua

№ _____

На № _____

від _____

ДОВІДКА

*про впровадження результатів дослідження
 здобувача наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю
 051 «Економіка» Мацика Володимира Олександровича*

Дисертаційне дослідження Мацика Володимира Олександровича на тему «Модернізація публічної політики в сфері охорони здоров'я» містить низку рекомендацій щодо удосконалення наукових та прикладних засад реалізації публічної політики охорони здоров'я відповідно до потреб євроінтеграційних викликів з врахуванням безпекових загроз воєнного стану та потреб збереження громадського здоров'я.

Практичний інтерес мають напрацювання автора щодо вдосконалення ресурсного забезпечення діяльності публічних інститутів, які реалізують публічну політику в сфері охорони здоров'я та цивільного захисту населення. Зокрема, в роботі Управління організації медичного забезпечення, медико-біологічного захисту та охорони праці ДСНС України використовуються напрацювання автора щодо прогнозування ризиків цивільного захисту населення та моделей використання цифрових технологій в наданні послуг з охорони здоров'я персоналу, який забезпечує цивільний захист населення.

Дані напрацювання сприятимуть покращенню діяльності управлінської ланки ДСНС за напрямком медичного забезпечення та медико-біологічного захисту, а також покращенню рівня медичного забезпечення осіб рядового і начальницького складу, працівників ДСНС України.

Заступник Голови

Володимир ДЕМЧУК



СЕД АСКОД ДСНС України
 № 03-14572/181 від 04.08.2023
 Підписувач Демчук Володимир Вікторович
 Сертифікат 368DC35FEC5CB2DC10400000BF2000003B390400
 Дійсний з 25.05.2023 0:00:00 по 24.05.2025 23:59:59



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

вул. М.Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail:moz@moz.gov.ua,
web:http://www.moz.gov.ua, код ЄДРПОУ 00012925

від _____ 20__ р. № _____

На № _____ від _____

Щодо впровадження результатів дисертаційного дослідження Мацика В.О. у практичну та освітню діяльність у сфері охорони здоров'я

Результати дисертаційного дослідження Мацика Володимира Олександровича на тему «Модернізація публічної політики в сфері охорони здоров'я», поданого на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 051 «Економіка» галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки» мають значний інтерес для практичної та освітньої діяльності у сфері охорони здоров'я.

Зокрема, практичний інтерес мають напрацювання автора щодо стратегічних векторів модернізації публічної політики та механізмів їх досягнення як в умовах макроекономічної збалансованості так і в умовах посилення безпекових ризиків. Представлені пропозиції, отримані на основі проведеного комплексного дисертаційного дослідження, мають необхідну теоретичну і практичну цінність та можуть бути використані для розроблення стратегічної матриці розвитку сфери охорони здоров'я, прогнозування ризиків у сфері управління охороною здоров'я та використання адаптивних технологій, що, зокрема, сприятиме покращенню інформаційно-аналітичного забезпечення стратегічного планування у сфері охорони здоров'я.

Результати дисертаційного дослідження також можуть використовуватися в освітньому процесі на циклах спеціалізації за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», магістерських програмах за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я», а також спеціальностями «Менеджмент», «Публічне управління та адміністрування» у навчальних модулях та дисциплінах, присвячених вивченню питань публічної політики та економіки у сфері охорони здоров'я.

**Начальник Управління
медичних кадрів, освіти і науки**

Сергій УБОГОВ



АСУД "ДОК ПРОФ 3"
Міністерство охорони здоров'я України
22-04/30922/2-23 від 30.10.2023
Підписання КЕП Убогов Сергій Геннадійович
58E2D9E7F900307B04000000D4EC33006E789E00

Міністерство охорони здоров'я України
22-04/30922/2-23 від 30.10.2023





МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

вул. Львівська, 11, м. Тернопіль, 46009; тел./факс +380 (352) 51-75-75;
www.wunu.edu.ua; rektor@wunu.edu.ua; ідентифікаційний код за ЄДРПОУ 33680120

ДОВІДКА

про впровадження у навчальний процес результатів наукового дослідження Мацика Олександра Володимировича на тему «Модернізація публічної політики в сфері охорони здоров'я»

Основні положення та отримані результати дисертаційного дослідження Мацика Олександра Володимировича на тему «Модернізація публічної політики в сфері охорони здоров'я», поданого на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 051 «Економіка» впроваджені у навчальний процес Західноукраїнського національного університету при поглибленні змістовного наповнення робочих програм та навчально-методичного забезпечення з дисциплін «Публічна політика та врядування» для підготовки здобувачів на другому (магістерському) рівні вищої освіти галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування» спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» освітньо-професійної програми «Публічне управління та адміністрування» та «Економічне та фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я» для підготовки здобувачів на другому (магістерському) рівні вищої освіти галузі знань 07 «Управління та адміністрування» спеціальності 073 «Менеджмент» освітньо-професійної програми «Менеджмент закладів охорони здоров'я».

В.о. проректора з
науково-педагогічної діяльності
канд. екон. наук, доцент



Віктор ОСТРОВЕРХОВ

Виконавець:
Михайло ШКІЛЬНЯК
+38 (067) 471-12-01

ЗУНУ
№ 126-26/2006 від 22.09.2023

