

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ І МАРКЕТИНГУ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ, ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА
АДМІНІСТРУВАННЯ**

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ:
Завідувач кафедри,
д. держ. упр., професор
_____ Н.В. Бондарчук
« ____ » _____ 2022 р.

ДИПЛОМНА РОБОТА

**на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за освітньо-професійною
програмою «Публічне управління та адміністрування» зі спеціальності 281
«Публічне управління та адміністрування»**

**на тему: ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИЙ МЕХАНІЗМ
ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ
ПАНДЕМІЇ**

Здобувач

Корпусенко В.Г.

**Науковий керівник,
к.держ.упр., доцент**

Шпортюк Н.Л.

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет менеджменту і маркетингу

Кафедра менеджменту публічного управління та адміністрування

Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»

Освітня-професійна програма: «Публічне управління та адміністрування»

Освітній ступінь: «Магістр»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедри: д. держ. упр., професор

А.М. Пугач

« » 20 року

ЗАВДАННЯ

на дипломну роботу магістра студентки

Корпусенко Вікторії Геннадіївни

1. Тема роботи «Організаційно-економічний механізм державної підтримки медичних закладів в умовах пандемії»,

керівник роботи Шпортюк Наталя Леонідівна., к. держ. упр, доцент,
затверджені наказом ректора ДДАЕУ від « ____ » _____ 2021 р. № ____.

2. Строк подання студентом роботи – 07 лютого 2022 року.

3. Вихідні дані до роботи: річні звіти КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради за 2018-2020 рр, виробничо-фінансові плани, діючі схеми організаційної структури та структури управління, основні економічні показники фінансової і господарської діяльності, бухгалтерська та статистична звітність, літературні джерела за темою дослідження.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань які потрібно розкрити). 1. Теоретичні аспекти державної підтримки медичних закладів в умовах пандемії. 2. Сучасний стан функціонування КНП «КЛШМД» ДМР в умовах пандемії. 3. Вдосконалення організаційно-економічного механізму державної підтримки медичних закладів. 4. Висновки та пропозиції.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень).

1. Динаміка звернень населення до КНП «КЛШМД» ДМР
2. Порівняння наповненості лікарняного фонду, ліжок
3. Фінансування закладів охорони здоров'я у 2020 році
4. Схема системного механізму економічного управління закладами охорони здоров'я
5. Основні компоненти державного управління сферою охорони здоров'я

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв

7. Дата видачі завдання: «20» листопада 2020 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Пор. №	Назва етапів дипломної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми і об'єкта дослідження, розробка плану і графіку написання дипломної роботи	листопад 2020	
2.	Збір первинного матеріалу	листопад-грудень 2020	
3.	Вибір і опрацювання літературних джерел. Теоретичний розділ роботи	грудень 2020 квітень 2021	
4.	Аналіз виробничо-економічної діяльності підприємства та написання аналітичного розділу роботи	травень-серпень 2021	
5.	Розрахунок та написання проектного розділу	вересень-жовтень 2021	
6.	Написання висновків та пропозицій	грудень 2021	
7.	Підготовка доповіді та ілюстративного матеріалу до захисту роботи	січень-лютий 2022	

Здобувач _____
(підпис)

Корпусенко О.І.
(прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____
(підпис)

Шпортюк Н.Л.
(прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Тема: «**Організаційно-економічний механізм державної підтримки медичних закладів в умовах пандемії**»

Дипломна робота магістра: 98 с., 9 рис., 2 табл., 60 літературних джерел.

Об'єктом дослідження є сукупність теоретичних аспектів та практичних проблем, пов'язаних із державною підтримкою медичних закладів.

Предметом дослідження є визначення напрямків оптимізації державної підтримки закладів охорони здоров'я у контексті пандемії COVID-19.

Метою дипломної роботи є розробка ефективної державної підтримки закладів охорони здоров'я на сучасному рівні розвитку суспільства в умовах пандемії.

Методи дослідження. У процесі дослідження використовувались методи аналізу та синтезу, методи системного підходу та порівняння; методи експертного опитування. Усі розрахунки та побудова графіків проводилися у середовищі табличного процесора MS Excel.

В роботі розроблено секторальний план заходів сфери охорони здоров'я у контексті пандемії COVID-19. Пропонований підхід дозволить підготувати КНП «КЛШМД» ДМР своєчасно реагувати на виклики COVID-19. Саме від спроможностей та здатності лікарні до оперативної адаптації залежить у великій мірі ефективність міжсекторальних зусиль. Впровадження плану заходів створить передумови для подальшого швидкого реагування на зміни епідемічної ситуації.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

Система охорони здоров'я, медичні заклади, державна політика, державна підтримка, пандемія COVID-19, інформаційний ресурс, вдосконалення, секторальний план

KEY WORDS

Health care system, medical facilities, government policy, government support, COVID-19 pandemic, information resource, improvements, sector plan,

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ	8
1.1. Вплив пандемії на систему охорони здоров'я в Україні	8
1.2. Сучасний рівень реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я в умовах пандемії	15
1.3. Правове забезпечення діяльності медичних закладів в умовах пандемії коронавірусної інфекції	21
Висновки до першого розділу	27
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ФУНКЦІОНУВАННЯ КНП «КЛШМД» ДМР В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ	29
2.1. Організаційна характеристика діяльності КНП «КЛШМД» ДМР	29
2.2. Інформаційне забезпечення управлінської діяльності КНП «КЛШМД» ДМР в умовах пандемії	34
2.3. Оцінка державної політики щодо системи охорони здоров'я на період пандемії	42
Висновки до другого розділу	65
РОЗДІЛ 3. ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНОГО МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ	67
3.1. Шляхи оптимізації механізму державної підтримки закладів охорони здоров'я	67
3.2. Секторальний план заходів сфери охорони здоров'я у контексті пандемії COVID-19	80
Висновки до третього розділу	93
ВИСНОВКИ	95
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	99

ВСТУП

Актуальність дослідження. Метою охорони здоров'я є збереження та покращення здоров'я людини для загального блага, відтворення та примноження людського потенціалу шляхом задоволення об'єктивних потреб громадян у якісних медичних послугах шляхом комплексного розвитку компонентів управління, фінансово-економічних, комунікаційних та інших медичних послуг. У сфері охорони здоров'я активно впроваджуються інноваційні технології для зниження захворюваності населення та підвищення якості та ефективності профілактики, діагностики та лікування пацієнтів з різними захворюваннями.

Зі зростанням інновацій та високотехнологічної підтримки необхідно вдосконалювати механізми управління в цій сфері, особливо ті, які використовуються під час реалізації політики громадського здоров'я під час пандемії коронавірусу. Важливим є вплив людського фактору на ефективність системи охорони здоров'я, а ефективність послуг залежить від того, як вони налаштовані. Доступ до медичної допомоги можна розширити шляхом навчання та набору спеціалістів середнього рівня та не медичних працівників для виконання певних процедур під час пандемії COVID-19, які виконують лише працівники, які мають більш тривалу спеціалізовану підготовку.

Ці стратегії перерозподілу можуть бути особливо привабливими з огляду на поточну нестачу засобів для покращення доступу до медичної допомоги в короткостроковій перспективі. Недостатньо ефективно реалізуються стратегії оптимізації завдань та функцій державної політики щодо впровадження ефективних заходів. Почасти це пов'язано з тим, що результати цих стратегій залежать від різних станів здоров'я і формуються різними соціальними системами.

Соціально-гуманітарна політика держави у розумінні соціального обов'язку забезпечення прожиткового мінімуму громадян є загальносвітовою тенденцією, що веде до перегляду механізмів державної політики на користь посилення регулювання суспільного життя. Формування та реалізація державної політики, здатність системи управління охороною здоров'я значною мірою залежати від знань, навичок, стимулів, мотивації та розподілу відповідальних за організацію та впровадження медичних послуг в умовах пандемії COVID-19.

Метою дипломної роботи є розробка ефективної державної підтримки закладів охорони здоров'я на сучасному рівні розвитку суспільства в умовах пандемії.

Основними завданнями для досягнення вказаної мети виступили:

- визначення впливу пандемії на систему охорони здоров'я в Україні;
- оцінка сучасного рівня реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я в умовах пандемії;
- характеристика правового забезпечення діяльності медичних закладів в умовах пандемії коронавірусної інфекції;
- організаційна характеристика діяльності КНП «КЛШМД» ДМР;
- рівень інформаційної підтримки управлінської діяльності КНП «КЛШМД» ДМР в умовах пандемії;
- визначення напрямків оптимізації механізму державної підтримки закладів охорони здоров'я;
- розробка секторального плану заходів сфери охорони здоров'я у контексті пандемії COVID-19.

Об'єктом дослідження є сукупність теоретичних аспектів та практичних проблем, пов'язаних із державною підтримкою медичних закладів.

Предметом дослідження є визначення напрямків оптимізації державної підтримки закладів охорони здоров'я у контексті пандемії COVID-19.

Теоретичною й методологічною базою дипломної роботи є дослідження та публікації з теми дипломної роботи, звітність КНП «КЛШМД» ДМР, матеріали сайтів МОЗ та ВООЗ, нормативно-правові документи.

Методи дослідження. У процесі дослідження використовувались методи аналізу та синтезу, методи системного підходу та порівняння; методи експертного опитування. Усі розрахунки та побудова графіків проводилися у середовищі табличного процесора MS Excel.

Наукова новизна магістерської роботи полягає в обґрунтуванні секторального плану заходів сфери охорони здоров'я у контексті пандемії COVID-19. Пропонований підхід дозволить підготувати КНП «КЛШМД» ДМР своєчасно реагувати на виклики COVID-19. Саме від спроможностей та здатності лікарні до оперативної адаптації залежить у великій мірі ефективність міжсекторальних зусиль. Впровадження плану заходів створить передумови для подальшого швидкого реагування на зміни епідемічної ситуації.

Практична значимість полягає у тому, що результати дослідження створюють необхідне підґрунтя для подальшого системного вивчення проблеми державного регулювання в умовах пандемії та в розробці конкретних рекомендацій для КНП «КЛШМД» ДМР.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження пройшли апробацію на IX Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації» (м. Дніпро, 2021 р.).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

1.1. Вплив пандемії на систему охорони здоров'я в Україні

Пандемія COVID-19 призвела до трансформації фіскального простору охорони здоров'я, який поступово змінюється: формування фінансових ресурсів, їх накопичення та їх розподіл. Зіткнувшись із такими глибокими змінами у глобальному масштабі, постає питання про необхідність трансформації існуючих концептуальних підходів та розробки нової моделі економічних відносин у сфері охорони здоров'я та зміни її ролі у бюджетуванні та політиці. За даними Національної статистичної служби України, пандемія COVID-19 спричинила одну з найсерйозніших криз в українській економіці за останні роки. Зазначимо, що боротьба з коронавірусом негативно вплинула на економіку України, в основному через рішення уряду, а не через дисбаланс ринку, як це відбувається під час економічної та фінансової кризи.

Швидке поширення COVID-19 призвело до глобальної кризи не лише в охороні здоров'я, а й у всіх сферах економіки. Кількість хворих на COVID-19 зросла в геометричній прогресії. Політичним лідерам і системі охорони здоров'я не вдалося уникнути раптових змін і скорегувати дії, що призвело до безпрецедентних збоїв у глобальній системі охорони здоров'я. Через високі ризики для здоров'я Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) 11 березня 2020 року оголосила спалах COVID-19 пандемією. Пандемія COVID-19 показала, як уразливість у системі охорони здоров'я може мати серйозні наслідки для громадського здоров'я, економіки, довіри до уряду.

Швидке поширення небезпечного COVID-19 показало, що українська система охорони здоров'я не готова до швидкої організації та впровадження

широкомасштабних протиепідемічних заходів та екстрених рішень щодо розширення інфекційних лікарень, будівництва нових та реконструкції великих медичних закладів. За цей період було змінено 3 українських міністрів охорони здоров'я. За часів З. Скалецької відповідальним був Центр громадського здоров'я, який відповідав за епідеміологічний нагляд та біологічну безпеку в країні, що вплинуло і на систему охорони здоров'я. Ще один комунікаційний збій МОЗ за часів З. Скалецької – паніка навколо коронавірусу. Протягом місяця роботи міністра охорони здоров'я І.Ємця централізованих закупівель ліків для боротьби з коронавірусом в Україні за цей період не було, хоча кількість випадків стрімко зростає. Всього через п'ять тижнів після того, як у лютому уряд виділив 67 млн. грн. Наприкінці березня МОЗ нарешті підписало угоду з міжнародною організацією Crown Agents Ukraine на закупівлю медичних товарів і розпочало ці закупівлі. Ця затримка призвела до збільшення медичного персоналу, а також до нестачі коштів на лікування пацієнтів. Результати досліджень вказують на можливий зв'язок між смертністю від COVID-19 і доступністю медичних ресурсів [4]. За час перебування на посаді міністра М. Ємця довіра українського народу до влади значно знизилася, зокрема через формат комунікації міністра охорони здоров'я у вигляді «всі пенсіонери помруть», так як потрібно витратити гроші на COVID. Пан Степанов став третім міністром охорони здоров'я під час пандемії. Рік і місяць працював у МОЗ. У цей період спостерігалися постійні затримки з виплатою надбавок лікарям за роботу з хворими на COVID-19, а також скандали зі суперечливими кадровими змінами у великих медзакладах, для яких міністр розповів про нестачу кисню в лікарнях. для пацієнтів майже цілий рік.

Незадовільні показники вакцинації, постійні поставки вакцин та незадовільна робота міністра на посаді керівника призвели до звільнення пана Степанова з посади міністра охорони здоров'я. Слід зазначити, що в усьому світі існує надзвичайний міжнародний попит на критичні медичні вироби – маски, засоби індивідуального захисту, спеціальне обладнання, в тому числі апарати

штучної вентиляції легенів. Проблемою для глобальної системи охорони здоров'я була нагальна потреба в додатковому фінансуванні, яке не можна було задовольнити за рахунок бюджетних асигнувань. Країнам терміново необхідно було залучити кошти з національних та міжнародних джерел, включаючи надзвичайні кошти від МВФ та інших міжнародних організацій [6].

Систематизація міжнародного досвіду щодо впровадження заходів дозволяє класифікувати їх за такими напрямками:

- заходи, розроблені та прийняті під час фази пандемії для фінансування реагування на COVID-19 та підтримки соціальної справедливості та економічної активності;

- заходи щодо відновлення життєздатності галузі охорони здоров'я після кризи, стимулювання економічного зростання та забезпечення стійкості державних фінансів;

- у разі спалаху пандемії - підготовчі заходи (здійснюються лише невеликою частиною країн) [16].

Зіткнувшись із такими глибокими змінами у глобальному масштабі, постає питання про необхідність трансформації існуючих концептуальних підходів та розробки нової моделі економічних відносин у сфері охорони здоров'я та зміни її ролі у бюджетуванні та політиці. За даними Національної статистичної служби України, пандемія COVID-19 спричинила одну з найсерйозніших криз в українській економіці за останні роки, зокрема в 2020 році ВВП впав на 7,8%, а рівень безробіття зріс від 8,9 до 9,3%.

Під час пандемії охорона здоров'я працює лише завдяки неймовірній самовідданості та відданості медичних працівників усіх рівнів. Ті, з ким влада ніколи не була уважною та не враховувала їхні потреби, чия важливість роботи ніколи не усвідомлювалася й недостатньо цінувалася. Така ситуація була спричинена руйнуванням системи санітарії та гігієни (СЕС) та неможливістю замінити її чимось ефективним та ефективним. Охорона здоров'я в таких умовах

показала свою неефективність. На посади в охороні здоров'я назначаються не лікарі, а менеджери, але без специфічних навичок і досвіду роботи з пацієнтами, без медичного стажу він не може ефективно впоратися з цим особливим періодом. Невизначеність щодо проблем зі здоров'ям та життям є загальною детермінантою пандемії. Громадські заворушення, особливо після невмілих і некомпетентних урядових рішень, суперечливих повідомлень чиновників та відсутності стратегії контролю та управління ситуацією, не контролюються керівництвом країни. Прем'єр-міністр не може зрозуміти емоції, розчарування та страхи, які виникають на перетині особистого досвіду з пандемією та пов'язаними з цим офіційними обмеженнями та заборонами.

Вражає ступінь ізольованості політиків і державних службовців від повсякденної реальності, їх некомпетентність і спроби збити з колії всі процеси, якими вони керують. Реакція суспільства на всі ці заходи влади під час епідемії посилюється невизначеністю, страхом за своє існування та багатомісячним розчаруванням, пов'язаним із пандемією та іншими проблемами. Сумніви є щодо економічної безпеки, державну підтримку та стратегії відновлення економіки після пандемії, яка спричинила кризу системи охорони здоров'я.

Водночас не визнається, що в той час як зростаючу кількість пацієнтів можна зменшити, коронавірусна хвороба має другу і не менш небезпечну сторону. Наступним джерелом проблем є довгострокові наслідки хвороби, які ще не повністю. Таке поєднання вимагає не лише технологічної та адміністративної реакції влади, а передусім суспільного розуміння того, як сьогодні реорганізувати цю ситуацію.

На жаль, усі зусилля наспіх розробленої політики охорони здоров'я зосереджено на боротьбі з COVID-19. Але пандемія не «скасовує» інші епідемії (грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції, туберкульоз, кір, вірусні гепатити, дифтерію, поліомієліт тощо), не зупиняє хронічні захворювання (пухлини, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, психічні розлади,)

інсульт, інфаркт). У той же час вірус SARS-CoV-2 має патогенну дію практично на всі органи та системи. А які наслідки нас чекають після хвороби, поки невідомо. На жаль, зрозуміло, що система охорони здоров'я давно вийшла за межі ефективності. Наслідки цієї ситуації, виміряні кількістю смертей, ми, ймовірно, дізнаємося через кілька місяців або років. Проте сьогодні цей факт важко заперечувати.

Важко зрозуміти і прийняти те, що влада відкладає вирішення проблем на майбутнє. Немає чіткої стратегії чи розуміння того, що буде після пандемії. Немає абсолютно ніякого бачення того, як буде виглядати і працювати система охорони здоров'я, структури влади, економіки та життя людей. Поки що немає стратегії, немає концепції, як до неї підготуватися.

Пандемія також виявила неготовність системи охорони здоров'я до криз. Експерти зазначають, що, незважаючи на пандемію, система охорони здоров'я не готова до інших подібних ситуацій, а в країні відсутня ефективна система антикризового управління в галузі охорони здоров'я.

Найслабшим елементом антикризового менеджменту є те, що цього управління насправді не існувало. Була лише спеціальна політична реакція, без підтримки компетентних і досвідчених фахівців. Досвід інших країн не враховувався. Коли перша хвиля пройшла повз нас, Україна направила своїх спеціалістів до Італії, де пандемія вже зруйнувала охорону здоров'я та економіку. Ми не могли зробити жодних висновків, не змогли виробити адекватні рішення. Замість будівництва модульних лікарень ми створили імпровізовані лікарні. Усе показало, що політичний вимір важливіший за реальну допомогу та вирішення проблем.

Експерти в один голос наголошують на необхідності реформування охорони здоров'я та вибудовування системних рішень на випадок нової кризи. Більшість країн світу розробили рекомендації, які вони рекомендують уряду виконувати у разі майбутнього спалаху або надзвичайної військової ситуації.

Чому б не використати їхній досвід. Підготовка до таких подій, як пандемія COVID-19, не може бути гарантована в короткостроковій перспективі. На кожному рівні, від уряду до регіонів, мають бути відповідні підрозділи з відповідними навичками та обов'язками, щоб забезпечити потік епідемічних даних та протиепідемічних рекомендацій якомога легшим, безперебійним та зрозумілим.

Існує нагальна потреба в розробці комунікаційної стратегії під час кризи та протидії масовому маніпулюванню суспільною свідомістю. Важливо боротися з дезінформацією, щоб громадяни бачили в уряді союзника, щоб вони відчували себе в безпеці від того, що говорить уряд, щоб дані не подавалися в надто загальний і розпливчастий спосіб. Також важливо запросити експертів та аналітичні центри до співпраці, щоб громадськість була поінформована про їхню участь у боротьбі з пандемією. У таких ситуаціях важливо відвернутися від політичного меседжу і чітко покладатися на дії фахівців.

Однак те, що залишається поза увагою громадськості, - це довгострокові медичні, економічні та соціальні наслідки пандемії, а також інші захворювання через поєднання медичної та економічної криз (незабезпеченість роботи, нестабільність роботи, низька заробітна плата, доступ до медичних послуг, хронічні стреси та відсутність особистих перспектив).

Що можна запропонувати. Зміна підходу до здоров'я – розуміння його як необхідної умови соціально-економічного розвитку та національної безпеки країни. Зміна уявлень допоможе визначити пріоритет здоров'я в діях громади та інформуванні громадськості. Допоміжними пріоритетами в політиці охорони здоров'я має бути - забезпечення безпеки країни від хвороб. Відома проблема недофінансування охорони здоров'я та нестачі медперсоналу в цих реаліях може призвести до системних збоїв. З точки зору здоров'я, пандемія знову відкрила важливість належної профілактики.

Обов'язковим є збільшення фінансування галузі охорони здоров'я, що дозволить: збільшити кількість медичного персоналу; створити умови, що підвищують доступність сучасних та ефективних медикаментозних засобів та інших медичних технологій, що дозволяють проводити лікування відповідно до європейських клінічних рекомендацій. Оптимізувати розподіл ресурсів у сфері охорони здоров'я, збільшити інвестиції, посилити діяльність електронного здоров'я, систематично направляти пацієнтів до спеціалізованої амбулаторної допомоги, щоб змістити тягар лікування з лікарняного.

З'явилася нова істина: інвестиції в охорону здоров'я допомагають підтримувати здоров'я суспільства. Через санітарні потреби медичні заклади змушені були реорганізувати та змінити умови обслуговування. Для персоналу були застосовані нові процедури, пацієнти та відділення оснащені засобами індивідуального захисту. Стрімкий розвиток медичних телеконсультацій також був серйозною зміною. Консалтингова компанія Deloitte додає, що нова реальність постпандемічного світу поставить багато питань для глобальних систем охорони здоров'я, на деякі з яких політикам доведеться відповісти. Як реагувати на зростання кількості хронічних захворювань, діагностованих пізно та/або не лікованих? Чи відновить довіру населення сама медична служба? І, нарешті, як ми впораємося з хвилею проблем психічного здоров'я, які стають величезною проблемою суспільства?

Досвід коронакризи та розроблені в результаті рішення слід використовувати для покращення всієї системи охорони здоров'я. Метою має бути побудова ефективної організації, в основному на основі динамічного розвитку телемедицини, яка виявилася одним із найкращих способів підвищення ефективності системи охорони здоров'я, управління ризиками та зменшення впливу дефіциту персоналу на адекватного пацієнта. догляд. Можливо, пандемія значно прискорила розвиток та частку ринку дистанційних технологій.

Потреба в зміні системи охорони здоров'я є чітким і давно назрілим питанням, яке добре відомо як експертам, так і політикам у цій галузі, а також громадянам, які користуються медичними послугами. Хоча деякі недоліки в системі очевидні (один із них – недостатнє фінансування), наразі існують сумніви щодо пріоритетних напрямків змін в українській системі охорони здоров'я. Водночас владі та громадськості бракувало належних рамок умов, зокрема усвідомлення важливості охорони здоров'я. Пандемія COVID-19 зробила ключові проблеми чіткішими, ніж будь-коли, водночас різко підвищивши соціальну та політичну узгодженість для здійснення змін. Нам потрібно скористатися моментом і внести зміни, які покращили якість громадського здоров'я та соціально-економічний статус у короткостроковій та довгостроковій перспективі.

1.2. Сучасний рівень реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я в умовах пандемії

Відповідно до основних засад державної соціальної та гуманітарної політики практично в усіх країнах з розвиненою ринковою економікою створені системи охорони здоров'я, доступні для всіх або переважної більшості громадян. Питання політики охорони здоров'я, соціального забезпечення, вартості та доступності допомоги, умов життя впливають на «інтереси населення, формують настрої та є предметом дискусій щодо ефективності державного управління» [13].

Існують також обґрунтовані припущення, що COVID-19 спотворює глобальну статистику смертності від пневмонії, ставить під сумнів статистику інфекцій та абсолютну та відносну смертність від пандемії COVID-19. Епідемія стала несподіваним каталізатором легітимізації економічних і політичних

контурів нової моделі громадянського суспільства та стабілізації суспільства. Виникає суспільство, в якому механізми соціального регулювання домінують і перерозподіляють все більшу частку соціальних ресурсів.

Взаємовідносини між державними та недержавними медичними організаціями відрізняються, медичне обслуговування фінансується або з державного бюджету, який формується за рахунок загального оподаткування, або з коштів загальнообов'язкового медичного страхування, які формуються за рахунок медичного страхування.

Реакція більшості на COVID-19 як надзвичайну ситуацію була непропорційно чутливою та неадекватною порівняно з її потенційним соціально-економічним впливом. Головною метою реформи охорони здоров'я було стримування зростання державних витрат та підвищення ефективності систем охорони здоров'я. Ця політика реалізована у сфері регулювання споживання медичних послуг шляхом встановлення термінів їх надання та розробки систем фінансового планування. Сьогодні необхідно змінити вирішення соціально-економічних проблем і відштовхуватися від потреб сучасного громадянського суспільства.

Ключовими аспектами реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я є створення умов, за яких можна ефективно реалізовувати процеси надання медичних послуг та досягати певних цілей [14]. У системі охорони здоров'я на посади провідних медичних спеціалістів не дуже затребувані фахівці коледжів та вишів.

Держава регулює сферу медичних послуг на підставі постанов-законів, що визначають структуру державних контролюючих органів з надання медичних послуг, правовий статус надавачів медичних послуг та охорону їх майна, порядок укладання та виконання господарських договорів про надання послуг, захист прав споживачів цих послуг, питання, пов'язані з етичною організацією послуг [8]. Важливим аспектом функціонування регуляторного механізму системи охорони

здоров'я на сучасному етапі її розвитку є створення ефективної нормативно-правової бази.

Основною характеристикою нормативного регулювання є його зв'язок із конкретною метою, що передбачає наявність організованої та взаємопов'язаної сукупності важелів, здатних забезпечити правомірну реалізацію суб'єктами суспільних інтересів. З метою збереження, зміцнення та підтримки здоров'я та особистої відповідальності слід використовувати соціальні та мотиваційні методи, які полегшують бюджет та мають стимулюючий вплив на громадян [9]. Важливим фактором є те, що методи стимулювання та переконання визначаються прийнятими в суспільстві морально-етичними нормами, взаєморозумінням і співпрацею.

Фінансування медичної галузі є основним фактором забезпечення ефективного розвитку галузі на сучасному етапі її реформування та розвитку. Основним напрямком діяльності держави в регулюванні системи охорони здоров'я є вдосконалення існуючої системи фінансових ресурсів, а також пошук нових джерел фінансування через медичне страхування. Реалізація ефективної державної політики тісно пов'язана із застосуванням методів правового регулювання суспільних відносин, однак у сучасних умовах ринкових відносин, демократизації суспільства значення цих методів має суттєвий обмін.

Розвиток конкуренції між споживачами за кращі медичні організації та страховики та між виробниками за споживачів і пацієнтів необхідно розглядати як головний двигун підвищення ефективності системи фінансування охорони здоров'я [37]. Величезний дефіцит бюджету спричинений скороченням державних доходів через уповільнення економічної активності та глобальної торгівлі, а також безпрецедентними заходами, які допомагають приватному сектору пом'якшити вплив пандемії COVID-19.

Пропоновані зміни в політиці охорони здоров'я можуть суттєво вплинути на психіку та спосіб життя громадян, а отже, покращити їхнє здоров'я та рівень

життя. Реалізація такої стратегії має значну економічну ефективність і дозволяє підвищити особисту відповідальність шляхом створення відповідного середовища, що формує та реалізує державну економічну політику та забезпечує особисте здоров'я та соціальне благополуччя людей [15]. При цьому вимоги населення до якості систем охорони здоров'я постійно зростали, державні установи стикалися з неможливістю збільшити кошти, які виділяються на охорону здоров'я, рівномірно їх витратити і тим самим підвищити якість медичної допомоги, догляд, медичне обслуговування.

Дії такого типу мають включати механізми впровадження системного підходу в державній соціально-економічній політиці, державному управлінні, сталому споживанні та виробництві з метою підвищення обізнаності громадськості про важливість та користь їх використання для збереження здоров'я громадян. Перед керівниками закладів охорони здоров'я постає завдання реалізації державної політики та прийняття управлінських рішень з метою організації ресурсів, необхідних для надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, пошуку джерел додаткового фінансування та посилення діяльності з вирішення проблем охорони здоров'я.

Державні органи повинні бути готові до систематичної мобілізації структурних ресурсів, краще підготовлені до пандемії, але громадянське суспільство, яке цінує індивідуальну автономію понад безпеку, свободу пересування та саморегулювання ринків, менш готове до колективних дій. Суспільні обов'язки держави щодо життєво важливих ресурсів малих і середніх підприємств, самозайнятих і всіх неформальних працівників, які забезпечують роботу всередині та за межами держави, можуть викликати природне обурення багатьох соціальних груп.

Хоча державне втручання може зруйнувати матеріальну та економічну основу їхнього існування, навіть за умови реалізації державної соціальної та гуманітарної політики, навряд чи дасть щось суттєве з точки зору зайнятості, що

лише посилює протести. Існує потреба у формуванні та реалізації державної політики щодо подальшого розвитку електронних послуг, від доступу до державних послуг до розвитку електронної демократії [1]. Онлайн-сервіси еволюціонують від електронної комерції до телемедицини та традиційної пошти, що сприятиме використанню технологій, які зменшують кількість точок дотику клієнтів.

З іншого боку, електронні технології все частіше використовуються в дисциплінарних цілях, але самі гаджети не програмують жодного конкретного типу соціального порядку. Коли вирішуються легкі технічні завдання, стає зрозуміло, наскільки ми хочемо жити в оптимізованому онлайн-світі і наскільки нам потрібно підтримувати соціальні практики, засновані на безпосередньому людському спілкуванні, навіть у надзвичайних ситуаціях для нашого морального та фізичного благополуччя.

Сьогодні, завдяки ефективній реалізації державної політики, багато основних програм успішно транслюються онлайн, хоча деякі формати змінилися [12]. У безкоштовних сервісів є ряд обмежень, тому варто уточнити, що в конкретному випадку, і завжди краще отримати через найзручніший сервіс. У системах бюджетного фінансування охорони здоров'я територіальні органи охорони здоров'я повинні не лише фінансувати державні медичні організації, що знаходяться на їх території, а й можуть укласти договори на свій вибір з недержавними організаціями [15].

Найбільш очевидні зміни торкнулися соціально-економічної складової охорони здоров'я, підвищення соціального статусу лікарів загальної практики, підвищеної уваги до них з боку органів охорони здоров'я, керівників та лікарів, які працюють у лікарнях. Укладаючи договори між отримувачами послуг та надавачами послуг, останні краще розуміють, яку медичну допомогу вони мають надавати кому, за якими стандартами та за яку вартість [40].

Використання договірних відносин для ефективнішого розподілу коштів унеможливило небажання покупців медичних послуг вносити значні зміни в існуючі структури та обсяги медичної допомоги, щоб не порушувати довіру та професійну етику та не ризикувати співпрацею в довгостроковій перспективі. Запровадження ринкових реформ, очевидно, мало позитивні результати з політичної точки зору, вони дали поштовх роботі органів охорони здоров'я та активізували їх зусилля щодо регулювання медичної допомоги в інтересах населення, а не на користь лікарів та медичних організацій.

Права адміністрацій медичних закладів були обмежені державними органами, а керівникам медичних закладів надано право приймати оперативні рішення щодо використання фінансових і матеріальних ресурсів [8]. У разі недостатності коштів для покриття заборгованості перед постачальниками товарів і послуг відповідачем виступала держава. З цією метою медичні заклади, підпорядковані державним органам охорони здоров'я, були перетворені в незалежні корпорації охорони здоров'я. Ці організації створені за зразком комунального підприємства, мають право наймати працівників, залучати капітал і працювати практично самостійно в межах чинного законодавства.

Органи державної влади мають повноваження забезпечити, щоб зміни не призводили до звуження кола користувачів послугами цих закладів та погіршення доступності медичної допомоги для всіх груп населення [6]. Повільне впровадження нових медичних технологій, модернізація медичного обладнання, дефіцит ліків, низькі зарплати лікарів і медсестер створюють фіктивну оплату їхніх послуг, нерівний доступ до медичної допомоги через соціальний статус. Це призвело до вкрай критичного ставлення з боку населення та лікарів, а система охорони здоров'я функціонувала неефективно через недостатнє медичне оснащення лікарів [34].

Цей факт призвів до змін у системі охорони здоров'я, а реформи виявили бажання збільшити фінансування охорони здоров'я за рахунок розширення

джерел фінансування та зміни структури фінансових потоків. Під час пандемії COVID-19 державні органи «вжили безпрецедентних заходів для подолання цієї критичної ситуації та обмеження поширення хвороби при розробці та реалізації державної політики» [2].

1.3. Правове забезпечення діяльності медичних закладів в умовах пандемії коронавірусної інфекції

Класифікація ВООЗ COVID-19 як пандемії зобов'язує уряди вжити низки заходів для стримування поширення інфекційних захворювань та зміцнення систем охорони здоров'я. Іншими словами, пандемія призвела до посилення прикордонного контролю, введення карантинних заходів, створення санітарних комісій і з'їздів, укладання міжнародних договорів у санітарно-епідеміологічній сфері. Це означає, що боротьба з пандемією неможлива без оприлюднення відповідних правових норм.

Якщо розглядати правові основи боротьби з COVID-19 в Україні, то слід почати з положень Конституції України. Щодо боротьби з поширенням COVID-19, важливим є положення статті 49 Конституції України, а саме, по-перше, охорона здоров'я здійснюється за рахунок державного фінансування відповідних лікувально-санітарних та профілактичних програм, по-друге, держава забезпечує санітарно-гігієнічне та епідеміологічне благополуччя. Держава відповідає за створення системи охорони здоров'я, яка забезпечує санітарно-епідеміологічний благополуччя. Держава відповідає за інституційну спроможність для боротьби з поширенням COVID-19 та відповідні законодавчі норми.

Положення про профілактику інфекційних захворювань викладено в Законі України «Основні засади законодавства України про охорону здоров'я», зокрема у статті 30. Статтею 30 визначено, що держава забезпечує профілактику,

лікування, локалізацію та ліквідацію масових інфекційних захворювань. Особи, які переносять небезпечні для населення інфекційні захворювання, відсторонюються від роботи та інших видів діяльності, які можуть сприяти поширенню інфекційних захворювань, і підлягають медичному нагляду та лікуванню за державний рахунок з виплатою соціальних допомог. При деяких особливо небезпечних інфекційних захворюваннях обов'язкові медичні огляди, профілактичні щеплення, лікування та карантинні заходи можуть проводитися в порядку, встановленому законодавством України (ч. 2 ст. 30). У разі небезпеки спалаху або поширення епідемій Кабінет Міністрів України в порядку, встановленому законом, може запроваджувати особливі умови та порядок роботи, навчання, подорожей та фізичних навантажень на території України або в окремих закладах. Такі заходи вжила Україна, запровадивши карантин. Тобто алгоритм дій української влади відповідає вимогам українського законодавства. Що стосується обов'язків органів місцевого самоврядування, то місцеві органи влади зобов'язані активно сприяти заходам боротьби з хворобами (ст. 30, п. 4).

Щодо спеціальних законів у сфері протидії поширенню COVID-19, то варто згадати Закон України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення». У рамках ухвалення Закону України «Про нормалізацію» від 20 вересня 2019 року Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» регулює питання госпіталізації та лікування інфекційних хворих. (ст. 28), охорона здоров'я України від інфекційних хвороб (ст. 29), профілактика особливо небезпечних інфекційних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь) та радіаційних ушкоджень (ст. 30), повноваження головного державного лікаря України (ст. 40), повноваження головних державних лікарів та інших посадових осіб, які здійснюють державні органи, а також санітарно-епідеміологічні інспектори (ст. 41). Розділ IV Закону України «Про забезпечення санітарно-

епідеміологічного благополуччя населення» регулює компетенцію та діяльність Державної санітарно-епідеміологічної служби України (статті 31-38).

Наступним спеціальним законом у сфері боротьби з інфекційними хворобами є Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб». Закон визначає державне регулювання діяльності у сфері захисту від інфекційних хвороб, зокрема повноваження Кабінету Міністрів України у сфері захисту від інфекційних хвороб (ст. 3), повноваження Ради Міністрів України та місцевих органів виконавчої влади. (стаття 4), повноваження органів місцевого самоврядування у сфері захисту населення від інфекційних хвороб (стаття 5), повноваження центральних органів виконавчої влади у сфері захисту населення від інфекційних хвороб (стаття 6). Питання лікування та профілактики інфекційних захворювань та їх фінансування регулюються статтями 7-11, статті 12-13 закону присвячені питанням профілактичної вакцинації. Права та обов'язки громадян та юридичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб визначені статтями 17-23 закону. Санітарна охорона території України, карантин та обмежувальні протиепідемічні заходи регулюються статтями 28-32 Закону. Наприклад, стаття 29 Закону передбачає, по-перше, що карантин запроваджується та скасовується Кабінетом Міністрів України; по-друге, питання карантину вноситься до Кабінету Міністрів України центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за поданням Головного лікаря України; по-третє, рішення про введення та скасування карантину негайно доводиться до відома людей через ЗМІ; по-четверте, карантин вводиться на період, необхідний для ліквідації епідемії або спалаху особливо небезпечного інфекційного захворювання; по-п'яте, організація та контроль за дотриманням встановленого правопорядку в зоні карантину, своєчасне та комплексне проведення профілактичних та протиепідемічних заходів покладаються на місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування. Дезінфекційні заходи

визначені статтями 33-34, облік та облік інфекційних захворювань, епідеміологічних розслідувань розкриваються статтями 35-37 Закону.

Враховуючи детальну статистику зараження коронавірусною інфекцією серед медичних працівників, важливо не лише закріпити, а й реалізувати на практиці права та обов'язки медичних працівників, передбачені статтями 38-41 Закону України «Про захист від інфекційних хвороб». Зокрема, для медичного персоналу гарантується обов'язкове страхування від інфекційних захворювань, окремо регулюються питання оплати праці медичного та іншого персоналу, що захищає населення від інфекційних захворювань. Відповідно до цих положень Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» Наказу МОЗ України про респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2 та її лікування пацієнтів із захворюванням, спричиненим коронавірусом SARS-CoV-2, спричинило гостру респіраторну хворобу COVID-19, які отримують потрібну надбавку до окладу.

Кабінет Міністрів України уповноважений приймати відповідні постанови у сфері протидії інфекційним захворюванням, у тому числі коронавірусу. 24 квітня 2020 року Кабінет Міністрів України ухвалив постанову № 331 «Про невідкладні заходи щодо забезпечення державних фінансових гарантій медичної допомоги хворим на гострі респіраторні захворювання COVID-19, спричинені коронавірусом SARS-CoV-2, та справедливу компенсацію». Указ № 331 встановлює розподіл коштів на придбання медичних послуг, пов'язаних з медичним обслуговуванням пацієнтів, які страждають на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, за програмою державних гарантій надається охорона здоров'я.

Медичне обслуговування, надається за такими напрямками: 1) додаткові пільги лікарям та іншим працівникам закладів охорони здоров'я у розмірі 300% посадового окладу (окладу (з доплатами), у тому числі обов'язкових надбавок, надбавок) відповідно до законодавства; 2) постачання лікарських засобів та

виробів медичного призначення, необхідних для надання медичних послуг, пов'язаних з медичним обслуговуванням пацієнтів, які страждають на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, відповідно до стандартів галузі у цій сфері необхідні системі охорони здоров'я, за винятком фармацевтичних препаратів і виробів медичного призначення, які постачаються через центральний відділ закупівель МОЗ [7].

Постанова Кабінету Міністрів України № 331 встановлює гарантії надання медичної допомоги, пов'язаної з коронавірусною інфекцією, у першу чергу стаціонарної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV -2; невідкладна медична допомога пацієнтам з підозрою або встановленим гострим респіраторним захворюванням COVID-19, спричиненим коронавірусом SARS-CoV-2; медичну допомогу надають мобільні медичні бригади, підготовлені для лікування гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2; Лікарняна допомога хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, надається окремими закладами охорони здоров'я – за програмою державних гарантій охорони здоров'я населення.

Постанова Кабінету Міністрів України № 331 регламентує функції МОЗ України у боротьбі з коронавірусом, наприклад, надання інформації про кількість пацієнтів, яким надано відповідну допомогу з 1 квітня 2020 року в кожній лікарні; забезпечити, щоб до 1 числа кожного місяця інформація про кількість зразків біологічного матеріалу, взятого для дослідження на SARS-CoV-2 методом полімеразної ланцюгової реакції, та кількість лабораторних аналізів на SARS-CoV-2 за попередні календарного місяця методом полімеразної ланцюгової реакції подавалися до Національної служби здоров'я за формою, встановленою Національною службою здоров'я та ін.

Міністерство охорони здоров'я України розробило стандарти надання медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затверджені наказом №1109.

Наказом МОЗ України від 2 квітня 2020 р. № 762 затверджено протокол «Надання медичної допомоги при лікуванні коронавірусної хвороби (COVID-19)». ДП «Державний центр експертизи МОЗ України» має забезпечити внесення протоколу до реєстру медико-технологічних документів.

З метою лікування та контролю поширення коронавірусу 4 травня 2020 року МОЗ України видало Наказ «Про видачу медичних виробів для запобігання занесенню та поширенню в Україні гострих респіраторних захворювань, спричинених коронавірусом Covid-19».

Україна не залишилася сама перед обличчям пандемії, яка охопила весь світ. Просте визнання неможливості протистояти цій загрозі самотійно спонукає до активізації міжнародного співробітництва як з державами, так і з міжнародними організаціями. Наказ МОЗ України від 17 квітня 2020 року № 937 прийнято на підтримку боротьби з поширенням коронавірусу.

Окремим питанням у законодавстві, спрямованому на боротьбу з поширенням коронавірусу, є доступ до ліків. З метою забезпечення доступу до лікарських засобів та виробів медичного призначення у зв'язку з поширенням коронавірусу наказом МОЗ України від 06.05.2020 р. № 778 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів (імунологічних медичних препаратів) для лікування COVID-19 та внесення змін до реєстраційних документів. Розпорядженням № 778 внесено зміни до Національного реєстру лікарських засобів України у зв'язку з поширенням коронавірусу.

Окрім доступу до ліків, Міністерство охорони здоров'я України регулює діяльність фармацевтичних працівників з метою недопущення занесення та поширення в Україні захворювань, спричинених коронавірусом COVID-19. Так, 24 лютого 2020 року наказом Міністерства охорони здоров'я України

«затверджує рекомендації щодо заходів, які вживаються фармацевтичними працівниками для запобігання занесенню та поширенню коронавірусної хвороби COVID-19, виявленої в місті Ухань (провінція Хубей)», яким затверджено відповідні рекомендації для фармацевтичних працівників, а фармацевтична адміністрація має забезпечити їх оприлюднення.

Висновки до першого розділу

1. Боротьба з епідемією залежить від злагоджених і оперативних дій влади, економічного становища держави, технічних інновацій, наукових розробок та інформованості кожного громадянина. Відсутність довіри населення до влади призводить до низького рівня вакцинації від коронавірусу. Підвищення усвідомлення важливості охорони здоров'я для суспільства та економіки є запорукою тривалого та складного процесу оптимізації системи охорони здоров'я. Важливо враховувати потенційну віддачу від інвестицій у охорону здоров'я, не лише з точки зору витрат. Суттєві кроки до оптимізації системи охорони здоров'я мають включати збільшення фінансових і людських ресурсів для охорони здоров'я, заміну концепції стаціонарного лікування амбулаторним, у тому числі розвиток електронної системи охорони здоров'я, а також запровадження ціннісного лікування. Створення ефективної системи управління медичним персоналом та впровадження ІТ-рішень та мобільних технологій, корисні для протидії та обмеження впливу пандемії.

2. Потрібні структурні зміни в системі охорони здоров'я для оптимізації медичної допомоги шляхом посилення координації, більш цілеспрямованої та кращої підготовки медичного персоналу, покращення оснащення медичних закладів під час пандемії. Ефективна соціально-гуманітарна політика держави підвищує стійкість суспільства до надзвичайних ситуацій та мінімізує наслідки можливих майбутніх криз. Для подолання кризи та підтримки рівня життя

необхідні масштабні заходи та рішення, розробка та реалізація такої державної політики. Із впровадженням нових демократичних засад у суспільне життя, зміною соціальних цінностей і цілей актуальним стає питання зміни доктрини державної політики охорони здоров'я. Обсяг ресурсів, необхідних у галузі охорони здоров'я, залежить від вартості ресурсів та виконання державних програм розвитку охорони здоров'я. Ця обставина відіграє роль у реформуванні системи охорони здоров'я та прагненні до якісної медичної допомоги населенню. Використання адміністративних механізмів дає змогу підтримувати соціальну справедливість і доступність пільг, вони дають змогу створити умови, діяти в необхідному для суспільства напрямку та вирішувати низку нагальних проблем.

3. З аналізу законодавства України у сфері протидії коронавірусу можна зробити висновок, що Україна вчасно внесла зміни до організаційно-правового механізму протидії пандемії. Внесено відповідні зміни до спеціальних законів України, прийнято рішення Кабінету Міністрів України та накази МОЗ. Однак існують прогалини, які необхідно негайно заповнити, наприклад, під час запровадження фінансування охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ФУНКЦІОНУВАННЯ КНП «КЛШМД» ДМР В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

2.1. Організаційна характеристика діяльності КНП «КЛШМД» ДМР

КНП «КЛШМД» ДМР – це сучасний багатопрофільний лікувально-профілактичний заклад середнього рівня, який надає цілодобову спеціалізовану невідкладну та планову медичну допомогу в умовах цілодобового стаціонару дорослим пацієнтам з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини, шлунково-кишкового тракту, шлунково-кишкові кровотечі різного походження, гострий коронарний синдром, серцева аритмія, гострі інсульти та гіпертонічні кризи, пацієнти терапевтичного профілю, кардіологічні, алергологічні, гінекологічні, хірургічні, анестезіологічні послуги, центр вторинної допомоги та реанімації, жіноча консультація, амбулаторна стоматологічна допомога та амбулаторна психіатрична допомога за наданим спектром послуг.

У рамках завершення реконструкції першого поверху терапевтичного корпусу під відділення невідкладної медичної допомоги забезпечено доступність, своєчасність та якість надання невідкладної допомоги населенню Дніпра, зменшуючи тим самим інвалідність та смертність внаслідок нещасних випадків, травм та отруєнь, гострих порушень життєдіяльності людини внаслідок серцево-судинних та інших захворювань, у грудні 2021 року створено новий структурний підрозділ – відділення екстреної медичної допомоги КНП «КЛШМД» ДМР.

Станом на 1 січня 2022 року лікарня має 760 ліжок.

Персонал стаціонару станом на 01.01.2022 р. – 2208,25 од., з них: лікарі – 671,25 од., медичні сестри – 832,0 од., молодші медичні сестри – 398,5 од., спеціалісти – 100,25 од., інший персонал – 192,75 од., викладачі – 13,5 од.

Відповідно до договору № 3663-E421-P000 (зі змінами) «Про медичне обслуговування населення в рамках програми медичних гарантій», лікарня надала медичну допомогу у 2021 році 18 пакетів медичних послуг:

- оперативні втручання дорослим та дітям у стаціонарі;
- стаціонарне лікування дорослих і дітей без операції;
- медичне ведення гострого інсульту в стаціонарі;
- медикаментозне лікування гострого інфаркту міокарда;
- амбулаторна медична допомога дорослим та дітям (спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація);
- гістероскопія;
- езофагогастродуоденоскопія;
- колоноскопія;
- цистоскопія;
- бронхоскопія;
- амбулаторне ведення хворих на гемодіалізі;
- хіміотерапевтичне лікування та ведення онкологічних хворих у дорослих та дітей у стаціонарних та амбулаторних умовах;
- діагностика та догляд за ВІЛ-позитивними людьми (і з підозрою на ВІЛ);
- інтернатна паліативна допомога дорослим та дітям;
- медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років із захворюваннями опорно-рухового апарату;
- медична реабілітація дорослих і дітей від трьох років з ураженням нервової системи;
- амбулаторне ведення вагітності;
- госпітальна допомога хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19.

На рисунку 2.1 наведена динаміка звернень населення до КНП «КЛШМД» ДМР



Рис. 2.1. Динаміка звернень населення до КНП «КЛШМД» ДМР

Загальна сума укладених договорів з НСЗУ на 2021 року складає – 254,1 млн. грн., з яких:

медичні послуги за всіма пакетами – 202,3 млн. грн.;

на надання допомоги хворим на COVID-19 – 51,8 млн. грн.

Отримано коштів за надані медичні послуги – 233,0 млн. грн., з них:

- на надання допомоги хворим на COVID-19 – 51,7 грн.,

- за надані медичні послуги за всіма пакетами – 181, грн.

При цьому доцільно відмітити, що час перебування хворих в КНП «КЛШМД» ДМР нижче, ніж у середньому по місту (рис. 2.2).

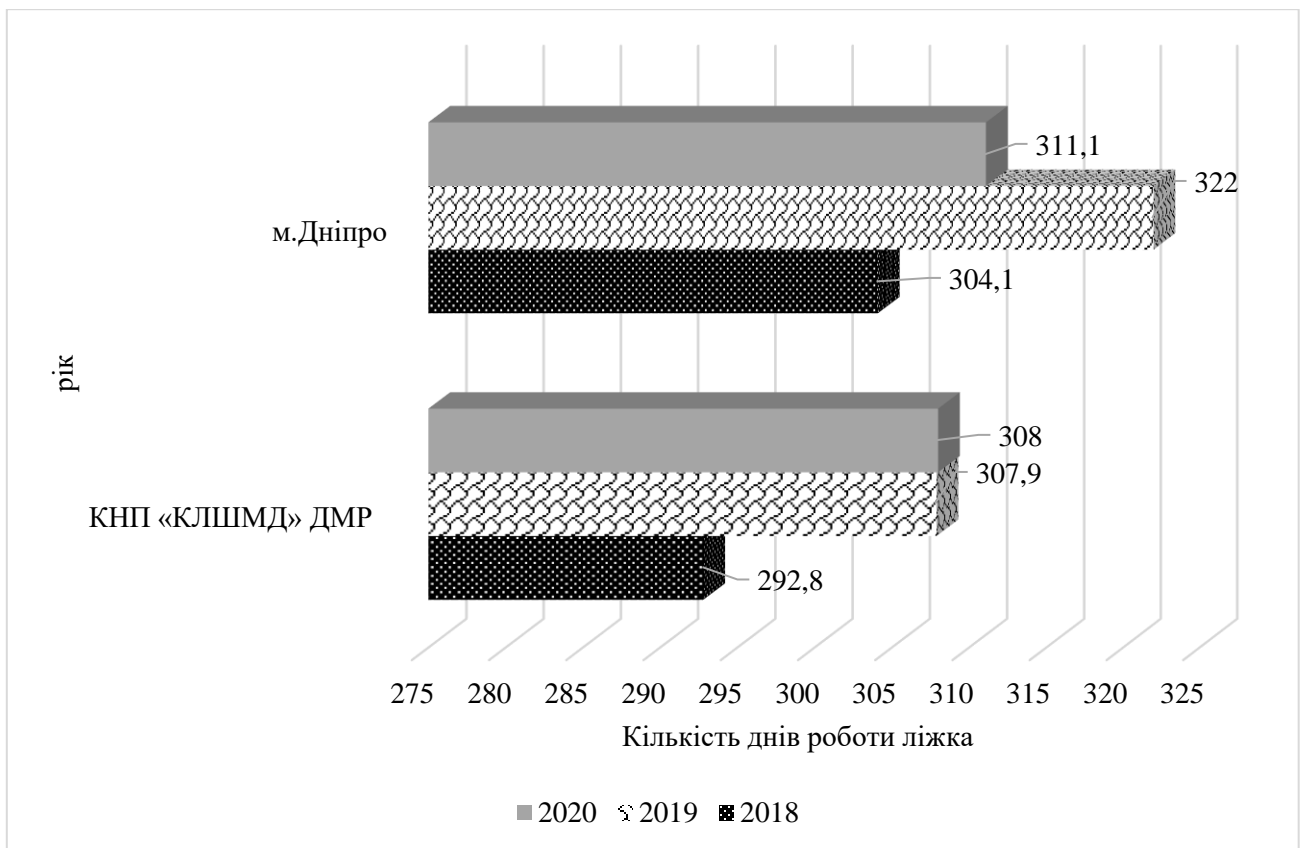


Рис. 2.2. Порівняння наповненості лікарняного фонду, ліжок

Надходження програм місцевих бюджетів у 2021 році

1. Загальна програма «Здоров'я населення м. Дніпра на 2018-2022 роки» на загальну суму 33,8 млн. грн.
2. «Програма локалізації та ліквідації амброзії та інших карантинних рослин у Дніпрі на 2019-2023 роки» на суму 2,0 млн.грн.
3. Програма підтримки розвитку територій Дніпровського регіону на 2021-2025 роки (виконання виборчих завдань) у сумі 0,6 млн. грн.
4. Дотація з обласного бюджету до бюджетів місцевого самоврядування на використання депутатами обласної ради вказівок для голосування у 2021 році в сумі 399,0 тис. грн.
5. Кошти місцевого бюджету на капітальні видатки – 36,05 млн. грн.

6. Кредити цільового фонду місцевого бюджету – 79,0 тис. грн.

У 2021 році за кошти місцевого бюджету було здійснено:

Ревізія із заміною лікарняного ліфта КНП «КЛШМД» ДМР за адресою: вул. Філософська, 62, Дніпро (ПКД) 47,4 тис. грн.

Ревізія електромережі із заміною автономного електропостачання КНП «КЛШМД» ДМР медичного корпусу по вул. Філософська, 62, м. Дніпро 2,2 млн. грн.

Ревізія приміщення КНП «КЛШМД» ДМР для розміщення рентгенодіагностичного обладнання за адресою: вул. Філософська, 62, м. Дніпро 2,3 млн. грн

Виконано реконструкцій на суму 7,3 млн. грн., з яких:

Реконструкція мережі постачання медичного кисню лікувального корпусу по вул. Філософська, 62 КНП «КЛШМД» ДМР у м. Дніпро -6,7 млн. грн.

ПКД для оксигенації в дорозі. Філософська, 62 - 220 тис. грн

ПКД для оксигенації в дорозі. Антоновича 65 -390 тис. грн

1. У лікарні за рахунок депутатських коштів проведено поточний ремонт приміщення будівлі лікарні по вул. Шмідта 26 на суму 99998,00 грн.

2. За кошти місцевого бюджету проведено поточний ремонт по заміні вікон хірургічного корпусу на суму 283,9 тис. грн.

3. За рахунок власних коштів проведено поточний ремонт будівель лікарні на суму 1 826 тис. грн.

4. За рахунок коштів НСЗУ на загальну суму 13,9 млн. грн.

За бюджетні кошти придбано 317 апаратів на суму 2,5 млн. грн., у тому числі: електроопераційні столи, апарати операційного блоку, гінекологічне крісло, операційні лампи, комплекс діагностичних рентгенівських променів, кисневий концентратор, бронхоскоп, медичні меблі тощо. .

За кошти НСЗУ придбано обладнання на суму 1,7 млн. грн.

За підтримки міської адміністрації та МОЗ реалізовано ефективні рішення щодо впорядкування та покращення медичної допомоги.

2.2. Інформаційне забезпечення управлінської діяльності КНП «КЛШМД» ДМР в умовах пандемії

Надзвичайна ситуація, викликана коронавірусною хворобою, виявила як сильні, так і слабкі сторони КНП «КЛШМД» ДМР.

Наприкінці січня 2020 року ВООЗ оголосила епідемію коронавірусу надзвичайною ситуацією в галузі охорони здоров'я, перші міжнародні заходи відбулися 11 і 12 лютого, спрямовані на оцінку поточного стану знань про новий вірус та узгодження критичних досліджень. Відповідно, було визначено дві основні цілі: 1) прискорити інноваційні дослідження для стримування поширення епідемії та допомогти постраждалим, 2) підтримати пріоритети досліджень, які сприятимуть розвитку глобальних дослідницьких платформ для вивчення пандемії та кращої підготовки до можлива готовність до епідемії. Розпочато реагування на COVID-19 на основі ефективних підходів до реагування на спалахи інших типів вірусів. Технічні вказівки та рекомендації швидко розвивалися в міру накопичення та критичної оцінки нових знань та досвіду, включаючи інформацію про контроль за інфекцією, контроль епідемії та відстеження контактів, лабораторії та діагностику, програму розробки вакцин, потенційне відкриття ліків та покращений обмін інформацією.

Перші технічні рекомендації ВООЗ щодо медичних товарів у січні 2020 року були зосереджені насамперед на обмеженні контактів та активному нагляді за підозрою на інфекцію SARS-CoV-2, своєчасному початку підтримуючої терапії у важких випадках та ускладнень, а також підкреслювалась відсутність специфічної профілактики та лікування для можливості проведення

дослідницьких методів лікування за відсутності клінічних досліджень. За відсутності безпечного та ефективного лікування коронавірусу ВООЗ визначила можливість використання ліків поза медичними інструкціями: етично пропонувати окремим пацієнтам експериментальне втручання поза клінічними випробуваннями в умовах, коли у цьому випадку неможливо негайно розпочати клінічні дослідження. Угода; і процедура контролюється, а результати документуються та вчасно доводяться до широкої медичної та наукової спільноти. За даними ВООЗ, рішення про те, щоб запропонувати пацієнту недоведене або експериментальне лікування, приймається лікарем і пацієнтом відповідно до національного законодавства, записи про вживання ліків повинні вестися відповідно до національного законодавства, а результати пацієнтів повинні контролюватися. Перші результати такого лікування вивчаються в офіційному клінічному дослідженні, щоб визначити його безпеку, ефективність, ризики та переваги, особливо коли ці результати є багатообіцяючими.

У березні 2020 року ВООЗ у співпраці з партнерами розпочала міжнародне клінічне випробування «Солідарність», у якому було оцінено кілька варіантів лікування COVID-19. З квітня на веб-сайті ВООЗ публікується зведення всіх поточних класифікацій лікування COVID, яке регулярно оновлюється та включає регулярні звіти міжнародної дослідницької групи Cochrane (Франція Cochrane, Німеччина Cochrane, Cochrane, Ірландія тощо). Університети Парижа та інші в проекті COVID-NMA.

Єдина глобальна платформа пропонується <https://www.who.int/teams/health-care-readiness-clinical-unit/covid-19/data-platform> для заповнення анонімних клінічних даних у трьох типах стандартизованих форм: 1) Основна голодування для дорослих і дітей; 2) Форма для вагітних, 3) Форма для дітей та підлітків з мультисистемним запальним синдромом.

Спеціальні інструменти для планування робочої сили та базове обладнання були надані ВООЗ, які потім були розроблені в унікальний посібник для оцінки

медичної установи з точки зору організаційної моделі клінічної, безпеки, безпеки та продуктивності персоналу, фінансових і технічних ресурсів та діагностики та лікування, надання медичних послуг пацієнтам поза контекстом коронавірусної хвороби [9]. Посібник в першу чергу призначений для використання органами державної влади для оцінки надання та використання послуг, а також для визначення основних проблем і перешкод. ВООЗ також запропонувала зберегти доступ до некоронавірусних медичних послуг для пацієнтів, які не страждають, але мають інші гострі або хронічні захворювання.

Існуючий глобальний досвід, зібраний і критично розглянутий, і власний досвід ВООЗ у боротьбі з коронавірусом COVID-19, а також розроблені рекомендації, технічні рекомендації та інструменти управління ресурсами зберігаються в хронологічному порядку і тепер представлені в спеціальній «хронології»: ВООЗ у відповідь на COVID-19. ВООЗ продовжує публікувати документи про вакцини та інші засоби проти пандемії та веде глобальну бібліотеку літератури про коронавірус COVID-19.

З січня 2020 року Європейська комісія використовує інформаційне забезпечення <https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/timeline-eu-action> переважно для захисту громадян від загрози коронавірусу: сповіщення було видано на початку січня, наприкінці було задіяно Механізм цивільного захисту ЄС та здійснено репатріацію громадян ЄС. Міждержавні заходи щодо захисту населення, у тому числі мандрівників, працівників промисловості, сільського господарства, транспорту, групові закупівлі засобів індивідуального захисту та медичного обладнання, дослідження щодо нового коронавірусу 2019-nCoV, рекомендації щодо санітарно-гігієнічних заходів на кордоні для захисту здоров'я громадян забезпечити належне ставлення до людей, яким необхідно подорожувати, та забезпечити доступність основних товарів та послуг, вільне пересування основних працівників тощо, додаткові кошти для сектору охорони здоров'я – повне охоплення співпраці,

спілкування, заходів та медичних та інші рішення представлені в хронологічному порядку на порталі Ради Європи.

BSBS <https://www.ecdc.europa.eu/en>, агентство Європейського Союзу, яке зміцнює захист Європи від інфекційних захворювань. Його основні функції охоплюють широкий спектр діяльності: нагляд, епідеміологічний нагляд, реагування, наукові консультації, підготовка, санітарна освіта, міжнародні відносини та комунікація з питань охорони здоров'я. З останньої декади січня 2020 року BSBS надає оцінку ризику поширення коронавірусу SARS-CoV-2 у європейських країнах та публікує дані про глобальне поширення захворювання, а також документи про здоров'я населення. Як офіційне агентство Європейського Союзу, BSBS опублікувала дані про національні джерела інформації про COVID-19 з посиланнями на їхні веб-сайти та окремі лінії довіри, переважно всередині країн. Ця інформація продемонструвала не лише локальні особливості протиепідемічних заходів у різних країнах ЄС, а й відкритість, прозорість, велике бажання спілкуватися та обмінюватися досвідом, що, за відсутності живого спілкування, дозволило інформувати про позитивне переваги та негативні наслідки стратегій протистояння пандемії. На веб-сайті BSBS було розглянуто географію патології та поточну оцінку ризиків для Європейського Союзу, Європейської економічної зони та Великобританії, управління охороною здоров'я та пацієнтів, постачання та використання захисного обладнання та інфекційний контроль, готовність продовжувати боротися із загрозами та запобігання і контроль. Контроль за інфекцією в громадському транспорті та відстеження контактів, управління охороною здоров'я, у тому числі медичними працівниками, які постраждали від COVID-19, звільнення та припинення ізоляції в контексті інфікованої спільноти, оновлення стратегії нагляду за COVID-19 на національному та ЄС/ЄЕЗ рівень, спеціально спрямований на узгодження потреб у даних для ефективного реагування на пандемію в країнах і системах охорони здоров'я, беручи до уваги рекомендації та рекомендації ВООЗ. Поступово

сформувалися основні рубрики на випадок пандемії <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>: оновлення епідемічної ситуації в ЄС, поточна оцінка ризику для ЄС, профілактика та контроль, останні дані (наприклад, наукові дані про коронавіруси, фактори ризику та групи ризику, шляхи передачі, клінічні особливості, діагностичні тести та скринінг, імунна відповідь та імунітет, вакцини та лікування), стратегії тестування, нагляд, лабораторна підтримка. ECDC узагальнює та публікує інформацію про заходи щодо профілактики, діагностики та лікування коронавірусних захворювань, у тому числі про те, як підготуватися до нових викликів, спричинених інфекційними захворюваннями. Зазначимо, що в Європейському Союзі поширене висвітлення коронавірусної хвороби не лише на сайтах державних органів, спеціалізованих та відповідальних установ, а й у соціальних мережах, спеціальних мобільних додатках для ефективного спілкування та психологічної підтримки. При цьому традиційна увага приділяється надійним джерелам у боротьбі з інфекційними захворюваннями.

Канал реагування на пандемію COVID-19 ECDC підтримується і відображає заходи, вжиті ECDC з початку пандемії COVID-19, оцінки ризиків, технічні звіти, поради та інформацію, опубліковану на порталі та у фаховому журналі [23].

EMA <https://www.ema.europa.eu/en> робить внесок у глобальні зусилля, спрямовані на порятунок життя під час пандемії COVID-19, прискорюючи розробку та затвердження безпечних та ефективних методів лікування та вакцин, а також підтримуючі дії для забезпечення безперервного виживання, наявність ліків у Європейському Союзі (ЄС) та надання достовірної інформації пацієнтам та медичним працівникам, що дозволило державам-членам ЄС та Європейській комісії скоординовано діяти для стримування пандемії, зберігаючи свою основну діяльність та реагуючи на нові проблеми. Ці дії включають надання інформації про потенційні методи лікування та вакцини, гнучкі регуляторні механізми для

прискорення розробки та затвердження ліків і вакцин, консультації щодо клінічних випробувань, поради пацієнтам та медичним працівникам, здоров'я щодо безпечного використання ліків під час пандемії, включаючи пацієнтів із ризиком інфікування. Серед потенційних методів лікування COVID-19 ЕМА визначила препарати, які можуть бути корисними для пацієнтів з коронавірусною хворобою. Він зазначає, що «клінічні випробування залишаються золотим стандартом для збору достовірних даних про безпеку та ефективність досліджуваних препаратів», але існує гармонізований підхід до справедливого використання, який відкриває доступ до досліджуваних препаратів для пацієнтів, які не мають права брати участь в клінічних випробуваннях.

Значна увага також приділяється координації фармацевтичної промисловості для підтримки доступності схвалених препаратів, оскільки зміни в рутинному використанні та призначенні ліків пацієнтам з COVID-19, включаючи антибіотики та анестетики, призвели до повідомлень про розвиток попиту.

З березня 2020 року Генеральні директорати з питань здоров'я та безпечності харчових продуктів Європейської комісії, ECDC та ЕМА щотижня проводять відеоконференції для обміну інформацією та координації дій для ефективного подолання кризи COVID-19. Медичні регулятори працюють разом під егідою Міжнародної коаліції регуляторів лікарських засобів (ICMRA), щоб прискорити та впорядкувати розробку вакцин і методів лікування COVID-19.

Відстеження реагування системи охорони здоров'я <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx> було розроблено Європейським регіональним бюро ВООЗ, Європейською комісією та Європейською обсерваторією систем і політики охорони здоров'я у відповідь на спалах COVID-19 для збору даних та актуальної інформації про те, як країни реагують на кризу, яка розпочалася у квітні 2020 року. Вона зосереджена на системному реагуванні, але також охоплює ширші ініціативи в галузі охорони

здоров'я. Це онлайн-платформа з відкритим доступом, яка систематично відображає та аналізує інформацію про те, як системи охорони здоров'я реагують на пандемію COVID-19 в Європі, Центральній Азії та окремих країнах [30]. HSRM дає змогу всім зацікавленим сторонам отримувати актуальну інформацію про реакцію охорони здоров'я на COVID-19 в одному місці, представлену в чіткій та стислій формі. Це також інструмент відкритого доступу для всіх, хто цікавиться пандемією COVID-19. Інформація зібрана з 55 країн і її можна порівняти з кількох питань, а саме: запобігання передачі, забезпечення належної інфраструктури та людських ресурсів, ефективне надання медичних послуг, оплата послуг, управління, діяльність у немедичних секторах.

Зазначимо, що документи, накопичені в результаті моніторингу відкритих електронних джерел міжнародних та державних організацій, частково використовуються в системі охорони здоров'я України на галузевому рівні, а саме:

- зміни в законодавстві, щоб зробити сучасне лікування доступним для людей з коронавірусною хворобою – використання лікарських засобів, які не відповідають інструкції для медичного застосування;
- введені карантинні заходи;
- розроблено порядок призначення та застосування лікарських засобів для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19);
- за відсутності традиційних доказів розроблено стандарти медичної та фармацевтичної допомоги;
- розроблено відповідно до підходів «розширеного доступу» до лікарських засобів, які використовуються в більшості країн протоколу «Надання медичної допомоги при лікуванні коронавірусної хвороби (COVID-19)».

На основі найкращих прикладів у світі галузь пропонує широке спілкування з громадськістю та професіоналами на тему боротьби з коронавірусною хворобою за допомогою засобів масової інформації та ресурсів

соціальних мереж. На основі моніторингу реагування систем охорони здоров'я на COVID-19 був створений регіональний (регіональний) моніторинг реагування громадського здоров'я для моніторингу та аналізу змін у відповідь на спалахи COVID-19 на регіональному рівні. Як повідомляє сайт «Регіональний монітор», це створює враження не лише про дії регіональних лідерів у боротьбі з COVID-19, а й про загальне управління державною системою в Україні. Зібрана інформація буде використана для аналізу відмінностей у відповідях регіональних урядів на COVID-19 та їх впливу на децентралізацію та політику охорони здоров'я.

Слід зазначити, що надзвичайна ситуація, пов'язана з пандемією інфекційних захворювань, виявила необхідність негайного перегляду або оновлення медичних стандартів відповідно до нових науково-практичних даних з діагностики та лікування, на відміну від раніше виправданого трирічного перегляду цих стандартів. Докази та експертна інформація, використані при її розробці, повинні бути публічно узагальнені у форматі клінічної настанови. Водночас подальша реалізація потребує регулювання механізму «розширеного доступу» до експериментальних методів надання медичної допомоги та залучення спеціалістів.

Незважаючи на певні кроки щодо з'ясування ситуації на місцях, аналітичних досліджень практики надання медичної допомоги населенню під час епідемії недостатньо. До нас не надходила інформація щодо наукового аналізу ефективності втручань у діагностиці та лікуванні COVID-19, професійного діалогу щодо забезпечення дотримання стандартів надання допомоги у цій сфері. Подальші зусилля, на нашу думку, необхідні для впровадження принципів прозорості, підзвітності та відповідальності в першу чергу, для повного інформування населення про успішність діяльності та проблемних аспектів охорони здоров'я, для оцінки ризиків та використання формальних ресурсів. засоби управління в надзвичайних ситуаціях.

2.3. Оцінка державної політики щодо системи охорони здоров'я на період пандемії

У заяві для ЗМІ 11 березня 2020 року Генеральний директор ВООЗ пояснив спалах COVID-19 з огляду на тривожні масштаби та тяжкість захворювання та загрозу бездіяльності у відповідь на пандемію.

Щоб запобігти поширенню COVID-19, національні уряди більшості країн, які постраждали від пандемії, запровадили певні карантинні обмеження. Ці обмеження є стандартною мірою інфекційного контролю та інструментом захисту громадського здоров'я. Водночас карантинні обмеження безпосередньо впливають на доступність якісних державних послуг, тому реалізація цих обмежень має забезпечити баланс між стримуванням епідемії та збереженням доступності послуг.

Карантинні обмеження в Україні у відповідь на COVID-19 обмежують доступ до гарантованих державою медичних та освітніх послуг. Під загрозою також знаходяться права і свободи особистості, закріплені в Конституції України та ратифікованих Україною міжнародних договорах.

Суворі поваги до прав людини є основним принципом цивілізованого суспільства, а захист цих прав є обов'язком демократичної держави. Відповідно до принципів обмеження громадянських і політичних прав допускаються у виняткових випадках, пов'язаних із охороною здоров'я, порядку, безпеки тощо. Усі ці обмеження мають бути законними, відображати та бути пропорційними реальним потребам суспільства.

Виходячи з цих позицій, можна проаналізувати постанову уряду від 11 березня 2020 року про встановлення карантину на всій території України та зробити висновок, що це рішення було необґрунтованим, непропорційним та суперечливим процедурі:

- Необґрунтованість цього рішення полягає в тому, що на момент його прийняття в Україні офіційно зареєстровано лише один випадок COVID-19, а обмеження не враховували відмінності епідемічної ситуації в різних регіонах.

- Непропорційність виявлених обмежень обумовлена тим, що не вжито жодного іншого превентивного заходу, який би масово не обмежував права та був ефективним у боротьбі з епідемією (тести, відстеження контактів, ізоляція).

– Порушено процедуру карантину, оскільки уряд не має повноважень вводити загальні обмеження прав людини, а президент має подати до парламенту проекти положень щодо цих обмежень.

Таким чином, вводячи обмеження прав людини, влада перевищила свої повноваження. У той же час влада виявила критичну неспроможність виконувати свої функції, особливо щодо злагодженої організації суспільного життя в умовах надзвичайної ситуації.

Крім Національної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС), в органах виконавчої влади діють постійні та тимчасові структури, які відповідають за протидію надзвичайним ситуаціям, у тому числі епідеміям, та ліквідацію їх наслідків.

Основним завданням цих структур зазвичай є швидка реакція та ефективна координація всіх учасників процесу. Але на практиці їх бездіяльність чи непослідовність призвели до кризи в системах охорони здоров'я та освіти.

Спалах COVID-19 показав, наскільки непідготовлені системи охорони здоров'я та цивільного захисту повинні адекватно реагувати на виклики такого масштабу. Це призводить до співіснування багатьох штабів у різних структурах, одночасного вступу офіцерів у різні штаби, відсутності адекватного зв'язку між різними системами, відсутності повноважень центральних органів влади на місцях та поганої координації діяльності місцевих органів влади між собою і з центром.

Невідповідність між різними системами з'явилася на початку спалаху, коли були зроблені спроби встановити намети для сортування в лікарнях. Біля яких мають бути встановлені намети. У результаті екстренні служби встановили та встановили ці намети у конкретній лікарні, що не могло сприяти негайному реагуванню на загрозу епідемії.

Криза, викликана епідемією COVID-19, не лише виявила слабкість системи охорони здоров'я, а й виявила низку недоліків в організації роботи державних установ. Нездатність держави виконувати свої завдання призводить до втрати довіри до влади та органів державної влади загалом. Відновити цю довіру складно і потребує часу, але воно повинно ґрунтуватися на досвіді та засвоєних уроках, а також уникати подібних помилок у майбутньому.

Навесні 2020 року пандемія COVID-19 перемістила Європу із заходу на схід. Україна дізналася про це пізніше, ніж її найближчі західні сусіди. 24 березня Україна пройшла рубезж з перших 100 випадків зараження коронавірусом. Для порівняння: Італія досягла цієї мети 23 лютого, Іспанія, Великобританія - 2 березня, Німеччина - 3 березня, Угорщина та Польща - 13 і 14 березня відповідно¹³.

На початку пандемії швидкість реагування уряду мала вирішальне значення. У Німеччині та Австрії, наприклад, епідемія була в розпалі вже в середині березня, і навіть агресивні обмеження не змогли відвернути «першу хвилю» — стрімке зростання нових випадків і смертей. Словаччина та Чехія, з іншого боку, відреагували досить рано, щоб уникнути стрибків. Україна пізніше за інші країни ввела жорсткий карантин, але змогла запобігти «першій хвилі» поширення. Пандемія принесла Україні більше часу, ніж її західні сусіди (рис. 2.3).

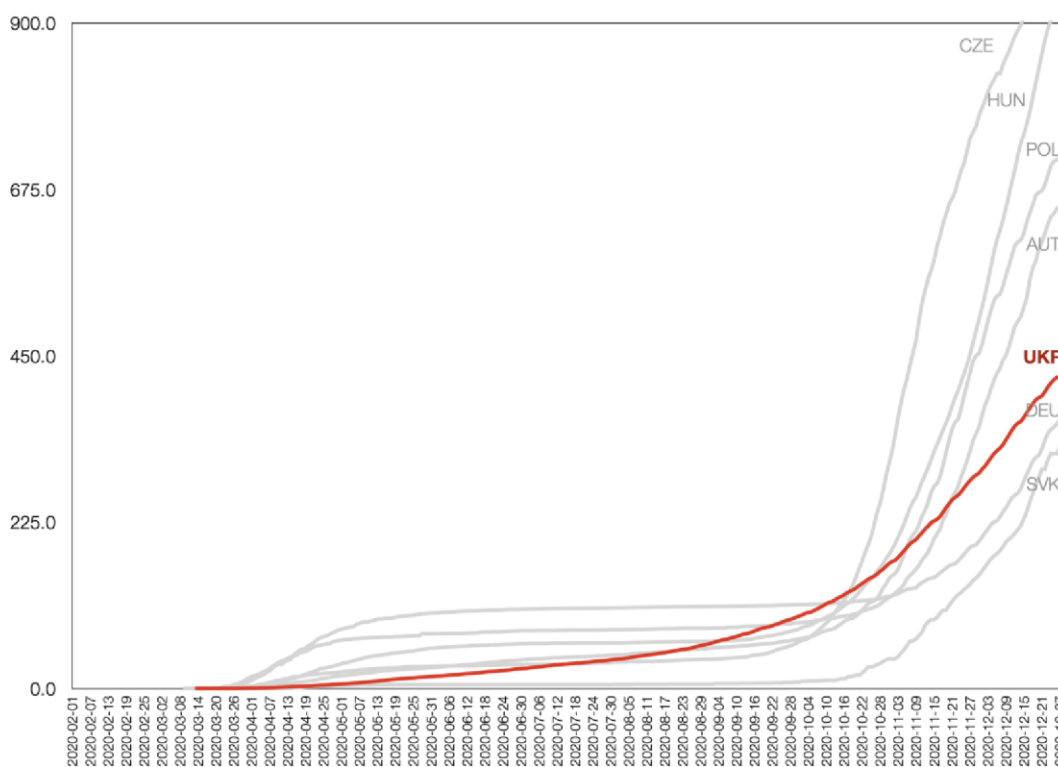


Рис. 2.3. Накопичена смертність від COVID-19 (на мільйон населення) в Україні та окремих країнах Центральної та Східної Європи у лютому-грудні 2020.

Весняний карантин дозволив європейським країнам знизити поширення хвороби до контрольованих рівнів. Поки діяли карантинні обмеження, країни посилили свої системи тестування та відстеження контактів. Це дозволило виявити більшість випадків, ефективно контролювати та ізолювати пацієнтів після зняття обмежень. Ця політика зупинила зростання смертності влітку на весняних піках.

В Україні була інша ситуація. Система виявлення не була одним із пріоритетів уряду. Карантинні обмеження стримували зростання захворюваності та смертності у квітні та травні, але як тільки їх пом'якшили, захворюваність та смертність почали зростати. Цей процес не припиняється навіть влітку, коли сезонність впливає на поширення. Влітку смертність від COVID-19 в Україні перевищила весняні піки «першої хвилі» в Чехії, Польщі, Угорщині, Австрії та навіть у Німеччині восени.

Причиною цього була низька виявлення та пасивна реакція на спалахи. На відміну від європейських країн, Україна не приділила належної уваги створенню системи тестування та відстеження контактів. Крім того, адаптивна система карантину, яка діє з літа серпня 2020 року, зазнала змін, які фактично зняли обмеження в більшості частин країни, особливо у великих містах.

Карантинні показники реагували лише на наслідки епідемій, зокрема, на переповненість лікарень, тому стрімке зростання захворюваності в Києві, Одесі, Харкові та інших містах у серпні-вересні 2020 року пройшло непомітно. Коли показники цих міст наближалися до червоної зони, уряд підвищив поріг входу, зробивши майже неможливим потрапити в червону зону. З жовтня більша частина країни знаходиться в помаранчевій зоні, яку ледве відрізнити від жовтої та зеленої, що по суті означає відсутність обмежень.

З кінця вересня до початку жовтня 2020 року в Західній Європі почалися нові спалахи, які зазвичай називають «другою хвилею». Швидкість поширення різко контрастує з фазою контрольованого поширення влітку.

У цей час в Україні прискорилося хвиля поширення, що почалася навесні. На відміну від Бельгії, Чехії, Польщі та інших країн, вона мала форму стабільного та швидкого зростання.

Ця тенденція тривала до середини грудня, коли нові офіційні випадки засвідчили стабілізацію, а потім спад. Проте ретроспективний аналіз даних показав, що фактично захворюваність не знизилася – з другої половини листопада по лютий 2021 року захворюваність стабілізувалася і залишалася на колишньому рівні.

Європейські країни відреагували на нову хвилю поширення посиленням систем тестування та введенням жорстких обмежень (локдаунів).

Україна уникала жорстких обмежень. У період зростання захворюваності восени жорсткість обмежень залишалася на досить помірному рівні порівняно з європейськими країнами (рис. 2.4).

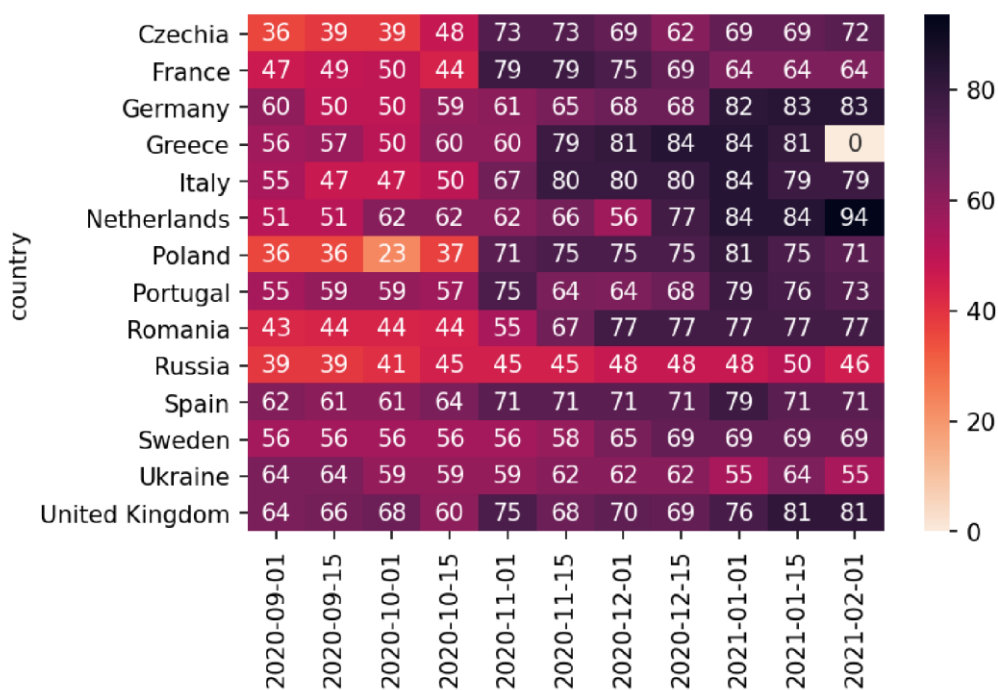


Рис. 2.4. Індекс жорсткості карантинних обмежень у країнах Європи з населенням понад 10 мільйонів у вересні 2020 - лютому 2021.

У той же час уряд неухильно нарощував можливості лікарень, щоб впоратися з постійно зростаючою кількістю госпіталізованих пацієнтів. Головною стратегією в боротьбі з COVID-19 було не виявлення нових випадків та стримування поширення хвороби, а створення достатньої кількості ліжок для всіх тих, хто потребує госпіталізації. Такі заходи перевантажили систему лікарень в епіцентрах спалаху, особливо у великих містах.

Варто відзначити низьку потужність системи виявлення вірусів в Україні. Від початку спалаху до сьогодні українська система тестування та відстеження контактів залишається найгіршою в Європі. З червня 2020 року обсяг щоденних тестів все менше відповідав потребі. Про це свідчить динаміка коефіцієнта виявлення – основного показника здатності системи виявляти нові випадки (відношення виявлених випадків до тестів). З літа 2020 року цей показник відхилився від рекомендованого ВОЗ значення в 5%. У жовтні-грудні він відхилився від рекомендації в 5-7 разів (рис. 2.5). Це означало, що статистика

випадків, виявлених в Україні, не могла відобразити реальну ситуацію і служити основою для прийняття рішень.

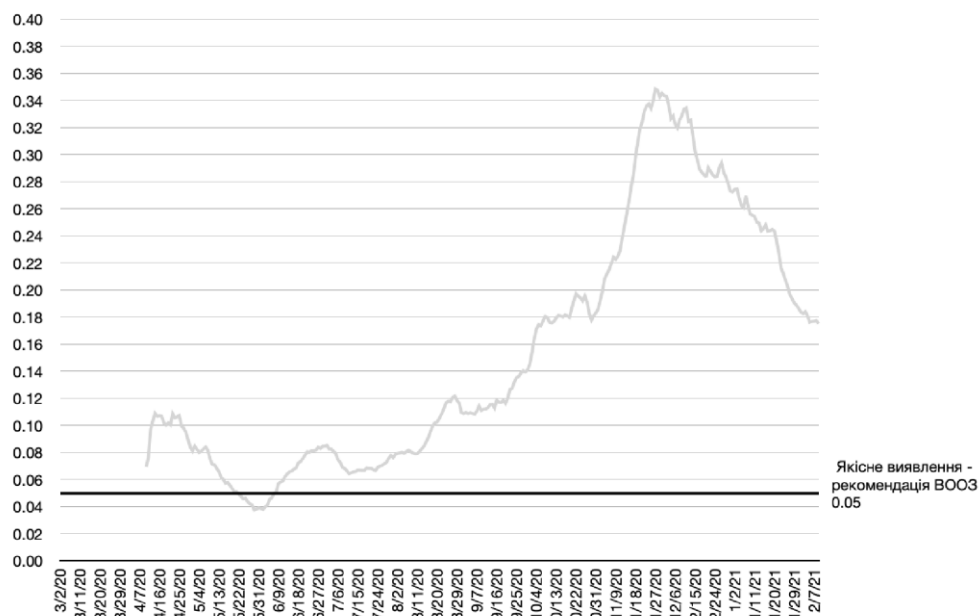


Рис. 2.5. Динаміка коефіцієнта виявлення (відношення виявлених випадків до проведених тестів) в Україні у березні 2020 - лютому 2021.

Відсутність належного виявлення завадила вчасно виявити нові спалахи. Влада могла боротися лише з наслідками – збільшенням кількості госпіталізацій та збільшенням кількості смертей.

Таким чином, реакція України на спалах була реактивною. Хоча уряд вжив заходів, подібних до заходів у країнах Західної та Центральної Європи, реакція на спалах в Україні була помітно різною:

- низька якість та продуктивність системи виявлення, включаючи тестування та системи відстеження контактів;
- відмова від жорстких обмежень, які можуть настати, а з кінця травня - застосування м'яких обмежень і постійна зміна їх умов;
- збільшення пропускної спроможності госпітальної системи (виділення додаткових «ліжок») як чи не єдина відповідь на хвилю COVID-19 у другій половині 2020 року.

Ця стратегія поклала вагу ув'язнення на лікарняну систему. Вона дозволила високий рівень госпіталізації в надії, що медична система зможе впоратися з цим. Результатом стала висока смертність. Станом на 1 лютого 2021 року в Україні зареєстровано 22 768 смертей від COVID-19. Україна входить до 20 країн світу з понад мільйоном хворих на COVID-19 і до 20 країн з найбільшою кількістю смертей від COVID-19.

Низький рівень виявлення не дозволяє оцінити справжні масштаби епідемії в Україні. Феномен надлишкової смертності у 2020 році заслуговує на подальше дослідження. Попередні дані свідчать про те, що смертність від усіх причин непропорційно зросла під час спалаху епідемії восени 2020 року, значно перевищивши базові рівні з попередніх років. Це збільшення може свідчити про збільшення фактичних смертей від COVID-19 і більшого фактичного спалаху.

Під час спалаху історично вкорінене явище в Україні стало більш очевидним, коли обмежений доступ до медичних послуг змусив пацієнтів шукати інші засоби їх отримання або категорично відмовлятися від допомоги. Типовими альтернативами є використання неформальних платежів для отримання послуг у державному секторі, надання послуг у приватному секторі або відмова в послугах.

Сьогодні важко вивчити схему отримання послуг, пов'язаних із COVID-19, через неофіційні чи напівофіційні платежі. Проте є яскраві приклади пошуку необхідної підтримки в приватному секторі, через волонтерів (державний сектор) або відмови від такої підтримки. Прикладами є наявність реанімації та кисню в лікарнях, а також доступність тестування на COVID-19 в Україні.

Постійне збільшення лікарняних ресурсів (спільних ліжок, кисневих ліжок, реанімаційних ліжок) було основною стратегією уряду восени 2020 року та взимку 2020-2021 років. Метою цієї стратегії було забезпечення двоярусними ліжками і, отже, прийнятне використання цих ліжок на національному та регіональному рівнях.

Цей підхід мав ряд проблем:

- не мав на меті запобігання захворюванням і дозволив збільшити кількість нових госпіталізацій та смертельних випадків;
- запроваджуються стимули для створення великої кількості ліжок, зарезервованих для COVID-19 без належного обладнання або доступу до якісної невідкладної допомоги;
- не враховувалася неоднакова захворюваність між епіцентрами спалаху та іншими регіонами.

Уряд також виділив додаткові кошти для розгортання лікарень, створюючи додаткові стимули для розширення інфраструктури, часто незважаючи на її якість.

Відділення для хворих на COVID-19 створені в пологових відділеннях, перинатальних центрах, санаторіях, ветеранських госпіталях і навіть у психоневрологічних аптеках. Станом на грудень 2020 року такими закладами були 125 із 533 визначених лікарень з COVID-19 (кожна четверта). У більшості випадків вони приймали незначну кількість пацієнтів або не приймали їх зовсім. Проте низька завантаженість цих лікарень вплинула на загальну статистику і створила хибне враження, що навантаження на систему охорони здоров'я є прийнятним.

Іншим важливим фактором, який створював ілюзію контролю за наявністю ліжок, була відсутність статистичної диференціації на національному чи регіональному рівні. Загальна завантаженість ліжок по всій країні виявилася задовільною, досягнувши 33% для всіх виділених ліжок і 45% для ліжок інтенсивної терапії в грудні. Проте аналіз показав, що ситуація в епіцентрах епідемії (великих містах) кардинально відрізнялася. Так, у Києві рівень зайнятості у відділеннях інтенсивної терапії становив 64%, а без урахування «необхідних» лікарень – 69%, в Одесі – 48% і 74% відповідно, у Харкові – 64% та 94%.

Таким чином, в Україні виникла ситуація, коли влада не приймала рішень щодо карантинних обмежень через нібито прийнятну завантаженість ліжок, а у великих містах важкохворим пацієнтам із COVID-19 було майже неможливо отримати доступ до ліжка, яке було належним чином обладнане.

Через низьку пропозицію та високу вартість послуг з лікування COVID-19 у приватному секторі більшість пацієнтів в епіцентрі захворювання були змушені шукати інші методи лікування. Пацієнти надали доступ до центрів самостійно або через благодійні фонди, що діють у всіх великих містах. Наприклад, у грудні 2020 року Благодійний фонд «Свій» (Київ) мав на балансі близько 600 кисневих концентраторів. Для порівняння, у київських лікарнях було близько 2500 ліжок, обладнаних системами подачі кисню.

Іншим прикладом вузького місця в охороні здоров'я є послуги з тестування на COVID-19. Активний і масштабний скринінг з початку епідемії не був пріоритетом уряду. Протягом 2020 року та початку 2021 року Україна зафіксувала найнижчі показники тестування в Європі (рис. 2.6). Масштаби тестування були вкрай недостатніми для визначення кількості випадків і груп випадків, які б ефективно контролювали поширення хвороби.

Крім малої потужності, тестова система в Україні характеризується реактивним підходом. Обсяг тестування в Україні лише збільшувався в міру зростання захворюваності та падав із зменшенням попиту на тестування.

Одразу після піку захворюваності влітку 2020 року державні лабораторії не змогли обробити отримані зразки. Утворилися черги, через що результати тестів поверталися через 10-14 днів, коли вони більше не мали значення для клінічних рішень або відстеження контактів. Така ситуація тривала до листопада 2020 року, коли уряд дозволив державним лабораторіям використовувати ресурси приватних лабораторій.

З самого початку протоколи дослідження не були розроблені для широкого виявлення та зручності для пацієнтів. Окрім тестування в стаціонарі, було два

способи пройти безкоштовне обстеження – через клініки сімейної практики та за викликом мобільної бригади. Обидва шляхи, а також пізні результати завдали незручностей пацієнтам.

	01.07.2020	01.09.2020	01.11.2020	01.01.2021
Велика Британія	1.61	2.76	4.39	5.78
Чехія	N/A	0.96	3.6	4.12
Франція	0.66	2.42	4.73	3.97
Швеція	N/A	1.37	2.73	3.03
Португалія	1.27	1.44	3.24	2.96
Росія	2.01	2	3.64	2.84
Іспанія	0.54	1.86	3.59	2.46
Бельгія	1.11	1.83	5.13	2.18
Італія	0.8	1.42	1.03	2.01
Греція	0.34	1.29	1.98	2.01
Нідерланди	0.55	1.54	1.65	1.79
Німеччина	0.84	1.89	2.84	1.56
Румунія	0.53	1.08	1.55	0.79
Польща	0.45	0.61	1.59	0.74
Україна	0.24	0.39	0.94	0.59

0.5	1.5	2.5	3.5	4.5	6
-----	-----	-----	-----	-----	---

Рис. 2.6. Кількість тестів на 1000 населення у країнах Європи з населенням понад 10 млн.

Тестування проходило за типовою схемою для обмежених послуг. Пацієнти, які потребували послуги, але не могли отримати її безкоштовно, обирали один із двох шляхів: тестування в приватних лабораторіях для тих, хто міг собі це дозволити, або відмову від послуги.

У великих містах, де матеріальні можливості вищі, переважають тести в приватних лабораторіях. У Києві та Одесі кількість тестів у приватних лабораторіях перевищує кількість тестів у державних. У грудні вони досягли 75% у Києві та 70% в Одесі. У Харкові, Львові та Дніпрі ці показники були дещо нижчими – на 40-50%.

Складніше оцінити кількість помилок під час тестування. Опосередковано на них вказує показник госпіталізації. Його зниження з грудня 2020 року по січень 2021 року було набагато повільніше, ніж число виявлених випадків. Це свідчить про те, що тести в основному включали пацієнтів, яким вже потрібна була госпіталізація на момент тесту, і пацієнтів з первинними симптомами, які уникали тесту.

Загалом, тестування в приватних лабораторіях (переважно амбулаторних) залишалося стабільним з жовтня 2020 року, на відміну від тестування в державних лабораторіях (обслуговуючи більшість пацієнтів, які потребують госпіталізації), де тестування значно скоротилося.

Частка досліджень у приватних лабораторіях, що фінансуються за власні кошти, зростає і на кінець січня досягла приблизно 45% по всій країні. Ця цифра свідчить про те, що скринінг пацієнта, що фінансується за власні кошти, є не просто одноразовою добровільною практикою, а невід'ємною частиною системи скринінгу.

Будь-які зміни в доступності медичних послуг під час спалаху відбулися на тлі історично низького доступу до них. Головним викликом для України у 2020 році було не лише збереження поточного рівня доступності, а й проведення системних змін для його розширення.

Стратегія доступності відображена в плані трансформації системи охорони здоров'я, започаткованому у 2017 році законом про державні фінансові гарантії здоров'я.

У 2018 та 2019 роках були зроблені перші кроки в цьому напрямку, зокрема щодо надання первинної медичної допомоги та доступу до ліків для хронічно хворих (оновлена програма «Доступні ліки»). Ці кроки стали значним досягненням, що надало понад 30 мільйонам українців доступ до кращих послуг первинної медико-санітарної допомоги, а більше мільйону українців - фінансовий доступ до ліків від хронічних захворювань.

2020 рік став початком перетворень у вторинну (спеціальну) медичну допомогу. Він базується на запровадженні фінансових механізмів, які дозволять ефективним медичним закладам залучати більше коштів від Національної служби здоров'я України.

Це, у свою чергу, повинно дозволити їм подолати розрив між наявними коштами та фактичними витратами на лікування пацієнтів. Таким чином, зменшується або відпадає необхідність покриття цих витрат за рахунок неофіційних або напівофіційних платежів. Завдяки конкурентним умовам і принципу «гроші йдуть за послугою», ефективні лікарні могли дозволити собі гарантувати безкоштовні послуги пацієнтам, покращувати свої умови та підвищувати доходи лікарів.

При цьому неефективні лікарні мають бути реорганізовані (реструктуризовані, об'єднані) з метою залучення більше коштів на їх обслуговування та підвищення їх якості.

Швидкість цих перетворень на рівні кожної громади залежала від кількох складових:

- швидке впровадження нової моделі оплати «готівка за послугу»;
- державна підтримка громад для зміцнення ефективних лікарень, перерозподілу неефективних лікарень та підтримки окремих лікарень у перехідний період;
- розробка стратегій модернізації застарілих та неефективних сфер обслуговування (туберкульоз, нейропсихіатрія та інші аптеки; інфекційні та інші профільні лікарні; неінтенсивні лікувальні заклади, у тому числі санаторії тощо).

Початок трансформації припав на початок епідемії в Україні – офіційно нова модель була запроваджена 1 квітня 2020 року. Проте жоден із описаних вище компонентів не був реалізований достатньо, щоб гарантувати реальне впровадження змін.

Нова модель фінансування послуги стала дуже обмеженою. Уряд прийняв, як він назвав, «розпорядження про перехідне фінансування», яке передбачало, що лікарні будуть отримувати більшу частину свого доходу з бюджету попереднього періоду. Як це часто буває, тимчасову «перехідну модель» було збережено та включено до бюджету на 2021 р. З одного боку, це дозволило менш ефективним лікарням отримувати більше доходів. З іншого боку, більш ефективні лікарні не скористалися перевагами своєї ефективності. Фактично система підтримувала статус-кво.

З 2019 року уряд припинив активну співпрацю з органами місцевого самоврядування щодо підготовки мереж медичних закладів до запровадження нової моделі фінансування. У результаті після 1 квітня 2020 року навіть за «проміжного» фінансування понад 300 лікарень (чверть від загальної кількості) зазнали фінансових втрат, без механізмів компенсації чи планів відновлення. Цю нездатність підготуватися до змін уряд назвав недосконалістю реформи. Замість того, щоб відновити роботу з реорганізації мережі, уряд виділив додаткові кошти на виплату лікарям одноразово більших зарплат.

Не менш консервативний підхід уряд до модернізації застарілих об'єктів та послуг. Наприклад, Міністерство охорони здоров'я публічно розкритикувало реформу за її нібито намір знищити систему інфекційних лікарень, що, у свою чергу, послабило б здатність держави боротися з COVID-19. Насправді інфекційні лікарні не відігравали головної ролі в боротьбі з COVID-19, а великі багатопрофільні лікарні взяли на себе основну частину реагування.

Тож, хоча офіційно зміни почалися у квітні 2020 року, активного впровадження мережевих змін та нарощування потенціалу немає. Звичайно, не чекайте швидких результатів від цих змін лише через рік після їх початку. Проте протягом 2020 року жодних передумов для впровадження цих змін не створено. Швидше, очевидними були процеси збереження статус-кво та відмови від активних перетворень. Це, у свою чергу, затримує вирішення проблеми низької

доступності громадян до якісних спеціалізованих послуг та знижує вартість лікування за власний рахунок.

Фінансування системи охорони здоров'я у 2020 році було багаторівневим і визначалося другим рівнем реформи перед обличчям викликів, викликаних спалахом COVID-19. Додаткові ускладнення були пов'язані з кількома змінами в керівництві МОЗ у березні 2020 року.

Відповідно до Бюджетного кодексу медичне обслуговування фінансується з державного та місцевих бюджетів. Органи місцевого самоврядування фінансують витрати на оплату комунальних послуг медичних закладів, які їм належать, а також на утримання, ремонт та обладнання цих закладів. Вони також можуть запровадити місцеві стимули для фінансування доплати медичним працівникам, надання житла, фінансування шкільних зборів тощо.

У 2020 році первинна медична допомога (лікарі загальної практики, терапевти, педіатри) фінансувалася Національною службою здоров'я України (НСЗУ), а вторинна (спеціальна допомога в лікарнях) традиційно надавалась за рахунок медичних грантів на I триместр. Квітень – шляхом оплати послуг НСЗУ за договорами з надавачами послуг, які змінили статус з бюджетних установ на комунальні.

Відповідно до Конституції України медичне обслуговування в державних і комунальних медичних закладах фінансується з державного та місцевих бюджетів. Протягом багатьох років фінансування ґрунтувалося не на медичній допомозі, а на фінансуванні існуючої інфраструктури. При такому підході до фінансування ні медичні заклади загалом, ні медичні працівники не мали фінансового стимулу для підвищення ефективності та якості своєї роботи.

Закон України «Про державні фінансові гарантії охорони здоров'я», прийнятий у 2017 році, передбачав зміну підходів до фінансування системи охорони здоров'я: перехід на оплату медичної допомоги. Закон має реалізувати право громадян на якісне медичне обслуговування, гарантувати гідну заробітну

плату медичного персоналу та запровадити ефективне фінансування охорони здоров'я. Відповідно до цього Закону у 2018 році була створена Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка стала єдиним покупцем медичних послуг: у 2018 році на первинному рівні та у квітні 2020 року на спеціалізованому (вторинному) рівні охорони здоров'я. Система догляду. Щоб отримувати виплати від NHS, постачальники медичних послуг повинні стати державними послугами (ПК) за рішенням власника (органу місцевого самоврядування) державних органів або комунальних підприємств та укласти договір з НОЗ на відповідну систему гарантій (PMG). Пакети. НСЗУ може також укласти договори про надання медичних послуг з приватними закладами та окремими підприємствами.

Для надання допомоги в рамках пакету постачальники послуг повинні відповідати вимогам щодо наявності відповідного медичного персоналу та необхідного обладнання та засобів. Важливу роль відіграли муніципалітети та головні лікарі: одні готувались до початку реформи та змогли укласти договори на ширший спектр послуг, інші зіткнулися з скороченням бюджету.

З січня 2021 року можна визначити такі параметри впровадження реформи:

- 31 мільйон людей обрали сімейного лікаря;
- 1752 медичні заклади уклали договори з НСЗУ на надання первинної медико-санітарної допомоги (у тому числі 408 фізичних осіб та 208 приватних закладів);

1653 медичні заклади уклали договір з НСЗУ на надання спеціалізованої допомоги (з них 54 приватні).

У березні 2020 року, коли в Україні був карантин та необхідність боротьби з епідемією COVID-19, впровадження нових підходів до фінансування охорони здоров'я та боротьба з COVID-19 були викликами для уряду в цілому, МОЗ та зокрема, НСЗУ.

НКСО також уклала договори з установами, які передбачали визначення пакетів медичних послуг за Програмою медичних виплат, за якими відповідні

установи могли отримувати фінансування, а також уклали договори з аптеками за програмою доступних ліків. Водночас уряд та депутати розробили та прийняли антикризові заходи, запровадили карантин та внесли зміни до державного бюджету на 2021 рік для фінансування цих антикризових заходів та підготовки системи охорони здоров'я до допомоги хворим на COVID-19.

Ряд закладів не змогли укласти контракт з Національною службою охорони здоров'я через неефективну підготовку місцевих органів влади та/або головних медичних працівників, або просто певні пакети, що входять до контрактів, що призвело до отримання менше грошей, ніж у 2019 році.

Місцева влада стикається з необхідністю спільного фінансування цих закладів за рахунок власних ресурсів, оскільки вони мають меншу фінансову спроможність через спалах захворювання та рішення на державному рівні про запровадження місцевих податкових пільг. Щоб допомогти цим закладам, уряд перерозподілив державний бюджет і скоротив фінансування програми медичних гарантій на 1,6 млрд грн та програми охорони здоров'я на 0,2 млрд грн, зменшивши обсяги дотацій на підтримку окремих установ та активізувавши діяльність у системі.

Протягом наступних місяців уряд прийняв кілька рішень, які вплинули на оплату медичних послуг NHS у 2020 році:

- Програма медичних гарантій доповнюється кількома «делікатними» пакетами послуг для пацієнтів з підозрою чи підтвердженою хворобою COVID-19: невідкладна допомога, мобільні бригади швидкої допомоги, лікарняна допомога;

- Також запроваджено пакет «перехідного фінансування» для установ, які зазнали зниження фінансування порівняно з 2019 роком. НКСУ має близько 500 договорів з такими установами, обов'язковою умовою яких певний час було виконання основних вимог. Наприкінці 2020 року НКСУ призупинила фінансування 90 з цих установ, які не виконали план. Очікується, що це

вимагатиме від органів місцевого самоврядування прийняття важливих рішень щодо доступності медичної допомоги в їхніх громадах.

У той же час пакети «Завіту» були запроваджені досить швидко, а уряд залишився задоволений результатами реформи, згідно з якою НСЗУ вже мала договірні відносини з лікарнями. Як наслідок, додаткові кошти можуть бути спрямовані на установи, покращуючи як ефективність, так і прозорість фінансування. Тобто наявність єдиного покупця медичних послуг сприяла прозорості та ефективності фінансування діяльності лікарень за новими пакетами послуг програми медичних гарантій.

Крім того, запроваджено спрощені процедури закупівлі товарів, робіт та послуг, пов'язаних із боротьбою з COVID-19, що дозволить оперативно здійснювати закупівлю терміново необхідних товарів та послуг. Водночас, за словами громадських активістів, такі процедури поставили під сумнів ефективність цих закупівель. Ці закупівлі підлягають перевірці Державною аудиторською службою України (ДААУ), але їм приділяється мало уваги, повідомляє Transparency International. До кінця I кварталу 2021 року ДАСУ також має оприлюднити аудит видатків Фонду на залучення коштів проти COVID-19.

На початку боротьби з епідемією стало зрозуміло, що система охорони здоров'я, де середня зарплата залишається найнижчою з усіх галузей, буде сильно обтяжена. Особливо це стосується невідкладної та спеціалізованої допомоги, оскільки з початку реформи рівень оплати праці сильно різнився залежно від закладів та місцевих стимулів. Уряд вирішив покрити 300% вартості медичної допомоги хворим на COVID-19. Однак виникли проблеми з фінансуванням цих платежів. Спочатку було незрозуміло, хто буде фінансувати ці надбавки, а іноді вони лягали на плечі місцевої влади. Також не було чіткої процедури розрахунку цих надбавок. При цьому співплата здійснювалася лише для спеціалістів, хоча початковий контакт часто залишався на первинному рівні.

Тому огляди лікарів показують, що ці додаткові виплати були непостійними в різних регіонах і несуттєвими.

Через недоліки у фінансуванні цих доплат було прийнято рішення, що з 1 вересня лікарів звільняють від 70% посадового окладу, медичних сестер - 50% мінімальної заробітної плати та медичних сестер-практикантів - 25% мінімальної заробітної плати. На фінансування цих доплат із Фонду протидії COVID-19 було виділено 5,9 млрд грн, а фактичне фінансування почалося лише в останні дні вересня після тривалого узгодження процедур доплати. Оскільки ці надбавки не поширювалися на працівників первинної медико-санітарної допомоги, хоча вони залишалися на передовій у боротьбі з епідемією, ставку на душу населення на первинну медичну допомогу було збільшено на 600,48 грн до 651,6 грн на листопад 2020 р. Кошти з Фонду «Анти-COVID-19» були використані для фінансування додаткових платежів та підвищення розрахунку на душу населення.

У 2020 році діяльність у сфері охорони здоров'я фінансувалася як у формі регулярного фінансування в рамках традиційних бюджетних програм, призначення яких затверджено Законом про державні фінанси, так і за рахунок коштів Фонду боротьби з COVID-19, об'єкт якого розподілено між різними виконавцями численних державних рішень.

У квітні 2020 року було суттєво переглянуто показники державного бюджету на 2020 рік. Фінансування програм Департаменту охорони здоров'я збільшено на відміну від програм багатьох інших великих бюджетних установ. Протягом року відбулися і кадрові зміни.

У результаті всіх змін запланований обсяг фінансування програми медичних гарантій (без урахування фонду протидії COVID-19) збільшився на 16,9 млрд грн. Водночас відбувся перерозподіл призначень між програмами МОЗ. Зокрема, програма закупівлі ангіографічного обладнання залишилася без фінансування через перерозподіл коштів на інші цілі (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Фінансування закладів охорони здоров'я у 2020 році

Код	Найменування бюджетної програми	2020 рік			
		Початкова версія ухваленого бюджету, 14.11.2019	План зі змінами, без Фонду COVID-19	Зі змінами, включно з видатками з Фонду COVID-19	Фактичні видатки
2300000	Міністерство охорони здоров'я України	98,18	116,37	136,87	126,37
2301040	Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями	3,72	3,75	4,63	4,22
2301150	Придбання обладнання для невідкладних кабінетів лікувально-профілактичних закладів за кошти, надані Фондом для боротьби з COVID-19			2,30	2,30
2301190	Запровадити доплати медичним працівникам та іншим медичним працівникам, які надають медичну допомогу хворим на гострі респіраторні захворювання COVID-19			5,54	5,31
2301230	Забезпечити готовність системи охорони здоров'я та реагування на спалахи гострих респіраторних захворювань COVID-19, спричинені коронавірусом SARS-CoV-2			5,36	3,29
2308060	Реалізація програми державних гарантій надання медичної допомоги	72,00	88,88	92,22	89,53
2310000	МОЗ України (державні видатки та позики)	17,71	16,86	22,47	21,84
2311410	Медичні субсидії з державного бюджету місцевим бюджетам	14,58	14,58	14,58	14,55

Фонд COVID-19 створено для підготовки системи охорони здоров'я до надання медичної допомоги хворим на COVID-19, здійснення додаткових виплат медичним працівникам (які безпосередньо беруть участь у реагуванні на наслідки надзвичайних ситуацій) та надання допомоги по безробіттю з фонду та фонд соціального страхування на фінансування антикризових заходів, фінансування соціальної допомоги людям похилого віку.

Водночас у червні 2020 року до тексту закону про державний бюджет було внесено зміни, які дозволяють витратити кошти на будівництво, реконструкцію, ремонт та утримання доріг, на які спочатку планувалося понад 30 млрд грн. в кінцевому підсумку скоротилися планові витрати фонду. План 26,2 млрд грн, з яких фактично витрачено 25,7 млрд грн (що еквівалентно 38,6% фактичних видатків Фонду у 2020 році).

Проте з точки зору забезпечення медичної допомоги населення та покращення умов праці лікарів самою великою проблемою не було фінансування із Фонду, які в цілому підтримували економічну активність у державі, а швидше нездатність Мінздраву своєчасно та ефективно вкладає гроші у фонд боротьби з Covid-19, зокрема. З червня по грудень уряд прийняв низку рішень щодо перерозподілу видатків Фонду, а також збільшив заплановане фінансування з 65 млрд грн до 81 млрд грн.

Фінансування лабораторії та закупівля засобів індивідуального захисту довгий час були низькими, через що державні лабораторії вагалися щодо виконання необхідної кількості тестів на COVID-19. Тому більшість аналізів проводили приватні лабораторії, які проводили їх за рахунок пацієнтів. Лише в жовтні держава офіційно почала купувати послуги приватних лабораторій для тестування на COVID-19.

Через різні суперечності між МОЗ та комунальною компанією медичного забезпечення поставка апаратів штучної вентиляції легень була здійснена лише наприкінці вересня 2020 року. ендоскопічні системи візуалізації, комп'ютерні системи та комп'ютеризовані томографи (КПКВК 2301150).

Хоча медичні установи отримали інформацію про нестачу кисню в лікарнях ще влітку, лише 9 жовтня уряд вирішив виділити 571 млн грн з антикисневої COVID-19 на фінансування грантів на кисень, кисневі станції та кисневі концентратори. Однак, за даними МОЗ, органи місцевого самоврядування використовували лише близько 5% цих коштів на місяць через

тривалі процедури закупівель, а також обмежену пропозицію відповідних товарів на ринку через значне збільшення попиту з моменту спалаху. Загалом на цей грант з бюджету було виділено майже 1,5 млрд грн, а фактичне фінансування становило 96,8%.

Також наприкінці року запроваджено грант на оснащення лікарень універсальними (цифровими) системами рентгенодіагностики та ультразвукової діагностики для стаціонарних пацієнтів. Обласна влада швидко закупила та оплатила обладнання наперед, і багато хто отримав обладнання у 2021 році.

Загалом фінансування програм (включаючи субсидії) МОЗ у 2020 році склало 148 млрд грн із загального фонду бюджету при річному плані 159 млрд грн. Зокрема, фінансування програм МОЗ за рахунок коштів Фонду COVID-19 склало 17,8 млрд грн (27,9% від фактичних видатків фонду), або 86,8% від плану. Причому більшість цих коштів надійшла протягом останніх трьох днів року: наприклад, 29 грудня МОЗ профінансував свої програми лише на 14,9 млрд грн. При цьому кошти на оздоровчі програми у грудні були скорочені через обмежений вибір коштів.

Крім того, майже 1,4 млрд грн виділено на закупівлю вакцини проти COVID-19. Ці кошти були виділені наприкінці року, що змусило МОЗ швидко домовитися про закупівлю вакцини, закінчивши принциповими угодами на закупівлю китайської вакцини, яка не пройшла всі етапи випробувань.

Збільшення державної підтримки медичних закладів у разі пандемії вимагає:

- Влада повинна суворо поважати принципи законності та відповідні процедури та не допускати порушення прав людини.
- Створення єдиного координаційного центру для державних органів.
- Залучайте професійних експертів для прийняття обґрунтованих рішень.
- Своєчасно, чітко та послідовне спілкування з різними аудиторіями державних органів.

- Надавати освіту та охорону здоров'я пріоритети в розробці політики та розподіленні бюджету над сферами, які безпосередньо впливають на розвиток людського капіталу, що є одним із факторів економічного зростання.

- Врахування потреб уразливих груп при прийнятті державних рішень.

- Створення сприятливих умов для розвитку громадянського суспільства.

- Докорінно змінити підхід до боротьби з епідемією у 2022 році. Встановіть пріоритет раннього виявлення та стримування епідемій (тестування, відстеження контактів, ізоляція) та активну кампанію вакцинації проти COVID-19.

- Вивчити вплив епідемії на втрату людського капіталу: втрата послуг (недогляд), надлишок смертності, підвищення захворюваності, зокрема хронічних захворювань.

- Забезпечити ресурси для оновлення програм покращення доступності медичних послуг, у тому числі пов'язаних із хронічними захворюваннями (програми доступних ліків, програми серцево-судинних захворювань, онкологічні захворювання).

- Активізувати роботу щодо посилення графіка вакцинації. Повернутися до тенденції збільшення охоплення, щоб досягти середньосвітового рівня, ніж середньоєвропейського. Необхідно враховувати підвищене навантаження на систему через програму вакцинації від COVID-19.

- Активно проводити структурні зміни у фінансуванні охорони здоров'я в середній освіті. Відійдіть від «проміжного фінансування» та активніше застосовуйте принцип «готівка за послугу».

- Продовження реструктуризації неефективних напрямків та послуг, у тому числі системи інфекційних лікарень, яка виявилася неефективною в боротьбі з COVID-19.

Висновки до другого розділу

1. КНП «КЛШМД» ДМР – це сучасний багатопрофільний медичний заклад середнього рівня, який надає спеціалізовану та цілодобову планову невідкладну медичну допомогу в умовах цілодобового стаціонару дорослим пацієнтам з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини, гострих шлунково-кишкових розладів, маткових кровотечах різного походження, гострий коронарний синдром, серцеві аритмії, гострі порушення мозкового кровообігу та гіпертонічні кризи, пацієнтам терапевтичного, кардіологічного, алергологічного, гінекологічного, хірургічного профілю, пацієнтам реанімації та анестезіологічної консультації в жіночій консультації.

2. У контексті надзвичайних ситуацій, за відсутності традиційних доказів ефективності медичних втручань, доцільно виділити важливість визначення надійних джерел інформації, прозорості, швидкого та повного обміну інформацією та досвідом у сфері управління ресурсами та ризиками, комунікації та втручання. Створення незалежних груп моніторингу та аналізу, участь професіоналів у різноманітних дослідженнях є прикладом швидкої генерації наукових даних та супровідних рекомендацій щодо різних аспектів пандемії.

3. Аналіз прикладів організацій у сфері охорони здоров'я виявляє такі спільні риси: створення спеціалізованих інформаційних ресурсів, які активно поширюються для вирішення проблеми (загрози) у межах окремих функцій організації, розробка, оновлення та безкоштовне поширення різноманітної інформації: технічні звіти; наукові резюме, поради, повідомлення та технічні посібники тощо. Усі документи підкреслюють надійність і прагнення завоювати довіру користувачів: чітко структуровані навколо ключових питань, висвітлюють методологію створення та показують попередні версії та послідовність оновлень.

4. На основі аналізу міжнародних прикладів захворювання на коронавірус COVID-19, опублікованих у достовірних джерелах, Україна внесла зміни до

законодавства, визначила підходи до планування трансформації системи охорони здоров'я з метою підвищення її стійкості до епідемії інфекційних захворювань, а також обмеження, виправдані карантинном та інші заходи. Сформульовано стандарти медичної та фармацевтичної допомоги та визначено пріоритетні напрямки гармонізації медичної практики з найкращими глобальними підходами.

РОЗДІЛ 3

ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНОГО МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

3.1. Шляхи оптимізації механізму державної підтримки закладів охорони здоров'я

Показники рівня розвитку медицини в цілому та галузі охорони здоров'я є одним із основних показників сталого розвитку країни. У сучасних соціально-економічних реаліях ця національна галузь вважається одним із пріоритетних напрямків реформування соціального середовища. У той же час динаміка змін ринкових, державних, фінансово-економічних механізмів вимагає відповідних змін в управлінських підходах промислових інститутів. За цих умов пріоритетом управління охороною здоров'я є не лише ефективне використання обмежених ресурсів, а й необхідність зміни парадигми управління. Принципи корпоративного управління поширюються не лише на приватні заклади охорони здоров'я, а й на бюджетні (державні) установи, які перетворені на громадські некомерційні корпорації. У системах управління такого типу виникає необхідність використання інструментів ринку – бізнес-планування, новітніх фінансових і стратегічних механізмів та інструментів управління тощо.

Сучасний стан та умови роботи вітчизняних медичних закладів свідчать про нагальну необхідність формування ефективних систем управління в сучасних умовах та використання ефективних економічних механізмів для реальної практики. Це стосується як системи державного управління промисловістю, так і концепцій внутрішнього менеджменту: «Сучасні керівники потребують нових методів організації та управління, основним завданням яких є управління ринком чи мережею послуг, орієнтованих на охорону здоров'я;

активне управління якістю поза організацією; фінансовий менеджмент, орієнтований на результативність організації»

Актуальність досліджень у цьому напрямі визначається детермінантами розвитку механізмів державного управління системою охорони здоров'я України, використанням виробничих установ, не пристосованих до реальних умов функціонування систем управління. Нестабільна економічна кон'юнктура, що посилюється відволіканням коштів і ресурсів на боротьбу з епідемічними проблемами, негативно впливає не лише на стабільну роботу закладів охорони здоров'я в поточний період, а й на передумови їх подальшого розвитку. З метою розробки нових механізмів державного управління та інструментів їх адміністрування, адаптованих до сучасного управління галузевими установами, проводиться комплексна оцінка стану та передумов трансформації державних та регіональних програм (муніципальних) та потенціалу системи охорони здоров'я. Заклад стає актуальним. У цьому контексті необхідно також враховувати розвиток державно-приватного партнерства в медичній сфері. Ці та інші реальні проблемні фактори визначили концептуальний напрямок цього дослідження. Обговорюється необхідність використання принципово нових підходів до управління промисловими установами як основи побудови механізмів управління розробкою адаптивної системи управління. Виклад матеріалів статті та її результатів базується на припущенні, що державні та національні механізми управління взаємопов'язані і що лише їхня злагоджена дія може призвести до системних управлінських, організаційних, структурних та технологічних змін у здоров'ї.

Невизначеність поточного та очікуваного стану зовнішнього середовища спричиняє зміни у внутрішньому управлінні більшості підприємств у різних секторах економіки, включаючи медичну промисловість та охорону здоров'я. В умовах нестабільної економіки, яка все більше входить у стан стагнації, скорочуються програми державної та міжнародної підтримки, знижується

платоспроможний попит на медичні послуги населення. Завдяки синергетичній дії цих та інших факторів формування ефективної та ефективного системи управління на практиці на сьогодні є надзвичайно важливим завданням не лише для медичних закладів України, а й для країн, які розглядаються як розвинені. Система закладів охорони здоров'я утворює своєрідний державний сектор, що, на відміну від комерційних структур, значно ускладнює реалізацію адаптивного управління. З суто внутрішньої точки зору перед ним стоїть «подвійне завдання» – надати необхідні послуги для підтримки здоров'я населення і водночас організувати прибуткову роботу свого медичного закладу.

Загально визнано, що параметри завдань для механізмів усіх систем управління неможливо точно визначити, оскільки кожна організаційна структура має специфіку своєї діяльності та різний режим роботи (галузевий, територіальний, психічний та інші). Водночас існує ряд науково обґрунтованих та вивірених рекомендацій щодо дотримання принципів визначення функціональних цілей обраної системи механізмів із конкретними функціями та критеріями досягнення результатів. У дослідницькій теорії та практиці існують різні механізми та інструменти для організації своєї системи управління, в тому числі управління системою охорони здоров'я. Тому вибір інструментів передбачає наділення їх основними управлінськими функціями, зазначеними в операційній діяльності управлінських підрозділів у різних галузях економіки (державної, приватної, нетрадиційної/народної медицини) з метою досягнення мети збереження та зміцнення здоров'я. опіки в Україні [10].

У сучасних комплексних концепціях управління засоби та механізми - це сукупність методів і засобів управління, пов'язаних спільною метою. За допомогою сформульованих механізмів реалізується напрям і конкретні параметри управлінської дії. Проблема розвитку системного механізму в галузі охорони здоров'я полягає в тому, що це суб'єктна структура, що складається з державних та приватних медичних закладів в Україні [11]. Спрямованість

управління державними чи приватними медичними закладами визначається системою державного управління в медицині та змістом управлінських завдань у цих закладах. Сучасні дослідження пропонують набір найкращих практик підвищення ефективності механізмів управління в типових ситуаціях з метою вироблення системного підходу до управління державними та приватними закладами охорони здоров'я.

Дослідження ступеня ефективності системи управління ґрунтується на розумінні сутності поняття «механізм управління» та показників, призначених для вимірювання та оцінки практичної ефективності існуючої системи управління: важливість такої оцінки виникає від того, що обрані механізми реалізують управлінські рішення, а також відповідно до них реалізуються інші способи організації технологічної роботи та інших видів діяльності. Змінні складові механізму системи з точки зору визначення рівня ефективного управління вимагають формалізації своїх цілей, завдань, основних завдань і принципів роботи. Більш конкретні вказівки щодо вибору кожного інструменту враховуються цілями менеджменту кожної компанії та визначаються відповідно до стратегії її розвитку.

Операційний механізм управління охороною здоров'я, як і в багатьох інших видах діяльності, розглядається як система свідомих взаємодій керівного органу (органу управління закладу, наділеного повноваженнями щодо прийняття рішень щодо організації його діяльності та її подальшого розвитку). Враховуючи соціальний зміст та соціальну важливість діяльності закладів охорони здоров'я, зміст системи управління базується на дещо іншій цільовій системі. Фактична діяльність промислового закладу не може бути виключно прибутковою, навіть якщо цей медичний заклад є комерційною організацією. Системні механізми управління галузевими інститутами базуються на основних принципах державного регулювання, які визначаються сукупністю правил, законів, певними процедурами регулювання діяльності, у тому числі управлінськими рішеннями.

Схема типового механізму управління закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності наведена на рис. 3.1, де виділено такі елементи: місія, ієрархія цілей, система загальнонаукових і приватних принципів управління, функціональні та допоміжні підсистеми, економічні важелі та стимули.

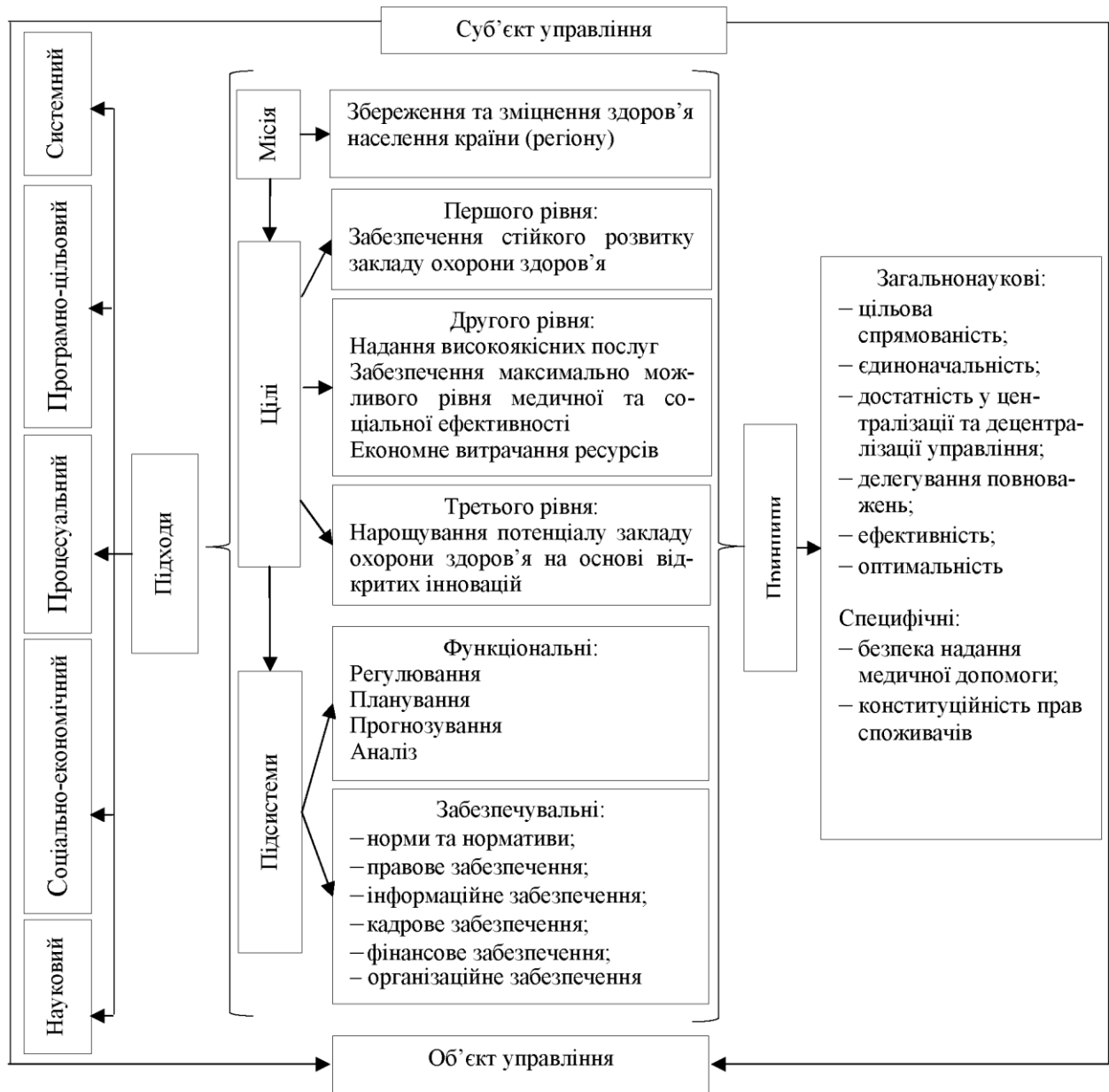


Рис. 3.1. Схема системного механізму економічного управління закладами охорони здоров'я

Загалом механізм управління економікою закладів охорони здоров'я має дві підсистеми: функціональну та сестринську. Регулювання на першому місці, оскільки надання медичних послуг підлягає примусовому ліцензуванню, а його технологічна складова регулюється уніфікованими клінічними протоколами охорони здоров'я. Структура існуючих механізмів управління здоров'ям відповідає комплексній системі управління. Потреби сучасної практики диктують пошук нових видів загального регулювання та управління охороною здоров'я (економічна складова та підвищення якості та доступності послуг). У відомих реаліях сьогодення координація діяльності закладів охорони здоров'я потребує переформатування всієї медичної сфери, у тому числі застосування нових економічних принципів належного управління [14].

Система управління громадським здоров'ям надзвичайно складна, тому необхідний системний підхід при вивченні її тематики, об'єктів, механізмів, а також факторів впливу. Це справедливо вважається необхідною умовою для встановлення основних принципів побудови адаптивного управління державними медичними організаціями та приватними медичними закладами. Загалом системні механізми управління охороною здоров'я необхідно розглядати з огляду на розмежування сутності державного управління в медичній сфері та форм його здійснення в рамках суб'єкт-об'єктних відносин. Їхні пріоритети та співвідношення є основою для визначення основних складових загального механізму державного та внутрішнього управління, структурна структура якого наведена на рис. 3.2.

Ці складові загальної форми потребують розробки більш детальних і практичних механізмів управління, а також розробки конкретних критеріїв оцінки їх ефективності, ефективності та відповідності реальним соціально-економічним умовам. З точки зору внутрішнього контролю економіки, необхідно шукати нові форми адміністративного впливу держави шляхом удосконалення

цих механізмів. Управління громадським здоров'ям в сучасних умовах передбачає використання зв'язків з такими характеристиками:

- управління громадським здоров'ям є одночасно механізмом і засобом досягнення суспільних інтересів;
- законодавчі норми та державні механізми безпосередньо впливають на організаційно-управлінську складову будь-якого медичного закладу, оскільки він проявляється як установа загального управління та бізнесу;
- суб'єктами державного управління у сфері охорони здоров'я є певні суспільні відносини та відносини в самій організаційній системі, тобто відносини між різними державними органами та медичними закладами.

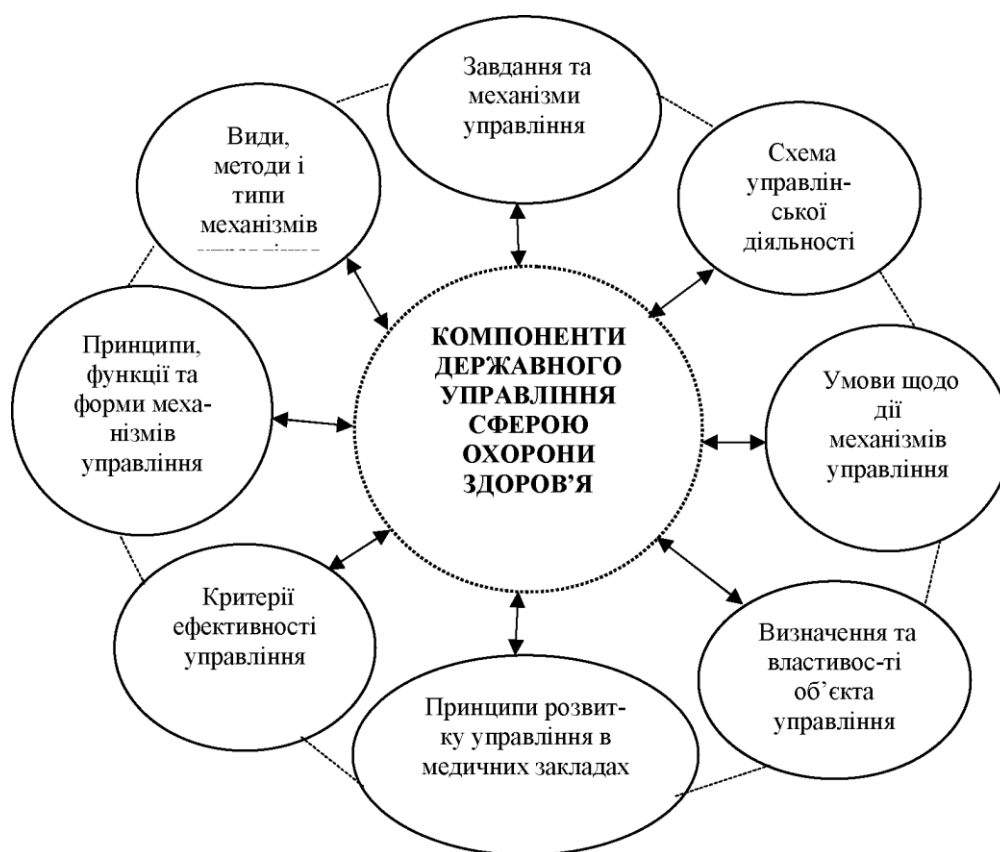


Рис. 3.2. Основні компоненти державного управління сферою охорони здоров'я

Вітчизняні вчені та практики свідчать про доцільність використання зарубіжного досвіду при побудові системи управління в медичній сфері. Основні принципи розробки державних (національних) та регіональних програм базуються на елементах і принципах побудови системи управління охороною здоров'я в розвинених країнах. Літературні джерела та аналітичні огляди свідчать про те, що зарубіжний досвід управління організаціями охорони здоров'я свідчить про ефективність зарубіжної практики [15]. У світовій економічній практиці різних країн у цій сфері розробляється розумна модель управління, спрямована на забезпечення ефективності всієї системи управління та підтримання високого рівня турботи про здоров'я членів суспільства.

У всіх без винятку країнах охорона здоров'я є одним із пріоритетних напрямків соціальної політики кожної держави, а в багатьох випадках – однією зі складових національної безпеки [27]. Зарубіжні концепції менеджменту охорони здоров'я ґрунтуються на припущенні, що ця сфера має власне значення і становить важливу частину загального потенціалу країни. Тому велика увага приділяється як державній політиці, так і побудові ефективних моделей оптимізації витрат державних і приватних підприємницьких структур. В Україні цей аспект набуває актуальності з появою багатьох приватних медичних закладів, а також регіональних некомерційних компаній, що спеціалізуються у сфері медицини та охорони здоров'я. Запозичуючи досвід з-за кордону, необхідно враховувати особливості громадянського суспільства і, перш за все, державного бюджету на фінансування медичної галузі.

Прикладом соціально орієнтованої системи охорони здоров'я та медичного обслуговування населення є американська приватна система, яка характеризується високим рівнем соціальної відповідальності економіки за збереження здоров'я населення. Щоб показати зарубіжний досвід як можливі орієнтири побудови української системи охорони здоров'я чи використання окремих елементів тих чи інших систем, коротко опишемо деякі програми та їх

зміст. Американська програма під назвою Medicare охоплює людей з обмеженими можливостями, а також деяких людей, які мають право на виплати соціального страхування. Програма субсидується з бюджету, а також складається зі страхових внесків учасників програми волонтерства, які покривають в середньому до 25% вартості всієї програми. Програма державного медичного страхування Medicaid призначена для оплати медичних послуг для деяких людей з низьким рівнем доходу. Фінансування цієї програми покладається на уряд та уряди штатів.

Впровадження нових технологій з використанням інформаційно-аналітичних медичних систем також широко обговорюється в медичній академії, державних установах, галузі охорони здоров'я. Наприклад, Asklepios в Німеччині часто цитує проекти з методології Microsoft і Intel. На основі цих проектів реалізована національна та міжнародна програма реформування системи охорони здоров'я «Асклепій – лікарня майбутнього». В результаті практичної реалізації цього проекту приватними медичними організаціями розроблено низку раціональних рішень програми «Клініка майбутнього», яка базується на гнучкій адаптації будь-якого медичного закладу, незалежно від його розмір і спеціалізація. конкретна програма. Налаштування. Зарубіжний досвід удосконалення медичної та медичної системи базується на кількох складових. Наприклад, на державному рівні в країнах Європи реалізується принцип соціальної збалансованості – забезпечення доступності медичних послуг незалежно від платоспроможності окремих груп населення, запровадження за шкалою національного соціального медичного страхування.

Найперспективнішою стратегією розвитку охорони здоров'я залишається стратегія зміцнення первинної медико-санітарної допомоги, висока соціально-економічна ефективність якої доведена світовою практикою. У більшості країн Європейського регіону принцип «лікар загальної практики/сімейний лікар» став пріоритетом у розвитку системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

У літературі наводяться статистичні дані щодо ефективності такої практики в країнах, які переживають затяжні соціально-економічні кризи [18]. Організація побудови медичної системи на основі створення закладу «сімейні лікарі» поширилася на багато країн. Також відзначаємо суперечливий результат впровадження такої складової у сфері медицини та охорони здоров'я в Україні.

У подальшому розвитку вищесказаного зазначимо, що подальший розвиток принципу загальної медицини в європейських країнах рухається в напрямку утворення медичних асоціацій (центрів). Так у Німеччині виникли великі лікувально-профілактичні заклади. Позитивною стороною таких державних програм є те, що новостворені асоціації надають первинну медичну допомогу, діагностичні послуги та спеціалізовану допомогу. На основі наведеного досвіду за кордоном можна зробити певні висновки та дати практичні рекомендації щодо його використання в програмах розвитку охорони здоров'я в Україні. Перш за все, ми стверджуємо, що основою підвищення ефективності вітчизняної медичної галузі є створення системи управління, яка відповідає українським умовам і є ефективною на практиці (на державному та національному рівні). Аналіз зарубіжного досвіду показує, що таку систему управління неможливо побудувати без належної організації єдиного інформаційного простору. Тому для української практики, перш за все, необхідно сформулювати заходи щодо впровадження медичної інформаційно-аналітичної системи та моделювання бізнес-процесів базової медичної діяльності. Зарубіжний досвід показує, що такі медичні інформаційні системи будуються на основі різноманітних модифікованих варіантів, а тому вибір одного з них потребує пристосування до специфіки національних умов.

Механізм управління медичними закладами в сучасних умовах потребує посилення управління економікою з його функціональними варіантами, а також специфічними функціями, що визначають рівень впливу менеджменту на економіку медичних закладів. Звичайно, в інститутах цієї галузі економічні

закони діють не так чітко, як у ринкових структурах, але сучасні інститути промисловості не можуть їх ігнорувати. Незважаючи на повагу до бюджету, рекомендовано використання бюджетів або фінансових планів як гнучких інструментів сучасного фінансового менеджменту, також з урахуванням еволюції підходів та принципів організації фінансування в галузі. Сюди входять кошти з колективних фондів місцевих органів влади та благодійних фондів, благодійні пожертви та пожертви юридичних та фізичних осіб. Інші інноваційні джерела фінансування впливають, зокрема, з налагодження державно-приватного партнерства у формі добровільного управління та можливості створення спеціалізованого добровільного управління, інструменти якого дають змогу передати нецентральні функції закладів на аутсорсинг. Інститути потребують постійного критичного аналізу обставин, що швидко змінюються, та своєчасного прийняття якісних управлінських рішень, а в деяких випадках – впровадження антикризового управління.

Адаптована до реальних умов система управління медичним закладом безпосередньо впливає на результати його діяльності. Ця адаптивна система управління включає в себе належним чином підібрані методи управління. Запроваджені в цю систему методи раціонального використання обмежених ресурсів безпосередньо впливають на рівень результативних показників, які, у свою чергу, є основним джерелом розвитку медичного закладу та фінансових можливостей для навчання його працівників.

Незважаючи на некомерційний характер цього медичного закладу та бюджетне фінансування його діяльності, кошти, отримані за різними програмами, а також прямі платежі за послуги, стають вирішальними для його стабільної роботи. Раціональне використання наявних економічних ресурсів стає запорукою ефективної роботи та передумовою підвищення технологічного потенціалу цього медичного закладу. Критерії доходів та заощаджень – в основі керівництва центру. Тривала тенденція до консервативної політики в системі

управління охороною здоров'я привела до поширення адміністративних методів управління практикою галузевих установ з урахуванням відповідного медичного закладу.

Протягом аналізованого періоду вартість активів медичного закладу дещо зросла, що може свідчити про оновлення технологічної бази центру. Можна припустити, що завдяки введенню в експлуатацію нового технологічного обладнання зріс кадровий потенціал, тобто розширилися профільні можливості діяльності даного медичного закладу. У будь-якій діяльності, в тому числі і в медичній, існує пряма залежність між ресурсним потенціалом і капіталом. Аналіз показує, що рівень власного капіталу в центрі поступово збільшувався. З точки зору загальноприйнятих нормативних актів управління економікою, така динаміка є позитивною для даного медичного закладу, оскільки свідчить про роботу економічних механізмів. Виділимо відомості про нефінансові активи, які мають велике значення як з точки зору специфіки діяльності даного медичного закладу, так і з точки зору його некомерційної діяльності. Вони свідчать про те, що підприємство придбало нові або вдосконалені методи у сфері охорони здоров'я, засоби та форми надання медичних послуг.

На основі наданої інформації, а також результатів багатьох подібних оглядів доведено, що управління на основі ресурсних показників веде до всебічного розвитку закладів охорони здоров'я, а в сучасних економічних умовах цей стиль управління досяг свого потенціалу. Промислові інститути повинні перейти від передусім адміністративних методів управління до методів економічного управління – управління людськими ресурсами за економічними інтересами, розвиток демократичних засад в управлінні, що в свою чергу потребує змін у плануванні, фінансуванні та стимулюванні [19]. Вищезазначені проблеми виявляються за результатами профільної роботи досліджуваного закладу, який не зміг подолати основні проблеми регіону – забезпечення профілактики, виявлення та ефективного лікування захворювань. Недостатнє

фінансування з багатьох джерел вимагає побудови принципово нової системи, яка використовує економічні важелі, інструменти та стимули для формування нового типу медичного закладу. Нова система механізмів управління забезпечить новий рівень економічного потенціалу, а отже, формування альтернативних форм методичного забезпечення. У цих формах це має покращити якість спеціалізованих послуг та створити основу для зміцнення медичної, соціальної та економічної бази.

У розглянутій новій (адаптивній) системі управління медичним закладом механізм управління економікою розглядається як система цілеспрямованих взаємодій для організації його діяльності та формування перспективних напрямків розвитку. Через особливості поєднання об'єкта та системи економічних відносин (державні органи, населення) виконання функцій управління економікою є надзвичайно високим. Тому ми вважаємо, що формування економічної моделі спирається на низку підходів. У цьому комплексі має бути система методів, засобів та економічних інструментів, адаптованих до специфіки центру. Вважаємо, що формування надійних взаємозалежних процесів, які забезпечать ефективне функціонування даного медичного закладу, дозволить адаптувати його діяльність до багатьох факторів зовнішнього та внутрішнього середовища. Пропонується виділити наведений вище аналіз взаємозалежності критерію власного (санкціонованого) та фінансового результату як ключового показника системи управління економікою Центру. Є засобом створення фінансової основи розвитку даного закладу і пропонується використовувати в адаптивній системі управління джерелами інформації про стан фінансового забезпечення реалізації інших цілей даного медичного закладу. Сформульована концепція відображає власне розуміння змін у сфері охорони здоров'я та впровадження змістової та функціональної спрямованості механізмів у систему державного та внутрішнього контролю медичних закладів.

3.2. Секторальний план заходів сфери охорони здоров'я у контексті пандемії COVID-19

Охорона здоров'я є одним із ключових питань у відповідь на виклики COVID-19. Ефективність міжгалузевих зусиль значною мірою залежить від його можливостей та здатності швидко адаптуватися. Завдання плану дій охорони здоров'я – опанувати основні виклики сучасності та створити умови для нового своєчасного реагування на зміни епідемічної ситуації.

Основною основою побудови системи реагування та реалізації основних компонентів є наявність ресурсів та створення системи збору та обробки інформації для прийняття рішень.

Інформацію слід розбити на такі розділи:

Global Trends - щоденний аналіз змін у світі. Аналіз слід побудувати на двох рівнях – глобальному та аналізі країн, подібних до України за структурою поширення (Румунія, Польща).

Аналіз поточної ситуації з ЄС-19 в Україні – щоденний аналіз захворюваності в різних групах та відсотка тих, кого виявили протестувальники, лікування, виявлення, тестування, випадки пневмонії тощо.

Аналіз тенденцій – аналіз тенденцій за регіонами, ліжками, наявністю ресурсів для закладів охорони здоров'я.

Довгострокове планування – інтеграція всієї інформації, побудова моделі розподілу з горизонтом планування не менше 14 днів.

Для реалізації такого підходу до збору та аналізу інформації найкращим рішенням було б побудувати на базі Центру громадського здоров'я аналітичний центр, який отримував би первинні дані від лікарень, електронної системи охорони здоров'я та рішення обласних надзвичайних комісій, дані про закупівлю та волонтерство тощо.

Звіти цього центру мають слугувати основою для прийняття управлінських рішень.

Другим кроком має стати нарощування системи охорони здоров'я та спроможність, включаючи тестування.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, сам тест є механізмом швидкого виявлення людей, інфікованих COVID-19, і елементом, який дозволяє реально оцінити і реагувати на ситуацію в країні. Інвестиції в регіональні центри громадського здоров'я та медичні заклади, закупівля обладнання, систем тестування та витратних матеріалів, а також подальше розширення груп тестування повинні забезпечити ефективне тестування та можливості швидкого реагування.

Доступність тестування населення на всіх етапах надання медичної допомоги має забезпечити швидке реагування на спалахи в регіонах, повітах, містах та вузьких центрах. Наразі проблеми з наявністю та доставкою амбулаторних тестів та затримки в отриманні результатів викликають значні проблеми при подальшому виявленні спалахів, тобто. Н Відповідь на рівні штату може бути відкладена.

Слід зазначити, що достатній обсяг тестування та охоплення призведе до значного збільшення кількості людей з діагнозом захворювання. Це можна сприймати як критичну загрозу в абсолютному вимірі, тоді як варто звернути увагу на відносні показники – скільки пацієнтів серед усіх обстежених пацієнтів, оскільки цей показник більш чутливий до ситуації в громаді.

Крім того, збільшення кількості виявлених випадків та наближення до найбільш реалістичних показників захворюваності в країні потребує негайного політичного та епідеміологічного реагування. Найважливішим та ефективним підходом реагування має бути зосередженість на вузькій локалізації спалахів – це забезпечує ефективну роботу з контактами пацієнтів: відстеження, виявлення та ізоляція («Відстеження контактів для COVID-19», квітень 2020 р.). Навіть

найбільш реалістичні показники захворюваності в країні створять додаткове та посилене навантаження на систему охорони здоров'я.

Робота з контактами є важливою частиною реагування на виклики COVID-19. Серед усіх існуючих підходів, як нецифрових, так і цифрових, обов'язкових і факультативних, кожна країна повинна вибрати підхід, який найкраще відповідає поточній ситуації та дозволяє знизити витрати, щоб покрити максимальні потреби. Наразі для України, де будується чи реформується ефективна система епідеміологічного нагляду та контролю, необхідно звертатися до найпростіших рішень, які вимагають найменшої обізнаності широкого кола людей у компанії (наприклад, встановлення та використання стандартної мобільний додаток для відстеження контактів через Bluetooth).

Враховуючи поточну ситуацію та стан системи охорони здоров'я країни, найкращим варіантом створення ефективної системи відстеження контактів в Україні є створення централізованого та стандартизованого контактного центру для збору інформаційної бази для епідеміологічних розслідувань, у тому числі інших інфекційних захворювань. . Централізація контакт-центру дозволить ще легше розширити потужність, полегшити навчання та швидше переконфігурувати у разі змін у підходах відстеження контактів. Крім того, централізований контактний центр вимагає менше адміністративної підтримки та підтримки, ніж великий. Для України має бути новим втручання в епідеміологічне розслідування та визначення контактних осіб тих, хто не є професійними епідеміологами, – осіб, які здійснюють нагляд та розслідування за стандартизованими процедурами (сценаріями). Результатом їх роботи автоматично повинна бути узагальнена інформація про контактних осіб для полегшення роботи спеціалізованих спеціалістів - епідеміологів та інфекціоністів.

Для реалізації підходу роботи контактної особи необхідно налагодити повний ланцюжок передачі інформації – від пацієнта до уповноваженої особи

(лабораторного центру, лікаря, фельдшера) до контактному центру, який має отримувати основні контактні дані пацієнта, переносити проводити стандартизовані дистанційні опитування та розробляти та збирати інформацію про контактних осіб, з якими епідеміологи узгоджують заходи щодо необхідності самоізоляції чи лікування, готують інформаційні зведення для епідеміологів як основу для майбутніх рішень. Це вимагає нормативного регулювання можливості дистанційних епідеміологічних розслідувань та використання цифрових інструментів відстеження контактів – разом вони можуть забезпечити ефективний комплекс заходів для контролю поширення COVID-19.

Оскільки будь-яка інфікована людина здатна інфікувати інших, і зараження може відбутися до того, як у інфікованої людини з'являться симптоми, а також оскільки інфікована людина, як правило, залишається соціально активною, тобто потенційно може заразити інших, до встановлення діагнозу має бути зрозуміло, що контакт і місце контакту можливе відстеження контактів. Визначити найбільш поширені центри та вжити ефективних заходів для стримування поширення COVID-19.

Важливими аспектами побудови ефективного механізму роботи з контактами та контактерами є:

- узгоджені процедури взаємодії та заздалегідь визначені алгоритми для всіх учасників;
- максимально анонімізовані бази даних, сумісність систем;
- контроль за дотриманням протиепідемічних заходів;
- ефективна стратегія тестування та автоматичне отримання тестової інформації з усіх лабораторій;
- достатність персоналу для обробки отриманих даних;
- регулярний моніторинг та оновлення стану самоізоляції: контакт – хворий – вилікуваний – самоізоляція завершена;
- контроль за дотриманням умов самоізоляції;

– широке охоплення населення, ефективна комунікація.

Кроки для розробки пакета відстеження контактів:

1. Створення цільового контакт-центру:

Скрипти для стандартизованих опитувань

SIM-система для обробки справ людей в ізоляції (можливо на базі платформи Web Actions. Вдома)

Навчити персонал проводити опитування, збирати та вводити дані, редагувати та формувати зведені дані про кількість самокарантинів, їх поточний стан.

2-а Дія. Вдома (мобільний додаток):

- Встановлення контактів із самими пацієнтами та автоматичне повідомлення про необхідність самоізоляції для контактів, які її потребують за результатами розслідування.

Анкета про стан людей, які перебували на самоізоляції

Отримайте результати тесту в додатку та автоматично зніміть самоізоляцію (зелена карта).

Звертайтеся за соціальною допомогою для людей, які перебувають на ізоляції та не мають кому піклуватися.

3. Дія. Вдома (веб-платформа):

Створити облікові записи для первинних і вторинних амбулаторних пацієнтів, фельдшерів, соціальних працівників, лабораторій та органів місцевого самоврядування (за потреби)

Розмежування прав доступу для різних користувачів (ролей) веб-платформи

Сайт самореєстрації для первинних та вторинних амбулаторних пацієнтів, фельдшерів, соціальних працівників та лабораторій (за потреби).

4. Мобільні програми відстеження контактів:

Впровадження та поширення кодів у громадських місцях (магазинах, ресторанах, кінотеатрах тощо) та додатків для їх розробки. Запуск і трансляція мобільного додатка позиціонування через Bluetooth

Форма оцінки об'єктів загального користування на дотримання карантину та класифікація цих об'єктів (можливість подати скаргу, надати фотографії чи інші докази порушення правил карантину)

Інтеграція з акціями. Дім (мобільний додаток).

Інтеграції для автоматичного обміну інформацією:

Дія. Головна (мобільний додаток і веб-платформа)

Система контакт-центру CRM (може бути заснована на веб-платформі Action.Home)

Мобільні програми відстеження контактів (громадян).

5. Аналітичні панелі (панелі інструментів):

Визначення ключових показників складної ситуації з COVID-19 в Україні (захворюваність, поголів'я, ТЕБ та надзвичайні рішення та карантинні обмеження) та їх аналіз

Створення підрозділу аналізу в рамках ДКМУ або МОЗ, який щодня оцінює зміни ключових показників, відхилення та проблеми

Спостереження за спалахами захворювань, ретроспективний аналіз.

Відстеження контактів та збільшення спроможності мережі лабораторних центрів тестування на COVID-19 посилить тиск на медичну систему, тому для збільшення запасів засобів індивідуального захисту (ЗІЗ), дезінфікуючих засобів, витратних матеріалів та медикаментів необхідно вжити таких заходів. форма, обладнання.

Для визначення потреб створено центральну систему збору (на базі програмного забезпечення Meddat ВАТ «Медичні закупівлі»), а МОЗ затвердило нормативи забезпечення персоналу засобами індивідуального захисту. Покупки здійснюються на основі цих розрахунків.

На першому етапі було створено перелік базових лікарень для госпіталізації хворих на COVID-19. Висновок ґрунтується на даних про наявність обладнання та персоналу в розпорядженні Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Однак подальший розвиток подій виявив часткову невідповідність цих даних реальності (на основі даних, введених у програмне забезпечення Meddat) та часткове неврахування деяких ключових факторів при визначенні лікарняного списку.

Перш ніж планувати ЗІЗ, дезінфікуючі засоби, витратні матеріали, ліки та обладнання, слід переглянути існуючу мережу закладів охорони здоров'я, призначених для прийому пацієнтів з COVID-19, та розглянути поточну ситуацію, виявлені проблеми та прогнози епідемії.

Ключовими факторами мають бути: доступність допомоги, наявність обладнання та персоналу, доступність для громадян та просторове охоплення, наявність достатньої кількості ліжок різного профілю на 100 тис. жителів. Необхідно також враховувати потребу населення в альтернативній медичній допомозі (плановій, особливо хронічно хворим), у тому числі під час епідемії, спричиненої певним захворюванням.

Після прийняття переліку, в якому будуть враховані існуючі критерії, необхідно буде врахувати статистичні дані про потреби в основному обладнанні, такому як апарати штучної вентиляції легень (вентилятори), реанімаційні ліжка, терапевтичні ліжка з урахуванням місцевих особливостей на місці. готуючи та затверджуючи, враховуйте не лише стаціонарний перебіг пацієнта, а й курс амбулаторного лікування, пацієнтів з підозрою, а також пацієнтів з іншими захворюваннями без підозри на COVID-19. На національному рівні також мають бути створені фінансові та організаційні стимули, щоб йти цим шляхом. Крім того, повний алгоритм дій, покроковий план дій щодо виявлення COVID-19 у неспеціалізованій лікарні чи на стаціонарі тощо), а також конкретні правила та рекомендації щодо їх впровадження для лікарень на ефективну побудова та

контроль епідемічної ситуації в закладі під час епідемії (у тому числі ефективні інструменти контролю за дотриманням медичними працівниками правил носіння ЗІЗ). На рівні лабораторного центру слід оцінити можливості для дослідження спалаху та прийняти відповідні рішення.

Після аналізу лікарні слід розділити на 1, 2 і 3 хвили реактування. Для кожної хвили повинні бути чітко визначені критерії переходу та правила підготовки та переформатування закладів. Формування кушетки слід проводити з урахуванням наявної статистики про тяжкість захворювання та вікових групах хворих.

Одним із головних викликів у перші дні боротьби з епідемією COVID-19 в Україні стало забезпечення лікарень медичним обладнанням та витратними матеріалами. Наразі існує три джерела закупівлі цих ресурсів: централізовані закупівлі (здійснюються МОЗ на основі оцінок потреб), прямі закупівлі в лікарнях (здійснюються директором, на основі оцінок потреб), підтримка волонтерів. Відсутність чіткої координації трьох джерел і, як наслідок, маркування їх призводить до безлічі ситуацій, неоднорідності допомоги, коли лікарня без пацієнтів може мати велику кількість апаратів штучної вентиляції легенів, але замість одного завантаженого одного буде недостатньо.

Звичайно, в нинішній ситуації необхідно забезпечити безпеку, щоб було визначено, принаймні, на місцевому рівні, хто координує всі поставки та розподіляє ресурси за потреби.

У той же час особливу увагу необхідно приділяти необхідності розповсюдження ЗІЗ, щоб вони були доступні в достатній кількості для тих, хто їх найбільше потребує та найбільш уразливих. Це включає забезпечення медичних працівників відповідними ЗІЗ та засобами гігієни з урахуванням конструктивних параметрів та розмірів обладнання.

Після створення карти мережі з урахуванням кількості персоналу, ліжок та моделювання потенційних пацієнтів необхідно розрахувати та спланувати запаси

ЗІЗ, персоналу та обладнання в часі з урахуванням фактичного та нормативного споживання.

У той же час необхідно негайно порівняти фактичне та нормативне споживання та запланувати ретельне дослідження установ зі значними відмінностями.

Необхідно перебудувати ланцюжок поставок, який включатиме: наявність місцевих запасів у лікарнях, наявність регіональних складів (можливо за рахунок державних резервних складів), формування безперервного постачання.

Для інтеграції рівнів охорони здоров'я особливу увагу необхідно приділяти задоволенню потреб особливо вразливих груп, включаючи людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом та іншими соціальними захворюваннями. Розумно створити запаси ліків та інших методів лікування для цих людей та розробити способи надання та надання послуг із терапії та лікування, щоб мінімізувати ризик піддати їх додатковій небезпеці від коронавірусу.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ щодо критичної готовності, готовності та реагування на COVID-19, населення має бути розділено на окремі групи на основі оцінки ризику захворювання та можливих наслідків. Відповідно, для кожної групи має бути розроблена медична стратегія ізоляції, виявлення, догляду, госпіталізації, скринінгу та соціальної підтримки. Це зменшує кількість важких випадків, непотрібних госпіталізацій та перевантаження медичної системи.

Аналіз для визначення ступеня ризику та характеристик ризику в контексті групи слід проводити з використанням розподілу даних за статтю та віком з урахуванням специфічних потреб і особливостей жінок і чоловіків. Групи ризику також включають ретельне врахування таких характеристик, як внутрішньо переміщені особи (ВПО), жінки з підвищеним ризиком насильства, літні люди, люди, які живуть з ВІЛ, туберкульозом та хронічними захворюваннями (діабет, респіраторні захворювання, серцево-судинні захворювання). хвороби), люди з інвалідністю, бездомні, особи, які перебувають у місцях позбавлення волі та

позбавлені волі, матері-одиначки, особи, які перебувають у маргіналізації або в особливо скрутному матеріальному становищі. Для цієї стратегії слід встановити чіткі терміни та механізми перегляду з урахуванням глобальних даних про поширення інфекцій, а також залучити до її розробки експертів із соціальної політики. Такий набір питань наразі відсутній у чинних нормативних документах уряду чи МОЗ.

Формування адаптивної карантинної політики включає не лише перелік обмежень та послаблень, а й критерії їх застосування. Застосування обмежень має ґрунтуватися на чіткому розумінні їх впливу на епідемічний процес. З цією метою, аналізуючи статистику поширення, завжди слід розглядати вжиті дії та аналізувати поширення з точки зору наслідків цих дій.

Ця поточна робота забезпечить дотримання обмежень пріоритетом. Крім того, можна швидко адаптуватися до карантину (змінити правила для різних сфер діяльності), щоб зменшити негативний вплив. Крім того, формування правил поведінки має здійснюватися у двох напрямках: загальному та специфічному. Загальні правила поширюються на всі сфери діяльності, конкретні правила повинні враховувати особливості кожної сфери. Слід мати на увазі, що перегляд та внесення змін до нормативно-правових актів має бути динамічним процесом, який є реакцією на аналіз епідеміологічного впливу.

Наразі правила затверджуються рішеннями Вищого державного лікаря України. Вже розроблені та затверджені їхні колекції на такі теми, як музеї та заклади культури, спортивні змагання, гостинність, гастрономія, передача знань, транспорт, дошкільні навчальні заклади, комерція, психіатричні та соціальні заклади. Однак цей список не охоплює всі сфери діяльності, які необхідно адаптувати до карантинних обмежень. Більше того, відсутність загальної нормативно-правової бази (що стосується всіх сфер діяльності) ускладнює їх реалізацію.

Важливим аспектом є також створення системи контролю за дотриманням правил як з боку виконавчої системи, так і за участю громадськості.

З огляду на виконання всіх компонентів важливо забезпечити стабільне функціонування комплексу заходів та наявність планів втручання.

Зміни в протоколі лікування (введення нових ліків або виключення ліків, методів тощо) мають відобразитися у змінах фінансування за програмою медичних виплат. При цьому слід подбати про створення матеріального стимулювання, оскільки оплата пацієнту в стаціонарі без контролю медичної складової неминуче призведе до надмірного перебування пацієнтів у стаціонарі.

Велику увагу в процесі фінансування необхідно приділяти мобільності медичних ресурсів. Аспекти фінансування, які підлягають розробці та формулюванню конкретних рекомендацій, включають: фінансування лікарень, оплату праці персоналу, закупівлі, соціальну допомогу.

Фінансування лікарень має бути достатнім для надання медичної допомоги, лабораторних досліджень та дотримання вимог інфекційного контролю.

Необхідно створити стратегію дій та фінансування для лікарень або інфекційних відділень у періоди між спалахами наявності запасів лікарських засобів та засобів захисту, періодичність їх огляду, критерії розгортання другої та третьої хвилі, обсяг першої хвилі ліжок за період між спалахами повинні також бути встановлені.

Стратегія прийняття рішення повинна включати опис процедури реєстрації та виявлення випадків, контактних осіб, дій повідомлень та дій компетентних органів щодо визначення місця розташування осередку.

Для забезпечення ефективності використання ресурсів, безперервного оновлення та розподілу необхідно було створити Державний резервний фонд. Пропозиції щодо такої стратегії мають включати структуру системи, параметри

її розподілу та централізації, перелік необхідних коштів, їх обсяг (формули розрахунку), період оновлення та перегляду, критерії використання.

Фінансова підтримка системи охорони здоров'я має базуватися на двофазовій моделі, включаючи забезпечення готовності до епідемії та можливість використання додаткових фінансових ресурсів у разі невідкладної епідемії.

Модель повинна враховувати необхідність підтримки значної кількості ліжок, персоналу та обладнання в режимі очікування (включаючи обслуговування, тестування, перепідготовку та перепідготовку медичного персоналу).

Така система також повинна включати фінансування профілактичних заходів, проведення епідеміологічних розслідувань спалахів нових захворювань, постійну систему нагляду та повідомлення про випадки та збір статистичної інформації.

Фінансування аналітичних центрів, які б постійно спостерігали за ситуацією та розробляли контрзаходи, також є проблемою. Залежно від еволюції протоколів лікування, існуючу фінансову модель необхідно постійно оновлювати, щоб забезпечити достатній рівень ресурсів.

У контексті пандемії COVID-19 важливим питанням для сектору охорони здоров'я є баланс між діями, спрямованими на реагування на виклики коронавірусу, та задоволенням потреб пацієнтів з іншими захворюваннями. Зараз Україна переживає одну з найгірших ситуацій у Європі з поширенням ВІЛ/СНІДу та туберкульозу. Необхідно вжити заходів для запобігання його ескалації та запобігання ризикам негативних перехресних коронавірусів та соціально важливих захворювань. Підтримка ефективності систем профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, психосоматичних розладів, сексуального та репродуктивного здоров'я, психосоціальної підтримки (зокрема для жертв насильства), вакцинації та реабілітації є надзвичайно важливими в умовах

коронарної кризи. Існує необхідність адаптувати існуючі системи та механізми перенаправлення жертв домашнього насильства та сексуального або гендерного насильства до карантинних обмежень. Людей з неінфекційними захворюваннями, ВІЛ та туберкульозом слід визначити як групи високого ризику зараження COVID-19.

У довгостроковій перспективі відновлення реалізації Цілей сталого розвитку «Забезпечення здоров'я та благополуччя всіх людей різного віку» має стати як стратегічним напрямком, так і концептуальною основою для подальших дій, орієнтованих на COVID-19. Тому адекватне фінансування та продовження реформ національної системи охорони здоров'я є передумовою як для шляху України до сталого розвитку, так і для негайного одужання від коронавірусної кризи.

Захист медичних працівників, які перебувають на передовій пандемії, є особливо важливим як для суспільства, так і для сталого функціонування системи охорони здоров'я в часи високого навантаження та викликів. Збір та розповсюдження розрізнених за статтю даних про медичних працівників, які беруть участь у боротьбі з COVID-19, необхідні для кращої оцінки потреб у їх підтримці та захисті, а також для розробки та впровадження систем підтримки психічного здоров'я для всіх медичних працівників, які працюють в умовах епідемії, вжиття заходів щодо запобігання та запобігання поширенню інфекції серед членів сімей медичних працівників. Медичні працівники та інші працівники критичної інфраструктури повинні реагувати на найгіршу епідемічну ситуацію, яка дозволила б їм комфортно працювати в цих умовах - наявність транспорту, доступ до житла та харчування, освітніх закладів для своїх дітей, можливість доступу до необхідних адміністративних послуг за межами загальних обмежень.

В умовах епідемії коронавірусу та тиску на систему охорони здоров'я регулятори мають виконувати подвійні обов'язки щодо запобігання підробці

ліків та поширення підробок серед населення, яке потребує медичних послуг. У цьому контексті необхідно посилити державний контроль за виробництвом ліків, підтримати передовий досвід у виробничій та клінічній діяльності а також налагодити інформаційне забезпечення.

Висновки до третього розділу

1. Концепцію системної трансформації управління розвитком українських медико-санітарних закладів слід сформулювати як побудову оптимальної моделі суттєвих змін в управлінні. Ця концепція включає постійний просторовий аналіз ситуації, що змінилася з метою адаптації системи управління до змінених соціально-політичних та економічних умов. Побудова механізмів управління має передбачати системний підхід, оскільки цей підхід утворює набір взаємопов'язаних елементів і узгоджує систему управління з ресурсами та інформацією. Це дозволяє закладу охорони здоров'я адаптуватися до мінливих політичних, економічних, соціально-демографічних та культурних ситуацій. У сучасній ситуації охорони здоров'я такий підхід, на нашу думку, є найефективнішим, оскільки дає можливість конкретно реалізувати елементи господарського управління медичними закладами з урахуванням заходів медичної реформи в умовах проживання. Процес управління окремим закладом охорони здоров'я міститься в параметрах державної адміністративно-регулятивної системи і формує тісний взаємозв'язок між можливостями надання населенню обсягом та якістю послуг, що надаються. Проте існуюча система управління, яка поєднує державні та національні механізми, вже не в змозі впоратися з процесами ефективного економічного управління медичними закладами – потрібні адекватні для сучасних умов їх функціонування економічні інструменти та важелі.

2. У довгостроковій перспективі відновлення реалізації Цілей сталого розвитку «Забезпечення здорового способу життя для всіх людей різного віку та сприяння їхньому добробуту» має слугувати як стратегічним напрямком, так і концептуальним основою для руху вперед з акцентом на COVID-19. Тому адекватне фінансування та продовження реформ національної системи охорони здоров'я є передумовою як для шляху України до сталого розвитку, так і для негайного одужання від коронавірусної кризи.

3. Пропонований секторальний план заходів сфери охорони здоров'я у контексті пандемії COVID-19 дозволить підготувати КНП «КЛШМД» ДМР своєчасно реагувати на виклики COVID-19. Саме від спроможностей та здатності лікарні до оперативної адаптації залежить у великій мірі ефективність міжсекторальних зусиль. Впровадження плану заходів створить передумови для подальшого швидкого реагування на зміни епідемічної ситуації.

ВИСНОВКИ

1. Підвищення усвідомлення важливості охорони здоров'я для суспільства та економіки є запорукою тривалого та складного процесу оптимізації системи охорони здоров'я. Важливо враховувати потенційну віддачу від інвестицій у охорону здоров'я, не лише з точки зору витрат. Суттєві кроки до оптимізації системи охорони здоров'я мають включати збільшення фінансових і людських ресурсів для охорони здоров'я, заміну концепції стаціонарного лікування амбулаторним, у тому числі розвиток електронної системи охорони здоров'я, а також запровадження ціннісного лікування. Створення ефективної системи управління медичним персоналом та впровадження ІТ-рішень та мобільних технологій, корисні для протидії та обмеження впливу пандемії.

2. Потрібні структурні зміни в системі охорони здоров'я для оптимізації медичної допомоги шляхом посилення координації, більш цілеспрямованої та кращої підготовки медичного персоналу, покращення оснащення медичних закладів під час пандемії. Ефективна соціально-гуманітарна політика держави підвищує стійкість суспільства до надзвичайних ситуацій та мінімізує наслідки можливих майбутніх криз. Для подолання кризи та підтримки рівня життя необхідні масштабні заходи та рішення, розробка та реалізація такої державної політики. Із впровадженням нових демократичних засад у суспільне життя, зміною соціальних цінностей і цілей актуальним стає питання зміни доктрини державної політики охорони здоров'я. Обсяг ресурсів, необхідних у галузі охорони здоров'я, залежить від вартості ресурсів та виконання державних програм розвитку охорони здоров'я. Ця обставина відіграє роль у реформуванні системи охорони здоров'я та прагненні до якісної медичної допомоги населенню.

3. З аналізу законодавства України у сфері протидії коронавірусу можна зробити висновок, що Україна вчасно внесла зміни до організаційно-правового механізму протидії пандемії. Внесено відповідні зміни до спеціальних законів

України, прийнято рішення Кабінету Міністрів України та накази МОЗ. Однак існують прогалини, які необхідно негайно заповнити, наприклад, під час запровадження фінансування охорони здоров'я.

4. КНП «КЛШМД» ДМР – це сучасний багатопрофільний медичний заклад середнього рівня, який надає спеціалізовану та цілодобову планову невідкладну медичну допомогу в умовах цілодобового стаціонару дорослим пацієнтам з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини, гострих шлунково-кишкових розладів, маткових кровотечах різного походження, гострий коронарний синдром, серцеві аритмії, гострі порушення мозкового кровообігу та гіпертонічні кризи, пацієнтам терапевтичного, кардіологічного, алергологічного, гінекологічного, хірургічного профілю, пацієнтам реанімації та анестезіологічної консультації в жіночій консультації.

5. У контексті надзвичайних ситуацій, за відсутності традиційних доказів ефективності медичних втручань, доцільно виділити важливість визначення надійних джерел інформації, прозорості, швидкого та повного обміну інформацією та досвідом у сфері управління ресурсами та ризиками, комунікації та втручання. Створення незалежних груп моніторингу та аналізу, участь професіоналів у різноманітних дослідженнях є прикладом швидкої генерації наукових даних та супровідних рекомендацій щодо різних аспектів пандемії.

6. Аналіз прикладів організацій у сфері охорони здоров'я виявляє такі спільні риси: створення спеціалізованих інформаційних ресурсів, які активно поширюються для вирішення проблеми (загрози) у межах окремих функцій організації, розробка, оновлення та безкоштовне поширення різноманітної інформації: технічні звіти; наукові резюме, поради, повідомлення та технічні посібники тощо. Усі документи підкреслюють надійність і прагнення завоювати довіру користувачів: чітко структуровані навколо ключових питань, висвітлюють методологію створення та показують попередні версії та послідовність оновлень.

7. На основі аналізу міжнародних прикладів захворювання на коронавірус COVID-19, опублікованих у достовірних джерелах, Україна внесла зміни до законодавства, визначила підходи до планування трансформації системи охорони здоров'я з метою підвищення її стійкості до епідемії інфекційних захворювань, а також обмеження, виправдані карантинном та інші заходи. Сформульовано стандарти медичної та фармацевтичної допомоги та визначено пріоритетні напрямки гармонізації медичної практики з найкращими глобальними підходами.

8. Концепцію системної трансформації управління розвитком українських медико-санітарних закладів слід сформулювати як побудову оптимальної моделі суттєвих змін в управлінні. Побудова механізмів управління має передбачати системний підхід, оскільки цей підхід утворює набір взаємопов'язаних елементів і узгоджує систему управління з ресурсами та інформацією. Це дозволяє закладу охорони здоров'я адаптуватися до мінливих політичних, економічних, соціально-демографічних та культурних ситуацій. У сучасній ситуації охорони здоров'я такий підхід, на нашу думку, є найефективнішим, оскільки дає можливість конкретно реалізувати елементи господарського управління медичними закладами з урахуванням заходів медичної реформи в умовах проживання. Процес управління окремим закладом охорони здоров'я міститься в параметрах державної адміністративно-регулятивної системи і формує тісний взаємозв'язок між можливостями надання населенню обсягом та якістю послуг, що надаються. Проте існуюча система управління, яка поєднує державні та національні механізми, вже не в змозі впоратися з процесами ефективного економічного управління медичними закладами – потрібні адекватні для сучасних умов їх функціонування економічні інструменти та важелі.

9. У довгостроковій перспективі відновлення реалізації Цілей сталого розвитку «Забезпечення здорового способу життя для всіх людей різного віку та сприяння їхньому добробуту» має слугувати як стратегічним напрямком, так і

концептуальним основою для руху вперед з акцентом на COVID-19. Тому адекватне фінансування та продовження реформ національної системи охорони здоров'я є передумовою як для шляху України до сталого розвитку, так і для негайного одужання від коронавірусної кризи.

10. Пропонований секторальний план заходів сфери охорони здоров'я у контексті пандемії COVID-19 дозволить підготувати КНП «КЛШМД» ДМР своєчасно реагувати на виклики COVID-19. Саме від спроможностей та здатності лікарні до оперативної адаптації залежить у великій мірі ефективність міжсекторальних зусиль. Впровадження плану заходів створить передумови для подальшого швидкого реагування на зміни епідемічної ситуації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Bill & Melinda Gates Foundation. COVID-19 A Global Perspective. URL: <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2020-report/#GlobalPerspective>. (дата звернення: 02.12.2021)
2. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Patient management. URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance> (дата звернення: 19.12.2021).
3. EU actions to support availability of medicines during COVID-19 pandemic - update #4. URL: <https://www.ema.europa.eu/en/news/eu-actions-support-availability-medicines-during-covid-19-pandemic-update-4> (дата звернення: 20.12.2021).
4. Impact of COVID-19 on people's livelihoods, their health and our food systems [Online].
5. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331492> (дата звернення: 15.12.2021).
6. The Lancet, 2021. Climate and COVID-19: converging crises. The Lancet, 397(10269), p.71. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32579-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32579-4/fulltext) (дата звернення: 02.12.2021)
7. Авраменко Т. П., Васюк Н. О. Удосконалення державної політики щодо протидії поширенню соціально небезпечних захворювань у період системних змін. Інвестиції: практика та досвід. – 2014.– № 21. – С. 115–117.
8. Автономізація закладів охорони здоров'я. Реформа фінансування охорони здоров'я. URL: <http://healthreform.in.ua/autonomization>.
9. Бакуменко В. Д., Безносенко Д. О. Виявлення комплексу проблем державного управління процесами європейської та євроатлантичної

- інтеграції України, розробка пропозицій щодо вдосконалення системи державного управління цими процесами. Центр навчання і досліджень з європейської та євроатлантичної інтеграції України, 41. URL: <http://www.napa-eurostudies.org.ua/2-2.rtf>.
- 10.Безкоровайна У. Ю. Удосконалення механізмів державного регулювання надання медичної допомоги і послуг середнім медичним персоналом в Україні : дис. ... канд. наук держ. упр. : 25.00.02. – Запоріжжя, 2018. – 208 с.
- 11.Богач Ю.А., Кривокульська Н.М., Скочиляс С.М. Інформаційно-аналітичне забезпечення як організаційний ресурс для прийняття управлінських рішень. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 5. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2021_5_8. (дата звернення 05.09.2021).
- 12.Васильєв С. В. Правові засади державної підтримки створення інноваційних лікарських засобів/ Право і Безпека. 2021. № 2. С. 21–26.
- 13.Вимоги ПМГ 2020 / Національна служба здоров'я України. – URL: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>. (дата звернення: 15.12.2021)
- 14.Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг : ДДУУ, Вид. РА. Козлов, 2017. 315 с.
- 15.Воронов О.І. Теорія і практика прийняття державно-управлінських рішень в індетермінованих умовах : монографія. Одеса : Астропринт, 2017. 272 с.
- 16.Гойда Н.Г., Курділь Н.В., Вороненко В.В. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. Запорізький медичний журнал. 2013. № 5 (80). С. 104-108.
- 17.Григорович В.Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2010. № 2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93> (дата звернення: 15.12.2021).

18. Демченко І.С. Інституційна спроможність захисту від інфекційних захворювань в Україні / І. С. Демченко // Часопис Київського університету права, 2020/1. С. 196-205.
19. Державна політика у сфері охорони здоров'я : колективна монографія : у 2 ч. / заг. ред. М.М. Білінської, Я.Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
20. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навчально-наукове видання / заг. ред. М.М. Білінської. Київ Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
21. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoronizdorovu> (дата звернення: 15.12.2021).
22. Дорошенко О. О. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги / О. О. Дорошенко, М. В. Шевченко // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – № 1 (5). – С. 16 – 23.
23. Доступ до медичної допомоги у рамках створення спроможної мережі надання соціальних послуг / Міністерство охорони здоров'я України, 23 жовт. 2019. – URL: <https://moz.gov.ua/article/news/dostup-do-medichnoi-dopomogi-u-ramkah-stvorennja-spromozhnoimerezhi-nadannja-socialnih-poslug>. (дата звернення: 15.12.2021)
24. Канавець М. Інструменти забезпечення ефективності, результативності та якості діяльності органів державної влади Київ: Центр адаптації державної служби до стандартів Європейського Союзу, 2019. 178 с.
25. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України : дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
26. Корпусенко В. Проблеми управління персоналом закладів охорони здоров'я та напрямки їх рішення. Розвиток форм і методів сучасного

- менеджменту в умовах глобалізації: Матеріали 9-ї Наук.-практ. Інтернет-конф. Дніпро, 20-21 .11.2021 : тези доповідей (Том 1). Дніпро: Поліграфічний відділ ДДАЕУ, 2021. С. 165-168.
- 27.Латишев Є. Еволюція менеджменту. Менеджер у системі охорони здоров'я / Є. Латишев // Управління закладом охорони здоров'я. 2012. № 4. С. 34-49.
- 28.Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4 (52), С. 5-11.
- 29.Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. № 3. С. 67-86.
- 30.Лобас В.М., Шутов М.М., Вовк С.М. Методологія реформування систем охорони здоров'я, за клас- терними підходами. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 2 (26). С. 84-88.
- 31.Мартякова О.В., Трикоз І.В. Перспективи модернізації охорони здоров'я. Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. 2015. № 4 (32). С. 23-30.
- 32.Медична реформа / Урядовий портал URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення 15.12.2021)
- 33.Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здорово- охоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. URL: <http://www.dy-pauka.com.ua/?op=1&7=1336>.
- 34.Менеджмент в охороні здоров'я : навчально-методичний посібник / [Ю. В. Вороненко, М. Г. Проданчук, Н. Г. Гойда [та ін.] ; за заг. ред. Ю. В. Вороненка. К. : Медицина України, 2014. 334 с.

35. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально методичний посібник / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ: НМАПО, 2014. 367 с.
36. Менеджмент в охороні здоров'я: підручник / Під заг. ред. М. І. Хвисяка і І. І. Парфьонові. Харків: ТОВ «Оберіг», 2008. Ч.2 550 с.
37. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>. (дата звернення: 20.12.2021)
38. Міфи та правда про освітню та медичну реформи : практ. посіб. для журналістів / заг. ред.: В. Таран. – Київ: Центр політичних студій та аналітики «Ейдос», 2018. – 88 с.
39. Мотайло О.В.? Малігон Ю.М. Аналіз сучасного стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я України. Вісник ХНАУ. Серія : Економічні науки. 2021. № 2(1). С. 96-113.
40. Назарко С. Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Проблеми і перспективи економіки та управління. 2019. №4 (20). С. 170-175.
41. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років / Міністерство охорони здоров'я України. URL: moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf(дата звернення: 13.12.2021).
42. Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (СОУГО-19): наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2020 № 722 (зі змінами). URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-28032020-722-organizacija-nadannja-medichnoi-dopomogi-hvorim-na-koronavirusnu-hvorobu-covid-19> (дата звернення: 14.12.2021).
43. Парубчак І.О., Харечко Д.О. Формування та реалізація державної політики соціального захисту в контексті збереження та поліпшення здоров'я осіб похилого віку в Україні. Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. 2019. № 2. URL: http://el-zbim-du.at.ua/2019_2/22.pdf. (дата звернення: 13.12.2021)

44. Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення лікування коронавірусної хвороби (COVID-19): Закон України від 30.03.2020 року № 539-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/539-20#Text> (дата звернення: 02.12.2021).
45. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-19 / Верховна Рада країни. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 05.12.2021).
46. Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2: Постанова Кабінету Міністрів України від 11.03.2020 № 211 (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/211-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 23.12.2021).
47. Про затвердження Порядку призначення та застосування лікарських засобів для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19): наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.06.2020 № 1482, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 08 липня 2020 р. за № 641/34924/. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0641-20#Text> (дата звернення: 13.12.2021).
48. Про затвердження протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02 квітня 2020 року № 762 (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0762282-20#Text> (дата звернення: 13.12.2021).
49. Регіональний (обласний) монітор реагування на питання громадського здоров'я. URL: <https://phrm.phc.org.ua/en> (дата звернення: 17.12.2021).
50. Сазонець І. Л. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України / І. Л. Сазонець, І. Я. Зима // Державне

- управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 12. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/12_2018/4.pdf. (дата звернення: 22.12.2021).
51. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. Ефективна економіка. 2020. № 5. URL: 10.32702/2307-2105-2020.5.88.
52. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. Управління розвитком. 2016. № 3. С. 78-83.
53. Степанова О. В. Пандемія COVID-19 та фіскальна стійкість / О. В. Степанова // Екон. prognozuvanna. 2020. № 2. С. 07-20.
54. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво. 2019. № 3. С. 160-166.
55. Фещенко Н.М. Галузь охорони здоров'я: проблеми та перспективи фінансового забезпечення. Держава та регіони. 2010. № 3. URL: http://ir.znau.edu.Ua/bitstream/123456789/2559/1/Derzhava%20ta%20regioni_2010_6_155-161.pdf (дата звернення: 12.12.2021).
56. Хандій О. О. Напрями державної політики з підтримки різних груп населення та підприємств під час пандемії COVID-19/ Управління економікою: теорія та практика. 2020. 2020. С. 3-18. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ue_2020_2020_3 (дата звернення: 15.12.2021)
57. Чорний О.В. Особливості реформ у державній політиці охорони здоров'я в європейських країнах у трансформаційний період: історичні та соціально-економічні аспекти. Публічне управління та митне адміністрування. 2020. № 3 (26). С. 78-82.
58. Чорний О.В. Соціально-економічні аспекти формування та реалізації державної політики реформ у системі охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку пандемії в Україні. Публічне управління та митне

- адміністрування. 2020. № 4 (27). С. 81-85. URL: <https://doi.org/10.32836/2310-9653-2020-4.13>. (дата звернення: 13.12.2021)
59. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2118. № 4. С. 168-180.
60. Юринець З.В., Петрух О.А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. № 22. 2018. С. 116-121.