

Державний торговельно-економічний університет
Кафедра публічного управління та адміністрування

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Студентки 5 курсу, 11 групи,
спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
освітньої програми «Публічне
управління та адміністрування»

(підпис студента)

Демченко
Яни
Ігорівни

Науковий керівник
к. держ. упр.

(підпис керівника)

Мірко
Наталія
Вікторівна

Гарант освітньої програми
к.держ.упр.

(підпис гаранта)

Динник
Ірина Петрівна

Київ 2023

Державний торговельно-економічний університет

Факультет економіки, менеджменту та психології

Кафедра публічного управління та адміністрування

Освітній ступінь: бакалавр

Спеціальність: публічне управління та адміністрування

Освітня програма: публічне управління та адміністрування

Затверджую

Зав. кафедри _____

«30» грудня 2022 р.

Завдання на випускню кваліфікаційну роботу студентів

Демченко Яні Ігорівні

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема випускної кваліфікаційної роботи: «Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні»

Затверджена наказом ректора від «14» грудня 2022 р. № 3416

2. Строк здачі студентом закінченої роботи: 01.02.2023

3. Цільова установка та вихідні дані до роботи

Мета роботи: аналіз реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні.

Об'єкт дослідження: процес реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні

Предмет дослідження: є теоретико-методичні та прикладні основи реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні.

4. Зміст випускної кваліфікаційної роботи (перелік питань за кожним розділом):

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ОЦІНЮВАННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.1. Аналіз поточного стану та розвитку охорони здоров'я в Україні

1.2. Нормативно-правові акти, що регулюють охорону здоров'я

РОЗДІЛ 2. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Формування та реалізація державної політики охорони здоров'я

2.2. Перспективи розвитку та шляхи вдосконалення регулювання охорони здоров'я в Україні

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

5. Календарний план виконання роботи

№ пор.	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	
		за планом	фактично
1	Визначення напрямку дослідження та затвердження теми випускної кваліфікаційної роботи	До 24.11.2022	24.11.2022
2	Складання плану та підготовка індивідуального завдання для виконання випускної кваліфікаційної роботи	До 30.12.2022	30.12.2022
3	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису першого розділу випускної кваліфікаційної роботи	До 10.01.2023	10.01.2023
4	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису другого розділу випускної кваліфікаційної роботи	До 20.01.2023	20.01.2023
5	Представлення закінченої випускної кваліфікаційної роботи	До 27.01.2023	27.01.2023
6	Підготовка письмового відгуку на випускну кваліфікаційну роботу	До 01.02.2023	01.02.2023
7	Проведення попереднього захисту випускних кваліфікаційних робіт	01-02. 06.2023	01-02. 06.2023
8	Вирішення питання про допуск випускної кваліфікаційної роботи до захисту	До 10.02.2023	До 10.02.2023
9	Направлення випускної кваліфікаційної роботи із зовнішньою рецензією у ЕК для захисту	За графіком	За графіком

6. Дата видачі завдання «30» грудня 2022 р.

Науковий керівник випускної кваліфікаційної роботи

Мірко Н. В.

(прізвище, ініціали, підпис)

Гарант освітньої програми Динник І.П.

Завдання прийняв до виконання студент

Демченко Я.І.

(прізвище, ініціали, підпис)

Відгук наукового керівника випускної кваліфікаційної роботи:

Випускна кваліфікаційна робота написана на актуальну тему «Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні». Відповідно до законодавства України, охорона здоров'я є одним із пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Потребою сьогодення є дослідження та узагальнення теоретико-методологічних та прикладних підходів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, а також нових механізмів взаємодії у сфері громадського здоров'я.

Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну спричинило критичне навантаження на національну систему охорони здоров'я, проблема загострюється суттєвою міграцією населення, в тому числі й медичного персоналу. В випускній кваліфікаційній роботі студентка проаналізувала поточний стан та розвиток охорони здоров'я в Україні, а також дослідила та узагальнила нормативно-правові акти, що регулюють систему охорони здоров'я. Загалом позитивно оцінюючи випускну кваліфікаційну роботу хочу звернути увагу на недоліки: недостатньо інформації щодо скорочення медичних послуг під час військового стану (медичні заклади часто стають об'єктами для нападу і змушені скорочувати перелік медичних послуг, мають хронічний брак ресурсів, відбувається витік медичних кадрів); ввідсутній аналіз статистичних даних щодо обраної студенткою теми, тому говорити про динаміку показників ми не можемо. Висновки та пропозиції сформовані у відповідності до виконаних поставлених у вступі завдань.

Робота написана на достатньому рівні, є самостійним дослідженням студентки, розкриває обрану тему. Вважаю, що випускна кваліфікаційна робота заслуговує позитивної оцінки та допущена до захисту.

Науковий керівник випускної кваліфікаційної роботи

Мірко Наталія Вікторівна

(підпис, дата)

Відмітка про попередній захист Динник Ірина Петрівна

(підпис, дата)

Висновок про випускну кваліфікаційну роботу:

Випускна кваліфікаційна робота студента
Демченко Яни Ігорівни

(прізвище, ініціали)

може бути допущена до захисту екзаменаційній комісії.

Гарант освітньої програми: Динник І.П.

я

(підпис)

Завідувач кафедри: Новікова Н.Л.

(підпис)

«01» лютого 2023 р.



ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ОЦІНЮВАННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	5
1.1. Аналіз поточного стану та розвитку охорони здоров'я в Україні	5
1.2. Нормативно-правові акти, що регулюють охорону здоров'я.....	9
РОЗДІЛ 2. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	14
2.1. Формування та реалізація державної політики охорони здоров'я.....	15
2.2. Перспективи розвитку та шляхи вдосконалення регулювання охорони здоров'я в Україні	11
ВИСНОВКИ Й ПРОПОЗИЦІЇ	30
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	33

ВСТУП

Актуальність теми. За останні десятиліття в Україні сформувалася і продовжує зберігатися досить негативна медико-демографічна ситуація, яка характеризується значним погіршенням основних показників здоров'я, зниженням народжуваності, зростанням смертності в усіх вікових групах, демографічним старінням, а також скорочення тривалості життя.

Наразі, на жаль, основними причинами в Україні є погіршення демографічної ситуації внаслідок військових дій та зростання смертності, особливо молодого покоління. Також причинами негативної демографічної ситуації є низька якість медичного обслуговування та нерівний доступ різних категорій населення до медичних послуг (нерівність у медичному обслуговуванні міського та сільського населення). Також існує високе навантаження особистих витрат населення на медичні послуги.

Результатом такої ситуації стала несприятлива тенденція до зниження тривалості життя населення України, яка в середньому на 10 років нижча, ніж у країнах Європейського Союзу. Державна політика охорони здоров'я є невід'ємною частиною внутрішньої та зовнішньої політики, змістом якої є оптимізація діяльності комплексного соціального інституту, що включає підготовку медичних кадрів, численні соціальні, економічні, науково-методичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні заходи. обов'язково здійснюється державою в інтересах своїх громадян. Особливістю проблеми державної політики у сфері охорони здоров'я є її комплексність, послідовність, соціальний характер, що зумовлено зростаючою єдністю сучасного світу, тенденціями посилення взаємозв'язку та взаємозалежності складових сфери охорони здоров'я.

Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення кожного громадянина України доступною кваліфікованою медичною допомогою, запровадження

ефективних механізмів фінансування та управління галуззю охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя.

Мета роботи: аналіз реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення даної мети необхідно виконати наступні **завдання**:

- 1) Провести аналіз поточного стану та розвитку охорони здоров'я в Україні;
- 2) Дослідити нормативно-правові акти, що регулюють охорону здоров'я;
- 3) Визначити формування та реалізацію державної політики охорони здоров'я;
- 4) Охарактеризувати перспективи розвитку та шляхи вдосконалення регулювання охорони здоров'я в Україні.

Об'єкт дослідження: процес реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні

Предмет дослідження: є теоретико-методичні та прикладні основи реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні.

Стан дослідження теми. У даному контексті на окрему увагу заслуговують минулі праці таких науковців, як: В. Жаховського, В. Лівінського, М. Кудренка, Г. Слабкого, О. Коломійця, С. Бойка, О. Стрельченка, М. Слюсаревського та ін.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є загальнофілософські та загальнонаукові методи (діалектика, аналіз та синтез, індукція та дедукція, аналогія, інтерпретація, історичні та систематичні методи), а також спеціальні наукові методи, що формуються статистичними методами.

Структура роботи. Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновку та списку використаних джерел. Загальний обсяг курсової роботи становить 39 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ОЦІНЮВАННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.1. Аналіз поточного стану та розвитку охорони здоров'я в Україні

Медичні послуги мають деякі особливості порівняно з іншими видами послуг. У сфері охорони здоров'я вплив ринкової влади на параметри послуг (кількість, ціна, якість) суттєво відрізняється від більшості інших ринків. Прихильники неокласичного підходу трактують це явище як «провал ринку». Спостерігається стійке відхилення економічних відносин від ідеальної ринкової моделі, в якій діють закони попиту і пропозиції. Ми також досліджували ринок медичних послуг з точки зору нової інституційної теорії [1].

Слід зазначити, що ВООЗ рекомендує використовувати систему соціального страхування. На цьому етапі відсутні витрати з точки зору фінансування та умов грамотної організації системи охорони здоров'я. В умовах глобалізації національна система охорони здоров'я уніфікується. Також в Україні починають все частіше використовувати такі елементи систем охорони здоров'я, як соціальне страхування, в деяких випадках залишаючи простір для державного втручання та ринкових механізмів [2, с.95].

Досягнення науки і техніки призвели до вдосконалення телекомунікаційних технологій і використання Інтернету в медицині. Ці досягнення почали використовувати у сфері охорони здоров'я, почали активно впроваджувати транскордонне постачання медичних послуг.

Телемедицина – це практика з використанням аудіо- та відеосистем і технологій передачі даних. Телемедицина включає відправлення, діагностику, консультування пацієнтів, а також телемедичну освіту та комунікацію. Впровадження телемедицини економить час та кошти, які витрачаються на переїзд до медичних закладів та отримання медичних послуг. Особливо це актуально у віддалених регіонах країни, а в умовах глобалізації це можливість отримати необхідну консультацію, не виїжджаючи за межі країни. Напрямок телемедицини

розвивається в багатьох країнах (США, Великобританія, Франція) і, на наш погляд, є перспективним напрямком розвитку також в Україні.

Існування іноземних медичних закладів на території України має багато переваг і недоліків для країни. Привабливість висококваліфікованих спеціалістів і наявність сучасного обладнання, безсумнівно, є плюсом для іноземних закладів. Серед негативних характеристик прямих іноземних інвестицій можна виділити внутрішній «відтік інтелектуального потенціалу» цих іноземних організацій, заробітна плата та умови праці яких можуть бути значно кращими, ніж у вітчизняних організаціях.

Сектор охорони здоров'я все ще характеризується великими чергами на госпіталізацію, особливо для людей похилого віку, які в умовах сучасного розподілу медичних послуг страждають від нестачі обладнання та медичного персоналу. У той же час комерційний сектор, доступний людям з високим рівнем доходу, зосередив першокласне обладнання та медичних працівників [3].

Еволюція систем охорони здоров'я показує, що ринкові механізми стають все більш поширеними в цій сфері, незважаючи на деталі медичних послуг, описані вище. Проте зростає роль контролю за впливом на систему охорони здоров'я або у вигляді керованого механізму надання медичної допомоги (досвід США), або на основі державних нормативних актів та галузевих планів (досвід європейських країн: Німеччини, Франція). На думку експертів ВООЗ, поєднання обов'язкового медичного страхування та добровільного медичного страхування є найбільш вдалим рішенням для країни, але в Україні більш поширеною є система соціального медичного страхування.

- Глобалізація в повній мірі торкнулася галузі охорони здоров'я, незважаючи на специфіку медичних послуг та унікальність ринку медичного консультування.
- В Україні діє обов'язкове та добровільне соціальне страхування на період тимчасової або повної втрати працездатності, але воно не може охопити весь спектр медичних послуг, необхідних населенню.

- Ситуація з пандемією показала необхідність розробки механізму моніторингу медичної допомоги та створення додаткових нормативних актів для надання медичних послуг усім верствам населення [4, с.253].

Після запровадження в країні воєнного стану Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) негайно затвердило наказом від 24 лютого 2022 року № 374 Тимчасові заходи в закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності до надання медичної допомоги постраждалим від воєнної агресії Російської Федерації проти України [5].

Документом, зокрема, передбачалося: тимчасово припинити планову госпіталізацію, підготувати додаткові хірургічні бригади для надання допомоги пораненим, забезпечити надання екстреної медичної допомоги в повному обсязі. У зв'язку зі складною логістикою відомство рекомендувало збільшити надання допомоги за допомогою телемедицини та проведення медико-соціальної експертизи за спрощеною процедурою та заочно.

20 березня, майже через місяць після видання наказу №374, МОЗ внесло до нього зміни, вказавши, що планова госпіталізація припиняється у випадках:

- завантаження понад 70% ліжкового фонду терапевтичного профілю та понад 50% ліжкового фонду хірургічного профілю;
- за рішенням структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської міської військових адміністрацій з урахуванням тактичної обстановки.

На практиці це уточнення означає, що в усіх госпіталях має бути своєрідний резерв ліжок на 30% (терапія) і 50% (хірургія), щоб медичні заклади могли за потреби приймати поранених на лікування. Також ця схема має регулювати навантаження на медпрацівників. Тобто, якщо хірургія в лікарні завантажена (більше 50% – Mind), то розуміється, що це наслідок бойових дій і велике навантаження на лікарів. З цієї причини планові операції не допускаються.

У деяких лікарнях з початком російського вторгнення створили додатковий запас ліків. До повномасштабної війни НСЗУ встигла законтрактувати медзаклади на 2022 рік. А 5 березня, щоб забезпечити безперебійне фінансування лікарень,

уряд вніс зміни до Програми державних гарантій медичного обслуговування населення. НСЗУ почала щомісячно виплачувати закладам фіксовану суму коштів, незважаючи на фактичні записи в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ). Щомісячну оплату встановлено у розмірі більшої величини з таких значень: 1) фактичної вартості відповідних медичних послуг, наданих протягом січня 2022 року; 2) $1/n$ планової вартості медичних послуг за відповідним пакетом, де n – кількість місяців дії договору за відповідним пакетом медичних послуг.

З 1 липня уряд повернув систему оплати за фактично надані медичні послуги та обов'язкове подання електронної звітності про них. Однак для лікарень, які працюють в тимчасовій окупації, в зоні бойових дій і на передовій, фінансування у вигляді фіксованих платежів продовжується. Загалом з початку повномасштабної війни НСЗУ виплатила медичним закладам і центрам швидкої медичної допомоги понад 74 млрд грн.

Відтепер кожен громадянин може самостійно звернутися до будь-якого закладу, який надає первинну медичну допомогу за угодою НСЗУ. Без направлення та укладеної декларації пацієнт може безкоштовно потрапити на прийом до лікаря загальної практики, сімейного лікаря чи педіатра, а також у разі потреби отримати екстрену чи невідкладну медичну допомогу.

Лікар первинної ланки надає такі послуги:

- динамічне спостереження за здоров'ям;
- діагностика та лікування захворювання;
- основні тести та аналізи;
- Рецепти на «Доступні ліки» та інсулін (повторний рецепт);
- щеплення згідно з календарем щеплень;

Також він приймає рішення про направлення пацієнта на додаткові обстеження, процедури, госпіталізацію чи до лікаря вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Зауважимо, що для ряду вузьких спеціалістів направлення не потрібне. Також можна проконсультуватися з сімейним лікарем чи педіатром дистанційно:

телефоном, онлайн чи в месенджері. Звичайно, якщо зв'язок з ним збережений. У цьому режимі спеціаліст може виписати електронний рецепт, сформувані електронне направлення до лікаря вторинної та третинної ланки, сформувані електронне направлення на основні дослідження та аналізи.

Під час воєнного стану паперові направлення також діють на рівні електронних. За направленням пацієнт може звернутися до вторинного спеціаліста (кардіолога, онколога, психолога тощо) будь-якої області та будь-якої лікарні, яка уклала з НСЗУ договір на відповідний пакет послуг.

1.2. Нормативно-правові акти, що регулюють охорону здоров'я

Правове регулювання системи охорони здоров'я здійснюється Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про психіатричну допомогу», «Про лікарські засоби» та інші прийняті відповідно до них законодавчі акти. Так, стаття 49 Конституції України гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Конституційне право на охорону здоров'я дозволяє кожному дієздатному громадянину самостійно обирати законні шляхи і засоби досягнення повного фізичного та соціального благополуччя [6].

Право на охорону здоров'я регулюється також ст. 283 Цивільного кодексу (ЦК) України, яка зазначає, що охорона здоров'я забезпечується системною діяльністю державних та інших організацій, передбачених Конституцією України та законом. Керівними принципами забезпечення якісної та ефективної системи охорони здоров'я в Україні є: захист прав людини; верховенство права; ефективне управління на всіх рівнях влади; участь громадськості, бізнесу та соціальних партнерів; інтеграція політики та управління; використання кращих з наявних

знань, закладених у різноманітні нормативні акти для розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) класифікує законодавство системи охорони здоров'я на основі шести компонентів: охорона здоров'я та медичні послуги, кадри охорони здоров'я, інформаційні системи охорони здоров'я, фінансування (системи охорони здоров'я), доступ до основних ліків і медичних приладів, керівництво/контроль [7].

Враховуючи правові інтеграційні процеси, що відбуваються в Європі та світі, участь у них України, виділяємо таку класифікацію законодавства у сфері охорони здоров'я: законодавство, засноване на міжнародно-правових нормах (міжнародний рівень); норми національного законодавства (національний рівень); норми законодавства щодо визначення регіональних особливостей реагування охорони здоров'я на сучасні виклики (регіональний рівень). На основі цього проаналізуємо основні законодавчі нормативні акти на різних рівнях влади. У рамках міжнародно-правових норм, що стосуються окремих питань у сфері охорони здоров'я, можна віднести Загальну декларацію прав людини 1948 р.; Міжнародний пакт про публічні та політичні права 1966 р.; Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права 1966 р., Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації 1966 р., Конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації щодо жінок 1979 р., Конвенція про права дитини 1989 р., Конвенція про права людей з обмеженими можливостями 2006; Конституція ВООЗ, Міжнародні медико-санітарні правила 2005 р., Рамкова конвенція ВООЗ про боротьбу проти тютюну 2006 р., Європейська конвенція про захист прав людини та основоположних свобод 1950 р.; Європейська соціальна хартія 1996 р. Конвенція Ради Європи про підробку медичної продукції та подібні правопорушення у сфері охорони здоров'я 2011 р.

Основними міжнародними документами в галузі охорони здоров'я є Алма-Атинська декларація ВООЗ про первинну медико-санітарну допомогу, Оттавська хартія зміцнення здоров'я, Рамкова конвенція ВООЗ з боротьби проти тютюну, Міжнародні медико-санітарні правила, Політична декларація Ріо-де-Жанейро про

соціальні детермінанти, Резолюція Генеральної Асамблеї ООН щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями, Європейський план дій щодо зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я, Гельсінська заява про здоров'я в усіх політиках [8].

Ряд статей Угоди про досягнення цілей сталого розвитку в Україні (ЦСР) сформульовано таким чином, що їх суть відображає принципи розвитку ефективної системи охорони здоров'я. Умовно основними напрямками положень Угоди про асоціацію, що стосуються охорони здоров'я, є: лібералізація торгівлі та питання охорони здоров'я; питання інтелектуальної власності та охорони здоров'я; нормативна адаптація; питання співробітництва у сфері охорони здоров'я. Останній напрямок (питання співробітництва у сфері охорони здоров'я) стосується законодавства України у сфері охорони здоров'я. Зокрема, це: зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу шляхом впровадження реформ, подальшого розвитку первинної медичної допомоги та навчання кадрів; профілактика та боротьба з інфекційними захворюваннями; якість і безпечність речовин людського походження, зокрема крові, тканин і клітин; соціальні фактори, що впливають на здоров'я населення - куріння, алкоголізм та ін.

Основи політики охорони здоров'я в Європі «Здоров'я-2020», прийняті Європейським регіональним комітетом ВОЗ у 2012 році, базуються на зміцненні здоров'я та благополуччя. «Здоров'я-2020» зосереджується на цінностях і доказах, щоб застосувати стратегічний підхід до досягнення цієї мети. «Здоров'я-2020» містить безліч доказів, наприклад, щодо соціальних детермінант здоров'я. Вона відзначає необхідність залучення політиків, професіоналів та представників громадянського суспільства до зміцнення здоров'я та зменшення нерівності у здоров'ї в рамках загальносуспільного та загальнодержавного підходу.

Метою Меморандуму є надання Україні доступу до макрофінансової допомоги в умовах пандемії COVID-19 (до 1,2 млрд євро у вигляді позики). Ця допомога забезпечує звільнення від зовнішніх фінансових обмежень для України; покращення його платіжного балансу та забезпечення бюджетних потреб;

зміцнення своєї позиції щодо валютних резервів і допомога в подоланні поточної зовнішньої та фінансової вразливості. З 2014 року Європейський Союз (ЄС) та європейські фінансові установи мобілізували безпрецедентний пакет позик і грантів на суму понад 17 мільярдів євро, а також запропонували двосторонню фінансову допомогу в рамках Інструменту сусідства, розвитку та міжнародного співробітництва (NDICI) для підтримки ключових реформи та реалізація. Угоди про асоціацію між Україною та ЄС, включаючи глибоку та всеосяжну зону вільної торгівлі. Як показує аналіз основних нормативно-правових актів України у сфері регулювання надання медичних послуг, його нормативно-правова база потребує оновлення, а сама система охорони здоров'я – суттєвої трансформації в бік посилення соціальної відповідальності як суб'єкта, так і об'єкта надання медичних послуг. медична допомога.

До норм національного законодавства України належать Національна економічна стратегія, Стратегія економічної безпеки, Стратегія створення безбар'єрного простору, Стратегія людського розвитку, Національна стратегія у сфері прав людини тощо. Економічну стратегію на період до 2030 року схвалено постановою Кабінету Міністрів України (КМУ) від 3 березня 2021 року № 179. Цей документ окреслює довгострокове економічне бачення, принципи та цінності, ключові напрями економічного розвитку та для кожного з 20 напрямів стратегічні цілі, шляхи їх досягнення з урахуванням існуючих і потенційних викликів і бар'єрів, а також основні завдання державної економічної політики та цільові показники на період до 2030 року [9].

Стратегію економічної безпеки України на період до 2025 року, яка визначає шляхи досягнення цілей та реалізації пріоритетів національних інтересів у сфері забезпечення економічної безпеки, схвалено Указом Президента України від 11 серпня 2021 року. № 347/2021. Метою цього документу є визначення стратегічного курсу у сфері забезпечення економічної безпеки, спрямованого на реалізацію Стратегії національної безпеки України «Безпека людини – безпека країни», затвердженої Указом Президента України від 14 вересня 2020 року № 392.

Відповідно до зазначеного документа «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека є найвищою соціальною цінністю в Україні. Реалізація цієї норми Конституції України є головною метою держави» політики національної безпеки» [10].

У контексті забезпечення національних економічних інтересів України реалізація Стратегії спрямована, зокрема, на досягнення Цілей сталого розвитку України на період до 2030 року, затверджених Указом Президента України від 30 верес. 2019 № 722.

З метою подальшого розвитку системи громадського здоров'я, гармонізації законодавства України зі світовими та європейськими стандартами у сфері протидії інфекційним та неінфекційним захворюванням у листопаді 2019 року прийнято низку нормативно-правових документів, зокрема: Стратегію та план заходів щодо забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 року (розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1416-р). Заходи мають підвищити рівень біологічного та біологічного захисту в Україні. Пріоритетом є гармонізація законодавства України з нормами міжнародного права (насамперед ЄС) у сфері біобезпеки та біозахисту [11].

Стратегія та план заходів щодо розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб. має підвищити прихильність населення до вакцинації, посилити ефективність системи епіднадзора за інфекційними хворобами та сприяти збільшенню показників охоплення щепленнями (розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1402-р) [12];

Державна стратегія протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, яка сприятиме подоланню епідемії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та вірусних гепатитів В і С (розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р.) [13].

Наказом МОЗ України затверджено «Дорожню карту впровадження вакцин проти гострої респіраторної хвороби COVID-19, масової вакцинації у відповідь на

пандемію COVID-19 в Україні у 2021-2022 роках». Основним завданням Дорожньої карти вакцинації протягом 2021-2022 років є охоплення щепленням від коронавірусної хвороби COVID-19 не менше 50% населення України (20,9 млрд громадян). Водночас реалізація програми вакцинації значною мірою залежить від наявності вакцин. У сфері охорони здоров'я оприлюднено документи щодо розвитку охорони здоров'я регіонів. Нормативно-правова база, яка розробляється і затверджується безпосередньо на регіональному рівні, включає: стратегії, комплексні регіональні програми, галузеві програми, регіональні програми, регіональні цільові соціальні програми тощо.

Механізм реалізації програми передбачає, зокрема, реалізацію заходів з централізованого планування витрат на основі програмно-цільового підходу з метою розвитку медичної допомоги пацієнтам у спеціалізованих закладах третинної медичної допомоги та регіональних закладах охорони здоров'я (комунальних некомерційних підприємствах), заклади вторинного та первинного рівнів за умови їх взаємодії з медичними закладами вищої освіти та науково-дослідними інститутами НАН України на основі поступового створення «єдиного медичного простору» в регіонах. Державну стратегію регіонального розвитку на 2021-2027 роки схвалено розпорядженням КМУ від 5 серпня 2020 р. № 695 [14] та розроблено на виконання Указу Президента України від 20 вересня 2019 р. № 713 «Про невідкладні заходи щодо забезпечення економічного зростання, стимулювання розвитку регіонів» та запобігання корупції [15], відповідно до Закону України «Про основи державної регіональної політики» від 5 лютого 2015 року № 156-VIII [16] постанови Кабінету Міністрів України від 11 листопада 2015 р. «Про затвердження Порядку розроблення Державної стратегії регіонального розвитку України та плану заходів щодо її реалізації, а також моніторингу та оцінки ефективності реалізації зазначеної Стратегії та плану дій» [17]. Реалізація цих положень дасть змогу досягти цілей сталого розвитку України та прискорити її шлях до Європейського Союзу.

РОЗДІЛ 2.

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Формування та реалізація державної політики охорони здоров'я

Пандемія COVID-19 виявила недоліки в системі охорони здоров'я та реагуванні на надзвичайні ситуації, а в деяких випадках – відсутність національних, регіональних і місцевих планів і процедур готовності до надзвичайних ситуацій [18].

Міністерство охорони здоров'я України створило Центр громадського здоров'я, що поклало початок трансформації системи охорони здоров'я в країні. За останні чотири роки в Україні реалізовано низку масштабних заходів із цифровізації сфери охорони здоров'я [19].

У системі епідеміологічного нагляду запрацювали:

- Електронна інтегрована система спостереження за захворюваннями (ELISS) призначена для посилення контролю та профілактики захворювань людей і тварин в рамках Загальної концепції охорони здоров'я та Міжнародних медико-санітарних правил (ММСП) 2005 р.;
- Go.Data — це польовий інструмент збору даних, який зосереджується на інформації про випадок (включно з лабораторним компонентом, госпіталізацією та іншими змінними через форму розслідування) і контактними даними (включаючи подальше спостереження за контактами);
- TerraLab - лабораторна інформаційно-управляюча система, яка дозволяє прискорити внутрішньолaboratorні процеси зі значним зниженням впливу «людського фактору».

ELISS працює з даними випадків і розслідувань, агрегує дані з відповідною вибіркою, пов'язує лабораторні дані з випадками. Система збирає та розповсюджує дані, повідомляє про події майже в реальному часі (табл.2.1).

Таблиця 2.1.

Основні модулі та компоненти електронної інтегрованої системи спостереження за захворюваннями (ЕЛІССЗ)

Основні модулі електронної інтегрованої системи спостереження за захворюваннями (ЕЛІССЗ)	
Модуль розслідування випадків захворювань людини	Модуль спостереження за переносниками
Лабораторний модуль, модуль нагляду за спалахами	Адміністративний модуль
Модель аналізу	Модуль вуалізації та звітності (АВЗ), який включає геоінформаційну систему (ГІЗ)
Компоненти ЕЛІССЗ	
Перелік захворювань	Звіти
Форми розслідування випадків захворювань	Інше

Джерело: складено автором на основі даних [6]

Забезпечує безпечний доступ із комп'ютерів, Інтернету та мобільних пристроїв для об'єднання різних рівнів і агенцій національної системи епіднагляду за хворобами. Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП 2005 р.) вимагають, щоб країни створювали потенціал для боротьби зі спалахами захворювань та іншими подіями хімічного або радіологічного характеру у сфері громадського здоров'я, включаючи здатність швидко реагувати на такі події (1).

Групи швидкого реагування громадської охорони здоров'я (RRTs) — це багатопрофільні групи, навчені та обладнані для швидкого реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я в координації з ширшою структурою реагування на надзвичайні ситуації. Використовуючи мультидисциплінарний підхід, GRRS може бути ключовим активом у системі реагування на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я країни та брати участь на всіх етапах реагування на спалахи та інші події у сфері охорони здоров'я [18].

Хоча історично GRT або підрозділи, подібні до таких груп, брали участь у діяльності з реагування на спалахи, не було задокументованого систематичного та

стандартизованого підходу до їх створення та управління, який максимізував би їхню оперативну спроможність під час надзвичайних ситуацій. Крім того, проблеми ГШР щодо багатопрофільного кадрового забезпечення, ведення списку, навчання та розробки стандартних операційних процедур (SOP) призвели до критичних затримок у впровадженні заходів реагування на спалахи. Це підкреслює життєво важливу потребу в профілактичному плануванні з боку ГШР, щоб забезпечити швидку та ефективну стратегію реагування на спалах та інші події у сфері охорони здоров'я [20, с.112].

Членство в NRT має бути гнучким і відповідати мінливим потребам процесу реагування на спалах та іншим подіям у сфері охорони здоров'я, і включати як розгортання окремих членів NRT, так і розгортання цілої групи. В ідеалі процес створення ГШР передбачає мультидисциплінарний підхід, і його члени повинні мати такі характеристики:

1. Мобільність: члени ГШР є розгорнутим ресурсом, здатним підвищити активність на місці надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я
2. Своєчасність: члени ГШР можуть своєчасно реагувати відповідно до конкретної надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я.
3. Компетентність: учасники ГШР мають відповідний відповідний досвід і різноманітні навички, необхідні для управління поширеними надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я в їхній країні.
4. Координація: як один із компонентів розширеної стратегії реагування на надзвичайні ситуації, діяльність ГШР узгоджується із загальними пріоритетами реагування на надзвичайні ситуації та координується з відповідними зацікавленими сторонами. Оперативну діяльність ГШР можна розділити на два етапи: ненадзвичайний етап і надзвичайний етап.

Циклічний характер цих заходів підкреслює необхідність надання постійної підтримки, необхідної для забезпечення функціонування ГШР, навіть у ненадзвичайних ситуаціях. Загалом, розробка стандартної операційної процедури для обох етапів, укомплектування персоналом, ведення реєстру спеціалістів,

готовність служб реагування, навчання та розвиток навичок ГШР відбувається під час ненадзвичайної фази; тоді як процеси активації, попереднього розгортання, розгортання та після розгортання NSR відбуваються під час надзвичайної фази. Під час активної фази надзвичайної ситуації процеси, описані для цих двох фаз, можуть збігатися, особливо в тих країнах, які не мали функціонального PRT до початку надзвичайної ситуації. NRT слід включити як компонент ширшої стратегії реагування на надзвичайні ситуації. Критичні елементи, які забезпечують основу для впровадження та підтримки ГШР, можуть включати:

- 1) підрозділ з координації дій під час надзвичайних ситуацій, тобто програму управління надзвичайними ситуаціями у сфері громадського здоров'я з використанням системи управління інцидентами (CVI) або системи, еквівалентної для країни, а також
- 2) елементи функціонуючої системи охорони громадського здоров'я (наприклад, система епіднагляду, мережа лабораторій тощо) (рис.2.1) [21].

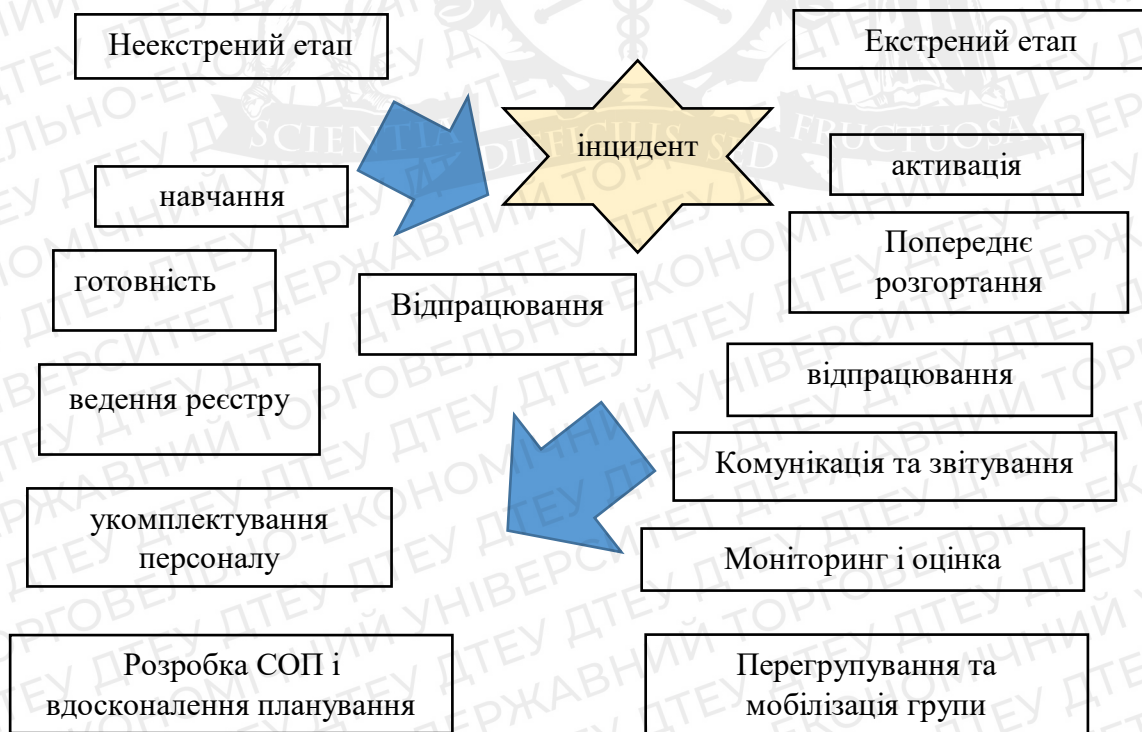


Рис. 2.1. Елементи функціонуючої системи охорони громадського здоров'я

Джерело: складено автором на основі [25]

У випадках, коли ці фундаментальні процеси все ще розвиваються, створення ГШР може успішно прогресувати, поки ці прогалини не будуть виявлені та усунені в SOP для ГШР. Рекомендується, щоб особа або група людей, які беруть участь в управлінні та координації NRT, забезпечили його ефективне встановлення та постійну підтримку протягом ненадзвичайного періоду, щоб NRT був здатний і готовий реагувати в надзвичайних ситуаціях. Кількість персоналу, необхідного для управління та експлуатації готової до розгортання NRT, залежить від розміру самої NRT (тобто кількості її членів), а також від того, чи система працює на виклик і потребує підтримки, а також чи підтримувався він раніше підрозділом реагування на надзвичайні ситуації в країні.

Управління PHR має бути включено до ширшої стратегії реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, і в ідеалі управління PHR має бути частиною координаційного підрозділу надзвичайних ситуацій (тобто програми управління надзвичайними ситуаціями у сфері громадського здоров'я) з використанням системи моніторингу інцидентів або системи для конкретної країни. У разі відсутності активного реагування на надзвичайну ситуацію, керівництво ГРР під час ненадзвичайної фази може бути відповідальним за планування, кадрове забезпечення, створення реєстру спеціалістів, навчання та відпрацювання отриманих знань з метою підготовки членів CHR для ефективного та дієвого реагування на інцидент [22, с. 230].

Керівний персонал NRT відповідає за управління залученими членами NRT та координацію їхньої діяльності зі службами реагування на надзвичайні ситуації для забезпечення більш широкого реагування на надзвичайні ситуації. Під час реагування на надзвичайні ситуації, якщо це ще не зроблено, керівництво CRT в ідеалі повинно бути розташоване в національному підрозділі координації надзвичайних ситуацій. Якщо в країні використовується система управління інцидентами, CRT часто розміщується в операційному відділі, який підпорядковується цьому відділу через ланцюжок командування, однак це може відрізнятись залежно від розміру спалаху та існуючої структури реагування.

Основним завданням керівництва GSHR у відповідь є надання оперативної підтримки членам GSHR, щоб вони могли зосередитися на застосуванні свого технічного досвіду в галузі [23, с.27].

У відповідь керівництво ГШР, самостійно або за участю ключових осіб, які приймають рішення, може нести відповідальність за:

- визначення та відбір учасників для включення до ГСР.
- надання та/або надання підтримки ГШР, включаючи матеріально-технічну підтримку, технічне керівництво та експертизу, обладнання та людські ресурси.
- забезпечення того, щоб група швидкого реагування дотримувалася встановлених процесів до розгортання, під час розгортання та після розгортання.
- сприяти процесу зв'язку між ГШР і підрозділом координації надзвичайних ситуацій.
- моніторинг реакції ГШР для забезпечення скоординованого підходу та узгодження з пріоритетами реагування.

З метою максимізації ефективності роботи окремої керівної особи або управлінського колективу ЦРЛ в цілому рекомендуються наступні характеристики керівного складу ЦРЛ:

- належне знання системи координації реагування на надзвичайні ситуації (наприклад, Національна система управління інцидентами або подібні національні системи).
- повноваження щодо прийняття ключових рішень щодо пріоритетів та напрямів діяльності ГШР.
- можливість затверджувати фінансування та закупівлю матеріалів та обладнання для членів ГШР.
- здатність приймати кадрові рішення, у тому числі накладати дисциплінарні стягнення у разі необхідності [24].

Надзвичайна фаза операцій NRT починається з попередження про потенційний спалах і включає процеси до, під час і після реагування на спалах.

Процеси перед розгортанням стосуються підготовки до фази розгортання, яка зазвичай відбувається в штабі реагування на надзвичайні ситуації (наприклад, Центр екстреної допомоги або аналогічний національний центр). Процеси розгортання починаються, коли члени CRT виїжджають на місце події, і закінчуються, коли COR демобілізується та повертається до штабу. Процеси після розгортання відбуваються в штабі реагування на надзвичайні ситуації після повернення члена(ів) CRT.

Активація GSR. Перехід від ненадзвичайної до екстреної фази роботи GPRS часто починається з попередження про потенційну загрозу здоров'ю населення та прийняття рішення про активацію GPRS. Активація ГШР може потребувати ресурсів, тому критерії прийняття рішення для активації ГШР в ідеалі повинні бути викладені в СОП для активації ГШР до спалаху. Процес активації може включати наступні аспекти: перевірка повідомлень; аварійні тригери; органи охорони здоров'я або юрисдикція; фінансування; рівень ризику.

Затримки у прийнятті рішення щодо вжиття заходів реагування на певні захворювання можуть призвести до значного зараження чи передачі в суспільстві та швидко перевантажити місцеві можливості реагування. Таким чином, головна мета процесів перед розгортанням — швидко підготувати та спорядити членів CRT для безпечного та ефективного реагування на місцях. Регулярне ефективне спілкування має вирішальне значення для координації відповіді. Прямий зв'язок між членами команди може сприяти скоординованій командній роботі на місці, а зв'язок із підрозділом координації надзвичайних ситуацій може сприяти кращій загальній координації реагування [25].

Координація зусиль GRT щодо реагування передбачає визначення того, якою інформацією дозволено ділитися з іншими на місцях, участь у місцевих координаційних зустрічах і, зокрема, співпрацю з іншими партнерами з реагування. Щоб забезпечити координацію, чіткі механізми підзвітності та очікувань можуть сприяти ефективній комунікації всередині команди, а також з керівництвом ГШР та підрозділом координації надзвичайних ситуацій. У протоколах звітів КРТ має

бути зазначено, хто в КРТ буде надавати інформацію, які важливі інформаційні елементи включені до звіту, коли та як звітувати. На додаток до результатів післяопераційного обстеження та аналізу, моніторинг та оцінка операцій ГШР для визначення успіху та виявлення проблем, що виникають на всіх етапах реагування, є критично важливими.

Діяльність, інструменти та результати моніторингу та оцінки можуть бути використані для відстеження внутрішньої програмної діяльності, а також впливу діяльності NRT на готовність до надзвичайних ситуацій, розгортання та реагування на спалахи. Крім того, звіт для керівництва допоможе зрозуміти цінність потенціалу ГШР, його вплив і економічну ефективність його подальшого фінансування або підтримки. Крім того, результати моніторингу та оцінки, а також підведення підсумків після розгортання та реагування після аналізу ефективності конкретної операції/діяльності мають сприяти вдосконаленню процесу планування та дій.

2.2. Перспективи розвитку та шляхи вдосконалення регулювання охорони здоров'я в Україні

Україна прагне зберегти, захистити та зміцнити здоров'я та добробут своїх громадян. Це знайшло своє відображення в національній політиці України, а також у прийнятті ключових міжнародних декларацій, зокрема Талліннської хартії та Політичної декларації Генеральної Асамблеї ООН високого рівня.

Президент України анонсував ініціативу United24, у якій медицина визначена як одна зі сфер, куди буде спрямована фінансова допомога від національних та іноземних партнерів. Багато міжнародних партнерів із розвитку та інші уряди, а також неурядові організації та окремі особи також планують підтримати зусилля українського уряду з відновлення. Щоб узгодити внутрішні та міжнародні інвестиції у відновлення з урядовим проектом Стратегії охорони здоров'я до 2030 року, цей документ визначає п'ять принципів, які також мають важливі наслідки

для гуманітарної допомоги (короткострокова підтримка термінових потреб) та середньо- та довгострокових інвестицій у секторі охорони здоров'я [26, с.94].

Ці принципи відображають цілі системи охорони здоров'я, але більш оперативні та адаптовані до поточної ситуації. Вони стосуються рішень щодо відновлення, які приймаються на національному рівні (наприклад, план, підготовлений Національною радою з відновлення України від наслідків війни, створеною президентом Володимиром Зеленським у квітні 2022 року) або через багатогалузеві регіональні плани відновлення. Оскільки ці принципи не є специфічними для конкретного джерела фінансування чи географічного регіону, їх можна використовувати як критерії для оцінки та орієнтації на державні, приватні, багатосторонні чи двосторонні джерела інвестицій. Вони також мають на меті забезпечити, щоб поточна гуманітарна допомога, що надходить до країни, заклала основу для коротко- та середньострокового відновлення. Щоб отримати максимальну користь від використання принципів як критеріїв для оцінки реставраційних заходів, важливо правильно поставити питання про те, що потрібно оцінити [9].

Враховуючи прагнення України досягти загального охоплення медичними послугами та медичної безпеки, питання полягає не в тому, «Як ми відбудуємо пошкоджений або зруйнований заклад охорони здоров'я?» здоров'я для населення, яке цього потребує?» Іншими словами, перехід до більш сталої, орієнтованої на людей, справедливої, ефективної та підзвітної системи охорони здоров'я є головним, що потрібно враховувати в процесі подальшого розвитку.

Принципи, запропоновані для використання як критерії оцінки заходів щодо відновлення системи охорони здоров'я: Пацієнтоцентризм (орієнтованість на людину). «Люди в центрі уваги» — це більше, ніж гасло: серйозне сприйняття цієї концепції має важливі наслідки для організації як індивідуальних, так і громадських служб охорони здоров'я, а також для медичного персоналу, фінансування та управління охороною здоров'я. Це означає, наприклад, що інвестиції не повинні підтримувати вертикальну систему надання послуг

(організовану окремо для кожного захворювання); система охорони здоров'я повинна зосереджуватися на моделях, необхідних для комплексної підтримки здоров'я людини. Цього можна досягти шляхом інтеграції послуг, пов'язаних із захворюванням або станом, у різні дисципліни охорони здоров'я, які координуються та орієнтуються на потреби людини [27, с.39].

Рівність і фінансовий захист. Цей принцип передбачає задоволення потреб тих, хто найбільше постраждав від конфлікту (як прямо, так і опосередковано), а також тих, хто найбільше потребує медичної допомоги та найменше в змозі впоратися з фінансовими витратами. Особливу увагу слід приділяти найбільш вразливим верствам населення, зокрема людям, які зазнали гендерного (зокрема сексуального) насильства, а також тим, хто зазнав психічних та/або фізичних травм внаслідок війни. Людей, яких конфлікт підштовхнув до бідності, слід захистити від фінансових бар'єрів і катастрофічних витрат, у тому числі людей похилого віку з хронічними захворюваннями. стійкість. Цей принцип передбачає, що громада, система охорони здоров'я чи суспільство готові та здатні протистояти, поглинати, відновлюватися, адаптуватися та реагувати на небезпеки чи інші потрясіння своєчасно та ефективно, зберігаючи та відновлюючи свої основні базові структури та функції.

Стійкі структури та процеси можуть захистити суспільство, роблячи системи більш надійними, тим самим роблячи спільноти більш згуртованими, а людей здоровішими. Для цього потрібні інституції управління та процеси, які дозволяють людям реагувати, вчитися та адаптуватися під час кризи, зменшувати ризики перебоїв у звичайних послугах, а також контролювати, оцінювати та реагувати на зростаючі медичні потреби та ризики для здоров'я. Наприклад, надзвичайні ситуації надають можливості для поглиблених системних оглядів і регулярних оцінок з подальшим переглядом для підвищення стійкості на основі отриманих уроків [28, с.170].

Це також вимагає систем, здатних адаптуватися до різних обставин у всій країні та до конкретних контекстуальних змін, таких як зміна послуг і зміна шляхів

направлення пацієнтів; втрата кваліфікованих медичних працівників; велика кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та біженців; ймовірно повільне або часткове повернення біженців; і зростаючі потреби в охороні здоров'я всього населення. Це також вимагає того, що Україна вже продемонструвала: здатності швидко адаптувати свої установи та служби та перерозподіл кадрів охорони здоров'я, коли безпека країни знаходиться під загрозою.

Для досягнення цілей України у сфері охорони здоров'я потрібне ефективне використання наявних ресурсів, особливо тому, що країна може зіткнутися з серйозними фінансовими обмеженнями в найближчі роки. Крім того, як показує досвід багатьох країн щодо реагування на COVID-19, ефективний підхід має враховувати не лише безпосередню потребу в ресурсах, а й потребу у збільшенні резерву/потенційного потенціалу. Як і у випадку з орієнтацією на людей, розподіл і використання ресурсів у системі охорони здоров'я має вирішальний вплив на доступність послуг і, отже, на планування майбутніх інвестицій. Це також включає в себе контекст триваючої війни, де наявні ресурси та місця обслуговування необхідно адаптувати до демографічних змін.

Стабільність — це споріднене, але інше поняття, яке стосується здатності країни досягати прогресу в досягненні своїх цілей з часом, наприклад, загального охоплення медичними послугами.

Відповідальність. Підзвітна система охорони здоров'я, а отже, і уряд, несе відповідальність за свої зобов'язання щодо охорони здоров'я та підзвітність населенню за свою ефективність і використання ресурсів. Для забезпечення виконання зобов'язань уряду України важливо мати чітко визначені ролі та взаємовідносини як між державними структурами, так і між підпорядкованими їм установами (зокрема, МОЗ, НСЗУ (НСЗУ), Центр громадського здоров'я МОЗ України (ЦГЗ МОЗ) та ЦЗ «Медичні закупівлі України») та на всіх рівнях влади. Також мають бути узгоджені процедури залучення громадян та громади до розробки планів; стандартизоване бюджетування, бухгалтерський облік і

фінансова звітність; забезпечення прозорості витрачання коштів та закупівель; зниження корупційних ризиків; і чітке спілкування.

Ефективність систем підзвітності та управління фінансами залежить від механізмів, які використовуються для використання бюджету, зокрема від того, як кошти та підтримка в натуральній формі спрямовуються в країну. Наприклад, бажано, щоб кошти для покриття витрат на надання медичних послуг надходили через механізми закупівель НСЗУ за Програмою медичних гарантій (ПМГ). Хоча слід визнати, що деякі ресурси будуть надходити окремо (наприклад, безпосередньо постачальникам послуг і окремим особам), наскільки це можливо, вони повинні бути інтегровані (або принаймні скоординовані) з угодами про закупівлі медичної допомоги через NHPS. Капітальні інвестиції мають бути прозорими та використовувати прийнятну національну практику закупівель та/або практику партнерів з розвитку. Ці принципи не є новими для України: вони опосередковано чи прямо зазначені в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки., а також у проекті Стратегії охорони здоров'я до 2030 р. [9].

Пропонується використовувати ці принципи як критерії як для оцінки, так і для спрямування потенційних інвестицій відповідно до основних напрямів політики охорони здоров'я України. Це стане основою для забезпечення добре скоординованого та адаптивного підходу до інвестування у відновлення системи охорони здоров'я. Насправді принципи визначають, як реалізувати гасло «будувати краще» або, що ще краще, «будувати новий, більш прогресивний шлях». Відновлення повинно відбуватися відповідно до довоєнних стратегій і процесів реформування сектору охорони здоров'я, реагуючи на зміну потреб населення в охороні здоров'я та зменшуючи існуючу неефективність, щоб побудувати більш надійну та стійку систему охорони здоров'я, яка зможе поглинати майбутні потрясіння та кризи. Такий підхід відображає широку та глибоку підтримку ВООЗ напрямку реформи охорони здоров'я, який уже визначено Урядом України в існуючих законах, нормативних актах, стратегіях і планах, визнаючи, що все ще

необхідні важливі кроки для повного впровадження цих положень, враховуючи довоєнні проблеми в реалізації реформи [9].

П'ять принципів, викладених у цьому документі, допомагають відповісти на питання «що і як» щодо відновлення, але для планування важливо визначити пріоритетність конкретних послідовних кроків. Контекст війни вимагає негайного реагування, зокрема для відновлення функціональності мережі охорони здоров'я та забезпечення доступу до основних послуг для задоволення поточних, зростаючих і нових потреб у сфері охорони здоров'я та загроз громадському здоров'ю. Поки триває реагування на надзвичайні ситуації у війні, можна закласти основу для переходу від управління кризою (коли національні та місцеві органи влади діють в умовах воєнного стану та отримують гуманітарну допомогу для задоволення нагальних потреб) до виконання звичних ролей на всіх рівнях управління, впровадження довгострокові реформи та забезпечення розвитку системи. Це вимагає стабільного, але динамічного бачення відновлення системи охорони здоров'я України, яке:

- спирається на сильні сторони поточної системи в Україні, попередній план реформ, існуючі інституції та людський капітал;
 - прив'язує гуманітарну допомогу до середньострокового розвитку системи якомога раніше, знаходячи можливості для стабілізації, поглиблення та прискорення впровадження існуючої стратегії реформ в Україні;
 - розглядає вищезазначені принципи як критерії для розробки діяльності та плану відновлення;
 - включає реалістичну послідовність впровадження заходів відновлення.
- Досягнення цього бачення вимагає узгодженого, але динамічного підходу, який визнає, що дії на багатьох фронтах взаємопов'язані та існують певні пріоритети, а також те, що, залежно від ситуації, деякі заходи можуть збігатися [29, с.64].

По-перше, гуманітарна допомога/короткострокова підтримка для задоволення нагальних потреб (як готівкою, так і в натуральній формі) повинна бути надана негайно (або якомога швидше, залежно від різних обставин і наслідків

війни в різних частинах країни) інтегровані в звичайні функціонуючі установи та служби, підпорядковані системі охорони здоров'я України. Проте існує потреба зміцнити існуючі, відремонтовані або реконструйовані заклади первинної медичної допомоги, щоб вони були більше орієнтовані на людей і реагували на потреби тих, хто найбільше потребує, а також збільшити їхню спроможність надавати розширений спектр послуг. На практиці розширення первинної медичної допомоги включає:

- переведення стаціонарних послуг на амбулаторний рівень у рамках трансформації системи охорони здоров'я та збільшення охоплення населення цими послугами;
- розширення обсягу послуг, що надаються відповідно до клінічних протоколів;
- розширення послуг для задоволення критичних потреб, які виникли внаслідок війни, таких як травми та реабілітація, проблеми психічного здоров'я, допомога постраждалим від гендерного (включаючи сексуальне) насильства та координація послуг для ВПО;
- міцніші зв'язки та краща координація з системою громадського здоров'я (наприклад, санітарія, харчування та спостереження за COVID-19 та іншими потенційними загрозами громадському здоров'ю);
- розширення масштабів послуг з профілактики захворювань та зміцнення здоров'я на рівні громад;
- збільшення масштабів надання громадських послуг шляхом залучення мобільних команд, які наразі надають основні медичні послуги для надання гуманітарної допомоги, яка згодом може стати частиною аутріч-служб для віддалених районів або пацієнтів з обмеженими можливостями, або забезпечить задоволення від надання основних медичних послуг. такі послуги, як імунізація та скринінг

Інтеграцію послуг, що надаються через гуманітарну допомогу (короткострокова підтримка для невідкладних потреб), у розширені послуги

первинної медичної допомоги (ЕРС) слід інституціоналізувати шляхом адаптації існуючих моделей фінансування постачальників через НСЗУ. Нові моделі фінансування мають охоплювати як медичні послуги, так і основні ліки, які зараз оплачують переважно громадяни за власні кошти [30, с.20].

В умовах скорочення гуманітарних поставок ліків та виробів медичного призначення пріоритетом має бути розширення централізованих закупівель ліків та відшкодування через НСЗУ за програмою «Доступні ліки». Це сприятиме переведенню частини стаціонарних послуг на амбулаторний рівень. Поряд з цим, необхідно звернути увагу на відновлення роботи приватних та державних аптек на звільнених територіях, де це дозволяють умови, зміцнення потенціалу ЦЗ «Медичні закупівлі України», зміцнення національного виробництва та постачання ланцюги деяких товарів.

У поєднанні з доступністю розширених послуг первинної медичної допомоги та вдосконаленими сумісними інформаційними та фінансовими системами охорони здоров'я ці дії забезпечать мобільність та безперервність медичної допомоги по всій країні. Кошти як з державних, так і з міжнародних джерел можна об'єднувати, щоб забезпечити адаптивність (тобто стійкість), необхідну для надання послуг у різних контекстах у країні (тобто мобільність населення, велика кількість ВПО). Паралельно лікарні загального профілю повинні бути (пере)проектовані для задоволення очікуваних потреб у вторинних і третинних послугах для кількості людей, які проживають (або проживають) у кожній зоні покриття, беручи до уваги потреби в послугах і наявність медичних працівників.

Початковий етап полягає у (пере)будові та розширенні послуг ПМД у процесі відмови від надання послуг гуманітарної допомоги (за необхідності), разом із покращенням доступу до ліків, травматологічної та невідкладної допомоги, а також посиленням епідеміологічного нагляду. Це стане основою для подальших дій щодо узгодження планів відновлення та реконструкції багатопрофільних лікарень та амбулаторно-поліклінічних центрів [31, с.257].

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

За результатами дослідження на тему: «Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні», можна зробити наступні висновки:

1. Аналіз поточного стану охорони здоров'я можна охарактеризувати реформуванням. Реформа системи охорони здоров'я в Україні розпочалися з великим запізненням порівняно з іншими пострадянськими країнами – майже через два десятиліття після проголошення незалежності. Розпочаті реформи характеризуються недостатньою системністю та наступністю і мають фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з політичним контекстом; відсутністю затвердженої стратегії реформування, яка враховує існуючі та потенційні ризики при здійсненні перетворень; наявністю істотних прогалин в нормативно правовому забезпеченні реформ, перш за все недостатнє їх погодження з конституційними нормами, а також нестачею підготовлених фахівців у сфері управління змінами охорони здоров'я.

Для успішної реалізації трансформацій системи медичного обслуговування в Україні нагально необхідним є формування політики, яка базується на цілісній, виваженій, прийнятій консенсусом стратегії реформи охорони здоров'я; розробка адекватного нормативно правового забезпечення, збалансованого з конституційними нормами; застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проектного підходу; постійний моніторинг та оцінка для швидкого реагування на виклики і ризики, які виникають в процесі реформування, а також ретельна підготовка керівників та працівників фінансово економічних підрозділів органів та закладів охорони здоров'я щодо роботи в нових фінансово економічних умовах.

Враховуючи воєнний стан, державні органи охорони здоров'я на всіх рівнях повинні чітко та в повному обсязі виконувати всі зобов'язання щодо надання якісної, своєчасної та доступної медичної допомоги всім категоріям населення для досягнення цілей покращення демографічної ситуації, зміцнення і відновлення здоров'я.

2. Функціонування та подальший розвиток нормативно-правового механізму забезпечення сфери охорони здоров'я залежить від ефективних інститутів у цій сфері та виконання зобов'язань усіх зацікавлених сторін. Розвиток галузі охорони здоров'я залежить від якнайшвидшого подолання наслідків війни та загроз від інфекційних та інших захворювань, збалансованої співпраці міжнародних українських інституцій на всіх рівнях державного управління.

3. Таким чином, державна політика у сфері охорони здоров'я повинна спрямовуватися на зміцнення здоров'я всіх верств населення, збільшення тривалості активного життя, поліпшення демографічної ситуації, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, удосконалення фінансування та управління галуззю. Погіршення стану здоров'я зумовлене насамперед комплексом не тільки медичних, а соціально-економічних та екологічних чинників, недосконалим способом життя населення. Тому поліпшення здоров'я є інтегральним показником успішності функціонування держави, всіх її інституцій, і в основу реформування цієї сфери має бути покладений міжгалузевий комплексний підхід.

4. За результатами дослідження можна зробити висновок про необхідність створення груп швидкого реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я населення з метою вдосконалення державної медичної політики в умовах воєнного стану. Визначено характерні ознаки груп швидкого реагування, а також складові оперативної діяльності груп швидкого реагування. Наступними напрямками дослідження можуть стати основи організації та функціонування державної установи у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану.

Враховуючи час, потрібний для відновлення та створення наступного покоління інфраструктури охорони здоров'я, початкові та подальші заходи можуть розпочатися одночасно, але певні заходи будуть пріоритетними для якнайшвидшого залучення фінансування та/або швидшого прогресу. Правильна послідовність дій забезпечує гнучкість, необхідну для адаптації реалізації плану відновлення до різних ситуацій та умов у різних регіонах України. Чотири фактори

суттєво відрізняться в різних регіонах країни, тому їх слід брати до уваги для контекстуалізації: статус конфлікту (наприклад, урядовий контроль над районами з різним рівнем перебоїв у наданні послуг, районами бойових дій або тимчасовими районами поза контролем уряду); (ii) кількість ВПО та/або біженців, які повернулися; (iii) кількість медичних працівників, які залишаються в медичних закладах або регіоні; та (iv) перехід від військової до цивільної адміністрації та використання медичних закладів.

Послідовність відновлення також висвітлює практичні рішення низки питань, які є особливо важливими для координації державних інвестицій з інвестиціями партнерів з розвитку. Рішення включають:

- визнання різних часових рамок для різних типів інвестицій, зокрема розвитку фізичної інфраструктури та людського капіталу (наприклад, навчання, наставництво);
- синхронізація інвестицій партнерів з розвитку в регіонах з вимогами національних стандартів/установок, особливо враховуючи необхідність планування інвестицій у місцеву лікарняну інфраструктуру на територіальному принципі, а не на рівні місцевої адміністрації, та надання пріоритету багатопрофільним установам;
- узгодження інвестицій та розбудови потенціалу з інституційною структурою, ролями та взаємовідносинами, зокрема, можливістю закупівлі послуг ПМГ через НСЗУ для забезпечення стабільності інвестицій у заклади охорони здоров'я. Розширення можливостей керівництва закладу охорони здоров'я для покращення бухгалтерського обліку та фінансового менеджменту на рівні закладу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Labonté R., Schrecker T. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background. URL: <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/5>.
2. Длугопольський О.В. Охорона здоров'я в системі глобальних суспільних благ: міжнародні порівняння. Економічна теорія. 2017. № 3. С. 83-97.
3. Семигіна Т.В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального. К.: Вид-во «Києво-Могилянська академія», 2017.
4. Безпека людського розвитку в правовій, соціальній державі: монографія / Л.С. Шевченко, О.А. Гриценко, Т.М. Камінська та ін.; за заг. ред. Л.С. Шевченко. Харків: НУ «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого», 2018. 850 с.
5. Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України: наказ МОЗ від 24.02.2022. № 374. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-22#Text>.
6. Правові засади реформування галузі охорони здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку. Міністерство юстиції України. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_6764.
7. Клименко П. Засади національної стратегії охорони здоров'я України. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 2. С. 73-82.
8. Ляшко В., Півень Н. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я: операційний посібник. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf.
9. Про затвердження Національної економічної стратегії на період до 2030 року: постанова Кабінету Міністрів України від 03 березня 2021 р. №179. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennyanacionalnoyi-eko-a179>.

10. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України»: указ Президента України № 392/2020. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3922020-35037>.

11. Про схвалення Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом “єдине здоров’я” на період до 2025 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1416-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/proshvalennya-strategiyi-zabezpechennya-biologichnoyi-bezpeki-1416-271119>.

12. Про схвалення Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1402-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-2019-%D1%80#Text>.

13. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>.

14. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 5 серпня 2020 р. № 695. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF?find=1&text=%D0%BC%D0%BE%D0%B7#w1_1.

15. Про невідкладні заходи щодо забезпечення економічного зростання, стимулювання розвитку регіонів та запобігання корупції: Указ Президента України від 20 вересня 2019 року № 713/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/713/2019#Text>.

16. Про засади державної регіональної політики: Закон України від 5 лютого 2015 року № 156-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-19#Text>.

17. Про затвердження Порядку розроблення Державної стратегії регіонального розвитку України і плану заходів з її реалізації, а також проведення

моніторингу та оцінки результативності реалізації зазначених Стратегії і плану заходів: постанова Кабінету Міністрів України від 11 листопада 2015 р. № 931. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-2015-%D0%BF#Text>.

18. Жовнірчик Ю., Долот В. та Антонов А. Основні напрями трансформації системи публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні в умовах воєнного стану та збройної агресії Російської Федерації проти України. Державне управління та регіональний розвиток. 2022. № 16. С. 443-465.

19. Гавриченко Д. Г. Трансформація пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану. Наукові перспективи. 2022. № 5. С. 23.

20. Лобода Т. В., Михальчук В. М. Відповідальність в публічному управлінні в сфері охорони здоров'я у воєнний час. Інвестиції: практика та досвід. 2022. № 9-10. С. 110-115.

21. Карлаш В. В. Зарубіжний досвід регулювання якості медичних послуг у системі охорони здоров'я. Теорія і практика державного управління і місцевого самоврядування. 2019. № 1. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2019_1/17.pdf.

22. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я: монографія / кол. авторів; за заг. ред. М. М. Білинської, Н. О. Власюк, О. Д. Фірсової. К.: НАДУ, 2018. 416 с.

23. Вошко І. В. Публічна політика і політична діяльність суб'єктів публічної влади. Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 6–7 бер. 2020 р.). Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2020. С. 26–28.

24. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я / Г. Муляр // Вісник АПСВТ — 2020 — № 1-2. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf

25. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20>.

26. Білінська М. М., Радиш Я. Ф., Рожкова І. В. та ін. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук вид. / за заг. ред. проф. М. М. Білінської. Київ; Львів: НАДУ, 2019. 320 с.
27. Бакуменко В. Д., Іжа М. М., Попов М. П., Попов С. А., Красноруцький О. О. та ін. Експертна аналітика державного управління: аспекти інноватики, самоорганізації: монографія. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2020. 220 с.
28. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Державна політика охорони здоров'я, як об'єкт публічного управління та адміністрування. Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. праць. Харків: Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2021. № 1 (59). С. 163–172.
29. Бондар І. С., Горник В. Г., Кравченко С. О., Кравченко В. В. Політика в публічному управлінні: навч. посіб. Київ: Ліра-К, 2018. 161 с.
30. Вошко І. В. Різноманіття підходів до дослідження медичної політики держави. Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні: матеріали VIII Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. за міжнар. участю (Полтава, 29 квітня 2021 р.). Полтава: Національний університет ім. Юрія Кондратюка, 2020. С. 19–21.
31. Лазоришинець В. В., Слабкий Г. О., Ярош Н. П., Чепелевська Л. А., Шевченко М. та ін. Державне управління охороною здоров'я України: монографія. Київ, 2019. 312 с.

АНОТАЦІЯ

Демченко Я.І. Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні. Випускна кваліфікаційна робота на здобуття ступеня бакалавра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» освітньою програмою «Публічне управління та адміністрування». Державний торговельно-економічний університет, 2023.

У випускній кваліфікаційній роботі проаналізовано поточний стан та розвиток охорони здоров'я в Україні, охарактеризовано нормативно-правові акти, що регулюють охорону здоров'я. Визначено перспективи розвитку та шляхи вдосконалення регулювання охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: охорона здоров'я, державне регулювання, державна політика.

SUMMARY

Demchenko Ya.I. Implementation of state policy in the field of health care in Ukraine. Graduation qualification work for obtaining a bachelor's degree in the specialty 281 "Public management and administration" in the educational program "Public management and administration". State University of Trade and Economics, 2023.

The final qualification work analyzed the current state and development of health care in Ukraine, characterized the regulatory and legal acts regulating health care. Development prospects and ways to improve health care regulation in Ukraine are determined.

Keywords: health care, state regulation, state policy.

РЕЦЕНЗІЯ

на випускн кваліфікаційну роботу Демченко Яни Ігорівни на тему:
«Організація державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні»,
 виконаної на здобуття ОС «Бакалавр»
 за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
 у Державному торговельно-економічному університеті

Представлена на рецензію випускна кваліфікаційна робота носить актуальний характер, вирізняється своєчасністю, оскільки присвячена питанням державної політики у галузі охорони здоров'я, на прикладі Міністерства охорони здоров'я в Україні, м. Київ, яке є яскравим прикладом успішної реалізації державної політики даного напрямку.

У процесі аналізу автором використовувалися теоретичні методи дослідження на основі використання Законів України Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» , «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про психіатричну допомогу», «Про лікарські засоби».

Метою дослідження є аналіз реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні на прикладі діяльності Міністерства охорони здоров'я в Україні, м. Київ. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку посилань на використані джерела.

У першому розділі проводиться оцінювання розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

У другому розділі визначаються проблеми та перспективи розвитку державного управління Міністерства охорони здоров'я в Україні, м. Київ.

Запропоновані шляхи розвитку державного управління охорони здоров'я можуть бути використані Міністерством охорони здоров'я в Україні, м. Київ.

Випускна кваліфікаційна робота відповідає вимогам, виконана у повному обсязі і заслуговує на позитивну оцінку, а її автор Демченко Яна Ігорівна на отримання кваліфікації бакалавра відповідно до обраної спеціальності.

Керівник КНП КДЦ
 Печерського р-ну
 м. Києва



Кравчук Л.В.

Завідувачу кафедри публічного
управління та адміністрування
Новіковій Н.Л.


Заява

Я, Демченко Ірина Ігорівна (ПІБ),

повідомляю, що за результатами проведення самостійної перевірки з використанням програмно-технічних засобів у наданій випускній кваліфікаційній роботі на тему: «^{Реалізація державної політики} у галузі охорони здоров'я в Україні» не міститься елементів академічного плагіату. У випадках використання прямих запозичень з друкованих та електронних джерел, вказані відповідні посилання.

Робота для перевірки надається у друкованому та електронному варіантах. Електронна версія моєї роботи ідентична з друкованою.

«24» січня 2023 року

 (підпис)

Згода

Я, Демченко Ілля Володимир

цим засвідчую, що є автором випускної кваліфікаційної роботи на тему:
“Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в Україні”
несу повну відповідальність за достовірність, точність та повноту поданої у
роботі інформації, жодна частина роботи не була скопійована, за винятком
випадків, коли робиться належне підтвердження в присвоєнні. Я підтверджую,
що у роботі не міститься державної таємниці або інформації для службового
користування.

Цим засвідчую, що жодна частина цієї роботи не була опублікована мною
раніше.

Я даю дозвіл на те, що моя робота буде направлена в інституційний
депозитарій Державного торговельно-економічного університету і збережена в
базі даних для майбутньої перевірки плагіату.

«27» січня 2023 року


Підпис

(Демченко І.В.)

Прізвище, ініціали