

**ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА КОЦЮБИНСЬКОГО**

**ФАКУЛЬТЕТ ПРАВА, ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ І МЕНЕДЖМЕНТУ
КАФЕДРА ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ І ПРИВАТНО-ПРАВОВИХ ДИСЦИПЛІН**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**«УПРАВЛІННЯ СИСТЕМНИМИ ЗМІНАМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я»**

Студента 2 курсу ММЮД групи

Освітньої програми Менеджмент в юридичній
діяльності

Спеціальності 073 Менеджмент

Галузі знань 07 Управління та адміністрування

Ступеня вищої освіти магістр

Бабаєва Миколи Дмитровича

Науковий керівник: к.ю.н., доц.Кронівець Т.М.

Національна шкала _____

Кількість балів: _____ Оцінка: ECTS _____

Голова комісії _____

(підпис) (ініціали та прізвище)

Члени комісії _____

(підпис) (ініціали та прізвище)

_____ (підпис) (ініціали та прізвище)

_____ (підпис) (ініціали та прізвище)

Вінниця 2024

АНОТАЦІЯ

Бабасва Миколи Дмитровича

**Тема: «Управління системними змінами у сфері охорони здоров'я»,
спеціальність 073 Менеджмент**

**Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського, м. Вінниця, 2024 р.,**

У кваліфікаційній роботі розкрито особливості управління в системі охорони здоров'я на прикладі реабілітаційної установи. Метою кваліфікаційної роботи є теоретико-методологічний аналіз управління системними змінами в сфері охорони здоров'я, зокрема управління реабілітаційною установою.

Лікарні та інші організації в сфері охорони здоров'я виконують організаційну, координуючу, системну роль для організації надання послуг населенню.

У сфері менеджменту організацій охорони здоров'я та координації лікарень необхідно популяризувати сучасні елементи менеджменту (технології організації відділів, діловодства та документообігу, залучення донорів до участі у фінансуванні, створення інформаційної бази, налагодження контактів з іншими організаціями) тощо.

Управління «ДРУЦКРОІ «Поділля» з урахуванням методів сучасного управління дозволяє оптимізувати структуру, вдосконалити комунікацію, сприяє покращенню надання медичних та інформаційних послуг, сприяє соціальній відповідальності тощо.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: менеджмент, охорона здоров'я, система, організація, медичних заклад, організаційна структура, процес управління, якість послуг

ABSTRACT

Babaev Mykola Dmytrovych

Topic: "Management of Systemic Changes in the Healthcare Sector",
specialty 073 Management

Vinnitsia State Pedagogical University named after Mykhailo Kotsiubynsky,
Vinnitsia, 2024,

The qualification work reveals the features of management in the healthcare system using the example of a rehabilitation institution. The purpose of the qualification work is a theoretical and methodological analysis of the management of systemic changes in the healthcare sector, in particular the management of a rehabilitation institution.

Hospitals and other healthcare organizations perform an organizational, coordinating, and systemic role in organizing the provision of services to the population.

In the field of healthcare organization management and hospital coordination, it is necessary to popularize modern elements of management (technologies for organizing departments, office work and document flow, attracting donors to participate in financing, creating an information base, establishing contacts with other organizations), etc.

Management of «DRUTSKROI «Podillya» taking into account modern management methods allows you to optimize the structure, improve communication, helps improve the provision of medical and information services, promotes social responsibility, etc.

KEYWORDS:. management, health care, system, organization, medical institution, organizational structure, management process, quality of services

ЗМІСТ

Вступ	C.5
Розділ 1. Теоретико-методологічні основи управління системними змінами в сфері охорони здоров'я	C.11
1.1. Стан дослідження заданої наукової проблеми	C.11
1.2. Теоретичні основи управління системними змінами. Поняття та сутність системних змін.	C.21
1.3. Еволюція теорії управління змінами. Модель системного мислення як основа управління системними змінами.	C.25
Висновки до 1 розділу	C.34
Розділ 2. Аналіз системи охорони здоров'я та вплив на функціонування ДРУЦКРОІ «Поділля	C.36
2.1. Аналіз сучасного стану системи охорони здоров'я України	C.36
2.2. Загальна характеристика системи охорони здоров'я України	C.41
2.3. Основні проблеми та виклики системи охорони здоров'я в контексті управління ДРУЦКРОІ «Поділля	C.50
Висновки до 2 розділу	C.55
Розділ 3 Удосконалення управління системними змінами в сфері охорони здоров'я, зокрема ДРУЦКРОІ «Поділля	C.56
3.1. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним змінами у сфері охорони здоров'я в Україні	C.56
3.2. Механізми реалізації системних змін у сфері охорони здоров'я на прикладі ДРУЦКРОІ «Поділля	C.62
3.3. Моніторинг та оцінка ефективності системних змін в сфері охорони здоров'я.	C.67
Висновки до 3 розділу	C.78
Висновки	C.84
Додатки	C.95

ВСТУП

Актуальність теми наукового дослідження. Світ навколо нас постійно змінюється під впливом численних факторів таких, як технологічний прогрес, соціальні трансформації, економічні зрушення та глобальні виклики. Кожен день приносить нові відкриття та інновації, які змінюють наше розуміння світу і впливають на різні аспекти життя.

Однією з галузей, яка найбільш яскраво демонструє ці зміни, є сфера охорони здоров'я. Розвиток медицини не стоїть на місці: нові методи діагностики, інноваційні лікувальні технології, генетичні дослідження та інші наукові досягнення постійно вдосконалюються, що дозволяє людству боротися з раніше невиліковними хворобами і значно покращувати здоров'я населення. Проте, ці зміни несуть із собою і нові виклики.

Зокрема, в умовах швидкого розвитку науки і техніки, постійних змін у соціально-економічному середовищі та появи нових глобальних викликів необхідність реформування та модернізації системи охорони здоров'я стає все більш очевидною. Відтак управління системними змінами у сфері охорони здоров'я є однією з найактуальніших та найскладніших проблем сучасності.

Література. При підготовці до написання роботи нами було розглянуто й проаналізовано низку джерел, серед яких наукові дослідження вітчизняних і зарубіжних вчених, нормативно-правові акти, які регулюють питання управління змінами в сфері охорони здоров'я, та публікації на офіційних веб-порталах організацій, засобів масової інформації.

Отож теоретичним підґрунтям роботи є наукові праці з менеджменту, теорії управління та адміністрування, охорони здоров'я, економіки та медичного права вчених і практиків з різних країн. Зокрема, найбільш близькими по тематиці до нашого дослідження є, приміром, статті «Порівняльний аналіз моделей управління змінами» Н. Корецької, «Еволюція теорії управління змінами» Н. Приймак. Також актуальними є і написані у

співавторстві І. Дмитрієвим та Н. Куриловою роботи «Визначення поняття управління змінами, як основної складової діяльності сучасного підприємства» та «Основні підходи до створення схеми класифікації змін на підприємстві», у яких автори розробили практичні рекомендації щодо ефективного управління змінами.

Крім зазначених авторів варто згадати, що над вивченням теоретичних аспектів досліджуваної сфери працювали також й інші українські дослідники Р. Бандрівський, М. Банчук, Н. Бочарова, О. Вівсянник, Р. Грінченко, І. Дмитрієв, А. Дубодєлова, А. Калініченко, Н. Корецька, Н. Коробчинська, Д. Коць, Л. Криничко, Н. Курилова, В. Лехан, Л. Лісовська, Г. Ляхович, В. Марценюк, С. Мельник, О. Мотайло, Л. Овчаренко, О. Нагорна, З. Надюк, Ю. Назарко, Л. Наріжна, Н. Приймак, Л. Романюк, Н. Романюк, І. Сазонець, Л. Сакун, О. Сіделковський, І. Сілі, А. Халецька, І. Циганенко та М. Шалько, а також зарубіжні – Т. Акрам, М. Актас, М. Алі, Р. Ганесан, А. Р. Говард, С. Джеймс, К. Кабрал, Дж. Коттер, К. Левін, Ш. Лей, Р. Раджан, М. Раза, М. Дж. Хайдер, С. Т. Хусейн, С. Х. Хусейн і Е. Шейн.

Нормативно-правову базу дослідження водночас складають закони та підзаконні нормативно-правові акти, а саме: Конституція України, Закони України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про екстрену медичну допомогу», Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я», Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України», «Про утворення Національної служби здоров'я України», Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад, посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я та посад фахівців у галузі охорони здоров'я з у закладах охорони здоров'я» та інші.

Метою дослідження є теоретико-методологічний аналіз управління системними змінами в сфері охорони здоров'я, зокрема управління реабілітаційною установою.

Досягнення поставленої мети передбачає вирішення наступних **завдань**:

- охарактеризувати стан дослідження заданої наукової проблеми;
- розкрити теоретичні основи управління системними змінами, визначити поняття та сутність системних змін;
- дослідити еволюцію теорії управління змінами та модель системного мислення як основу управління системними змінами;
- проаналізувати сучасний стан системи охорони здоров'я України;
- надати загальну характеристику системи охорони здоров'я України;
- визначити основні проблеми та виклики системи охорони здоров'я в Україні;
- охарактеризувати основні стратегічні пріоритети управління системним змінами у сфері охорони здоров'я в Україні;
- дослідити механізми реалізації системних змін у сфері охорони здоров'я;
- розкрити роль держави в управлінні системними змінами, зокрема і щодо здійснення моніторингу та оцінки ефективності системних змін в сфері охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження: управління медичним закладом у сфері охорони здоров'я України.

Предмет дослідження: управління системними змінами у сфері охорони здоров'я.

Методи дослідження. Проведене дослідження ґрунтується на застосуванні комплексу загальнонаукових та спеціальних методів, використання яких дозволило всебічно дослідити задану тему.

Відтак за допомогою аналізу, синтезу, узагальнення та аналітичного методу вдалося сформулювати понятійний апарат дослідження, зокрема визначити поняття «системні зміни», «системне мислення» та інші. Метод

систематизації допоміг проаналізувати основні підходи до типізації змін, а також класифікувати заклади охорони здоров'я за видами медичної допомоги, які вони надають. Шляхом використання історичного та діалектичного методів ми проаналізували етапи становлення системи охорони загалом та з'ясували таким чином її сучасний стан. Водночас метод аналізу прогалин допоміг чітко визначити основні проблеми у досліджуваній сфері.

При написанні роботи використовувалися й інші методи наукового дослідження серед яких й індукція, дедукція, методи логічного аналізу та аналізу фактів тощо.

Наукова новизна. Автор проаналізував системні зміни сфери охорони здоров'я та конкретизував вплив системних змін на діяльність реабілітаційної установи, акцентував увагу на удосконаленні системи управління, на впливові моніторингу на якість надання медичних послуг.

Практичне значення За матеріалами дослідження розроблені та запропоновані науково-обґрунтовані рекомендації з удосконалення процесу управлінської діяльності «ДРУЦКРОІ «Поділля» як управлінської системи в умовах реформування медичної галузі та невизначених умов зовнішнього середовища. Отримані результати дослідження з урахування аналізу системних змін та впливу на них якісного управління можуть охоплювати широкий спектр впровадження.

Апробація дослідження. За темою роботи результати опубліковані у тезах:1. «Моніторинг та оцінка ефективності управління в сфері охорони Збірник матеріалів Науково-практичного симпозиуму «Ринок праці, людський капітал та професійна орієнтація молоді в умовах війни» (Вінниця, 10.05.2024 р.). Вінниця, 2024. С.12-15.

«Еволюція теорії управління змінами. Модель системного мислення як основа управління системними змінами». Збірник матеріалів круглого столу «Філософія публічного управління, менеджменту та функціонування медіа» (Вінниця, 18.11.2024 р.) Вінниця, 2024 С. 9-14.

Інформаційна база дослідження складається із нормативно-правових актів України, статистичних даних, наукових праць вітчизняних та зарубіжних вчених, інформації з офіційних сайтів підприємств, установ, організацій, документів «ДРУЦКРОІ «Поділля».

Структура роботи. Дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Повний обсяг роботи складає 96 сторінок. Список використаних джерел містить 95 позицій.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМНИМИ ЗМІНАМИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. СТАН ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАДАНОЇ НАУКОВОЇ ПРОБЛЕМИ

Охорона здоров'я є фундаментальною складовою будь-якого суспільства, оскільки вона безпосередньо впливає на добробут, якість та тривалість життя громадян. Основною метою системи охорони здоров'я є збереження та покращення здоров'я населення. Проте крім цього вона має вплив і на економічну сферу, сприяє національній безпеці, запобігає епідеміям та підтримує наукові дослідження. Так, вважається, що інвестиції у систему охорони здоров'я є інвестиціями у майбутнє країни, оскільки забезпечують її процвітання.

Отож розв'язання проблемних питань системи охорони здоров'я завжди було пріоритетним завданням, проте в останні роки медична сфера набула особливої актуальності через глобальні виклики такі, як пандемія COVID-19 та повномасштабне вторгнення в Україні. Ці сучасні події яскраво продемонстрували суспільству та державі нагальну потребу реформування та модернізації національної системи охорони здоров'я.

Відтак управління системними змінами в сфері охорони здоров'я є складною науковою та практичною проблемою, дослідження якої вимагає комплексного підходу.

Аналізуючи наукові праці та інші джерела по зазначеній темі, ми виявили, що вони охоплюють дослідження у різних галузях знань, серед яких управління та адміністрування, право та охорона здоров'я. При цьому, у роботах вітчизняних та зарубіжних вчених аналізуються переважно різні аспекти управління системними змінами.

Приміром, дослідники Т. Акрам, М. Актас, М. Алі, Р. Бандрівський, М. Банчук, Н. Бочарова, О. Вівсянник, Р. Ганесан, А. Р. Говард, Р. Грінченко, І. Дмитрієв, А. Дубодєлова, Н. Корецька, Н. Коробчинська, Дж. Коттер, Д. Коць, Л. Криничко, Н. Курилова, К. Левін, Ш. Лей, В. Лехан, Л. Лісовська, Г.

Ляхович, В. Марценюк, С. Мельник, О. Мотайло, А. Мукоро, З. Надюк, Л. Наріжна, А. Нвачуку, О. П. Окерека, Н. Приймак, Р. Раджан, М. Раза, І. Сазонець, Л. Саун, О. Сіделковський, М. Дж. Хайдер, А. Халецька, С. Т. Хусейн, С. Х. Хусейн, М. Шалько та Е. Шейн розглядають управління змінами з позиції управлінців.

Зокрема, Н. Бочарова проаналізувала системні зміни в організації як елемент адміністрування в управлінні персоналом підприємств. Так, у своїй науковій статті вчена стверджує, що в умовах сучасного динамічного світу, де відбуваються постійні зміни, успіх організацій багато в чому залежить від їх здатності адаптуватися до нових умов. При цьому, важливим інструментом такої адаптації, на її думку, виступають саме системні зміни, які охоплюють всі аспекти діяльності підприємств, включаючи управління персоналом [1, с. 142].

Водночас І. Дмитрієв у співпраці з Н. Куриловою визначили характеристики поняття «управління змінами» як основної складової діяльності сучасних підприємств. У їхній ґрунтовній праці здійснено ретельне дослідження понад 10 підходів до визначення поняття «управління змінами», а також проаналізовано напрями змін сучасного бізнес-середовища за класифікаційними ознаками [2, с. 104-105].

Інші вчені-управлінці Д. Коць разом з С. Мельником, зі свого боку, у роботі «Характеристика сутності управління змінами на підприємстві» надали вичерпне визначення поняття «зміна» в науці, висвітлили матрицю основних типів змін в структурі діяльності організацій, а також сформували ромб-схему ключових аспектів змін на підприємстві. Також як висновок вчені зауважили, що «ключовим елементом при управлінні змінами залишається система фінансової безпеки підприємства, яка, як ніхто інший, відчуває вплив переходу на новий стан» [3], а тому подальші свої дослідження вони запланували присвятити «питанню організаційно-економічного забезпечення управління змінами в цій системі» [3].

У дослідженні ж «Моделі управління організаційними змінами. Сучасні виклики сталого розвитку бізнесу» Л. Наріжної й Л. Саун можна спостерігати

бачення менеджерів щодо впровадження ефективних стратегій управління організаційними змінами в умовах постійних трансформацій бізнес-середовища. Авторами аналізуються різні підходи до управління змінами, зокрема, моделі Левіна, McKinsey 7-S, Коттера, ADKAR, Бріджеса, що орієнтовані на стійкий розвиток та адаптацію до швидкоплинних змін на ринку [4, с. 175-176]. Відтак Л. Наріжна й Л. Сакун аналізують переваги і недоліки кожної з моделей, надаючи практичні рекомендації щодо їх застосування в різних умовах і контекстах.

І хоча зазначені праці цих та інших фахівців у сфері управління та адміністрування є вагомими, однак, жодна із них, як бачимо, не розглядає управління змінами як елемент реформування цілої системи охорони здоров'я. Натомість вони ґрунтовно досліджують вплив змін на роботу підприємств.

У дослідженнях зарубіжних вчених можна спостерігати аналогічний підхід. К. Левін, Е. Шейн та Дж. Коттер, наприклад, розроблювали свої моделі управління змінами саме з огляду на їх використання в майбутньому в роботі підприємств. Сучасні науковці, які аналізували ці моделі, також розглядали їх використання переважно з цією метою. Р. Раджан та Р. Ганесан у своїй праці «A critical analysis of John P. Kotter's change management framework» («Критичний аналіз системи управління змінами Джона П. Коттера»), зокрема, дослідили шість різних моделей управління змінами, але винятково в межах впровадження нововведень в бізнес-середовищі [5, с. 183]. А. Нвачуку, О. П. Окерека та А. Мукоро досліджуючи моделі та підходи до змін і управління змінами, також проаналізували їх саме як засоби модернізації сучасних організацій. Так, у своїй роботі вони детально розглянули різні теорії та методології, що застосовуються для управління змінами, і вивчили, як ці підходи можуть бути адаптовані до конкретних потреб і умов підприємств [6, с. 11-117].

Отже, з управлінського погляду управління змінами найчастіше розглядається як внутрішній організаційний процес, покликаний удосконалити функціонування підприємств, а не як інструмент реформування системи

охорони здоров'я. Зважаючи на це, ми вважаємо, що існує потреба в подальших дослідженнях, спрямованих на розуміння та використання управлінських підходів для трансформації системи охорони здоров'я з урахуванням міжнародного досвіду та практики.

У цьому аспекті беззаперечно важливими є праці медиків та юристів, а також журналістів.

Так, роботи фахівців у сфері медицини глибше розкривають принципи медичної сфери, вплив змін на стан здоров'я населення, доступність та якість медичних послуг. Приміром, дослідження лікаря О. Мартиненка дає змогу дослідити історичні передумови формування сучасної медицини та побічно вказує на сфери, які потребують реформування [7].

Водночас праці директорів медичного центру «КіндерКлінік» та клініки «Аксімед» А. Барзилович і О. Сіделковського відповідно насамперед зосереджені на вивченні не тільки суто медичних, а наближених до управлінських, питань.

А. Барзилович, наприклад, є автором низки статей, тематика яких нерозривно пов'язана із управлінням у сфері охорони здоров'я: «Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти», «Механізми державного регулювання надання медичних послуг в Україні», «Методи державного регулювання ринку медичних послуг: прямого та непрямого впливу», «Перспективи публічного управління ринку медичних послуг», «Аналіз витрат на медичні послуги: світовий зріз» [8-12] тощо. У них науковець детально аналізує ключові аспекти управління та реформування системи охорони здоров'я в Україні, розглядаючи різноманітні механізми та методи, які можуть бути використані для покращення ефективності та доступності медичних послуг.

Зі свого боку, О. Сіделковський є тим представником медичної спільноти, який у окремих своїх працях досліджує управлінські та правові аспекти реформування та розвитку системи охорони здоров'я. Так, його роботи «Правове забезпечення єдиного медичного простору України: до постановки

питання», «Єдиний медичний простір у парадигмі розвитку медичного права України» і «Деякі проблеми правового регулювання діяльності приватних медичних закладів» [13-15] яскраво демонструють прагнення вченого охопити юридичні питання забезпечення функціонування медичної царини. При цьому, інші його праці, зокрема «Участь громадськості як елемент формування публічної політики у сфері охорони здоров'я України: адміністративно-правовий вимір», «Суб'єкти формування та реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я», «Адміністративно-правові принципи створення єдиного медичного простору України» та «Відомчі заклади охорони здоров'я у системі єдиного медичного простору: організаційно-правові засади» [16-19] є свідченням зацікавленості О. Сіделковського в питаннях організації ефективного менеджменту в сфері охорони здоров'я.

Однак, попри чималу кількість проведених вченим актуальних і важливих досліджень варто зауважити, що у його науковому доробку все ж досі немає праці, у якій, на нашу думку, було б цілком розкрито як управлінські, так і медичні й правові аспекти управління системою охорони здоров'я, а особливо впроваджуваними у неї системними змінами. Роботи О. Сіделковського, у яких хоча і розкриваються адміністративно-правові аспекти функціонування української медицини, зосереджені передусім на окремих елементах цієї сфери – на питаннях створення єдиного медичного простору.

Що стосується юристів, які спеціалізуються в галузі медичного права, то вони у своїх дослідженнях, цілком очевидно, розкривають правові аспекти реформування системи охорони здоров'я, що є не менш важливим при управлінні змінами. Так, вивчення проблематики правового реформування системи охорони здоров'я прямо чи опосередковано наявні у працях таких українських правників як Т. Гавриш, Л. Заморська, О. Капітан, Ю. Назарко, В. Стеценко, О. Харитонов.

Ю. Назарко, зокрема, проаналізувала це питання через призму проблем та перспектив розвитку права людини на охорону здоров'я в Україні. Так, вона звернула увагу на ряд ключових аспектів, які впливають на реалізацію цього

права, серед яких: проблеми (нечітко визначена державна політика, відсутність науково обґрунтованої стратегії законотворчості; низька законотворча активність суб'єктів законодавчої ініціативи; нестача кваліфікованих фахівців; незначна кількість спеціалістів, які б мали необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині тощо) та перспективи щодо реформування охорони здоров'я [20, с. 333-334].

Таким чином, аналіз вченої підкреслює важливість комплексного підходу до вирішення проблем та реалізації перспектив розвитку права людини на охорону здоров'я в Україні, адже незважаючи на численні виклики, впровадження системних змін та активна співпраця на національному та міжнародному рівнях можуть забезпечити суттєві покращення в цій важливій сфері.

О. Капітан, подібно до Ю. Назарко, також присвятила свою наукову роботу дослідженню питань удосконалення національного законодавства у сфері охорони здоров'я. Авторка чітко окреслила проблеми, які існують у цій сфері, та запропонувала шляхи їх розв'язання, зокрема шляхом удосконалення нормативно-правової бази у цій сфері [21, с. 128]. Відтак ми вважаємо, що праця О. Капітан має значну цінність для розвитку системи охорони здоров'я в Україні, а висновки та рекомендації сформовані у ній можуть бути використані для розробки та впровадження комплексних реформ, які дозволять зробити систему охорони здоров'я більш доступною, якісною та ефективною.

Схожа тематика щодо визначення основних проблем та перспектив формування системи охорони здоров'я України прослідковується і в дослідженні «Подолання спадщини тоталітаризму в українській медицині: місія нездійсненна?» адвоката і співзасновниці Харківської експертної групи підтримки медреформи Т. Гавриш та адвоката і керівника судової практики О. Харитонова, які проаналізували тоталітарну культуру в радянській медицині. Отож у своїй роботі юристи зосередили увагу на ключових проблемах, які залишилися в спадщину від радянської системи охорони здоров'я і визначили, що однією з них є авторитарний підхід до медичної допомоги, де пацієнт не був

активним учасником процесу лікування, що призвела до низького рівня довіри між пацієнтами та медичними працівниками, а також до недооцінювання важливості прав пацієнтів [22].

І хоча згадані дослідження Ю. Назарко, О. Капітан, Т. Гавриш і О. Харитонова зосереджені на проблемі визначення недоліків та переваг сучасної системи охорони здоров'я, однак слід зазначити, що цей аспект є не єдиним, який привертає увагу юристів. Так, наука медичного права налічує чимало й інших актуальних питань, пов'язаних із управлінням системними змінами.

Доктор юридичних наук В. Стеценко, приміром, є авторкою декількох ґрунтовних робіт у сфері медичного права, а саме: «Обов'язкове медичне страхування в Україні: адміністративно-правовий аналіз основних законопроектів», «Медичне страхування як складова системи страхування (правові аспекти)», «Предмет, метод і система медичного права», «Реформування охорони здоров'я в Україні: правові питання», «Обов'язкове медичне страхування: поєднання публічного та приватного права», «Адміністративно-правові засади забезпечення якості медичної допомоги» [23-28].

Зокрема, у статтях «Обов'язкове медичне страхування в Україні: адміністративно-правовий аналіз основних законопроектів» та «Обов'язкове медичне страхування: поєднання публічного та приватного права» вона розглядає проблеми та перспективи впровадження медичного страхування в Україні, акцентуючи увагу на необхідності створення ефективної законодавчої бази, яка б забезпечила належний захист прав пацієнтів та медичних працівників [23, с. 71 ; 27, с. 162].

Водночас деякі інші її праці, серед яких «Реформування охорони здоров'я в Україні: правові питання» і «Адміністративно-правові засади забезпечення якості медичної допомоги», орієнтовані насамперед на дослідженні потреби впровадження змін задля вдосконалення вітчизняної системи надання пацієнтам медичної допомоги [26, с. 107; 28, с. 147].

Отож праці В. Стеценко роблять вагомий внесок у розвиток медичного права в Україні, підкреслюючи необхідність впровадження системних змін у сферу охорони здоров'я, зокрема, шляхом введення обов'язкового медичного страхування та реформування правової бази для забезпечення високої якості медичних послуг та захисту прав пацієнтів і медичних працівників. Вона пропонує конкретні шляхи вдосконалення законодавства, орієнтовані на підвищення ефективності та прозорості системи охорони здоров'я в Україні.

Поміж інших визначних дослідників, які присвятили свою увагу вивченню медичного права, необхідно згадати і Л. Заморську, яка ретельно дослідила нормативно-правове регулювання медичного права України. Її праці «Інтеграція поняття медичного права в українській юриспруденції» та «Нормативні засади медичного права України» охоплюють аналіз чинного національного законодавства, проблеми його імплементації та пропозиції щодо вдосконалення правових норм у цій сфері [29; 30]. При цьому, як зазначає сама вчена, вона також «здійснила спробу охарактеризувати нові виклики у сфері становлення комплексної галузевої науки медичного права, окресливши загальні риси її предмету дослідження» [29, с. 8]. Отож науковий внесок Л. Заморської у розвиток медичного права на рівні з іншими науковцями є значним і відкриває нові перспективи для подальших досліджень та реформ у цій вкрай важливій галузі.

Таким чином, усі перераховані вище роботи, на нашу думку, є надзвичайно цінними, оскільки кожному із згаданих авторів вдалося зробити глибинний аналіз обраної наукової проблеми. Однак, слід зазначити, що вони розкривають лише правовий аспект реформування охорони здоров'я з огляду на наявні недоліки у цій системі.

Щодо журналістів, то представники цієї професії відіграють вагому роль у висвітленні найбільш актуальних новин та подій, які відбуваються в системі охорони здоров'я. У ЗМІ нерідко активно досліджуються різні аспекти медичної сфери, включаючи проблеми фінансування, забезпечення лікарськими засобами, питання щодо кадрової політики, умов праці медичних працівників,

доступності та якості медичних послуг. При цьому саме журналісти розповідають і про новітні досягнення, зокрема в медицині, інноваційні методи лікування та успішні приклади реформ в інших країнах.

Усі ці матеріали доволі часто стають поштовхом для громадських дискусій та обговорень, привертають увагу до нагальних проблем, сприяють формуванню громадської думки, а отже, мають значний вплив на прийняття рішень у сфері охорони здоров'я. Вони надають платформу для висловлення позицій різних зацікавлених сторін: представників медичної спільноти, пацієнтів, правозахисників та політиків, завдяки чому забезпечується більш широкий і різнобічний погляд на ту чи іншу проблему, що допомагає ухвалювати більш обґрунтовані і збалансовані рішення.

Так, публікації в ЗМІ є важливим елементом аналізу питання управління змінами в сфері охорони здоров'я, адже допомагають оцінити сучасні проблеми і виклики в медичній галузі, ставлення населення до них, а також дізнатися експертну думку фахівців різних спеціалізацій.

У межах нашого дослідження актуальною є, приміром, стаття українських журналістів О. Татаренко, А. Бачук, І. Власюк, у якій наведено припущення щодо майбутнього української медицини, зроблені аналітикинею Українського центру охорони здоров'я (УНС) Д. Руснак та Президентом Всеукраїнської асоціації компаній з міжнародного працевлаштування В. Воскобойником [31]. Зокрема, у роботі згадані журналісти розглядають поточні проблеми та виклики, з якими стикається система охорони здоров'я в Україні, а також можливі сценарії її розвитку в найближчі роки. При цьому використання аналітичних матеріалів та експертних думок робить статтю О. Татаренко, А. Бачук, І. Власюк цінним джерелом інформації цього та інших досліджень.

Отож, аналіз поточного стану дослідження різних аспектів проблеми управління змінами в системі охорони здоров'я надає змогу зробити висновок, що теоретичні основи управління системними змінами вивчаються переважно вченими-управлінцями, які розглядають це питання в рамках бізнес-середовища.

Водночас питання, безпосередньо пов'язані із медичною сферою та її правовим регулюванням, досліджуються медиками та правниками.

І хоча наявність праць представників різних галузей знань є показником зацікавленості населення у впровадженні системних змін, які б модернізували систему охорони здоров'я, проте варто зазначити, що в усіх проаналізованих нами наукових доробках немає єдності медичних, правових та управлінських підходів.

Таким чином, стан дослідження заданої наукової проблеми характеризується наразі, по-перше, браком наукових праць фахівців у сфері менеджменту, у яких було б досліджено можливість застосування моделей управління змінами не лише в організаціях, а й у галузі охорони здоров'я, та, по-друге, відсутністю єдиного комплексного дослідження, яке б розкривало як управлінські, так і правові й медичні аспекти управління системними змінами у сфері охорони здоров'я.

1.2. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМНИМИ ЗМІНАМИ. ПОНЯТТЯ ТА СУТНІСТЬ СИСТЕМНИХ ЗМІН.

Дж. Ф. Кеннеді якось сказав, що «зміни – закон життя. І ті, хто дивиться тільки в минуле чи лише на сьогодні, безперечно – пропустять майбутнє».

І справді, зміни є невід'ємною частиною нашого життя і суспільства загалом. Без них розвиток і прогрес були б неможливі, адже кожен технологічний прорив, кожне наукове відкриття і кожна інновація є результатом змін.

Як зазначає Н. Бочарова, «у теорії та практиці менеджменту науковці розглядають зміни з трьох позицій: як новий стан; як процес руху; як синонім терміну «реорганізація», «трансформація», «нововведення», «організаційні зміни», «реінжиніринг», «реструктуризація», тощо» [1, с. 143].

Аналогічні підходи до визначенням цієї лексеми можна спостерігати і у Тлумачному словнику української мови, відповідно до якого «зміни – це перехід, перетворення чого-небудь у щось якісно інше» [32], а також у працях інших науковців. Зокрема, І. Дмитрієв та Н. Курилова, аналізуючи зміни з позиції теорії підприємництва, стверджують, що «в загальному вигляді вони являють собою освоєння організацією нових ідей або моделей поведінки» [2, с. 104]. На думку С. Мельника та Д. Коця, зміни мають певні ключові характеристики, які визначають сутність їх поняття, а відтак дозволяють розглядати їх як трансформації, зрушення, перетворення, розвиток, процеси, новизну, оновлення, удосконалення, динамічність, нововведення, рух або перехід [3].

Усі вищезазначені визначення підводять нас до висновку, що зміни – це комплексний процес переходу від одного стану до іншого, який охоплює різні аспекти життя.

Однак варто зауважити, що не всі зміни за своєю природою є однаковими. Так, існує безліч підходів до класифікацій змін, згідно з якими вони бувають:

- за рівнем виникнення: зовнішні та внутрішні;
- за цільовою спрямованістю: оперативні, тактичні та стратегічні;
- за характером змін: революційні та еволюційні;
- за типом розвитку: екстенсивні та регресивні;
- за спрямованістю розвитку: прогресивні та регресивні;
- за ймовірністю виникнення: передбачувані та непередбачувані;
- за факторами виникнення: екзогенні та ендегенні [33, с. 224-225];
- за характером: традиційні та інноваційні;
- за масштабами: загальні та локальні;
- залежно від можливості управління: керовані та некеровані;
- за циклічністю: одноразові та постійні тощо [34, с. 169].

Кожна із зазначених класифікацій допомагає краще зрозуміти природу змін і обрати найкращі механізми для їх впровадження та управління ними. Проте у контексті нашого дослідження особливу увагу варто зосередити саме на тому, що деякі зміни є локальними, тобто впливають лише на окремі аспекти, а інші ж – глибокі та всеосяжні, що трансформують цілі системи від їх структури та функцій до поведінки людей, які в них задіяні. І безпосередньо такі ґрунтовні, комплексні зміни, які ще прийнято називати системним, і стають рушійною силою прогресу, руйнуючи застарілі правила та створюючи нові можливості.

Отже, термін «системні зміни» очевидно складається з двох складових – слів «системний» та «зміна». І якщо лексема «зміна» вже була достатньо досліджена нами, то визначення поняття «системний» досі залишається нерозкритим.

У словнику української мови не надається чітке визначення того, як можна тлумачити відповідне слово, однак міститься вказівка на те, що при його аналізі варто звернутися до трактування терміну «система» [35]. Так, ми дослідили, що «система» може розглядатися в декількох різних значеннях, а саме як: «порядок, зумовлений правильним, планомірним розташуванням та взаємним зв'язком частин чого-небудь» [36], «сукупність компонентів, які

утворюють щось спільне» [37], «форма організації, будова чого-небудь» [36], «сукупність принципів, які є основою певного вчення» [36] або ж «будова, структура, що становить єдність закономірно розташованих та функціонуючих частин» [36].

Отож, аналізуючи ці визначення, доречно припустити, що прикметник «системний» у понятті «системні зміни» вказує на необхідність розглядати всю організацію або іншу структуру як цілісний комплекс, де зміна однієї частини може мати вплив на всю систему.

А відтак загалом термін «системні зміни» означає комплексне перетворення, яке не просто усуває окремі проблеми, а передбачає цілісне оновлення, що ґрунтується на принципах системного мислення та враховує всі взаємозв'язки в системі.

Однак у деяких іноземних дослідженнях можна також знайти й інші визначення відповідного поняття. Зокрема, А. Р. Говард вважає, що існує дві пов'язані концепції – систематичних і системних змін, відповідно до яких системні зміни – це насамперед «зміни, що визнають історичний контекст, у якому системи функціонували, поряд із вкоріненими, часто підсвідомими, упередженнями, присутніми в них» [38]. Тобто ці зміни можна трактувати як ті, що спрямовані на трансформацію системних структур і процесів задля усунення можливих упереджень та створення більш справедливого та егалітарного суспільства. Водночас ґрунтовною, широкою трансформацією вона називає саме систематичні зміни [38]. І хоча думка А. Р. Говард є концептуально іншою, проте вона все ж таки не суперечить загальному розумінню системних змін як всеосяжних перетворень, які докорінно трансформують системи.

Що стосується сутності системних змін, то вона прямо впливає із запропонованих раніше дефініцій, і полягає в тому, що вони спрямовані, по-перше, на усунення глибинних проблем і дисфункцій у системі та, по-друге, на покращення результативності й ефективності системи, підвищення її стійкості й адаптивності.

Так, успішне впровадження системних змін вимагає глибокого аналізу поточного стану системи, визначення ключових напрямів для вдосконалення, а також розробки комплексних планів дій.

Таким чином, системні зміни – це комплексний та багатогранний процес, впровадження якого вимагає здійснення цілого ряду підготовчих дій, зокрема, аналізу поточного стану системи, визначення ключових напрямків для вдосконалення та розробки конкретних планів дій.

1.3. ЕВОЛЮЦІЯ ТЕОРІЇ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ. МОДЕЛЬ СИСТЕМНОГО МИСЛЕННЯ ЯК ОСНОВА УПРАВЛІННЯ СИСТЕМНИМИ ЗМІНАМИ.

Теорія управління змінами є одним із ключових понять, яке має довгу історію, й однаково зберігає вагоме значення у сучасному менеджменті. Так, його становлення бере свій початок ще з 1940-1950-х років. Саме у цей період вчені розробили перші концепції та моделі, що стали фундаментом для подальшого розвитку цієї галузі.

Наразі сучасними науковцями та практиками сформовано три основні підходи до еволюції теорії управління змінами, які ґрунтовно дослідила вітчизняна вчена Н. Приймак.

Відповідно до першого підходу, прихильниками якого є, зокрема, В. Гриньова, О. Мельник, В. Отенко, О. Хаджинова та Г. Швідніна, управління змінами розглядається як складова стратегічного управління. Аргументами на користь цієї концепції є передусім історичні факти. Отож вважається, що хоча розвиток теорії управління змінами як окремої галузі теорії управління розпочалося після 1950-х років, майже одночасно з розвитком стратегічного управління, однак першим з'явилося саме поняття «стратегічний менеджмент», а не «управління змінами». Відтак чимало дослідників, серед яких і О. Хаджинова, вважають, що це призвело до того, що багато концепцій, які застосовувалися у стратегічному менеджменті, були адаптовані та інтегровані в теорію управління змінами, а отже, всі подальші дослідження теорії змін розглядалися переважно через призму еволюції підходів до стратегічного управління [39, с. 109].

Що стосується другого підходу, то згідно з ним еволюція теорії управління змінами розглядається через сукупність поглядів на розуміння та трактування природи змін [39, с. 111]. У межах цієї концепції вітчизняні та зарубіжні вчені досліджують зміни шляхом аналізу теорій їх виникнення.

Приміром, Н. Приймак зазначає, що існують такі теорії джерел змін:

1. Екстерналістська теорія, яка проявляється:

– по-перше, у своїй крайній формі – механістичному підході до соціально-економічних явищ, відповідного до якого вважається, що «будь-який соціокультурний феномен перебуває в стані спокою або статичної рівноваги доти, доки якась зовнішня сила не виведе його з цього стану і не змусить змінюватися» [39, с. 111];

– по-друге, у біхевіористичних теоріях психосоціокультурних змін, в основі яких лежить парадигма «стимул-реакція» [39, с. 111];

– по-третє, у теорії інвайроменталізма, яка пояснює будь-яку зміну зовнішніми чинниками [39, с. 111];

2. Іманентна теорія, згідно з якою основним фактором, що зумовлює перетворення, виступає невід’ємно притаманна властивість структури чи системи зазнавати змін з огляду на власні можливості та ресурси. Водночас зовнішні чинники у цій теорії розглядаються лише як додаткові причини для трансформації системи [39; с. 112];

3. Інтегральна теорія, яка об’єднує попередні дві теорії й передбачає, що виникнення змін – це «результат взаємодії внутрішніх та зовнішніх сил» [39, с. 112].

І нарешті останнім, однак не менш важливим підходом, який у своєму дослідженні описала Н. Приймак, є третій підхід, що розглядає еволюцію теорії управління змінами через відповідні моделі управління змінами [39, с. 109].

Зокрема, однією з найвідоміших донині залишається так звана «Триетапна модель управління змінами», розроблена американським психологом німецького походження, «батьком» соціальної психології К. Левіном. Основою цієї моделі є поділ процесу змін на три ключові етапи: розморожування (unfreeze), зміна (change) і заморожування (refreeze). Кожен із зазначених етапів, у розумінні К. Левіна, відображає важливі елементи управління змінами. Так, приміром, вчений вважав, що до стадії розморожування можна підійти одним із трьох способів: або збільшити рушійні сили, що спонукатиме здійснити заплановані зміни, або уповільнити силу

опору і таким чином заохотити людей триматися статусу-кво, або ж використовувати комбінацію обох способів, щоб рухати рівновагу до змін [40]. Тобто, як бачимо, основною метою цієї стадії, незалежно від обраного шляху її реалізації, є усвідомлення необхідності, а також здійснення підготовки до руху поза існуючою «комфортною зоною» [41, с. 92].

Водночас друга стадія моделі Левіна – «зміна», як стверджують Н. Корецька, М. Раза, М. Актас та багато інших вчених, є однією з найскладніших [41, с. 93; 42; 43]. Вона передбачає не лише формальне впровадження нових моделей поведінки, але й глибокі трансформації на рівні думок, звичок та емоцій учасників системи задля залучення їх до процесу введення змін. Саме на цій стадії можна стикнутися з опором змінам, неготовністю до них та з відсутністю достатньої мотивації й підтримки. Однак, якщо системі вдасться впоратися з усім цими труднощами, то попереду її чекає завершальний етап перетворення – «заморожування». Ця стадія має вирішальне значення для визначення того, як довго триватимуть зміни [40].

Таким чином, досліджувана триетапна модель К. Левіна, що справедливо вважається класичною, незважаючи на свою простоту та лаконічність, залишається актуальним та практичним інструментом для управління змінами. При цьому, варто зауважити, що вона є не лише історично важливою, але й практично цінною концепцією, адже вже стала основою багатьох інших теорій управління змінами. Приміром, Е. Шейн, проводячи комплексні дослідження у цій сфері, запропонував вагоме доповнення до моделі Левіна. Воно, зокрема, полягає в тому, що вчений підійшов інакше до самого визначення поняття змін та зазначив, що на індивідуальному чи груповому рівні вони являють собою «глибокий психологічний динамічний процес, який охоплює болісну відмову від навчання та впровадження важкого перенавчання, коли людина когнітивно намагається перебудувати свої думки, сприйняття, почуття і ставлення» [44, с. 2].

Тобто, Е. Шейн акцентував увагу на психологічному аспекті впровадження змін та визначив, що перетворення можуть супроводжуватися

внутрішнім конфліктом, що виникає через когнітивну перебудову осіб, які залучені до роботи у системі.

У підсумку науковець також вкрай влучно зазначив, що «зміни» все ж краще визначити як «навчання», адже культура змінюється через розширення, а не через руйнування елементів [44, с. 31].

Також аналіз і доповнення моделі Левіна можна спостерігати і у працях деяких сучасних іноземних вчених, серед яких, наприклад, С. Т. Хусейн, Ш. Лей, Т. Акрам, М. Дж. Хайдер, С. Х. Хусейн, М. Алі. Досліджуючи модель Левіна та її значення при управлінні організаційними змінами, колектив зазначених авторів запропонував власну схему впровадження трансформацій, яка складається з трьох основних стадій та трьох проміжних елементів (*Додаток 1*).

Отож відповідно до цієї концепції процес здійснення змін у системі починається насамперед з «розмороження». У подальшому за допомогою залучення співробітників до змін, процес переходить до етапу «зміна», який є найбільш тривалим та складним, оскільки охоплює одразу три елементи: обмін знаннями, лідерство та впровадження змін. А закінчується все за прикладом Левіна стадією «заморожування» або, як її ще називають, стадією «повторного замороження» [45, с. 126].

Відтак схема впровадження змін, яку розробили С. Т. Хусейн, Ш. Лей, Т. Акрам, М. Дж. Хайдер, С. Х. Хусейн, М. Алі, повністю повторює модель Левіна, однак більш деталізовано та структуровано виокремлює окремі її елементи.

Історично наступною після моделі Левіна, однак не менш важливою теорією управління змінами, є модель, створена професором Гарвардської бізнес-школи Дж. Коттером. Так, у своїй книзі «Очолюючи зміни» («Leading Change») автор описав вісім кроків до перетворення, які здатні допомогти організації впровадити зміни:

- «1. Створення відчуття терміновості:
 - вивчення ринку та конкурентних реалій;

- виявлення та обговорення криз, потенційних проблем та можливостей;
- 2. Формування потужної керівної коаліції шляхом створення групи з достатньою владою, щоб керувати зусиллями щодо змін, та заохочення групи працювати разом як команда;
- 3. Розробка бачення, яке допоможе спрямувати зусилля щодо змін та формування стратегій для досягнення цього бачення;
- 4. Поширення бачення за допомогою використання всіх можливих інструментів для донесення нового бачення та стратегій, а також здійснення навчання нової поведінки на прикладі керівної коаліції;
- 5. Надання можливості іншим діяти відповідно до прийнятого бачення, зокрема, позбавлення від перешкод для змін, перебудова систем або структур, які серйозно підривають бачення та заохочення до впровадження креативних ідей, діяльності та дій;
- 6. Планування та досягнення короткострокових результатів, а також визнання й винагорода працівників, залучених до процесу впровадження змін;
- 7. Консолідація вдосконалень і впровадження нових змін:
 - використання підвищеної довіри для зміни систем, структур та політик, що не відповідають баченню;
 - прийняття на роботу, просування по службі та розвиток співробітників, які можуть реалізувати бачення;
 - пошук процесу впровадження перетворень за допомогою нових проєктів і агентів змін;
- 8. Інституціоналізація нових підходів шляхом визначення зв'язків між новою поведінкою та досягнутим успіхом та розробки засобів для забезпечення стійкості змін» [46, с. 4].

Таким чином, бачимо, що Дж. Коттер розробив модель, яку можна використовувати на стратегічному рівні, щоб змінити бачення організації, а згодом загалом трансформувати її. При цьому, як доречно стверджують Р. Раджан і Р. Ганесан, дослідження з використанням цієї моделі показали, що

процес змін проходить через ряд фаз, під час яких створюється відчуття терміновості змін задля того, аби вони були сприйняті людьми [5, с. 184].

Майже одночасно з моделлю Дж. Коттера, засновником компанії Prosci Джеффом Хайаттом була створена ще одна модель – «ADKAR». Варто зауважити, що назва моделі вибрана не випадково. Так, «ADKAR» розшифровується як Awareness, Desire, Knowledge, Ability та Reinforcement, що в перекладі з англійської дослівно означає «усвідомлення, бажання, знання, здатність та підкріплення». Кожне з цих слів покликане продемонструвати одну із п'яти основних цілей, на яких базується процес управління змінами. Отож Awareness означає «усвідомлення необхідності змін», Desire – «бажання брати участь і підтримати зміни», Knowledge – це «знання про те, які зміни ввести», Ability – «здатність реалізувати необхідні навички та поведінку», а Reinforcement – «підкріплення впроваджених змін» [4, с. 176].

При цьому, особливістю цієї моделі управління змінами є те, що вона, як зазначають Л. Наріжна та Л. Сакун, зосереджена на тому, аби ідентифікувати та оцінити причини успіху чи невдачі впроваджуваних змін, а також фактори, що заважали досягненню бажаних результатів [4, с. 176]. Відтак ця модель дає уявлення про те, де краще зосередити ресурси, щоб сприяти бажаним змінам у системі.

І незважаючи на те, що ADKAR була створена, якщо порівнювати з класичною моделлю Левіна, доволі нещодавно, проте вона вже встигла зайняти своє місце серед провідних концепцій управління змінами. Приміром, команди відомої у всьому світі компанії Microsoft використовували її у своїй діяльності для виявлення потенційних перешкод при впровадженні нової платформи бізнес-аналітики [47].

Окрім вже згаданих моделей управління змінами К. Левіна, Е. Шейна, Дж. Коттера, ADKAR компанії Prosci, існує ще й багато інших, які також містять різні ідеї ефективного впровадження перетворень, серед яких і модель McKinsey 7-S, яка вважається чудовим інструментом для оцінки рівня згуртованості організації [41, с. 93], розширена модель Кюблера-Росса, що за

принципом «п'яти стадій прийняття горя», описує сім етапів емоційної реакції людей на зміни: потрясіння, заперечення, розчарування, депресія, експеримент, рішення, об'єднання [41, с. 96], модель переходу Бріджеса, яка фокусується на трьох фазах переходу: закінчення, нейтральна зона та новий початок [48], спіральна динаміка Грейвза, що допомагає прослідкувати еволюцію людської свідомості, рівнів мислення та поведінки працівників в організаціях [49], а також модель системного мислення, відповідно до якої всі структури – підприємницькі, соціальні, урядові – розглядаються як системи, які можна організувати для належної та ефективної роботи [50].

Зокрема, саме остання – модель системного мислення – є однією з науково обґрунтованих та ефективних для управління системними змінами.

У працях вітчизняних науковців, зокрема А. Дубодєлової, Л. Лісовської та Р. Бандрівського, які працюють над вивченням та розробкою класифікацій типів мислення в управлінській діяльності, системне мислення, поряд із аспектичним та концептуальним, розглядається як один із типів мислення, що базується на законі економії зусиль. При цьому його виникнення, поширення та ефективність вчені пояснюють передусім можливістю полегшити виконання ускладнених завдань управлінської діяльності [52, с. 209-210].

Водночас в основу розкриття поняття «системне мислення» покладено системний підхід із розглядом понять «система», «мислення» та загалом «системне мислення».

Так, лексема «система», від якої утворюється відповідний прикметник «системний» вже частково була досліджена нами під час визначення поняття «системні зміни». Зважаючи на це, можна провести аналогію і так само припустити, що в контексті терміну «системне мислення» слово «системне» означає підхід, який враховує цілісність, взаємозв'язки та комплексність у процесі мислення і прийняття рішень.

Що стосується поняття «мислення», то його можна розглядати як «здатність людини мислити» [53], тобто як «психічний процес узагальненого і опосередкованого відображення в нашій свідомості предметів і явищ реальної

дійсності та їх взаємозв'язків, психічний процес, який полягає в розкритті зв'язків і залежності між предметами і явищами» [54].

Отож поєднання вказаних вище дефініцій понять «система» та «мислення» дозволяє сформулювати і визначення терміну «системне мислення». Відтак системне мислення – це цілісний підхід до аналізу системи, який зосереджується на дослідженні того, як різні її складові взаємодіють і впливають одна на одну.

Сформована дефініція має вагоме значення при дослідженні моделі системного мислення як однієї з моделей управління змінами, оскільки вона дає чітке розуміння ключових особливостей та принципів, на яких ґрунтується ця концепція.

Переходячи до аналізу безпосередньо моделі системного мислення, ми з'ясували, що вона, як зазначає американська дослідниця Д. Х. Медоуз, сформована з трьох складових:

- елементів, тобто окремих частин системи;
- взаємозв'язків між елементами;
- призначення або функції, які вказують, чого досягає або має досягти система [50].

І якщо взяти за основу зазначені складові та описати модель системного мислення у вигляді визначення, то вона являтиме собою набір елементів, які взаємопов'язані таким чином, що виконують свою функцію.

Що стосується методології вказаної моделі, то в її основі лежать так звані «запаси» та «потоки». Так, запаси демонструють елементи в системі, які можна побачити, порахувати або виміряти. Їх зазвичай вважають інвентарем або резервом. Водночас потоки – це засоби, за допомогою яких запаси змінюються з часом. Видами потоків є притоки, які збільшують рівень запасів, та відтоки, що відповідно його зменшують [50].

Зрозуміти значення «запасів» та «потоків», на думку Д. Х. Медоуз, найлегше на прикладі діжки з водою, де запас – це кількість води в ній, притоками є вода, що надходить з іншого джерела, приміром – крана, і

підвищує запаси, а відтік – це дренаж, який видаляє воду з діжки і відповідно зменшує запаси [50].

Ще одним важливим елементом системного мислення є «петлі зворотного зв'язку». Українські та зарубіжні вчені пояснюють природу їх виникнення дещо неоднозначно. Зокрема, у вітчизняних джерелах підкреслюється, що «всі частини системи тісно пов'язані між собою, як прямо, так і опосередковано. Це означає, що будь-які зміни, внесені в один елемент системи, рано чи пізно вплинуть на й на інші, а тому вказаний процес доречно порівнювати з «хвилями», які, поширюючись по системі, зрештою повертаються до початкової точки, але вже в модифікованому вигляді. І саме так створюється «петля зворотного зв'язку», суть якої полягає в тому, що ми отримуємо результати своїх дій, які, зі свого боку, впливають на наші наступні кроки» [55].

Водночас зарубіжні дослідники, серед яких і вже згадана Д. Х. Медоуз, пов'язують існування «петель зворотного зв'язку» із тим, що системне мислення часто створює поведінку, яка зберігається протягом тривалого часу. І в одному випадку система здається саморегульованою, а в іншому – виникає враження ніби вона виходить з-під контролю: або експоненціально зростає, або дуже швидко стискається. При цьому, якщо поведінка постійна, вона, ймовірно, керується циклом зворотного зв'язку, а петлі утворюються при змінах [50].

Отже, розуміння термінів «запаси», «потоки», «притоки», «відтоки» та «петлі зворотного зв'язку» є не лише ключем до застосування методології системного мислення, але й фундаментом для побудови моделі системного мислення, яка відіграє важливу роль в управлінні системними змінами з огляду на низку переваг, які надає її застосування. Зокрема, використання моделі системного мислення дозволяє менеджерам бачити ціле, а не лише частини, аналізувати моделі змін, а не статичні дані, розуміти ключові взаємозв'язки усередині системи та між системами, залучати різні думки та ідеї при вдосконаленні як всієї системи, так і окремих її компонентів, а також постійно навчатися та адаптуватися.

А відтак завдяки цим перевагам модель системного мислення можна справедливо назвати потужним інструментом для управління складними системами та досягнення успіху в мінливому середовищі.

І хоча моделей управління змінами, як ми з'ясували, існує чимало, проте важливо акцентувати увагу на тому, що немає універсальної, яка б підходила всім системам. Так, вибір залежить від багатьох факторів, таких як: тип змін, які впроваджуються; культура, що панує в системі; потреби і очікування керівників та співробітників. Отож перед впровадженням змін вкрай важливо ретельно вивчити та порівняти різні моделі управління ними, щоб обрати ту, яка найкраще відповідає конкретній ситуації [51, с.11].

Таким чином, підсумовуючи сказане, варто зазначити, що поява і розвиток терміну «теорія управління змінами» є результатом комплексного впливу різних факторів, що сприяли формуванню сучасних концепцій у цій галузі. При цьому, жоден із трьох досліджених підходів не може заперечуватися, адже усі вони розглядають еволюцію теорії управління змінами з різних позицій: як складову стратегічного управління, як еволюцію розуміння та пояснення природи змін і підходів до управління ними або ж через відповідні моделі управління та їх генезис.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Аналіз наукових праць вітчизняних та зарубіжних вчених щодо вивчення питання управління системними змінами в сфері охорони здоров'я продемонстрував, що досліджувана тема є надзвичайно актуальною й розглядається як управлінцями, так і медиками й юристами. Однак попри зацікавленість широкої спільноти у заданій науковій проблемі, визначено, що стан її дослідження характеризується наразі: по-перше, браком наукових праць фахівців у сфері менеджменту, у яких було б досліджено можливість застосування моделей управління змінами не лише в організаціях, а й у галузі охорони здоров'я; по-друге, відсутністю єдиного комплексного дослідження, яке б розкривало як управлінські, так і правові й медичні аспекти управління системними змінами у сфері охорони здоров'я.

Водночас на основі наявних робіт вчених все ж стало можливим дослідити теоретичні основи управління системними змінами, зокрема, проаналізувати декілька підходів класифікацій змін, а також сформулювати таке визначення поняття «системні зміни»: «Системні зміни – це комплексний та багатогранний процес, впровадження якого вимагає здійснення цілого ряду підготовчих дій, зокрема, аналізу поточного стану системи, визначення ключових напрямків для вдосконалення та розробки конкретних планів дій».

Охарактеризовано також теорії походження змін та різні моделі управління ними, завдяки чому з'ясовано, що основним інструментом управління системними змінами є модель системного мислення, яка являє собою цілісний підхід до аналізу системи, що зосереджується на дослідженні того, як різні її складові взаємодіють і впливають одна на одну. Як висновок, визначено, що виникнення і розвиток терміну «теорія управління змінами» є наслідком впливу різних факторів, що сприяли формуванню сучасних концепцій у цій сфері, зокрема тих, які розглядають еволюцію теорії управління змінами як складову стратегічного управління, як еволюцію розуміння та

пояснення природи змін і підходів до управління ними, або ж через відповідні моделі управління та їхній розвиток.

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ВПЛИВ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ДРУЦКРОІ «ПОДІЛЛЯ»

2.1. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Система охорони здоров'я України являє собою складну структуру, яка з моменту здобуття нашою державою незалежності в 1991 році пройшла значний шлях та пережила низку реформ і трансформацій.

Так, у спадщину від СРСР Україна отримала майже повністю зруйновану систему охорони здоров'я, що характеризувалася десакралізацією лікарів, недофінансуванням галузі, відсутністю ліків у аптеках, запереченням медичної етики як «буржуазного пережитку» тощо [7; 22], внаслідок чого розвиток цієї галузі вимагав значних зусиль, а також часу, що, зокрема, відображається в трьох етапах становлення медичної сфери в Україні:

1. «Визначення правових, організаційних, економічних та соціальних засад охорони здоров'я в Україні (1991-1999 роки)» [8, с. 136];
2. Початкові реформи та спроби стабілізації (2000-2007 роки);
3. Перші спроби реформування (2008-2014 роки);
4. Реформа охорони здоров'я (2015 рік і до сьогодні).

Характеризуючи кожен із зазначених етапів, варто зазначити, що у період з 1991 до 1999 року усі зусилля центральних органів державної влади у цій галузі були зосереджені на «запобіганні розвалу сформованої системи охорони здоров'я і збереженні мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою» [56, с. 6], а також, як зазначає А. Барзилович, «були вироблені концепції розвитку охорони здоров'я та напрямки необхідних змін, а науковцями запропоновано низку стратегій та заходів реформування, зокрема реорганізація комунальних лікарень у неприбуткові підприємства» [8, с. 137].

Щодо другого етапу, який тривав з 2000 до 2007 року, то основними напрямками роботи уряду у цей період стали зусилля щодо стабілізації ситуації

в медичній сфері, недопущення повного колапсу системи та забезпечення базового рівня медичної допомоги для населення. І хоча ці заходи часто виявлялися недостатніми через обмежене фінансування та відсутність сучасної інфраструктури, однак слід зауважити, що незважаючи на вкрай поганий стан системи охорони здоров'я, у перше десятиліття незалежності все ж вдалося досягнути певних результатів. Відтак на загальнодержавному рівні стало можливим:

- налагодження фармацевтичної галузі [7];
- проведення I Українського з'їзду медичних працівників, який об'єднав медичних працівників та очільників держави для першої спроби ґрунтовного реформування системи охорони здоров'я [7];
- упровадження інституту сімейного лікаря [8, с. 136];
- здійснення перших спроб запровадження страхової медицини [8, с. 136];
- затвердження стандартів лікування на основі доказової медицини [8, с. 136];
- прийняття ряду нормативно-правових актів, серед яких Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, Міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я нації», Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», Національний план дій («Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я») [8, с. 136].

Після 2007 року розпочалася нова фаза реформ, спрямованих на покращення та модернізацію системи охорони здоров'я. Так, крім того, що значного прогресу було досягнуто у розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та при здійсненні стандартизації, ліцензування і акредитації медичних закладів, так ще й було оновлено Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [8, с. 136], який наразі досі залишається одним із основних нормативно-правових актів у цій сфері.

Відтак А. Барзилович звертає увагу, що до 2014 року органам державної влади вдалося реалізувати «конкретні заходи та дії в межах основних розроблених державних документів, що забезпечували вектор розвитку галузі охорони здоров'я» [8, с. 137]. Однак варто зауважити, що при цьому «системні проблеми залишилися не вирішеними» [8, с. 137].

Водночас саме 2016 рік можна справедливо вважати початком справжнього реформування досліджуваної сфери. Так, 30 листопада 2016 року Кабінетом Міністрів України було схвалено «Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я» [57], у 2017 році Верховною Радою України прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [58], який фактично і став базовим нормативно-правовим актом «для впровадження якісної, доступної та безоплатної меддопомоги українцям» [59], а згодом було також затверджено порядок надання первинної медичної допомоги та створено новий орган, що «став ключовим елементом реформи фінансування системи охорони здоров'я», – Національна служба здоров'я [59].

Отож на сьогодні «в Україні відбувається реформування старої радянської моделі охорони здоров'я, що діяла за радянських часів, призначеної для функціонування в умовах планової економіки (так званої моделі Семашко) та формується нова модель охорони здоров'я заснована на досвіді Великої Британії, США та інших країн» [8, с. 136].

Зокрема у період з 2015 року і до сьогодні вже відбувся «перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг», «запроваджено гарантований державою пакет медичних послуг, нові форми фінансування медичних закладів та оплати праці медичних працівників» [8, с. 136], а відтак зараз здійснюється «розбудова сучасної системи управління медичною інформацією за допомогою чотирьох рівнів регулювання системи охорони здоров'я України, що становлять нормативне підґрунтя реформування [8, с. 136]. Так, цими чотирма рівнями, як зазначає А. Барзилович, є:

– конституційне регулювання, яке забезпечує базові права громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, закріплені в Конституції України, та створює основу для розвитку всієї системи охорони здоров'я, визначає її основні принципи;

– загальне нормативне регулювання, що включає розробку законів та підзаконних актів, які регламентують діяльність системи охорони здоров'я, а також забезпечує правову основу для функціонування медичних закладів, фінансування медицини та захисту прав пацієнтів;

– спеціальне регулювання, яке стосується конкретних аспектів медичної діяльності, таких як ліцензування медичних закладів і регулювання діяльності медичних працівників, що дозволяє забезпечити високу якість медичних послуг та професійний рівень медичного персоналу;

– концептуальне регулювання, що охоплює створення стратегічних документів (національних програм розвитку охорони здоров'я, стратегій реформування галузі), які визначають напрямки розвитку системи охорони здоров'я на довгострокову перспективу [8, с. 136].

Таким чином, система охорони здоров'я України пройшла значний шлях від здобуття незалежності, зіткнувшись з численними викликами та проблемами. Однак, незважаючи на досягнуті результати, багато аспектів потребують подальшого розвитку та вдосконалення з урахуванням загальної характеристики системи охорони здоров'я України.

2.2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Як ми з'ясували раніше, на сьогодні система охорони здоров'я України значно відрізняється від тієї, якою вона була одразу після розпаду Радянського Союзу. І це, безумовно, заслуга змін. Так, у випадку порівняння стану сучасної системи охорони здоров'я і системи охорони 1991 року очевидним стає той факт, що загалом суспільство доклало чималих зусиль, аби ґрунтовно оновити медичну сферу. І саме в цій ситуації впроваджені системні зміни, які докорінно змінили системну охорони здоров'я України, були доволі позитивними, хоча і не ідеальними, адже невирішені проблеми все ж існують. Проте, слід зауважити, що для збереження позитивної тенденції впровадження змін у цій галузі, вкрай важливо ретельно вивчити сучасний стан системи охорони здоров'я.

Зокрема, почати, на нашу думку, насамперед доцільно саме із дослідження структури закладів охорони здоров'я в Україні. Так, на сьогодні існує три основні типи медичних закладів – державної, комунальної та приватної форм власності. Їх відмінною ознакою є передусім джерела фінансування, адже державні та комунальні заклади охорони здоров'я фінансуються з державного та місцевих бюджетів відповідно, а приватні здійснюють свою діяльність за рахунок власних коштів. Однак незалежно від форми власності, усі медичні заклади складають єдину систему, у якій взаємодіють та доповнюють один одного на різних рівнях надання медичної допомоги.

Відповідно до ст. 8 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», зокрема, можна визначити, що наразі існує чотири таких рівні медичної допомоги: екстрена медична допомога, первинна медична допомога, спеціалізована медична допомога, паліативна допомога [60]. Кожен із зазначених рівнів або ж видів надається закладом охорони здоров'я чи окремою його структурною одиницею на основі характерних особливостей

стану пацієнта, що впливають, зокрема, з визначень, які також містяться у вищевказаному нормативно-правовому акті, а саме у статтях 35, 35-1, 35-2, 35-4.

Отже, враховуючи законодавчі положення, можна визначити, що:

– екстрена медична допомога спрямована на «врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я» [60] і надається насамперед бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги як «структурними одиницями станції екстреної (швидкої) медичної допомоги або центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» [61];

– первинна медична допомога – це медична допомога, що надається сімейними лікарями, педіатрами та терапевтами в амбулаторних закладах охорони здоров'я з метою забезпечення профілактики, діагностики та лікування поширених захворювань, травм, отруєнь, патологічних та фізіологічних (під час вагітності) станів;

– спеціалізована медична допомога – здійснюється лікарями вузьких спеціальностей у стаціонарних або амбулаторних умовах у спеціалізованих закладах для діагностики та лікування складних захворювань, травм, отруєнь, які потребують спеціального обладнання та кваліфікації;

– паліативна допомога – допомога, що покликана забезпечити фізичний та психологічний комфорт пацієнта, підтримку членів його родини, та «надається у лікарнях «Хоспіс» в амбулаторних та стаціонарних умовах спеціалістами та фахівцями з медичною освітою, які мають підготовку з паліативної допомоги відповідно до вимог МОЗ щодо безперервного професійного розвитку, й іншими залученими фахівцями» [62].

Тобто, як бачимо, заклади охорони здоров'я можна класифікувати не лише за формою власності, а й за видами медичної допомоги, яку вони надають. Найбільш широкий список усіх можливих закладів за цим критерій міститься у Переліку закладів охорони здоров'я, затвердженому Наказом

Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 № 385. Скорочено вказаний перелік можна подати так:

«1. Лікувально-профілактичні заклади:

– лікарняні заклади:

- багатoproфільні – госпіталі, лікарні професійних захворювань, медичні центри, міські лікарні швидкої медичної допомоги тощо;
- однопрофільні, приміром, інфекційні лікарні, онкологічні диспансери;
- спеціалізовані – гастроентерологічні, ендокринологічні, кардіологічні диспансери;
- особливого типу – лікарні «Хоспіс», патолого-анатомічні бюро, Український лепрозорій тощо.

– амбулаторно-поліклінічні заклади: амбулаторії, поліклініки, жіночі консультації та інше;

– заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги;

– санаторно-курортні заклади;

2. Санітарно-профілактичні заклади:

– санітарно-епідеміологічні заклади;

– заклади санітарної просвіти – Центр здоров'я (Український, республіканський, обласний, міський, районний);

– заклади громадського здоров'я:

– центр превентивної медицини Державного управління справами;

3. Фармацевтичні (аптечні) заклади;

4. Інші заклади у сфері охорони здоров'я, серед яких інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, Молочна кухня, Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України тощо;

5. Заклади медико-соціального захисту: будинки дитини, обласний центр (бюро) медико-соціальної експертизи;

6. Установи/зклади системи соціального захисту населення» [63].

Отже, в Україні діє доволі широка мережа закладів охорони здоров'я, що є фактором, який свідчить про розвиненість інфраструктури та прагнення держави забезпечити доступність медичної допомоги для своїх громадян. Проте наявність багаторівневої та системи охорони здоров'я має як ряд переваг, так і недоліків. Позитивним зокрема, є те, що, по-перше, пацієнти мають доступ до різних видів медичної допомоги, від первинної до спеціалізованої та паліативної, по-друге, система охорони здоров'я у таких умовах може адаптуватися до мінливих потреб населення та певним чином перепрофілювати окремі спеціалізовані заклади в багатoproфільні і навпаки без нанесення суттєвої шкоди інтересам громадян, і по-третє, наявність приватних закладів у цій сфері здатна також стимулювати державні та комунальні заклади до покращення якості своїх послуг. Водночас найбільшим недоліком є потреба виділення значної суми коштів на фінансування такої великої кількості медичних закладів, що, як показує практика, є нелегким завданням в сучасних умовах.

Так, якщо проаналізувати видатки з Державного бюджету на охорону здоров'я, то можна прослідувати, що у 2023 році на досліджувану сферу було виділено 179,3 млрд грн, що складає лише 4,47% від загальної суми видатків [64]. І хоча порівняно з іншими галузями цей показник не є найменшим, адже більше коштів були виділено тільки за чотирма статтями видатків (на оборону, громадський порядок, безпеку та судову владу, соціальний захист та соціальне забезпечення, обслуговування боргу та виплати за державними деривативами) з дванадцяти, однак це не означає, що такого фінансування достатньо, аби забезпечити якісну роботу всіх медичних закладів в Україні. І саме з огляду на це, недофінансування є однією з найбільших проблем, які зараз існують в сфері охорони здоров'я.

Говорячи про загальну характеристику сфери охорони здоров'я, не менш важливо проаналізувати також і органи, що здійснюють управління нею.

Як зазначають Л. Криничко та Г. Ляхович, в системі охорони здоров'я прийнято виокремлювати національний, регіональний та субрегіональний рівні [65].

Отож національний рівень представлений Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ України) закладами охорони здоров'я державної форми власності, які підвідомчі безпосередньо цьому Міністерству, науково-дослідними інститутами і вищими навчальними закладами підпорядкованими Академії медичних наук України та МОЗ України. При цьому, усі перераховані заклади виступають об'єктами управління МОЗ України як суб'єкта [65].

Що стосується регіонального рівня, то суб'єктами управління на ньому виступають Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та управління охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях, а об'єктами – «державні заклади охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, а також закладами охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад» [65].

Субрегіональний ж рівень представлений в Україні районними державними адміністраціями, районними, міськими, районними у містах, селищними, сільськими органами місцевого самоврядування як суб'єктами управління та закладами охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності як об'єктами управління [65].

Відтак, аналізуючи дослідження Л. Криничко та Г. Ляхович, ми визначили, що доречними і важливими у контексті вивчення загальних особливосте системи охорони здоров'я є два важливі висновки цих вчених:

1. «Кожен нижчий рівень у системі охорони здоров'я є об'єктом управління вищого рівня, а цілому уся система є об'єктом державного управління» [65];

2. Усіх суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я можна поділити за рівнями на ті, що здійснюють свою діяльність на загальнодержавному, регіональному чи місцевому рівнях [65].

Вважаємо за доцільне детальніше розглянути повноваження органів управління охороною здоров'я на кожному із цих трьох рівнів.

Отже, загальнодержавний рівень управління представлений передусім центральними органами влади, які відповідальні за формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, а також за прийняття рішень, що визначають загальний напрямок розвитку цієї галузі.

Так, спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у цій системі є МОЗ України, основними завданнями якого згідно з абзацом першим п. 3 Положення про Міністерство охорони здоров'я України є «забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я» [66]. Отож для виконання покладених на нього обов'язків МОЗ України здійснює ряд важливих функцій, а саме: розробляє підзаконні нормативно-правові акти, впроваджує національні програми з охорони здоров'я, контролює діяльність медичних установ та відповідає за міжнародне співробітництво в галузі медицини.

Однак, зважаючи на важливість, багатогранність та динамічність медичної сфери, Міністерство охорони здоров'я не може виступати єдиним центральним органом виконавчої влади у ній. Отож задля «внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення» [67], а також для «реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій), виконання функцій замовника медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів за програмою медичних гарантій та за бюджетними програмами» [67] у 2017 році було створено Національну службу здоров'я України (НЗСУ). І саме цей орган, як зауважують Л. Криничко та О. Мотайло, можна вважати «найважливішим провідником змін у системі охорони здоров'я» [68, с. 95].

Зокрема, одним із значних нововведень, яке яскраво демонструє, що медицина не стоїть на місці й активно використовує новітні технології, роблячи інформатизацію рушійною силою її розвитку, є спільно впроваджена МОЗ та НЗСУ в рамках медичної реформи електронна система охорони здоров'я в Україні – eHealth [69]. Ця система має на меті автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією в електронному вигляді, забезпечення доступу пацієнтів до своїх електронних медичних записів, полегшення роботи лікарів та інших медичних працівників, зниження рівня бюрократії в системі охорони здоров'я та підвищення якості та доступності медичних послуг. Успішність та ефективність цієї реформи, започаткованої загальнодержавними органами управління охороною здоров'я, підтверджується, наприклад, широкою залученістю медичної спільноти. Так, за офіційними даними, на сьогодні до eHealth приєдналося «понад 16 тисяч закладів охорони здоров'я, 35 мільйонів пацієнтів та 400 тисяч медичних фахівців та працівників аптек» [69].

Окрім МОЗ України та НЗСУ, управління медичною сферою здійснюють також й інші центральні органи, серед яких Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, а також Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування.

Відтак Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужба) є органом виконавчої влади, який відповідно до Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками забезпечує «реалізацію державної політики у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, медичних виробів та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, внесення Міністрові охорони здоров'я пропозицій щодо формування державної політики у зазначених сферах, ліцензування господарської діяльності з виробництва, імпорту, торгівлі лікарськими засобами» [70] тощо.

Що стосується Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, то він є важливим органом, що допомагає Верховній Раді України здійснювати парламентський контроль за діяльністю органів виконавчої влади у медичній сфері. Водночас саме цей Комітет, крім іншого, визначено головним за розробку щонайменше 25 законпроектів та 6 інших актів у цій сфері, серед яких: проекти Законів України «Про врегулювання питань в окремих галузях охорони здоров'я», «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні», «Про Уповноваженого з медичних питань», євроінтеграційний Проект закону «Про медичні вироби», Проекту Постанови про прийняття за основу проекту Закону України «Про Уповноваженого з медичних питань» тощо [71].

Таким чином, Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування працює насамперед над вдосконаленням нормативно-правового забезпечення медичної сфери, впровадженням сучасних технологій в медичну практику та розробкою стандартів лікування, що відповідають найкращим світовим практикам, прикладом чого є, приміром, євроінтеграційний Проект закону «Про медичні вироби» спрямований на гармонізацію українського законодавства з вимогами ЄС, що сприятиме підвищенню якості медичних виробів і безпеки пацієнтів.

Отже, на загальнодержавному рівні суб'єктами державного управління сферою охорони здоров'я є, зокрема, Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками та Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, які відповідно здійснюють повноваження, визначені чинним законодавством України.

Говорячи про регіональний рівень, варто зазначити, що він представлений обласними управліннями охорони здоров'я як суб'єктами державного управління системою охорони здоров'я. Так, у Вінницькій обласній

військовій адміністрації діє, приміром, Департамент охорони здоров'я та реабілітації, а у Львівській та Тернопільській – Департаменти охорони здоров'я [72-74], основними функціональними обов'язками яких, як стверджують Л. Криничко та Г. Ляхович, є «реалізація державної політики в досліджуваній сфері» [65].

І на останньому – місцевому рівні – суб'єктами державного управління медициною, як вже зазначалося при аналізі субрегіонального (локального) рівня системи охорони здоров'я, є районні адміністрації, місцеві та селищні ради, органи управління об'єднаними територіальними громадами (ОТГ) [65].

Таким чином, діяльність суб'єктів управління сферою охорони здоров'я як на загальнодержавному, так і на регіональному та місцевому рівнях, спрямована на створення сучасної, ефективної та доступної системи охорони здоров'я, яка здатна відповідати викликам часу і забезпечувати високий рівень медичного обслуговування для всіх громадян країни.

Водночас повноваження усіх вказаних органів, що здійснюють управління сферою охорони здоров'я, закріплені у чинних нормативно-правових актах. Відповідно до класифікації І. Демченко, такими актами є: Конституція України, галузеві кодекси, що містять загальні норми, які застосовуються в медичній сфері (Цивільний і Кримінальний кодекси, Кодекс України про адміністративні правопорушення, Кодекс законів про працю, процесуальні кодекси тощо), Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», спеціальні закони, у яких закріплено регулювання окремих сфер медичної діяльності (Закони України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові», «Про психіатричну допомогу», «Про захист населення від інфекційних хвороб» та інші), акти центральних і місцевих органів державної виконавчої влади (укази та розпорядження президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, накази і розпорядження МОЗ України, нормативно-правові акти інших органів влади) [75, с. 8-9].

Отож, підсумовуючи усе вищезазначене, можна зробити висновок, що загалом система охорони здоров'я України характеризується структурою закладів охорони здоров'я, фінансуванням, органами управління та законодавством. Так, структура закладів охорони здоров'я складається з трьох основних типів медичних закладів – державної, комунальної та приватної форм власності, які відповідно надають різні види медичної допомоги і можуть класифікуватися і за зазначеним критерієм також. Щодо фінансової підтримки медичної сфери, то ми з'ясували, що наразі наявне суттєве недофінансування, яке потребує окремого дослідження як однієї з основних проблем у цій галузі. Водночас що стосується органів державного управління усіх трьох рівнів – державного, регіонального та місцевого, – вкрай важливо, щоб вони, здійснюючи передбачені законодавством повноваження щодо управління медичною сферою, діяли скоординовано та ефективно, співпрацюючи один з одним та з громадськістю.

2.3. ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ТА ВИКЛИКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.

Як було з'ясовано раніше, в Україні система охорони здоров'я перебуває на етапі реформування, спрямованого на підвищення доступності та якості медичних послуг. Однак, попри значні зусилля, медична сфера все ж стикається з низкою проблем та викликів, які потребують комплексного підходу для їх розв'язання.

Відповідно до звіту всесвітньовідомої компанії IQVIA, сформованому спільно з Київською школою економіки, за період з 2015 по 2019 рік, Україна має один із найгірших показників смертності серед систем охорони здоров'я в європейських країнах. Так, у нашій державі в цей період фіксувалося приблизно 15 випадків смерті на 1 тисячу населення, у той час як в Угорщині цей показник складав майже 14 випадків, у Польщі та Чехії – менше 11, а у Словаччині – 10 [76, с. 23].

Також, за даними, що містяться у вказаному звіті, за 2020 рік «Україна має найвищі показники втрати DALY (роки життя, скориговані за непрацездатністю) порівняно з країнами ЧУЛПС (Чехією, Угорщиною, Латвією, Польщею та Словаччиною)» [76, с. 26], що на думку спеціалістів компанії, свідчить про недоліки в системі охорони здоров'я України.

Таким чином, маємо чітке підтвердження того, що, попри реформи, медична сфера України потребує подальших змін та покращень.

Варто зазначити, що аналізуючи праці вітчизняних вчених і дослідження зарубіжних організацій, ми визначити, що загалом можна виокреми п'ять основних проблем, які заважають розвитку цієї сфери:

1. Недостатнє фінансування, зокрема, і недосконала система оплати праці;
2. Дефіцит кваліфікованих кадрів;
3. Відсутність інструментів для доступу до інноваційних методів лікування;

4. Корупція;

5. Неєфективне управління.

Вважаємо, що для подолання цих системних проблем та виведення української системи охорони здоров'я на новий рівень розвитку, необхідно здійснити ретельний аналіз зазначених недоліків, визначити небезпеки, які вони можуть спричинити.

І насамперед розпочати слід із недофінансування, зважаючи на те, що ми вже згадували про нього раніше.

Отож, згідно з міжнародними дослідженнями, рівень державних витрат на охорону здоров'я в Україні значно менший, аніж, наприклад, у Польщі, Чехії, Угорщині та Словаччині. Станом на 2020 рік, зокрема, відомі такі статистичні дані, що вказують: по-перше, на одну з найменших у європейському регіоні частку видатків на охорону здоров'я у ВВП – 3,6 % [76, с. 12]; по-друге, на дуже високий показник приватних витрат (58%) у цій сфері, «спричинений неможливістю держави надавати достатній об'єм безкоштовних медичних послуг, гарантованих законом» [76, с. 12]; по-третє, на відсутність інших державних джерел фінансування, окрім податкових надходжень, у той час, як в європейських країнах вони складають щонайбільше 50% [76, с. 14].

Ці невтішні статистичні дані свідчать про серйозні системні проблеми у фінансуванні української системи охорони здоров'я, що мають негативні наслідки для всіх суб'єктів медичної сфери:

– медичних працівників, для яких це спричиняє низький рівень заробітної плати, перевантаження роботою та демотивацію;

– пацієнтів, які через недофінансування мають обмежений доступ до якісних медичних послуг, змушені постійно стояти в чергах і водночас витратити чимало коштів на лікування;

– держави, для якої недостатнє фінансування означає зниження працездатності населення, втрату економічного потенціалу та погіршення демографічної ситуації.

Отже, бачимо, що відсутність достатнього фінансування є також однією з причин наявності іншої проблеми – недосконалої системи оплати праці. Зокрема, в Україні заробітна плата лікарів у 2023 році становила 21,7 тис. грн, а у інших медичних працівників – 14,1 тис. грн [77], що, на нашу думку, не відповідає складності та важливості цієї професії, особливо в умовах війни.

Так, ціла низка факторів серед яких і низький рівень оплати праці, історичні умови, відсутність дієвого механізму захисту прав лікарів та гарантій їх фізичної безпеки, є причиною дефіциту кваліфікованих кадрів. Лише за 2022 рік, як дослідили О. Татаренко, А. Бачук та І. Власюк, кількість медичних працівників зменшилася на 14%, що є суттєвим показником [31].

Що стосується наступної проблеми – відсутності інструментів для доступу до інноваційних методів лікування, то безпосередньо на її наявності зауважили зарубіжні дослідження, проведені спільно з Київською школою економіки. Згідно зі вже загаданим звітом компанії IQVIA Україна була єдиною державою станом на 2019 рік, якщо порівнювати з країнами ЧУЛПС, де не реалізований жоден із найпоширеніших інструментів доступу до інновацій, а саме: рішення з фінансування, поліпшення процесу, розподіл ризиків та механізм контролю [76, с. 56]. І хоча проблема залишається актуальною, однак не можна не зауважити, що наразі у цьому напрямі вітчизняна сфера охорони здоров'я все ж, безперечно, вдосконалилася. Про це свідчать і сучасні наукові дослідження, наприклад А. Калініченка та І. Сілі, які проаналізували інноваційний метод діагностики та лікування – телемедицину [78, с. 76], а також впровадження нових систем таких, як eHealth, що поліпшують доступність отримання медичної допомоги.

Водночас не такі позитивні тенденції в розв'язанні прослідковуються в Україні щодо питання подолання корупції і не тільки в медицині, а й в усіх сферах. За даними національного дослідження «Корупція в Україні 2022: розуміння, сприйняття, поширеність», проведеному Національним агентством з питань запобігання корупції спільно з міжнародними партнерами, «корупція посідала третє місце, серед основних проблем, які хвилюють українців, після

високої вартості життя та війни» [79, с. 9], а у 2023 році – друге місце із показником 92,1%, після проблеми військової агресії росії, яка турбує 96,6% українців [80, с. 18].

Отож навіть попри наявність системи антикорупційних органів, яка складається з Національного антикорупційного бюро України (НАБУ), Національного агентства з питань запобігання корупції (НАЗК), Державного бюро розслідувань (ДБР), Національної поліції України, Спеціалізованої антикорупційної прокуратури (САП), Вищого антикорупційного суду (ВАКС), недовіра населення залишається високою.

Зокрема, це пов'язано з тим, що говорячи, приміром, про корупцію в сфері охорони здоров'я 32,3% респондентів опитування 2023 року «при відповіді на пряме запитання зазначили, що вони або члени їхніх родин стикалися з корупцією при зверненні до закладів охорони здоров'я, тобто вони давали або від них вимагали хабаря, використовували зв'язки тощо» [80, с. 64]. При цьому, ініціаторами корупційних відносин опитані громадяни назвали у понад 60% випадків саме медичних працівників [80, с. 66].

Відтак бачимо, що боротьба з корупцією – наразі залишається одним із основних завдань для органів державної влади та загалом суспільства.

Крім того, слід зауважити, що всі згадані системні проблеми від недофінансування до корупції, спричинені безпосередньо неефективним управлінням, яке, зі свого боку, пов'язане з тим, що в Україні досі зберігається радянська модель охорони здоров'я, яка не відповідає потребам сучасного суспільства. Підтвердженням цього, зокрема, є дослідження М. Банчука та В. Марценюка, у якому автори акцентують увагу на тому, що «традиційні методи управління вже не забезпечують бажаних результатів, а навпаки, часто призводять до застою, а то й до дезорганізації в управлінських структурах, що неминуче спричинює руйнування системи, як це відчувається сьогодні в деяких галузях народного господарства, в тому числі і в охороні здоров'я» [81, с. 12].

Одним із проявів неефективного управління є, наприклад те, що в Україні історично склалася практика призначення на керівні посади в медичних

зкладах «лікарів-клініцистів з мінімальною економічною та юридичною підготовкою» [81, с. 15-16]. Однак погоджуючись із М. Банчуком та В. Марценюком, вважаємо, що наразі цей підхід не є ефективним, адже медицина все ж потребує фахівців у сфері управління, оскільки «суть кадрової політики в системі управління охороною здоров'я сьогодні полягає в реструктуризації управлінської діяльності та її реформуванні відповідно до нових потреб суспільства» [81, с. 12].

Щодо екстраполяції дослідження на управління ДРУЦКРОІ «Поділля» то зазначимо, що розділ 5 Положення присвячений управлінню Центром. Управління Центром 1. Центр очолює директор, якого призначає на посаду (укладає з ним контракт) і звільняє з посади Уповноважений орган управління в установленому законодавством порядку. У контракті зазначаються строк найму, права, обов'язки та відповідальність директора Центру, умови його матеріального забезпечення, призначення на посаду та звільнення з посади, притягнення до дисциплінарної відповідальності та інші умови найму. Директор Центру: представляє Центр в організаціях, установах, на підприємствах незалежно від форми власності, розпоряджається в установленому законодавством порядку майном і коштами Центру; укладає договори, у тому числі щодо надання (проведення) реабілітаційних послуг (заходів); у межах своєї компетенції видає накази, затверджує функціональні обов'язки працівників, приймає на роботу та звільняє з роботи працівників Центру, застосовує заходи заохочення та дисциплінарні стягнення; здійснює контроль за реабілітаційним процесом; затверджує правила внутрішнього розпорядку, в тому числі трудового; вживає заходів із запобігання та недопущення дискримінації стосовно дотримання прав і законних інтересів Осіб; забезпечує реалізацію заходів щодо поліпшення умов праці, санітарно-гігієнічних умов, дотримання правил техніки безпеки, пожежної безпеки тощо; відповідає за ведення бухгалтерського та статистичного обліку, складання звітності та подання її в установлені строки відповідним органам; видає

доручення щодо представництва інтересів Центру; виконує інші передбачені законодавством функції з управління Центром у межах наданих повноважень.

Уповноважений орган управління: в установленому законодавством порядку призначає на посаду директора Центру (укладає з ним контракт), звільняє його з посади (розриває з ним контракт), контролює дотримання ним положень контракту; приймає рішення щодо заохочення директора Центру та притягнення його до дисциплінарної відповідальності; затверджує положення, штатний розпис Центру та зміни до них; погоджує структуру Центру; у разі зміни керівника Центру має право ініціювати ревізію фінансово- господарської діяльності Центру в порядку, передбаченому законодавством; надає згоду на відчуження, оренду, передачу та списання майна Центру; виконує інші передбачені законодавством функції з управління Центром. Уповноважений орган управління не є відповідальним за господарськими зобов'язаннями Центру. (Додаток 2)

Таким чином, українська система охорони здоров'я відзначається наявністю п'яти основних системних проблем – недостатнього фінансування, дефіциту кваліфікованих кадрів, відсутністю інструментів для доступу до інноваційних методів лікування, корупцією та неефективним управлінням. І хоча це не єдині проблеми, проте саме вони є найбільш руйнівними на сьогодні і водночас найбільш вкоріненими у медичну сферу, адже перейшли у спадок від радянського союзу. Отже, саме їх подолання має бути пріоритетним

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

На основі праць вітчизняних вчених та з урахуванням історичного минулого з'ясовано основні етапи формування системи охорони здоров'я незалежної України, тобто у період з 1991 року до сьогодні. За допомогою застосування системного підходу визначено, що вона пройшла складний, наповнений численними викликами та проблемами, реформами і трансформаціями шлях.

Здійснено загальну характеристику системи охорони здоров'я України, а відтак досліджено структуру закладів охорони здоров'я та органів управління, систему фінансування та чинне законодавство, яке регулює цю сферу. Зокрема, з'ясовано, що структура закладів охорони здоров'я складається з трьох основних типів медичних закладів – державної, комунальної та приватної форм власності, які відповідно надають різні види медичної допомоги і можуть класифікуватися і за зазначеним критерієм також. Щодо органів державного управління усіх трьох рівнів – державного (МОЗ України, НЗСУ та інші), регіонального (обласні управління охорони здоров'я) та місцевого (районні адміністрації, місцеві та селищні ради, органи управління ОТГ), доведено, що вкрай важливо, аби вони, здійснюючи передбачені законодавством повноваження щодо управління медичною сферою, діяли скоординовано та ефективно, співпрацюючи один з одним та з громадськістю.

За результатами проведеного дослідження загальної характеристики української медичної сфери визначено основні системні проблеми у цій галузі, серед яких недостатнє фінансування, недосконала система оплати праці, дефіцит кваліфікованих кадрів, відсутність інструментів для доступу до інноваційних методів лікування, корупція та неефективне управління. Досліджено імовірні причини їх появи, можливі негативні наслідки, а також обґрунтовано потребу пріоритетного вирішення перерахованих проблем шляхом проведення системних змін у сфері охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 3 ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ТА ВИКЛИКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ УПРАВЛІННЯ ДРУЦКРОІ «ПОДІЛЛЯ» 3.1 ВИЗНАЧЕННЯ СТРАТЕГІЧНИХ ПРІОРИТЕТІВ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМНИМ ЗМІНАМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Система охорони здоров'я України стикається з низкою серйозних викликів, які заважають їй ефективно функціонувати та розвиватися. Ці виклики, як ми вже з'ясували, мають системний характер і потребують не лише локальних рішень, але й комплексного реформування всієї системи. Так, для подолання основних проблем та забезпечення якісної та доступної медичної допомоги для всіх громадян України пріоритетним напрямом управління в медичній сфері є впровадження системних змін.

Проводячи аналогію із дефініцією поняття «системні зміни», сформованою раніше, ми визначили, що «системні зміни в охороні здоров'я України» – це не просто набір нових правил чи реформ, а комплексна трансформація всієї системи, що ґрунтується на чітко визначених стратегічних пріоритетах, які враховують міжнародні стандарти і потреби українського суспільства, та спрямована на створення якісної, доступної та орієнтованої на пацієнта моделі медичного обслуговування.

На нашу думку, наразі в управлінні системними змінами у сфері охорони здоров'я можна виокремити три основні пріоритети: 1) подолання основних проблем в медичній галузі; 2) вдосконалення законодавства; 3) реалізація активного міжнародного співробітництва.

Отож перший пріоритет, тобто подолання ключових проблем, які перешкоджають ефективному функціонуванню системи охорони здоров'я, передбачає розв'язання низки складних питань, серед яких вже згадані недофінансування, дефіцит кваліфікованих кадрів, відсутність інструментів для доступу до інноваційних методів лікування, корупція та неефективне управління. Вважаємо за доцільне розглянути шляхи подолання кожного з них.

Відтак для розв'язання проблеми недофінансування, а водночас і дефіциту кадрів, необхідні системні реформи, спрямовані на збільшення державних видатків на медицину до рівня, який відповідає європейським стандартам, та впровадження альтернативних джерел фінансування, серед яких, наприклад, обов'язкове медичне страхування, співоплата, податок для компенсації державної допомоги (clawback) тощо [76, с. 14].

Крім цього, вкрай ефективною може бути й імплементація однієї з моделей фінансування охорони здоров'я, приміром:

– моделі Беверіджа (бюджетної), що використовується у Великобританії, Данії, Ірландії, Португалії та Іспанії і полягає у фінансуванні медичної сфери до 90% із бюджету за рахунок фіскальних платежів [82, с. 68];

– моделі Бісмарка (страхової), яка діє у Німеччині, Франції, Бельгії, Австрії й Японія та передбачає такий розподіл джерел фінансування: «кошти обов'язкового медичного страхування – 60%, кошти добровільного медичного страхування – до 10%, кошти бюджету – до 15%, особисті кошти пацієнтів – також до 15%» [82, с. 68] ;

– приватної моделі, представниками якої є США, Ізраїль та Південна Корея, де «фінансування медичного обслуговування здійснюється здебільшого за рахунок власних коштів споживачів медичних послуг» [82, с. 68].

Варто зазначити, що на сьогодні наша держава не підпадає під ознаки жодної із перерахованих моделей і навіть важко визначити, до якої з них вона взагалі наближена. З одного боку, частка приватних витрат на медичні послуги сягає близько 58%, що свідчить про значний вплив приватного сектору, а з іншого – держава все ще відіграє суттєву роль у фінансуванні та регулюванні системи охорони здоров'я, адже її частка у фінансуванні становить 42% [76, с. 12].

Отже, імплементація моделі Беверіджа чи приватної моделі, які потребують майже повної відмови від приватних або ж державних коштів як джерел фінансування, є наразі майже неможливою без виникнення суттєвих перешкод, що негативно вплинуть на медичну сферу та здоров'я громадян.

Водночас реформування системи фінансування охорони здоров'я на основі моделі Бісмарка також потребує значних зусиль, оскільки в Україні досі недостатньо розвиненим є медичне страхування.

Така ситуація робить визначення орієнтирів для реформування доволі складним завданням, що потребує проведення ґрунтовного аналізу всіх можливих варіантів впровадження змін у медичній сфері та врахування досвіду інших країн, які вже пройшли цей шлях. Лише таким чином, на нашу думку, можна обрати модель, яка буде максимально відповідати потребам українського суспільства, або ж створити власну, що однак є більш складним завданням.

Що стосується інших проблеми – неефективного управління, корупції та відсутності інструментів для доступу до інноваційних методів лікування, то їх розв'язання, як і розв'язання попередніх, також потребує комплексного підходу, тобто впровадження системних змін.

Так, для подолання, наприклад, корупції не достатньо лише збільшити покарання за корупційні правопорушення чи створити нові контролюючі органи, потрібно діяти глибше. Зокрема, більш дієвим механізмом боротьби з корупцією у цьому конкретному випадку буде саме розробка комплексної стратегії, що включатиме, по-перше, зміну системи стимулів, тобто створення таких умов, за яких бути чесним вигідніше, ніж отримувати неправомірну вигоду, та, по-друге, зміну ментальності суспільства за допомогою прийняття Стратегій комунікацій у сфері запобігання та протидії корупції, просвітницьких кампаній, виховання молодого покоління в дусі чесності та справедливості задля формування принципів нетерпимості та «нульової толерантності» до корупції в українському суспільстві [84].

Аналіз штатного розпису та порівняння його в хронологічній перспективі ДРУЦКРОІ «Поділля» надає деталізоване розуміння відсутності релевантних сучасним умовам змін [83].

Розв'язання питання відсутності інструментів для доступу до інноваційних методів лікування, зі свого боку, згідно із рекомендаціями,

поданими у звіті IQVIA та Київської школи економіки, можна здійснити шляхом впровадження інструментів прийняття рішень з фінансування, поліпшення процесу, розподілу ризиків та контролю [76, с. 63].

Водночас для покращення доступу до інноваційних методів лікування в Україні потрібно: «впровадити захисні верхні межі для незахищених категорій населення; встановити правила утворення цін на генерики; запровадити верхні межі внутрішнього референтного ціноутворення (ВРЦ) у Prozorro та під час процедури реєстрації для всіх препаратів, що виводяться на ринок; створити незалежний орган оцінювання медичних технологій; розробити системи розрахунків попиту і призначень для державних програм та штрафів і стимулів; укласти фінансові договори керованого доступу (ДКД) на дорогі ліки, що мають вплив на бюджет, та передбачити додаткові послуги в межах державних програм; розробити пілотні угоди, пов'язані з результатами, щодо дорогих ліків з невідомою ефективністю в межах державних програм» [76, с. 64].

При цьому, слід зазначити, що зміни у сфері охорони здоров'я, на нашу думку, варто здійснювати саме на основі раніше досліджених моделей управління змінами. Приміром, впроваджуючи нові інструменти для доступу до інноваційних методів лікування, за аналогією до введення змін в організації, можна використати розширену модель Кюблера-Росса або ж модель ADKAR чи модель переходу Бріджеса.

Таким чином, важливо зазначити, що розв'язання усіх зазначених проблем у сфері системи охорони здоров'я, серед яких недостатнє фінансування і недосконалість системи оплати праці, дефіцит кваліфікованих кадрів, неефективне управління, корупція та відсутність інструментів для доступу до інноваційних методів лікування, має ґрунтуватися на чітких стратегіях управління змінами та ризиками, які дозволять ідентифікувати, оцінити та мінімізувати можливі загрози, пов'язані з реформуванням цієї галузі.

Щодо другого пріоритетного напрямку у сфері управління медициною, то варто зазначити, що вдосконалення законодавства – це невід'ємна складова проведення системних змін, оскільки неможливо ґрунтовно реформувати

системну без оновлення законодавчих положень, які регулюють діяльність усіх суб'єктів у ній.

Вітчизняні вчені Ю. Назарко та О. Капітан, досліджуючи проблеми та перспективи розвитку національного законодавства у сфері охорони здоров'я, дійшли висновку, що наразі актуальними є вдосконалення нормативно-правової бази в цій сфері, покликані вирішити питання приведення законодавства у відповідність до міжнародних стандартів та формування: науково-обґрунтованої стратегії законотворчої діяльності у сфері охорони здоров'я; чітко вираженої державної політики у сфері охорони здоров'я, її законодавчого забезпечення; консолідованої діяльності представників правової і медичної науки; чітко визначеної правової бази у сфері охорони здоров'я, що не матиме законодавчих колізій, коли норми різних актів, які регулюють сферу охорони здоров'я, суперечать одна одній; кодифікованих актів, які усуватимуть надмірну розпорошеність та хаотичність норм щодо охорони здоров'я [20, с. 333-334; 21, с. 129-130].

І хоча усі перераховані напрями вдосконалення законодавства про охорону здоров'я, безперечно, слугуватимуть основою створення сприятливого середовища для розвитку цієї важливої сфери, однак особливу увагу, на нашу думку, варто звернути безпосередньо на пропозицію формування кодифікованих актів, а саме, приміром, Медичного кодексу України.

Варто звернути увагу, що ідея створення цього кодексу не є новою. Як зауважує Л. Заморська, ще з 1995 року ведеться дискусія про необхідність прийняття такого акту, який мав би заповнити правовий вакуум в системі охорони здоров'я України, а у 2006 році фахівцям у сферах медицини та юриспруденції навіть було доручено розробити його проєкт [30, с. 9]. Однак попри всі зусилля Медичний кодекс України так і не прийняли, а відтак питання кодифікації так і залишилося невирішеним.

Погоджуючись із висновками, наведеними у дослідженнях О. Капітан та Л. Заморської, ми переконані, що розробка кодифікованого акту у сфері

охорони здоров'я все ж є необхідною умовою для ефективного проведення системних змін та розвитку медицини в Україні.

Отже, вдосконалення законодавства – це один з кроків на шляху до створення якісної та доступної системи охорони здоров'я для всіх українців. Важливо, щоб цей процес був комплексним та системним, ґрунтувався на потребах суспільства і міжнародних стандартах, особливо з огляду на те, що реалізація активного міжнародного співробітництва є третім основним пріоритетним напрямом управління у досліджуваній галузі. Так, саме активне міжнародне співробітництво дозволить інтегрувати українську систему охорони здоров'я до глобальної спільноти, що сприятиме підвищенню стандартів медичних послуг і покращенню здоров'я населення, впровадженню інноваційних підходів діагностики і лікування, а також залученню фінансових іноземних інвестицій.

Зважаючи на вищезазначене, важливим кроком у цьому напрямі є підписання міжнародних угод у сфері охорони здоров'я та участь у міжнародних програмах й ініціативах.

Таким чином, можна зробити висновок, що на сьогодні в управлінні системними змінами у сфері охорони здоров'я існує три основні пріоритети: 1) подолання основних проблем в медичній галузі; 2) вдосконалення законодавства; 3) реалізація активного міжнародного співробітництва. При цьому, реалізація кожного з цих пріоритетів є запорукою успішного реформування медичної сфери України, оскільки саме комплексний підхід, спрямований на вирішення основних проблем, вдосконалення законодавчої бази та сприяння активному міжнародному співробітництву, дозволить створити ефективну, доступну та якісну систему охорони здоров'я, яка забезпечить здоров'я та добробут усіх громадян.

3.2. МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМНИХ ЗМІН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПРИКЛАДІ ДРУЦКРОІ «ПОДІЛЛЯ»

Реалізація системних змін у сфері охорони здоров'я є складним і багатогранним процесом, який потребує застосування різноманітних механізмів та інструментів для досягнення запланованих цілей.

При цьому, одним з ключових аспектів цього процесу є розуміння структури системи державного управління охороною здоров'я, адже саме органи державної влади виступають основними суб'єктами реформування медицини в Україні. Отож, як відзначає З. Надюк, структура системи державного управління у цій галузі складається з трьох основних елементів:

- керівної підсистеми – суб'єктів державного управління, представлених органами державної влади, які відповідають за формування та реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я.;

- технологічної підсистеми – механізмів, функцій державного управління;

- керованої підсистеми – об'єктів державного управління, тобто закладів охорони здоров'я та фізичних осіб [85, с. 504].

І якщо керівну та керовану підсистеми ми ретельно проаналізували, надаючи загальну характеристику сучасного стану системи охорони здоров'я України, то технологічна підсистема, яка якнайкраще і демонструє механізм реалізації системних змін, досі залишається недостатньою дослідженою.

І. Сазонець та О. Вівсянник вважають, що інституційні механізми (або ж як їх ще називають – технологічна підсистема) управління охороною здоров'я представлені такими складовими, як політика, методи, важелі та інструменти [86, с. 227; 85, с. 504] (*Додаток 3*).

Так, політика являє собою загальні принципи та цілі, які визначають напрямок розвитку системи охорони здоров'я, та ґрунтується на аналізі потреб та проблем системи, а також на баченні бажаного майбутнього. Водночас методи – це конкретні способи та підходи, які використовуються для

досягнення цілей політики. Важелі, зі свого боку, є засобами впливу, які використовуються для реалізації змін у системі, а інструменти – це практичні засоби, які використовуються для реалізації методів.

Отож надаючи пояснення кожному з перерахованих інституційних механізмів, ми сформуваємо таку структуру технологічної підсистеми:

1. Державна політика:

- економічна – забезпечення сталого фінансування системи охорони здоров'я та розвиток механізмів державно-приватного партнерства, інвестування у медичну інфраструктуру та стимулювання інновацій в медицині;
- соціальна – забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення та підтримка соціально незахищених груп;
- фінансова – бюджетування та розподіл фінансових ресурсів для медичних установ;
- культурна – підвищення рівня обізнаності населення про здоровий спосіб життя та профілактику захворювань;
- промислова – розвиток медичної промисловості, зокрема, виробництва лікарських засобів та медичного обладнання;
- кадрова – заходи щодо підвищення кваліфікації медичних працівників, забезпечення належних умов праці та соціальних гарантій для медичного персоналу;
- сервісна – покращення якості медичних послуг, впровадження стандартів обслуговування в медичних установах;
- євроінтеграційна – адаптація українського законодавства до стандартів Європейського Союзу та розвиток міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я;
- політика сталого розвитку – забезпечення екологічної безпеки та здорового довкілля, а відтак підтримка заходів з охорони довкілля та боротьби зі змінами клімату, які впливають на здоров'я населення) [86, с. 227].

2. Методи:

– організаційні, що передбачають створення та реорганізацію медичних установ, управління кадровими ресурсами, оптимізацію процесів надання медичних послуг;

– економічні, які фокусуються на плануванні та контролі фінансових ресурсів, бюджетуванні, управлінні витратами та прибутками медичних закладів;

– психологічні, спрямовані на мотивацію персоналу, покращення робочої атмосфери, впровадження програм з психологічної підтримки та зменшення професійного вигорання;

– спеціальні, основою яких є впровадження новітніх медичних технологій та методів лікування, проведення наукових досліджень, розробка і впровадження інновацій;

– адміністративний, що передбачає розробку і виконання адміністративних регламентів, норм та стандартів, управління ліцензуванням та акредитацією медичних установ тощо [86, с. 227].

3. Важелі:

– економічні – механізми фінансового стимулювання та підтримки (гранти, субсидії, податкові пільги для медичних установ);

– фінансові – бюджетне фінансування, страхові фонди, механізми державно-приватного партнерства;

– правові – законодавчі акти, нормативні документи, що регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я;

– організаційні – структури управління, планування та координації медичних установ, системи моніторингу та контролю якості медичних послуг;

– політичні – державна політика, спрямована на підтримку та розвиток системи охорони здоров'я, зокрема через програми та стратегії розвитку [86, с. 227].

4. Інструменти:

– технології (інформаційні системи, електронні медичні картки, телемедицина та інші);

- програми, зокрема, державні та місцеві з розвитку охорони здоров'я, профілактики захворювань, підтримки здорового способу життя;
- концепції та стратегії розвитку медичної галузі, які визначають основні напрямки реформ та цілі розвитку;
- постанови, тобто нормативно-правові акти, які регулюють діяльність медичних установ, встановлюють стандарти та норми надання медичних послуг [86, с. 227].

Відтак інституційні механізми державного управління охороною здоров'я, представлені цими структурними елементами, створюють основу для ефективної реалізації системних змін, які спрямовані на покращення якості медичних послуг та забезпечення здоров'я населення.

Наприклад, розв'язати проблему недостатнього фінансування охорони здоров'я в Україні можливо лише за умови проведення нових реформ, заснованих на чітко сформульованій фінансовій політиці та реалізованих за допомогою економічних методів, фінансових важелів, державних програм, постанов та інших інструментів. Водночас боротьба із дефіцитом кваліфікованих кадрів передбачає також проведення кадрової політики із застосуванням психологічних методів та економічних важелів.

Таким чином, всі чотири елементи технологічної підсистеми тісно пов'язані між собою і разом являють цілісний механізм реалізації системних змін у сфері охорони здоров'я: політика визначає стратегічний напрямок розвитку системи, методи окреслюють конкретні кроки для досягнення цілей, важелі стимулюють та контролюють процес змін, а інструменти забезпечують практичне втілення задуманого.

3.3. МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМНИХ ЗМІН В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Системні зміни – це складний процес, в результаті якого в системі відбуваються комплексні та масштабні трансформації, що охоплюють різні аспекти суспільного життя. При цьому, успішне управління ними потребує чіткої стратегії, координації зусиль та співпраці держави з міжнародними організаціями та громадськістю.

Отож бачимо, що управління системними змінами в сфері охорони здоров'я, як і у більшості інших галузей, складається з триєдиної структури, яка охоплює співпрацю цих трьох основних суб'єктів, кожен з яких відіграє свою роль і потребує детального дослідження.

Вважаємо, що передусім варто згадати про значення громадськості та інституції громадянського суспільства «як рушійної сили багатьох перетворень, зокрема й у соціальній, економічній, політичній сферах» [16, с. 105].

Відповідно до ст. 24 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» «державні органи, заклади охорони здоров'я зобов'язані сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я» [60]. Вказане втілюється, зокрема, шляхом створення згідно із законодавством України наглядових та опікунських рад.

Досліджуючи відповідне питання, український вчений, директор клініки «Аксімед» О. Сіделковський справді вказав, що наразі «можна виокремити декілька вимірів участі громадськості у формуванні публічної політики у сфері охорони здоров'я громадян: правотворчий, організаційно-управлінський, правопросвітній і правозахисний» [16, с. 105-106].

Відтак, згідно з дослідженнями науковця, правотворчий вимір передбачає залучення громадськості до діяльності різного роду робочих груп, які здійснюють підготовку нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я [16, с. 106].

Водночас щодо організаційно-управлінської складової, то її суть полягає в тому, аби громадськість, представлена активними небайдужими, фахово орієнтованими громадянами, долучалася безпосередньо до «реального прийняття тих чи інших управлінських рішень суб'єктами владних повноважень у сфері охорони здоров'я» [16, с. 106].

Найбільш недооціненим виміром є правопросвітній, до якого, на думку О. Сіделковського, у держави часто «не доходять руки» [16, с. 106]. Він насамперед виражається у залученості громадськості до організації та проведення інформаційних кампаній, присвячених актуальним питанням у сфері охорони здоров'я. Зокрема, цей вимір передбачає участь населення у «тематичних лекціях, семінарах, інтерактивних тренінгах, реалізованих в межах програм «Street Law», тобто «практичного права», держаної та соціальної політики щодо формування та розвитку правосвідомості пацієнтів» [16, с. 106]. І хоча зазначена складова залученості громадян часто залишається поза увагою, однак варто зазначити, що наразі є чимало прикладів успішних проєктів у цьому напрямі. Приміром, на сайті Асоціації юридичних клінік України розміщено посібник «Практичне право: права пацієнтів (Інтерактивний курс медичного права)», використовуючи який студенти-правники та медики можуть долучатися до проведення просвітницьких заходів [87].

Останнім, однак на менш важливим виміром, науковець та практик називає правозахисний, який передбачає «залучення проактивної діяльності інституцій громадянського суспільства у напрямі посилення захисту прав пацієнтів» [16, с. 107]. Отож правозахисний вимір охоплює різноманітні аспекти діяльності, спрямовані на забезпечення прав і свобод пацієнтів, захист їхніх законних інтересів.

Отже, із вищенаведеного випливає, що інституції громадянського суспільства відіграють важливе значення в управлінні системними змінами. Так, громадськість здатна, по-перше, підтримувати системні зміни, висловлюючи свою згоду та активно беручи участь у їх реалізації, по-друге, здійснювати контроль за процесом реформування та моніторинг його

ефективності, по-третє, вносити пропозиції щодо вдосконалення системи охорони здоров'я й її адаптації до потреб і очікувань людей та, по-четверте, надавати допомогу і захист вразливим групам населення, які можуть певним чином постраждати при впровадженні системних змін.

Що стосується ролі міжнародних організацій, доречно зазначити, що співпраця України з ними має беззаперечні переваги для нашої держави, особливо в умовах повномасштабного вторгнення. Приміром, узяти хоча б співробітництво з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), яке забезпечило Україні можливість отримання гуманітарної допомоги у вигляді автомобілів швидкої допомоги, генераторів для лікарень, вакцин від коронавірусу та інших медичних засобів [88]. Також, співпраця з міжнародними організаціями, окрім іншого, відіграє важливе значення і для покращення інструментів доступу до інновацій та передового досвіду, формування позитивного іміджу України на міжнародній арені та зміцнення кадрового потенціалу шляхом залучення медичних працівників до програм обміну й навчання.

Так, на сьогодні існує чимало міжнародних організацій у сфері охорони здоров'я, які надають технічну допомогу, фінансові ресурси, експертні знання та сприяють впровадженню найкращих практик у медичній галузі. І. Сазонець та О. Вівсянник поділили усі міжнародні організації в цій царині на чотири основні групи:

– організації-майданчики, серед яких Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Всесвітня медична асоціація (WMA);

– організації-режими, до яких належать Міжнародна діабетична федерація (IDF), Міжнародне агентство з дослідження раку (IARC), Американська психологічна асоціація (APA), Всесвітня асоціація дій по захисту дитячого харчування (IBFAN) та Європейська рада Реаніматологів (ERC);

– організації гуманітарної допомоги, найвідомішими з яких є Міжнародний Комітет Червоного Хреста (МЧХ), Міжнародна організація з міграції (МОМ) та Лікарі без кордонів (MSF);

– професійні об'єднання лікарів, представлені Всесвітньою організацією сімейних лікарів (WONCA), Міжнародним товариством естетичної пластичної хірургії (ISAPS) та організацією «Право на здоров'я» (HRI) [86, с. 227].

На нашу думку, ця класифікація, розроблена І. Сазонцем та О. Вівсянником, дозволяє краще зрозуміти функції різних міжнародних організацій у сфері охорони здоров'я. Зокрема, аналізуючи її, ми з'ясували, що призначенням організацій-майданчиків є створення платформи для міжнародної співпраці, обміну досвідом та інформацією між країнами та медичними установам, а також сприяння гармонізації зусиль різних країн шляхом розроблення глобальних стандартів, рекомендацій та стратегій у сфері охорони здоров'я.

Щодо організацій-режимів, то їх діяльність зосереджуються на вирішенні специфічних медичних проблем, проведенні досліджень, розробці протоколів лікування та підвищенні рівня обізнаності про відповідні захворювання та стани.

Комітет Червоного Хреста, Міжнародна організація з міграції та Лікарі без кордонів, як організації гуманітарної допомоги, зі свого боку, надають екстрену медичну допомогу в умовах кризових ситуацій, таких як конфлікти, природні катастрофи та епідемії. Саме вони працюють у важкодоступних районах, забезпечуючи медичну допомогу та підтримку тим, хто найбільше цього потребує.

І насамкінець особливостями професійних об'єднань лікарів є те, що вони сприяють професійному розвитку лікарів, впроваджують нові медичні практики і стандарти, організовують конференції, семінари й тренінги, на яких медичні працівники, зокрема, отримують змогу обмінюватися досвідом і знаннями.

Таким чином, кожна з міжнародних організацій у сфері охорони здоров'я має свою унікальну місію та завдання, що доповнюють зусилля інших учасників системи охорони здоров'я. Завдяки їхній діяльності стає можливим ефективне реагування на виклики сучасного світу, покращення здоров'я населення та підвищення якості медичних послуг по всьому світу.

Однак слід враховувати, що міжнародні організації можуть надавати лише рекомендації та підтримку, тобто мати опосередкований, а не прямий вплив на систему охорони здоров'я України. Відтак рішення щодо змін та впровадження реформ приймаються винятково на національному рівні. Це зумовлено, як справедливо відзначають І. Сазонець та О. Вівсянник, насамперед закритим, усталеним характером та іншими специфічними умовами функціонування механізму державного управління медичною сферою [86, с. 224].

Так, хоча стандарти, розроблені міжнародними організаціями, і відіграють суттєве значення у реформуванні системи охорони здоров'я, проте вони повинні доповнюватися й ефективною національною політикою та управлінськими рішеннями. З огляду на це, вкрай важливо, аби Україна була відкрита для міжнародної співпраці та активно створювала нові зв'язки з міжнародними партнерами, а національні органи водночас розробляли та впроваджували стратегії та програми, які б відповідали реаліям і потребам нашої держави, та враховували при цьому й найкращі міжнародні практики, адаптуючи їх до місцевих умов, спричинених специфікою української системи охорони здоров'я, економічними можливості та соціальними факторами.

Отож саме держава в особі органів влади, що здійснюють управління в сфері охорони здоров'я, як основний суб'єкт прийняття рішень відіграє ключову роль в управлінні системними змінами, затверджуючи програмні заходи, що становлять основу функціонування системи охорони здоров'я [89, с. 147], визначаючи національні стратегії й пріоритети, створюючи правову базу, забезпечуючи ресурси і координацію зусиль, а також здійснюючи моніторинг і оцінку ефективності впроваджуваних змін, які є вкрай важливими при впровадженні змін.

Так, будь-яка цілеспрямована діяльність, зокрема і управління системними змінами, ґрунтується на трьох ключових етапах: 1) визначення цілей; 2) розробка плану дій, який описує конкретні кроки та заходи, необхідні

для реалізації поставлених цілей; 3) моніторинг реалізації плану дій та оцінка результатів виконаних робіт [90].

Отже, моніторинг та оцінка, які скорочено прийнято називати також як «МіО», є завершальним етапом впровадження, а відповідно і управління змінами, відповідальність за реалізацію якого покладено на державу.

На думку І. Циганенко, Л. Овчаренко та інших дослідників, моніторинг можна визначити як «тривалий, динамічний процес спостереження і збору матеріалу для адекватного оцінювання тих чи інших процесів» [91, с. 240] або ж як «постійний збір і реєстрацію інформації за наперед визначеним переліком показників (індикаторів)» [90]. Водночас оцінка являє собою «епізодичний аналіз досягнень, пов'язаних із реалізованою програмою або проектом» [90].

Відтак зазначені поняття не є синонімами, але тісно пов'язані між собою та доповнюють одне одного. Деякі вчені, серед яких і О. Мотайло, вважають, що оцінка, як і аналіз та прогноз, є елементом системи моніторингу [92]. Проте, на нашу думку, моніторинг і оцінку не можна визначати як ціле та частину. Моніторинг має констатуючий характер, тобто з його допомогою можна зафіксувати стан речей на певний момент часу, а оцінка ж має аналітичний характер, оскільки здійснюється на основі даних, отриманих у процесі моніторингу, і використовується для визначення ступеня досягнення поставлених цілей та виявлення проблем або успіхів при впровадженні системних змін у сферу охорони здоров'я.

Отже моніторинг надає дані для оцінки, а оцінка, зі свого боку, дозволяє зробити висновки щодо ефективності впроваджуваних змін.

Як наголошують Н. Романюк, Л. Романюк і О. Нагорна, в Україні станом на 2023 рік досі «відсутня єдина комплексна система звітування, моніторингу та аналізу даних щодо здоров'я населення» [93, с. 66]. Натомість вчені стверджують, що «наявна система обліку та звітності досить фрагментована, оскільки численні інституції (установи та заклади МОЗ й інші центри обліку інформації) збирають дані медичної та демографічної статистики, дані щодо ризиків для здоров'я, захворювань та травматизму тощо» [93, с. 66]. На

підтвердження цього вказують також оприлюднені на офіційних веб-порталах статті й документи. Зокрема, нам вдалося знайти окремі звіти з оцінки регіональної системи моніторингу і оцінки у сфері ВІЛ/СНІД, інформацію про посилення НЗСУ моніторингу за законтракованими медзакладами та проведення МОЗ спільно з НЗСУ моніторингу якості, кількості та структури медичних послуг, які надали хворим на інсульт лікарні, законтраковані НЗСУ за пакетом «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» [94-96]. Однак, як бачимо, ці дані і справді є надто розрізненими, не охоплюють усі аспекти охорони здоров'я населення, а тим паче не дають змогу оцінити ефективність впроваджуваних наразі реформ.

Так, відсутність єдиної системи моніторингу та оцінки впровадження змін ускладнює оцінку стану здоров'я населення, розробку ефективних програм профілактики та лікування захворювань, не дозволяє оптимізувати використання ресурсів системи охорони здоров'я та не дає можливості оцінити, на скільки змінилася якість медичних послуг з огляду на проведені в системі охорони здоров'я реформи [97]. З урахуванням зазначеного, ми переконані, що створення єдиної комплексної системи звітності, моніторингу та аналізу даних у цій сфері є важливим завданням для покращення стану здоров'я українців.

Водночас на противагу фрагментарному характеру здійснення збору даних, позитивним аспектом є те, що моніторинг та оцінка в Україні здійснюються як органами державної влади, так і органами місцевого самоврядування. Це дозволяє створити більш комплексну та точну картину стану системи охорони здоров'я.

Органи державної влади, зокрема і МОЗ України та НЗСУ, забезпечують загальнодержавні моніторинг та оцінку, що дозволяє виявляти та аналізувати загальні тенденції і проблеми на національному рівні. Це, як ми зазначали, охоплює збір статистичних даних, проведення досліджень та розробку рекомендацій для подальших дій, завдяки яким можна визначити пріоритетні напрямки реформ та оцінити ефективність вже впроваджених змін.

Що стосується місцевого рівня, де відповідальними за здійснення моніторингу і оцінки є органи місцевого самоврядування, то варто зазначити, що кожна громада має свої процедури здійснення МіО. Наприклад, у Вінницькій міській територіальній громаді використовуються алгоритми моніторингу і оцінки діяльності системи охорони здоров'я, а відтак і змін, які відбуваються у ній, із «застосуванням цифрових технологій, що дає можливість проводити оцінку потреб населення визначеної території у сфері охорони здоров'я» [98, с. 116-117].

Загалом тенденція до цифровізації не є нововведенням винятково Вінницької міської територіальної громади, адже вона виникла передусім як реакція на створення електронної системи охорони здоров'я в Україні (eHealth). Однак вагомим показником, що вказує на особливості алгоритму здійснення моніторингу у тій чи іншій громаді, є тип цифровізації, який вони обирають для себе.

У праці «Моніторинг та контроль у сфері охорони здоров'я на рівні місцевого самоврядування у сучасних умовах» Н. Коробчинською та А. Халецькою визначено, що у Вінниці система обліку та обробки даних у сфері охорони здоров'я громади діє за «горизонтальним» типом цифровізації, який «забезпечує взаємодію та об'єднання в єдину інформаційну мережу всіх муніципальних закладів охорони здоров'я та створює єдиний медичний інформаційний простір, де функціонує єдина електронна медична картка пацієнта» [98, с. 115].

Так, система моніторингу стану здоров'я у Вінницькій міській територіальній громаді, згідно зі схемою обліку, обробки та оцінки даних, розробленою Н. Коробчинською та А. Халецькою, ґрунтується на співпраці 15 медичних закладів міста та Департаменту охорони здоров'я, який є органом управління місцевого самоврядування у цій сфері. При цьому сам процес моніторингу фактично складається з двох етапів: 1) заповнення даних у облікових формах закладами охорони здоров'я; 2) зведення даних, показників й

індикаторів Департаментом охорони здоров'я та здійснення їх аналізу, оцінки і прийняття управлінських рішень [98, с. 116].

На нашу думку, така процедура є не надто ускладненою та водночас дозволяє виявляти проблеми та тенденції в стані охорони здоров'я населення, а також приймати обґрунтовані рішення щодо покращення ситуації. Однак недоліком все ж знову є вже згадана розрізненість даних про оцінку ефективності окремих впроваджуваних системних змін, яка не дозволяє отримати чітку та достовірну інформацію, що не ґрунтуватиметься на припущеннях, зроблених на основі показників стану здоров'я населення.

Відтак для розв'язання цієї проблеми ми пропонуємо органам державної влади зосередити свої зусилля на розробці «стандартизованої практики збору і використання досить широкого масиву інформації» [93, с. 66] для оцінки як стану здоров'я населення, так і ефективності впроваджуваних змін. Доречним у цьому контексті було б і створення єдиної платформи для збору і аналізу інформації та залучення громадськості й міжнародних партнерів до цього процесу. Зазначимо, що подолання розрізненості даних та впровадження єдиної системи обліку й аналізу є край важливим, адже дозволить значно підвищити ефективність управління системними змінами у сфері охорони здоров'я, забезпечуючи при цьому більш точну та обґрунтовану інформацію для прийняття управлінських рішень.

Також, погоджуючись із Т. Юрочко, О. Бабляком, Т. Бадіковим, В. Скибчиком, Д. Купирою, В. Курпітою, ми переконані, що вдосконалення механізму моніторингу і оцінки дієвості впроваджуваних змін у сферу охорони здоров'я має здійснюватися шляхом реалізації запропонованої дослідниками покрокової інструкції, яка визначає такі етапи змін: «1) розробка плану дій реалізації стратегії повоєнного відновлення усіх складових системи охорони здоров'я в Україні; 2) розробка та прийняття відповідної нормативно-правової бази втілення змін; 3) розробка комунікативної стратегії втілення змін та популяризації здоров'я; 4) цифровізація інформації в системі охорони здоров'я

та функціонування E-Health як системного інструменту для збору та аналізу даних» [97].

Цей алгоритм впровадження змін якнайкраще демонструє, що лише комплексний та системний підхід, який охоплює розробку стратегії, нормативно-правове забезпечення, комунікацію та цифровізацію, дозволить досягти значних успіхів у реформуванні медичної галузі. При цьому, слід зауважити, що чітка реалізація перерахованих етапів сприятиме водночас і побудові стійкої та ефективної системи охорони здоров'я в Україні, яка зможе відповідати сучасним викликам та потребам населення.

Зокрема, регулярний моніторинг допоможе відстежувати прогрес і відповідність реалізованих заходів стратегічним цілям, забезпечуючи таким чином можливість оперативного коригування напрямків дій, а оцінка ефективності впроваджених змін, зі свого боку, дасть змогу аналізувати результати та вплив нововведень на різні аспекти системи охорони здоров'я, включаючи доступність і якість медичних послуг, фінансову стійкість та задоволеність пацієнтів. Це сприятиме прозорості процесу реформування, дозволяючи громадськості та зацікавленим сторонам мати доступ до об'єктивної інформації про успіхи та недоліки реалізованих заходів.

Отож бачимо, що кожен суб'єкт в цій системі має свою роль і відіграє унікальне значення: держава забезпечує розробку та реалізацію ефективної державної політики щодо провадження системних змін задля вдосконалення медичної сфери, міжнародні організації надають технічну і фінансову підтримку та сприяють впровадженню міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я, а громадськість, зі свого боку, бере участь у процесі реформування, підтримуючи ініціативи, спрямовані на покращення системи охорони здоров'я, та здійснюючи контроль за дотриманням норм та стандартів.

У контексті вищезазначеного доречно зробити висновок, що ефективність реалізації системних змін в сфері охорони здоров'я залежить переважно від того, наскільки злагоджено будуть діяти держава, міжнародні організації та громадськість задля досягнення спільної мети. Лише синергія цих трьох

ключових суб'єктів дозволить впровадити суттєві та стійкі зміни, які забезпечать високу якість медичних послуг та покращення здоров'я населення України.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

З урахуванням результатів, отриманих в процесі дослідження сучасного стану системи охорони здоров'я України, з'ясовано, що на сьогодні в управлінні системними змінами у цій сфері існує три основні пріоритети: подолання основних проблем в медичній галузі, удосконалення законодавства та реалізація активного міжнародного співробітництва. Запропоновано способи розв'язання проблем недостатнього фінансування, корупції, дефіциту кваліфікованих кадрів, відсутності інструментів для доступу до інноваційних методів лікування і неефективного управління у медичній сфері та сформовано практичні рекомендації для вдосконалення законодавства, приміром, шляхом розробки та прийняття Медичного кодексу України.

Водночас обґрунтовано важливе значення практичної реалізації реформ в межах визначених пріоритетів. Зокрема, визначено структуру системи державного управління охороною здоров'я, у якій основними інституційними механізмами впровадження реформ є державна політика, методи, важелі та інструменти. Охарактеризовано кожен із цих елементів, а також на основі праць українських вчених сформовано структуру технологічної підсистеми державного управління охороною здоров'я.

Також у третьому розділі наголошено на важливості заручення підтримкою громадськості та міжнародних організацій при впровадженні системних змін у сферу охорони здоров'я. Проте акцентовано увагу і на тому, що хоча стандарти, розроблені міжнародними організаціями, та думка населення і відіграють суттєве значення у реформуванні медицини, однак вони повинні доповнюватися й ефективною національною політикою та управлінськими рішеннями. Відтак визначеного, що саме держава в особі органів влади, які відповідальні за управління в сфері охорони здоров'я, як основний суб'єкт прийняття рішень відіграє ключову роль в управлінні системними змінами, затверджуючи програмні заходи, що становлять основу

функціонування системи охорони здоров'я, а також здійснюють моніторинг та оцінку впроваджених змін [99, с.10].

Отож на підставі здійсненого дослідження зроблено висновок, що взаємодія держави, громадськості та міжнародних організацій дозволить впровадити суттєві та стійкі зміни, які забезпечать високу якість медичних послуг та покращення здоров'я населення України.

ВИСНОВКИ

Управління системними змінами в сфері охорони здоров'я є складним та багатогранним процесом, що потребує комплексного підходу і взаємодії різних суб'єктів: держави, громадськості та міжнародних організацій. Сучасні виклики, такі, як епідемії, демографічні зміни та економічні коливання тільки підкреслили важливість здійснення реформування медицини в Україні.

Відтак, виходячи з поставлених завдань, при здійсненні цього дослідження ми:

1) ретельно проаналізували стан дослідження заданої наукової проблеми та з'ясували, що на сьогодні він характеризується, по-перше, браком наукових праць управлінців, у яких було б вивчено можливість застосування моделей управління змінами не лише в організаціях, а й у галузі охорони здоров'я, та, по-друге, відсутністю єдиного комплексного дослідження, яке б розкривало як управлінські, так і медичні аспекти управління системними змінами у сфері охорони здоров'я;

2) розкрили теоретичні основи управління системними змінами, а відтак визначили поняття системних змін як комплексного та багатогранного процесу, впровадження якого вимагає здійснення цілого ряду підготовчих дій, серед яких аналіз поточного стану системи, визначення ключових напрямів для вдосконалення та розробки конкретних планів дій;

3) дослідили еволюцію теорії управління змінами, зокрема:

– охарактеризували теорії походження змін та різні моделі управління змінами, серед яких моделі К. Левіна, Е. Шейна, Дж. Коттера, «ADKAR» та інші;

– визначили, що основним інструментом управління системними змінами є модель системного мислення, яка являє собою цілісний підхід до аналізу системи, що зосереджується на дослідженні того, як різні її складові взаємодіють і впливають одна на одну, та дозволяє менеджерам бачити ціле, а не лише частини, аналізувати моделі змін, а не статичні дані, розуміти ключові

взаємозв'язки усередині системи та між системами, залучати різні думки та ідеї при вдосконаленні як всієї системи, так і окремих її компонентів, а також постійно навчатися та адаптуватися;

– з'ясували, що поява і розвиток терміну «теорія управління змінами» є результатом комплексного впливу різних факторів, що сприяли формуванню сучасних концепцій у цій галузі. При цьому дослідили, що жоден із трьох досліджених підходів не може заперечуватися, адже усі вони розглядають еволюцію теорії управління змінами з різних позицій: як складову стратегічного управління, як еволюцію розуміння та пояснення природи змін і підходів до управління ними або ж через відповідні моделі управління та їх генезис;

4) проаналізували основні етапи формування системи охорони здоров'я незалежної України, а відтак охарактеризували сучасний стан системи охорони здоров'я України;

5) визначили, що загалом система охорони здоров'я характеризується структурою закладів охорони здоров'я, фінансуванням, органами управління та законодавством. Так, структура закладів охорони здоров'я складається з трьох основних типів медичних закладів – державної, комунальної та приватної форм власності, які відповідно надають різні види медичної допомоги і можуть класифікуватися і за зазначеним критерієм також. Проаналізували управління ДРУЦКРОІ «Поділля», виокремили науково-практичні основи управління та сучасного менеджменту. З'ясували, що можна розширити перелік методів для підвищення ефективності управління на досліджуваному об'єкті. Щодо фінансової підтримки медичної сфери, то ми визначили, що наразі наявне суттєве недофінансування медицини в Україні, зокрема аналіз фінансової діяльності ДРУЦКРОІ «Поділля» за чотири роки продемонстрував несуттєві зміни зокрема у фонді заробітної плати на фоні значного здорожчання життя та інфляційних втрат;

б) з'ясували, що вітчизняна система охорони здоров'я відзначається наявністю п'яти основних системних проблем – недостатнього фінансування,

дефіциту кваліфікованих кадрів, відсутністю інструментів для доступу до інноваційних методів лікування, корупцією та неефективним управлінням. І хоча це не єдині проблеми, проте саме вони є найбільш руйнівними на сьогодні і водночас найбільш вкоріненими у медичну сферу, адже перейшли у спадок від Радянського Союзу;

7) на основі аналізу основних системних проблем у системі охорони здоров'я:

– по-перше, виокремили три основні стратегічні пріоритети управління системними змінами у сфері охорони здоров'я в Україні, а саме: 1) подолання основних проблем в медичній галузі; 2) вдосконалення законодавства; 3) реалізація активного міжнародного співробітництва;

– по-друге, запропонували способи розв'язання проблем недостатнього фінансування, корупції, дефіциту кваліфікованих кадрів, відсутності інструментів для доступу до інноваційних методів лікування та неефективного управління у медичній сфері;

– по-третє, сформували практичні рекомендації для вдосконалення законодавства, зокрема, підтримали ідею вітчизняних вчених щодо розробки та прийняття Медичного кодексу України;

– по-четверте, з'ясували, що реалізація кожного із визначених стратегічних пріоритетів управління системними змінами є запорукою успішного реформування вітчизняної медичної сфери, оскільки саме комплексний підхід, спрямований на вирішення основних проблем, вдосконалення законодавчої бази та активне міжнародне співробітництво, дозволить створити ефективну, доступну та якісну систему охорони здоров'я, яка забезпечить здоров'я та добробут усіх громадян;

) дослідили механізми реалізації системних змін у сфері охорони здоров'я, зокрема охарактеризували такі структурні елементи системи державного управління охороною здоров'я, як державна політика, методи, важелі та інструменти; сформували структуру технологічної підсистеми державного управління охороною здоров'я;

9) охарактеризували роль держави, міжнародних організацій та громадськості в управлінні системними змінами у сфері охорони здоров'я. Зокрема, з'ясували, що держава забезпечує розробку та реалізацію ефективної державної політики щодо провадження системних змін задля вдосконалення медичної сфери, міжнародні організації надають технічну і фінансову підтримку та сприяють впровадженню міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я, а громадськість, зі свого боку, бере участь у процесі реформування, підтримуючи ініціативи, спрямовані на покращення системи охорони здоров'я, та здійснюючи контроль за дотриманням норм та стандартів. При цьому визначили, що моніторинг і оцінка є важливими інструментами успішного впровадження та управління змінами в сфері охорони здоров'я, а відтак зробили висновок, що органам державної влади варто зосередити свої зусилля на розробці «стандартизованої практики збору і використання досить широкого масиву інформації» [93, с. 66] для оцінки як стану здоров'я населення, так і ефективності впроваджуваних змін, а також створити єдину платформу для збору та аналізу інформації і залучення громадськості й міжнародних партнерів до цього процесу.

Таким чином, вважаємо, що нам вдалося досягти мети роботи – здійснити глибокий теоретико-методологічний аналіз управління системними змінами в сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бочарова Н. О. Системні зміни в організації як елемент адміністрування в управлінні персоналом підприємств. *Сучасні наукові дослідження на шляху до євроінтеграції*: матер. міжнар. наук.-практ. форуму. (м. Мелітополь, 21-22 черв. 2019 р.). Мелітополь, 2019. С. 142-145.
2. Дмитрієв І. А., Курилова Н. М. Визначення поняття управління змінами, як основної складової діяльності сучасного підприємства. *Проблеми і перспективи розвитку підприємництва*. 2013. № 1. С. 102-106.
3. Мельник С. І., Коць Д. В. Характеристика сутності управління змінами на підприємстві. *Економіка та суспільство*. 2023. Вип. 51. URL: <http://surl.li/ufrgd> (дата звернення: 03.06.2024).
4. Наріжна Л. В., Сакун Л. М. Моделі управління організаційними змінами. *Сучасні виклики сталого розвитку бізнесу*: тези виступів II Міжнар. наук.-практ. конф. з пит. вищ. осв. і науки. (м. Житомир, 4-5 листоп. 2021 р.). Житомир: Житомирська політехніка, 2021. С. 175-176.
5. Rajan R., Ganesan R. A Critical Analysis of John P. Kotter's Change Management Framework. *Asian Journal of Research in Business Economics and Management*. 2017. Vol. 7, № 7. P. 181-203.
6. Nwachuku A., Okereka O. P., Mukoro A. Models and approaches to change and change management in modern organisations. *Jurnal Manajemen Indonesia*. Vol. 8(2). P. 109-120.
7. Мартиненко О. В. Система охорони здоров'я України в період 1917–2007 рр. керівники, події, факти, коментарі. *Новини медицини та фармації*. 2007. № 9 (213). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/1537> (дата звернення: 12.06.2024).
8. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134-140.

9. Барзилович А. Д. Механізми державного регулювання надання медичних послуг в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 1 (24). С. 86-90.
10. Барзилович А. Д. Методи державного регулювання ринку медичних послуг: прямого та непрямого впливу. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 21-22. С. 147-153
11. Барзилович А. Д. Перспективи публічного управління ринку медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2021. № 1 (28). С. 5-10.
12. Барзилович А. Д. Аналіз витрат на медичні послуги: світовий зріз. *Priority directions of science and technology development: матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 27-29 верес. 2020 р.)*. Київ, 2020. С. 119–124.
13. Сіделковський О. Л. Правове забезпечення єдиного медичного простору України: до постановки питання. *Публічне право*. 2018. № 2 (30). С. 126-131.
14. Сіделковський О. Л. Єдиний медичний простір у парадигмі розвитку медичного права України. *Публічне право*. 2019. № 2 (34). С. 113-119.
15. Сіделковський О. Л. Деякі проблеми правового регулювання діяльності приватних медичних закладів. *Форум права*. 2020. № 60 (1). С. 75-82.
16. Сіделковський О. Л. Участь громадськості як елемент формування публічної політики у сфері охорони здоров'я України: адміністративно-правовий вимір. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2020. № 2. С. 105-108.
17. Сіделковський О. Л. Суб'єкти формування та реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Публічне право*. 2020. № 1 (37). С. 116-123.
18. Сіделковський О. Л. Адміністративно-правові принципи створення єдиного медичного простору України. *Форум права*. 2019. № 58(5). С. 64-71.

19. Сіделковський О. Л. Відомчі заклади охорони здоров'я у системі єдиного медичного простору: організаційно-правові засади. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2019. № 4 (3). С. 160-164.

20. Назарко Ю.В. Проблеми та перспективи розвитку права людини на охорону здоров'я в Україні. *Сучасні проблеми правового, економічного та соціального розвитку держави*: тези доп. Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Харків, 30 листоп. 2018 р.). Харків, 2018. С. 333-335.

21. Капітан О. Проблеми та напрями удосконалення національного законодавства у сфері охорони здоров'я. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Серія: «Юридичні науки». 2022. № 3 (35). С. 128-134.

22. Гавриш Т., Харитонов О. Подолання спадщини тоталітаризму в українській медицині: місія нездійсненна? *Дзеркало тижня*. URL: <http://surl.li/umwmf> (дата звернення: 12.06.2024).

23. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні: адміністративно-правовий аналіз основних законопроектів. *Юридична наука і практика*. 2011. № 1. С. 71-77.

24. Стеценко В. Ю. Медичне страхування як складова системи страхування (правові аспекти). *Форум права*. 2009. № 3. С. 597-602.

25. Стеценко В. Ю. Предмет, метод і система медичного права. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали I Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Львів, 12–20 квіт. 2007 р.). Львів, 2007. С. 297-301.

26. Стеценко В. Ю. Реформування охорони здоров'я в Україні: правові питання. *Право. Серія 18: Економіка і право*. 2016. Вип. 31. С. 107–110.

27. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування: поєднання публічного та приватного права. *Публічне право*. 2014. № 3 (15). С. 162-168.

28. Стеценко В. Ю. Адміністративно-правові засади забезпечення якості медичної допомоги. *Вісник ОНУ імені І. І. Мечникова. Правознавство*. 2012. Т. 17. Вип. 1/2 (16/17). С. 147-153.

29. Заморська Л. І. Інтеграція поняття медичного права в українській юриспруденції. *Вісник Південного регіонального центру Національної академії правових наук України*. 2019. № 20. С. 8-13.

30. Заморська Л. І. Нормативні засади медичного права України. *Вісник Південного регіонального центру Національної академії правових наук України*. 2020. № 22. С. 7-12.

31. Татаренко О., Бачук А., Власюк І. В Україні скоротилась кількість медиків: кого бракує у галузі і скільки знайшли роботу в Польщі. *Суспільне Рівне*. URL: <http://surl.li/uqalm> (дата звернення: 17.06.2024).

32. ЗМІНИ – тлумачення, орфографія, новий правопис онлайн. *Словник*. URL: <https://slovnyk.ua/index.php?swrd=Зміни> (дата звернення: 05.06.2024).

33. Грінченко Р. В. Класифікація змін у діяльності підприємств. *Економіка і суспільство*. 2017. № 12. С. 223-226.

34. Дмитрієв І. А., Курилова Н. М. Основні підходи до створення схеми класифікації змін на підприємстві. *Проблеми і перспективи розвитку підприємництва*. 2014. № 2 (2). С. 166-173.

35. Системний. *Укрліт.org*. URL: <http://ukrlit.org/slovnyk/системний> (дата звернення: 04.06.2024).

36. СИСТЕМА – тлумачення, орфографія, новий правопис онлайн. *Словник*. URL: <https://slovnyk.ua/index.php?swrd=система> (дата звернення: 04.06.2024).

37. Як перекладається слово Система українською. *Словотвір*. URL: <https://slovotvir.org.ua/words/systema> (дата звернення: 03.06.2024).

38. Howard A. R. Unpacking Systematic and Systemic Change in the Workplace. *LinkedIn*. URL: <http://surl.li/ufrsu> (дата звернення: 03.06.2024).

39. Приймак Н. С. Еволюція теорії управління змінами. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Економіка*. 2019. Вип. 1 (53). С. 108-115.

40. Lewin's Change Theory (Definition + Examples). *Practical Psychology*. URL: <https://practicalpie.com/lewins-change-theory/> (дата звернення: 05.06.2024).

41. Корецька Н. Порівняльний аналіз моделей управління змінами. *Економічний форум*. 2022. № 4. С. 90-98.
42. Raza M. Lewin's 3 Stage Model of Change Explained. *BMC Blogs*. URL: <http://surl.li/ugwhn> (дата звернення: 05.06.2024).
43. Aktas M. Lewin's Change Model - everything you need to know. *UserGuiding*. URL: <http://surl.li/ugwjz> (дата звернення: 05.06.2024).
44. Schein E. H. Kurt Lewin's Change Theory in the Field and in the Classroom: Notes Toward a Model of Managed Learning. 1995. 33 p. URL: <http://surl.li/ugwrp> (дата звернення: 05.06.2024).
45. Hussain S. T., Lei S., Akram T., Haider M. J., Hussain S. H., Ali M. Kurt Lewin's change model: A critical review of the role of leadership and employee involvement in organizational change. *Journal of Innovation & Knowledge*. 2018. Vol. 3. Issue 3. P. 123-127.
46. Kotter J.P. Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*, 2007. 10 p.
47. How Microsoft used change management best practices to launch a new business intelligence platform. *Microsoft*. URL: <http://surl.li/uihnr> (дата звернення: 08.06.2024).
48. Bridges Transition Model - William Bridges Associates. *William Bridges Associates*. URL: <https://wmbridges.com/about/what-is-transition/> (дата звернення: 08.06.2024).
49. James S. Human Consciousness Evolution: Understanding Human Nature | Clare Graves & Spiral Dynamics. *LinkedIn*. URL: <http://surl.li/uihsc> (дата звернення: 08.06.2024).
50. Cabral C. The Systems Thinking Model: Why You Need It. *Shortform*. URL: <http://surl.li/uiibp> (дата звернення: 08.06.2024).
51. Бабаєв. М.Д. «Еволюція теорії управління змінами. Модель системного мислення як основа управління системними змінами». Збірник матеріалів круглого столу «Філософія публічного управління, менеджменту та функціонування медіа» (Вінниця, 18.11.2024 р.) Вінниця, 2024 С. 9-14

52. Дубодєлова А. В., Лісовська Л.С., Бандрівський Р.Р. Типологія мислення в управлінській діяльності. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Серія : *Проблеми економіки та управління*. 2015. № 815. С. 207-214.

53. МИСЛЕННЯ – тлумачення, орфографія, новий правопис онлайн. *Словник*. URL: <https://slovnyk.ua/index.php?swrd=мислення> (дата звернення: 09.06.2024).

54. Психологія мислення та інтелекту. Уява. *TDMUV*. URL: <http://surl.li/uiyuck> (дата звернення: 09.06.2024).

55. Мистецтво системного мислення. *Києво-Могилянська Бізнес Школа (KMBS)*. URL: <http://surl.li/uiydu> (дата звернення: 09.06.2024).

56. Лехан В.М. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек. Дніпропетровськ, 2016. 53 с.

57. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p#Text> (дата звернення: 14.06.2024).

58. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII : станом на 11 лют. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 14.06.2024).

59. Шість років закону про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: <http://surl.li/umwro> (дата звернення: 14.06.2024).

60. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII : станом на 19 квіт. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 14.06.2024).

61. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI : станом на 1 січ. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення: 14.06.2024).

62. Заклади надання паліативної допомоги. *Урядовий контактний центр*. URL: <http://surl.li/umwyn> (дата звернення: 14.06.2024).

63. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад, посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я та посад фахівців у галузі охорони здоров'я з у закладах охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 : станом на 16 січ. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text> (дата звернення: 14.06.2024).

64. Бюджет 2023 року. *Міністерство Фінансів України*. URL: https://mof.gov.ua/uk/budget_2023-582 (дата звернення: 14.06.2024).

65. Криничко Л. Р., Ляхович Г. І. Системний підхід до методології державного управління системою охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 2. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1945> (дата звернення: 14.06.2024).

66. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова Каб. Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267 : станом на 15 листоп. 2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п#Text> (дата звернення: 14.06.2024).

67. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Каб. Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101 : станом на 29 лют. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п#Text> (дата звернення: 14.06.2024).

68. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. № 9 (2). С. 86-100.

69. Електронна система охорони здоров'я в Україні. URL: <https://ehealth.gov.ua/> (дата звернення: 15.06.2024).

70. Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками : Постанова Каб. Міністрів України від 12.08.2015 р. № 647 : станом на 23 серп. 2022 р. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-п#Text> (дата звернення: 15.06.2024).

71. Законотворча діяльність в комітетах Верховної Ради України. *Верховна Рада України*. URL: <http://surl.li/unzhhb> (дата звернення: 15.06.2024).

72. Департамент охорони здоров'я та реабілітації. *Вінницька обласна військова адміністрація*. URL: <https://vin.gov.ua/departament-okhorony-zdorovia> (дата звернення: 15.06.2024).

73. Департамент охорони здоров'я. *Львівська обласна військова адміністрація*. URL: <http://surl.li/stlsnp> (дата звернення: 15.06.2024).

74. Департамент охорони здоров'я. *Тернопільська обласна військова адміністрація*. URL: <http://surl.li/dshhpi> (дата звернення: 15.06.2024).

75. Демченко І.С. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я. *Вчені записки ТНУ ім. В.І. Вернадського. Серія: юридичні науки*. 2019. Т. 30 (69) № 6. С. 7-13.

76. Витрати на охорону здоров'я та доступ до лікування. 2019. 106 с. URL: <http://surl.li/urjmi> (дата звернення: 17.06.2024).

77. Яка середня заробітна плата лікарів у 2023 році. *Бухгалтерія для бюджету та ОМС*. URL: <http://surl.li/sgqmn> (дата звернення: 31.03.2024).

78. Калініченко А., Сілі І. І. Інновації в медицині: вплив цифрових технологій на діагностику та лікування. *Наукова молодь-2023: збірник матер. XI Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених (Київ, 21 листоп. 2023 р.)*. / упоряд.: А. Яцишин. Київ: ЦП «КОМПРИНТ», 2023. С. 75-78.

79. Корупція в Україні 2022: розуміння, сприйняття, поширеність. Звіт за результатами опитування населення та бізнесу. Київ, 2023. 172 с.

80. Корупція в Україні 2023: розуміння, сприйняття, поширеність. Звіт за результатами опитування населення та бізнесу. Київ, 2023. 131 с.

81. Банчук М.В., Марценюк В.П. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузі охорони здоров'я України. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2010, № 3. С. 10-17.

82. Горин В., Савчук С., Борис В. Характеристика основних світових моделей фінансування охорони здоров'я. *Фінансове забезпечення сталого розвитку*: збірник наукових праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія Західноукраїнського національного університету. Тернопіль: ЗУНУ, 2023. Вип. 3. Т. 1. С. 65-71.

83. «ДРУЦКРОІ «Поділля». Бухгалтерська звітність і фінансовий аналіз за 2020 рік. за https://zvitnist.com/33448937_DERZHAVNA_REABILITACIYNA_USTANOVA_CENTR_KOMPLEKSN#zvit

84. Про схвалення Стратегії комунікацій у сфері запобігання та протидії корупції на період до 2025 року і затвердження операційного плану заходів з її реалізації : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 22.12.2023 р. № 1203-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1203-2023-p#Text> (дата звернення: 21.06.2024).

85. Надюк З. Механізми державного управління національною системою охорони здоров'я. *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*. 2009. №. 14. С. 502-508. URL: <https://repozytorium.ur.edu.pl/handle/item/8884> (дата звернення: 27.06.2024).

86. Сазонець І. Л., Вівсянник О. М. Передумови функціонування міжнародних організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 221-230.

87. Практичне право: права пацієнтів (Інтерактивний курс медичного права). *Асоціація юридичних клінік України*. URL: <http://surl.li/lwahkl> (дата звернення: 26.06.2024).

88. Собенко Н., Гудзь І. Генератори, ліки, вакцини: Як ВООЗ допомагає Україні під час війни. *Суспільне Новини*. URL: <http://surl.li/hhjlsg> (дата звернення: 26.06.2024).

89. Шалько М. Н. Роль держави в ефективному управлінні системою охорони здоров'я. *Економіка, управління та адміністрування*. 2023. 3 (105). С. 146-149.

90. 5.1 Моніторинг і оцінка: базові поняття. *Основи здоров'язбережної компетентності: курс підготовки вчителів*. URL: <http://surl.li/jzrrbt> (дата звернення: 29.06.2024).

91. Циганенко І. В., Овчаренко Л. К. Моніторинг як основа оцінки якості освіти у вищих медичних навчальних закладах. *Актуальні питання контролю якості освіти у вищих медичних навчальних закладах*: матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю (м. Полтава, 22 берез 2018 р.). Полтава: РВВ УМСА, 2018. С. 240-241.

92. Мотайло О. В. Трансформація мети, функцій, завдань та принципів системи моніторингу за станом здоров'я населення України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 12. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1897> (дата звернення: 29.06.2024).

93. Романюк Н.Є., Романюк Л.М., Нагорна О.П. Моніторинг стану здоров'я як основний елемент визначення проблем громадського здоров'я в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 1 (95). С. 66-69.

94. Моніторинг і оцінювання. *Центр громадського здоров'я МОЗ України*. URL: <http://surl.li/tgcliq> (дата звернення: 29.06.2024).

95. НСЗУ посилить моніторинг за законтракованими медзакладами – рішення Уряду. *Урядовий портал*. URL: <http://surl.li/kmnhmd> (дата звернення: 29.06.2024).

96. Ефективний менеджмент в інсультних центрах – один з ключових факторів покращення медичної допомоги пацієнтам. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: <http://surl.li/czfqjx> (дата звернення: 29.06.2024).

97. Юрочко Т., Бабляк О., Бадіков Т., Скибчик В., Купира Д., Курпіта В. Система охорони здоров'я в Україні (СОЗ). *UAREforms*. URL: <https://uareforms.org/pages/new-page-655> (дата звернення: 29.06.2024).

98. Коробчинська Н., Халецька А. Моніторинг та контроль у сфері охорони здоров'я на рівні місцевого самоврядування у сучасних умовах. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Екологія. Публічне управління та адміністрування»*. 2023. Вип. 3. С. 111-118.

99. Бабаєв М.Д.«Моніторинг та оцінка ефективності управління в сфері охорони здоров'я». Збірник матеріалів Науково-практичного симпозіуму «Ринок праці, людський капітал та професійна орієнтація молоді в умовах війни» (Вінниця, 10.05.2024 р.). Вінниця, 2024. С.12-15.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Модель управління змінами С. Т. Хусейна, Ш. Лея, Т. Акрама,
М. Дж. Хайдера, С. Х. Хусейна, М. Алі



Джерело: складено автором на основі [45, с. 126].

Положення про Державну реабілітаційну установу «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Поділля» (витяг)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
від 07 серпня 2017 року № 1274

(у редакції наказу Міністерства
соціальної політики України
від 13 листопада 2020 року № 765)

Заступник Міністра соціальної
політики України



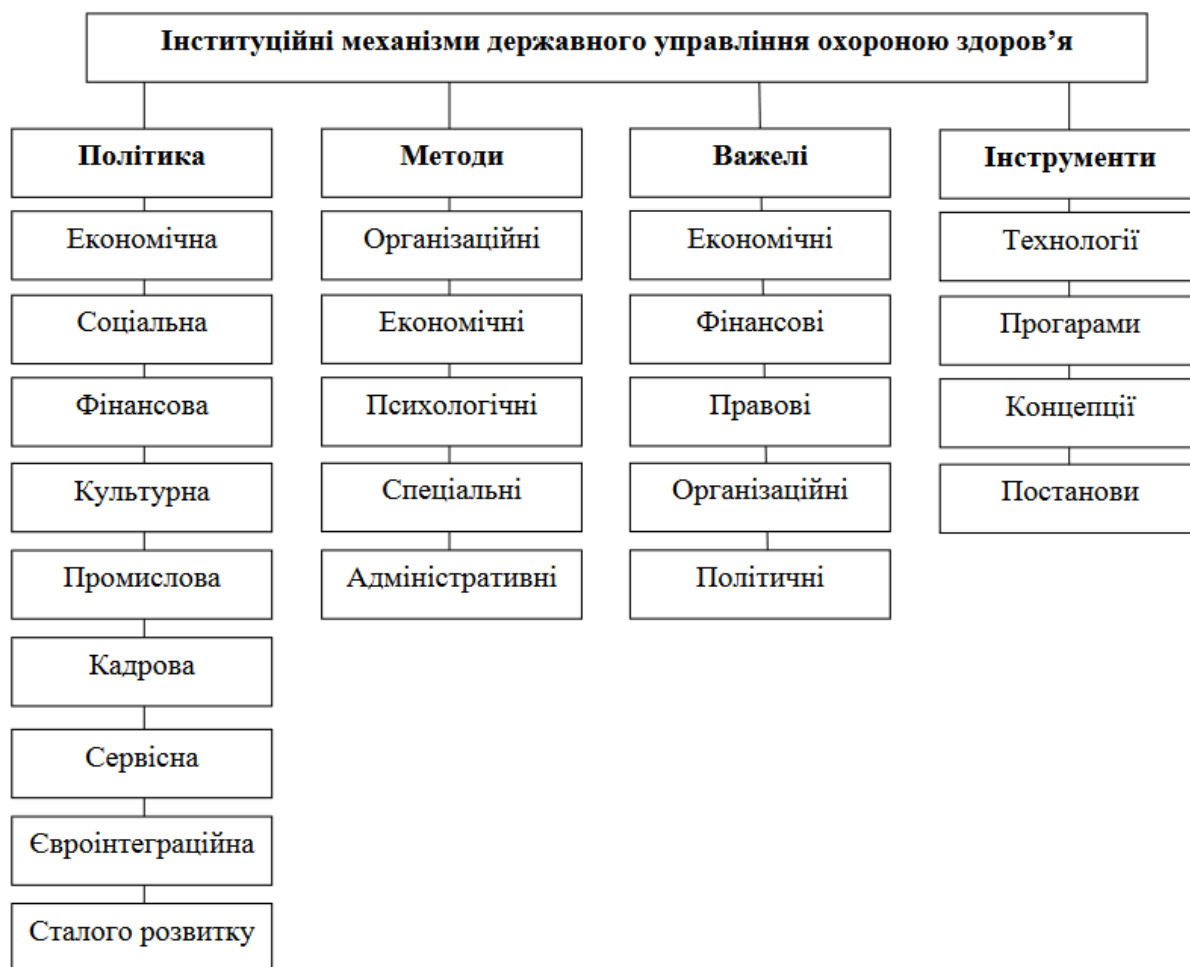
В. Музиченко

ПОЛОЖЕННЯ
ПРО ДЕРЖАВНУ РЕАБІЛІТАЦІЙНУ УСТАНОВУ
„ЦЕНТР КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ
ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ „ПОДІЛЛЯ”

(нова редакція)

2020 рік

Інституційні механізми державного управління охороною здоров'я



Джерело: [86, с. 227].