

Заклад вищої освіти “Український католицький університет”

Факультет суспільних наук

Кафедра державного управління

Кваліфікаційна робота

на тему:

“Лідерство при реалізації політики у сфері охорони здоров'я”

Виконала: студентка II курсу, групи

СПА21

Галузі знань 28 “Публічне
управління та адміністрування”

Спеціальності 281 “Публічне
управління та адміністрування”

Освітньої програми “Публічне
управління та адміністрування”

Освітній ступінь магістр

Рожок О.С.

Керівник к.м.н., доц. Троцький Г. М.

Рецензент к.м.н., доц. Камуть Н.В.

Львів – 2023 рік

Рожок О.С. “Лідерство при реалізації політики у сфері охорони здоров'я”: Кваліфікаційна робота (281 “Публічне управління та адміністрування”) О.С. Рожок / Український католицький університет. Кафедра державного управління; Науковий керівник: к.м.н. Троцький Г.М. – Львів: УКУ, 2023. – 82 с.

Анотація: У цій роботі розкрито питання реалізації політик у сфері охорони здоров'я та вплив явища лідерства на цей процес. Розглянуто основні теоретичні підходи до формування лідерів серед управлінців-медиків. Проведено аналіз інституційної медичної реформи в Україні, проведено оцінку ефективності. Надано рекомендації щодо нарощення лідерського потенціалу серед медиків, залучення професійних медичних організації до реалізації політик задля продовження трансформації охорони здоров'я. Надано пропозиції щодо укріплення інституційної сили Національної служби здоров'я України.

Ключові слова: лідерство, реформа системи охорони здоров'я, НСЗУ, реалізація політик, цикли політики.

Abstract: The issue of implementation of health care policies and the influence of the leadership phenomenon on this process is revealed in this work. The main theoretical approaches to the formation of leaders among medical managers are considered. An analysis of the institutional medical reform in Ukraine was carried out, and an assessment of its effectiveness was carried out. Recommendations are given on increasing the leadership potential among doctors, involving professional medical organizations in the implementation of policies for the health care transformation continuation. Suggestions on strengthening the institutional power of the National Health Service of Ukraine were made.

Key words: leadership, healthcare system reform, NHSU, policy implementation, policy cycles.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади лідерства у системі охорони здоров'я.....	10
1.1. Моделі системи охорони здоров'я. Практичні аспекти, переваги, недоліки.....	10
1.1.1. Модель Беверіджа	11
1.1.2. Модель Бісмарка.....	13
1.1.3. Модель національно медичного страхування.....	15
1.1.4. Модель приватної медицини чи “з власної кишені”.....	16
1.2. Засадничі принципи лідерства.....	19
1.2.1. Агенти змін у сфері охорони здоров'я.....	20
1.2.2. Кризове лідерство на прикладі пандемії.....	24
1.2.3. Фундаментальна різниця між менеджментом та лідерством.....	29
1.3. Лідерство у формуванні та реалізації політик у сфері охорони здоров'я.....	31
Висновки до розділу 1.....	37
РОЗДІЛ 2. Інституційна реформа СОЗ в Україні. Порівняльна оцінка ефективності.....	39
2.1. Порівняльний аналіз національних служб здоров'я України та Великої Британії.....	39
2.2. Аналіз опитування серед медиків “Лідерство у сфері охорони здоров'я України”.....	45
Висновки до розділу 2	58
РОЗДІЛ 3. Рекомендації щодо удосконалення ефективності роботи Системи охорони здоров'я України, шляхом нарощування лідерського потенціалу НСЗУ та медиків управлінців.....	61

3.1 Утримання лідерства та ефективного менеджменту для НСЗУ, шляхом оновлення комунікаційної стратегії	61
3.2 Система лобіювання медичних інтересів у владі шляхом формування міцних, впливових професійних медичних та пацієнтських організацій.....	66
3.3 Навчальна програма в медичних закладах освіти, як додатковий курс з медичного лідерства та медичного менеджменту.....	70
Висновки до розділу 3	74
ВИСНОВКИ	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

СОЗ – Система охорони здоров'я

ЗОЗ – Заклади охорони здоров'я

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ЕСОЗ – Електронна система охорони здоров'я

ПМД – Первинна медична допомога

ТМО – Територіальне медичне об'єднання

ЦБД – Центральна база даних

ЕМЗ – Електронні медичні записи

КНП – Комунальне некомерційне підприємство

МІС – Медична інформаційна система

ПМГ – Програма медичних гарантій

СМД – Спеціалізована медична допомога

ВСТУП

Актуальність теми. Система охорони здоров'я поєднує в собі інституції, організації та людей основною метою яких є зміцнення, відновлення та підтримка здоров'я. Всі дії в межах системи охорони здоров'я спрямовані на покращення загального благополуччя, шляхом подовження тривалості та якості життя. Середня тривалість життя населення є одним з ключових показників успішності та процвітання країн, чим більша тривалість життя тим успішніша країна. Доступність системи охорони здоров'я є одним з основних елементів системи державного управління, що впливає на цей показник. У 2014 році після Революції Гідності розпочались значні зміни та реформи у державному секторі України і у системі охорони здоров'я, зокрема. Реформа, яка розпочалась у 2016 році спрямована досягнути рівного доступу до медичної допомоги усього населення України, в центрі цієї системи – пацієнт. Реформа охорони здоров'я в Україні зазнала значних змін, що мають важливий економічний аспект. За допомогою реформи, було реалізовано стратегічні заходи для покращення фінансування системи охорони здоров'я та ефективного використання ресурсів. Наприклад, згідно з даними Міністерства фінансів України, виділення коштів на охорону здоров'я зросло з 3,7% ВВП у 2014 році до 4,8% ВВП у 2020 році [1]. Це свідчить про збільшення фінансових ресурсів, спрямованих на покращення якості та доступності медичних послуг. Також, в рамках реформи було запроваджено нові механізми фінансування, зокрема, систему капітаційної ставки, яка передбачає виділення фінансових ресурсів на кожного зареєстрованого пацієнта. Цей підхід дозволяє забезпечити розподіл фінансових ресурсів з урахуванням потреб населення та забезпечити більш ефективне використання коштів. Реформа передбачала створення єдине закупівельника медичних послуг Національної служби здоров'я України.

Всі ці заходи спрямовані на покращення фінансової стійкості системи охорони здоров'я, забезпечення більш раціонального використання фінансових ресурсів та підвищення якості надання медичних послуг населенню. Таким чином в часі реформи українська медична система перейшла від застарілої системи фінансування Семашко до системи Беверіджа. Ключовими у системі є засада “гроші ходять за пацієнтом”, центральний орган виконавчої влади – НСЗУ, ця інституція стає єдиним джерелом закупівлі послуг, програма медичних гарантій, що передбачає основну медичну допомогу і прямує до повного покриття усіх медичних потреб населення. Реформи, які відбуваються у системі державного врядування потребують залучення великої кількості ресурсів фінансових, часових, а особливо людських. Система охорони здоров'я одна із найскладніших систем у державному управлінні, трансформації такої організації потребує великої жертвовності та чіткої візії змін, потребує залучення людей, які готові ставити інтереси держави вище своїх. Лідери мають основний вплив на реалізацію та впровадження політик в сфері охорони здоров'я – це гіпотеза, яку ця робота поликана спростувати чи підтвердити. Робота спрямована на аналіз впливу лідерства у формуванні політик для подальшої трансформації системи охорони здоров'я, удосконалення безперервного розвитку лікарів та навчання молодих медиків, формування нової генерації управлінців.

Національна служба здоров'я України новостворена інституція на зразок британської національної служби здоров'я NHS, їй відведена значна роль у медичній системі України, адже ця структура є основним закупівельником медичних послугу. Важливо розуміти силу впливу та роль цієї організації, аби розуміти що саме треба зміцнювати чи змінювати. Робота спрямована проаналізувати інституційну силу НСЗУ та її вплив на подальшу трансформацію української медицини. Відповісти на питання: чи існування такої агенції сприяє покращенню якості медичної допомоги.

Складність при розгляді лідерства у сфері охорони здоров'я полягає в тому, що більшість теорій не були розроблені в контексті медицини, а зазвичай розроблялися для бізнес-середовища, а потім застосовувалися в охороні здоров'я. Робота передбачає аналізі явища лідерства саме для системи охорони здоров'я, враховуючи всі етичні засади та особливості роботи у цій сфері.

Мета і завдання: визначити стан реформи системи охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі, виявити роль лідерства на ефективність реформування, розробити рекомендації щодо ефективності роботи СОЗ України шляхом нарощування лідерського потенціалу серед управлінців у цій сфері.

Завдання дослідження:

- Проаналізувати явища лідерства в системі охорони здоров'я України. Вплив лідерства на процеси формування та впровадження політики у сфері ОЗ.
- Визначити шляхи удосконалення та закріплення лідерської позиції НСЗУ, як основної інституції змін у сфері охорони здоров'я України.
- Обґрунтувати потребу у формуванні агентів змін, як запоруки ефективного врядування як на мікро- так і на макрорівнях.
- Визначити етап у циклі політики, де явище лідерства буде найбільш прикладним.

Об'єкт дослідження: явище лідерства в системі охорони здоров'я України.

Предмет дослідження: вплив та значення лідерства на реалізацію політики у сфері ОЗ України.

Методи дослідження: спостереження, аналіз, узагальнення, класифікація, опитування, систематизація.

Структура кваліфікаційної роботи. Ця робота складається з трьох основних розділів: теоретичного, аналітичного та проектного, а також зі вступу та висновків. У першому розділі розглянуто теоретичні засади лідерства у системі охорони здоров'я, розкрито питання відмінності лідерства та менеджменту, а також роз'яснено теоретичні засади лідерства при формуванні політик. У другому розділі проведений порівняльний аналіз національних служб здоров'я України та Великої Британії та проаналізовано результати опитування проведеного серед медиків на тему “Лідерство у сфері охорони здоров'я”. Третій розділ містить рекомендації щодо вдосконалення роботи СОЗ України, рекомендації побудовані на основі висновків з проведених аналізів.

Обсяг роботи складає: 82 стор. Кількість рисунків – 11. Кількість таблиць – 1.

Список використаних джерел включає в себе – 54 найменування.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЛІДЕРСТВА У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Моделі системи охорони здоров'я. Практичні аспекти, переваги, недоліки

Сфера охорони здоров'я одна із провідних галузь світової економіки. Щороку витрати на охорону здоров'я зростають, таким чином вичерпуючи запаси цільових фондів та бюджетів держав. До прикладу, витрати на охорону здоров'я продовжують залишатися основною проблемою федеральної політики США: цільовий фонд Medicare, як очікується, буде вичерпаний у 2026 році, а до 2027 року охорона здоров'я становитиме 32,9% від усіх федеральних витрат [2]. За період з 2019 по 2020 рік середні витрати на охорону здоров'я на душу населення зросли на 5,5% у країнах-членах ЄС, тоді як ВВП на душу населення стрімко впав майже на 5% за той самий період. В результаті витрати на охорону здоров'я як частка ВВП суттєво зросли на 1 відсотковий пункт до 10,9% у 2020 році в усьому Європейському Союзі [3]. Через значний вплив на світову економіку охорона здоров'я привертає велику увагу політиків, урядовців та управлінців. Зрозуміло, що після війни та і у будь-який інший час ресурси є обмежені. Вміти управляти таким набором – це мистецтво. Сфера ОЗ потребує менеджерів змін, потребує лідерів, які не бояться викликів та криз, які готові працювати в умовах невизначеності, які не бояться помилок та вміють працювати з обмеженими ресурсами. Управління ОЗ це не лише про гроші, це ще й про основне – людські ресурси. Пандемії Covid-19 була викликом для всіх існуючих систем охорони здоров'я у світі. Незважаючи на бюджети чи масштаби системи охорони здоров'я певних країн зазнавали колапсу і навпаки утримались ті системи, які б мали впасти першими.

У звіті Всесвітньої організації охорони здоров'я (2000) система охорони здоров'я визначається як така, що включає всі організації, установи та ресурси, які спрямовані на здійснення дій у сфері охорони здоров'я [4]. СОЗ – це не лише про структури, де надають медичні послуги, це і про міжгалузеві зв'язки медиків персоналу, що спрямовані на покращення здоров'я населення. У світі налічується близько 200 країн з різними системами охорони здоров'я, проте в залежності від джерела фінансування всіх їх можна згрупувати в 4 основні типи: модель Беверіджа, модель Бісмарка, модель Національного медичного страхування, модель “з власної кишені”. Наявність такого розподілу є все ж більш теоретичним, бо в більшості країн є своя унікальна система, що поєднує декілька варіантів фінансування системи ОЗ. Для кращого розуміння нижче буде наведено стислий опис кожної з систем.

1.1.1. Модель Беверіджа

Названа на честь Вільяма Беверіджа, соціального реформатора, хто розробив цю модель у 1948 році й заснував Британську національну службу здоров'я. У цій системі охорони здоров'я послуги надаються та фінансуються урядом за рахунок податків, подібно до поліції. Це вперше було створено систему, в якій повністю безкоштовне медичне обслуговування на основі громадянства, а не сплати зборів чи страхування. Для цієї моделі характерна централізація медичної системи, характерне утворення потужних інститутів таких як Національна система охорони здоров'я (NHS – у Британії, INSALUD – Іспанія та НСЗУ в Україні) [5]. Фінансування медицини податком на прибуток робить медичне обслуговування безкоштовним на місці надання медичної допомоги, після консультації або процедури пацієнт не повинен нічого додатково платити, оскільки він уже сплатив податок. За такої системи значна частина

медичного персоналу складається з державних службовців. Головне у цій моделі – здоров'я як право людини. Таким чином, держава гарантує загальне охоплення та рівний доступ до медичної допомоги кожному громадянину. Країни, які використовують схему Беверіджа або її варіації, включають Сполучене Королівство, Іспанію, більшу частину Скандинавії та Нову Зеландію. Цікавий факт, що Національна медична система Британії (NHS) налічує понад 1,7 млн працівників, що робить її п'ятим найбільшим роботодавцем у світі. Сьогодні 30% з кожних £1, витрачених на послуги, йде на охорону здоров'я [6]. Ці цифри роблять її потужною інституцією з великим впливом на фінансову систему Британії і навпаки. При такій системі виникає практичне питання – реакція уряду на кризу. У період бурхливих надзвичайних ситуацій, таких як війна чи кризи в галузі охорони здоров'я, фінансування послуг охорони здоров'я може зменшуватися разом із доходом, посилюючи економічний тягар, властивий великому потоку пацієнтів. Тому така система вимагає ретельного розподілу коштів на випадок кризи.

Переваги системи Беверіджа:

1. Універсальне покриття. Доступність медичної допомоги для всього населення країни.
2. Жорсткий контроль витрат, прийняття рішень на основі доказів.
3. Простота операційних процесів. Відносна проста система оплати праці в галузі, так як більшість лікарень та працівників є державними установами.

Недоліки системи Беверіджа:

1. Значний час очікування на консультацію до лікаря. Системи охорони здоров'я, які працюють за моделлю Беверіджа, часто стикаються з довгими списками очікування на лікування.

2. Відсутність ринкових стимулів економічної ефективності. Слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг.

3. Фінансування системи. Необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я. Значна залежність від податкових надходження, особливо чутлива ця система у випадку криз, коли уповільнюється економічна активність і підвищується безробіття.

1.1.2 Модель Бісмарка

Модель охорони здоров'я Бісмарка, також відома як “модель соціального медичного страхування”, названа на честь пруського канцлера 19-го століття Отто фон Бісмарка, який запровадив обов'язкове страхування для всіх працівників у 1883 році в рамках об'єднання Німеччини. Це більш децентралізована форма охорони здоров'я. Це план медичного страхування, який повинен включати всіх громадян і є некомерційним за своєю природою, хоча на практиці, як правило, доступний лише для працюючого населення з розподілом ресурсів для тих, хто робить фінансовий внесок, тому як такий не забезпечує загального медичного страхування. Він переважно фінансується спільно роботодавцями та працівниками шляхом відрахувань із заробітної плати, люди отримують доступ до “лікарняних фондів”, створених шляхом обов'язкової сертифікації зайнятості. Постачальники медичних послуг зазвичай є приватними установами, хоча фонди соціального медичного страхування вважаються державними установами. Деякі країни мають лише одну страхову компанію (Франція, Корея). Інші країни можуть мати кілька конкуруючих страхових компаній (Німеччина, Чехія) або кілька не

конкуруючих страхових компаній (Японія). Незважаючи на те, що ця модель є багатоплатною (Німеччина має близько 240 різних фондів), жорстке регулювання дає уряду більшу частину контролю над витратами, у порівнянні з моделлю Беверіджа, де існує єдиний платник [ibid]. Звичайно, модель Бісмарка зустрічається в Німеччині, а також у Франції, Бельгії, Нідерландах, Японії, Швейцарії та, певною мірою, в Латинській Америці.

Переваги системи Бісмарка:

1. Фінансування системи. Внески на медичне страхування розподіляються між роботодавцями та працівниками, що допомагає розподіляти фінансове навантаження між усіма учасниками ринку праці.

2. Висока якість медичних послуг. Система Бісмарка сприяє забезпеченню високої якості медичної допомоги, оскільки стандарти надання послуг та умови роботи медичного персоналу є регульованими.

Недоліки системи Бісмарка:

1. Великі витрати. Система Бісмарка може вимагати значних витрат на медичне страхування, особливо для людей з низьким доходом, що може бути неприйнятним для деяких громадян.

2. Обмежена свобода вибору. Система Бісмарка може обмежувати свободу вибору медичних послуг та лікарів за рахунок того, що страхування може бути пов'язане з певними медичними закладами.

3. Відсутність додаткових послуг. Система Бісмарка не забезпечує покриття додаткових медичних послуг, таких як косметичні процедури або допомога в дома.

1.1.3. Національна модель медичного страхування

Ця система, за якої держава або інший орган централізовано організовує та фінансує медичне страхування для всіх громадян країни. Ця система має елементи як Беверіджа, так і Бісмарка. Вона використовує приватних постачальників, але оплата надходить від державної програми страхування, у яку платить кожен громадянин, шляхом відрахування певного відсотку з доходів, які спрямовуються на фінансування медичних послуг. Зазвичай вона є обов'язковою, тобто кожен громадянин має бути застрахований і мати можливість отримувати медичну допомогу. Як і модель Беверідж, ця система надає більшість медичних процедур незалежно від рівня доходу громадян. Національні плани медичного страхування також контролюють витрати, обмежуючи медичні послуги, за які вони оплачуватимуть, або змушуючи пацієнтів чекати на лікування. Класична система ННІ існує в Канаді, але деякі нові індустріальні країни – наприклад, Тайвань і Південна Корея – також прийняли модель ННІ [ibid].

Така модель має кілька переваг, серед яких:

1. Заощадження для держави. Можливість забезпечення економії на трансакційних витратах за рахунок централізованого управління системою.

2. Єдине джерело фінансування. Зниження загальних витрат на охорону здоров'я, оскільки більшість послуг оплачуються з одного джерела.

Однак, національна модель медичного страхування може мати й недоліки, серед яких:

1. Обмеження свободи вибору медичних послуг для громадян, які мають бажання отримати більш висококваліфіковану медичну допомогу.

2. Можливість незадовільної якості медичних послуг внаслідок обмежень у фінансуванні.

У кожній країні модель медичного страхування може мати свої особливості в залежності від економічної та політичної ситуації, демографічного складу населення та інших факторів.

1.1.4. Модель з прямим платежем, модель “з власної кишені”

Більшість країн на планеті надто бідні та неорганізовані, щоб надавати будь-яку масову медичну допомогу. Такі країни не мають організованої системи охорони здоров'я. Витрати на медичні послуги несе безпосередньо користувач, а не його страхувальник або держава. Основне правило в таких країнах полягає в тому, що багаті отримують медичну допомогу; бідні залишаються хворими або помирають. У багатьох ізольованих або сільських регіонах світу сотні мільйонів людей можуть прожити все своє життя без жодного доступу до медичних послуг. Ця модель охорони здоров'я зустрічається переважно в ізольованих громадах і особливо в сільській місцевості в Індії, Китаї, Африці, Південній Америці, а також серед незастрахованого або недостатньо застрахованого населення в Сполучених Штатах Америки [ibid].

Переваги системи з прямим платежем “з власної кишені”:

1. Більша свобода вибору. Користувачі можуть вибирати провайдерів медичних послуг та обсяги послуг, які вони хочуть отримати. Вони можуть також вибирати, коли і як отримувати ці послуги.

2. Більший контроль над витратами. Користувачі самі контролюють свої витрати на медичні послуги і можуть робити більш обґрунтовані вибори залежно від своїх можливостей.

3. Зменшення бюрократії. У системі з прямим платежем немає потреби у складних процедурах страхування та звітування про витрати, що зменшує бюрократію та спрощує процес.

Недоліки системи з прямим платежем “з власної кишені”:

1. Обмеження доступності. У системі з прямим платежем, відсутність страхової підтримки може ставити певні послуги за межами доступності для певної частини населення.

2. Ризик фінансового тягаря. В разі серйозної хвороби чи нещасних випадків витрати на медичні послуги можуть стати надто великими для пацієнта, що може ставити його в фінансово скрутне положення.

3. Нестабільність фінансування. Модель з прямим платежем може стати нестабільною при великому розмаїтті витрат та випадків, що можуть створити несподівані витрати та перевантажити бюджет користувача.

Очолює список найкращих систем охорони здоров'я у світі Південна Корея, згідно індексу охорони здоров'я журналу CEOWorld Magazine, що “є статистичним аналізом загальної якості системи охорони здоров'я, включаючи інфраструктуру охорони здоров'я; компетенції медичних працівників (лікарів, медичного персоналу та інших медичних працівників); вартість (дол. США на душу населення); якість доступність ліків і готовність уряду” [7]. СОЗ Південної Кореї високо оцінюють як сучасну та ефективну, з якісними, добре обладнаними медичними закладами та висококваліфікованими медичними працівниками. Як правило, лікування в Південній Кореї є доступним. Кількість ліжок на 1000 осіб становить 10, що значно перевищує середній показник по країнах ОЕСР. Така доступність медичної системи підкріплена високою якістю надання медичних послуг.

Південна Корея забезпечує універсальну охорону здоров'я, але велика частина охорони здоров'я фінансується приватно. Система фінансування ОЗ в цій країні – Національна модель медичного страхування. Не все лікування покривається універсальною схемою охорони здоров'я Південної Кореї. Деякі процедури, наприклад ті, що пов'язані з хронічними захворюваннями, такими як рак, не покриваються і можуть коштувати дорожче.

Україна згідно індексу охорони здоров'я журналу CEOWorld Magazine знаходиться на 81 місці [8]. Щодо моделі фінансування, то після реформи ОЗ 2016 році Україна перейшла зі застарілої радянської системи Семашко – до системи фінансування охорони здоров'я – “гроші ходять за пацієнтом“. Впровадження реформи передбачало створення нового центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України. Також в Україні діє “Програми медичних гарантій”, тобто універсального покриття населення вибраними пакетами послуг. Завдяки наявності єдиного джерела фінансування (НСЗУ), універсальному покриттю – цю систему можна віднести до моделі Беверіджа та попри це, вона має ще багато спільного з моделлю “з прямим платежем”. Програма медичних гарантій на даний момент передбачає 41 пакетів послуг, які охоплюють основні види медичної допомоги: первинну, спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу, екстрену, паліативну допомогу та медичну реабілітацію. А також медичну допомогу дітям до 16 років та допомогу при вагітності та пологах. Запланований бюджет на Програму медичних гарантій – 2023 – понад 142 млрд грн. У тому числі 4,7 млн грн – на реімбурсацію лікарських засобів [9]. З кожним роком НСЗУ нарощує свій потенціал і розширює програму медичних гарантій, але слід зазначити, що успіх реформи охорони здоров'я безпосередньо залежить від успішності трансформації та зростання української економіки. Важливе значення має рівень витрат на охорону здоров'я у відношенні до ВВП, але

в першу чергу мають значення витрати в абсолютних величинах, оскільки вплив цього фактора на результати системи охорони здоров'я однозначно помітніший. Окрім фінансового фактору важливим чинником, що впливає на успіх реформи – є несвоєчасне реагування на дії, що призводять до консолідації різного роду патологічних процесів, що замінюють неефективну формальну суспільну систему. Ці альтернативні інструменти регулювання доступу до послуг і фінансування охорони здоров'я породили низку звичок, які спостерігаються як у постачальників медичних послуг, так і у пацієнтів. Від цих звичок важко позбутися, особливо коли вони зачіпають життєво важливі інтереси впливового лобізму [10]. З цієї причини лідери реформ повинні враховувати можливість того, що процес змін у короткостроковій перспективі матиме обмежений ефект, а повна реалізація його цілей може бути довгостроковим процесом. Підсумовуючи можна виділити два основні чинники успіху української реформи медицини – це макроекономічна ситуація в Україні (ВВП, кількість працездатного населення, рівень безробіття, наявність криз і т.д) та лідери у сфері охорони здоров'я, які бачать довгострокові перспективи та є рушійною силою реформи.

1.2. Зasadничі принципи лідерства

Лідерство є одним із найдавніших людських інститутів, воно виникло в умовах формування соціальних відносин, які еволюціонували у соціальні структури. Поняття “лідерство” має чимало визначень і теорій, та якщо їх об'єднати, то лідерство (від. англ. leader – ведучий, керівник) – це здатність згрупувати людей і вести за собою. Лідерство може виявлятися в різних контекстах, таких як бізнес, політика, спорт, медицина мистецтво та інше.

Питання лідерства є особливо важливе в країнах, що розвиваються, в часи кризи, адже лідерство – це рушійна сила змін. Зміни відбуваються там, де є вмотивовані люди, де особисті інтереси ховаються, бо є загальне благо та одна місія на всіх. Україні потрібно будувати та нарощувати лідерський потенціал для вирішення адаптаційних викликів та сприяння змін. Річард Ніксон у книзі “Лідери” зазначив: “Лідерство – це більше, ніж технічний прийом, хоча технічні прийоми необхідні. В певному сенсі – управління це проза, а от лідерство – поезія. Лідеру обов’язково і значною мірою доводиться мати справу з символами, образами та свого роду рушійною ідеєю, яка перетворюється на історичну силу. Людей можна переконати розумом, але зворушити – лише емоцією” [11].

1.2.1 Агенти змін у сфері охорони здоров’я

Одна з теорій лідерства робить основний акцент на характері (чеснот) лідера. Виконавчий директор Інституту Лідерства ім. Ігоря О. Ігнатовича Gerard Seijts, на Економічному форумі у Давосі заявив, що “у лідерстві 24% – це вроджені задатки, а 76% – те, чому можна навчитися, розвинути”. Згідно цієї теорії лідерство – це характеристика, яку ми можемо розвивати в собі. Екс-заступник міністра оборони Юрій Гусєв вважає, що лідерство, яке базується на характері, для українців особливо притаманне. «Це нас наближає до відчуття того, що є певна місія, яка набагато важливіша за особисті інтереси. Лідерство для мене – це три дуже прості речі: командність – не може бути лідера без команди. Друге: відповідальність, в перше чергу, перед тими людьми, які є в команді. Третє: служіння. Воно полягає у тому, що лідер має інтереси команди, держави поставити вище за свої особисті», – каже Юрій Гусєв.[12]. З цією концепцією лідерства, що

базується на характері, працює Центр Лідерства УКУ і згідно неї, характер лідера включає 11 елементів:

1) драйв – це вміння демонструвати високий рівень ініціативності, бути завзятим та заряджати цим свою команду;

2) колаборація – вміння формувати ефективну команду;

3) смиренність – вміти проявляти емпатію, чути інших, вміти вибачати;

4) гуманність – ця чеснота передбачає високий високий рівень самоусвідомлення, здатність до рефлексії, відчуття вдячності щодо тих, хто допомагає;

5) цілісність – це про відповідність лідера таким характеристикам, як справжність, щирість, послідовність;

6) хоробрість – це готовність ризикувати;

7) зваженість – вміння зберігати спокій, коли інші починають панікувати;

8) підзвітність – вміння брати відповідальність за наслідки власних дій;

9) візійність – характеристика, що дозволяє лідерам бачити “цілісну картину” і приймати далекоглядні рішення;

10) справедливість – передбачає відчуття пропорційності щодо розподілу нагород, визнання та санкцій серед команди;

11) критичне судження – саме ця характеристика займає центральне місце у концепції лідерського характеру, визначає, як лідер буде виявляти усі інші елементи характеру приймаючи рішення [13].

Теорія, що викладена вище говорить про лідерство, з точки зору особистості та характеру і, без сумніву, формувати саме таких агентів змін потрібно. Цікаво, що лідерство базоване на характері є прикладним, як на рівні національних інституцій, так і на рівні невеликого медичного колективу. Теорія лідерства, зосереджена на характері, розкриває

важливість цього аспекту для ефективного керівництва. Однак, як і будь-яка теорія, вона також має свої потенційні загрози і обмеження.

“Ми схильні вважати лідерство властивою людині доброю рисою, але, як можна побачити з есеїв про Адольфа Гітлера та Йосипа Сталіна, вона по суті цілком нейтральне з точки зору моралі, адже здатне як штовхнути людство до прірви, так і вивести його до осяяних сонцем вершин” [14]. Фокус на характері може призвести до створення ідеалізованого образу лідера, який ніколи не помиляється або не проявляє слабкостей. Це може призвести до нереальних очікувань і розчарування, коли лідер зіткнеться з труднощами або зробить помилку. Концентрація на характері може викликати неповноту уявлення про лідерство як складного явища, що включає різноманітні фактори, такі як контекст, способи впливу, стилі керівництва та ін. Важливо підкреслити, що характер є важливим елементом, але не єдиним чинником, що визначає успіх лідера. Дін Вільям вважає “Лідерство великої людини зосереджується на домінантній авторитетній постаті, яка використовує популярність і домінування, щоб орієнтувати людей, керувати їхніми справами, вирішувати їхні проблеми і приносити процвітання групі. У відносно стабільному, впорядкованому, передбачуваному світі цей підхід може спрацювати, але він не працює у дуже взаємозалежному, непередбачуваному і глобалізованому світі, де проблеми є безладними, шлях вперед невизначеним, а динаміка влади перебуває у постійному русі. Більше того, лідерство великої людини може легко призвести до появи імітації лідерства – залежності від однієї людини, яка здатна показати дорогу, але ця людина робить серйозні помилки, які змушують людей працювати над хибними проблемами або вести діяльність, яка не приносить великої користі” [15].

Пітер Друкер, професор соціальних наук та менеджменту в Університеті Клермонта, зазначає ж “перешорядним завдання

менеджменту в XXI столітті, полягає в тому щоб перетворити на лідерів змін якнайбільше організацій” [16]. Технологічний прогрес, глобалізація, зміни у споживацькому підході та інші фактори створюють потребу в гнучкості, інноваціях та здатності до адаптації. Такі організації потребують не просто менеджерів, але й лідерів, здатних до керівництва змінами.

“Перетворити на лідерів змін” означає, що менеджмент повинен активно сприяти розвитку та підтримці лідерських якостей серед своїх працівників. Це включає надання можливостей для саморозвитку, навчання та здібностей до змін. Лідери змін є тими, хто виявляє проникливість, бачить можливості в змінах і може вести організацію через них. Одним з основних завдань менеджменту є створення сприятливого середовища, де працівники можуть розвивати лідерські якості та здібності до змін. Це може включати пошук талановитих працівників, їх менторинг, надання можливостей для самовдосконалення та стимулювання ініціативи. Такий підхід сприяє створенню організації, яка не тільки пристосовується до змін, але й активно їх формує і лідирує на ринку. Лідерство на рівні інституції може бути визначене різними факторами, такими як місія та цінності організації, культура організації, стратегія та цілі, ресурси та можливості, а також роль та вплив зовнішніх факторів, таких як регулювання, ринкові умови та конкуренція.

Важливо підкреслити, що перетворення на лідерів змін стає стратегічним завданням для організацій, оскільки це дозволяє їм залишатися конкурентоспроможними і успішними у змінному середовищі. Це також створює культуру інновацій та відкритості до нових ідей, що є ключовими факторами успіху в сучасному бізнесі. Важливим аспектом лідерства на рівні організації є здатність лідерів створювати сприятливе середовище для розвитку організації та сприяння успіху в колективній роботі. Від лідерів інституції залежить успішність впровадження стратегії,

створення конкурентної переваги, формування та розвитку команди, а також забезпечення розвитку інституції в цілому.

Дін Вільямс також зазначає: що “Лідери – агенти змін необхідні для мобілізації людей та ресурсів для вирішення різноманітних і складних проблем, з якими зіштовхуються сьогодні громади та організації. Багато наших проблем є взаємозалежними проблемами, тобто вони є спільними для численних груп і не можуть бути вирішені однією групою, яка діє самостійно. Перешкодою для вирішення взаємозалежних проблем є племінний імпульс, тенденція залишатися в межах однієї групи. Агенти змін долають кордони, будують мости і сприяють змінам” [15]. Лідер змін розглядає кожну зміну як можливість, шукає шляхи вирішення, створює політику спрямовану на майбутнє, створює стратегію впровадження цих змін.

1.2.2. Кризове лідерство на прикладі пандемії COVID-19

Особливе значення в сьогоденні має кризове лідерство, здатність управляти та вести свою команду через надзвичайні обставини, такі як криза, небезпека або невизначеність. Погано керована криза може завдати шкоди репутації уряду та підірвати довіру громадян до уряду.

Консультанти компанії McKinsey виділили 5 принципів, які допомагають управлінцям справитися в час кризи і ми можемо чітко прослідкувати як ці практики були застосовані під час пандемії COVID-19 чи під час повномасштабного вторгнення [17]:

1. Мобілізація ресурсів. Створення мережі команд. Цей принцип передбачає, що під час кризи лідери повинні відмовитися від віри в те, що ієрархічні структури приносять стабільність. У стабільному світі, звичайних ситуаціях типова компанія може покладатися на свою

вертикально-підконтрольну структуру для ефективного управління операціями в сценаріях реагування. Але під час кризи та невизначеності лідери стикаються з незнайомими та погано зрозумілими проблемами. Невелика група менеджерів на найвищому рівні організації не може збирати інформацію або приймати рішення досить швидко, щоб ефективно реагувати. Лідери можуть краще мобілізувати свої організації, встановивши чіткі пріоритети реагування та надавши іншим можливість визначити та впровадити рішення, які відповідають цим пріоритетам. Ефективний командний нетворкінг має кілька властивостей. По-перше, командні мережі ж мультидисциплінарними: складність криз вимагає залучення фахівців з різних галузей. По-друге, вони створені працювати на випередження. По-третє, ефективні командні мережі знають, як адаптуватися, маючи можливість швидко перебудовуватися, розширюватися або звужуватися на основі нової інформації про кризу. Кризові лідери в українській медицині мають здатність ефективно мобілізувати необхідні ресурси під час кризових ситуацій. Важливим аспектом кризового лідерства є колаборація. Колаборативне лідерство зосереджується на поведінці менеджерів, яка сприяє продуктивній взаємодії та мобілізує учасників мережі для пошуку ефективних рішень проблем [18]. Джек Ма, засновник компанії Alibaba, проявив кризове лідерство, перетворивши свою компанію на одного з ключових гравців у боротьбі з пандемією. Він активно координував постачання медичного обладнання, фінансування досліджень та розвиток технологічних рішень для боротьби зі збудником COVID-19.

2. Зростання лідерів під час кризи. Цінність “умисного спокою” та “обмеженого оптимізму”. Цей принцип передбачає делегування повноваження керувати багатьма аспектами реагування організації на кризу. Топ-менеджери чи управлінці передають повноважень приймати та виконувати рішення без схвалення. Важливою функцією вищого

керівництва є швидке структурування процесу прийняття рішень таким чином, щоб підзвітність була чіткою, а рішення приймалися потрібними людьми на різних рівнях. Кризові лідери організують та координують роботу, розподіляють завдання і забезпечують підтримку та мотивацію персоналу. Важливим моментом є наділення повноважень саме тих людей, які можуть приймати рішення щодо кризи. Звісно, що під час роботи такі особи можуть припускатись помилок, топові керівники в такі моменти повинні дати можливість швидко вчитися та вносити виправлення, не реагувати надмірно на похибки, аби не паралізувати команду. Такий підхід дозволяє зрощувати нових лідерів, які не бояться брати відповідальність за свої дії. В часи кризи особлива увага приділяється характеру лідера та його вміння демонструвати спокій. “Умисний спокій” проявляється здатністю відсторонитись від буремних подій та загроз, вмінням продумати стратегічний план дій в цих ситуаціях аби впоратись з кризою. “Обмежений оптимізм” – це вміння бути на межі оптимізму та реалізму. Надмірна віра і піднесення на початку кризи, може зруйнувати довіру до керівника, а отже знизити його позицію лідера. Тут доречним буде згадати “парадокс Стокдейла” – стійкість на противагу оптимізму. Адмірал Джеймс Бонд Стокдейл був старшим за званням серед американських військовополонених у в’язниці Хоало, він провів у ній 8 років. Джим Коллінз, який розповів історію Стокдейла у своїй книзі «Від хорошого до великого», цитував ветерана: “Я ніколи не втрачав віри, ніколи не сумнівався не тільки в тому, що вийду, але і в тому, що залишуся переможцем, і те, що я пережив, – це досвід, який визначив все моє подальше життя, і я ні на що не проміняв би його... Ось один дуже важливий урок: ніколи не плутайте віру в те, що ви переможете (а ви не можете дозволити собі втратити цю віру) з суворою необхідністю тверезо дивитися фактам в обличчя, якими б жахливими вони не були” [19].

3. Прийняття рішення в умовах невизначеності: пауза – оцінка – передбачення – дія. Поширеною помилкою, серед управлінців в час кризи, є очікування повного набору фактів та інформації для прийняття рішень. Криза передбачає умови з обмеженими ресурсами як часовими, так і інформаційними, явище кризи пов'язане з безліччю невідомих і несподіваних подій, які можуть перешкодити своєчасному виявленню всіх фактів. Під час управління кризою збір інформації, оцінка ефективності попередніх рішень та прогнозування наступних дій – мають бути безперервним циклом, який дозволяє управляти кризою, а не паралізує роботу організацій в умовах надзвичайних ситуацій. У цьому циклі помічними є дві когнітивні форми поведінки, це оновлення та сумнів. Оновлення виключає факт повного покладання лідерів на свою інтуїцію та спирання на свій попередній досвід, сумнів ж дозволяє лідерам критично оцінити поточні та потенційні дії та визначити, чи потрібно їх змінити, прийняти чи заблокувати. Наприклад, під час пандемії COVID-19 медичні працівники швидко впроваджували нові технології, змінювали процеси надання медичної допомоги та розробляли альтернативні шляхи забезпечення безпеки пацієнтів та персоналу. В часи хаосу надважливо було оцінювати попередні досягнення та провали, аби удосконалювати надання медичної допомоги, тим самим збільшуючи шанс на життя хворим на COVID-19. Провідні світові медичні інститути, такі як WHO, CDC, NHS, ледь не щотижня міняли підходи до лікування, ізоляції та ведень хворих з коронавірусом.

4. Демонстрація емпатії: пріоритетом номер один має бути людська трагедія. Криза – це момент, коли для лідерів найважливіше підтримувати важливий аспект своєї ролі: робити позитивні зміни в житті людей. Співпереживання виявляється в здатності сприймати та розуміти емоції, потреби та переживання інших людей. Емпатичний лідер може поставитися на місце інших, відчутти їхні страхи, тривоги та невпевненість,

і відповідно взяти це до уваги при прийнятті рішень та взаємодії з командою та зацікавленими сторонами. В контексті кризи, емпатія грає ключову роль у формуванні довіри та згуртованості команди. Лідер, який виявляє емпатію, демонструє занепокоєність та турботу про добробут своїх співробітників та громадськість. Він слухає їхні стурбованості, відповідає на їхні потреби та забезпечує підтримку. Це сприяє збереженню високого рівня мотивації, ефективності та взаємодії в команді навіть у найскладніші періоди. Лідер з емпатією також здатен адаптувати свої комунікаційні стратегії до потреб та особливостей своїх співробітників та зацікавлених сторін. Він вміє вислуховувати, сприймати та розуміти погляди та думки інших, і враховувати це при прийнятті рішень та формуванні спільної стратегії. Важливим аспектом для лідерів є увага до власного благополуччя, аби не *Consūmor aliis inserviēdo* з латинської означає “Світючи іншим, згораю сам”.

5. Ефективне комунікація: прозорість та часті оновлення інформації. Цей принцип передбачає прозору комунікацію, яка включає в себе передачу відкритої, точної та своєчасної інформації між лідером та командою, а також між лідером та зацікавленими сторонами, такими як громадськість, клієнти або пацієнти. Як нещодавно написала Емі Едмондсон: “Прозорість – це “перша робота” для лідерів у кризі. Чітко поясніть, що ви знаєте, чого не знаєте, і що ви робите, щоб дізнатися більше”[20]. Ключовими аспектами важливості прозорої комунікації в час кризи є довіра та стабільність, відкрита комунікація сприяє створенню довіри серед персоналу та громадськості. Вона забезпечує стабільність та прозорість у сприйнятті ситуації, дозволяючи людям мати правдиву картину про те, що відбувається і які кроки плануються. Зрозуміла комунікація надає людям необхідну інформацію, що допомагає зрозуміти ситуацію та ризики. Вона зменшує поширення неперевіреної інформації, чуток та паніки серед персоналу та громадськості, що сприяє збереженню

спокою та контролю. Ефективне спілкування надає релевантну інформацію та аналіз ситуації, що дозволяє лідерам та команді зробити обґрунтовані та належні рішення в кризових умовах. Прозора комунікація дає змогу лідерам висловлювати підтримку, визнання та мотивацію своїй команді. Люди відчують важливість своєї ролі та вкладу у подолання кризи, що сприяє підвищенню мотивації та ефективності роботи. Яскравим прикладом застосування цього принципу є президент України, Володимир Зеленський, з початку повномасштабного вторгнення щоденні звернення до українців та світу про стан речей, що відбулось за день, що планується.

Кризове лідерство вимагає відваги приймати важкі рішення, сприяти злагодженості та підтримувати спокій у несприятливих обставинах. Пандемія COVID-19 є прекрасним прикладом ситуації, в якій виявлення кризового лідерства було надзвичайно важливим. Тедрос Аданом Гебрейесус, Генеральний директор Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), проявив кризове лідерство, організовуючи міжнародну співпрацю, надавши директиви та настанови для країн у боротьбі з пандемією. Він відзначився відкритістю, прозорістю та активною комунікацією, що допомогло втримати ситуацію під контролем на світовому рівні.

1.2.3. Фундаментальна різниця між менеджментом та лідерством

Джон Коттер, видатний американський вчений і автор, вніс значний внесок у розвиток теорії менеджменту та лідерства. Основні ідеї Джона Коттера стосуються змінного менеджменту, лідерства і формування успішних організацій. У статті “Лідерство не (досі) є менеджментом” для Harvard Business Review [21] він зазначає “Управління полягає в пошуку порядку та стабільності; лідерство – це пошук адаптивних і

конструктивних змін.” Аналізуючи цю статтю можна вказати основні відмінності:

Лідерство:

1. Фокусується на впливі на інших, надихає та мотивує людей до досягнення спільної мети.
2. Зосереджується на створенні візії, розвитку стратегій та направленні команди.
3. Орієнтоване на зміни, інновації та розвиток.
4. Акцентується на властивостях особистості, які допомагають впливати на інших, таких як харизма, співпереживання та вміння мотивувати.

Менеджмент:

1. Фокусується на організації та керуванні ресурсами для досягнення конкретних цілей.
2. Зосереджується на плануванні, організації, контролі та координації діяльності команди.
3. Орієнтоване на ефективне виконання завдань і досягнення встановлених стандартів.
4. Акцентується на вмінні використовувати ресурси ефективно координувати роботу та досягати планованих результатів.

Відомий оратор та письменник О’Лірі пише: “Деякі поведінкові прояви та типи дій є однаковими як при ефективному менеджменті, так і при такому ж лідерстві. Критично значуща (і, можливо, єдина різниця) полягає у фокусі індивіда, фокусуйтеся на людях і ви діятимете в площині лідерства – фокусуйтеся на результатах і ви функціонуватимете в просторі менеджменту. Але при цьому те, що ви вчинятимете не обов’язково відрізнятиметься” [22]. Важливо зазначити, що лідерство та менеджмент не є взаємовиключними поняттями, а скоріше доповнюють одне одного.

Успішний лідер може бути ефективним менеджером, а ефективний менеджер може виявити лідерські якості. В сучасних умовах динамічних змін і нестабільності все більше підходів комбінуються, і від керівника часто очікується, що він буде одночасно виступати як лідер і менеджер, здатний приводити.

1.3. Лідерство у формуванні та реалізації політик у сфері охорони здоров'я

Важливим елементом у галузі публічного управління є політичне лідерство, як ефективний соціальний вплив особи на власне оточення, громадськість, широкий загал незалежно від того, має ця особа владні повноваження або інші адміністративні важелі чи ні [23]. Лідер прагне реалізувати свою політичну програму за допомогою власного стилю управління, напрямок і практика якого значною мірою залежить від економічних, соціальних і культурних обставин. К. Ходжкінсон у своїй монографії “Філософія лідерства” (Оксфорд, 1983 р.) дає визначенню лідерство як реалізацію “політики, цінностей, філософії крізь колективну організаційну дію”. За думкою вченого основні цінності, якими має володіти політичний лідер є: принципи, знання і розуміння наслідків, здатність до консенсусу та переваги, які базуються на емоціях та почуттях [ibid].

Н. Макіавеллі, якого вважають “батько сучасної політичної політології”, бачив політичного лідера як правителя, який може всіма доступними засобами утримати владу та відновити порядок. Німецький філософ Фрідріх Ніцше розвивав ідею політичних лідерів як надлюдей. На його думку, політичний лідер – це завжди сильна особистість, наділена всіма можливими чеснотами, здатна нав'язати свою волю широкому класу. Жан-Габріель Тард, французький соціолог і кримінолог, розглядає феномен лідерства на основі теорії наслідування. На думку Тарда, люди

схильні діяти, наслідуючи поведінку людей із життєрадісним характером, тобто лідерів. “Суспільний прогрес досягається завдяки лідерам-винахідникам, що переборюють відсталість маси-натовпу” вважав Гард [24].

Яскравим прикладом політичного лідерства є 44-ий президент США – Барак Обама. Мова йде про його феноменальний вплив на сферу охорони здоров’я Америки, а саме впровадження закону про доступне лікування (The Affordable Care Act – ACA) у Сполучених Штатах Америки у 2010 році. Цей закон, також відомий, як *Obamacare*, представляв найбільшу реформу системи охорони здоров’я США за попередні 50-т років. Його було прийнято з метою розширення доступу до медичного страхування, підвищення якості медичної допомоги та стримування зростання витрат на медицину.

Проблема реформи охорони здоров’я у США була політичним питанням протягом багатьох років, ще за врядування Білла Клінтона були перші спроби змінити систему, також Гілларі Клінтон під час своєї першої виборчої кампанії агітувала за загальну медичну реформу. У 2010 році Закон про доступне лікування вдалось реалізувати, адже головним промоутером реформи став Барак Обама, який ще у передвиборчій агітації зробив реформу охорони здоров’я одним із своїх найбільших пріоритетів. Основна проблема, яку мала вирішити реформа – це доступність превентивної медицини. Кожен третій американець у віці до 65 років не був застрахований протягом певного періоду у 2007 та 2008 роках [25]. У більшості штатів США мільйонам споживачів було відмовлено в купівлі медичного страхування через існуючі економічні та бюрократичні умови. Тобто велика кількість американців (більше 30 млн) не отримувала медичної допомоги, через відсутність фінансової можливості придбати страховий поліс. Особливо обмеженими у доступі до медицини були етнічні меншини (афроамериканці та латиноамериканці). Це спровокувало

суспільний інтерес та стурбування, що мобілізувало громадян і стало ключовим фактором потрапляння даного політичного питання до порядку денного. Барака Обаму можна охарактеризувати, як успішного підприємця даної політики (Кінгдон), спираючись на такі критерії: 1. Серйозно сприймався як лідер – у 2008 році став першим темношкірим кандидатом на пост президента США, його підтримали в палаті представників (у всіх штатах), губернатори в 11 штатах і також на місцевих референдумах та виборах, як результат – він став 44-им президентом США. Також в цей час журнал Time назвав його одним з найвпливовіших людей світу. 2. Мав силу та наполегливість чекати відкритого “вікна”. Проблема охорони здоров’я широко обговорювалась і раніше, саме ж рішення по реформуванню системи було присутнє доволі тривалий час, проте саме в період 2008-2010 склалась сприятлива політична ситуація, якою і скористався Барак Обама. Не зупинив впровадження цього закону і той факт, що домінуюча республіканська партія була проти. 3. Зумів вчасно перефразувати реформу, аби вона змогла потрапити у трішки відмінне вікно – сам закон про доступне лікування назвали “Obamacare”, на що Обама відповів: “У мене немає проблем з тим, щоб люди казали, що Обама переживає. Мене це справді хвилює”. По суті, саму реформу персоналізували, це додало емоційного забарвлення до її впровадження, відповідно той, хто підтримував політику Обами в цілому, підтримав і реформу охорони здоров’я. Основними стейкхолдерами, які підтримували і на яких, здебільшого, була спрямована реформа, стали: незастраховані громадяни, робочий клас, який купує страхівку охорони здоров’я через своїх роботодавців, а це – понад 30 млн американців [26].

Впровадження цієї реформи стало також можливим завдяки промоції, яку проводила команда Обами. Так само яскраво, як і в передвиборчій агітації, були застосовані соцмережі та Big Data – технології, що допомогли визначити настрої громадян/виборців, та,

відповідно, виокремити цінності, які вони сповідували, що в свою чергу допомогло вибрати напрямок популяризації цієї політики. Також відомо, що президент проводив конференції з усіма членами Конгресу разом, аби переконати їх проголосувати за законопроект. Аби дана реформа була прийнята, Обама навіть дав розпорядження запевнити кількох демократів у Палаті представників у тому, що державне фінансування абортів не є частиною законопроекту. Реформа сприймалась серед громадян доволі позитивно, адже владі вдалось акцентувати на “хороших” ефектах від впровадження політики – це максимальне покриття базовою медичною допомогою бідних американців, зниження вартості та зменшення соціального тягаря медичної допомоги, а негативні наслідки впровадження реформи, такі, як зростання податкового навантаження для багатих американців, не висвітлювали.

Фокусуною подією, яка привернула максимальну увагу суспільства до даної реформи стали вибори президента США. Зробивши питання медичної реформи “ідеєю, час якої настав”, Барак Обама максимально сконцентрував увагу на даній політиці. Республіканці, які були противниками утопічного плану медичної реформи додавали реклами цій реформі. Згодом, у 2013 році розбіжності у поглядах демократів та представників республіканської партії щодо розподілу державних фінансів призвели до неприйняття вчасно бюджету на 2014 фінансовий рік, а це, в свою чергу, спровокувало припинення роботи уряду США. Каменем спотикання було фінансування реформи ObamaCare, яке передбачало вливання великих коштів в реалізацію цієї політики, а борги уряду на той момент перевищували річний обсяг ВВП країни. Зупинка уряду (Shut-down), звісно, стала топ-новиною, а відповідно, і питання закону про доступне лікування, яке було причиною “незгоди” почали обговорювати ще дужче.

Незважаючи на яскравий опір республіканців проти цієї реформи, вона була впроваджена. Великого масштабу охоплення реформою вдалось досягнути завдяки поетапному виконанню положень закону “знизу-вгору”. Влада використовувала інструменти моркви, палиці та проповіді, за теорією Ріст, Ведунг, Бемельманс-Відек [27]. Основним проповідником, звісно, став Барак Обама та соціальні програми, які мали велику підтримку серед професійних медичних та громадських організацій; морквою (благом) стали субсидії для незаможних американців, що були не в змозі платити страхові внески за медицину; палицею (покаранням) – положення в законі, яке вимагало від людей мати медичне страхування або сплачувати штраф.

Прийняття закону про доступне лікування вдалось досягти завдяки яскравій промоційній політиці, лідером якої став Барак Обама. Перший темношкірий президент США, який користувався шаленою підтримкою серед американців, а особливо серед етнічних меншин (які найбільш потребували реформування охорони здоров'я), визнаний світовим лідером Обама привернув увагу всього суспільства до теми доступної медицини. Як політичний лідер він дав суспільству те, чого вони прагнули – широкого покриття медичною допомогою. Основний меседж політики, яку він проштовхнув – “кожен американець має право на базову медичну допомогу”. Після прийняття закону, влада вдало використала імплементаційну політику методом проповіді, моркви та палиці, це дозволило досягти АСА високого охоплення серед громадян США. Загалом, АСА призвів до збільшення кількості осіб, які отримали страхування, проте це не забезпечило необхідний обсяг покриття медичних послуг. Як наслідок, якість медичної допомоги значно не підвищилася. Зусилля покращити якість привели до створення десятків нових агенцій, рад, комісій та інших державних установ. У свою чергу, витрати на управління зросли. Проблема уряду полягала в тому, що

капіталовкладення переважали над позитивними ефектами від цієї реформи, для США така політика стала не вигідна. Ймовірно, причин, чому все не спрацювало до кінця, є багато, та варто виділити основні: це значний конфлікт з республіканцями (які становили більшу частину палати представників США) та відсутність ресурсів – борги уряду на той момент перевищували річний обсяг ВВП країни, а реформа потребувала значних фінансових вливань. Незважаючи на те, що реформа була яскраво впроваджена у 2010 році, очікуваного результату це не дало, а у 2017 з приходом до влади республіканця Дональда Трампа Закон про доступне лікування (ACA) був визнаний неконституційним.

Політичне лідерство має значний вплив на сферу охорони здоров'я, оскільки політичні рішення і законодавчі зміни можуть визначати напрямок, фінансування та організацію системи охорони здоров'я. Українська медицина ще досі перебуває на стадії трансформації, яку успішно почала міністерка Уляна Супрун. Вона обіймала посаду Міністра охорони здоров'я України з 2016 по 2019 рік. Протягом своєї кар'єри Супрун активно впроваджувала новаторські зміни і реформи, спрямовані на покращення системи охорони здоров'я та забезпечення якісної медичної допомоги для населення. Ми можемо чітко прослідкувати лідерські якості міністерки Уляна Супрун, які сприяли успішній реалізації реформ в охороні здоров'я. Супрун мала чітку візію щодо поліпшення системи охорони здоров'я в Україні та покращення якості медичних послуг. Вона впроваджувала новаторські підходи та реформи, ризикуючи зрушити звичні стереотипи та структури, щоб досягти покращень. Пані Уляна має медичну освіту та значний досвід у галузі охорони здоров'я. Вона підкріплювала свої рішення науковими доказами та експертними рекомендаціями, що дозволяло їй заслужити авторитет серед медичної спільноти та громадськості. Одним з найважливіших елементів, які стали запорукою успіху реформи – це комунікаційні навички пані Уляни, вона

була ефективним комунікатором та здатною пояснювати складні медичні питання простою і зрозумілою мовою. Вона використовувала різні канали комунікації, включаючи соціальні мережі та ЗМІ, для спілкування з громадськістю та пояснення цілей та результатів реформ. Ці лідерські якості Уляни Супрун сприяли її успішному проведенню реформ в охороні здоров'я та визнанню її внеску у покращення медичної сфери в Україні.

Висновки до розділу 1

Підсумовуючи цей розділ варто зазначити, як і інші системи обслуговування людей, послуги охорони здоров'я часто відображають глибоко вкорінені соціальні та культурні очікування громадян. Хоча ці фундаментальні цінності формуються поза формальною структурою системи охорони здоров'я, вони часто визначають її загальний характер і місткість. Таким чином, системи охорони здоров'я різні в усьому світі і на них сильно впливає унікальна історія, традиції та політична система кожної нації. Це призводить до появи різних інституцій і великої варіації в типах соціальних контрактів між громадянами та їхніми урядами. Українська система охорони здоров'я з 2016 року знаходиться в режимі реформування. Українське законодавство передбачає універсальний доступ до медичних послуг для всього населення. “Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.” – стаття 49 Конституції України. За типом фінансування цю систему можна віднести до системи Беверіджа, адже в Україні існує центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою

медичних гарантій – Національна служба здоров'я Україні. НСЗУ новостворена структура, яка є агентом змін в системі охорони здоров'я України. В умовах постійно змінюючогося світу організації повинні бути гнучкими і готовими до адаптації. Саме тому такі структури, окрім налагодженого менеджменту спрямованого на результат, повинні мати лідерів.

Лідерство – це про тісний зв'язок, взаємодія та взаємовплив різних компонентів (лідер, послідовник, оточення, завдання), це про цілеспрямований вплив. Свого часу, таким лідером була Уляна Супрун, яка демонструвала свою візійність, гуманність, підзвітність, колаборацію та інші лідерські чесноти. Зрозумілим є те, що наявність лідера змін сприяє впровадженню та реалізації політик. На прикладі Барака Обама та його “ObamaCare” було продемонстровано, як за наявності сильного лідера вдалось імплементувати закон про доступне лікування у надскладну систему охорони здоров'я США. Хоч і сам закон був недосконалий та не виправдав усіх сподівань, як очікувалось. Уляна Супрун продемонструвала, як можна “ламати систему”, якщо показати громадянам чітку візію змін. Процес лідерства тривалий і динамічний, тому аби Україна могла швидко реагувати на адаптаційні виклики світу, н потрібно нарощувати лідерський потенціал серед управлінців, зокрема у сфері охорони здоров'я. Лідери повинні бути відкритими до нових ідей, інновацій та змін, а також вміти керувати ними.

РОЗДІЛ 2

ІНСТИТУЦІЙНА РЕФОРМА СОЗ В УКРАЇНІ. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ

2.1. Порівняльний аналіз національних служб здоров'я України та Британії

Системи охорони здоров'я відіграють потужну економічну та соціальну роль у національних та місцевих громадах. Для аналізу політики впровадження змін в системі охорони здоров'я, а саме запровадження “інститутів здоров'я” було обрано систему охорони здоров'я Великої Британії та України. Національні служби здоров'я безпосередньо підпорядковуються та фінансуються державою у цих двох випадках, країнах, які відрізняються різноманітністю населення, культурою, розміром території та соціально-економічним статусом, проте мають подібні та спільні проблеми з системою охорони здоров'я (доступність, покриття і т.д).

Феноменом Національних служб здоров'я є те, що незважаючи на відмінність двох описаних нижче країн, трансформація системи охорони здоров'я в обох є успішною. Ймовірною причиною стала сила та вага самого інституту (Національної служби здоров'я) в суспільстві, а також спільні потреби громадян двох країн (доступність та покриття, гарантований пакет послуг первинної, а також вторинної медичної допомоги). Очевидно, жоден дослідницький підхід не може адекватно проаналізувати систему охорони здоров'я, не кажучи вже про тонке порівняння різних країн, проте численні порівняльні дослідження дають змогу краще зрозуміти що діє, що ні, оскільки система охорони здоров'я є складним об'єктом для опису та аналізу.

Об'єднане королівство та Україна різняться за клімато-географічним розташуванням, величиною території (в користь України), кількістю

населення та соціально-економічним становищем на політичній арені світу, а також за формою правління. Об'єднане Королівство Великої Британії та Північної Ірландії – це унітарна держава та конституційна монархія з парламентською системою управління. Головою держави є монарх (Король Чарльз III), Україна ж є парламентсько–президентською республікою. Найвищим органом державної влади є Верховна Рада України, а главою держави – Президент України. Щоб продемонструвати значну різницю між цими країнами, варто також взяти до уваги показники ефективності державного управління. Основними таким показником є довіра людей до уряду. В Україні, на жаль, переважає недовіра державному апарату (чиновникам) (76%), Верховній Раді України (75%), судам (судовій системі загалом) (74%), Уряду України (72%), політичним партіям (72%) [28]. В Британії дещо краща статистика на користь британського уряду – довіряють цій структурі 43%, судовій системі також 53%, політичним партіям лише 16% [29]. До уваги брались показники за 2021 рік, рік до повномасштабного вторгнення росії на територію України. Станом на грудень 2022 року найбільше українці довіряють Збройним силам України (92.5%), добровольчим батальйонам (85.5%) та волонтерським організаціям (85.2%) [30]. Україна та Британія займають різні позиції в світовому рейтингу держав, як в політичному сенсі, так і в економічному. Якщо порівнювати ВВП на душу населення станом на 2021, то в Україні це – \$4835,6, в Об'єднаному королівстві – \$46,510.3 [31]. Аналізуючи членство Британії та України в світових організаціях, теж відчутна значна різниця. Не вдаючись в деталі, достатньо того, що Британія є провідним членом Великої сімки та ексклєном Європейського союзу, Україна лиш отримала статус кандидат на членство. Варто також взяти до уваги тривалість життя в цих двох країнах, як основний індикатор якості державної політики та добробуту країни цілому. У Британії він становить 81, в Україні 70 – це дані станом на 2021 рік [32].

У цих двох держав є одна спільна риса – це наявність потужних інститутів охорони здоров'я, у Британії це – National Health Service (NHS,) в Україні – це Національна Служба здоров'я України (НСЗУ), а як відомо, сектор охорони здоров'я є важливим для стабільної, функціонуючої економіки в усіх країнах Європейського регіону ВООЗ [33]. National Health Service – це узагальнюючий термін, що охоплює державні організації системи охорони здоров'я Шотландії, Англії, Уельсу та Північної Ірландії. Феноменом цієї інституції є вражаюча довіра британців. На рисунку 2.1. зображено порівняльна характеристика довіри британців соціальним інститутам.

Exploring Trust in Public Institutions, Report for the Audit Commission



Рис. 2.1. [34] Дослідження довіри серед британців публічним інститутам, звіт для ревізійної комісії.

Як видно з рисунку 2.1. лікарям та Національній службі здоров'я британці довіряють більше ніж поліції та судовській системі. Така довіра – це праця понад сімдесяти років. Звісно, що існують важливі відмінності між службами охорони здоров'я Великої Британії та України, проте у міжнародному контексті вони досить схожі. Всі вони засновані на податковому фінансуванні, переважно державному секторі, наданні

спеціалізованої допомоги, а також на спільних цінностях та спадщині. Основоположні принципи NHS полягають в тому, що послуги повинні бути комплексними, універсальними та безкоштовними в момент доставки – медичні послуги, засновані на клінічних потребах, а не на спроможності платити. 98% грошей в бюджеті NHS йдуть із загального оподаткування, і лише 1,2% сплачують пацієнти. Спрямування частини податків прямо до NHS з 2013 року закріплено законодавчо. NHS має потужну підтримку в соціумі, орієнтовно четверо з п'яти британців (77%) вважають, що “NHS має вирішальне значення для британського суспільства, і ми повинні робити все можливе, щоб її підтримувати” [34]. Зважаючи на дані наведені вище, британська система охорони здоров'я є справді сильним інститутом, який має значну підтримку суспільства та значний вплив на економіку країни в цілому.

Україна вийшла з радянського періоду з розгалуженою інфраструктурою закладів охорони здоров'я, включаючи лікарні, медичні центри на робочих місцях та в школах, а також жіночі консультації, проте стан цих закладів сильно погіршився під час економічного спаду після здобуття незалежності. Відсутність ліків та обладнання, недостатнє фінансування медичних навчальних закладів та низька заробітна плата медичних працівників також сприяли значному зниженню якості медичної допомоги. На той момент українська медицина працювала за системою фінансування Семашко – радянською спадщиною, яку довгий період вважали ідеальною, проте дорогою системою охорони здоров'я. В цій системі фінансування охорони здоров'я здійснювався з державного бюджету або з обов'язкових соціальних страхових внесків. Держава контролювала фінансування та розподіл коштів на різні рівні охорони здоров'я. Якщо коротко то доцільно описати цю систему цитатою з кінострічки “Соціальна дилема”: якщо вам дають щось безкоштовно, то товар – це ви [35]. Також ця система передбачала жорстку вертикаль

контролю та розподілення: “Раніше люди були прикріплені до своїх поліклінік, їх направляли на вакцинацію, диспансеризацію. Та й на великих підприємствах існували медико-санітарні частини, тому проводити вакцинацію було легко. Тобто існувала вертикаль, яка мала забезпечувати нагляд за здоров’ям. Зараз же ми змінили соціально-економічні умови, філософські підходи і говоримо про людину як про особистість, яка має право самостійно приймати рішення. Тобто не можна говорити про громадянське суспільство, не делегуючи громадянам їхні права і свободи, а відповідно – і обов’язки. А попередня система виховувала інфантильне суспільство, коли хтось приймав рішення за вас” – Федір Лапій, медичний експерт, професор кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології у НМАПО імені П.Л. Шупика [36]. Саме тому з приходом до влади команди Уляни Супрун було вирішено кардинально змінити систему Охорони здоров’я. Для трансформації за основу взяли Британську систему. Основна увага і акцент на первинній медичній допомозі, впровадження цієї політики передбачало створення “сильної інституції сімейних лікарів, які стануть українськими амбасадорами” про це заявила Уляна Супрун в серпні 2018 року під час брифінгу у Львові [37]. Джерелом фінансування стають загальні податки, основним замовником послуг є Національна Служба Здоров’я України, кожна лікарня, що працює в системі отримує фінансування за чіткими встановленими тарифами. Ці зміни відбулись і продовжують удосконалюватись завдяки успішному трансферу британської політики в Україну. Загальна структура реформи фінансування системи охорони здоров’я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг [38]. Одним із показників успішного впровадження даної реформи та задоволення громадян цими змінами є кількість підписаних декларації із сімейним лікарем/педіатром/терапевтом, у січні 2019 року – було укладено

24 млн декларацій, а у січні 2022 – ця цифра складає 32 млн. Точна цифра укладених декларації на січень 2022 року – 32 640 284, що становить 78,5 % від усього населення України [38]. У звіті НСЗУ 2018 року вкзано “Саме пацієнт обирає, хто має працювати в системі охорони здоров’я на первинній ланці. Саме пацієнт голосує за майбутнє медицини декларацією” [39]. Звісно, кількість декларацій не може бути єдиним показником ефективності системи охорони здоров'я , одним із основних критеріїв “успішності” є і буде середня тривалість життя громадян України. Зважаючи на короткий термін дії трансформації системи охорони здоров'я в Україні та зважаючи на пандемію та війну, цей критерій недоцільно брати до уваги для оцінки системи охорони здоров'я України в даний момент.

При наявній різниці в соціально-економічному становищі цих країн, різниці менталітетів та культури, потреби громадян є однакові – доступна медицина, пакет гарантованих послуг, якісне медичне обслуговування. Аналізуючи феномен Національних служб здоров'я у відмінних країнах, можна дійти висновку, що власне ці інститути забезпечують потреби громадян у якісній медичній допомозі. Зважаючи на те, що замовник медичних послуг як в Україні, так і в Британії один, НЗСУ та NHS відповідно, фінансування даних структур йде напряму з податків громадян, без зайвих посередників, це дозволяє заощадити кошти, фінансувати сферу охорони здоров'я в необхідному обсязі, покращити підзвітність та контроль, як на місцевих, так і на державному рівнях. Ці дані дозволяють стверджувати про успішність впровадження даної політики в обох країнах. Пріоритетом і для британської, і для української системи охорони здоров'я є сфера громадського здоров'я (заохочення до здорового способу життя та попередження захворювань). Спільним є і те, що обидві системи забезпечують універсальний доступ до медичної допомоги всім резидентам, незалежно від доходів. Пітер Друкер, відомий вчений-

теоретик в галузі менеджменту зазначав: “Будь-яка організація і не тільки комерційна має рівнятися на стандарти, досягнуті світовими лідерами даної індустрії в різних країнах світу” [40]. Україна зробила правильний вибір, обравши за патерн Британію – система якої входить в топ 10 десятих найкращих світових систем охорони здоров'я, згідно індексу охорони здоров'я журналу CEOWorld Magazine. Цей індекс є статистичним аналізом загальної якості системи охорони здоров'я, включаючи інфраструктуру охорони здоров'я; компетенції медичних працівників (лікарів, медичного персоналу та інших медичних працівників); вартість (дол. США на душу населення); якість доступності ліків і готовність уряду» [41]. Напрямок реформування охорони здоров'я обрано і розпочато цей процес, проте важливим є втримання довіри і віри в систему для цього і потрібні лідери змін “на місцях” та у владі.

2.2. Аналіз опитування серед медиків “Лідерство у сфері охорони здоров'я України”

В даному підрозділі буде викладено аналіз проведеного опитування “Лідерство у сфері охорони здоров'я України”. Опитування проводилось з метою кращого розуміння стану системи охорони здоров'я в Україні, визначення довіри медиків до Національної служби здоров'я України та оцінювання роботи даної інституції, а також визначення проблем у сфері охорони здоров'я, що пов'язані з лідерством.

В опитуванні взяло участь 108 респондентів. Опитування проводилось на сторінках соцмереж, було викладено у популярні групи медиків (“Записничок сімейного лікаря” – група була створена після впровадження реформи з метою кращої комунікації між лікарями, це територія однодумців, що допомагають один одному у вирішенні проблем як медичного так і бюрократичного характерів), та інші групи такі як

“Медики України” у Facebook, Instagram та Telegram. Структура респондентів за віком виглядає так: 49,0% – медики віком 26-35 років, 46,3% – віком 36-65 років, 2,8 % – 56-65 років і решта 1,9% – 65+ років. За спеціальністю розподіл респондентів відбувся наступним чином: 38 % – це лікарі первинної ланки, тобто сімейні лікарі, терапевти та педіатри; 36.9% – це лікарі вторинної ланки (спеціалісти - хірурги, неврологи, алергологи та інші), 12% – це медсестри та медбрати, 7,3% – це фельдшери, решта 5,8 % опитаних – це працівник сфери охорони здоров'я (комунікаційники, статисти), які не працюють безпосередньо з пацієнтами. Для порівняння розподілу медиків в Україні, що зареєстровані у електронній системі ОЗ та структури респондентів проведеного опитування наведені нижче дані у вигляді таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Структура медиків по Україні (згідно даних НСЗУ) у порівнянні з структурою респондентів-медиків проведеного опитування

	Опитування	НСЗУ [37]
ПМД (лікарі первинки)	38%	7,75%
Вторинна медична допомога	36,9%	34,3%
Середній медичний персонал (асистенти)	19,3%	57,95%

Близько п'ятдесяти відсотків опитаних це молоді лікарі, тобто ті що будуть, потенційно, ще довго працювати і змінювати систему ОЗ України. Також більше третини опитаних (38%) – це лікарі первинної ланки, яких найбільше дотичні до реформи і які найбільше відчули зміни. Приблизно кожен третій (32,8%) опитаний респондент займає управлінську посаду, що ж важливо для об'єктивної оцінки системи охорони здоров'я як з точки зору працівника так і зі сторони управління.

Як Ви оцінюєте роботу свого керівника(-ці) ? (де 1 - це дуже погано, 10 - дуже добре) в контексті управління.

108 відповідей

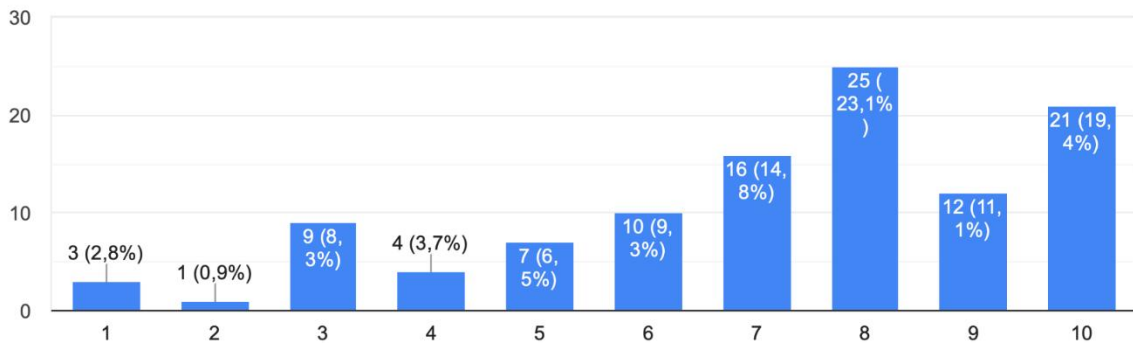


Рис. 2.2. Відповіді респондентів на запитання: “Як Ви оцінюєте роботу свого керівника(-ці) (де 1 – це дуже погано, 10 – дуже добре) контексті управління?”

На запитання “Як Ви оцінюєте роботу свого керівника?” більшість респондентів (53,6%) відповіли позитивно, поставивши високу оцінку (від 8 до 10 балів) управлінським якостям своїх менеджерів. Наступне питання дало краще зрозуміти оцінку керівників, воно було відкритого характеру: “Що, на Вашу думку, бракує Вашому безпосередньому керівнику(ці) чи, навпаки, що його/її робить добрим керівником?” Відповіді респондентів переважно були зі знаком мінус. Згрупувавши відповіді, риси яких не вистачає управлінцям можна описати у трьох якостях: вміння слухати своїх працівників та надавати зворотній зв’язок (лікарі бажають бути почутими); бракує стратегічного мислення і візії майбутнього; толерантності та стриманості. Тут помітний чіткий зв’язок того “що бракує” з чеснотами лідера, концепції “Leadership based on character” (ця концепція була детальна описана у першому розділі цієї роботи). З позитивних рис керівників опитуванні вказували те саме – вміння слухати, стратегічне мислення та гуманність.

Також респондентам було запропоновано визначити, що таке лідерство. У варіантах відповідей було вказано декілька засадничих теорій лідерства. Найбільш доцільною концепцією (39,8% опитаних) що визначає лідерство вважають “здатність згрупувати людей та вести за собою”. 38,9% визначили, що “Лідерство – це про мотивацію. Лідер впливає на мотивацію послідовників, на їхню здатність ефективно виконувати роботу, на почуття ними задоволення від діяльності.” 9,3% обрали варіант “Лідер впроваджує зміни, а отже визначає напрямок цих змін.” 5,6% – “Лідерство – це реалізація «політики, цінностей, філософії крізь колективну організаційну дію” і лише 1,9% вважають: “Лідерство – це не властивість індивіда, а випадковий фактор, коли для конкретної ситуації потрібен певний лідер і його дії.” В цьому питанні респонденти найчастіше обирали найзрозуміліше пояснення лідерства, яке є у основі самого слова “лідер”(від. англ. leader – ведучий). Це пояснення, впринципі, узагальнює усі теорії і підходи до теми лідерства.

Наступне питання стосувалось розуміння чи лідерство і управління це одне і теж. Більша третина опитаних (38,9%) зазначають, що лідерство та менеджмент це різні поняття. 49,8% – вважають, що це поняття взаємозалежні і лише 12% вважають їх тотожними. Варто пам’ятати, що на відміну від призначеного голови чи начальника адміністративної одиниці, лідер часто виникає в контексті неформальної організації, яка лежить в основі формальної структури [43]. Лідерство і менеджмент, це різні поняття (це було описано в підрозділі 1.2.), проте в сучасному бурхливому світі ці явища мають доповнюють одне одного.

У опитуванні також було запропоновано визначити медичну установу, яка є агентом змін, лідером по впровадженню реформи. Найбільше згадувань отримали такі медичні заклади – Перше Львівське територіальне медичне об’єднання (ТМО №1) та Дитяча поліклініка ”Compass” в Одесі, більше п’ятнадцяти та десяти, відповідно.

Також по декілька разів респондентами було вказано – КНП “Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф” та такі приватні клініки як “Вулик”, “Веселка”, та Лікарня св. Параскеви. Перше львівське ТМО є найбільшим медичним об'єднанням на заході України, створене у листопаді 2021 року шляхом злиття та реорганізації трьох медичних закладів: КНП “Міська дитяча клінічна лікарня м. Львова”, КНП “8-ма міська клінічна лікарня м. Львова” та КНП “Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова”. У 2020 році Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги міста Львова увійшла до Пілотного проекту МОЗ із трансплантології [44]. Одеська дитяча поліклініка №6 – Compass. Заклад став першим у місті Одеса, де було заключено 100% декларацій (49 тисяч дітей). Тут вперше в Україні було відкрито навчально-методичний Центр Раннього втручання, який нині успішно функціонує [45]. Факти наведені вище дозволяють стверджувати, що ці медичні заклади (Перше ТМО м. Львова та Дитяча поліклініка “Compass”) справді є лідерами серед надавачів медичних послуг в Україні.

Наступне питання в опитувальнику мало на меті визначити особу лідера-змін в українській медицині. Найчастіше респонденти вказували Уляну Супрун (понад 37 разів), вона виконувала обов'язки міністра охорони здоров'я України з 2016 по 2019 роки. Також близько п'яти разів було вказано ім'я керівника Львівського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Андрія Васька та генерального директора Першого ТМО м. Львова Олега Самчука. Все ж найбільше згадували пані Уляну, керівницю МОЗу, що почала ламати радянську, застарілу систему охорони здоров'я України і впроваджувати реформу, яка працює і до нині. Цікаво що пані Уляна не працює в міністерстві чи інших урядових організаціях з 2019 року і досі вважається лідером серед медиків України. З одного боку зрозуміло її вагомий внесок в систему охорони здоров'я заслуговує такого визнання та утримання лідерських позицій, але

з іншого боку не зрозуміло що до сьогоднішнього дня 2023 року, чотири роки по правлінню пані Уляни в сфері охорони здоров'я України і досі немає наступника лідера змін.

Наступне питання стосувалися інституції змін в українській медицині.

Хто для Вас є основною інституцією змін в українській медицині?

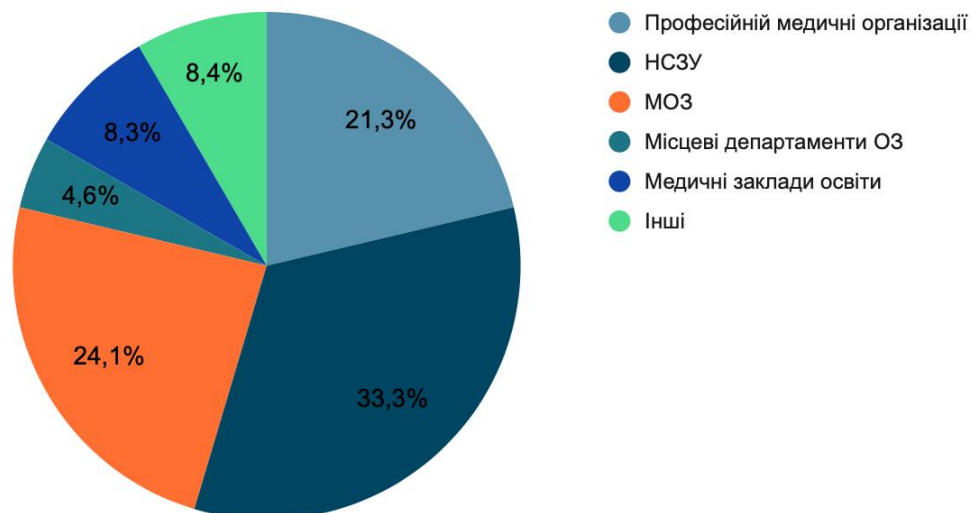


Рисунок 2.3. Відповіді респондентів на запитання: “Хто для Вас є основною інституцією змін в українській медицині?”

Як бачимо третина респондентів вважають Національну службу здоров'я України основною інституцією змін у медицині. Як для відносної нової структури у сфері охорони здоров'я (існує 5 років) це хороший показник. 24,1% – вважають, що все ж міністерство охорони здоров'я є інституцією змін. Цікавим є факт, що 21,3% респондентів у цьому питанні надали перевагу професійні організації.

У 2016 році розпочалась трансформація системи охорони здоров'я України, етапи впровадження якої тривають і досі. В проведеному опитуванні було запитання про те, що перше спадає на думку, коли говоримо про реформу ОЗ України і ось результат:

Що перше спадає на думку, коли мова йде про Реформу Охорони Здоров'я України?

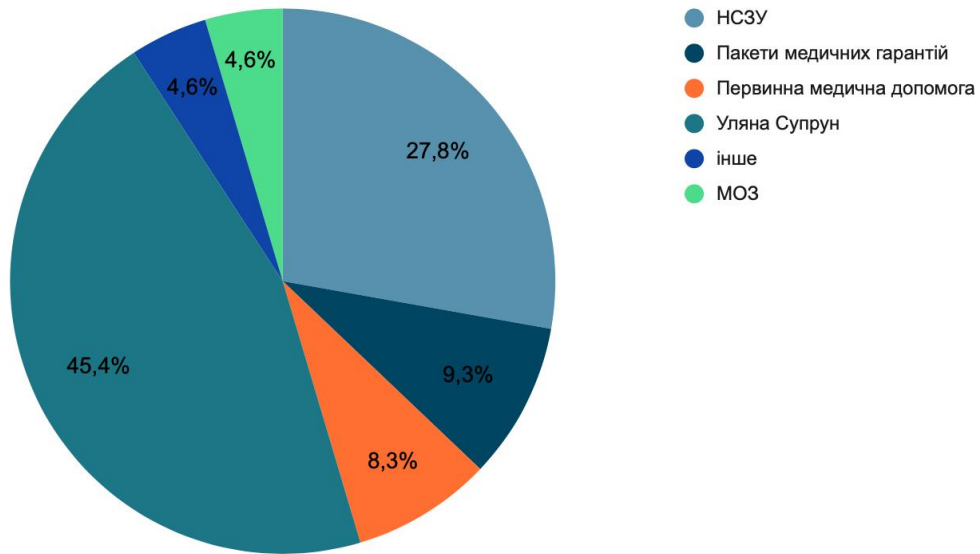


Рис. 2.4. Відповіді респондентів на запитання: “Що перше спадає на думку, коли мова йде про Реформу Охорони Здоров'я України?”

Майже половина опитаних (45,4%) асоціює реформу з міністеркою Уляною Супрун. Для 27,8 % реформа пов'язана з Національною службою здоров'я України. Це питання допомогло повторно зрозуміти, що найбільші зміни пророблені в системі ОЗ України асоціюються з лідером Уляною Супрун. Наступне питання також доволі наглядно вказує, що все ж наявність лідера допомогло реалізувати успішні зміни.

Що на Вашу думку найбільше повпливало на успіх Української медичної реформи?

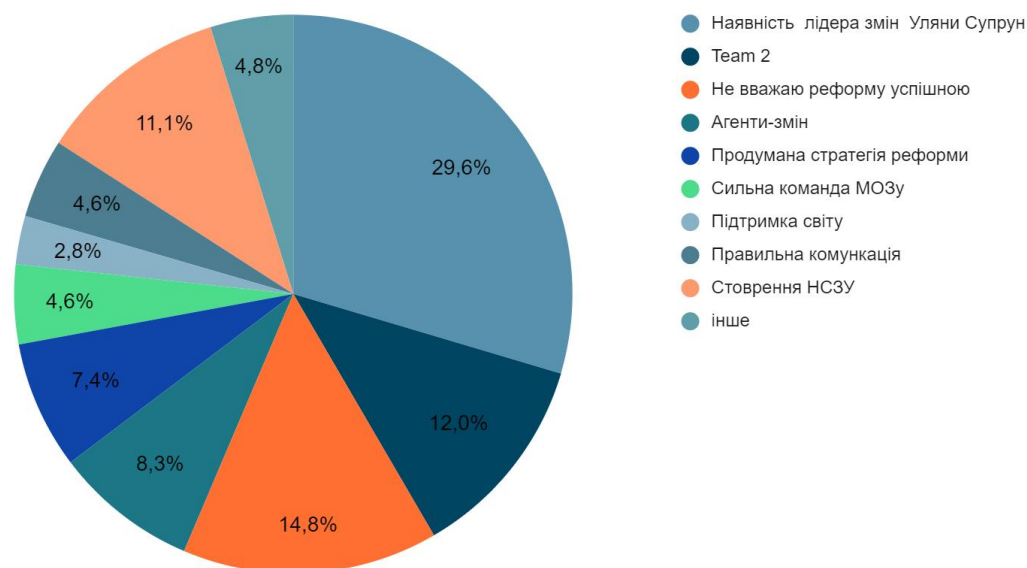


Рис. 2.5. Відповіді респондентів на запитання: “Що, на вашу думку, найбільше повипливало на успіх Української медичної реформи?”

Тут важливо зазначити, що 14,8 % опитаних медиків не вважають реформу успішною. Та все ж більшість відповіли, що такі факти як наявність лідера змін – Уляни Супрун та сильної команди МОЗу, створення НСЗУ та продумана стратегія, стали запорукою успіху трансформації системи охорони здоров'я.

Національна служба здоров'я України – це центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Інституція, яка має вагомий вплив на перебіг реформи охорони здоров'я України. В період трансформації надважливо аби така впливова структура мала лідерські позиції і була визнана, як спроможна сильна інституція змін. Для з'ясування стану речей на сьогодні було створено наступний блок питань. Перше питання стосувалося загальної оцінки роботи структури.

Як Ви оціните роботу НСЗУ де 0 - це дуже погано, 10 - це дуже добре ?

108 відповідей

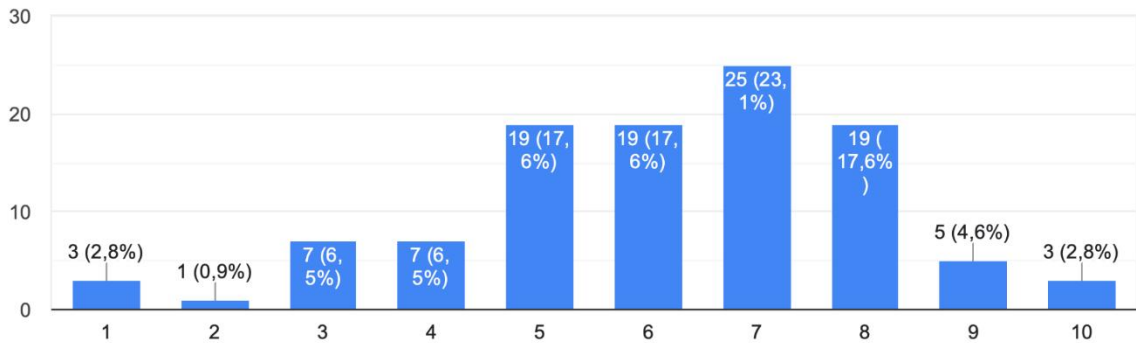


Рис. 2.6. Відповіді респондентів на запитання: “Як Ви оцінюєте роботу НСЗУ де 0 – це дуже погано, 10 – це дуже добре ?”

Як бачимо з діаграми медики високо оцінили роботу цієї агенції, близько половини (48,1%) надали позитивні оцінки 7 та більше.

Що б Ви покращили у роботі НСЗУ (чого недостатньо у роботі НСЗУ)?



Рис. 2.7. Відповіді респондентів на запитання: “Що б Ви покращили у роботі НСЗУ(чого недостатньо у роботі НСЗУ)?”

Щодо запитання про те, що ж варто покращити у роботі НСЗУ, третина відповіли "комунікацію" та значна частина (26,2%) висловили потребу залучати більше лікарів/лікарських організацій до реалізації політик, визначення "порядку денного" (болючих, нагальних питань). Решта пропозицій пов'язані з операційними процесами (порушені алгоритми, не враховані всі етапи отримання виплат по пакетах).

Для розуміння наступного блоку питань, варто пояснити таке явище як "Цикл політики" – етапи процесу вироблення політики. На рисунку 2.8 зображено схематично ці цикли.



Рис. 2.8. Схема циклу політики у варіанті з 8 етапів

Коротко варто розглянуто зміст кожного етапу:

1. Визначення проблеми – виявлення соціальних проблем, які потребують дії влади, тобто втручання держави.

2. Встановлення порядку денного – визначення пріоритетів проблем, з'ясування, на яких конкретних аспектах проблеми має бути зосереджена уряд і хто має працювати над вирішенням проблеми.
3. Розробка політики – пошук можливих рішень проблеми, тобто визначення альтернативних варіантів політики (визначення цілей, вибір інструментів, прогнози впливу).
4. Вибір політики – після розробки альтернатив, вибір найбільш прийняттого варіанту політики для вирішення конкретної проблеми.
5. Планування політики – розробка переліку заходів, які необхідно реалізувати.
6. Впровадження або забезпечення виконання політики – дії, вжиті для досягнення заявлених цілей політики.
7. Оцінювання політики. Існує фундаментальна різниця між оцінкою політики та моніторингом (моніторинг стосується планування та реалізації, чи все йде за планом). Систематична оцінка якості діяльності і результативності виконання програми з метою вивчення її впливу (тобто, як те, що ви робите, впливає на проблему).
8. Рішення щодо продовження – перегляд політики (продовження або модифікація, відмова від даної політики) [46].

Цикл політики – це ідеалізований процес, який пояснює, як політика повинна бути розроблена, реалізована та оцінена. Він слугує більше як повчальний посібник для тих, хто новачок у політиці, ніж як практичний суворо визначений процес, але багато організацій прагнуть завершити політику, використовуючи цикл політики як оптимальну модель [47].

У респондентів було запитано наступне питання – на якому якому етапі з цих циклів Вам видається найбільше прикладне “Лідерство?”.

На якому якому етапі з цих циклів Вам видається найбільше прикладне "Лідерство"?

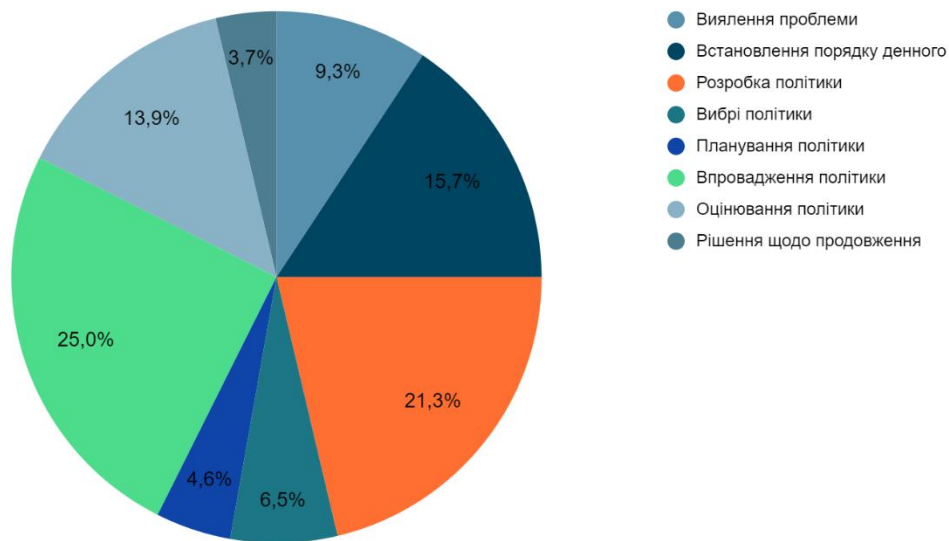


Рис. 2.9. Відповіді респондентів на запитання: “Кожна політика (policy) має певний цикл. Нижче буде вказано складові цього циклу. На якому якому етапі з цих циклів Вам видається найбільше прикладне "Лідерство"?"

Найбільше голосів (25%) набрав етап “впровадження політики”. Імплементация – це етап, на якому політика втілюється в життя. Це може бути тривало та непросто, особливо якщо політика є складною та вимагає співпраці багатьох стейкхолдерів. Плани реалізації мають чітко сформулювати ролі та обов’язки, а також те, як нова політика буде реалізована вчасно та в рамках бюджету. Для забезпечення ефективної реалізації основними саме на цьому етапі є лідерство та менеджмент, планування та управління проектами, а також комунікація та залучення[48]. Лідери та виконавці мають мати належні навички для виконання завдань. Громадськість, групи зацікавлених сторін та інші зацікавлені сторони мають підтримувати політику та мають мати відповідні ресурси, для досягнення цього важливим є етап комунікації зі стейкхолдерами.

Цікавим є той факт, що на питання “хто на Вашу думку має лобіювати питання охорони здоров'я України у владі” респонденти відповіли, що найбільше мають просувати інтереси професійні медичні організації. Одні з найважливіших стейкхолдерів трансформації ОЗ.

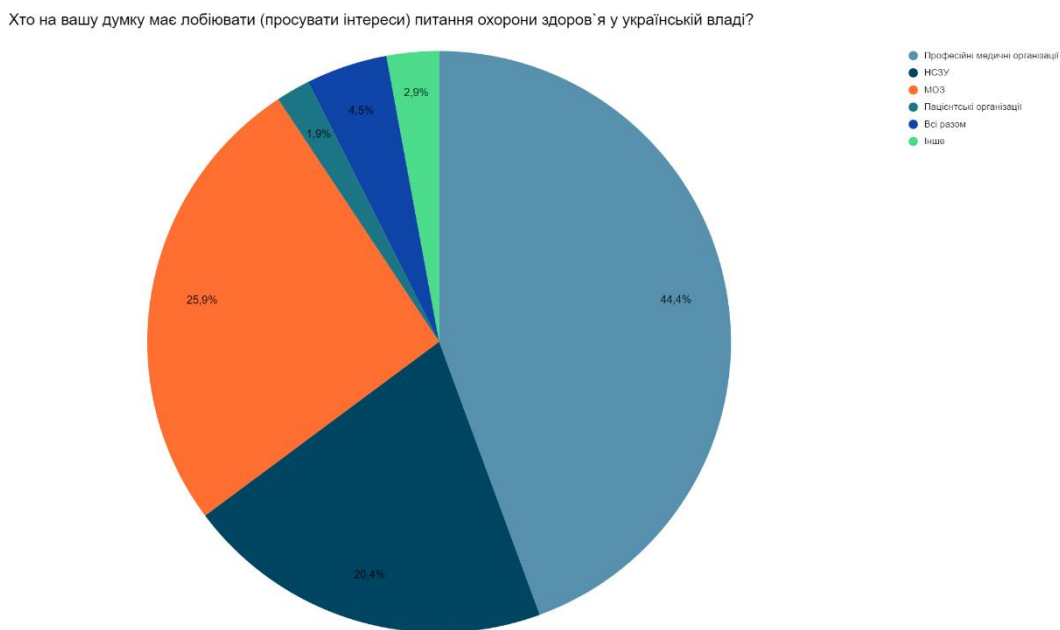


Рис. 2.10. Відповіді респондентів на запитання: “Хто на вашу думку має лобіювати (просувати інтереси) питання охорони здоров'я у українській владі?”

Також в опитувальнику було запропоновано обрати професійну організацію, якій медики довіряють найбільше. Найчастіше (30,6%) було згадано українську громадську організацію “Медична платформа Прогрес” (Progress platform). Це організація, яку створили медики для професійного розвитку. Головна мета – “створення зручного ресурсу, в якому можна знайти чинні у світі та Україні медичні протоколи, гайдлайни та рекомендації, інформацію про поширені фармпрепарати, останні новини зі світу медицини” [49]. Організація часто проводить навчання для лікарів різних спеціальностей у онлайн та офлайн режимі, публікує перекладені

гайдлайни. У сфері охорони здоров'я України виконує виключно навчальну роль, проте як бачимо з опитування є лідером думок серед лікарів.

Фінальне питання у опитувальнику стосувалося навчання лідерству в системі медичної освіти.

Чи вважаєте Ви доцільним внести у систему медичної освіти курс по лідерству та менеджменту?

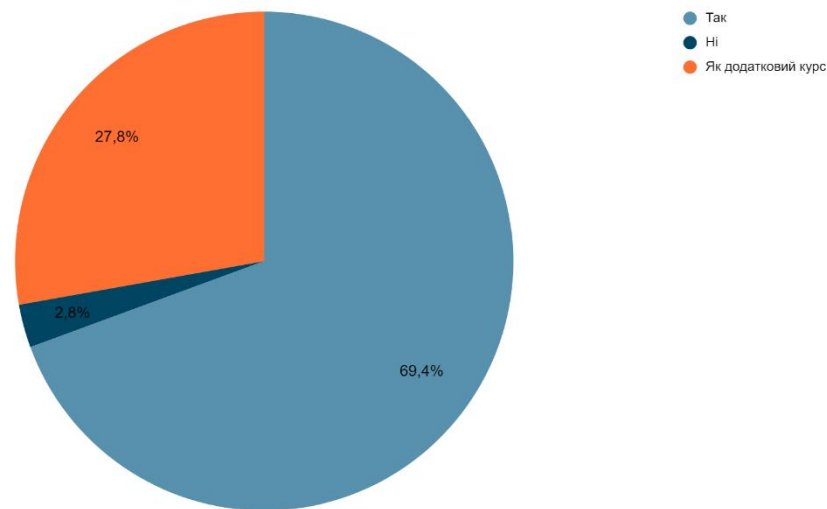


Рис. 2.11. Відповіді респондентів на запитання: “Чи вважаєте Ви доцільним внести у систему медичної освіти курс по лідерству та менеджменту?”

Більшість респондентів вважають доцільним ввести такий курс у медичні заклади освіти.

Висновки до розділу 2

Зрозумілим є те, що у процесі радикальних трансформацій в період невизначеності для швидкого і ефективного процесу впровадження політик важливим є лідерський потенціал. Паралельно з менеджерським

якостями та побудовою ефективної операційної системи, управлінням потрібно розвивати лідерські якості, а зокрема лідерські чесноти. Тому раціональним рішенням буде впровадити та розповсюдити навчання про лідерство серед медиків. З цією думкою співпадає результат опитування, проведеного серед медиків: 68,5% респондентів вважають доцільним ввести у систему медичної освіти курси по лідерству та менеджменту.

Уляну Супрун, экс-міністерку і донині вважають основним агентом змін, лідером у системі охорони здоров'я України. Майже половина опитаних (45,4%) співвідносять реформу охорони здоров'я України у 2016 році з міністеркою Уляною Супрун. Зрозуміло, що такий ефект яскравого лідера є наслідком продуманої комунікаційної стратегії та справді ефективної реформи. Цікавим є те, що пані Уляна не працює у міністерстві вже понад 4 роки, та все ще вважається основним лідером української медицини. В українському суспільстві ще досі не вибудувався новий агент змін на заміну пані Уляні. В період важкої кризи для всього українського народу, в час війни, Україна гостро потребує лідерів, які зможуть надихати медиків, вести та реагувати на адаптаційні виклики сьогодення.

Роботу новоствореного (5 років) центрального органу виконавчої влади – Національна служба здоров'я України медики оцінюють високо близько половини (48,1%) надали позитивні оцінки 7 балів та більше (максимальна оцінка 10), проте третина респондентів вважають, що великою проблемою є комунікація агенції. Тому доцільним буде переглянути комунікаційну стратегію НСЗУ на наступні декілька років аби не втрачати лідерських позицій та впливу, який вона здобула на сьогодні. Структура створена по патерну NHS у Британії та має багато спільних рис та цінностей. Зокрема великий акцент на громадському здоров'ї, шляхом нарощення потенціалу лікарів загальної практики (сімейних лікарів). Як і британська система охорони здоров'я, українська теж прагне універсального покриття для всіх громадян України, працює

прозоро, а фінансується централізовано з бюджету відповідно до пакетів. НСЗУ має шанси бути такою ж впливовою структурою України, як NHS в Британії, стати важливим соціальним інститутом. Головне не підірвати довіру українців, залучати суспільство до етапів реалізації та формування політик. При НСЗУ створена громадська рада, члени якої обираються шляхом інтернет голосування і які контролюють прозорість політики НСЗУ, це важливий етап у побудуванні громадянського, відкритого суспільства. Залучати до циклів політики у сфері охорони здоров'я варто і ті неурядові організації, яким довіряють медики України. Проведене опитування, свідчить про те, що медики бажають надати більш повноважень професійним медичним спілкам, надати право лобіювати питання системи охорони здоров'я в Україні, адже ця частина населення знає і бачить проблеми зсередини і хоче бути почутою.

РОЗДІЛ 3

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ, ШЛЯХОМ НАРОЩУВАННЯ ЛІДЕРСЬКОГО ПОТЕНЦІАЛУ НСЗУ ТА МЕДИКІВ УПРАВЛІНЦІВ

3.1 Утримання лідерства та ефективного менеджменту для НСЗУ, шляхом оновлення комунікаційної стратегії

Основні інституції, що забезпечують функціонування системи ОЗ України: Верховна рада України – ухвалює закони; Міністерство охорони здоров'я України – формує політику та напрямки стратегії у сфері охорони здоров'я, затверджує накази; Національна служба здоров'я України формує програму медичних гарантій, укладає договори, є власником центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, Органи місцевого самоврядування – власники комунальних некомерційних підприємств, Кабінет міністрів України ухвалює постанови та розпорядження, Центр громадського здоров'я – стратегічне та оперативне управління у сфері громадського здоров'я, Медичні закупівлі в Україні забезпечує централізовану закупівлю ліків та медвиробів; Державне підприємство “ЕЛЕКТРОННЕ ЗДОРОВ'Я” адмініструє ЦБД ЕСОЗ. Ключовим органом в цьому списку є НСЗУ, заснована у 2018 році, вона добре зарекомендувала себе як стабільна інституція у часи криз, як пандемії COVID-19, так і у часи повномасштабного вторгнення. Виплати згідно з пакетом медичних гарантій не припинялись ні на день, що свідчить про стабільність цієї інституції. Головною метою НСЗУ є забезпечення універсальним медичним покриттям всіх громадян України. Це означає, що кожна людина має мати право на медичну допомогу незалежно від свого статусу, доходів чи місця проживання. Щороку кількість пакеті ПМГ збільшується, на 2023 рік – 41 пакет. НСЗУ

запровадила електронну систему управління медичними послугами, відому як “Електронна система охорони здоров'я” (ЕСОЗ). Ця система дозволяє пацієнтам зареєструватись на прийом до лікаря, отримати електронний рецепт, переглянути результати аналізів та забезпечити легку взаємодію між пацієнтами та медичним персоналом. Всі ці факти свідчать про стабільність та ефективність роботи НСЗУ, та попри позитивні зміни варто розуміти у часу активних трансформації та невизначеності, треба ще більше зміцнювати фундамент та укріплювати свої лідерські позиції. Ресурси завжди будуть обмежені, в часи активного реформування системи охорони здоров'я, потрібно розподіляти та розставляти пріоритети, розуміючи скільки у нас є ресурсів, як ми можемо їх ефективно використовувати для досягнення найбільшого ефекту.

Згідно з опитуванням, аналіз якого викладений у підрозділі 2.2., роботу Національної служби здоров'я України оцінюють високо та визначають основні проблеми служби – це комунікація, відсутність зворотного зв'язку, відсутність чітких алгоритмів надання виплат по ПМГ, часто респоденти вказували, що НСЗУ не завжди достатньо інформує про впровадження нових політик. Проблеми мають більше характер недостатньо ефективного менеджменту, аніж лідерського. Проте можна припустити в умовах нераціонального управління, відсутності прозорості та підзвітності, якщо й надалі не будуть враховуватись рекомендації медиків лідерські позиції НСЗУ буде втрачено. Національна служба здоров'я України є основною державною організацією, відповідальною за забезпечення доступної та якісної медичної допомоги громадянам України, тому критично важливим є продовжувати інституційне зміцнення цієї агенції.

Нижче буду подані рекомендації, щодо стратегія розвитку Національної служби здоров'я України (НСЗУ) для збереження лідерських позицій через комунікацію та підзвітність. Основна мета: створення

довіреної агенції, сильного соціального інституту, що забезпечує високу якість медичних послуг та ефективно управління системою охорони здоров'я, шляхом активної комунікації та підзвітності перед громадськістю.

Основні стратегічні напрямки:

1. Підзвітність та ефективність:

- Розвиток системи моніторингу та оцінки якості медичних послуг з метою підвищення ефективності та стандартів надання медичної допомоги. Використання технології big data для ефективного моніторингу, визначення проблем.
- Впровадження механізмів звітності та обліку результативності НСЗУ перед громадськістю та органами влади.
- Забезпечення прозорості у фінансовому управлінні та використанні ресурсів НСЗУ.

2. Розвиток кадрів та лідерства:

- Створення програм розвитку кадрів та навчання, спрямованих на підвищення професійних компетенцій медичних працівників та керівників. Удосконалення та розширення наявних програми безперервного розвитку медиків, “Академія НСЗУ” зокрема.
- Підтримка розвитку лідерських якостей серед медичних працівників та впровадження системи менторства та керівництва.

3. Залучення громадськості:

- Посилення ролі громадських рад та громадських організацій в процесі прийняття рішень та моніторингу роботи НСЗУ.
- Організація регулярних зустрічей, діалогів та консультацій з громадськістю та професійними медичними організаціями з метою врахування потреб та впливу громадськості на прийняття рішень.

4. Інновації та цифрові рішення:

- Прискорення впровадження цифрових технологій у систему охорони здоров'я з метою поліпшення доступу до медичних послуг, оптимізації процесів та підвищення якості надання медичної допомоги.
- Підтримка інноваційних проектів та стартапів у сфері медицини та охорони здоров'я.

5. Комунікація та відкритість:

- Забезпечення прозорої та доступної комунікації з громадськістю, медичними працівниками та іншими стейкхолдерами.
- Розробка ефективної комунікаційної стратегії, що включає використання різних каналів зв'язку, в тому числі медіа, соціальні мережі та веб-ресурси.
- Організація публічних консультацій, діалогу та обговорення з громадськістю щодо важливих питань охорони здоров'я.

Доцільно буде винести комунікаційний аспект стратегії окремим пунктом і дещо детальніше прописати рекомендації. Важливим елементом є розробка стратегію активної комунікації з громадськістю, яка включатиме різні канали комунікації, такі як прес-релізи, прес-конференції, веб-сайт, соціальні мережі та інші медіа-платформи. Важливо забезпечити регулярність та доступність інформації для громадськості, включаючи звіти про діяльність та результативність НСЗУ. Створення механізмів для взаємодії з представниками медичної громадськості, професійних медичних організацій, академічної спільноти та інших зацікавлених сторін. Це можуть бути регулярні зустрічі, консультації, робочі групи та спільні проекти, які сприятимуть обміну інформацією, обговоренню проблем та пошуку спільних рішень.

Встановити партнерство з медіа-організаціями для забезпечення точного та об'єктивного висвітлення питань охорони здоров'я та роботи НСЗУ. Особливо гостро це питання було в часи пандемії, коли деякі медіа

висвітлювали неправдиву інформацію щодо вакцинації. Важливе є забезпечити надання достовірної інформації, експертних думок та аналітичних матеріалів, що сприятимуть освіті громадськості та формуванню раціонального обґрунтування політичних рішень у сфері охорони здоров'я.

Розробити механізми для збору, аналізу та врахування зворотного зв'язку від громадськості, пацієнтів та медичних працівників. Це може включати опитування, пропозиційні скриньки, електронні платформи для подання скарг та пропозицій.

Створення застосунку НСЗУ для телефону може бути важливим кроком у поліпшенні комунікації та забезпеченні доступу до послуг охорони здоров'я. В Україні існує багато медичних інформаційних систем, що підключені до електронної системи (eHealth), деякі з них передбачають обмін інформацією і доступ до інформації з інших систем. Ефективніше буде всі МІСи можна об'єднати однією базою і занести всі ці дані в додаток телефону. Для швидкого доступу пацієнта до своїх медичних даних, а для лікаря доступу до даних пацієнта. Додаток має надавати користувачам широкий спектр функціональних можливостей, таких як запис до лікаря, перегляд результатів аналізів, відстеження стану здоров'я, інформація про медичні заклади та послуги, відправлення запитів та скарг, розклад роботи медичних закладів, дані про особисті щеплення та багато іншого. Для НСЗУ додаток має стати джерелом інформації, платформою зворотного зв'язку і більшої близькості з громадськістю. Додаток повинен бути доступний на різних мобільних платформах та забезпечувати зручний та швидкий доступ до необхідної інформації та функцій. Додаток може забезпечити можливість консультацій або відеовикликів з лікарем, обміну повідомленнями з медичним персоналом, наданню рекомендацій та підтримки від фахівців, а також платформою для медичних консиліумів. Додаток має забезпечувати високий рівень

безпеки і захисту персональних даних користувачів. Також має бути джерелом інформації у питаннях громадського здоров'я.

Рекомендації, що надані в цьому підрозділі допоможуть зміцнити комунікаційну стратегію НСЗУ, забезпечити її прозорість та відкритість, покращити спілкування з громадськістю та залучити її у прийнятті рішень у сфері охорони здоров'я. Одним із ключових рекомендованих елементів є створення додатку НСЗУ, що може полегшити доступ до медичних послуг, збільшити взаємодію між пацієнтами та медичними працівниками, покращити комунікацію та сприяти більш ефективному управлінню охороною здоров'я. Всі ці елементи спрямовані на покращення врядування у сфері ОЗ та утримання лідерських позиції НСЗУ, що є ключовим для подальшої успішної трансформації ОЗ.

3.2 Система адвокації медичних інтересів у владі шляхом формування міцних, впливових професійних медичних та пацієнтських організацій

У сучасному світі, де здоров'я і медицина відіграють ключову роль у житті суспільства, лідерство в процесі лобіювання та адвокації медичних інтересів стає необхідним для забезпечення високої якості та доступності медичних послуг. Це завдання стає особливо складним у зв'язку зі специфікою медичної сфери та постійними викликами сучасності. Адвокаційна (адвокасі) діяльність у медичній галузі повинна бути спрямована на представництво та захист інтересів окремих соціальних груп шляхом організації опосередкованого впливу на формування та реалізацію політики[50]. В час трансформації системи охорони здоров'я України важливим є вибудувати довготривалі, стійкі та прозорі відносини громадського суспільства з владними структурами (GR – government relations). В таких відносинах повинні брати участь усі зацікавлені сторони (владні структури, бізнес, громадськість) для спільного досягнення

балансу інтересів і впливу на рішення органів центральної влади. У світі існують різні системи лобістів, які прощтовхують ті чи інші інтереси, шляхом використання різних комунікаційних технік, відповідної тривалої підготовки та промоції позиції представлених груп. Завдання лобістів – доносити позиції від імені груп і безпосередньо лобіювати, тобто цілеспрямовано впливати на процеси прийняття політичних, економічних та адміністративних рішень. Для адвокації інтересів переважно використовуються неприбуткові організації, що включають декілька короткострокових видів діяльності, які призводять до довгострокових та стійких змін у певній сфері суспільного життя. Роль лобістів у сфері охорони здоров'я потрібно відвести впливовим професійним організаціям, адже вони мають компетенції у сфері охорони здоров'я, є експертами в цій галузі і лідерами серед медиків. Згідно з опитування, аналіз якого проведено в розділі 2.2., медики (44,4%) вважають, що саме професійні медичні організації мають лобіювати інтереси питання охорони здоров'я у владі. Представники професійних медичних організацій можуть бути краще підготовлені для аргументації та захисту інтересів медичної галузі перед владою. Вони також можуть бути визнані як авторитетні представники медичної спільноти. Професійні медичні організації мають можливість об'єднувати медичних працівників з різних галузей та локацій. Це дозволяє створити мережу контактів та ресурсів для ефективного лобіювання питань охорони здоров'я. Медичні організації можуть впливати на політичні процеси, включаючи формування законодавства та прийняття рішень щодо охорони здоров'я. Вони можуть залучатись до консультацій з владою, брати участь у роботі комітетів та комісій, а також активно виступати з пропозиціями та рекомендаціями.

У стратегії розвитку МОЗ 2023 – 2030 вказано “Оперативна ціль 1.5. Забезпечення прозорості національної політики у сфері охорони здоров'я та залучення громадянського суспільства до прийняття рішень” [51].

Важливим елементом демократичного, прозорого суспільства є наявність громадських рад, утворених при міністерствах, інших центральних органах виконавчої влади, це передбачено Постановою кабінету міністрів “Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики” від 3 листопада 2010 р. № 996 . Громадські ради є важливим інструментом залучення громадськості до процесу прийняття рішень та формування політики. Вони є форумом для представників громадськості, експертів та зацікавлених сторін, що мають можливість висловлювати свої думки та рекомендації з питань, які стосуються їхніх інтересів. Громадські ради можуть бути створені на різних рівнях управління, включаючи державний, регіональний або місцевий рівень. Вони можуть бути розташовані в міністерствах, агентствах, комісіях або інших установах, які мають вплив на політику та програми у сфері охорони здоров'я. Залучення громадських рад у процес циклу політики має кілька переваг:

1. Громадські ради дають можливість представникам громадськості висловлювати свої думки та інтереси. Це сприяє забезпеченню більш широкої участі та врахуванню потреб громади при формуванні політики.
2. Громадські ради залучають експертів та фахівців у галузі охорони здоров'я, що допомагає збагатити політику науковими знаннями та досвідом.
3. Залучення громадських рад забезпечує більшу прозорість та відкритість процесу прийняття рішень.
4. Залучення громадських рад сприяє покращенню якості політики та програм у сфері охорони здоров'я.

Однак, одним з недоліків громадських рад у медичній сфері є їхнє обмежене представництво та вплив на процес прийняття рішень. Громадські ради, які представляють громадські інтереси, не завжди мають

достатній вплив на політичні процеси та прийняття стратегічних рішень. Це зазвичай пов'язано з недостатнім фінансуванням, обмеженою кількістю представників громадськості, а також з недостатнім розумінням потреб і проблем, з якими стикаються медичні установи та пацієнти. Впливові медичні організації зазвичай мають більше можливостей впливати на політичні процеси та розвиток медичної сфери. Ці організації мають значний досвід, ресурси та зв'язки, які дозволяють їм залучати увагу до важливих медичних питань і реалізовувати свої інтереси. Прикладом громадських рад у сфері охорони здоров'я є Рада Громадського контролю при НСЗУ. До неї входять 15 осіб – представники пацієнтських організацій, спільноти лікарів, антикорупційних організацій, аналітичних центрів та аптечних об'єднань. Її склад затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 9 жовтня 2020 року №1239р. Ця рада була створена з метою залучення громадськості до процесу реформування системи охорони здоров'я. Щодо ради громадського контролю при Міністерстві охорони здоров'я то інформація за останні роки відсутня, достовірно невідомо чи існує така рада при МОЗ, чи ні. Для покращення стану та впливу громадських рад у сфері охорони здоров'я в Україні необхідно прийняти ряд заходів. По-перше, важливо забезпечити більшу репрезентативність громадських рад шляхом залучення представників різних секторів суспільства та зацікавлених сторін. По-друге, необхідно забезпечити достатнє фінансування та ресурси для ефективної роботи громадських рад. По-третє, важливо зміцнити механізми зворотного зв'язку між громадськими радами та приймальними органами, щоб рекомендації рад були враховані у процесі прийняття рішень. Крім того, необхідно забезпечити публічну прозорість та відкритість у процесі лобювання медичних інтересів, щоб уникнути корупції та конфлікту інтересів.

Ці заходи спрямовані на зміцнення впливу громадських рад у сфері охорони здоров'я, забезпечення їхньої репрезентативності та ефективної участі у процесі політики. Більше залучення провідних стейкхолдерів системи охорони здоров'я, саме професійних медичних організації, допоможе покращити взаємодію між урядом, громадськістю та фахівцями, сприятиме більшій відкритості та прозорості в системі охорони здоров'я і, в результаті, покращить якість надання медичних послуг та задоволення потреб населення. Загалом, успішне лобювання медичних інтересів потребує сильного лідерства, яке поєднує в собі глибоке розуміння медичної сфери, навички управління та комунікації, а також здатність представляти і захищати інтереси громадськості. Необхідно постійно працювати над розвитком та вдосконаленням професійних медичних організацій, сприяти їхньому впливу та забезпечувати активну участь у прийнятті стратегічних рішень в сфері охорони здоров'я, як у складі громадських рад так і напряду лобістів сфери охорони здоров'я.

3.3 Курс з медичного лідерства та медичного менеджменту, як додаткова програма в медичних закладах освіти

Цей розділ хочеться почати зі слів Митрополита Андрея Шептицького: “Нехай наша молодь у кожному поколінні видає людей совісної та глибокої праці, нехай видає великих справжніх артистів, знаменитих письменників, адвокатів, лікарів, архітекторів, великих промисловців і здібних купців. Нехай кожний виростає на громадянина, праця якого принесе народові і хосен (користь – прим. упоряд.), і славу.

Нехай Бог завжди дає нашому народові мудрих провідників у суспільному і політичному житті, які би шукали не свого, а загального добра, які би здійснювали провід, а не улягали кожному вітрові загальної опінії, які би сміливо і голосно признавалися до принципів Христової

віри” [52]. Мудра еліта – ще одна з цінностей, яка має бути закладена в новому суспільному договорі України. Україна потребує нову генерацію лідерів, не лише у політичному ракурсі, а й у інших галузях. Лідери, які мають представляти волю та інтереси громад, а не створювати пакт еліт на основі олігархічних кооперацій. За формування лідерів такого зразку великої мірою є відповідальні заклади освіти, які допомагають зростати, відкривають горизонти та не замикають у рамки. Навчальні заклади, які виховують моральних лідерів на засадах патріотизму та гідності людського життя – це запорука розбудови великої України. В демократичному, вільному світі розумна, жертвна, патріотична молодь, а згодом – впливова еліта має формуватись в університетах та школах, а не так, як виходить в Україні – на майданах та війнах. Важливим аспектом формування такої впливової молоді є формування медичних лідерів, нової генерації управлінців у сфері охорони здоров'я з акцентом на служінні.

Програма менеджменту у сфері охорони здоров'я наявна у багатьох не медичних університетах і часто має сертифікаційний характер чи представлена у вигляді магістерських програм. До прикладу: “Менеджмент у сфері охорони здоров'я” факультету менеджменту, готельно-ресторанної справи та туризму Міжнародного гуманітарного університету у м. Одеса [53] та магістерської програми є “Громадське здоров'я” Школи охорони здоров'я Києво-Могилянської академії [54]. В обох програмах заявлено основними напрямками навчання є ключові дисципліни – стратегічне управління підприємством, менеджмент персоналу, менеджмент якості в охороні здоров'я та інші. Загалом ці програма містить всі елементи, що стосуються управління у сфері охорони здоров'я окрім теми лідерства, яке є критично важливим у час адаптаційних викликів та криз.

У 2023 вперше буде запуснено магістерську програму “Менеджменту охорони здоров'я” у Києво-Могилянській академії.

Заявлено, що це буде унікальна за змістом і формою програма з українськими та міжнародними викладачами та гостьовими лекторами, яка буде поєднувати актуальні знання з охорони здоров'я, менеджменту та лідерства. Ця програма покладає великі надії, бо передбачає також навчання медсестер та медбрatів. Таких досвід магістерської програми, яка повністю буде присвячене медицині в Україні буде вперше. Важливо розуміти, кваліфікована команда – це успіх на будь-якому рівні: чи то правляча політична сила, чи то команда хірургів в операційній. Менеджмент у сфері охорони здоров'я важливий, як на рівні лікарні, так і на національному рівні. Аби уряд працював, виробляв і впроваджував політики у сфері охорони здоров'я спрямовані на покращення доброту всього населення, мають добре працювати всі операційні системи на кожному з циклів політики та охоплювати якнайбільшу кількість зацікавлених сторін. Тому важливим є навчання менеджменту та лідерства не лише на окремо винесених програмах, а й у медичних університетах (для лікарів) та медичних коледжах (для середнього медичного персоналу). З огляду на опитування описаного у підрозділі 2.2 цієї кваліфікаційної роботи гострою проблемою серед управлінців у сфері охорони здоров'я є питання наявності лідерських чеснот та питання стратегічного бачення серед керівників. Вважаю доцільним буде ввести в систему медичної освіти курс з лідерства та менеджменту у сфері охорони здоров'я. Така програма матиме на меті формувати лідерів змін вже на етапі навчання у коледжі чи університетів, що неабияк важливо для трансформації охорони здоров'я України в якій ми перебуваємо. Пропоную в цій програмі зосередитись на дисциплінах поданих нижче:

1. Основи лідерства у сфері охорони здоров'я. Включити в програму модулі з вивчення основних теорій і практик лідерства. Пояснити студентам процеси формування лідерських якостей, розвиток комунікаційних навичок, етичні аспекти лідерства та здатність до

інновацій. Розповідати про концепцію лідерства базованого на характері (11-ти чеснотах), вивчати лідерство та управління в умовах невизначеності.

2. Стратегічне управління: Розглянути стратегічне управління в контексті охорони здоров'я. Вивчити практики формулювання стратегії, розробки місійних уявлень та цілей організацій охорони здоров'я, а також методики їх реалізації. Розвивати у студентів вміння стратегічного мислення, попри всі виклики сьогодення.
3. Управління змінами: Розглянути роль лідерства в управлінні змінами в охороні здоров'я. Дослідити стратегії впровадження нових технологій, політик і процесів, а також вивчити навички керування опору до змін.
4. Комунікація та співпраця: Навчити студентів ефективним комунікаційним навичкам та взаємодії з різними зацікавленими сторонами в системі охорони здоров'я, такими як пацієнти, медичний персонал, урядові органи та громадські організації.
5. Якість та безпека: Підкреслити важливість керування якістю та безпекою в охороні здоров'я. Розглянути методики виявлення та запобігання помилкам, впровадження стандартів якості та удосконалення процесів надання медичних послуг.
6. Економіка та фінанси: Ознайомити студентів з основами економіки та фінансів у сфері охорони здоров'я. Розглянути питання фінансування охорони здоров'я, бюджетування, ефективного використання ресурсів та фінансового планування.
7. Етика та право: Вивчити етичні стандарти і законодавство, що регулюють сферу охорони здоров'я. Розглянути етичні дилеми, зокрема пов'язані з конфіденційністю пацієнтів, розподілом ресурсів та моральними аспектами прийняття управлінських рішень.

8. Інновації та дослідження: Заохочувати студентів до інновацій та дослідницької діяльності в сфері охорони здоров'я. Залучати їх до вивчення сучасних тенденцій, новітніх технологій та передових досліджень.

Ця програма матиме на меті підготувати майбутніх лідерів у сфері охорони здоров'я, здатних ефективно управляти організаціями, впроваджувати інновації та сприяти покращенню якості надання медичних послуг. Вона надасть студентам необхідні знання, навички та інструменти для успішної кар'єри у цій галузі, дозволить здобути навички лідерства, які стануть доцільним у період активних трансформацій.

Висновки до розділу 3

Лідерство у системі охорони здоров'я повинно розвиватись паралельно з ефективним менеджментом, особливо у часи криз та великих трансформацій. Для ефективного впровадження нових політик у СОЗ доцільно залучати в значній мірі експертів цієї сфери, тобто медиків. Професійні медичні організації мають бути основними лобістами медичного питання в системі державного управління, повинні бути залучені до циклів політики, особливо на етапі імплементації. Майбутніх управлінців у сфері охорони здоров'я потрібно навчати лідерству ще на етапі освіти в університетах, коледжах. НСЗУ, як центральний орган виконавчої влади, потребує укріплення своєї інституційної сили, задля подальшої трансформації охорони здоров'я, надання якісної медичної допомоги, універсального покриття медичних потреб усього населення України.

ВИСНОВКИ

Аналіз стану системи охорони здоров'я в Україні підтверджує відсутність, в значній мірі, явища лідерства в українській медицині. Недостатність впливових лідерів в СОЗ України негативно впливає на процеси формування та впровадження політики у сфері ОЗ, зменшуючи їхні темпи реалізації.

Національна служба здоров'я України займає лідерську позицію в українській медичній системі, безпосередньо впливає на формування та реалізацію політик. Через часткову відсутність чітких і адаптивних алгоритмів та недостатність зворотного зв'язку з медичними закладами, медиками, є загроза втратити цю позицію. Для продовження впровадження змін в українську медицину, імплементації законів, що будуть сприяти покращенню якості надання медичної допомоги громадянам України, НСЗУ має залишатись сильним соціальним інститутом. Для утримання лідерських позицій НСЗУ необхідно переглянути та змінити свою комунікаційну стратегію, залучати до реалізації політик в значній мірі лідерів серед медичних професійних організацій.

Агенти-змін необхідні для ефективного врядування як на рівні невеликих амбулаторій так і на національному рівні, тому що таке явище дозволяє швидко реагувати на адаптивні виклики сьогодення. Наявність лідерів-змін на місцях дозволяє організації залишатись конкурентоспроможними, бути відкритим до інновації та створювати політику націлену на майбутнє.

В циклі політики найбільш доцільним і прикладним лідерство є на етапі розробки та імплементації політики у сфері охорони здоров'я. Явище лідерства необхідно реалізовувати шляхом залучення впливових професійні медичних організацій до реалізації політики, зокрема у складі громадських рад.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Річний звіт про виконання Закону України "Про Державний бюджет України на 2020 рік" [Електронний ресурс] // Міністерство фінансів України – 2022. – Режим доступу до ресурсу: <https://mof.gov.ua/uk/current-year-budget-information>
2. David Muhlestein, Health Care Jobs Are A Political Barrier To Health Reform [Електронний ресурс] // – Режим доступу до ресурсу: https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2022/03/hist15z1_fy2023.xls
3. Health at a Glance: Europe 2022, ст. 134 [Електронний ресурс] // – Режим доступу до ресурсу: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en#page134
4. The world health report 2000/ Health systems: improving performance [Електронний ресурс] // – Режим доступу до ресурсу: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>
5. Health Care Systems – Four Basic Models | Physicians for a National Health Program [Електронний ресурс] // – Режим доступу до ресурсу: <https://members.physio-pedia.com/wp-content/uploads/2019/02/Health-Care-Systems-Four-Basic-Models-18502.pdf>
6. Dan Welling. What does the public think about the NHS?/The King's Fund 2017 [Електронний ресурс] // – Режим доступу до ресурсу: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/what-does-public-think-about-nhs>
7. 5 Best Healthcare in the World 2023/World Population Review [Електронний ресурс] // – Режим доступу до ресурсу: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>
8. Sophie Ireland. Countries With The Best Health Care Systems, 2021/ Revealed: Countries With The Best Health Care Systems, 2021 [Електронний

ресурс]// – Режим доступу до ресурсу:
<https://ceoworld.biz/2021/04/27/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2021/>

9. Як реалізовуватиметься Програма медичних гарантій у 2023 році/ Урядовий портал, 2022 [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://www.kmu.gov.ua/news/yak-realizovuvatymetsia-prohrama-medychnykh-harantii-u-2023-rotsi>

10. Piotr Romaniuk¹ and Tetyana Semigina. Ukrainian health care system and its chances for successful transition from Soviet legacies 2018/National Library of Medicine [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6260664/>

11. Richard Nixon. Leaders: Profiles and Reminiscences of Men Who Have Shaped the Modern World 1990 p., ст – 11.

12 . Лідерство, що базується на характері: чи вдасться Україні зробити його системним? [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу:
<https://uculeadership.com.ua/knowledgebase/liderstvo-shho-bazuyetsya-na-harakter-chy-vdastsya-ukrayini-zrobyty-jogo-systemnym-video/>

13. Conception “Leadership based on character”: which dimensions leaders need today? /The Center for Leadership of UCU and Lviv Business School of UCU (LvBS) [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу:
<https://uculeadership.com.ua/en/knowledgebase/kontseptsiya-leadership-based-on-character-yaki-chesnoty-potribni-lideram-sogodni/>

14. Ендрю Робертс. Лідерство в часи війни. Головні уроки від творців історії //ст 5.

15. Dr. Dean Williams, Change agent leadership for a fractured world, Harvard Kennedy School/The Center for Leadership of UCU and Lviv Business School of UCU (LvBS) [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу:
<https://uculeadership.com.ua/en/knowledgebase/lider-yak-agent-zmin-u-rozdroblenommu-sviti-din-vilyams-harvard-kennedy-school/>

16. Пітер Друкер. Виклики для менеджменту XXI століття, 1997 рік// 88 ст
17. Leadership in a crisis: Responding to the coronavirus outbreak and future challenges//March 16, 2020 McKinsey & Company [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://www.mckinsey.com/capabilities/people-and-organizational-performance/our-insights/leadership-in-a-crisis-responding-to-the-coronavirus-outbreak-and-future-challenges#/>
18. Does leadership in networks matter? Examining the effect of leadership behaviors on managers’ perceptions of network effectiveness. Public Performance & Management Review, 33(1), 34–62. //McGuire, M., & Silvia, C. 2009.
19. Джим Коллінз. Від хорошого до великого, 2021// ст 27- 57
20. Amy C. Edmondson, “Don’t hide bad news in times of crisis”//Harvard Business Review, 2020 [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://hbr.org/2020/03/dont-hide-bad-news-in-times-of-crisis>
21. John P. Kotter, Management Is (Still) Not Leadership/ Harvard Business Review, 2013 [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://hbr.org/2013/01/management-is-still-not-leadership.html>
22. Джон О’Лірі. Чи насправді менеджери і лідери роблять різні речі? // Management.com.ua, 2016// [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://www.management.com.ua/tend/tend858.html>
23. Ф. М. Рудич , “Політика в особах, Політичне лідерство на постсоціалістичному просторі: національний і регіональний контексти”// ст 24 [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: https://ipiend.gov.ua/wp-content/uploads/2018/07/politics-in-persons_149.pdf
24. Політична психологія. Навчальний посібник для вищої школи// М., «Деловая книга», 2001// с.314-339.
25. Claire McAndrew, HOW DOES HEALTH REFORM HELP WITH ANNUAL LIMITS?/ Families USA [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://familiesusa.org/resources/expert-qa-how-does-health->

reform-help-with-annual-limits/

26. Stephanie Armour, The Affordable Care Act: A Brief History/ The Wall Street Journal, 2021 [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: https://www.wsj.com/articles/the-affordable-care-act-a-brief-history-11623961600?cx_testId=3&cx_testVariant=cx_2&cx_artPos=3&mod=WTRN#cxrecs_s

27. Paul Cairney: Politics & Public Policy/ Policy Concepts in 1000 Words: Multiple Streams Analysis 2013// [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://paulcairney.wordpress.com/2013/10/31/policy-concepts-in-1000-words-multiple-streams-analysis/>

28. Довіра до інститутів суспільства та політиків, електоральні орієнтації громадян України (липень–серпень 2021р.)/ Разумков центр серпень 2021//[Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://razumkov.org.ua/napriamky/sotsiologichni-doslidzhennia/dovira-do-instytutiv-suspilstva-ta-politykiv-elektoralni-orientatsii-gromadian-ukrainy>

29. Exploring Trust in public instutution //Mori social research institute// [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: https://www.ipsos.com/sites/default/files/publication/1970-01/sri_trust_in_public_institutions_2003.PDF

30. Політичні підсумки 2022 року: оцінка громадянами ситуації в країні та дій влади, довіра до соціальних інститутів/Разумков центр, грудень 2022//[Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://razumkov.org.ua/napriamky/sotsiologichni-doslidzhennia/politychni-pidsumky-2022-roku-otsinka-gromadianamy-sytuatsii-v-kraini-ta-dii-vlady-dovira-do-sotsialnykh-instytutiv-gruden-2022r>

31. GDP per capita, The World Bank 2021// [Електронний ресурс]// Режим доступу до ресурсу: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=UA&most_recent_value_desc=true

32. Life Expectancy/ Our world in data, 2021[Електронний ресурс]// Режим доступу до ресурсу: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>
33. Tammy Boyce and Chris Brown. Economic and Social impacts and benefits of health systems//WHO [Електронний ресурс] // Режим доступу до ресурсу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329683/9789289053952-eng.pdf>
34. Exploring Trust in public institution, ст 17 //Mori social research institute// [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: https://www.ipsos.com/sites/default/files/publication/1970-01/sri_trust_in_public_institutions_2003.PDF
34. Dan Welling. What does the public think about the NHS?/The King's Fund 2017 [Електронний ресурс] // – Режим доступу до ресурсу: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/what-does-public-think-about-nhs>
35. Христина Рівера. "Система Семашка", або ностальгія за радянською медициною [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://tsn.ua/lady/authors/sistema-semashko-abo-nostalgiya-za-radyanskoju-medicinoju-1644439.html>
36. Від старої медичної моделі ми відмовилися. Хтось сумнівається, чи варто?/ Укрінформ 2018// [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2578657-vid-staroi-medicnoi-modeli-mi-vidmovilisa-htos-sumnivaetsa-ci-varto.html>
37. Уляна Супрун під час брифінгу з нагоди міжнародної зустрічі сімейних лікарів, 2018 [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://old.loda.gov.ua/news?id=38828>
38. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019: спільний звіт ВООЗ та Світового банку [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346329>

38. Звіт НСЗУ за 2022 рік// [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/4qrt2022-report.pdf?1686397449>
39. Звіт НСЗУ за 2018 рік, 9 ст // [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2018.pdf?1676283212>
40. Пітер Ф. Друкер, “Виклики для менеджменту ХХІ століття”. ст 79
41. Best Healthcare in the World 2023, World population review // [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>
42. АНАЛІТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО СТАНУ РЕАЛІЗАЦІЇ ПМГ 2023 РОКУ ЗА ОБЛАСТЯМИ // [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу:<https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zvity-pmg-za-regionamy-2023>
43. Levi-Sanchez, Suzanne, "Civil Society in an Uncivil State". Journal of International Affairs 2018 71 (2): 50–72. [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://www.jstor.org/stable/26552329>
44. Перше територіальне медичне об’єднання // [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://emergency-hospital.lviv.ua/about>
45. 8 фактів про “Compass” // [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://www.compass-hub.com.ua/pro-nas/>
46. Using the policy cycle: Practice into theory and back again Russell Ayres// [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://press-files.anu.edu.au/downloads/press/n7914/pdf/ch08.pdf>
47. The policy cycle, European Geosciences Union // [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://www.egu.eu/policy/cycle/>
48. 4 STEPS TO POLICY IMPLEMENTATION // [Електронний ресурс]//
Режим доступу до ресурсу: https://emm.iom.int/sites/g/files/tmzbd1561/files/files/jobs/Stage%206_Policy%20Implementation%20%281%29.pdf

49. Progress Platform, про нас // [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://progressplatform.org/about>
50. Лекційний матеріал SPM UCU // [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: https://cms.ucu.edu.ua/pluginfile.php/390326/mod_resource/content/1/GR%20SPM%20UCU%202022-2023.pdf
51. Стратегія розвитку СОЗ України 2023-2030 // [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Громадське%20обговорення/2023/розпорядження/ПЛАН%20ЗАХОДІВ.pdf>
52. Дороговказ Лідеру [Пастирське послання Митрополита Андрея до вірних на празник Пресвятої Євхаристії, т. II, с. 94]
53. “Менеджмент у сфері охорони здоров'я” факультету менеджменту, готельно-ресторанної справи та туризму Міжнародного гуманітарного університету у м. Одеса // [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://hrtb.od.ua/ua/healthcare-management>
54. “Громадське здоров'я” Школи охорони здоров'я Києво-Могилянської академії. Навчальний план 2022 “Громадське здоров'я” // [Електронний ресурс]// – Режим доступу до ресурсу: <https://sph.ukma.edu.ua/hromadske-zdorovuua>