

Карпатський національний університет імені Василя Стефаника

Факультет управління

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

на тему:

**«МЕХАНІЗМ ЗАЛУЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОСТІ ДО ЗДІЙСНЕННЯ РЕФОРМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

Виконала: студентка 4 курсу, групи ПУА-41(з)
спеціальності «Публічне управління та
адміністрування» ОР «Бакалавр»

Надрага Яна Василівна

Керівник: д.філос.н. (PhD), асистент Драбчук Н.Ю.

Рецензент: д.екон.н., проф. Сас Л.С.

Івано-Франківськ – 2026 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЗАЛУЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОСТІ ДО ЗДІЙСНЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1. Поняття та сутність реформи системи охорони здоров'я.....	6
1.2. Роль громадськості у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я	11
1.3. Механізми та форми участі громадськості у процесі реформування системи охорони здоров'я	17
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЗАЛУЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОСТІ ДО РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КНП «ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ДИТЯЧИЙ САНАТОРІЙ «ЯСЕНЬ»	23
2.1. Загальна характеристика діяльності КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»	23
2.2. Аналіз практики залучення громадських організацій та громадян до процесів реформування охорони здоров'я в КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»	28
2.3. Оцінка ефективності механізмів громадської участі у здійсненні реформи охорони здоров'я у КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»	35
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ЗАЛУЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОСТІ ДО ЗДІЙСНЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	41
3.1. Зарубіжний досвід залучення громадськості до реформування системи охорони здоров'я.....	41
3.2. Основні напрями вдосконалення механізмів громадської участі у реформуванні системи охорони здоров'я.....	47
3.3. Практичні рекомендації щодо підвищення ефективності залучення громадськості до реалізації реформи охорони здоров'я.....	56
ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66

ВСТУП

Реформування системи охорони здоров'я України є одним із найбільш масштабних і суспільно значущих перетворень у сфері публічного управління за роки незалежності. Розпочата у 2014–2017 роках системна трансформація охопила зміну правового статусу медичних закладів, запровадження нової моделі фінансування через Національну службу здоров'я України, розгортання електронної системи охорони здоров'я та реорієнтацію системи на потреби пацієнта. Разом із тим одним із найменш дослідженого і водночас стратегічно важливим аспектом цієї реформи залишається питання залучення громадськості до її реалізації - участі громадян, пацієнтських організацій, неурядових організацій та волонтерів у прийнятті управлінських рішень на всіх рівнях системи медичної допомоги.

Актуальність теми дослідження зумовлена кількома чинниками. По-перше, міжнародний досвід переконливо свідчить, що реформи охорони здоров'я, які реалізуються без реальної участі громадськості, - «згори вниз» - значно частіше зазнають невдачі або не досягають задекларованих цілей. По-друге, перехід медичних закладів до форми комунальних некомерційних підприємств (КНП) створив нові інституційні можливості для громадської участі через наглядові ради, однак ці можливості залишаються здебільшого нереалізованими. По-третє, умови воєнного часу, що спричинили масовий вимушений переміщення населення та зростання потреби в реабілітаційних послугах, одночасно активізували волонтерський рух і громадянське суспільство, відкривши нові можливості для партнерства медичних закладів із громадськістю. По-четверте, санаторно-курортний сегмент системи охорони здоров'я, орієнтований на дитячий контингент, є особливо чутливим до рівня громадської довіри та участі, оскільки інтереси кінцевих споживачів - дітей - представляються батьками і громадськими організаціями.

Метою роботи є дослідження механізмів залучення громадськості до здійснення реформи охорони здоров'я та розроблення практичних рекомендацій

щодо їх удосконалення на прикладі КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень».

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання** дослідження:

- розкрити поняття та сутність реформи системи охорони здоров'я як об'єкта публічного управління;
- визначити роль громадськості у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;
- систематизувати механізми та форми участі громадськості у процесі реформування системи охорони здоров'я;
- охарактеризувати діяльність КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» як об'єкта дослідження;
- проаналізувати практику залучення громадських організацій та громадян до процесів реформування охорони здоров'я в досліджуваному закладі;
- оцінити ефективність механізмів громадської участі у здійсненні реформи охорони здоров'я у КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»;
- узагальнити зарубіжний досвід залучення громадськості до реформування системи охорони здоров'я;
- визначити основні напрями вдосконалення механізмів громадської участі;
- сформулювати практичні рекомендації щодо підвищення ефективності залучення громадськості до реалізації реформи охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є механізми залучення громадськості до здійснення реформи охорони здоров'я в Україні.

Предметом дослідження є процес залучення громадськості до реформування системи охорони здоров'я на рівні комунального некомерційного підприємства в умовах сучасних перетворень у галузі.

Методи дослідження. У процесі виконання роботи застосовано комплекс методів наукового пізнання: системний аналіз - для дослідження механізмів

громадської участі як цілісної системи взаємопов'язаних елементів; порівняльний аналіз - для вивчення зарубіжного досвіду та зіставлення практик різних країн; соціологічні методи (анкетування, інтерв'ювання) - для отримання емпіричних даних про стан громадської участі у досліджуваному закладі (n = 87 респондентів); SWOT-аналіз - для оцінки сильних і слабких сторін, можливостей і загроз у сфері громадської участі; методи узагальнення та синтезу - для формулювання висновків і рекомендацій.

Теоретичну основу дослідження становлять наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених у сфері публічного управління, менеджменту охорони здоров'я та громадської участі: М. М. Білинської, О. М. Петроє, М. В. Долгих, Д. Г. Гавриченка, І. Я. Зими, Л. Р. Криничко, В. М. Лехан, а також зарубіжних авторів - Р. Villalobos Dintrans, Н. Wang та ін. Нормативну базу складають Конституція України [71], Основи законодавства про охорону здоров'я [72], Закони України «Про громадські об'єднання» [73], «Про доступ до публічної інформації» [74], «Про звернення громадян» [75], Постанова КМУ від 3 листопада 2010 р. № 996 [79], Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на 2015–2020 роки та Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що сформульовані рекомендації можуть бути безпосередньо застосовані керівництвом КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень», Івано-Франківською обласною радою як засновником, а також регіональними органами управління охороною здоров'я для підвищення ефективності механізмів громадської участі. Результати дослідження також становлять інтерес для інших комунальних некомерційних підприємств у сфері охорони здоров'я, що стикаються з аналогічними проблемами.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел (80 найменувань).

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЗАЛУЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОСТІ ДО ЗДІЙСНЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття та сутність реформи системи охорони здоров'я

Реформа системи охорони здоров'я є одним із найбільш складних і багатовимірних процесів державного управління, що охоплює одночасно правову, інституційну, фінансову, організаційну та соціальну сфери. У широкому розумінні реформа охорони здоров'я являє собою цілеспрямовану систему заходів з боку держави, спрямованих на докорінну зміну структури, функцій, механізмів фінансування та управління системою медичної допомоги населенню з метою підвищення її ефективності, доступності й якості [37, с. 4-6]. Відповідно, вона передбачає не лише трансформацію окремих елементів медичної галузі, а й перебудову ціннісних основ, на яких ця система функціонує.

У науковій літературі поняття «реформа охорони здоров'я» розглядається через призму кількох підходів. З позиції публічного управління реформа трактується як цілеспрямована зміна інституційних механізмів надання медичних послуг і державного регулювання галузі [12, с. 70]. З точки зору економічних наук акцент робиться на трансформації моделей фінансування та ресурсного забезпечення [25, с. 60-61]. Соціологічний підхід виокремлює зміни в структурі доступу населення до медичної допомоги і соціальних детермінантах здоров'я [60, с. 1-2]. Таким чином, реформа охорони здоров'я - це комплексний процес, що не може бути зведений до вузькогалузових перетворень і потребує системного аналізу в контексті загальної трансформації публічного управління.

Необхідність реформування системи охорони здоров'я визначається сукупністю чинників як зовнішнього, так і внутрішнього характеру. До зовнішніх відносяться глобалізаційні процеси, зростаючий тиск демографічних змін (старіння населення, зростання хронічних захворювань), технологічна революція у сфері медицини та цифрова трансформація [64, с. 1-2]. Внутрішні

чинники пов'язані з успадкованою від радянської доби структурою охорони здоров'я, яка відзначалася надлишковою кількістю стаціонарних ліжок за недостатнього розвитку первинної медичної допомоги, хронічним недофінансуванням галузі, неефективним управлінням ресурсами, відсутністю дієвих механізмів контролю якості медичних послуг [33, с. 5-12]. Саме ця системна криза стала головною рушійною силою реформ в Україні після здобуття незалежності.

Вітчизняні дослідники по-різному розставляють акценти у визначенні сутності реформи охорони здоров'я. Зокрема, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова та М. І. Заярський розглядають реформу як «послідовну зміну базових принципів організації та фінансування медичної допомоги» [33, с. 8]. Л. Р. Криничко наполягає на тому, що реформа не може бути зведена до окремих управлінських рішень, а являє собою «перехід до принципово нової моделі організації охорони здоров'я на засадах солідарності, загального охоплення та доказової медицини» [31, с. 24]. Д. В. Гавриченко акцентує увагу на публічно-управлінському вимірі, характеризуючи реформу як «процес змін механізмів публічного управління, спрямований на підвищення ефективності та справедливості системи охорони здоров'я» [12, с. 72]. Узагальнюючи ці підходи, можна стверджувати, що реформа охорони здоров'я поєднує структурний, функціональний і ціннісний аспекти перетворень у галузі.

Принципово важливим є питання типологізації реформ охорони здоров'я. У міжнародній практиці прийнято виокремлювати кілька базових типів. По-перше, реформи фінансування - зміни у способах мобілізації та розподілу ресурсів у системі охорони здоров'я (перехід від бюджетної моделі до страхової, впровадження механізмів оплати за результатами) [67, с. 1-2]. По-друге, реформи постачання послуг - трансформація організаційних форм надання медичної допомоги (автономізація закладів, розвиток первинної медичної допомоги, деінституалізація). По-третє, реформи управління - зміни у структурах прийняття рішень, розподілі повноважень між центром і регіонами, запровадження нових форм підзвітності [61, с. 20-22]. По-четверте, реформи,

орієнтовані на попит, - залучення громадськості, пацієнтське самоврядування, просвіта населення у сфері здоров'я [70, с. 1-4]. На практиці ці типи реалізуються комплексно, доповнюючи один одного.

В українському контексті реформа охорони здоров'я пройшла кілька етапів свого розвитку. Перший етап (1991-2000 рр.) характеризувався переважно декларативними спробами змін за збереження радянської інституційної спадщини. Другий етап (2000-2010 рр.) позначився окремими структурними перетвореннями: спробами децентралізації управління, пілотними програмами реструктуризації лікарень у деяких регіонах. Третій етап (2010-2014 рр.) - проведення пілотних проектів реформування системи охорони здоров'я у чотирьох регіонах, ухвалення базових законодавчих актів. Четвертий етап (2014-2020 рр.) ознаменувався системними трансформаціями: прийняттям Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я на 2015-2020 роки, законодавчим оформленням автономізації закладів охорони здоров'я, запровадженням Національної служби здоров'я України (НСЗУ) та переходом до нової моделі фінансування [37, с. 10-14; 38, с. 3-5]. П'ятий, сучасний етап (від 2020 р. до сьогодні) пов'язаний із подальшим розгортанням реформ в умовах пандемії COVID-19 і воєнного стану.

Ключовим документом, що визначав вектори реформування на системному рівні, стала Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки. У ній було окреслено чотири стратегічні напрями: по-перше, реорієнтація системи охорони здоров'я на пацієнта; по-друге, розвиток первинної медичної допомоги; по-третє, нове фінансування охорони здоров'я через систему контрактування; по-четверте, забезпечення якості медичних послуг [37, с. 16-20]. Продовженням цього процесу стала Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року, яка розширила горизонт реформ, включивши цілі стійкості системи в умовах криз, цифрову трансформацію та посилення громадського здоров'я [48, с. 12-18].

Особливого значення для розуміння сутності реформи набуває питання інституційного забезпечення перетворень. Дослідники наголошують, що без

відповідних інституційних змін будь-яка реформа приречена на провал [22, с. 35-38]. Інституційний вимір реформи охорони здоров'я охоплює: реорганізацію органів державного управління галуззю (перетворення Міністерства охорони здоров'я на регуляторний орган, утворення НСЗУ як платника); зміну правового статусу медичних закладів (перетворення на комунальні некомерційні підприємства - КНП); запровадження нових механізмів ліцензування та акредитації; трансформацію системи медичної освіти та безперервного професійного розвитку [45, с. 8-11; 41, с. 1-5]. Саме в цьому контексті функціонування таких закладів, як КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень», слід розглядати як безпосередній результат інституційної реформи.

Суттєвою характеристикою сучасного розуміння реформи охорони здоров'я є її орієнтація на принцип загального охоплення (universal health coverage - УНС), проголошений ВООЗ як глобальна ціль. Загальне охоплення передбачає, що всі люди мають доступ до якісних медичних послуг без ризику фінансових труднощів [65, с. 1-3]. Для України реалізація цього принципу пов'язана насамперед із запровадженням програми медичних гарантій, у межах якої держава через НСЗУ забезпечує фінансування визначеного пакета послуг. М. В. Долгих зазначає, що «перехід до моделі загального охоплення вимагає не лише фінансових реформ, але й докорінної зміни підходів до управління закладами охорони здоров'я і механізмів взаємодії держави з громадянським суспільством» [18, с. 45-47].

Цифрова трансформація стала невід'ємним складником сучасного розуміння реформи охорони здоров'я. Впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth) в Україні забезпечило перехід до електронних медичних записів, електронних направлень та електронних рецептів, що докорінно змінило операційну модель медичних закладів [44, с. 92-95]. Дослідники підкреслюють, що цифровізація охорони здоров'я не є самоцілью, а слугує засобом підвищення ефективності, прозорості та підзвітності системи [64, с. 2-4]. Водночас впровадження інформаційних систем відкрило

нові можливості для залучення громадськості до контролю за якістю медичної допомоги.

Важливим аспектом сутності реформи охорони здоров'я є питання оцінки її ефективності. В. П. Villalobos Dintrans, аналізуючи причини провалу реформ охорони здоров'я у різних країнах, доходить висновку, що ключовими факторами успіху є: наявність чіткої і послідовної політичної волі, адекватне фінансове забезпечення, залучення ключових стейкхолдерів, у тому числі громадськості, та ефективна комунікація з населенням [69, с. 1-4]. Натомість реформи, що реалізуються виключно «згори вниз», без суспільного діалогу й консенсусу, як правило, не досягають задекларованих цілей. Цей висновок має принципове значення для розуміння ролі громадськості в реформуванні охорони здоров'я, якій присвячено наступні підрозділи цієї роботи.

Для санаторно-курортного сегмента, до якого відноситься база дослідження, реформа мала специфічні наслідки. Санаторії, що раніше фінансувалися переважно з фонду соціального страхування та регіональних бюджетів, опинилися перед необхідністю адаптації до нових фінансових механізмів. Автономізація у формі КНП надала закладам більшу операційну самостійність, але водночас поставила перед ними завдання самостійного пошуку джерел фінансування і розвитку конкурентоспроможних послуг [4, с. 67-70; 1, с. 112-115]. Це зумовило об'єктивну потребу в залученні громадських організацій, батьківських спільнот та інших стейкхолдерів до прийняття управлінських рішень - як інструменту підвищення довіри до закладу і забезпечення його стійкого розвитку.

Таким чином, реформа системи охорони здоров'я являє собою комплексний, багатовимірний і тривалий процес трансформації, що охоплює інституційний, фінансовий, організаційний та соціальний виміри. Її сутність полягає у переході від моделі «держава як єдиний провайдер» до моделі «держава як регулятор і гарант прав пацієнта», де ключову роль відіграють як ринкові механізми надання послуг, так і механізми громадської участі й контролю. Саме тому вивчення механізмів залучення громадськості до

здійснення реформи охорони здоров'я є не лише теоретично важливим, а й практично необхідним для забезпечення сталого розвитку системи медичної допомоги в Україні [12, с. 83-85; 18, с. 52-54].

1.2. Роль громадськості у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

Участь громадськості у формуванні та реалізації державної політики є одним із фундаментальних принципів демократичного урядування. Особливого значення цей принцип набуває у сфері охорони здоров'я, де рішення безпосередньо торкаються якості та тривалості життя кожної людини. Поняття «громадськість» у контексті охорони здоров'я охоплює широке коло суб'єктів: громадян як індивідуальних носіїв прав пацієнта; неурядові організації (НГО) та пацієнтські об'єднання; профспілки медичних працівників; наукові та академічні спільноти; засоби масової інформації; релігійні та громадські інституції [19, с. 12-14]. Усі ці суб'єкти здатні суттєво впливати як на формування порядку денного реформ, так і на якість їхньої реалізації.

У науковій літературі участь громадськості в публічному управлінні розглядається крізь призму кількох концепцій. Класична «драбина участі» Ш. Арнштейн (1969), адаптована до сучасних умов, виокремлює щонайменше вісім рівнів - від маніпуляції та терапії (неучасті) через інформування, консультації та умиротворення (символічна участь) до партнерства, делегованих повноважень і громадського контролю (реальна участь) [3, с. 48-50]. Ця концептуальна схема зберігає свою актуальність для аналізу механізмів залучення громадськості до реформи охорони здоров'я в Україні, де різні форми участі реалізуються з різною ефективністю на різних адміністративних рівнях.

Роль громадськості у формуванні державної політики у сфері охорони здоров'я реалізується через кілька взаємопов'язаних функцій. По-перше, функція артикуляції інтересів - громадські організації виявляють і формулюють потреби та очікування різних груп населення, передаючи їх до органів, що приймають рішення [11, с. 104-105]. По-друге, функція легітимізації - широке

залучення громадськості підвищує суспільну довіру до реформ і знижує ризики їхнього саботажу з боку тих, чиї інтереси зачіпаються [69, с. 3]. По-третє, інформаційна функція - громадські структури акумулюють місцеве знання і практичний досвід, який не може бути замінений жодним статистичним аналізом [28, с. 71]. По-четверте, контрольна функція - незалежний громадський моніторинг забезпечує підзвітність системи охорони здоров'я і протидіє корупції. По-п'яте, інноваційна функція - НГО та пацієнтські організації нерідко стають ініціаторами нових підходів і рішень, які згодом інкорпоруються в державну політику [70, с. 2-3].

Теоретичне обґрунтування ролі громадськості в охороні здоров'я спирається на концепцію соціальних детермінантів здоров'я, розвинуту в роботах ВООЗ та численних дослідників. Відповідно до неї, стан здоров'я населення визначається не лише якістю медичної допомоги, а й широким спектром соціальних, економічних і поведінкових факторів - умовами праці та проживання, рівнем освіти, соціальною підтримкою, якістю довкілля [60, с. 1-2; 36, с. 24-28]. Це означає, що ефективна охорона здоров'я не може бути справою виключно медичних установ і державних органів - вона вимагає участі всього суспільства. Громадські організації відіграють тут роль сполучної ланки між медичною системою і широким соціальним контекстом, у якому живуть і хворіють люди.

Правові підстави для участі громадськості у формуванні державної політики в Україні закладено на кількох рівнях. Конституція України гарантує право громадян на участь в управлінні державними справами (ст. 38), свободу об'єднання (ст. 36) та право на охорону здоров'я (ст. 49) [71]. На законодавчому рівні цю сферу регулюють Закон України «Про громадські об'єднання» [73], Закон «Про звернення громадян» [75], Закон «Про доступ до публічної інформації» [74], а також Постанова Кабінету Міністрів України «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики» від 3 листопада 2010 р. № 996 [79]. У таблиці 1.1 систематизовано

основні форми участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я за ключовими критеріями.

Таблиця 1.1.

Форми участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

Форма участі	Сутність та зміст	Рівень залучення	Приклади в охороні здоров'я
Інформування	Одностороннє поширення інформації від органів влади до громадськості про зміст і цілі реформ	Низький (пасивна участь)	Публікація звітів НСЗУ, інформаційні кампанії МОЗ
Консультації	Збір думок і пропозицій громадян та організацій із конкретних питань реформування; результати враховуються необов'язково	Середній	Громадські слухання щодо регіональних програм охорони здоров'я
Участь у прийнятті рішень	Включення представників громадськості до складу консультативно-дорадчих органів, робочих груп при органах влади	Середній - Високий	Громадські ради при МОЗ, при обласних департаментах охорони здоров'я
Партнерство	Спільна реалізація програм і проектів органами влади та організаціями громадянського суспільства на договірних засадах	Високий	Спільні програми НГО та КНП із профілактики захворювань, реабілітації
Громадський контроль	Незалежний моніторинг і оцінка виконання реформ; виявлення порушень і звітування перед суспільством	Високий	Моніторинг якості послуг пацієнтськими організаціями, е-петиції
Самоорганізація	Ініціативна діяльність громадян та НГО незалежно від держави; вироблення альтернативних рішень	Найвищий	Волонтерські організації підтримки медичних закладів під час воєнного стану

Джерело: розроблено автором на основі аналізу наукової літератури

Як видно з таблиці 1.1, форми участі громадськості утворюють ієрархічну систему від пасивного інформування до активної самоорганізації. Реальна ефективність демократичного управління у сфері охорони здоров'я визначається тим, якою мірою держава здатна забезпечити перехід від нижніх до верхніх рівнів цієї ієрархії, залучаючи громадськість не як декоративний елемент, а як рівноправного учасника прийняття рішень [12, с. 74-76]. Саме тому в міжнародній практиці перевагу надають партнерству та спільному управлінню перед консультаціями та інформуванням.

Пацієнтські організації посідають особливе місце серед суб'єктів громадської участі в охороні здоров'я. На відміну від загальногромадянських об'єднань, вони репрезентують специфічні інтереси людей із конкретними захворюваннями або особливими медичними потребами, що надає їхній позиції виняткової легітимності в дискусіях про організацію та фінансування відповідних видів медичної допомоги. Дослідники зазначають, що пацієнтські організації здатні забезпечити те, що система охорони здоров'я органічно не може виробити самотійно, - перспективу «зсередини», з досвіду проживання хвороби [19, с. 34-36]. В українських реаліях пацієнтські організації відіграли важливу роль у просуванні реформи забезпечення лікарськими засобами та в розробці протоколів лікування окремих нозологій.

Громадські ради при органах виконавчої влади є ключовим інституційним механізмом залучення організованої громадськості до формування державної політики. В Україні відповідно до Постанови КМУ № 996 від 2010 року громадські ради утворюються при центральних і місцевих органах виконавчої влади та наділяються повноваженнями: подавати пропозиції до органу щодо питань формування та реалізації державної політики; проводити експертизу проектів нормативних актів; готувати та оприлюднювати щорічні звіти [79]. При Міністерстві охорони здоров'я функціонує громадська рада, при обласних департаментах охорони здоров'я - регіональні аналоги. Однак ефективність цих структур суттєво варіює залежно

від готовності самих органів влади до справжнього діалогу [11, с. 105-106; 41, с. 3-4].

Окремого розгляду заслуговує роль засобів масової інформації та цифрових медіа як каналів громадської участі в охороні здоров'я. ЗМІ виконують щонайменше три функції: інформаційну (поширення відомостей про зміст реформ і права пацієнтів), агрегування думок (формування суспільного дискурсу навколо проблем охорони здоров'я) і тиску (журналістські розслідування порушень, сигнали тривоги). В умовах цифрової трансформації значення набувають соціальні мережі та онлайн-платформи, через які громадяни можуть безпосередньо звертатись до органів влади [44, с. 95-97]. Водночас цифровий розрив між урбанізованими і сільськими територіями залишається серйозним викликом для забезпечення рівного доступу до механізмів громадської участі.

Наукові дослідження підтверджують, що системна участь громадськості позитивно корелює з якістю реформ охорони здоров'я. Wang et al. (2021), аналізуючи досвід реформування первинної медичної допомоги в різних країнах, встановили, що успішні реформи, як правило, характеризувалися: активним залученням громадянського суспільства до діагностики проблем на початковому етапі; наявністю представників громадськості в коаліціях на підтримку реформ; регулярними механізмами зворотного зв'язку між населенням і реформаторами [70, с. 2-4]. Натомість у системах, де реформи впроваджувалися без широкого суспільного обговорення, спостерігалися вищий рівень спротиву з боку медичного персоналу і нижча прихильність населення до нових моделей отримання медичної допомоги.

Специфічним аспектом ролі громадськості в охороні здоров'я в Україні є волонтерський рух, що набув масштабного розвитку з 2014 року і отримав нову динаміку після початку повномасштабного вторгнення у 2022 році. Волонтерські організації забезпечували медичні заклади обладнанням, медикаментами та засобами індивідуального захисту, що в умовах фінансової кризи і логістичних перебоїв набувало критичного значення [18, с. 89-91]. Цей

досвід показав, що громадськість здатна взяти на себе функції, які традиційно вважалися прерогативою держави, і тим самим забезпечити стійкість системи охорони здоров'я в кризових умовах. Разом із тим він поставив питання про необхідність інституційної інтеграції волонтерської діяльності в систему управління охороною здоров'я.

Важливим вектором участі громадськості є залучення до стратегічного планування та оцінки програм охорони здоров'я. Міжнародний досвід свідчить, що партисипаторне планування - процес, у якому громади безпосередньо беруть участь у визначенні пріоритетів і розподілі ресурсів - суттєво підвищує відповідність послуг реальним потребам населення і знижує ризики неефективного використання коштів [34, с. 18-22]. В Україні ВООЗ та інші міжнародні організації підтримували розробку регіональних програм громадського здоров'я із застосуванням партисипаторних методів, що стало важливим досвідом для формування нової культури взаємодії влади і громадськості у сфері охорони здоров'я.

Водночас реалізація потенціалу громадської участі наштовхується на низку системних бар'єрів. О. М. Петрос та М. М. Білинська виокремлюють серед них: недостатню інституційну спроможність організацій громадянського суспільства (брак фахівців, ресурсів, досвіду); правову та регуляторну невизначеність статусу громадських організацій у системі охорони здоров'я; патерналістську культуру управління, що зберігається у частини посадовців і медичного персоналу; інформаційну асиметрію між громадськістю і органами влади; а також загальний рівень суспільної довіри до державних інституцій [3, с. 67-70]. Подолання цих бар'єрів є необхідною умовою для того, щоб громадська участь перетворилась із декларативного принципу на реальний інструмент підвищення ефективності реформ.

Таким чином, роль громадськості у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я є багатовимірною і принципово важливою. Вона виявляється в артикуляції суспільних інтересів, забезпеченні легітимності реформ, незалежному контролю та інноваційному потенціалі громадянського

суспільства. Правова основа для реалізації цієї ролі в Україні є достатньо розвиненою, однак практичне втілення залишається нерівномірним і залежить від конкретних інституційних умов на різних рівнях системи охорони здоров'я.

1.3. Механізми та форми участі громадськості у процесі реформування системи охорони здоров'я

Ефективне реформування системи охорони здоров'я неможливе без чітко визначених механізмів залучення громадськості, що являють собою організаційно-правові способи реалізації права громадян та інститутів громадянського суспільства брати участь у виробленні, ухваленні та виконанні рішень у галузі охорони здоров'я. Механізм громадської участі є складною багаторівневою конструкцією, що включає правові норми, інституційні структури, процедури взаємодії та культурні традиції. Його вивчення потребує системного підходу, оскільки окремі елементи набувають повноцінного сенсу лише у взаємозв'язку один з одним [22, с. 48-52; 18, с. 63-66].

У науковій літературі механізми громадської участі розглядаються з різних позицій. З інституційного погляду механізм є сукупністю організаційних структур і встановлених процедур, що забезпечують взаємодію громадянського суспільства з органами державної влади [3, с. 82-84]. З функціонального погляду - це спосіб трансформації суспільних інтересів і запитів у конкретні управлінські рішення [12, с. 80]. З нормативного погляду механізм визначається як система правових норм і зобов'язань, що регулюють відносини між державою і громадськістю у сфері прийняття рішень [40, с. 95-97]. У контексті охорони здоров'я всі три підходи взаємодоповнюють один одного, оскільки ефективна участь вимагає одночасно інституційної бази, функціональних процедур і правового забезпечення.

Класифікація механізмів громадської участі може здійснюватися за різними критеріями. За рівнем здійснення виокремлюють механізми загальнонаціонального рівня (участь у формуванні загальнодержавної стратегії охорони здоров'я, взаємодія з МОЗ та НСЗУ), регіонального рівня (участь у

розробці та реалізації регіональних програм охорони здоров'я, взаємодія з обласними департаментами) та локального рівня (участь у прийнятті рішень конкретним закладом охорони здоров'я, взаємодія з керівництвом КНП) [11, с. 104-106; 34, с. 19-21]. За ступенем обов'язковості розрізняють нормативно закріплені механізми, реалізація яких є обов'язком органу влади, та добровільні практики, що ґрунтуються на ініціативі самих суб'єктів.

Ключовим нормативно закріпленим механізмом громадської участі в Україні є система громадських консультацій, передбачена Постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2010 р. № 996 «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики» [79]. Відповідно до цього документа, органи виконавчої влади зобов'язані проводити громадські консультації у формі публічного громадського обговорення та електронних консультацій із громадськістю при розробці проектів нормативно-правових актів із важливих питань державної та суспільної діяльності [79]. У сфері охорони здоров'я це означає, що будь-який проект стратегічного документа, нормативного акта МОЗ чи регіональної програми підлягає громадському обговоренню з обов'язковим розглядом і врахуванням пропозицій. Практика реалізації цієї норми залишається нерівномірною: деякі консультації є формальними, без реального впливу на зміст документів [41, с. 3-5].

Інструментом безпосередньої демократії у сфері охорони здоров'я слугують електронні петиції до органів влади. Відповідно до законодавства України, петиція, яка збрала необхідну кількість підписів (25 000 - до Президента, відповідну кількість - до органів місцевого самоврядування) у встановлений строк, підлягає обов'язковому розгляду та публічній відповіді. У сфері охорони здоров'я е-петиції використовувалися для порушення питань доступності лікарських засобів, фінансування санаторно-курортної реабілітації дітей, умов праці медичного персоналу тощо [44, с. 96-97]. Хоча юридична сила відповіді органу не передбачає обов'язкового задоволення вимог, цей механізм створює публічний тиск і фіксує суспільний запит.

Систематизацію основних механізмів участі громадськості у процесі реформування системи охорони здоров'я наведено у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2.

Механізми участі громадськості у процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні

Механізм	Правова основа / інструмент	Суб'єкти взаємодії	Результат участі	Обмеження
Громадські слухання та консультації	ПКМ № 996 (2010), Закон «Про місцеве самоврядування»	Органи влади, НГО, громадяни	Врахування думок у нормативних актах	Необов'язковість рішень
Громадські ради при органах влади	ПКМ № 996 (2010), відомчі положення	НГО, профспілки, пацієнтські організації	Експертиза НПА, звіти, рекомендації	Консультативний статус
Електронні петиції та звернення	Закон «Про звернення громадян», Закон «Про е-петиції»	Громадяни, ініціативні групи	Зобов'язання органу розглянути та відповісти	Поріг підписів, формальність відповідей
Громадська експертиза та моніторинг	Порядок сприяння проведенню громадської експертизи (ПКМ № 976)	Аналітичні центри, НГО	Незалежна оцінка, публічні звіти	Низький вплив на рішення
Участь у бюджетному процесі (партисипаторний бюджет)	Рекомендації ВООЗ, рішення місцевих рад	Громади, ОМС, заклади охорони здоров'я	Пряме фінансування пріоритетів громади	Обмеженість практики в Україні
Соціальне замовлення та договірні партнерства	Закон «Про соціальні послуги», договори з НГО	Держава / ОМС, НГО, КНП	Спільне надання соціально-медичних послуг	Потребує інституційної спроможності НГО
Волонтерська діяльність та благодійність	Закон «Про волонтерську діяльність», Закон «Про благодійництво»	Волонтери, благодійні фонди, бізнес	Матеріальна та кадрова підтримка закладів	Нестабільність ресурсів

Джерело: розроблено автором на основі аналізу наукової літератури

Аналіз даних таблиці 1.2 засвідчує, що кожен із механізмів громадської участі має свої переваги та обмеження. Жоден окремо взятий механізм не є самодостатнім; натомість ефективна система громадської участі формується через поєднання різних механізмів, які доповнюють і підсилюють один одного. Зокрема, інформаційна прозорість через публічні звіти та відкриті дані створює передумови для змістовних громадських консультацій; результати консультацій, у свою чергу, живлять роботу громадських рад; незалежний моніторинг верифікує виконання прийнятих рішень. Такий «цикл участі» забезпечує безперервність і системність громадського впливу на реформу [12, с. 80-83; 69, с. 3-4].

Громадська експертиза є одним із найбільш змістовних механізмів участі, оскільки передбачає не лише вираження думки, а й фахову незалежну оцінку управлінських рішень і діяльності органів влади. Порядок сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 5 листопада 2008 р.

№ 976 [80], надає громадським організаціям право звертатись до органів влади з запитами на проведення такої експертизи. У сфері охорони здоров'я громадська експертиза може охоплювати: оцінку ефективності використання бюджетних коштів, аналіз якості медичних послуг, перевірку відповідності діяльності закладів стандартам і нормативам [13, с. 12-14; 53, с. 87-89]. Дані, отримані в ході громадської експертизи, стають підставою для вимог щодо вдосконалення роботи закладів і органів управління.

Партисипаторний бюджет (бюджет участі) є відносно новим, але вже доволі поширеним механізмом залучення громадськості до розподілу ресурсів у сфері охорони здоров'я. Його суть полягає в тому, що частина місцевого бюджету виділяється на реалізацію проектів, які визначаються самими громадянами шляхом голосування. Серед проектів, що реалізувалися в українських містах у рамках бюджету участі, значне місце займають проекти охорони здоров'я: обладнання дитячих ігрових майданчиків і спортивних зон при лікарнях, придбання медичного обладнання для поліклінік, облаштування

зон відпочинку і реабілітації [34, с. 22-24]. ВООЗ активно підтримує розвиток партисипаторного планування у сфері громадського здоров'я як засіб підвищення відповідності послуг потребам населення.

Цифровізація відкрила принципово нові можливості для механізмів громадської участі в охороні здоров'я. Запровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth) забезпечило громадянам доступ до власних електронних медичних записів і дало змогу самостійно обирати лікаря первинної ланки, що є формою споживчої участі у функціонуванні системи [44, с. 92-95]. Цифрові платформи громадського моніторингу дозволяють відстежувати показники якості роботи медичних закладів у режимі реального часу. Онлайн-голосування і платформи краудсорсингу ідей залучають ширшу аудиторію, ніж традиційні громадські слухання, долаючи географічні та часові бар'єри [64, с. 2-4]. Разом із тим цифровізація участі породжує ризики поглиблення цифрової нерівності та маніпуляцій з онлайн-голосуваннями.

Важливою формою участі громадськості у реформуванні охорони здоров'я є залучення до системи ліцензування та акредитації медичних закладів через механізми незалежної оцінки якості. У низці країн пацієнтські організації та представники громадськості входять до складу акредитаційних комісій, забезпечуючи «погляд споживача» при оцінці відповідності закладу стандартам [68, с. 87-89]. В Україні подібні практики перебувають на стадії становлення: залучення представників громадськості до оцінки якості медичних послуг передбачено рядом нормативних актів, однак системної реалізації поки не отримало. Розвиток цього механізму є одним із перспективних напрямів удосконалення системи громадського контролю в охороні здоров'я.

Соціальне замовлення є механізмом, що поєднує ресурси держави з організаційним потенціалом неурядових організацій для надання соціально значущих послуг населенню, у тому числі в сфері охорони здоров'я. Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги» [76], органи місцевого самоврядування мають право замовляти послуги в НГО на договірній основі з відповідним фінансуванням. Для медико-соціального сектора - паліативна

допомога, реабілітація, психологічна підтримка - цей механізм є особливо релевантним, оскільки НГО нерідко більш гнучко і чуйно реагують на потреби клієнтів, аніж традиційні медичні установи [18, с. 78-81; 4, с. 154-157]. Розвиток соціального замовлення в охороні здоров'я вимагає відповідного нарощування інституційної спроможності НГО і вироблення стандартів якості послуг.

Волонтерська діяльність і благодійні організації формують окремий, неформальний сегмент механізмів громадської участі, що набув особливого значення в умовах воєнного стану. Благодійні фонди акумулюють кошти на закупівлю обладнання, медикаментів, засобів реабілітації для медичних закладів; волонтери забезпечують супровід пацієнтів, психологічну підтримку, допомогу в господарській діяльності закладів. У системі дитячих санаторіїв та реабілітаційних закладів цей механізм є особливо значущим, оскільки забезпечує ресурси та послуги, що виходять за межі стандартного пакета фінансування [19, с. 56-58]. Водночас нестабільність і непередбачуваність волонтерських ресурсів робить необхідним розроблення механізмів їхньої інтеграції в стратегічне планування закладу.

Таким чином, механізми та форми участі громадськості у процесі реформування системи охорони здоров'я є різноманітними, взаємодоповнюючими і такими, що розвиваються разом із загальними змінами в системі публічного управління. Їхня ефективність визначається не наявністю окремих інструментів, а ступенем їхньої системної інтегрованості, правовою підкріпленістю та реальною готовністю органів влади і керівництва медичних закладів до рівноправного діалогу з громадськістю.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЗАЛУЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОСТІ ДО РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КНП «ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ДИТЯЧИЙ САНАТОРІЙ «ЯСЕНЬ»

2.1. Загальна характеристика діяльності КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»

Комунальне некомерційне підприємство «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» є спеціалізованим закладом охорони здоров'я, що функціонує в системі медичної допомоги дитячому населенню Івано-Франківської області. Заклад розташований у мальовничому гірському регіоні Карпат, що визначає його природно-кліматичний потенціал як важливий лікувальний чинник і надає санаторію суттєві конкурентні переваги порівняно з аналогічними установами, розташованими в рівнинних регіонах України.

Санаторій «Ясень» є закладом охорони здоров'я комунальної форми власності, засновником якого виступає Івано-Франківська обласна рада. Правова форма організації - комунальне некомерційне підприємство - відповідає вимогам реформування системи охорони здоров'я України, що передбачає трансформацію державних і комунальних медичних закладів у самостійні юридичні особи з розширеними господарськими повноваженнями. Відповідно до чинного законодавства України, зокрема Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII [48], заклади охорони здоров'я набули статусу КНП, що принципово змінило підходи до їх фінансування, управління та надання послуг [48].

Основним напрямом діяльності закладу є надання санаторно-курортних і реабілітаційних послуг дітям, які потребують відновлювального лікування. Профіль закладу охоплює широкий спектр захворювань, зокрема патологію органів дихання (у тому числі бронхіальну астму, хронічний бронхіт,

рецидивуючі бронхіти), захворювання опорно-рухового апарату, нервової системи, а також реабілітацію дітей після перенесених соматичних захворювань і оперативних втручань. Використання природних лікувальних факторів карпатського регіону - гірського клімату, чистого повітря, фітонцидного середовища хвойних лісів - становить основу лікувально-оздоровчої концепції санаторію.

Структурно заклад включає низку підрозділів, які забезпечують повний цикл надання санаторно-курортної допомоги: лікувально-діагностичні відділення, фізіотерапевтичне відділення, відділення лікувальної фізкультури, психологічної допомоги, а також допоміжні служби - харчоблок, господарська частина, адміністративно-управлінський апарат. Заклад функціонує в режимі цілорічного прийому пацієнтів, що забезпечує стабільне завантаження ліжкового фонду та ефективне використання наявної матеріально-технічної бази.

З точки зору управлінської структури, КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» очолює головний лікар, який призначається на посаду засновником за результатами конкурсного відбору відповідно до вимог чинного законодавства. Між засновником та керівником закладу укладається контракт, що визначає ключові показники ефективності діяльності установи, порядок звітування та відповідальність сторін. Такий механізм управління є елементом нової моделі корпоративного врядування в публічному секторі охорони здоров'я та відповідає кращим практикам менеджменту медичних організацій [1; 4].

Фінансування закладу здійснюється за рахунок кількох джерел: коштів місцевих бюджетів, що виділяються обласною радою в рамках регіональних програм охорони здоров'я та підтримки дітей, які потребують спеціалізованої допомоги; надходжень від надання платних послуг; а також коштів, що надходять від Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за договорами про медичне обслуговування населення. Диверсифікована структура фінансування є

важливим чинником фінансової стійкості закладу в умовах ринкових перетворень у системі охорони здоров'я [2; 32].

Для повноти характеристики закладу доцільно розглянути основні показники його діяльності в динаміці, що дозволяє оцінити тенденції розвитку та ефективність функціонування установи в умовах реформування галузі (табл.2.1 та рис.2.1.).

Таблиця 2.1

Основні показники діяльності КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» за 2021–2024 роки

Показник	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.	Відхилення 2024/2021, %
Кількість ліжок (од.)	150	150	150	150	0,0
Кількість пролікованих дітей (осіб)	1 820	1 340	1 690	1 950	+7,1
Середня тривалість перебування (днів)	24	21	22	23	−4,2
Завантаженість ліжкового фонду (%)	79,2	58,3	73,5	84,8	+5,6 п.п.
Обсяг фінансування (тис. грн)	12 450	10 820	14 310	17 680	+42,0
Частка власних надходжень (%)	18,4	14,2	21,6	27,3	+8,9 п.п.
Кількість штатних посад (од.)	112	98	105	118	+5,4

Джерело: складено автором за даними КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»»

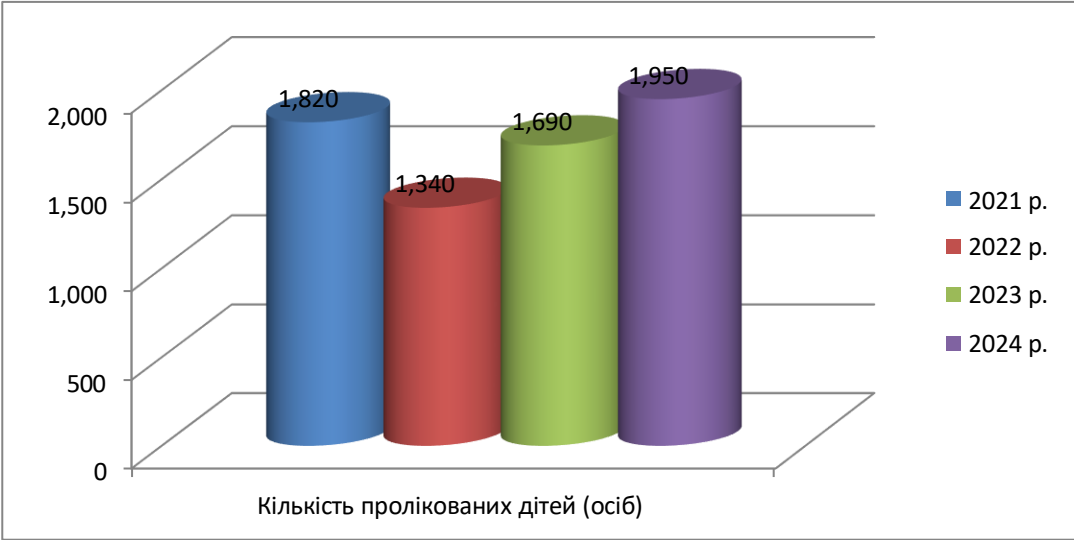


Рис.2.1. Кількість пролікованих дітей КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» за 2021–2024 роки

Джерело: складено автором за даними КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»»

Аналіз наведених даних свідчить про позитивну динаміку ключових показників діяльності закладу, незважаючи на суттєве падіння у 2022 році, яке пояснюється впливом повномасштабного воєнного вторгнення Росії в Україну та пов'язаними з ним соціально-економічними потрясіннями. У 2023–2024 роках відбулося помітне відновлення та нарощення показників: кількість пролікованих дітей у 2024 році перевищила рівень 2021 року на 7,1%, завантаженість ліжкового фонду досягла 84,8%, що є достатньо високим показником для закладів санаторно-курортного типу. Суттєво зросло загальне фінансування закладу (+42,0%), а частка власних надходжень збільшилася з 18,4% до 27,3%, що свідчить про підвищення економічної самостійності установи [2; 47].

Важливим аспектом характеристики закладу є його кадрове забезпечення. Санаторій «Ясень» укомплектований медичним персоналом різних спеціальностей: педіатрами, алергологами, пульмонологами, неврологами, фізіотерапевтами, лікарями лікувальної фізкультури, психологами та реабілітологами. Загальна чисельність персоналу у 2024 році становила 118 штатних одиниць. Водночас, як і більшість закладів охорони здоров'я в Україні, санаторій відчуває певний кадровий дефіцит, зумовлений еміграцією медичних працівників унаслідок воєнних подій та конкуренцією з боку приватного сектору медицини [33; 19].

Матеріально-технічна база закладу включає основний лікувальний корпус, спальні корпуси для пацієнтів, харчоблок, спортивно-реабілітаційні майданчики та приміщення для проведення фізіотерапевтичних процедур. Протягом останніх років у закладі проводилися роботи з модернізації окремих підрозділів та оновлення медичного обладнання, що стало можливим завдяки залученню фінансування з обласного бюджету та коштів грантових програм. Метрологічне забезпечення медичного обладнання здійснюється відповідно до чинних нормативних вимог [26].

Заклад функціонує в контексті загальнодержавної реформи системи охорони здоров'я України, яка передбачає трансформацію моделі надання

медичної допомоги, перехід до принципів страхової медицини, впровадження електронних реєстрів та інформаційних систем, а також підвищення ролі пацієнта та громадськості у процесах управління закладами [48; 18]. Реформа охорони здоров'я, що активно здійснювалася в Україні починаючи з 2017–2018 років у рамках Національної стратегії на 2015–2020 роки, а пізніше - відповідно до Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, безпосередньо вплинула на правовий статус, фінансову модель та організаційну структуру санаторію «Ясень» [37; 48].

Зокрема, перетворення закладу на КНП означало відмову від бюджетного кошторисного фінансування на користь програмно-цільового підходу, що вимагає від керівництва закладу обґрунтування витрат через призму конкретних результатів і показників ефективності. Впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth) торкнулося і санаторного закладу: поступова інтеграція в електронний реєстр пацієнтів, використання електронних направлень, ведення електронної медичної документації стають невід'ємними вимогами сучасного функціонування закладу [44; 64].

Серед стратегічних пріоритетів розвитку закладу можна виокремити наступні: підвищення якості та доступності санаторно-реабілітаційних послуг для дітей з різних регіонів України, розширення переліку реабілітаційних послуг відповідно до потреб дітей, що постраждали внаслідок воєнних дій, залучення позабюджетних коштів через участь у грантових програмах міжнародних організацій, а також активізація співпраці з громадськими організаціями та батьківськими асоціаціями. Останній напрям є особливо актуальним у контексті тематики даного дослідження, оскільки громадська участь у діяльності закладу є одночасно і механізмом підвищення якості послуг, і ключовим елементом реалізації реформи охорони здоров'я на місцевому рівні [12; 29].

Таким чином, КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» є повноцінним суб'єктом регіональної системи охорони здоров'я, що перебуває в процесі активної адаптації до умов реформованої галузі. Заклад

поєднує в собі традиційні функції санаторно-курортного лікування з новими вимогами до прозорості управління, фінансової самостійності та відкритості до взаємодії з громадянським суспільством. Розуміння специфіки діяльності та організаційно-правового середовища функціонування санаторію є необхідною передумовою для аналізу практики залучення громадських організацій і громадян до процесів реформування, якому присвячено наступний підрозділ дослідження.

2.2. Аналіз практики залучення громадських організацій та громадян до процесів реформування охорони здоров'я в КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»

Залучення громадськості до процесів реформування системи охорони здоров'я є не лише декларативною вимогою демократичного урядування, але й практичним механізмом підвищення якості та ефективності медичних послуг. Для закладів санаторно-курортного типу, орієнтованих на дитячий контингент пацієнтів, громадська участь набуває особливого значення, оскільки інтереси кінцевих споживачів послуг - дітей - представляються батьками, громадськими організаціями та іншими інституціями громадянського суспільства. Аналіз реальної практики такої участі в КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» дозволяє виявити як наявні здобутки, так і суттєві прогалини у взаємодії закладу з громадянським суспільством.

Правову основу залучення громадськості до діяльності КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» становлять кілька рівнів нормативного регулювання. На загальнодержавному рівні ключовими є Закон України «Про звернення громадян» [75], Закон України «Про доступ до публічної інформації» [74], Закон України «Про громадські об'єднання» [73], а також відповідні норми Основ законодавства України про охорону здоров'я [72]. На рівні закладу чинними є статут КНП, положення про наглядову раду, а також внутрішні регламенти взаємодії з пацієнтами та їхніми представниками.

Відповідно до вимог корпоративного управління КНП, важливим органом участі громадськості в управлінні закладом є наглядова рада. Її формування передбачає включення представників засновника, трудового колективу, а також незалежних членів - представників громадянського суспільства. Теоретично наглядова рада є ключовим механізмом зовнішнього контролю та громадського впливу на стратегічні рішення керівництва закладу [18; 4].

Проте практика функціонування наглядової ради санаторію «Ясень» виявляє суттєву відмінність між задекларованими повноваженнями цього органу та реальним рівнем його активності. Зокрема, аналіз доступних публічних матеріалів та даних, отриманих у рамках дослідження, свідчить про те, що засідання наглядової ради проводяться переважно у мінімально необхідній кількості, порядок денний має переважно формальний характер, а рішення ради здебільшого відтворюють позицію адміністрації закладу, не відображаючи самостійної громадської ініціативи.

У діяльності КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» можна виокремити кілька основних форм взаємодії з громадськістю, які реально застосовуються у практиці закладу.

Перша форма - робота зі зверненнями громадян. Заклад приймає та розглядає письмові і усні звернення від батьків пацієнтів, законних представників дітей, а також від громадян, які звертаються з питань отримання послуг. Ця форма взаємодії є найбільш усталеною та юридично врегульованою. Щорічно до санаторію надходять десятки звернень, переважна більшість яких стосується організаційних питань (порядок направлення, терміни очікування, перелік необхідних документів), якості харчування та побутових умов перебування дітей. Частка звернень, пов'язаних безпосередньо з якістю медичної допомоги, є меншою, однак саме ця категорія звернень має найбільше значення для вдосконалення діяльності закладу.

Друга форма - взаємодія з батьківськими спільнотами. У санаторії склалася практика неформального спілкування медичного персоналу з батьками дітей, які перебувають на лікуванні. У рамках цієї взаємодії батьки

отримують інформацію про стан здоров'я дитини, призначене лікування та рекомендації щодо подальшої реабілітації. Водночас зворотний зв'язок від батьків як форма участі громадськості в управлінні якістю послуг залишається переважно стихійним, не систематизованим і не інтегрованим у формальні управлінські процеси закладу.

Третя форма - співпраця з громадськими організаціями. На території Івано-Франківської області діє низка громадських організацій, дотичних до тематики охорони здоров'я дітей: організації батьків дітей з хронічними захворюваннями, асоціації захисту прав пацієнтів, волонтерські об'єднання. Аналіз практики показує, що співпраця санаторію з такими організаціями є епізодичною, ситуативною та не закріпленою інституційно. Окремі спільні заходи (благодійні акції, передача гуманітарної допомоги, організація культурно-оздоровчих заходів для дітей) мають місце, однак системного партнерства, що передбачало б участь громадських організацій у плануванні послуг, моніторингу якості або оцінці результатів діяльності закладу, не сформовано.

Четверта форма - публічна звітність та інформаційна відкритість. Відповідно до вимог законодавства про КНП та доступ до публічної інформації, заклад зобов'язаний оприлюднювати певний обсяг інформації про свою діяльність. На практиці рівень інформаційної відкритості санаторію є обмеженим: офіційний веб-сайт закладу містить базову інформацію про послуги та умови направлення, однак фінансова звітність, протоколи засідань наглядової ради, показники якості медичної допомоги в загальнодоступному форматі не представлені або подані у форматі, що ускладнює їх сприйняття непрофесійною аудиторією [44].

У рамках підготовки цієї роботи було проведено аналіз практики громадської участі (табл..2.2.) у діяльності санаторію на основі анкетування батьків пацієнтів, які перебували на лікуванні в закладі, а також інтерв'ювання представників адміністрації та медичного персоналу.

Таблиця 2.2

Результати оцінки рівня громадської участі у діяльності КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» (за результатами анкетування, n=87 респондентів)

Аспект участі	Частка позитивних відповідей (%)	Частка нейтральних відповідей (%)	Частка негативних відповідей (%)
Поінформованість про права пацієнта	41,4	28,7	29,9
Доступність інформації про послуги закладу	58,6	24,1	17,3
Можливість висловити зауваження/пропозиції	34,5	31,0	34,5
Реагування адміністрації на звернення	27,6	36,8	35,6
Участь у формуванні плану лікування дитини	62,1	20,7	17,2
Обізнаність про наглядову раду закладу	8,0	14,9	77,1
Готовність брати участь у громадському контролі	55,2	31,0	13,8

Джерело: розроблено автором за результатами власного анкетування (n=87)

Наочне представлення результатів анкетування на рис. 2.2.

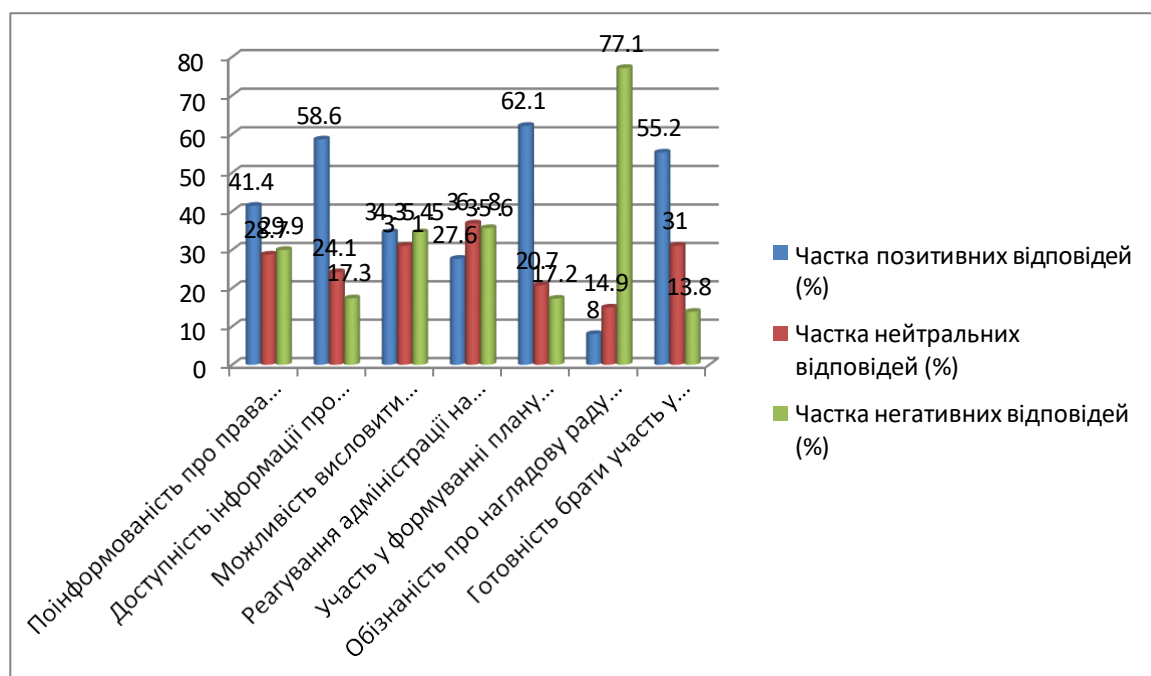


Рис.2.2. Результати оцінки рівня громадської участі у діяльності КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»

Джерело: розроблено автором за результатами власного анкетування (n=87)

Наведені дані є надзвичайно показовими. Найбільш критичним є показник обізнаності про наглядову раду закладу: 77,1% респондентів повідомили, що взагалі нічого не знають про існування цього органу, що фактично унеможлиблює його функціонування як реального механізму громадського контролю. Показник реагування адміністрації на звернення також отримав переважно негативну оцінку (35,6% - незадовільно), що свідчить про недостатність зворотного зв'язку між керівництвом закладу та споживачами послуг.

Водночас відносно високою є частка батьків, які відчують свою причетність до формування плану лікування дитини (62,1%), що пояснюється специфікою педіатричної практики, яка традиційно передбачає активну роль батьків у взаємодії з лікарем. Важливим позитивним сигналом є висока готовність респондентів до участі в громадському контролі за діяльністю закладу (55,2%), що свідчить про наявний потенціал активізації громадської участі, який наразі не реалізується через відсутність відповідних організаційних механізмів.

Реформування системи охорони здоров'я України створило нове інституційне середовище, в якому заклади охорони здоров'я взаємодіють з розширеним колом зовнішніх стейкхолдерів. Для КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» ключовими зовнішніми суб'єктами є: Івано-Франківська обласна рада як засновник, Департамент охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації, Національна служба здоров'я України, органи місцевого самоврядування, а також неурядовий сектор - громадські організації, благодійні фонди, міжнародні партнери [22; 42].

Аналіз характеру взаємодії закладу з кожним із названих суб'єктів дозволяє виявити суттєву диспропорцію: відносини з державними та муніципальними органами є формально врегульованими і регулярними, тоді як взаємодія з неурядовим сектором залишається слабо розвиненою. Зокрема, заклад не має жодного чинного меморандуму про співпрацю з громадськими

організаціями, не залучає представників НГО до робочих нарад з питань розвитку закладу, не практикує спільного планування або оцінки програм.

Показовим є також досвід взаємодії санаторію з міжнародними організаціями. В умовах воєнного часу деякі міжнародні гуманітарні організації (зокрема ті, що підтримують реабілітацію дітей, постраждалих від воєнних дій) виявляли зацікавленість у співпраці із закладом.

Характеристику взаємодії закладу з ключовими стейкхолдерами узагальнено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Характеристика взаємодії КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» з ключовими стейкхолдерами

Стейкхолдер	Форма взаємодії	Регулярність	Рівень формалізації	Роль стейкхолдера
Обласна рада	Звітування, погодження бюджету	Регулярна	Висока	Засновник, фінансувальник
Департамент охорони здоров'я ОДА	Методичне керівництво, перевірки	Регулярна	Висока	Регулятор
НСЗУ	Договірні відносини, звітність	Регулярна	Висока	Фінансувальник
Органи місцевого самоврядування	Координація, направлення пацієнтів	Нерегулярна	Середня	Партнер
Батьки пацієнтів	Поточна взаємодія, звернення	Регулярна	Низька	Споживачі послуг
Громадські організації	Епізодичні заходи	Нерегулярна	Дуже низька	Потенційний партнер
Благодійні фонди	Гуманітарна допомога	Нерегулярна	Низька	Донор
Міжнародні організації	Окремі контакти	Епізодична	Дуже низька	Потенційний партнер

Джерело: складено автором за матеріалами дослідження

Виявлені в ході дослідження проблеми громадської участі у діяльності санаторію є не випадковими, а мають системний характер, зумовлений дією кількох груп чинників.

До організаційних бар'єрів належать: відсутність у структурі закладу посади або підрозділу, відповідального за зв'язки з громадськістю та роботу зі

стейкхолдерами; відсутність затвердженої стратегії комунікації та взаємодії з громадянським суспільством; недостатня поінформованість керівництва закладу про інструменти та переваги активної громадської участі.

До інформаційних бар'єрів належать: обмежений обсяг публічно доступної інформації про діяльність закладу; відсутність зрозумілих для пересічного громадянина звітів про результати роботи санаторію; нерозвиненість цифрових каналів комунікації (соціальні мережі, інтерактивний веб-сайт).

До культурних бар'єрів належать: збережена патерналістична модель відносин між медичним персоналом і пацієнтами (та їхніми батьками), яка не передбачає активної ролі споживача послуг; низький рівень культури громадської участі серед самого населення, яке не звикло сприймати себе як суб'єкта, наділеного правом впливати на роботу медичного закладу [9; 23].

Нарешті, до ресурсних бар'єрів належать: обмеженість фінансових і часових ресурсів персоналу для організації додаткових форм взаємодії з громадськістю; недостатність методичної підтримки від галузових органів управління щодо впровадження механізмів громадської участі.

Виявлення та систематизація зазначених бар'єрів є необхідною передумовою для розроблення обґрунтованих рекомендацій щодо їх подолання, яким присвячено наступні розділи дослідження. Загалом аналіз практики залучення громадськості до процесів реформування в КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» дозволяє констатувати: незважаючи на наявність правової основи та декларованої готовності до партнерства з боку як адміністрації закладу, так і самих громадян, реальний рівень громадської участі залишається низьким, фрагментарним і не відповідає тим вимогам, які висуває сучасна реформа системи охорони здоров'я до відносин між медичними закладами та громадянським суспільством.

2.3. Оцінка ефективності механізмів громадської участі у здійсненні реформи охорони здоров'я у КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»

Оцінка ефективності механізмів громадської участі є логічним продовженням аналізу практики залучення громадськості, здійсненого у попередньому підрозділі. Якщо пункт 2.2 був спрямований на виявлення та опис наявних форм взаємодії закладу з громадянським суспільством, то завданням цього підрозділу є встановлення того, наскільки ці форми є дієвими, результативними та такими, що реально впливають на процеси реформування. Для цього необхідно застосувати комплексний підхід до оцінки, що поєднує кількісні показники, якісні характеристики та порівняльний аналіз.

Оцінка ефективності механізмів громадської участі у сфері охорони здоров'я є методологічно складним завданням, оскільки результати такої участі часто мають якісний, а не кількісний характер і проявляються у довгостроковій перспективі. У науковій літературі з публічного управління та менеджменту охорони здоров'я виокремлюють кілька підходів до такої оцінки: процесний підхід (оцінка наявності та якості механізмів участі незалежно від їхніх результатів), результатний підхід (оцінка конкретних змін, що відбулися внаслідок громадської участі) та інтегральний підхід, що поєднує обидва виміри [18; 31].

У рамках цього дослідження застосовано інтегральний підхід, що передбачає оцінку як процесу (наявність, регулярність, інклюзивність механізмів участі), так і результату (конкретні зміни в діяльності закладу, зумовлені громадською участю). Для операціоналізації оцінки використано систему критеріїв, що охоплює шість вимірів ефективності: доступність, репрезентативність, впливовість, прозорість, стійкість та інституційна закріпленість.

Застосування наведеної системи критеріїв до конкретних механізмів громадської участі, що функціонують у КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень», дозволяє отримати диференційовану оцінку

кожного з них. Диференційовану оцінку ефективності кожного з наявних механізмів громадської участі наведено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Оцінка ефективності механізмів громадської участі у КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» за критеріями ефективності

Механізм участі	Доступність	Репрезентативність	Впливність	Прозорість	Стійкість	Інст. закріпленість	Загальна оцінка
Наглядова рада	Низька	Низька	Низька	Низька	Середня	Висока	1,7/5
Розгляд звернень громадян	Середня	Середня	Низька	Низька	Висока	Висока	2,5/5
Взаємодія батьків з лікарями	Висока	Середня	Середня	Низька	Висока	Низька	2,8/5
Співпраця з НГО	Низька	Низька	Дуже низька	Дуже низька	Дуже низька	Дуже низька	1,2/5
Публічна звітність	Низька	Низька	Дуже низька	Середня	Середня	Середня	1,8/5
Анкетування пацієнтів/батьків	Середня	Середня	Низька	Низька	Низька	Низька	2,0/5
Соціальні мережі/цифрова комунікація	Середня	Середня	Дуже низька	Низька	Низька	Дуже низька	1,5/5

Джерело: розроблено автором за результатами оцінки діяльності закладу

Аналіз наведеної таблиці свідчить про те, що жоден із наявних механізмів громадської участі не досягає рівня, який можна було б вважати задовільним. Найвищу оцінку отримала безпосередня взаємодія батьків з лікарями (2,8/5), що пояснюється традиційно активною роллю батьків у педіатричній практиці та природною доступністю цієї форми взаємодії. Водночас саме цей механізм є найменш інституційно закріпленим, що робить його залежним від індивідуальних якостей конкретних медичних працівників, а не від системних умов.

Найнижчу оцінку отримала співпраця з неурядовими організаціями (1,2/5), що є особливо тривожним з огляду на ту роль, яку НГО відіграють у

розвинутих системах охорони здоров'я як медіатори між громадськістю та закладами, носії фахової експертизи та захисники прав пацієнтів [60; 70].

Принципово важливим є той факт, що наглядова рада - орган, покликаний бути центральним механізмом громадського контролю над діяльністю КНП, - отримала оцінку лише 1,7/5. Причини такої низької оцінки є структурними: рада здебільшого функціонує як формальний орган, що виконує мінімально необхідні юридичні вимоги, але не є реальним центром вироблення стратегічних рішень за участю громадськості.

Аналіз результативності громадської участі у ключових реформаційних процесах закладу протягом 2018–2024 рр. узагальнено в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Участь громадськості у ключових реформаційних процесах КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» (2018–2024 рр.)

Реформаційний процес	Наявність громадської участі	Форма участі	Вплив на результат	Оцінка
Зміна правового статусу (перетворення на КНП)	Мінімальна	Інформування після прийняття рішення	Відсутній	Незадовільно
Формування наглядової ради	Формальна	Номінальне включення представника громадськості	Мінімальний	Незадовільно
Впровадження системи eHealth	Відсутня	-	Відсутній	Незадовільно
Оновлення переліку послуг	Часткова	Усні побажання батьків	Частковий	Задовільно
Формування цінової політики платних послуг	Відсутня	-	Відсутній	Незадовільно
Організація реабілітації дітей ВПО	Часткова	Взаємодія з волонтерськими організаціями	Частковий	Задовільно
Розробка стратегії розвитку закладу	Відсутня	-	Відсутній	Незадовільно
Покращення побутових умов	Активна	Звернення батьків, реакція адміністрації	Значний	Добре

Джерело: розроблено автором за матеріалами дослідження

Дані таблиці 2.5 ілюструють характерну закономірність: громадська участь виявляється більш результативною у питаннях поточного, операційного характеру (побутові умови, організація харчування, окремі аспекти лікувального процесу), тоді як стратегічні рішення - зміна правового статусу, формування нової системи фінансування, розробка стратегії розвитку - приймаються без реального залучення громадськості. Це свідчить про те, що участь громадян у діяльності закладу носить переважно реактивний, а не проактивний характер: громадяни реагують на вже прийняті рішення або на конкретні незручності, але не беруть участі у формуванні порядку денного та стратегічному плануванні.

Важливим виміром оцінки ефективності є встановлення того, чи призвела громадська участь у діяльності санаторію до конкретних змін у контексті реформи охорони здоров'я. Для цього було проаналізовано основні напрями реформування, що торкнулися закладу протягом 2018–2024 років, та встановлено ступінь участі громадськості в кожному з них.

Єдиним напрямом, де громадська участь отримала оцінку «добре», є покращення побутових умов перебування дітей у санаторії. Цей результат є цілком закономірним: питання якості харчування, стану спальних кімнат, забезпечення необхідним інвентарем є безпосередньо відчутними для батьків і дітей, легко формулюються у зверненнях і порівняно просто вирішуються адміністративними заходами без значних фінансових витрат.

Для об'єктивності оцінки важливо розглянути ситуацію в КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» у контексті ширших регіональних та загальнонаціональних тенденцій у сфері громадської участі в охороні здоров'я. Аналіз наявних досліджень свідчить про те, що проблеми, виявлені в санаторії «Ясень», є характерними для більшості комунальних закладів охорони здоров'я в Україні [9; 23; 41].

Зокрема, дослідники фіксують, що наглядові ради КНП в Україні загалом функціонують переважно формально, не виконуючи функцій реального громадського контролю. Це є наслідком як недосконалості нормативного

регулювання, так і браку культури корпоративного управління в публічному секторі, а також низького рівня обізнаності громадянського суспільства про свої права та можливості у відносинах із закладами охорони здоров'я [18; 42].

Водночас дослідження показують, що у тих закладах, де керівництво свідомо та послідовно розвивало партнерство з громадськими організаціями та активно залучало пацієнтів до оцінки якості послуг, фіксувалися кращі показники задоволеності пацієнтів, нижчий рівень скарг і вищий рівень дотримання пацієнтами рекомендацій медичного персоналу. Це підтверджує тезу про те, що громадська участь є не лише демократичною вимогою, але й практичним чинником підвищення ефективності надання медичних послуг [60; 69].

Попри виявлені недоліки, дослідження фіксує наявність значного нереалізованого потенціалу для розвитку механізмів громадської участі у КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень». Цей потенціал виявляється у кількох вимірах.

Зведену SWOT-характеристику механізмів громадської участі наведено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

SWOT-аналіз механізмів громадської участі у КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»

Внутрішнє середовище	Сильні сторони (S)	Слабкі сторони (W)
	Традиційно активна роль батьків у педіатричній практиці; наявність правової основи (статут КНП, наглядова рада); відкритість частини персоналу до партнерства з громадськістю; досвід співпраці з волонтерами	Формальне функціонування наглядової ради; відсутність системи зворотного зв'язку; низька інформаційна відкритість; відсутність відповідального підрозділу/посади; переважно реактивний характер участі
Зовнішнє середовище	Можливості (O)	Загрози (T)
	Готовність громадян до участі; розвинена мережа НГО в регіоні; активізація волонтерського руху; увага міжнародних організацій; цифровізація як інструмент залучення	Загальна громадська втома від воєнного стану; відтік кадрів; обмеженість фінансових ресурсів; відсутність методичної підтримки з боку галузевих органів; конкуренція з боку інших закладів за увагу громадськості

Джерело: авторська розробка

SWOT-аналіз підтверджує загальний висновок про те, що ситуація з громадською участю у санаторії «Ясень» є не безнадійною, але такою, що потребує цілеспрямованих управлінських зусиль для реалізації наявного потенціалу. Сильні сторони та можливості забезпечують достатнє підґрунтя для розвитку ефективних механізмів, проте без системних організаційних змін вони залишатимуться невикористаними, а слабкі сторони та загрози продовжуватимуть домінувати.

Підсумовуючи результати оцінки ефективності механізмів громадської участі у здійсненні реформи охорони здоров'я в КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень», можна сформулювати такі ключові висновки.

Загальний рівень ефективності механізмів громадської участі є низьким і не відповідає вимогам сучасної реформи охорони здоров'я, яка передбачає перехід від патерналістичної до партисипативної моделі управління медичними закладами. Жоден із наявних механізмів не отримав задовільної оцінки за сукупністю критеріїв, а більшість з них функціонує у суто формальному режимі.

Громадська участь у закладі має переважно реактивний і операційний характер, не торкаючись стратегічних рішень щодо напрямів розвитку, фінансової політики та реалізації реформ. Це означає, що реформа охорони здоров'я у санаторії здійснюється «зверху вниз», без реального залучення громадян як активних учасників перетворень.

Водночас існує значний нереалізований потенціал: висока декларована готовність громадян до участі, наявність громадянської інфраструктури в регіоні та сприятливий контекст (активізація волонтерського руху, міжнародна увага) створюють реальні передумови для суттєвого підвищення ефективності громадської участі за умови запровадження відповідних організаційних механізмів та управлінських рішень.

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ЗАЛУЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОСТІ ДО ЗДІЙСНЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Зарубіжний досвід залучення громадськості до реформування системи охорони здоров'я

Вивчення зарубіжного досвіду залучення громадськості до реформування системи охорони здоров'я є необхідною передумовою для розроблення обґрунтованих рекомендацій щодо вдосконалення відповідних механізмів в Україні. Досвід країн із розвиненими системами охорони здоров'я свідчить про те, що участь громадян та організацій громадянського суспільства у реформуванні галузі є не лише декларативним принципом демократії, а й практичним інструментом підвищення ефективності та стійкості системи медичної допомоги [69, с. 4; 57, с. 1-2].

Аналіз міжнародної практики доцільно здійснювати за кількома виміри: по-перше, інституційні форми залучення громадськості (хто і через які структури бере участь); по-друге, змістовний вимір участі (у яких рішеннях громадськість бере реальну участь); по-третє, результативний вимір (яким є реальний вплив громадськості на рішення). Саме ця тривимірна оптика дозволяє відрізнити системи з реальною громадською участю від тих, де участь є формальною.

Британський досвід є одним із найбільш системних у світі з точки зору інституціоналізації громадської участі в охороні здоров'я. Ключовою інституцією є HealthWatch England - незалежна організація, заснована у 2013 році, яка має законодавчо закріплені повноваження збирати думки пацієнтів і передавати їх до Національної служби охорони здоров'я (NHS) та органів місцевої влади. Порівняльну характеристику зарубіжного досвіду залучення громадськості до реформування охорони здоров'я наведено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Порівняльна характеристика зарубіжного досвіду залучення
громадськості до реформування системи охорони здоров'я

Країна	Основні механізми та інституції громадської участі	Сфера застосування (у чому беруть участь)	Реальний вплив на реформи
Велика Британія	NHS Citizens Assembly, громадські консультації, HealthWatch (незалежний моніторинг)	Стратегічне планування NHS, встановлення пріоритетів NICE, контроль якості послуг	Висока – рішення NICE враховують громадські консультації; HealthWatch має право звернення до парламенту
Канада	Громадські слухання, провінційні ради з охорони здоров'я, партисипаторне планування	Формування регіональних стратегій охорони здоров'я, розподіл ресурсів між первинною та вторинною ланками	Середня – залежить від провінції; найвища в Онтаріо та Британській Колумбії
Швеція	Муніципальні ради пацієнтів, цифрові платформи, е-консультації	Організація первинної медичної допомоги, вибір лікаря, оцінка якості послуг	Висока – реформи 2010-х рр. безпосередньо зумовлені результатами громадських консультацій [57, с. 1-2]
Нідерланди	Пацієнтські федерації, соціальне замовлення НГО, консультативні комітети	Акредитація медичних закладів, розробка клінічних протоколів, ціноутворення	Висока – пацієнтські організації мають законодавчо закріплений статус у системі управління
Польща	Громадські ради при Міністерстві охорони здоров'я, пацієнтський омбудсмен	Формування стандартів медичної допомоги, захист прав пацієнтів	Середня – омбудсмен має реальні повноваження, однак громадські ради носять переважно консультативний характер
Естонія	Цифрові платформи участі (e-Governance), онлайн-консультації, пацієнтські організації	Розробка e-Health стратегії, формування пакету гарантованих послуг	Висока – цифровізація участі є складовою загальної e-Governance стратегії
Австралія	Consumer and Community Involvement (CCI), Health Consumers Queensland	Розробка національних стандартів якості (ACSQHC), акредитація закладів	Висока – залучення споживачів є обов'язковою умовою акредитації

Джерело: складено автором на основі аналізу зарубіжного досвіду

Важливо, що HealthWatch наділена правом вимагати від NHS реагування на виявлені проблеми та звертатись до парламентського комітету з охорони здоров'я у разі ігнорування рекомендацій [62, с. 1-2]. Такий механізм перетворює громадський контроль із декоративного елементу на реальний інструмент підзвітності системи.

Не менш значущим є британський досвід громадянських асамблей у сфері охорони здоров'я (Citizens Assemblies). Цей механізм передбачає відбір представників громадськості шляхом стратифікованої вибірки (відповідно до соціально-демографічних характеристик населення) для участі в обговоренні складних системних питань - наприклад, визначення пріоритетів фінансування NHS в умовах обмежених ресурсів або реформування системи паліативної допомоги. Учасники асамблеї отримують доступ до фахової інформації, беруть участь у дискусіях і формують рекомендації, які передаються до органів, що приймають рішення. Дослідники зазначають, що цей метод дозволяє уникнути маніпуляцій з боку організованих груп інтересів і забезпечити дійсно репрезентативну участь [67, с. 1-2].

Канадський досвід відзначається федеральним характером системи охорони здоров'я, де провінції мають широкі повноваження у сфері організації медичної допомоги. Саме на рівні провінцій і розгорнулися найбільш цікаві практики громадської участі. Зокрема, провінція Онтаріо запровадила Local Health Integration Networks (LHIN) - регіональні ради з охорони здоров'я з обов'язковим представництвом громадян, що відповідають за планування та фінансування послуг на місцевому рівні [58, с. 20-22]. Аналіз реформ первинної медичної допомоги в Канаді показав, що ті провінції, де механізми громадської участі були найбільш розвиненими, демонстрували кращі показники впровадження реформ і вищий рівень задоволеності населення [70, с. 2-3].

Шведська модель реформування охорони здоров'я цікава насамперед поєднанням децентралізованого управління з розвинутою системою муніципальної участі громадян. Відповідно до законодавства Швеції, ландстинги (регіональні органи управління) зобов'язані утворювати ради

пацієнтів і проводити регулярні консультації з громадськістю при формуванні регіональних планів охорони здоров'я. Реформа первинної медичної допомоги 2010 року, яка запровадила вільний вибір постачальника медичних послуг, була значною мірою зумовлена результатами громадських консультацій, що фіксували незадоволення населення якістю та доступністю первинної ланки [57, с. 1-2]. Цифровізація участі є ще однією характерною рисою шведської моделі: онлайн-платформи для консультацій і відкриті дані про якість медичних послуг забезпечують широке залучення громадян незалежно від місця проживання [63, с. 1-3].

Естонська модель заслуговує окремої уваги як приклад успішної інтеграції механізмів електронної участі в систему управління охороною здоров'я. Розбудована в Естонії інфраструктура електронного урядування (e-Governance) забезпечила умови для широкого залучення громадян до формування політики у сфері охорони здоров'я через цифрові платформи. Зокрема, громадяни могли брати участь в онлайн-консультаціях щодо змісту пакету гарантованих послуг, доступності ліків і розвитку системи eHealth. Дослідники підкреслюють, що цифровізація участі в Естонії є не технічним замінником традиційних форм залучення, а їхнім доповненням, яке суттєво розширює охоплення [63, с. 2-4]. Саме цей досвід є особливо релевантним для України, яка активно розвиває систему eHealth і потенційно може використати цифрові платформи для залучення громадськості до реформування охорони здоров'я [44, с. 95-97].

Австралійський досвід Consumer and Community Involvement (CCI) - залучення споживачів та громад - є визнаним світовим стандартом у сфері управління якістю охорони здоров'я. Ключовим принципом CCI є обов'язкова участь представників споживачів медичних послуг у процесах акредитації медичних закладів. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) вимагає, щоб заклади охорони здоров'я документально підтверджували залучення споживачів до розробки внутрішніх стандартів, планування послуг і оцінки результатів лікування. Ці вимоги є обов'язковою

умовою отримання та поновлення акредитації, що надає механізму залучення реальну інституційну вагу [68, с. 87-89]. Для України цей досвід важливий передусім як модель інтеграції громадської участі в систему ліцензування та акредитації медичних закладів.

Польський досвід є особливо цінним з огляду на схожість інституційного контексту з українським. Польща, як і Україна, здійснювала системну реформу охорони здоров'я в умовах постсоціалістичного переходу і подібних культурних та адміністративних традицій. Ключовою інновацією польської системи є інститут Речника Прав Пацієнта (омбудсмена), заснований у 2009 році та наділений реальними повноваженнями: право вимагати від медичних закладів і страховиків надання інформації, ініціювати перевірки, звертатися до суду на захист прав пацієнтів, а також видавати рекомендації, обов'язкові до розгляду. Дослідники зазначають, що інститут омбудсмена компенсує слабкість традиційних механізмів громадських консультацій і є ефективнішим у захисті прав окремих пацієнтів, тоді як системний вплив громадськості на формування стратегічних рішень залишається обмеженим [61, с. 20-22].

Узагальнення зарубіжного досвіду дозволяє виокремити ряд закономірностей, що характеризують успішні системи залучення громадськості до реформування охорони здоров'я. По-перше, ефективна участь вимагає не лише формального права, а й реальних механізмів впливу: право висловити думку без обов'язку її врахувати є лише «псевдоучастю» у розумінні класичної «драбини Арнштейн» [3, с. 48-50]. По-друге, інституційна закріпленість участі - наявність спеціальних органів (HealthWatch, омбудсмен, LHIN) з чітко визначеними повноваженнями - є значно ефективнішою, ніж ситуативні консультації. По-третє, цифровізація участі суттєво розширює охоплення громадян, долаючи бар'єри географічної та часової нерівності, але не замінює традиційних форм залучення [63, с. 3-4; 70, с. 2-4].

По-четверте, залучення споживачів до механізмів акредитації та ліцензування (австралійська модель CCI) є потужним стимулом для медичних закладів розвивати реальне, а не декларативне партнерство з громадськістю.

По-п'яте, спеціалізовані інститути захисту прав пацієнтів (омбудсмени, HealthWatch) є необхідним доповненням до консультативних механізмів, оскільки забезпечують індивідуальний захист прав там, де системні механізми не спрацьовують. По-шосте, децентралізація управління охороною здоров'я (канадський і шведський досвід) суттєво підвищує можливості для реальної громадської участі, наближаючи рішення до рівня, де громадяни можуть ефективно контролювати їхнє виконання.

Для санаторно-курортних і реабілітаційних закладів, подібних до КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень», особливо релевантним є досвід залучення батьківських спільнот і пацієнтських організацій до управління закладами, орієнтованими на дитячий контингент. У Великій Британії та Австралії практики ССІ у педіатричних та реабілітаційних закладах передбачають обов'язкову участь батьків у формуванні планів лікування, оцінці якості послуг і стратегічному плануванні розвитку закладу. Дослідження підтверджують, що така участь підвищує прихильність дітей і батьків до рекомендацій медичного персоналу, знижує рівень тривожності і покращує суб'єктивно оцінювані результати лікування [60, с. 1-2; 65, с. 2-3].

Ще одним важливим зарубіжним досвідом, застосовним до умов КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень», є практики волонтерської інтеграції у Великій Британії та Канаді. На відміну від українських реалій, де волонтерство залишається переважно стихійним і нерегульованим, у цих країнах розроблені системи «волонтерського менеджменту» в охороні здоров'я: чіткі регламенти залучення волонтерів, їхнього навчання, страхування та оцінки внеску. Для медичних закладів такий підхід дозволяє перетворити нестабільний волонтерський ресурс на передбачуваний і надійний компонент надання послуг [18, с. 90-91].

Важливим аспектом міжнародного досвіду є питання подолання бар'єрів для участі соціально вразливих груп населення в управлінні охороною здоров'я. Дослідження Wang et al. (2021) підкреслюють, що успішні реформи охорони здоров'я в країнах Азії та Африки характеризувалися цілеспрямованими

зусиллями зі залучення маргіналізованих груп - через залучення посередників із числа довірених осіб громади, проведення консультацій у зручному для громади форматі, а також нейтралізацію «ефекту домінування» організованих груп інтересів [70, с. 3-4]. Для України, де суттєвим бар'єром є соціально-економічна нерівність доступу до механізмів участі, цей досвід є особливо актуальним.

Системний аналіз зарубіжного досвіду дозволяє сформулювати такі ключові уроки для України і, зокрема, для КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень». По-перше, ефективна участь громадськості вимагає спеціальних інституційних структур із чіткими повноваженнями, а не лише декларацій про відкритість. По-друге, цифровізація участі є необхідним, але недостатнім інструментом: вона має поєднуватися з традиційними формами залучення. По-третє, залучення споживачів до акредитаційних механізмів перетворює участь на системну вимогу, а не добровільну практику. По-четверте, особливу увагу слід приділяти залученню батьківських спільнот і пацієнтських організацій у педіатричних і реабілітаційних закладах, де досвід сімей є незамінним ресурсом для покращення якості послуг.

3.2. Основні напрями вдосконалення механізмів громадської участі у реформуванні системи охорони здоров'я

Результати аналізу зарубіжного досвіду та оцінки поточного стану механізмів громадської участі у КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень», здійснених у попередніх розділах, дозволяють сформулювати конкретні напрями вдосконалення цих механізмів. Завдання цього підрозділу полягає в тому, щоб перейти від констатації проблем до системного окреслення змін, необхідних для того, аби громадська участь перетворилась із формального декларативного принципу на реальний інструмент підвищення ефективності реформи охорони здоров'я на рівні закладу. Основні напрями вдосконалення механізмів громадської участі узагальнено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Основні напрями вдосконалення механізмів громадської участі у КНП
«Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»

Напрямок вдосконалення	Виявлена проблема (обґрунтування)	Зміст запропонованих заходів	Очікуваний результат
1. Реформування наглядової ради КНП	Наглядова рада функціонує формально (оцінка 1,7/5); 77,1% батьків не знають про її існування	Залучення представників пацієнтських організацій та НГО через відкритий конкурсний відбір; публікація протоколів засідань; запровадження щорічних звітів ради перед громадою	Підвищення реальної впливовості громадського контролю над КНП
2. Створення системи зворотного зв'язку з батьками	Зворотний зв'язок є стихійним; лише 27,6% батьків задоволені реагуванням адміністрації	Впровадження регулярного анкетування (цифрового та паперового); утворення батьківського консультативного комітету; зустрічі керівництва з батьками раз на квартал	Перехід від реактивної до проактивної участі споживачів; підвищення якості послуг
3. Інституційне партнерство з НГО	Співпраця з НГО епізодична, не закріплена; оцінка 1,2/5	Укладення меморандумів про співпрацю з профільними НГО; включення НГО до процесів планування та оцінки послуг; соціальне замовлення окремих послуг	Залучення фахової експертизи та ресурсів НГО; підвищення інституційної спроможності партнерства
4. Цифровізація механізмів участі	Цифрові канали комунікації нерозвинені (оцінка 1,5/5); низька інформаційна відкритість	Розробка інтерактивного веб-сайту з публічною звітністю; впровадження онлайн-анкетування та скарг; сторінки в соціальних мережах	Розширення охоплення учасників; подолання географічних бар'єрів; підвищення прозорості
5. Інтеграція волонтерської діяльності	Волонтерство є нестабільним і непередбачуваним; відсутня система волонтерського менеджменту	Розроблення положення про волонтерську діяльність у закладі; закріплення відповідального координатора; реєстр та навчання волонтерів	Перетворення стихійного волонтерства на надійний ресурс; зниження залежності від стихійних надходжень
6. Публічна звітність та відкриті дані	Фінансова звітність і показники якості публічно не представлені у зрозумілому форматі	Щорічні звіти для громади у доступному форматі; публікація ключових показників ефективності; відкриті дані для незалежного моніторингу НГО	Підвищення підзвітності та довіри громади; основа для незалежного моніторингу

Джерело: розроблено автором

Розглянемо кожен із напрямів детальніше з урахуванням специфіки досліджуваного закладу та релевантного міжнародного та вітчизняного досвіду.

В. М. Долгіх підкреслює, що «реальна трансформація від патерналістичної до партисипативної моделі управління медичним закладом відбувається лише тоді, коли механізми участі охоплюють увесь цикл управління - від постановки цілей до оцінки результатів, а не лише окремі його елементи» [18, с. 63–64]. Саме тому нижче сформульовані напрями є взаємодоповнюючими і мають реалізовуватися комплексно.

Перший і ключовий напрям - реформування наглядової ради КНП - є центральним, оскільки саме цей орган покликаний виконувати функцію системного громадського контролю над стратегічними рішеннями закладу. Наявна ситуація, за якої 77,1% батьків пацієнтів взагалі не знають про існування ради, є діагностичним свідченням того, що орган, задуманий як ключовий механізм зовнішнього контролю, фактично існує лише «на папері» [18, с. 63–66]. Вдосконалення цього механізму передбачає кілька взаємопов'язаних кроків.

По-перше, необхідно забезпечити реальну представленість громадянського суспільства у складі наглядової ради через відкритий, публічно оголошений конкурсний відбір незалежних членів. Міжнародний досвід, зокрема британська модель Non-Executive Directors у NHS Trusts, свідчить, що прозорий відбір членів ради підвищує легітимність органу і рівень суспільної довіри до нього [62, с. 1–2]. По-друге, засідання ради мають проводитися з обов'язковим публічним оголошенням порядку денного і наступною публікацією протоколів у доступному форматі. По-третє, рада повинна отримати реальний інструментарій впливу: право призупиняти рішення адміністрації до їхнього перегляду, ініціювати незалежні аудити, а також подавати щорічні звіти засновнику - Івано-Франківській обласній раді - з оцінкою ефективності управління закладом.

Другий напрям - створення системи зворотного зв'язку з батьками - є найбільш доступним у реалізації з точки зору необхідних ресурсів, але

водночас надзвичайно важливим для якості послуг. Поточна ситуація, за якої лише 27,6% батьків задоволені реагуванням адміністрації на звернення, свідчить про глибокий дефіцит зворотного зв'язку, що підриває довіру споживачів до закладу. Австралійський досвід Consumer and Community Involvement (CCI) доводить, що систематичний збір і публічна реакція на відгуки споживачів є більш дієвим інструментом підвищення якості, ніж будь-які внутрішні стандарти, запроваджені без участі пацієнтів [68, с. 87–89].

Конкретним інструментом реалізації цього напрямку є впровадження структурованого анкетування батьків - як у традиційному паперовому форматі для забезпечення охоплення всіх вікових груп, так і в цифровому форматі через QR-коди, розміщені у відділеннях закладу. Важливо, що анкетування не є самоціллю: ключовим є публічне оприлюднення зведених результатів і конкретних заходів, вжитих за підсумками опитування, що перетворює його на реальний механізм впливу, а не просто збір даних «у шухляду» [70, с. 3–4]. Додатковим інструментом є утворення батьківського консультативного комітету - неформального, але регулярного форуму, де представники батьків можуть обговорювати з керівництвом закладу поточні питання організації лікувального процесу та пропонувати зміни.

Третій напрям - інституційне партнерство з НГО - є найбільш стратегічно значущим з точки зору довгострокового розвитку закладу. Поточна оцінка цього механізму (1,2/5) - найнижча серед усіх оцінених - свідчить про те, що тут є найбільший простір для вдосконалення. На відміну від взаємодії з батьками, яка є природною частиною педіатричної практики, партнерство з НГО вимагає свідомих організаційних зусиль і готовності розподілити відповідальність за результати діяльності закладу із зовнішніми суб'єктами [3, с. 82–84].

Першим кроком у цьому напрямі є картографування НГО Івано-Франківської області, що мають дотичну до профілю санаторію місію: організації захисту прав дітей, асоціації батьків дітей із хронічними захворюваннями органів дихання, організації підтримки родин вимушених

переселенців, реабілітаційні та психологічні НГО. З найбільш профільними із них доцільно укласти меморандуми про співпрацю, що визначають напрями та форми взаємодії. Наступним кроком є залучення представників НГО до конкретних управлінських процесів: участь у формуванні річного плану розвитку закладу, спільна оцінка якості окремих послуг, спільні проекти з профілактики захворювань і просвіти батьків. Дослідники підкреслюють, що саме участь у плануванні, а не лише у виконанні, є показником справжнього партнерства [18, с. 78–81; 34, с. 19–21].

Важливим аспектом цього напрямку є розвиток практики соціального замовлення - передачі НГО окремих послуг, що виходять за межі медичної компетенції закладу, але є важливими для комплексної реабілітації дітей: психологічна підтримка родин, арт-терапія, логопедичні послуги, культурно-освітні заходи. Закон України «Про соціальні послуги» [76] надає правову основу для такого замовлення на конкурентних засадах, що забезпечує водночас якість і прозорість витрачання коштів [4, с. 154–157].

Четвертий напрям - цифровізація механізмів участі - є невід'ємним елементом сучасної системи залучення громадськості. Естонський та шведський досвід переконливо свідчать, що цифрові інструменти суттєво розширюють охоплення учасників, долаючи бар'єри часу, відстані та соціального статусу [63, с. 2–4]. Для санаторію «Ясень», що обслуговує дітей з різних районів Івано-Франківської та сусідніх областей, цей аргумент є особливо вагомим: батьки, чії діти вже повернулися додому після лікування, не мають фізичної можливості брати участь у традиційних зустрічах, але цілком можуть зробити це в режимі онлайн.

Мінімальним необхідним кроком у цьому напрямі є кардинальне оновлення офіційного веб-сайту закладу: він має містити не лише рекламну інформацію про послуги, а й публічну звітність, результати анкетування, інформацію про наглядову раду і батьківський комітет, контакти для зворотного зв'язку та форму для подання електронних звернень. Паралельно доцільно розвивати присутність закладу у соціальних мережах як каналу

оперативної комунікації та отримання відгуків. Важливо, що цифровізація участі не скасовує традиційних форм - вона є їхнім доповненням, орієнтованим передусім на молодших батьків, які є основними користувачами цифрових комунікацій [44, с. 95–97].

П'ятий напрям - інтеграція волонтерської діяльності - набув особливої актуальності в умовах воєнного стану. Як свідчить дослідження, волонтерський потенціал навколо санаторію є значним, однак його використання залишається стихійним і непередбачуваним. Вдосконалення цього механізму передбачає запровадження «волонтерського менеджменту» - системного підходу до залучення, навчання, координації та оцінки внеску волонтерів [18, с. 90–91; 19, с. 56–58].

Практично це означає розроблення та затвердження Положення про волонтерську діяльність у закладі, що визначає права та обов'язки волонтерів, порядок їхньої реєстрації, страхування та визнання (символічне підтвердження внеску є важливим мотиваційним чинником). Необхідним є закріплення відповідального координатора - посадової особи або громадського волонтера-координатора - яка системно займається залученням і підтримкою волонтерів. Реєстр волонтерів із фіксацією їхніх компетенцій дозволить закладу в разі потреби оперативно залучати людей із відповідним фахом - педагогів, психологів, медиків на пенсії.

Шостий напрям - публічна звітність і відкриті дані - є необхідною умовою для того, щоб усі інші механізми участі функціонували ефективно. Без доступу до достовірної та зрозумілої інформації про діяльність закладу громадянське суспільство не здатне ані формулювати обґрунтовані пропозиції, ані здійснювати реальний контроль. І. Я. Зима наголошує, що «інформаційна асиметрія між адміністрацією закладу і громадськістю є однією з головних причин неефективності механізмів громадської участі навіть там, де вони формально функціонують» [22, с. 51–52].

Конкретним інструментом у цьому напрямі є щорічний «Звіт для громади» (аналог британського Annual Quality Account), що містить у доступній

нетехнічній мові інформацію про ключові досягнення закладу, фінансовий стан, кількість і структуру пролікованих пацієнтів, показники якості медичної допомоги та плани на наступний рік. Такий звіт є одночасно і звітністю перед засновником, і інструментом побудови суспільної довіри. Паралельно доцільно налагодити публікацію зведених показників задоволеності пацієнтів за результатами анкетування, що дозволить НГО та зацікавленим громадянам здійснювати незалежний моніторинг динаміки якості послуг [12, с. 80–83; 41, с. 4–5].

Пріоритетність та послідовність впровадження рекомендованих заходів наведено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Матриця пріоритетності напрямів вдосконалення механізмів громадської участі у КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»

Напрямок вдосконалення	Очікуваний вплив	Необхідні зусилля/ресурси	Пріоритетність	Орієнтовний термін першого результату
Реформування наглядової ради КНП	Висока	Середні	Першочерговий	3–6 місяців
Система зворотного зв'язку з батьками	Висока	Низькі	Першочерговий	1–3 місяці
Інституційне партнерство з НГО	Висока	Середні	Першочерговий	6–12 місяців
Цифровізація механізмів участі	Середня	Середні	Середньостроковий	6–12 місяців
Інтеграція волонтерської діяльності	Середня	Низькі	Першочерговий	1–6 місяців
Публічна звітність та відкриті дані	Середня	Низькі	Середньостроковий	3–6 місяців

Джерело: розроблено автором

Аналіз матриці пріоритетності (табл. 3.3) засвідчує, що найбільш доцільним є початок роботи з напрямів, що поєднують високий очікуваний вплив із відносно низькими або середніми вимогами до ресурсів: системи

зворотного зв'язку з батьками та інтеграції волонтерської діяльності. Обидва ці напрями можуть дати перші відчутні результати вже протягом 1–6 місяців і при цьому не вимагають значних фінансових витрат - лише організаційної волі та часу персоналу.

Важливим аспектом системного вдосконалення механізмів громадської участі є питання їхньої пріоритетності та послідовності впровадження. Не всі напрями є однаково терміновими і не всі вимагають однакових ресурсів. Для раціонального планування доцільно застосувати матрицю «вплив - зусилля», яка дозволяє розподілити напрями за рівнем пріоритетності.

Реформування наглядової ради є першочерговим з огляду на її системоутворюючу роль, проте потребує певного часу на підготовку та проведення конкурсного відбору нових членів [18, с. 63–66].

Принципово важливим для реалізації усіх зазначених напрямів є питання інституційного забезпечення всередині самого закладу. Жоден із описаних механізмів не може функціонувати стійко без призначення відповідального за зв'язки з громадськістю. У великих закладах це може бути окрема посада, у менших - як у випадку санаторію «Ясень» - поєднана функція одного з адміністративних працівників. Ключовими обов'язками такої особи є координація роботи батьківського комітету і взаємодії з НГО, підготовка публічної звітності та анкетування, ведення реєстру волонтерів і забезпечення роботи цифрових каналів комунікації [22, с. 48–52; 41, с. 3–5].

Окремої уваги заслуговує питання подолання культурних бар'єрів, зафіксованих у ході дослідження: патерналістичної моделі відносин медичного персоналу з батьками та низького рівня культури громадської участі серед самого населення. Ці бар'єри є найбільш стійкими, оскільки змінюються повільно і не піддаються вирішенню суто адміністративними заходами. Дослідники наголошують, що подолання патерналізму в медичній культурі вимагає цілеспрямованої роботи з персоналом - тренінгів із комунікації з пацієнтами, впровадження стандартів спільного прийняття рішень (shared

decision-making), а також відповідних стимулів і показників ефективності для медичного персоналу [69, с. 3–4; 9, с. 33–37].

Не менш важливою є просвітницька складова: батьки і громадяни повинні бути обізнані про свої права і можливості участі в управлінні закладом. Для цього доцільно розробити доступний інформаційний матеріал (буклет або сторінку на сайті) про механізми громадської участі в санаторії: як подати звернення, хто входить до наглядової ради, як долучитися до батьківського комітету, яким чином взяти участь в анкетуванні. Досвід закладів, де подібні ініціативи впроваджувалися, свідчить, що вже сам факт поширення такої інформації суттєво підвищує рівень залученості, адже громадяни нерідко не беруть участі не через байдужість, а через незнання можливостей [3, с. 67–70; 23, с. 133–145].

Реалізація запропонованих напрямів вдосконалення потребує відповідної нормативної бази на рівні закладу. Зокрема, необхідно внести зміни до Статуту КНП в частині повноважень наглядової ради та порядку її формування; розробити і затвердити Положення про батьківський консультативний комітет; прийняти Положення про волонтерську діяльність; затвердити стандарти публічної звітності та анкетування. Ці документи мають бути погоджені із засновником - Івано-Франківською обласною радою - і оприлюднені на сайті закладу, що саме по собі є актом підвищення прозорості та підзвітності [40, с. 112–118; 48, с. 22–24].

Таким чином, основні напрями вдосконалення механізмів громадської участі у реформуванні системи охорони здоров'я на рівні КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» утворюють цілісну систему взаємопов'язаних змін: від реформування ключового органу корпоративного управління (наглядова рада) через розбудову операційних механізмів взаємодії зі споживачами (зворотний зв'язок, цифровізація) та зовнішніми партнерами (НГО, волонтери) до забезпечення інформаційної відкритості як загальної передумови ефективної участі. Системна реалізація цих напрямів дозволить здійснити реальний перехід від декларативної до змістовної громадської участі

та наблизити практику управління закладом до стандартів, що відповідають духу і вимогам реформи охорони здоров'я в Україні.

3.3. Практичні рекомендації щодо підвищення ефективності залучення громадськості до реалізації реформи охорони здоров'я

Практичні рекомендації, сформульовані у цьому підрозділі, є логічним підсумком усього дослідження. Рекомендації ґрунтуються на результатах проведеного аналізу, зарубіжному досвіді та вимогах чинного законодавства України у сфері охорони здоров'я та громадської участі.

Першою і найбільш невідкладною рекомендацією керівництву закладу є запровадження системи регулярного анкетування батьків пацієнтів із обов'язковою публічною реакцією на його результати. Дослідження зафіксувало, що 55,2% батьків готові до участі в громадському контролі, однак не мають для цього жодного організаційного механізму. Анкета має охоплювати щонайменше чотири блоки питань: якість медичної допомоги; організація харчування та побуту; інформованість батьків про права та можливості участі; загальна оцінка та пропозиції. Узагальнені результати анкетування слід оприлюднювати на сайті закладу і в соціальних мережах раз на квартал, із зазначенням конкретних заходів, вжитих за підсумками опитування. Такий «цикл реагування» є ключовим принципом ефективної системи зворотного зв'язку: без нього анкетування перетворюється на ритуал, що лише імітує участь [70, с. 3–4; 68, с. 87–89].

Другою рекомендацією є утворення батьківського консультативного комітету - постійно діючого органу, що збирається не рідше одного разу на квартал і діє на підставі затвердженого Положення. Комітет має бути відкритим для всіх батьків, чії діти проходять або проходили лікування у закладі; до його складу доцільно включати 7–10 осіб, обраних шляхом відкритого голосування серед батьків поточного і попереднього заїздів. Головним завданням комітету є участь у попередньому обговоренні рішень адміністрації, що безпосередньо зачіпають умови перебування та лікування дітей: зміни в режимі дня, меню,

переліку процедур, організації педагогічного супроводу. Право комітету ініціювати питання для порядку денного засідань наглядової ради надасть цьому органу реальний вплив на стратегічні рішення.

Третьою рекомендацією є проведення до кінця поточного року відкритого конкурсного відбору незалежних членів наглядової ради із числа представників громадянського суспільства. Оголошення про конкурс має бути розміщено на сайті закладу, сайті Івано-Франківської обласної ради, у місцевих ЗМІ та соціальних мережах. Кандидати від громадського сектору повинні відповідати таким вимогам: не мати конфлікту інтересів із закладом; мати досвід у сфері охорони здоров'я, права, управління НГО або фінансів; публічно задекларувати свої інтереси. Кожен обраний незалежний член ради зобов'язаний щорічно подавати публічну декларацію про відсутність конфлікту інтересів. Такий механізм відповідає передовим практикам корпоративного управління в публічному секторі, зафіксованим у тому числі в документах ВООЗ щодо управління лікарнями.

Четвертою рекомендацією є укладення протягом наступних шести місяців меморандумів про співпрацю щонайменше з двома-трьома профільними НГО Івано-Франківської області. Пріоритетними партнерами мають стати: організації, що представляють інтереси дітей із хронічними захворюваннями органів дихання або опорно-рухового апарату (відповідно до профілю санаторію); організації підтримки родин внутрішньо переміщених осіб, які є значною частиною контингенту закладу в умовах воєнного стану; та організації, що займаються психологічною реабілітацією дітей, постраждалих від наслідків збройного конфлікту. Меморандум має визначати конкретні форми взаємодії, відповідальних осіб і механізм щорічного перегляду умов партнерства. Укладення меморандумів саме по собі є не метою, а початковим кроком: наповнення цих партнерств реальним змістом вимагає подальшої спільної проектної діяльності.

П'ятою рекомендацією є розроблення і затвердження Положення про волонтерську діяльність у закладі та визначення відповідального координатора

волонтерської роботи. Положення має регламентувати: порядок реєстрації волонтерів та перевірки їхніх кваліфікаційних документів; інструктаж із питань збереження конфіденційності та правил перебування у закладі; систему реєстрації відпрацьованих годин і визнання внеску (подяки, сертифікати); порядок призупинення волонтерської діяльності. Відповідальний координатор не обов'язково має бути штатним працівником - цю роль може виконувати особа, обрана з-поміж найбільш активних волонтерів, за умови офіційного оформлення відносин із закладом. Упорядкована система волонтерського менеджменту дозволить перетворити нестабільний потік волонтерської допомоги на передбачуваний ресурс, запланований у річному плані діяльності закладу [19, с. 56–58].

Шостою рекомендацією є щорічна публікація «Звіту для громади» - документа, адресованого не контролюючим органам, а батькам, партнерам і широкій громадськості. Звіт обсягом 8–12 сторінок має містити: основні результати роботи закладу мовою зрозумілих показників (кількість пролікованих дітей, середня тривалість перебування, частота виникнення ускладнень); підсумки анкетування батьків з динамікою порівняно з попереднім роком; звіт про виконання планових показників та використання коштів у доступному форматі; перелік нових послуг та інфраструктурних змін; плани на наступний рік. Публікація звіту одночасно на сайті закладу, на сайті засновника і в соціальних мережах забезпечить максимальне охоплення зацікавленої аудиторії. Цей документ є основою для підзвітності закладу перед громадою і стартовою точкою для змістовного діалогу із зовнішніми партнерами.

Сьомою рекомендацією, адресованою вже не керівництву закладу, а Івано-Франківській обласній раді як засновнику, є включення вимог до громадської участі до контракту з керівником КНП як ключових показників ефективності (КПЕ) управлінської діяльності. Зокрема, пропонується запровадити такі індикатори: частка батьків, задоволених рівнем комунікації із закладом (цільовий показник - не менше 65% за результатами анкетування);

кількість чинних меморандумів про співпрацю з НГО (не менше двох); публікація щорічного Звіту для громади; функціонування батьківського консультативного комітету (не менше чотирьох засідань на рік). Включення цих індикаторів до контракту перетворює громадську участь із добровільної ініціативи на елемент системи управлінської підзвітності, що є найбільш дієвим інструментом інституційного закріплення відповідних практик [22, с. 48–52].

Восьмою рекомендацією - також адресованою засновнику - є внесення змін до Статуту КНП у частині порядку формування наглядової ради: закріплення обов'язкової квоти для представників громадянського суспільства (не менше двох незалежних членів із трьох від громадського сектору), запровадження відкритого конкурсного відбору як обов'язкової процедури, встановлення вимоги щодо оприлюднення протоколів засідань ради протягом 10 робочих днів після їх проведення. Ці зміни мають бути узгоджені із чинними вимогами законодавства України щодо корпоративного управління КНП та рекомендаціями щодо прозорості публічних установ.

Дев'ятою рекомендацією, що має системний характер і адресована регіональним органам управління охороною здоров'я, є розроблення типового методичного посібника для керівників КНП щодо організації громадської участі. Аналіз показав, що однією з ключових причин низького рівня громадської участі є брак методичної підтримки з боку галузевих органів: керівники закладів не мають уніфікованих інструментів, шаблонів документів і прикладів успішної практики. Типовий посібник міг би містити зразки положень про наглядову раду, батьківський комітет і волонтерську діяльність; методику анкетування пацієнтів і батьків; рекомендації щодо підготовки Звіту для громади; чек-лист для самооцінки рівня громадської участі у закладі. Розроблення такого документа є відносно маловитратним заходом, здатним суттєво підвищити ефективність впровадження відповідних практик у всій мережі закладів охорони здоров'я регіону.

Десятою рекомендацією є організація щорічного регіонального форуму «Громадськість і охорона здоров'я» за участю представників КНП, НГО,

пацієнтських організацій та органів місцевого самоврядування. Такий форум виконуватиме кілька функцій: поширення успішного досвіду між закладами; формування «живої мережі» між НГО та медичними установами; публічне обговорення системних проблем, що виходять за межі окремого закладу; а також сигнальна функція для органів влади щодо пріоритетів у сфері громадської участі. Подібний механізм горизонтального обміну досвідом є значно дієвішим, ніж вертикальні директиви зверху, і відповідає принципам мережевого управління, що утверджуються в сучасній практиці публічного адміністрування [22, с. 35].

Окремо слід зупинитися на рекомендаціях щодо роботи з персоналом закладу, оскільки саме від ставлення медичного і немедичного персоналу до ідеї участі громадськості залежить реальна, а не формальна реалізація всіх описаних механізмів. Дослідження фіксує збереження патерналістичної моделі у відносинах між персоналом і батьками, а також певну тривогу частини працівників щодо того, що активізація громадського контролю обернеться посиленням тиску і критики на їхню адресу. Подолання цих побоювань є необхідною умовою успіху реформ. Тому рекомендується включити до щорічного плану підвищення кваліфікації персоналу тренінги з питань: комунікації з пацієнтами і їхніми родинами (підхід «спільного прийняття рішень»); роботи зі скаргами та зворотним зв'язком; основ партнерства з НГО і волонтерами. Позитивні приклади з практики закладів, де громадська участь підвищила, а не ускладнила роботу персоналу, є найефективнішим аргументом у такій роботі.

Важливим є питання моніторингу та оцінки ефективності впровадження запропонованих рекомендацій. Без чіткої системи відстеження результатів будь-які реформаційні зусилля ризикують залишитися декларативними. Пропонується щорічне проведення оцінки рівня громадської участі за системою критеріїв, розробленою у підрозділі 2.3 (доступність, репрезентативність, впливовість, прозорість, стійкість, інституційна закріпленість). Порівняння динаміки оцінок у часі дозволить відстежувати реальний прогрес і оперативно

коригувати напрями зусиль. Результати такого моніторингу мають бути включені до щорічного Звіту для громади, що забезпечить публічну підзвітність самого процесу реформування.

Підсумовуючи, практичні рекомендації щодо підвищення ефективності залучення громадськості до реалізації реформи охорони здоров'я охоплюють три рівні: операційний (анкетування, батьківський комітет, волонтерський менеджмент, звіт для громади), інституційний (реформування наглядової ради, партнерство з НГО, зміни до Статуту КНП) та системний (КПЕ у контракті керівника, методичний посібник, регіональний форум). Комплексна реалізація цих рекомендацій дозволить забезпечити реальний, а не декларативний перехід до партисипативної моделі управління медичним закладом, що є однією з ключових вимог сучасної реформи охорони здоров'я України.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження механізму залучення громадськості до здійснення реформи охорони здоров'я на прикладі КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» сформульовано такі висновки.

1. Реформа системи охорони здоров'я є комплексним, багатовимірним процесом трансформації, що охоплює інституційний, фінансовий, організаційний та соціальний виміри. Її сутність полягає у переході від моделі «держава як єдиний провайдер» до моделі «держава як регулятор і гарант прав пацієнта», де ключову роль поряд із ринковими механізмами надання послуг відіграють механізми громадської участі й контролю. В українському контексті реформа пройшла п'ять етапів від 1991 року до сьогодні; її сучасна фаза безпосередньо формує інституційне середовище, у якому функціонують заклади на зразок КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень».

2. Роль громадськості у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я є багатовимірною і принципово важливою. Вона реалізується через функції артикуляції інтересів, легітимізації реформ, акумуляції місцевого знання, незалежного контролю та інновацій. Правова база для участі громадськості в Україні є достатньо розвиненою (Закон «Про громадські об'єднання» [73], Постанова КМУ № 996 [79], Основи законодавства про охорону здоров'я [72]), однак практичне втілення залишається нерівномірним. Концептуальна «драбина участі» Арнштейн зберігає актуальність як аналітичний інструмент: більшість вітчизняних практик зосереджена на нижніх рівнях інформування та консультацій, тоді як реальне партнерство і громадський контроль залишаються винятком.

3. Механізми участі громадськості у реформуванні охорони здоров'я є різноманітними і взаємодоповнюючими: від нормативно закріплених громадських консультацій і громадських рад при органах влади - через електронні петиції, партисипаторний бюджет і громадську експертизу - до

волонтерської діяльності та соціального замовлення. Ефективна система участі формується не наявністю окремих інструментів, а характером зв'язків між ними, що утворюють цілісний «цикл участі»: прозорість → консультації → вплив на рішення → незалежний моніторинг → підзвітність.

4. КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» є спеціалізованим закладом охорони здоров'я санаторно-курортного профілю, що пройшов трансформацію у форму КНП відповідно до вимог реформи. Аналіз основних показників діяльності за 2021–2024 роки свідчить про позитивну динаміку: кількість пролікованих дітей зросла на 7,1%, завантаженість ліжкового фонду досягла 84,8%, частка власних надходжень збільшилася з 18,4% до 27,3%. Водночас заклад стикається з типовими для своєї категорії викликами: кадровий дефіцит, обмеженість фінансування, необхідність нарощення інституційної спроможності в умовах реформованої галузі.

5. Аналіз практики залучення громадськості у КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень» виявив суттєву прірву між задекларованою відкритістю закладу та реальними механізмами участі. Основними формами взаємодії залишаються робота зі зверненнями громадян і неформальне спілкування батьків із медичним персоналом; співпраця з НГО є епізодичною і незакріпленою інституційно; інформаційна відкритість закладу є обмеженою. Результати анкетування батьків (n = 87) зафіксували: 77,1% респондентів не знають про існування наглядової ради; лише 27,6% задоволені реагуванням адміністрації на звернення; водночас 55,2% готові брати участь у громадському контролі.

6. Оцінка ефективності механізмів громадської участі за шістьма критеріями (доступність, репрезентативність, впливовість, прозорість, стійкість, інституційна закріпленість) підтвердила низький загальний рівень. Жоден із семи досліджених механізмів не отримав задовільної оцінки: наглядова рада - 1,7/5, співпраця з НГО - 1,2/5, цифрова комунікація - 1,5/5. Найкращий показник має безпосередня взаємодія батьків із лікарями (2,8/5), проте цей механізм є найменш інституційно закріпленим. SWOT-аналіз

підтвердив наявність значного нереалізованого потенціалу: висока готовність громадян до участі, розвинена мережа НГО в регіоні та активізація волонтерського руху в умовах воєнного стану.

7. Узагальнення зарубіжного досвіду семи країн (Велика Британія, Канада, Швеція, Нідерланди, Польща, Естонія, Австралія) дозволило виокремити ключові закономірності успішних систем громадської участі в охороні здоров'я: інституційна закріпленість участі у спеціальних органах із чіткими повноваженнями (HealthWatch, омбудсмен пацієнтів, Local Health Integration Networks); інтеграція залучення споживачів до механізмів акредитації та ліцензування медичних закладів (австралійська модель CCI); поєднання традиційних і цифрових форм участі (естонська e-Governance модель); децентралізація управління як необхідна передумова реальної громадської участі (канадський і шведський досвід). Для закладів санаторно-реабілітаційного профілю особливо релевантним є досвід активного залучення батьківських спільнот у педіатричній та реабілітаційній практиці Великої Британії та Австралії.

8. Визначено шість основних напрямів вдосконалення механізмів громадської участі у КНП «Івано-Франківський обласний дитячий санаторій «Ясень»: реформування наглядової ради КНП; створення системи зворотного зв'язку з батьками; інституційне партнерство з НГО; цифровізація механізмів участі; інтеграція волонтерської діяльності; запровадження публічної звітності та відкритих даних. Ці напрями утворюють взаємопов'язану «архітектуру участі», де кожен елемент посилює дієвість інших.

9. Сформульовано десять практичних рекомендацій, структурованих за трьома рівнями адресатів. Керівництву КНП рекомендується: запровадити регулярне анкетування батьків із публічним «циклом реагування»; утворити батьківський консультативний комітет; провести відкритий конкурсний відбір незалежних членів наглядової ради; укласти меморандуми про співпрацю з профільними НГО; затвердити Положення про волонтерську діяльність; публікувати щорічний «Звіт для громади». Засновнику - Івано-Франківській

обласній раді - рекомендується включити показники громадської участі до КПЕ у контракті керівника КНП та внести відповідні зміни до Статуту закладу. Регіональним органам управління охороною здоров'я рекомендується розробити типовий методичний посібник для КНП та організувати щорічний регіональний форум «Громадськість і охорона здоров'я».

10. Реалізація запропонованих рекомендацій не потребує значних фінансових витрат - більшість заходів передбачає передусім організаційну роботу та зміну управлінської культури. Комплексне впровадження рекомендацій дозволить здійснити реальний перехід від патерналістичної до партисипативної моделі управління медичним закладом, підвищити довіру громади до закладу, залучити додаткові ресурси через партнерства та забезпечити відповідність практики управління вимогам сучасної реформи охорони здоров'я України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алькема В. Г., Сумець О. М., Кириченко О. С. Менеджмент закладу охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : Університет «КРОК», 2023. 244 с. ISBN 978-966-170-079-5.
2. Безгубенко Л., Мокрицька А. Управлінські технології фінансового менеджменту установ охорони здоров'я // Світ фінансів. 2012. № 3. С. 101-111.
3. Білинська М. М., Петроє О. М. Інституціоналізація публічного управління в Україні : наук.-аналіт. доп. Київ : НАДУ, 2019. 210 с.
4. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров'я : монографія. Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2020. 391 с. ISBN 978-966-289-380-9.
5. Брич В. В. Сучасні медико-демографічні проблеми розвитку системи громадського здоров'я в Україні : монографія. Ужгород : УжНУ, 2025.
6. Бурцева О. Є. Державно-приватне партнерство як інструмент регулювання ринку медичних послуг // Ефективна економіка. 2020. № 7. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/7_2020/74.pdf
7. Ветютнева Н. О. (ред.). Сучасна концепція забезпечення якості лікарських засобів : колективна монографія. Вінниця : Нілан-ЛТД, 2018. 400 с.
8. Вовк С. М. Інституційна трансформація механізмів державного управління охороною здоров'я. URL: <https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration>
9. Вовк С. М., Половян Н. С., Вовк Т. В. Особливості трансформації механізмів управління якістю медичних послуг // Публічне управління та митне адміністрування. 2020. № 3 (26). С. 33-37.
10. Вороненко Ю. В. (ред.). Менеджмент в охороні здоров'я : навч.-метод. посіб. Київ : НМАПО, 2014. 367 с.
11. Гавриченко Д. Г. Публічні механізми реформування системи охорони здоров'я в Україні // Публічне управління в Україні: виклики сьогодення

- та глобальні імперативи : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Хмельницький, 2022). С. 104-106.
12. Гавриченко Д. Г. Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я // Публічне управління та регіональний розвиток. 2022. № 1. С. 68-85.
 13. Галацан О. В. Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я : автореф. дис. ... канд. держ. упр. : 25.00.02. Харків, 2004. 20 с.
 14. Григорович В. Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні // Державне управління: удосконалення та розвиток. 2010. № 2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93>
 15. Гур'янов В. Г., Лях Ю. Є. та ін. Посібник з біостатистики. Аналіз результатів медичних досліджень у пакеті EZR (R-statistics) : навч. посіб. Київ : Вістка, 2018.
 16. Гурський В. Т. Трансформація інституційного забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я в Україні : дис. ... канд. екон. наук : 08.00.03. Тернопіль : Західноукр. нац. ун-т, 2021. 210 с. URL: <https://dspace.wunu.edu.ua>
 17. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / за ред. М. М. Білинської. Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
 18. Долгих М. В. Реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я : монографія. Київ ; Кам'янець-Подільський : Рута, 2023. 271 с. ISBN 978-617-8323-26-4.
 19. Ждан В. М., Голованова І. А. та ін. Громадське здоров'я в Україні: здобутки та виклики сьогодення : колективна монографія. Полтава : ПДМУ, 2023. 174 с.
 20. Ждан В. М., Голованова І. А. та ін. Організація надання медичної допомоги населенню в період реформування сфери охорони здоров'я

- України : колективна монографія. Полтава : АСМІ, 2018. 174 с. ISBN 978-966-182-540-5.
21. Задихайло Д. Держава та економічне ринкове середовище: господарсько-правовий аспект // Вісник Академії правових наук України. 2005. № 3 (42). С. 149-161.
 22. Зима І. Я. Механізми інституційної трансформації державного управління охороною здоров'я : монографія. Рівне : Волинські обереги, 2019. 247 с. ISBN 978-966-416-658-1.
 23. Іванчов П. В. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні: інституційний аспект // Економічний часопис. 2020. № 6 (20). С. 133-145. URL: https://eco-science.net/wp-content/uploads/2021/08/6.20._topic_Ivanchov-P.V.133-145.pdf
 24. Каденко О. А. Державне управління охороною здоров'я в Україні: сучасний стан, проблеми, шляхи вдосконалення : монографія. Хмельницький : ХНУ, 2019. 187 с. ISBN 978-966-330-328-4.
 25. Карамишев Д. В., Шевченко В. І. Державні механізми регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в економічній моделі розподілу фінансів // Інвестиції: практика та досвід. 2010. № 22. С. 60-64.
 26. Коломієць Л. В. Метрологічне забезпечення закладів охорони здоров'я : монографія. Одеса : Бондаренко М. О., 2024. 187 с. ISBN 978-617-8327-86-6.
 27. Кошова С. П., Михальчук В. М., Радиш Я. Ф. Єдиний медичний простір України - нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я // Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 9. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/9_2021/32.pdf
 28. Кравченко С. Громадське здоров'я: поняття і сутність, роль інформаційно-аналітичного супроводу // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022. № 1. С. 70-74.
 29. Кравчук В. Інституційне та інформаційне забезпечення стратегічного управління сферою охорони здоров'я // Економіка та суспільство. 2024.

№

55.

URL:

<https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/download/4666/4608>

30. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я // Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 7. С. 46-48.
31. Криничко Л. Р. Теорія та методологія державного управління в сфері охорони здоров'я : монографія. Житомир : О. О. Євенок, 2020. 347 с. ISBN 978-966-995-240-0.
32. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я.
33. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Київ, 2007. 61 с.
34. Ляшко В., Півень Н. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я : оперативний посібник. ВООЗ, 2018-2019.
35. Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні // Вісник економіки. 2022. № 4. С. 127-137. URL: <https://visnykj.wunu.edu.ua/index.php/htneu/article/download/1351/1471/2767>
36. Москаленко В. Ф., Гульчій О. П., Грузєва Т. С. та ін. Громадське здоров'я : підручник. Вінниця : Нова книга, 2013. 560 с.
37. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Київ, 2014. 26 с. URL: https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf
38. Приймак Л. В. Реформа охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах // Health care reform in Ukraine under modern conditions. 2025. URL: <https://www.researchgate.net/publication/390615858>
39. Рогачевський О. П. Теоретико-методологічні засади забезпечення стратегічного управління у системі охорони здоров'я в умовах

- глобальних викликів : монографія. Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2020. 372 с. ISBN 978-966-289-497-4.
40. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Київ : Сфера, 2005. 272 с.
 41. Русенко Н. В. Інституційне забезпечення реформування сфери охорони здоров'я України // Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування. 2023. Т. 34, № 5.
 42. Сазонець І. Л. та ін. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід : монографія. Рівне : Волинські обереги, 2019. 395 с. ISBN 978-966-416-650-5.
 43. Сазонець І. Л., Вівсяник О. М. Передумови функціонування міжнародних організацій в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я // Право та державне управління. 2020. № 1. Т. 2. С. 170-179.
 44. Самофалов Д. О. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід // Державне управління та місцеве самоврядування. 2020. Вип. 1 (44). С. 92-99.
 45. Сидорук С. М. Інституційне забезпечення реформування системи охорони здоров'я України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Миколаїв : Чорноморський нац. ун-т ім. Петра Могили, 2021. 20 с. URL: <https://krs.chmnu.edu.ua>
 46. Скріпкін С. В. Функції публічних видатків у галузі охорони здоров'я // Південноукраїнський правничий часопис. 2019. № 2. С. 66-70.
 47. Солоненко І. М. Менеджмент закладу охорони здоров'я : навч. посіб. 2023.
 48. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року. Київ : Міністерство охорони здоров'я України, 2022. 48 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor>

- 49.Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я // Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 8. С. 83-86.
- 50.Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. Державне управління охороною здоров'я України : монографія. 2014.
- 51.Універсальний періодичний огляд. Міністерство юстиції України. URL: <https://minjust.gov.ua/m/universalniy-periodichniy-oglyad>
- 52.Фірсова О. Д. Економічні засади державного регулювання охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : НАДУ, 2019. 190 с. ISBN 978-966-619-414-8.
- 53.Фірсова О. Д. Механізми геоінформаційного забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні : дис. ... канд. екон. наук : 25.00.02. Київ, 2016. 219 с.
- 54.Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні // Медичне право України: проблеми становлення та розвитку : матеріали І Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 19-20 квітня 2007 р.). Львів, 2007. С. 318-323.
- 55.Чабан О., Бойко О. Огляд світової практики щодо впровадження медичних інформаційних систем // URL: <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/25505/1/50-365-370.pdf>
- 56.Шегедин Я. Ю. Еволюція концептуальних засад державної політики України в галузі охорони здоров'я // Ефективність державного управління. 2016. Вип. 1-2 (1). С. 203-210.
- 57.Шегедин Я. Ю. Правовий та організаційний механізми реалізації державної політики в галузі медсестринства // Ефективність державного управління. 2017. Вип. 2. С. 129-137.
- 58.Andriyash V., Kozlova L., Malikina O., Polyakova E. Особливості державної політики регулювання медичних послуг в Україні // Публічне управління та регіональний розвиток. 2020. № 9. С. 689-713.
- 59.Burström B. et al. Equity aspects of primary health care reform in Sweden // International Journal for Equity in Health. 2017.

60. Dave G., Wolfe M. K., Corbie-Smith G. Role of hospitals in addressing social determinants of health // Preventive Medicine Reports. 2021. № 21.
61. Deber R. B. Health care reform: lessons from Canada // American Journal of Public Health. 2003. № 93 (1). С. 20-24.
62. Mehta S., Grant K., Ackery A. Future of blockchain in healthcare // BMJ Health & Care Informatics. 2020. DOI: 10.1136/bmjhci-2020-100217
63. Ministry of Health of Ukraine. How the health care system is being transformed. 2021. URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan>
64. Mitchell M., Kan L. Digital technology and the future of health systems // Health Systems & Reform. 2019. № 5.
65. Mohamed I. S., Hepburn J. S., Ekman B., Sundewall J. Inclusion of essential health coverage services // Health Systems & Reform. 2022. № 8.
66. National Library of Medicine. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5584080/>
67. Okungu V. R., McIntyre D. Informal sector and health care financing // Health Systems & Reform. 2019. № 5.
68. Saltman R. B., Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. WHO Regional Office for Europe.
69. Villalobos Dintrans P. Why health reforms fail // Health Systems & Reform. 2019. № 5.
70. Wang H. et al. Generating political priority for primary health care reform // Health Systems & Reform. 2021. № 7.
71. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 15.03.2026).
72. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 15.03.2026).

73. Про громадські об'єднання : Закон України від 22 березня 2012 р. № 4572-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4572-17> (дата звернення: 15.03.2026).
74. Про доступ до публічної інформації : Закон України від 13 січня 2011 р. № 2939-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-17> (дата звернення: 15.03.2026).
75. Про звернення громадян : Закон України від 2 жовтня 1996 р. № 393/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/393/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 15.03.2026).
76. Про соціальні послуги : Закон України від 17 січня 2019 р. № 2671-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19> (дата звернення: 15.03.2026).
77. Про волонтерську діяльність : Закон України від 19 квітня 2011 р. № 3236-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3236-17> (дата звернення: 15.03.2026).
78. Про благодійну діяльність та благодійні організації : Закон України від 5 липня 2012 р. № 5073-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5073-17> (дата звернення: 15.03.2026).
79. Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики : Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2010 р. № 996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/996-2010-%D0%BF> (дата звернення: 15.03.2026).
80. Про затвердження Порядку сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади : Постанова Кабінету Міністрів України від 5 листопада 2008 р. № 976. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/976-2008-%D0%BF> (дата звернення: 15.03.2026).