

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА  
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА  
(повне найменування вищого навчального закладу)

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ  
(повне найменування інституту, факультету)

Кафедра: публічного управління та адміністрування  
(повна назва кафедри)

# МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: «Формування моделі публічного управління  
системою охорони здоров'я в Україні»

Виконала: студентка магістратури за  
спеціальністю 281 Публічне  
управління та адміністрування заочної  
форми навчанням  
Оксана ПУДЛО

Керівник: завідувач кафедри  
публічного управління та  
адміністрування, доктор наук з  
державного управління, доцент  
Едуард ЩЕПАНСЬКИЙ

Рецензент: \_\_\_\_\_

Хмельницький – 2022 рік

## АНОТАЦІЯ

**Пудло О. І. Формування моделі публічного управління системою охорони здоров'я в Україні. – Рукопис.**

У магістерській роботі запропоновано розв'язання актуального наукового завдання, яке полягає в теоретичному обґрунтуванні й розробленні практичних рекомендацій щодо формування моделі публічного управління системою охорони здоров'я в Україні.

Встановлено, що різні етапи цивілізаційного розвитку суспільства характеризуються певними закономірностями розвитку суспільних чинників, серед яких виділяється здоров'я як фундаментальний елемент, що визначає здатність людини виконувати трудові функції, розвивати професійні та особистісні якості, брати участь у системі відносин суспільства.

Проаналізовано зарубіжний досвід формування механізмів управління системами громадського здоров'я, в ході якого з'ясовано, що в європейських країнах розроблені політика та стратегії, а також конкретні програми та проєкти, які сприяють збереженню громадського здоров'я та профілактиці захворювань.

Розроблено модель публічного управління системою охорони здоров'я, реалізація якої здійснюватиметься за такими напрямками: удосконалення правової бази сфери охорони здоров'я; впровадження механізму державно-приватного партнерства у цій сфері; проведення ефективної кадрової політики; впровадження інноваційних систем забезпечення якості в роботі закладів охорони здоров'я та інноваційних підходів для покращення комунікації між пацієнтами та медичним персоналом; запровадження дієвого механізму державного нагляду за працею медичних працівників з метою підвищення їх продуктивності; розвиток страхового ринку тощо.

**Ключові слова:** публічне управління, державна політика, система охорони здоров'я, трансформація, модель, механізм публічного управління.

## SUMMARY

**Pudlo O. I. Formation of a model of public management of the health care system in Ukraine. - Manuscript.**

The master's thesis offers a solution to an actual scientific task, which consists in the theoretical substantiation and development of practical recommendations for the formation of a model of public management of the health care system in Ukraine.

It has been established that various stages of the civilizational development of society are characterized by certain patterns of development of social factors, among which health stands out as a fundamental element that determines a person's ability to perform labor functions, develop professional and personal qualities, and participate in the system of social relations.

The foreign experience of the formation of public health system management mechanisms was analyzed, during which it was found that European countries have developed policies and strategies, as well as specific programs and projects that contribute to the preservation of public health and disease prevention.

A model of public management of the health care system has been developed, the implementation of which will be carried out in the following directions: improvement of the legal framework in the field of health care; implementation of the public-private partnership mechanism in this area; implementation of an effective personnel policy; implementation of innovative quality assurance systems in the work of health care institutions and innovative approaches to improve communication between patients and medical personnel; introduction of an effective mechanism of state supervision over the work of medical workers in order to increase their productivity; development of the insurance market, etc.

**Keywords:** public administration, state policy, health care system, transformation, model, mechanism of public administration.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я..	9
1.1. Етапи становлення публічного управління системою охорони здоров'я.....	9
1.2. Механізми публічного управління системою охорони здоров'я як об'єкт дослідження вітчизняної державно-управлінської науки.....	18
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН РЕФОРМУВАННЯ ТА МОДЕРНІЗАЦІЇ МОДЕЛІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	30
2.1. Закордонний досвід формування моделей публічного управління системою охорони здоров'я.....	30
2.2. Закономірності та принципи реформування публічного управління системою охорони здоров'я в Україні у контексті європейського виміру.....	39
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	52
3.1. Формування моделі публічного управління системою охорони здоров'я.....	52
3.2. Шляхи удосконалення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні.....	63
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Здоров'я має першочергове значення в житті кожної людини і суспільства в цілому. Рівень розвитку медицини є одним із основних показників успішності державної політики в розвинених країнах світу. Власне, тривалість життя, доступність ліків та якість медичних послуг визначають ступінь відповідальності держави за своїми зобов'язаннями перед громадянами, а також визначають правильність її руху до реалізації ефективної внутрішньої соціальної політики країни. Виходячи з цього, ми вважаємо, що питання охорони здоров'я, його збереження чи покращення є важливими та потребують особливої наукової уваги.

Слід підкреслити, що система охорони здоров'я відіграє особливо важливу роль у забезпеченні належного рівня життя. Як відомо, здоров'я людини у світі визнано настільки важливим, що показник його стану першим входить до Індексу людського розвитку - універсального показника, який показує рівень розвитку суспільства країни, з одного боку, а з іншого – чутливий показник ефективності управління державною системою. Це одна з причин, чому охорона здоров'я населення є одним із важливих завдань держави.

Сьогодні, як ніколи, очевидна потреба в медичній реформі, яка не тільки «назріла», а в певному сенсі «перезріла». Реалізація прав людини на якісні медичні послуги має визначати напрямок державної політики в Україні щодо реформування діючої системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі управління механізмами її державного управління. Вирішенню цього завдання сприяє аналіз досвіду організації медичної галузі в країнах Європи, системи охорони здоров'я яких визнані успішними.

Уряди багатьох країн європейського регіону, що входять до Всесвітньої організації охорони здоров'я, постійно переглядають свої системи охорони здоров'я та оцінюють адекватність підходів до фінансування організації та

надання медичної допомоги. На нашу думку, модернізація системи охорони здоров'я має відбуватися в нормативному, економічному та організаційному аспектах. Адже ефективність заходів із трансформації системи охорони здоров'я оцінюється не лише показниками короткострокової економії державного бюджету на розвиток медичної галузі, а й показниками можливості покращення здоров'я всього населення в довготривалій перспективі. Ці нормативні показники однаково важливі для реформування системи охорони здоров'я в Україні та за кордоном.

Проблеми розвитку та реформування механізмів державного управління у різних галузях, зокрема в охороні здоров'я розглядають сучасні науковці, серед яких: М. Білинська, О. Баєва, З. Гладун, Д. Карамішев, В. Луговий, В. Лобас, З. Надюк, Н. Нижник, А. Пільтяй, М. Ткач, І. Фуртак, О. Черниш, В. Шафранський, Н. Ярош та інші.

Вагомий внесок у дослідження питань реформування державного управління системою охорони здоров'я України вносять наукові праці Ю. Вороненко, Н. Герасименко, Л. Гриценко, В. Москаленко, Ф. Радиша, М. Солоненко, М. Шутова та інші.

Водночас, на сьогодні відступній системний аналіз проблем реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я.

**Мета та завдання роботи.** Метою магістерської роботи є обґрунтування теоретичних засад і розробка практичних рекомендацій щодо формування моделі публічного управління системою охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення поставленої мети в роботі були визначені та вирішені такі **завдання**:

– виявити основні етапи становлення публічного управління системою охорони здоров'я;

– визначити зміст механізмів публічного управління системою охорони здоров'я як об'єкта дослідження вітчизняної державно-управлінської науки;

– проаналізувати закордонний досвід формування моделей публічного управління системою охорони здоров'я;

– охарактеризувати закономірності та принципи реформування публічного управління системою охорони здоров'я в Україні у контексті європейського виміру;

– запропонувати модель публічного управління системою охорони здоров'я в Україні;

– удосконалити механізми публічного управління системою охорони здоров'я в Україні.

*Об'єктом дослідження є державна політика системою охорони здоров'я.*

*Предметом дослідження є теоретичні, організаційні та методологічні положення формування моделей та механізмів публічного управління системою охорони здоров'я.*

**Методи дослідження.** Методологічною основою дослідження слугували фундаментальні положення науки публічного управління та адміністрування, зокрема загальнонаукові принципи аналізу суспільних явищ і процесів, а також праці провідних науковців. Дослідження базувалося на: логіко-діалектичному методі пізнання, на основі якого з'ясовано сутність основних понять та категорій роботи; методи системного аналізу та синтезу, порівняння, абстракції, систематизації забезпечили визначення зв'язків між елементами моделі публічного управління системою охорони здоров'я як основи реформування медичної галузі в Україні; застосування міждисциплінарного підходу дало змогу комплексно розглянути нормативно-правове регулювання процесу розвитку публічного управління системою охорони здоров'я та закономірності й принципи реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні у контексті

європейського виміру; системний підхід було використано для розробки і обґрунтування сучасних удосконалення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні з урахуванням закордонного досвіду формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я.

*Інформаційною базою дослідження є наукова вітчизняна і зарубіжна література з теми дослідження, нормативно-правові акти України, міжнародні правові акти, аналітичні та звітні документи.*

**Практичне значення одержаних результатів.** Основні теоретичні положення магістерської роботи доведено до рівня конкретних концептуальних і практичних висновків, пропозицій та рекомендацій щодо формування моделі та удосконалення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні.



# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Етапи становлення публічного управління системою охорони здоров'я

Здоров'я має першорядне значення у житті кожної людини та суспільства в цілому. Рівень розвитку медицини одна із основних показників успішності державної політики у розвинених країн світу. По суті, середня тривалість життя, забезпеченість ліками та якість медичних послуг визначають ступінь відповідальності держави за свої обов'язки перед громадянами, а також визначають правильність її руху шляхом здійснення ефективного внутрішнього добробуту політики держави. Виходячи з цього, ми вважаємо, що питання охорони здоров'я, його збереження чи покращення є важливими та потребують особливої наукової уваги.

Слід наголосити, що система охорони здоров'я відіграє особливо важливу роль у забезпеченні належного рівня життя. Як відомо, здоров'я людини у світі визнано настільки важливим, що показник його стану першим включається до індексу людського розвитку - універсальний показник, рівень розвитку суспільства конкретної країни, з одного боку, а з іншого боку - чутливий показник ефективності державного управління системою. Це одна з причин, через яку охорона здоров'я населення є одним із важливих завдань держави [62].

Однак не можна не враховувати, що таке поняття, як «здоров'я», більш умовно та об'єктивно оцінюється по ряду різних параметрів, таких як: клінічні, антропометричні, фізіолого-біохімічні, які зазвичай визначаються за допомогою статевих та вікових факторів, а також за допомогою географічних та кліматичних умов.

У роботі «Еволюція богів. Альтернативне майбутнє людства». Е. Мінар пише: «Здоров'я — це функціонування психіки та тіла людини — не тільки

завдяки відсутності різних захворювань, а й в достатній кількості енергії, ентузіазму та настрою для виконання чи завершення завдання» [92].

Слід зазначити, що медична галузь є багаторівневою, функціонально ефективною системою, створеною та використовуваною для реалізації комплексу соціальних та медичних заходів, спрямованих на охорону та зміцнення здоров'я кожної людини та суспільства в цілому. Життя, а саме людина і людське життя, займає найвище становище в ієрархії життєвих цінностей, тому що всі інші цінності, що стоять за нею, мають менше значення. К. Лоренц писав: «Якщо ми видалимо з нашого життєвого досвіду емоційний сенс цінності — наприклад, цінності різних ступенів еволюції, якщо людське життя і людство в цілому не представляють для нас жодної цінності, то найдосконаліший апарат нашого розуму є машина без мотора... Тільки почуття гідності має знак «плюс» чи «мінус» у відповідь людське «категоричне самозречення» і робить із нього заборону чи обов'язкову норму [92].

Ми вважаємо, що публічне управління охороною здоров'я включає державну політику охорони здоров'я, спрямовану на забезпечення рівності всіх громадян та окремих соціальних груп у плані безкоштовного доступу до послуг охорони здоров'я. Громадське здоров'я являє собою складну політичну, економічну, соціальну та медичну категорію, що поєднує індивідуальне здоров'я громадян, яке залежить від сукупності політичних, економічних, соціальних та біологічних факторів, що визначають демографічний, соціально-економічний потенціал суспільства та чинника національної безпеки, відповідно до державної соціальної політики [99].

Як правило, вивчення таких дефініцій, як: «управління», «публічне управління», «здоров'я», «охорона здоров'я», «публічне управління системою охорони здоров'я» вимагає комплексної оцінки визначення поняття «публічне управління системою охорони здоров'я», а також фактори, що зумовили її історичне становлення та розвиток, які висвітлюються у роботах вітчизняних та зарубіжних учених.

Роботи, присвячені проблемам державного управління, друкувалися у 1990-ті роки українськими вченими, такими як: І. Акімова [1], В. Бакуменко [9], О. Валевський [12], О. Дем'янчук [27], О. Кілієвич [43], В. Ребкало [77], В. Романов [78], О. Сулима [84], В. Тертичка [85] та ін., які сформулювали та розвинули фундаментальні наукові підходи про державну владу та методологічні засади прийняття публічних рішень та проаналізували умови розробки та реалізації механізмів державного управління.

В останні роки в державній політиці України намітилася тенденція підвищення інтересу до проблем державної влади у сфері охорони здоров'я серед українських вчених, таких як: В. Лехан [56-57], Г. Слабкий [56-57], І. Солоненко [82-83], Я. Радиш [28], Л. Жаліло [69] та інші, які вважають, що сфера охорони здоров'я в Україні занепадає. Проте, незважаючи на велику зацікавленість цих науковців до управління соціальними системами, до яких належить і медична галузь України, вони ще не стали предметом спеціального дослідження.

Ми знаємо, що встановлення та визначення того чи іншого поняття, процесу чи явища є однією з найскладніших процедур у науковому дослідженні взагалі. Адже правильне розуміння наукових понять вирішує майже половина всіх наукових проблем.

Історики вважають, що Платон і Арістотель (384-322 до н.е.) були першими серед тих, хто вивчав основи «правильного» мислення, доказів, формулювання понять та методів, підходів та законів, і в процесі набували нових знань. Вчені розділяли думку, що шлях до розуміння природи явища лежить через визначення.

Важливо, що є деякі закони, які регулюють процес надання медичної допомоги людям у давніх цивілізаціях. Наприклад, ще в стародавньому Вавилоні Кодекс Хаммурапі (XVIII ст. до н.е.) передбачав, що якщо хірург зможе провести операцію з порятунку життя хворого, він отримає 10 шекелів срібла. Якщо здоров'ю хворого завдано шкоди, то такому лікарю слід відрубати руку [98]. Подібні стосунки між пацієнтом та лікарем були

характерними для стародавньої Індії, де за правилами Ману (X-V століття) лікар карався, якщо не лікував людину [98].

Найперша модель охорони здоров'я визначалася простими товарно-грошовими відносинами між пацієнтом та лікарем, але у зв'язку з розвитком суспільства, ускладненням умов життя та формуванням певних економічних законів, що регулюють дію такої моделі, потреба у медичній допомозі зростає. Ще у первісно-суспільний період, коли люди були підпорядковані єдиній меті - забезпеченню умов існування та виживання в природних умовах, їхня діяльність була пов'язана зі збереженням здоров'я. Збереження свого здоров'я під час полювання, міжусобних розбратів пов'язаних з певними богами, амулетами тощо. Інформація про збереження здоров'я передавалася з покоління до покоління у вигляді історій про лікарські засоби, особливо рослинні.

Систематизація знань про здоров'я людини вперше була розпочата в епоху рабовласницьких держав (IV тисячоліття до н.е. – V століття н.е.). Філософи та медики активно шукали шляхи збереження здоров'я та працездатності людини [100]. Свідченням визнання важливості турботи про здоров'я є наявність таких творів, положення яких збереглися до наших днів, таких як: китайська книга «Кун-фу», пам'ятка маловідомої індійської епохи – збірка трактатів «Аюр-Веда-Гараи», праць давньогрецького лікаря Гіппократа та видатного лікаря Сходу, філософа та поета Ібн-Сіні (Авіценни), який писав: «..головний скарб для кожного, не те, що в тебе в кишнях чи те, що ти вже маєш... А здоров'я є найголовнішим скарбом, щоб його зберегти, потрібно багато що знати та вміти» [100] та інші.

У працях античних філософів IV-III ст. до н.е. Сократ, Платон, Аристотель відобразили теоретичні визначення державного устрою, у яких увага зосереджена на раціональному відтворенні населення. У своїй праці «Держава» Платон наголошує, що здорові громадяни є основою розвитку будь-якої держави [98].

Платон розкриває проблему «регулювання населення» у діалозі «Закони», де пропонує поділити всю земельну площу держави на 5040 однакових ділянок, якими громадяни могли б користуватися вічно [98]. Проблема перенаселення має вирішуватися таким чином, щоб частина населення мігрувала, а решта населення підлаштовувалась під кількість наявних ділянок. На думку філософа, проблему скорочення приросту населення у державі слід регулювати на законодавчому рівні, мотивуючи та заохочуючи народження дітей.

У спробах тлумачення природи здоров'я історичний пріоритет належить грецьким філософам, які цінували фізичність як найвище благо природи. Проблема давніх філософів полягала в тому, що вони ще не мислили категоріями прав людини та прав на здоров'я, розроблених сучасною цивілізацією нашого світу. Арістотель вважав, що здоров'я - це досконала тілесність, і шлях отримання максимальної користі від тіла не повинна бути обтяжена хворобою [98]. Тоді хорошим здоров'ям вважалося відсутність хвороб у побуті.

Давнє поняття здоров'я мало, з погляду, скоріш аристократичний, ніж демократичний характер, оскільки стосувалося лише обраних і було спрямовано більше поліпшення здоров'я окремої людини (аристократа), ніж підвищення загального рівня здоров'я громадян.

Арістотель вважає проблему зростання населення однією з найсерйозніших для суспільного існування. «Людина може продумати народження дітей, що більш імовірно визначити, аніж право на власність, тому народження не може бути більше певного числа. Кількість можна визначити, враховуючи народження з смертельними випадками та шлюби, які не можуть мати дітей. Якщо залишити поза увагою дане питання, як у багатьох країнах, наслідком цієї невизначеності може стати бідність людей, заколоти, які призводять до бідності та лиходійства» [98].

Слід наголосити, що зміст поняття здоров'я з часом розширювався. Римляни прийняли документ, в якому наголошувалося на гігієні та

помірності в їжі. На відміну від Арістотеля, який покладав на людину відповідальність за свою долю, римське розуміння здоров'я почало включати стан психічного здоров'я та соціального благополуччя. У цей час зміст проблем соціального здоров'я став змінюватись між двома проблемами - проблемами тіла та проблемами душі. На вирішення цієї дилеми піде багато часу, і її рішення буде актуальним у III тисячолітті [98].

Праця Корнелія Цельса (I ст. до н.е. – I ст. н.е.) "Медицина" дійшла до наших днів і містить корисну інформацію для рабовласників, які повинні мати госпіталі для хворих рабів і лікувати їх доступними методами. Слід зазначити, що лікарні для рабів не з'являлися доти, доки лікування рабів не стало економічно вигідним, а раби не стали дорогими [98]. У цьому аспекті ми вважаємо вкрай важливим для розвитку історії людства та продовження економічного зростання в майбутньому досліджувати гідність людської праці та її цінність.

В умовах натурального господарства на виховання дітей витрачалось небагато, бо робоча сила у господарстві вкрай необхідна. У минулому у збільшенні числа селян були зацікавлені і феодали, влада яких частково визначалася з чисельністю їх підданих. Християнська церква також підтримує процес народження, заохочує моногамію та забороняє регулювання народжуваності.

У цей період було введено політику збільшення здорового населення для компенсації втрат, спричинених епідеміями. У XII столітті у Франції розпочався процес регулювання народжуваності, що призвело до зниження податків. На наш погляд, здоров'я та демографічні процеси тісно пов'язані між собою. Смерть також відіграє роль у процесі відтворення населення. Точних відомостей про смертність у далекому минулому немає, але встановлено, що в період до XVIII ст. на різних континентах та в різних країнах число смертей було дуже велике і відповідно малою була середня тривалість життя людини.

У Стародавній Греції таблиці, складені з надгробків IV ст. н.е. свідчать, що середня тривалість життя не перевищувала 20 років, коливаючись від 20 до 40 років у різних країнах Європи з XIII по XVIII століття. Постійно висока смертність (40-50 душ на 1000 жителів) збільшувалася в кілька разів під час епідемій чуми, холери та неврожаїв, які призводили до голоду [19].

Також відомо, що найпривілейованіші групи населення в середньому живуть довше і мають нижчий рівень смертності, ніж більшість населення того часу. Тенденція до зниження смертності спочатку торкнулася всіх верств населення. Сумарна тривалість життя населення Уельсу та Англії середини XIX століття становила 42,6 років, а населення, що народилося останньої чверті XIX століття — 48,5 років [19].

Із середини XIX ст. тенденції смертності населення супроводжувалися змінами у бік її зниження. З самого початку цей процес охопив низку скандинавських країн, а лише потім поступово поширився на всі країни Європи та Північної Америки. У більшості країн, що розвиваються (Африка, Латинська Америка та Азія) високий рівень смертності залишався стабільним і у XX столітті.

Характерною рисою людської смертності у XIX ст. було розширення діапазону відмінностей показників між верствами окремих соціальних груп населення. У період бурхливого розвитку капіталізму матеріальне становище, і особливо житлове становище, різко погіршилося, що призвело до зростання смертності. Загибель десятків тисяч селян і ремісників, забруднення води, повітря та ґрунту промисловими відходами у містах, важкі умови праці в промисловості – все це погіршувало санітарний стан населених пунктів та сприяло зростанню захворюваності, особливо епідемій і став фактором прискорення зростання смертності у промислових містах, особливо серед робітників та членів їхніх сімей.

Хоча рівень смертності в більшості країн Європи наприкінці XIX століття був нижчим, ніж у попередні періоди, він все ж таки залишався досить високим — близько 20-28 померлих на 1000 жителів. Показники

смертності у країнах стали швидко знижуватися лише на початку ХХ століття, а вже перед початком Другої світової війни - досяг відносно невисокого рівня.

У епоху Просвітництва, у XVII-XVIII столітті, у Європі Д. Локк і Ж.-Ж. Руссо запропонували нові підходи до вирішення проблем із здоров'ям. Д. Локк розробив систему виховання джентльмена зі здоровим духом у здоровому тілі. Методологія вченого ґрунтувалася на єдності фізичної, розумової та психічної складових здоров'я за допомогою фізичного виховання, формування сильного людського характеру та гнучкого розуму.

Ж.-Ж. Руссо розробив теорію природного виховання, яка у вигляді загартовування та обмеження у харчуванні зіграла прогресивну роль підтримці здоров'я покоління на той час. При цьому філософія того часу нарешті вивела людину у світ природи, надавши докази того, що розум у кращому випадку допомагає впливати на покращення здоров'я [100].

Ф. Аквінський, Н. Макіавеллі у своїх працях наполягали на збільшенні чисельності працездатного, здорового населення. Ф. Аквінський вважав, що суспільство ставатиме багатшим у міру збільшення працездатного населення [98]. У творі «Утопія» Т. Морр прямо звертає увагу на збільшення населення, виступає за максимальну кількість міст, розумних поселень, регулюванню шлюбів та числа сімей [98].

У період краху феодалізму та зародження капіталістичних відносин меркантилізм є одним із способів подальшого збільшення чисельності здорового населення. С. Булгаков наголошував, що розвиток багатосторонньої економіки залежить від зростання населення. З одного боку, приріст населення створює це зростання, з іншого боку, воно є результатом цього зростання [98]. Фізіократи пов'язують зростання населення з покращенням умов життя. На думку Ф. Кене, найкращий і єдиний спосіб збільшення населення - це розвиток продуктивної робочої сили [98].



В основі класичної англійської економічної теорії лежить уявлення про те, що праця є певна цінність, оскільки зростання капіталу відбувається разом із збільшенням попиту на працю, а також із відтворенням фізичних сил. А. Сміт говорив, що голод, убогість і смертність знищать весь робітничий клас, а потім і всі інші класи, доки населення не зможе більше намагатися жити на капітал і доходи, що залишилися від масового розкрадання [70].

Т. Мальтус у своїй праці «Досвід закону про народонаселення» розглядає суперечність між темпами зростання населення та зростанням засобів його існування [38]. Він зазначає, що превентивні бар'єри – це унікальна здатність людини передбачати та оцінювати довгострокові результати. З цією здатністю можна уникнути поширення. За його словами, існує низка перешкод, які завдають шкоди здоров'ю та скорочують природну тривалість життя людини, у тому числі: важка, непосильна чи шкідлива робота; крайня убогість; голод; нездорові умови життя у великих містах; велика кількість хвороб; війни та ін.

Висновки Т. Мальтуса можна резюмувати так [38]:

- населення неминуче обмежено засобами існування;
- там, де зростають засоби для існування, росте і населення;
- перешкоди, що зупиняють розвиток репродуктивних сил, повертають населення до рівня життя.

Для створення та закріплення позитивних тенденцій збільшення людського капіталу необхідно розглянути внесок усіх учасників цього багатоетапного процесу: держави, організацій та людей. Визначення проблем, позначених предметом цього дослідження, спрямоване спочатку на відтворення здоров'я як основного активу людського капіталу, а потім теоретичне осмислення процесів, що відбуваються в умовах конкурентного ринку медичної діяльності, розширення можливостей використання механізму конвергенції державної та приватної систем охорони здоров'я, а

також використання інституційних основ регулювання ринку медичних послуг

Тому огляд історичних та наукових джерел показує, що управління системою охорони здоров'я потребує системних змін та якісно нових підходів, пошуку альтернативних шляхів реформування організаційно-економічного механізму медичної галузі, розробки нових моделей взаємодії механізмів державного контролю над збереженням робочої сили. Ми також вважаємо, що нинішні механізми державного управління охороною здоров'я в нашій країні не відповідають його сучасним змінам.

## **1.2. Механізми публічного управління системою охорони здоров'я як об'єкт дослідження вітчизняної державно-управлінської науки**

Україна – незалежна держава, яка давно прагне збудувати соціально безпечне та політично стабільне суспільство. У реалізації цього завдання на перший план виходить організація упорядкованої системи охорони здоров'я як важливої частини розвитку соціальної сфери держави.

В даний час управління системою охорони здоров'я не адаптоване до сучасних соціально-економічних умов і тому має бути піддано всебічному вивченню вченими в галузі державного управління, зазначаючи, що їх нові концептуальні та практичні розробки повинні призвести до аналізу напряму трансформації механізмів державного управління медичною галуззю. Проте дослідження організаційно - правових засад державного управління охороною здоров'я ще недостатньо систематизовані [82].

Сучасні вчені наголошують на важливості наукових досліджень альтернативних та ефективних механізмів державного управління в різних сферах суспільного життя, особливо у сфері охорони здоров'я, у тому числі: М. Білинська [28], О. Баєва [4], З. Гладун [18], Д. Карамішев [40], В. Лазоришинець [55], В. Луговий [60], В. Лобас [59], З. Надюк [65], Н. Нижник [67-68], Пильтяй [73], М. Ткач [86] та інші.

Варто зазначити, що зміни в управлінні державними справами в цілому мали певний вплив на модель управління державним сектором, яка зазнала певної еволюції. Проте такі терміни, як: «публічне управління», «державне управління» та «механізм державного управління» ще недостатньо досліджені у вітчизняній економічній науці.

Термін «публічний» походить від латинського слова *public* - публічний, популярний. Ю Кобилянський інтерпретує слово *publicus* у своєму латинсько-українському словнику як «привселюдний, гласний, громадський, державний» [11]. Термін «публічний» у словнику іншомовних слів визначається як відкритий, гласний, суспільний [11]. Також Новий тлумачний словник української мови пропонує кілька значень слова «публічний», а саме [11]:

- те, що відбувається в присутності людей (гласне, громадське, публічне, відкрите);
- призначене для загального відвідування, використання (публічні, загальнодоступні, суспільні);
- призначене для широкого кола суспільних питань.

В. Даль вивів значення терміна «публічний» із власне значення терміна «публіка» (від лат. *publica* — суспільство, громадянство, спільнота) і трактував його таким чином: відомий, популярний, загальний, організований для широкої публіки, такий, що всім належить.

О. Кілієвич перекладає англійське слово *public* українською мовою як «колективний, спільний, громадський, державний» [43].

У словниках та енциклопедіях термін «громадськість» вживається у контексті з такими поняттями, як: «державна влада» (суспільно-політична влада), «громадське право» (сукупність правових норм різних галузей права, що регулюють суспільні відносини у сфері державної влади) та ін.

Щодо Конституції України, згідно зі статтею 5, сказано, що «народ здійснює владу безпосередньо і через органи державної влади та органи місцевого самоврядування» [49]. Тому коли ми говоримо про державну

владу, ми маємо на увазі владу, засновану на людях. Коли ми говоримо про державне управління, ми маємо на увазі уряд, у роботі якого беруть участь люди.

На наш погляд, термін «публічний» йде глибше за термін «державний» і включає такі визначення, як: «громадський, національний, комунальний, відкритий». Тому коли ми вживаємо термін «публічний» у сфері державного управління, ми маємо на увазі те, що належить адміністративному апарату, діяльності органів влади, органів місцевого самоврядування, тобто щось громадське, те, що належить народу в цілому.

Тобто публічне управління є складовою публічного адміністрування (управління), метою якого є розвиток держави на основі демократичних принципів із використанням ефективних сучасних методів та технологій управління, спрямованих на забезпечення громадянам рівня життя світового рівня. Публічне управління означає розробку та реалізацію публічної політики, як зазначено в енциклопедії державного управління [49].

Управління існує у всіх сферах людського життя, у всі періоди людського розвитку та у всіх суспільствах. Термін «управління» визначається більшістю вчених як дію, спрямовану на конкретний (об'єктний) процес з метою забезпечення його бажаної зміни. Явище, іменоване управлінням, притаманно різним системам – технічним, біологічним, соціальним тощо. На нашу думку, поняття «управління» ширше і тому включає (об'єднує) такі процеси, як: адміністрування, управління, володіння та організацію.

Поняття «управління» широко досліджували у своїх роботах Г. Атаманчук [2-3], В. Бакуменко [7-9], М. Нижник [68], І. Черленяк [95] та інші вчені державного управління.

Поняття «управління» у сучасному енциклопедичному посібнику з управління представлене як функція організованих систем, які, своєю чергою, забезпечують реалізацію мети, підтримку діяльності, розвиток структурних елементів та його стійкість. Головною особливістю суспільства

є соціальне управління, яке пов'язане з його системними потребами у спілкуванні на роботі та в побуті, з поділом праці, поділом результатів індивідуальної діяльності тощо [80]. На наш погляд, така інтерпретація призводить до аналізу ефективності управління змінами, вивчення та вдосконалення етапів цього процесу, його деталізації та визначення основних факторів, що провокують впровадження змін.

Ми вважаємо, що позиція Г. Атаманчука доречніша, оскільки він стверджує, що управління «починається тоді, коли всі відносини, події, процеси мають свідомий початок, інтерес і знання, розмах, зусилля та дію, які підпорядковані людині» [2].

Без необхідних показників діяльності існування системи управління практично неможливо. Потреба в управлінні виникає скрізь, де є потреба у розподілі та координації діяльності певної кількості людей. І визначення слова «управління», представлене у Великому тлумачному словнику сучасної української мови ілюструє це - «скеровувати діяльність, роботу людини чи чого завгодно; наштовхнути хід, тривалість процесу, впливати на розвиток, статус чогось» [13].

Наступною точкою зору є думка В. Бакуменка, який вважає, що «управління - це діяльність, яка скерована на визначений процес (об'єкт), щоб довести його необхідність (зміни), і притаманна всім системам як універсальне явище матеріального світу: технічним, природним та соціальним» [7]. Ми виходимо з того, що управління є свідомим актом зміни стану даного об'єкта управління взагалі або його поведінки зокрема.

Також ми поділяємо думку відомих вчених у галузі державного управління М. Нижник та І. Черленяк про те, що в активному вимірі – управління – здатність впливати на що-небудь або когось за допомогою систем та важелів, насамперед усе на договірній основі [39]. Враховуючи, що державне управління є складним і багатогранним процесом, більшість учених вказують на відсутність стійкої, комплексної та загальновизнаної форми державного управління.

Поняття «державне управління» докладно розглядається в роботах А. Мельника, який зазначає, що поняття «державне управління» [47] спрямоване на реалізацію суспільних інтересів і включає такі компоненти, як: публічне управління та суспільне управління. Він пояснює цю думку тим, що, по-перше, державна влада є основою суспільної влади, на якій вона ґрунтується і за допомогою якої державні органи здійснюють свої специфічні функції, а по-друге, що державне управління та відносини з громадськістю взаємопов'язані на основі єдності суспільних інтересів та узгодженості управлінського впливу пов'язані з підвищенням їх ефективності при прийнятті рішень.

На наш погляд, публічне управління відіграє важливу роль у державному управлінні, оскільки воно не лише займається всіма державно-управлінськими сферами суспільного життя, але, в той же час, в умовах демократичних змін, зростає роль громадських структур у контролі не лише громадськості, але й самої діяльності представників державної влади.

Відповідно до О. Оболенського [47], під публічним управлінням розуміється процес управління, заснований на волевиявленні спільноти (колективу людей) і здійснюваний суб'єктами, що визначаються громадою для виконання своїх потреб та цілей як об'єкта управління. На нашу думку, публічне управління є процесом, здійснюваний у вигляді передачі влади суспільству. Як приклад - децентралізація і чим більше процес управління стає децентралізованим, тим більше є відкритим. За наявності ознак публічності, державне управління перетворюється на відкрите через впровадження характеристик саме публічного адміністрування.

Не можна залишити поза увагою думку О. Базарної, з якою ми певною мірою згодні, у тому, що управління пов'язане з ефективним функціонуванням всієї системи політичних інститутів. Публічне управління - це діяльність, що забезпечує ефективне функціонування органів місцевого самоврядування та всієї системи органів державної влади, і передбачає

широку участь різних зацікавлених сторін у реалізації та розвитку державної політики у країні [6].

В. Авер'янов розглядає публічне управління виключно як систему примусу та підпорядкування та визначає, що публічне управління являє собою організаційну силу пристроїв, що управляють, організовують, координують та спрямовують спільну діяльність людей з метою досягнення загальних (громадських) цілей [47].

Систематизацію сучасних визначень терміна «публічне управління» представляємо у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

## Визначення терміна «публічне управління»

Автор	Визначення
Н. Аврамчикова	Передбачає процес, у якому наявний суб'єкт, який володіє публічною владою та впливає на об'єкт з ціллю реалізації громадських інтересів.
А. Мельник та О. Оболенський	Містить дві складові: державне управління (суб'єктом є органи державної влади); громадське управління (суб'єктом є громадські інституції).
О. Оболенський	Реалізація комплексу обґрунтувань (тобто планування та диференціація з конкретними цінностями та з урахуванням стану навколишнього середовища), що ґрунтується на результативності та колективному управлінні особами на основі плану управління та інформації про поведінку та стан об'єкта управління з метою підтримки, вдосконалення та впливу на розвиток об'єкта управління для досягнення заздалегідь заданого набору завдань.
Н. Обушна	Це складна і багатогранна сутність, яка базується на концепції, що випливає з тісного зв'язку між політикою і законом, урядом і владою.

Примітка. Сформовано автором за джерелом [63].

На думку Л. Новак-Каляєвої, «публічне управління» - це діяльність органів державного управління, органів місцевого самоврядування, представників приватного сектору та організацій громадянського суспільства, до компетенції та функціональних обов'язків яких входять: адміністрування, контроль, планування, координація, організація

формування та реалізація державно-управлінських рішень, що мають суспільне значення, через політичні та соціальні інститути. Зважаючи на те, що публічне управління має високий рівень суспільної підтримки та солідарності громади навколо спільних цілей, це може призвести до значного підвищення ефективності управлінської діяльності, реалізації демократичних цінностей і принципів верховенства права, поваги до гідності людини, рівності її прав тощо [102].

Отже, публічне управління - сукупність свідомих дій, що забезпечують злагодженість і координацію спільної роботи з виконання важливих громадських завдань.

У зв'язку з цим слід наголосити, що поняття «публічне управління» носить складний характер. Легше описати систему, ніж чітко визначити цю категорію. Ключовим елементом процесу «публічного управління» є механізм державного управління. Термін «механізм державного управління» широко використовується в науковій літературі, проте його зміст та структура трактуються різними вченими та практиками по-різному.

О. Базарна зазначає, що «механізм державного управління» можна розглядати як сукупність зацікавлених сторін та об'єктів взаємодії публічного управління, які підтримують один одного для задоволення потреб споживачів та надають якісні послуги за рахунок використання організаційних, економічних, правових, інформаційних методів, заходів, інструментів, важелів та стимулів впливу [5]. Певною мірою ми згодні з вченим, але хотіли б зазначити, що в механізмах публічного управління є специфічний зміст, який визначається ходом та результатами дій суб'єкта управління.

Ми також поділяємо думку О. Оболенського, який характеризує сучасний механізм держави як систему органів державної влади та місцевого самоврядування, пов'язану з певними єдиними врегульованими законами принципами, що забезпечують або гарантують виконання зазначених цілей та функції уряду [53].



Такої ж думки дотримується і В. Авер'янов, який визначає механізм публічного управління як систему органів виконавчої влади та сукупність правових норм, що регулюють організаційну структуру виконавчої системи влади, процеси її функціонування та розвитку [10].

Поняття «механізми публічного управління» докладно досліджував у своїх роботах С. Чернов, наголошуючи, що складний механізм публічного управління включає такі види механізмів, як [96]:

- економічні (механізм державного управління через банківські, грошово-кредитні, інвестиційні, інноваційні, кредитні, податкові, страхові інструменти);
- мотивуючі (сукупність адміністративно-управлінських, економічних та соціальних стимулів, що стимулюють органи державної влади працювати більш ефективно);
- організаційні (об'єкти, цілі, завдання, функції, методи управління та організаційні структури та їх ефективність);
- політичні (механізми формування соціальної, економічної, фінансової, виробничої політики та ін.);
- юридичні (правове та нормативно-правове забезпечення: закони, постанови Верховної Ради України, укази Президента України, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, а також методичні рекомендації, інструкції та ін.).

Ми згодні з І. Ісаєнком [37] у тому, що механізм публічного управління є демократичною структурою державно-управлінського впливу на суспільні процеси, що забезпечує ефективне функціонування системи органів державної влади, регіональних та місцевих органів влади, громадських (недержавних) організацій та органів державної влади, приватний сектор гарантує окремим особам та іншим членам громадянського суспільства, які здійснюють державну політику у різних сферах суспільного життя.

Підсумовуючи, зазначимо, що механізм публічного управління є складною системою, спрямованою на реалізацію практики державного

управління та досягнення поставлених перед нею цілей, і тягне за собою специфічну структуру, методи, важелі та інструменти впливу на об'єкт управління відповідними правовими нормами та інформаційною підтримкою.

У зв'язку з цим заслуговує на увагу термін «здоров'я». Сучасні дослідження категорії здоров'я містять різні пояснення. Деякі із науковців визначають здоров'я як особистий актив людини, який виявляється в тому, що вона ним володіє, а воно їй належить. Людина отримує здоров'я при народженні: повноцінне, або з недоліками [98].

Здоров'я, на нашу думку, - це природний стан організму, що характеризується оптимальною саморегуляцією, повною адаптацією до функціонування всіх органів та систем, балансом між організмом та зовнішнім середовищем за відсутності збудників. Ми вважаємо, що головною особливістю здоров'я є пристосування організму до впливу різних факторів довкілля. Завдяки цьому здоровий організм здатний витримувати значні фізичні та психічні навантаження, він не тільки переносить важкі фактори зовнішнього середовища, а й повноцінно у них функціонує. Тому здоров'я слід розглядати як здатність організму активно та повноцінно пристосовуватися до змін навколишнього середовища. Інакше кажучи, здоров'я — це здатність організму до «балансування» у навколишньому середовищі.

Цікавою є думка В. Гройсмана та Г. Котельникова, які вважають, що репродуктивне здоров'я відображає процес народження здорового покоління, заснований на повному наборі генів та спадкових факторів. Здоров'я - це не просто біологічна проблема.. На наш погляд, здоров'я безпосередньо пов'язане з рівнем, характером та якістю існування кожної людини та населення в цілому по країні, оскільки є ресурсом як для кожної людини, так і для населення в цілому [98].

Характеризуючи концепцію медичних досліджень як методологічну основу практики оздоровлення організму людини, О. Міхеєнко робить

висновок: «Здоров'я – це динамічний стан діяльності людини, який визначається здатністю організму до самовідновлення, саморегуляції та самовдосконалення та поліпшення соматичного та психічного станів при найкориснішій і гармонійній взаємодії всіх клітин, систем та органів людського організму» [98]. У результаті можна сказати, що здоров'я є основним показником тривалості життя людського організму, наявність його фізичних та розумових здібностей, що забезпечують відтворення здорового потомства.

Державне управління охороною здоров'я є відносно новою галуззю знань, хоча економічний аспект розвитку медицини вже давно привертає увагу вчених. Як частина соціальної сфери, що впливає на формування та ефективне використання людського капіталу, медицина може бути передумовою економічного зростання, що є фактором забезпечення конкурентоспроможності національної економіки на світовому ринку [33].

Система охорони здоров'я по-різному визначається дослідженнями, та її поняття недостатньо докладно і дуже коректно розглядається в управлінській науці. За словами К. Ващенка «Державне управління системою охорони здоров'я — це цілеспрямована, узгоджена та мотивуюча робота щодо організації діяльності органів охорони здоров'я державних установ» [34].

В. Москаленко зазначає, що система охорони здоров'я є комплексом усіх установ, організацій та ресурсів, основною метою яких є зміцнення або відновлення здоров'я [34]. Ми, певною мірою, згодні з дослідником і вважаємо, що головна мета системи охорони здоров'я людей - захист здоров'я людей що належать до різних соціальних груп, для підтримки рівня їхньої оптимальної працездатності та соціальної активності та збільшення тривалості життя, а також покращення його якості.

Так Я. Радиш розглядає систему охорони здоров'я як відкриту, динамічну, складну соціально-економічну систему, що складається з низки різних державних та недержавних організацій, що працюють на основі

міжгалузевих відносин, спрямованих на охорону, зміцнення та відновлення здоров'я населення [34].

З. Гладун вважає, що під системою охорони здоров'я слід розуміти всі її елементи, включаючи міжсистемні зв'язки, допоміжні елементи забезпечення – результати діяльності хіміко-фармацевтичних підприємств, мікробіологічних та медичних виробництв тощо [34].

Ми вважаємо, що управління здоров'ям є складним процесом, що виконує багаторівневу систему функцій, що поєднує ряд важливих і взаємопов'язаних елементів (рис. 1.1).

На наш погляд, однією з найважливіших передумов розвитку системи охорони здоров'я є вирішення проблем, пов'язаних з ефективним управлінням медичною галуззю, зокрема розробка та обґрунтування наукових методів удосконалення механізмів державного управління фінансуванням закладів охорони здоров'я.

Механізм державного регулювання системи охорони здоров'я слід розглядати як сукупність цілей, принципів, адміністративних, економічних, правових та соціальних стимулів, що надаються державою за допомогою конкретних інструментів, що забезпечують ефективний та динамічний розвиток галузі охорони здоров'я. Зважаючи на різні погляди вчених, ми дійшли висновку, що наукова спільнота пропонує використовувати різні механізми державного управління у сфері охорони здоров'я, що відрізняються такими характеристиками: формою, методом, об'єктом впливу тощо.



Рис.1.1. Елементи системи охорони здоров'я

Примітка. Складено автором.

Тому розвиток охорони здоров'я є одним із основних напрямів роботи держави, водночас політика у галузі охорони здоров'я має забезпечувати ефективне функціонування сфери охорони здоров'я, яка сьогодні працює недостатньо ефективно і не вирішує повною мірою всі проблеми охорони здоров'я народу. На даному етапі розвитку системи охорони здоров'я України більшість проблем виникає через відсутність ефективного механізму реалізації регуляторних інструментів та методів, які б сприяли належному функціонуванню системи охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

### СУЧАСНИЙ СТАН РЕФОРМУВАННЯ ТА МОДЕРНІЗАЦІЇ МОДЕЛІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 2.1. Закордонний досвід формування моделей публічного управління системою охорони здоров'я

Світова практика надання медичних послуг показує, що реалізація гуманітарної, людино центричної парадигми глобального економічного розвитку та соціального прогресу, передумовами якої є якість людського потенціалу, має сприяти реалізації фундаментального права людини на життя і здоров'я, і цим забезпечення довголіття населення [74].

Міжнародні організації, такі як ООН, Європейський Союз, Світовий банк, Європейський банк реконструкції та розвитку, Всесвітня організація охорони здоров'я останнім часом приділяють велику увагу показникам ефективності формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, стежачи за якими оцінюють рівень розвитку різних країн світу загалом.

Підхід міжнародних експертів до вивчення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я ґрунтується на аналізі та порівнянні ефективності функціонування трьох гілок - політичної (рівень демократичності в них); економічної (ВВП на душу населення); медичної, що відповідає політичній та економічній ситуації в країні [29].

Аналіз наукових джерел показав, що деякі питання вивчення зарубіжного досвіду інших країн щодо функціонування механізмів управління системою охорони здоров'я актуалізуються на роботах багатьох учених. Однак, незважаючи на наукову та практичну цінність опублікованих праць, основні проблеми, пов'язані з вибором критеріїв оцінки рівня розвитку охорони здоров'я зарубіжних країн, досі залишаються невирішеними [94].

Загалом формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я відбувається відповідно до стратегічних напрямів Всесвітньої організації охорони здоров'я, основні з яких були проведені на 17-й (1963 р., Нью-Йорк) та 35-й (1983 р.) сесіях.

Невід'ємною частиною ефективного розвитку держави є підтримка соціальної сфери та формування ефективної системи охорони здоров'я у країні. На основі аналізу можна визначити трійку лідерів за основними показниками здоров'я (тривалість життя, смертність дитини та ін), що включає Японію, Німеччину та США [24]. Нижче ми пропонуємо детальніший огляд того, як працюють механізми управління системою охорони здоров'я в кожній з цих країн.

У Японії існує чотири рівні управління охороною здоров'я: уряд, префектури, медичні центри та місцеві (міські та сільські) органи влади. Їхню діяльність координує Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення. У структурі органів місцевого самоврядування створюються управління охорони здоров'я, які відповідають за управління місцевими програмами розвитку здоров'я. Медичні центри (кожен з яких обслуговує близько 100 000 жителів) створені у префектурах та великих муніципалітетах та фінансуються як національними, так і місцевими органами влади.

Для Японії характерна «сильна» система державного регулювання охорони здоров'я та медичного страхування, при цьому громадськість упевнена у належному контролі цих питань з боку держави. Згідно з опитуванням Health and Global Policy Institute, понад 60% респондентів задоволені поточним станом японської системи охорони здоров'я.

Важливі установи, пов'язані з японською системою охорони здоров'я.

Японія - капіталістична країна, тому медицина там недешева. Близько 90% видатків громадян покриває державне медичне страхування. Насправді у Японії є дві основні системи, які надають медичні послуги переважній більшості населення. По-перше, це Національна система медичного страхування, яка переважно охоплює малих власників та їхні сім'ї, інвалідів

та інші соціально вразливі групи. По-друге, система страхування робітників, найбільша у Японії. У цій системі діють різні програми, частина з яких належить державі, яка сама є «страховиком» здоров'я населення. На відміну від програм схеми страхування працівників, страховиком у програмах Національної схеми медичного страхування є сама компанія, створена адміністрацією та працівниками однієї чи кількох компаній і тієї ж галузі.

Обмежень на вибір лікаря та виду лікарняного страхування немає. Більшість медичних послуг передбачено пайову участь пацієнтів у межах від 10 до 30% [61].

Сьогодні в Японії запроваджено заборону на отримання прибутку страховими компаніями за медичні послуги та обмеження на виплати лікарям, які припускаються серйозних помилок у догляді за хворими. Це саме те, чого не вистачає українській охороні здоров'я, де медичне страхування - це відверта «підгодівля» для кмітливих, спритних бізнесменів, які посіли цю прибуткову нішу [20].

У Японії, як і у багатьох європейських країнах, амбулаторну допомогу надають терапевти та лікарі загальної практики. В результаті лікарі великих поліклінік та районних лікарень можуть значно розвантажитись. За останні роки в країні створено три громадські організації сімейних лікарів. Це Японська академія сімейної медицини, яка об'єднує близько 2100 членів, Японське товариство загальної медицини – 4600 членів, Японське товариство первинної медико-санітарної допомоги – 1000 членів. Надалі керівники цих організацій обговорюють питання про їхнє майбутнє об'єднання в єдину структуру - Федерацію товариств первинної медичної допомоги [61].

Незважаючи на це, можна сказати, що Японії необхідне подальше вдосконалення механізмів управління системою охорони здоров'я, особливо щодо заохочення населення до здорового способу життя. Для вирішення цієї проблеми уряд Японії ухвалив Національну програму «Здорові люди – 21». Ця програма сприяє активній участі населення у збереженні власного



здоров'я. Його основна ідея – активна співпраця держави та суспільства у сфері охорони здоров'я [51].

Приватна форма фінансування охорони здоров'я є типовою для Сполучених Штатів Америки, де медичні послуги в основному оплачуються державою. Близько 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній і витрачають на послуги понад 10% сімейного доходу. Найчастіше розмір медичної допомоги залежить від розміру внеску. Більшість американців застраховані через свого роботодавця чи через такі організації, як професійні асоціації та асоціації малого бізнесу. Ця система існує вже кілька десятків років. У штатах його підтримують такі організації, як Blue Cross і Blue Shield, які мають страхувати всіх, хто того забажає [16].

США витрачають 16,4% ВВП на охорону здоров'я. Це чи не найбільший показник у світі. Однак, слід враховувати, що великий обсяг фінансування не завжди гарантує рівний і адекватний доступ до медичної допомоги для всіх громадян.

Загалом у 2018 році понад 15% американців не мали страховки. Причиною цього були високі витрати на страховку, втрата роботи чи неможливість отримати страхову субсидію. При цьому громадяни без страховки можуть користуватися послугами некомерційних медичних центрів та невідкладних стаціонарів у лікарнях. Проте часто пацієнти виходять звідти без належної допомоги. Такі установи можуть лише оцінити та стабілізувати загальний стан хворого, але не лікувати людину. Також страховка не означає надання необмеженої кількості необхідних ліків.

Більшість американців беруть участь у певних страхових програмах та отримують так звану «керовану медичну допомогу». Через мережу посередників їх направляють до лікарів у поліклініки, аптеки, лабораторії, рентген кабінети та інші установи. Деякі страхові програми не покривають лікування хронічних захворювань.

Третина американців отримують медичну допомогу за програмами страхування Medicare та Medicaid, які фінансуються платниками податків.

Medicare — це національна програма страхування для людей віком понад 65 років і деяких людей, які живуть «за межею бідності». У 2017 році Medicare надала послуги та ліки на суму близько 514 мільярдів доларів.

Medicaid - це спільна федеральна програма та програма урядів. 23% американців використовують цю програму. Робота програми також спрямована на страхування певних груп людей. Покриття Medicaid трохи ширше ніж Medicare, але воно не відповідає всім потребам. Кожен штат вирішує, хто підпадає під цю програму [89].

У Сполучених Штатах первинна допомога зазвичай надається лікарями первинної медико-санітарної допомоги, які працюють поодиноці або у складі групи. Лікарі загальної практики складають третину від загальної кількості лікарів у країні. Більшість лікарів загальної практики працюють у невеликих клініках, де працює менше ніж 5 співробітників. Пацієнти можуть обрати лікаря з електронної мережі зареєстрованих постачальників послуг [41].

У той же час ми виявили, що американцям загалом не подобається нинішній стан розвитку їхньої медицини. Згідно з опитуванням, проведеним у 2017 році Фондом Співдружності, 82% громадян США вважають, що чинна система механізмів управління охороною здоров'я потребує або корінної реформи, або реструктуризації [52].

Розглядаючи організацію охорони здоров'я у Сполучених Штатах Америки, слід зазначити, що основним недоліком їхньої системи державних механізмів управління є висока вартість медичного обслуговування. Витрати на душу населення Сполучених Штатах становлять 7 290 доларів на рік, що більш ніж удвічі перевищує середній показник у розвинутих країнах. Таким чином, досвід Сполучених Штатів Америки показує, що недоцільно приймати приватне медичне страхування як основне джерело фінансування через можливість серйозних фінансових невідповідностей у охороні здоров'я [25].

Система механізмів публічного управління охороною здоров'я в Німеччині заснована на добре структурованому медичному страхуванні, яке

складається з обов'язкового медичного страхування та приватного медичного страхування. Близько 89% населення має державну страховку; приватне страхування – 9% німців; 2% населення отримують медичну допомогу у межах спеціальних державних програм (військові, поліцейські). Фактична частка обов'язкового медичного страхування у загальних витратах на охорону здоров'я становить понад 60%. Крім того, є кошти від інших ланок системи державного страхування (від установ пенсійного страхування, страхування від нещасних випадків на виробництві). Крім того, гроші надходять із державної скарбниці. Внески на обов'язкове медичне страхування збираються лікарняними страховими компаніями (незалежними органами самоврядування). Державна установа контролює та керує його діяльністю [72].

На федеральному рівні охорона здоров'я знаходиться у віданні Федерального Міністерства охорони здоров'я та соціального забезпечення, яке також має загальну політику національного медичного страхування (насамперед з питань справедливості, повноти, процесу надання та фінансування соціальних медичних послуг). Державно-правове регулювання всієї німецької системи соціального забезпечення відповідно до законодавства в основному ґрунтується на Соціальному кодексі, п'ята книга якого безпосередньо стосується обов'язкового медичного страхування.

Відповідно до федерального законодавства, відповідальність за планування роботи органів управління системи охорони здоров'я лежить на федеральних землях (всього 16 федеральних земель). Кожна земля повинна забезпечити стабільне фінансування лікарень для суспільних потреб охорони здоров'я. Тому країна розробляє своє законодавство в галузі охорони здоров'я з урахуванням специфіки регіону, його соціально-економічного розвитку тощо, що призводить до суттєвих відмінностей у характері, обмеженнях та методах планування медичних програм у регіонах [21].

Медичне страхування в основному (57%) фінансується за рахунок обов'язкових внесків на медичне страхування (цей вид страхування покриває

близько 90% населення, решта населення або застрахована приватно, або охоплена іншими спеціальними державними програмами медичного страхування, наприклад військовослужбовці, співробітники поліції, одержувачі соціальної допомоги та ін.). Близько 10,5% внесків надходять з інших компонентів системи державного страхування (пенсійне страхування, страхування від нещасних випадків з виробництва); інші кошти надходять від приватних страховиків - Private Krankenversicherung (8,4%) та прямих виплат (12,2%).

Таким чином, основним джерелом фінансування охорони здоров'я у Німеччині є самоврядні регіональні та федеральні лікарняні фонди (gesetzliche Krankenkassen), які збирають внески та фінансують охорону здоров'я на рівні державної системи соціального забезпечення. Усі лікарні є некомерційними організаціями, які зобов'язані сплачувати членські внески та мають право встановлювати розмір внесків, необхідних для покриття витрат.

До переваг німецької системи охорони здоров'я можна віднести високу якість обслуговування, сучасне медичне обладнання в установах профілактичної допомоги, високу кваліфікацію медичного персоналу та насамперед доступність медичної допомоги для всіх. Система медичного страхування надає населенню широкий спектр безкоштовних послуг, у тому числі амбулаторне та стаціонарне лікування, постачання рецептурних препаратів, постачання медичної техніки, відшкодування витрат на проїзд до лікувального закладу та ін. [21].

Канада є федерацією з двома конституційно визнаними рівнями правління. Перший рівень — центральний або «федеральний», уряд, який відповідає за охорону здоров'я, виробництво фармацевтичних препаратів, фінансування та управління медичними послугами для певної категорії населення. Другий, але конституційно рівний, рівень управління складається з десяти органів місцевого самоврядування, які, в першу чергу, відповідають за широкий спектр програм соціального медичного обслуговування, включаючи велику частину фінансованих і регульованих державою.

Близько 70% загальних витрат на охорону здоров'я посідають сукупні податки федерального, провінційного та територіального урядів. Більшість державних доходів використовується для забезпечення загального безкоштовного медичного обслуговування та субсидування витрат на амбулаторне лікування. Експерти зазначають, що в Канаді, як і в інших країнах світу, витрати на охорону здоров'я продовжують зростати швидше за економічний рівень.

Роль федерального уряду в галузі охорони здоров'я полягає у встановленні та нагляді за національними стандартами охорони здоров'я відповідно до Закону про охорону здоров'я Канади, фінансування провінційних служб охорони здоров'я за рахунок грошових переказів та виконання тих функцій, за які вона несе конституційну відповідальність. Однією з цих функцій є надання медичних послуг конкретним групам населення, включаючи ветеранів, військовослужбовців, ув'язнених у федеральних в'язницях та в'язницях Королівської канадської гірської поліції. Іншими завданнями федерального уряду, пов'язаними зі здоров'ям, є: охорона та зміцнення здоров'я, профілактика захворювань та багато іншого [30].

Система охорони здоров'я коштує платникам податків 9,5% ВВП. Крім того, кожен мешканець витрачає близько 3300 доларів на медичні послуги та товари.

70% витрат на охорону здоров'я покриваються за рахунок федеральних, провінційних та територіальних податків. Щороку місцеві органи охорони здоров'я одержують транш із загального фонду, який покриває чверть їх видатків. У деяких провінціях стягуються податки із продажу таких товарів, як алкоголь чи лотерейні квитки.

Більшість витрат на охорону здоров'я покривається згідно планів, як і гранти на ліки, стаціонарне лікування та догляд на дому. Інші витрати на охорону здоров'я оплачуються безпосередньо канадцами. Canadian Medicare не покриває жодних витрат, пов'язаних із придбанням ліків, корекцією зору чи стоматологічними послугами. Тому працівникам доводиться або платити

за це самим, або оформлювати додаткову страховку, яку іноді оплачує їх роботодавець [91].

Система охорони здоров'я у Канаді значною мірою залежить від лікарів загальної практики, які становлять приблизно 51% усіх лікарів у Канаді. Вони є своєрідною «ланкою» між пацієнтом та системою механізмів управління охороною здоров'я, що контролюють доступ до більшості лікарів-фахівців, стаціонарної допомоги, діагностичних оглядів та рецептурних препаратів. Таких сімейних лікарів-терапевтів можна змінювати скільки завгодно разів за порадою знайомих і навіть через перепади настрою. Більшість лікарів мають свою приватну практику та користуються високим ступенем незалежності. Багато лікарів працюють у лікарнях чи місцевих медичних центрах (у Квебеку є амбулаторії). Держава оплачує послуги приватних лікарів відповідно до наданої допомоги. Оплата здійснюється безпосередньо з бюджету провінції, чи території.

Непрактикуючі лікарі отримують або фіксовану заробітну плату, або винагороду, залежно від рівня медичної допомоги, яку вони надають.

Коли канадцям потрібна медична допомога, вони звертаються до терапевта або в клініку на свій вибір і пред'являють карту медичного страхування, видану всім законним громадянам та жителям країни. Канадці не платять за медичне обслуговування безпосередньо, і їм не потрібно заповнювати різні форми для отримання допомоги, яка покривається страховим полісом. Грошові обмеження або доплати за такі послуги відсутні [36].

Міцна та ефективна первинна ланка медичної допомоги, вільний вибір лікаря, гарантований пакет медичних послуг, на рівні сімейної медицини, як ми бачимо, є світовим стандартом якісної та доступної допомоги в цивілізованих країнах, відображення яких можна спостерігати і в Україні сьогодні.

Проаналізувавши державні, правові та організаційні механізми забезпечення публічного управління системою охорони здоров'я в Японії,

США, Канаді, Німеччині та інших країнах, можна зробити висновок, що безкоштовне надання всіх видів і рівнів медичної допомоги громадянам - взагалі недосяжна мрія. Тому що навіть високорозвинені країни не можуть дозволити собі розкіш повністю безкоштовних медичних послуг.

Досвід цих країн слід вважати актуальним з погляду формування стратегії розвитку медичного страхування в Україні: визначення місії, цілей довгострокового розвитку та вдосконалення інституційно-організаційного середовища України у рамках міжнародного співробітництва. Досвід функціонування систем охорони здоров'я європейських країн також є дуже корисним для України і може бути застосований після відповідної адаптації до українських реалій. Для цього необхідне стратегічне планування розвитку механізмів публічного управління системою охорони здоров'я України, зокрема сімейної медицини, з урахуванням міжнародного досвіду та аналізу результатів їх впровадження у пілотних проєктах на конкретних територіях.

## **2.2. Закономірності та принципи реформування публічного управління системою охорони здоров'я в Україні у контексті європейського виміру**

Наразі переважна більшість громадян України залишаються незадоволеними організацією та станом охорони здоров'я в країні: уряд, Верховна Рада України, медперсонал та чинна українська система охорони здоров'я загалом не в змозі це зробити повною мірою задовольнити потреби населення у медичній допомозі, забезпечити її доступність та якість, необхідний рівень профілактики захворювань, знизити смертність та збільшити тривалість життя населення.

Сьогодні як ніколи очевидна необхідність медичної реформи, яка не лише назріла, а й у певному сенсі перезріла. Реалізація прав людини на якісні медичні послуги має визначити напрямок державної політики в Україні щодо реформування чинної системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі управління механізмами її публічного адміністрування.

Це завдання полегшує аналіз досвіду організації медичної галузі у європейських країнах, системи охорони здоров'я яких визнані успішними.

Водночас зазначимо, що руйнація системи охорони здоров'я, побудованої на основі реалізації моделі Семашка (бюджетне забезпечення медичною інфраструктурою) в Україні, дає нашій країні унікальну можливість створити на її основі нову модель для сучасних досягнень медичної допомоги у світі та враховувати позитивний досвід їх надання [52].

Уряди багатьох країн європейського регіону, що входять до Всесвітньої організації охорони здоров'я, постійно аналізують свої системи охорони здоров'я та оцінюють адекватність підходів, що ними використовуються, до фінансування процесів організації та надання медичної допомоги. На наш погляд, модернізація системи охорони здоров'я має відбуватися у нормативно-правовому, економічному та організаційному аспектах. Адже ефективність заходів щодо перетворення системи охорони здоров'я оцінюється не лише показниками короткострокової економії коштів державного бюджету на розвиток медичної галузі, а й показниками можливості покращення здоров'я всього населення у довгостроковій перспективі. Ці нормативні показники однаково важливі для реформування системи охорони здоров'я в Україні та за кордоном.

Трансформаційні процеси у національних системах охорони здоров'я європейських країн більшою мірою стосуються організаційно-нормативних та економічних аспектів діяльності медичних установ. Переоцінка існуючих механізмів публічного управління системою охорони здоров'я має в основному стосуватися питань фінансування, економічного регулювання та нормативно-правового забезпечення лікувальних процесів та контролю за належною якістю медичних послуг. Все це робиться на користь підвищення ефективності та дієвості боротьби за охорону здоров'я за дотримання етичних імперативів розвитку медицини в цілому. Різні країни роблять це по-різному з огляду на свої демографічні, соціально-економічні, національні, медико-організаційні, територіальні та інші особливості розвитку.



Вивчення основних аспектів європейського виміру реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я дозволяє не лише проаналізувати окремі сучасні моделі медичних систем, а й обґрунтувати їхню ефективність та актуальність для впровадження в українську національну систему охорони здоров'я [15].

Політика Всесвітньої організації охорони здоров'я «Здоров'я-2020: основи європейської політики та стратегії на XXI століття» [50] визначає основні цілі системи охорони здоров'я, зокрема: покращення здоров'я всього населення; задоволення індивідуальних медичних потреб людей; забезпечення доцільності розподілу фінансових ресурсів та ін. Необхідною умовою досягнення вищевказаних цілей є створення та успішне функціонування нормативно-правової бази, що включає основи регулювання всіх ресурсів медичної галузі (фінансових, людських, матеріально-технічні та ін.) [87].

Міжнародний досвід показує, що реформування системи охорони здоров'я – процес непростий, по-перше, тому, що він зачіпає всіх громадян, а по-друге, тому, що в його реалізації задіяно безліч установ, інтереси яких найчастіше суперечливі та конфронтаційні. Реформа охорони здоров'я України потребує аналізу існуючої медичної системи в країні та формування чіткого бачення її нової концепції з урахуванням реальної економічної, культурної та політичної специфіки.

Також необхідно враховувати світовий досвід, особливо досвід країн, досягнення яких визнані світовою спільнотою найуспішнішими (США, Франція, Італія, Німеччина, Фінляндія, Австрія та ін.) [58].

Як ми довели у попередніх дослідженнях, найперспективнішим напрямом розвитку систем охорони здоров'я європейських країн є формування своєї «реактивності», гнучкості в організації роботи медичних установ, що дає змогу мінімізувати внутрішні соціально-демографічні загрози (пов'язані зі старінням населення, скороченням тривалості життя людей та ін.) та зовнішні ризики для здоров'я населення,

спричинені збільшенням інтенсивності міграційних потоків, поширенням рідкісних «екзотичних» захворювань, епідемії та пандемії.

Крім того, ми усвідомлюємо, що якщо система охорони здоров'я не має високого рівня адаптивності до соціального середовища, що постійно змінюється, постійно перебуває під впливом внутрішніх і зовнішніх загроз, то вона стає найслабшою ланкою національної безпеки країни. Справа полягає у задоволенні потреби населення в медичних товарах та послугах.

Навіть у країнах, які посідають «гідні» місця у рейтингах Всесвітньої організації охорони здоров'я [48], більшість населення усвідомлює необхідність удосконалення механізмів управління системою охорони здоров'я. Більше половини жителів Канади (55%), Швеції (51%) та США (52%) кажуть, що система охорони здоров'я їхньої країни потребує радикальних змін. Крім того, 23% жителів США кажуть, що їхня система охорони здоров'я потребує реорганізації [48]. Це є яскравим свідченням того, що жителі країн усвідомлюють економічні, організаційні та фінансові проблеми існуючих систем медичного обслуговування.

Зауважимо, що оскільки система охорони здоров'я є суспільним благом, її ефективність визначається не тільки тим, наскільки раціонально (з точки зору розподілу товарів і послуг) використовуються її ресурси, але й тим, наскільки ефективно діє існуючий механізм. Його фінансування забезпечує реалізацію основних соціальних цілей сформованої у країні державної політики, серед яких виділяються: забезпечення доступу до медичних ресурсів, задоволення нагальних потреб населення в лікуванні та догляді, сприяння соціальній інтеграції та ін. [48].

Виходячи з цього, індикатори прогресивності та ефективності реформ, що проводяться в Україні, повинні включати кількісні показники, що свідчать про підвищення доступності медичних послуг, підвищення їх якості та покращення умов праці лікарів та медперсоналу.

Проаналізований світовий досвід показав, що за останні кілька десятиліть спостерігається активний розвиток державно-приватного

партнерства, що відображає процеси розширення та розвитку нової форми державно-бізнесових відносин з метою забезпечення конкурентних умов та забезпечення соціально-економічних відносин. Світовий досвід свідчить про те, що найпоширенішими формами участі приватних структур до партнерства у сфері охорони здоров'я є: [90]

- контракти, що надаються державою приватним компаніям з метою виконання робіт та послуг, постачання продукції для державних потреб тощо. Найбільш поширеною формою договору державно-приватного партнерства, що широко використовується у великих проектах у міжнародній практиці, є надання об'єкта в концесію;

- система найму/оренди, що виникає, коли держава здає в оренду приватним особам своє майно: будівлі, виробничі приміщення тощо, а за користування державним майном приватними компаніями сплачується орендна плата;

- створення державно-приватних компаній. Участь приватного сектора в експлуатації капіталу державної компанії може включати корпорацію та створення спільних підприємств. Ступінь свободи приватного сектора в управлінських та господарських рішеннях визначається розміром їх частки у статутному капіталі. Чим менша частка приватних інвестицій у порівнянні з державними інвестиціями, тим менше можливостей для приватного сектору приймати самостійні рішення, в які не втручається держава.

У зв'язку із цим зазначимо, що абсолютне відтворення запозичених зі світового досвіду моделей способів реалізації «проєкту» державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України може не дати очікуваного результату. Крім того, розвиток системи охорони здоров'я пов'язаний із високими соціальними та значними економічними та політичними ризиками. Стрімка, незбалансована реалізація проєкту державно-приватного партнерства в цій сфері в Україні сьогодні може

призвести до економічних втрат для держави та приватного сектору, а також збільшення соціальних втрат для населення в цілому [90].

Тому, на наш погляд, необхідно поетапно розробляти та впроваджувати інструменти інституційного, нормативно-правового та методичного забезпечення можливої реалізації проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я у нашій країні. Реалізація комплексу заходів представлена на рис. 2.1.

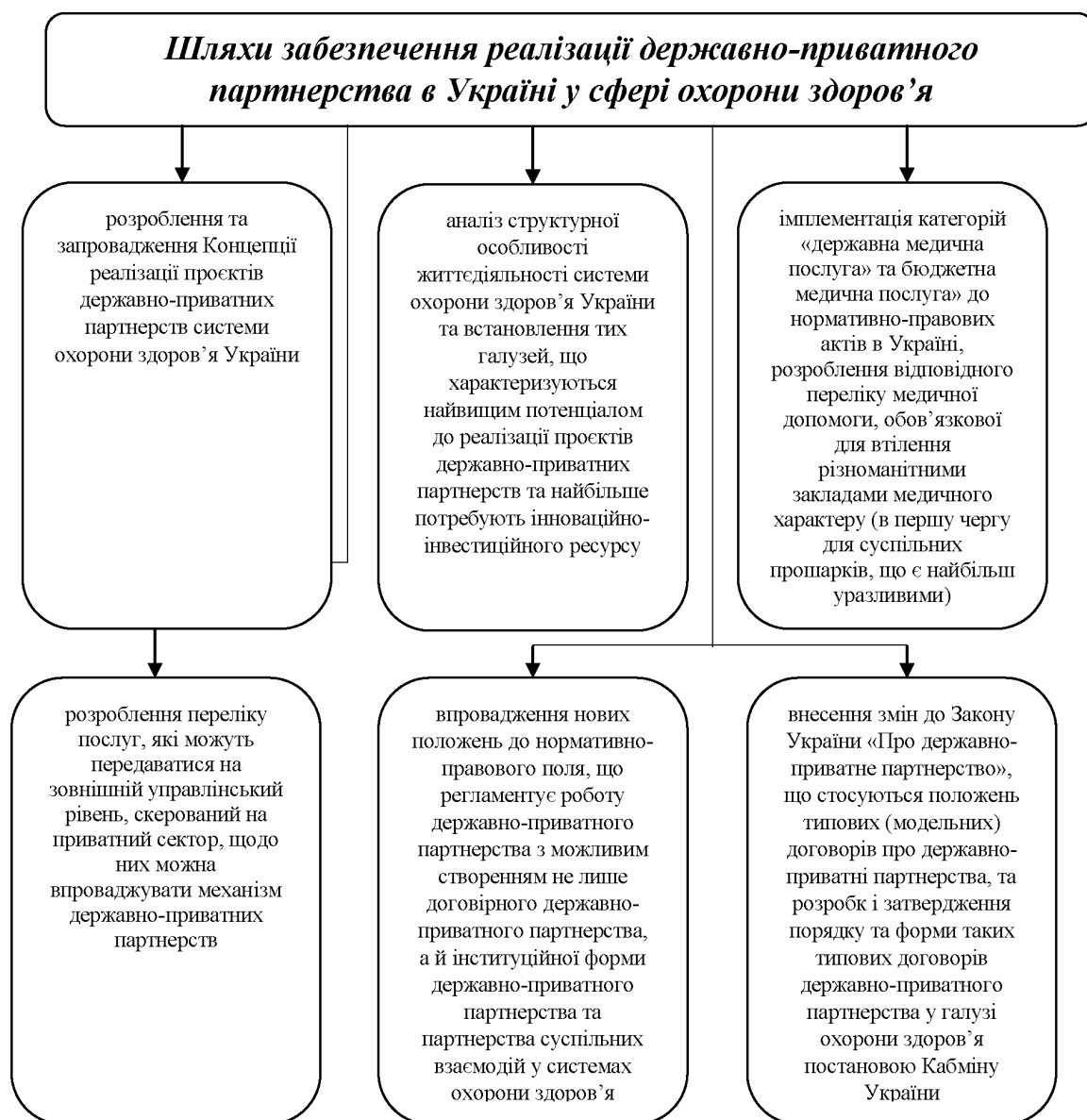


Рис. 2.1. Шляхи забезпечення реалізації державно-приватного партнерства в Україні у сфері охорони здоров'я

Примітка. Складено автором.

Розглянемо докладніше досвід яких європейських країн може бути використаний урядом України для реформування існуючих механізмів управління системою охорони здоров'я.

Як згадувалося в попередньому розділі, система охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки є дорогою як для роботодавців, так і громадян, що ускладнює надання комплексних медичних послуг усьому населенню. У той же час ця система є світовим лідером за багатьма позиціями: якість медичних послуг, кваліфікація медичного персоналу, лікування конкретних захворювань, фундаментальні дослідження в галузі медицини, використання новітніх технологій та ін., що сприяє високому рівню медичного охоплення населення та підвищенню професіоналізму лікарів. Це, у свою чергу, може бути використане для створення ефективної системи охорони здоров'я в Україні [58]. Також слід зазначити, що досвід Сполучених Штатів Америки в Україні може бути використаний для вдосконалення законодавства, пов'язаного із:

- фінансування програм надання медичної допомоги малозабезпеченим громадянам;
- розвиток мережі медичних закладів у регіонах;
- розробка оптимального механізму стимулювання праці медичного персоналу;
- покриття витрат на проведення державних програм профілактики захворювань та ін.

Вищезазначені зміни можуть бути одним із етапів поступового впровадження змішаної моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні та подальшого охоплення медичним страхуванням всього працездатного населення.

Крім того, мають бути оптимізовані національні програми профілактики захворювань в Україні, що включатиме оптимізацію загальної освіти з питань гігієни, обов'язкові медичні огляди та контроль за перебігом окремих видів захворювань, наслідками вакцинації тощо. Це має знизити

рівень захворюваності населення та вартість медичної допомоги без погіршення якості медичної допомоги загалом. Прикладом позитивної реалізації програм профілактики захворювань є Японія, що стала однією з небагатьох країн з високою тривалістю життя (86 років для жінок та 79 років для чоловіків) [44].

В Україні, як і у Великій Британії, держава створює умови для ефективного та доступного медичного обслуговування всіх громадян. Медична допомога надається безкоштовно у державних та муніципальних установах охорони здоров'я; існуюча мережа таких установ не може бути скорочено. Держава сприяє розвитку медичних установ всіх видів<sup>262</sup>. Крім того, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [76] передбачає отримання громадянами необхідних медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного бюджету України з метою реалізації програми медичних гарантій від медичних працівників. Однак відповідно до ч. 3 ст. 4 цього Закону медичні послуги та лікарські засоби, що не входять до програми медичного забезпечення, не підлягають сплаті за рахунок коштів державного бюджету України, призначених для реалізації програми медичних гарантій.

Відповідно до ст.10 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [76] встановлюються єдині тарифи на оплату медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, які надаються пацієнтам у рамках програми медичних гарантій, на всій території України. Оплата за єдиним тарифом гарантується для всіх медичних працівників відповідно до укладених договорів на надання медичної допомоги [44].

Однак, цей закон передбачає часткову оплату медичних послуг. Тому крім зазначених тарифів мають бути встановлені максимальні ціни на медичні послуги, які надають приватні медичні установи. Такі тарифи регулюються на державному рівні, наприклад, у Японії, тому пацієнти не

відчувають різниці, коли вони звертаються до державної або приватної медичної установи.

Ключовими у досвіді європейських країн, особливо Великобританії, є механізми публічного управління із захистом прав людини, особливо вразливих та незахищених груп населення: неповнолітніх, інвалідів, пенсіонерів та інших. Виходячи з цього, є сенс розробити та реалізувати державні медичні програми підтримки пенсіонерів з метою збільшення середньої тривалості життя в Україні, а також підтримки активності населення «третього віку» [44].

Реформа системи охорони здоров'я в Україні практично неможлива без пріоритету державного управління її системою. Спираючись на досвід британської системи охорони здоров'я, а також враховуючи досвід інших розвинених країн та власні помилки, можна виділити такі пріоритетні завдання: впровадження механізму оплати медичних послуг за принципом «гроші слідує за пацієнтом», доступність ліків та підвищення суспільної уваги та поінформованості про дії органів влади щодо реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні у зв'язку з європейським виміром.

Держава, зі свого боку, має змінити підхід до фінансування системи охорони здоров'я: не зосереджуватися на фінансуванні «стін» медустанов та комунальних закладів, а на наданні медичних послуг, яких потребують пацієнти. Як правило, це базова та невідкладна медична допомога. Це має стати «двигуном» змін на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги [52].

Стратегія «медичної допомоги, орієнтованої на людину» реалізується у Європі. Комплексна допомога забезпечується існуючим широким спектром лікувально-реабілітаційних та профілактичних послуг, які надаються безпосередньо лікарями загальної практики або організуються в інших установах. Суть цієї стратегії в результаті зводиться до таких напрямів [42]:

- формування ринку медичних послуг та передача їх основних регулюючих функцій з поступовим відходом держави з процесів управління діяльністю закладів охорони здоров'я;
- посилення регулюючих функцій держави в умовах розвитку ринкових механізмів управління системою охорони здоров'я, що є особливо важливим для обмеження негативного впливу ринку на доступність медичної допомоги;
- створення інтегрованих структур, які сприяють економічному зростанню медичної галузі та ін.

Стратегія «людино центрованого медичного обслуговування» здебільшого реалізується у країнах, які здійснюють ринкові реформи у соціальній сфері загалом, як це має місце у сучасній Україні. В умовах реалізації таких реформ дуже важливо посилити регулюючу роль держави як основного гаранта доступності та безпеки медичної допомоги. Тому що забезпечення якості медичних послуг залишається центральним завданням медичних установ та показником їхньої конкурентоспроможності.

Роль органів управління у забезпеченні якості системи охорони здоров'я полягає у створенні умов для формування та раціонального використання відповідного ресурсного потенціалу (матеріально-технічного, людського та ін.), а також у стимулюванні інноваційних моделей керування якістю. Необхідність посилення державного регулювання у сфері охорони здоров'я стала підставою для реалізації наступних конкретних стратегій, що передбачають формування «регульованої конкуренції» як між медичними установами, так і між страховими медичними організаціями.

Для нашої країни проблема інтеграції установ зі страховими організаціями не є актуальною у зв'язку з обмеженим розвитком страхової справи та реальною відсутністю конкуренції на ринку охорони здоров'я [42].

У період 2012-2019 років загальні витрати на охорону здоров'я в Україні становили 7,7% ВВП на рік (близько 4,1% з державного бюджету та близько 3,6% з приватного сектору, переважно витрати домогосподарств та



їх складових), що фактично не суттєво відрізняються від світових та європейських тенденцій фінансування медичного сектору. Загальні витрати на охорону здоров'я становлять 8,9% у Європейському регіоні та 8,6% у світі. Однак через низький ВВП ці витрати на душу населення становлять лише близько 200 доларів США, що значно нижче середнього показника ЄС, що становить 3340 доларів США.

Для вирішення цієї проблеми в Україні запроваджується сучасна модель спільного медичного страхування з урахуванням найкращих сучасних практик та досвіду трансформації систем охорони здоров'я у світі, особливо у країнах Центральної та Східної Європи. Основним джерелом фінансування модернізованої системи охорони здоров'я є державний бюджет України, який здебільшого фінансується за рахунок державних податків. При цьому виплати на лікування особи не прив'язані до суми індивідуального внеску особи [64].

Зазначимо, що останніми роками українська система охорони здоров'я поступово перейшла на страхову модель її формування. Однак кількість захворювань збільшується, рівень та якість медичних послуг суттєво не покращуються, фінансове становище медичних кадрів залишає бажати кращого, що потребує реформування системи медичного страхування в Україні, а також вивчення закордонного досвіду з цього питання для його реалізації у нашій країні [81].

Ми згодні з думкою В. Стеценка про те, що серед позитивних моментів організації системи обов'язкового медичного страхування в Німеччині, які слід використовувати в Україні для реформування механізмів державного управління системою охорони здоров'я, можна виділити такі: [71]

- оплата медичних послуг, що надаються лікарями, здійснюється за бальною системою оцінки рівня послуг, що надаються ними, та виключає можливість зловживань з боку медичного персоналу;

- можливість виходу особи, доходи якої перевищують встановлену суму, із системи обов'язкового страхування та переходу до сектору приватного страхування;
- можливість працівника запропонувати медичне страхування своїм непрацюючим членам сім'ї;
- можливість вільного вибору страховки, лікаря, медичного закладу.

Кожна держава прагне створити ідеологічно, економічно та психологічно прийнятну систему охорони здоров'я, тому сліпе запозичення ідей та копіювання успішних світових систем її розвитку не завжди дає позитивний ефект. Досягнення найвищого рівня доступності та якості медичної допомоги має мати вирішальне значення для України. При цьому важливо враховувати та балансувати державні та приватні інтереси.

У зв'язку з цим вважаємо за необхідне ухвалити Закон України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування», в якому мають бути чітко зазначені суб'єкти страхування, механізм їх фінансового забезпечення, джерела та напрями використання коштів, а також перелік та категорії осіб, які підлягають цьому виду страхування/

Слід зазначити, що організація фінансування медичного страхування, як показує досвід інших країн, означає плідну взаємодію в цій системі держави, яка здійснює обов'язкове медичне страхування, та приватного страхового сектора, який надає послуги добровільного медичного страхування [71].

Тому на основі аналізу ефективних практик функціонування систем охорони здоров'я європейських країн можна визначити принципи, важливі для формування національної системи механізмів управління охороною здоров'я в Україні, зокрема:

- налагоджений процес взаємодії держави, приватного сектору та самих громадян;
- збалансований розподіл повноважень у галузі охорони здоров'я між органами державної влади та органами місцевого самоврядування;

- організація охорони здоров'я на основі високої конкуренції та споживчої орієнтації;
- доступність медичних послуг, зручність їх отримання за рахунок ефективного використання наявних ресурсів;
- створення та розвиток системи медичного страхування.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### 3.1. Формування моделі публічного управління системою охорони здоров'я

Стратегічною метою здійснення реформ у житті України є побудова демократичної правової держави, яка забезпечує її сталий розвиток. Успішне функціонування незалежної держави неможливе без урахування необхідності реалізації національних інтересів у всіх сферах життя суспільства.

Відмінною рисою публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в Україні є те, що ця сфера є пріоритетною у діяльності держави. Водночас можна зазначити, що поточна ситуація у сфері охорони здоров'я є досить нестабільною, що пов'язано з відсутністю ефективних методів державного управління. Такі фактори, як використання застарілих підходів до вирішення завдань при реалізації ринкових відносин та неефективне використання наявних ресурсів для досягнення стратегічних цілей, також гальмують розвиток системи управління охороною здоров'я [87]. Розвиток нової системи охорони здоров'я у державі має бути спрямований на зміцнення позицій України на міжнародній арені та набуття статусу повноправного члена міжнародних організацій. Це стане можливим, якщо сучасну модель публічного адміністрування буде сформовано та покладено в основу реалізації реформ охорони здоров'я в Україні. У зв'язку з цим пропонуємо розглянути авторську модель публічного адміністрування охороною здоров'я (рис. 3.1).

Метою, представленою на рис. 3.1, моделі, є визначення напрямів та ефективних механізмів формування сучасної системи охорони здоров'я, реалізація яких допоможе:

- покращення функціонування системи охорони здоров'я в цілому;

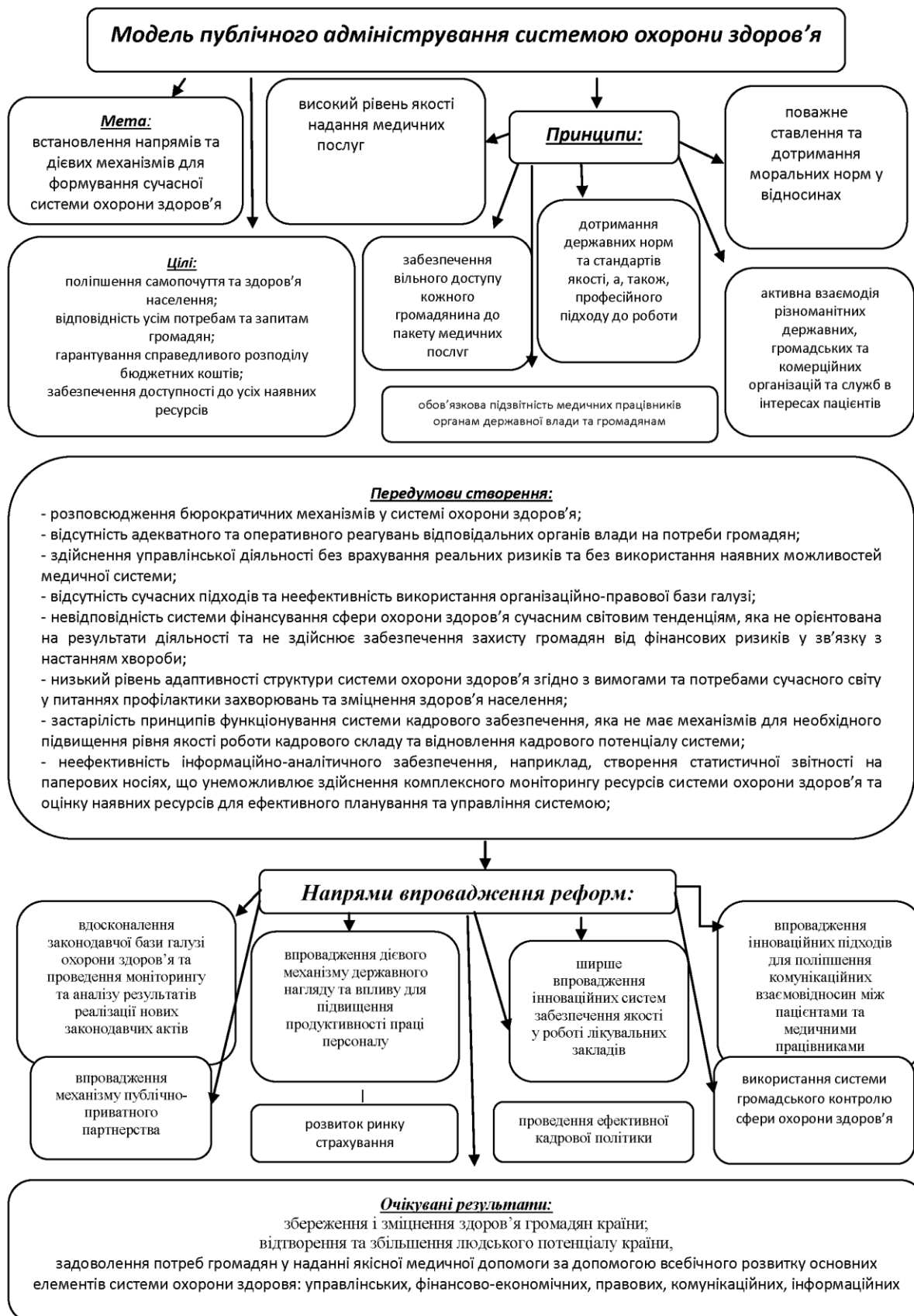


Рис. 3.1 Модель публічного адміністрування системою охорони здоров'я

Примітка. Складено автором.

- зниження рівня захворюваності та кількості смертей та інвалідності;
- підвищення рівня якості медичної допомоги та ефективності медичного обслуговування;
- застосування більш ефективних механізмів фінансово-господарської та організаційно-правової діяльності в медичній сфері;
- забезпечення захисту прав громадян на доступну медичну допомогу.

Необхідність проведення інноваційних реформ у вітчизняній системі охорони здоров'я, збільшення фінансування медичних установ, поширення сучасних та передових підходів до лікування та діагностики захворювань, підвищення вимог громадян до якості надання медичних послуг ставлять нові завдання абсолютно для всіх зацікавлених сторін у галузі охорони здоров'я [66]. При цьому кінцева основна мета діяльності органів державної влади у процесі модернізації національної системи охорони здоров'я з урахуванням її поступової інтеграції в Європейський простір має бути покращення загального самопочуття та здоров'я всіх громадян країни.

На наш погляд, модель управління системою охорони здоров'я у новій формі має ґрунтуватися на наступних основних принципах:

забезпечення вільного доступу громадян до пакету медичних послуг. Цей принцип ґрунтується на повазі прав людини. Кожен громадянин має право на надання медичних послуг, незалежно від приналежності до певних груп: віку, статі, релігійних чи політичних переконань, сексуальної орієнтації тощо. Держава повинна сприяти наданню медичної допомоги вразливим верствам населення, які мають значно нижчі можливості та показники здоров'я, ніж у решти населення.

Важливим напрямом реалізації цього принципу ми бачимо реалізацію ефективної соціальної програми державних гарантій ширшого охоплення громадян необхідною медичною допомогою, збільшення бюджетних

асигнувань у цій сфері та повне дотримання державних норм та стандартів якості. у роботі медичного персоналу.

Медична допомога населенню має бути якісною, ефективною, безпечною та адаптованою до потреб кожного пацієнта, а в питаннях медичної допомоги держава має забезпечити надання необхідного рівня освіти та підтримку професійного розвитку медичних працівників.

На наш погляд, необхідне комплексне впровадження європейських норм і стандартів у систему забезпечення доступності та якості лікарських засобів та надання медичних послуг відповідно до міжнародних специфікацій.

– *поважне ставлення та дотримання норм моралі у відносинах між медичним персоналом та пацієнтами.* Взаємна повага, співчуття та елементарна турбота при роботі з хворими з боку медичного персоналу призведуть до покращення ставлення населення до персоналу медичних установ.

– *активна взаємодія різних державних, громадських та комерційних організацій та служб захисту інтересів пацієнтів.* Важливість такої взаємодії полягає у підвищенні добробуту населення та зміцненні здоров'я кожного громадянина. На наш погляд, це стане стимулом для реалізації місцевих програм із залучення та підтримки місцевих медичних кадрів, інвестування коштів у розвиток медичних установ та залучення місцевих громад до прийняття важливих для суспільства рішень для організації роботи щодо забезпечення державних гарантій у галузі охорони здоров'я.

– *високий рівень якості надання медичних послуг, а також ефективне та раціональне використання наявних ресурсів.* Кошти, що виділяються з державного бюджету України, мають приносити максимальний результат у покращенні здоров'я громадян. Для цього необхідно оптимізувати механізм фінансування галузі охорони здоров'я, щоб

організувати своєчасне вирішення проблем з метою задоволення потреб громадян.

– *підзвітність представників медичної галузі перед державними органами та громадянами.* Держава повинна гарантувати громадянам можливість вільного доступу до інформації про стан системи охорони здоров'я та основні показники діяльності медичних закладів. Все має бути зрозумілим і прозорим для населення та медичних працівників. Тому завданням центральних та місцевих органів влади є систематична звітність про результати діяльності охорони здоров'я.

Тому головною метою функціонування системи охорони здоров'я та однією з найважливіших цілей розвитку будь-якої держави ми вважаємо досягнення високого рівня якості медичної допомоги та доступності медичних послуг для кожного громадянина – створення такої системи охорони здоров'я, яка ефективно та дієво у напрямку покращення показників здоров'я населення з мінімальним використанням наявних ресурсів. Адже здоров'я людей – найбільше благо у світі [14].

Зазначимо, що основними причинами неефективного функціонування системи охорони здоров'я, в якій на сьогоднішній день відсутня можливість отримання якісних медичних послуг для кожного громадянина, є її несумісність із сучасними світовими тенденціями, відсутність інноваційних підходів та неефективне використання існуючих, низька адаптивність всіх наявних елементів системи охорони здоров'я та їх застарілість.

Тому стан існуючої системи охорони здоров'я, який не може забезпечити надання якісних медичних послуг та характеризується застарілими підходами, які не орієнтовані на потреби пацієнта, потребує створення абсолютно нової модельної функції. На жаль, те, що держава обіцяє, не йде в жодне порівняння з тим, що вона робить насправді. Задеклароване забезпечення якісною, безкоштовною та доступною медичною допомогою для всіх верств населення «працює» тільки на папері.



На нашу думку, нову модель системи охорони здоров'я в Україні можна сформувати шляхом поетапної реалізації наступних кроків [35]:

1. Удосконалення правової бази сфери охорони здоров'я, моніторинг та аналіз результатів реалізації нових законодавчих актів. Корінні зміни у структурі системи охорони здоров'я та пов'язані з нею нормативно-правової бази, що регулює її роботу, мають бути спрямовані на відповідність міжнародним стандартам надання медичних послуг громадянам та зміцнення здоров'я нації. У зв'язку з нестабільною економічною ситуацією в Україні та обмеженими фінансовими можливостями громадян ми бачимо нагальну необхідність поступової трансформації радянської моделі системи охорони здоров'я із соціальної в комерційну систему страхування. Переваги комерційного медичного страхування полягають у орієнтації держави на виконання міжнародних правил та стандартів у питаннях забезпечення соціальної захищеності населення та одночасного використання ринкових та економічних підходів при наданні медичних послуг.

Ми повинні наголосити на необхідності впровадження європейського досвіду правового забезпечення системи охорони здоров'я, без якого неможлива ефективна реалізація державної політики у цій сфері. З цієї причини ми розглядаємо розробку нових законодавчих документів як корисний крок для подальшого вдосконалення організації управління у сфері охорони здоров'я та вирішення проблем у повсякденній медичній роботі працівників [22].

Подальша поступова інтеграція в європейське співтовариство, у тому числі розвиток між інституційного співробітництва, поглиблює взаємодію України з країнами-членами та надає імпульсу участі у загальноєвропейських процесах [90].

2. Реалізація механізму державно-приватного партнерства у цій сфері. На наш погляд, основною метою у процесі реалізації механізму державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні є вдосконалення державного управління цією сферою шляхом створення сприятливих умов

для роботи комерційних закладів охорони здоров'я та покращення нормативно-правової бази даної сфери.

Основними шляхами вдосконалення організації функціонування механізму публічно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я України ми вбачаємо формування:

- стратегічні цілі держави при використанні моделі публічно-приватного партнерства як основи функціонування системи охорони здоров'я у ринкових умовах;
- оптимізація механізмів державного контролю за проектами з використанням моделі публічно-приватного партнерства;
- адаптовані до європейських стандартів інвестиційні контракти та прозора процедура їх підписання з урахуванням повноважень органів влади різного рівня.

3. Реалізація ефективної кадрової політики. Ефективне управління будь-яким медичним закладом потребує ефективної кадрової політики. Доступність та якість медичної допомоги залежить від наявності в закладі охорони здоров'я медичних кадрів необхідної кваліфікації та відповідного рівня професійної підготовки.

Одним із ключових завдань реалізації реформ у сфері охорони здоров'я вважаємо забезпечення ефективної професійної підготовки керівників медичних установ. У зв'язку з цим пропонуємо сформуванню при Міністерстві охорони здоров'я України науково-практичну групу із кваліфікованими спеціалістами у галузі «менеджмент». Завданням такої групи буде запровадження у вітчизняні заклади охорони здоров'я передового світового досвіду управління медичними установами розвинених країн, а також використання сучасних наукових досягнень в управлінні охороною здоров'я [66].

Більш широке впровадження інноваційних систем забезпечення якості роботи закладів охорони здоров'я. Такі нововведення, як впровадження інноваційних систем забезпечення якості у роботу закладів охорони здоров'я,

призведуть до активізації процесів підвищення якості медичної допомоги у цій сфері та забезпечать його пряму залежність від результатів функціонування такої системи.

В умовах реформування галузі охорони здоров'я раціональним кроком є застосування системного підходу для налагодження ефективної взаємодії всіх структурних елементів та процесів, а також запровадження механізму самооцінки результатів діяльності медичного закладу з підвищення якості медичної допомоги.

Впровадження інноваційних підходів для покращення комунікаційних відносин між пацієнтами та медичними працівниками.

Одним із найефективніших способів удосконалення системи охорони здоров'я в Україні є використання сучасних підходів до оптимізації комунікаційних відносин між суб'єктами ринку медичних послуг: споживачами послуг (пацієнтами) та постачальниками (медичними працівниками). Така оптимізація полягає у організації адекватного процесу аналізу обґрунтованих звернень, скарг громадян тощо.

Принцип роботи цього процесу має ґрунтуватися на функціонуванні збалансованої та оптимальної моделі розвитку ринку послуг, яка використовується у більшості розвинених країн світу (так званий трикутник: «послуга — постачальник послуг — споживач»).

З метою вдосконалення системи інформаційного забезпечення управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я необхідно реалізувати такі заходи:

- уніфікація медичних карт та їх приведення у відповідність до міжнародних стандартів;
- створення ефективної системи управлінського обліку та звітності відповідно до потреб галузі охорони здоров'я;
- розробка загальнодержавної інформаційної системи у сфері охорони здоров'я та реалізація її функціональних можливостей щодо

збирання, систематизації, узагальнення, зберігання, захисту інформації та її оцінки для прийняття управлінських рішень;

– надання достовірної та повної інформації, вільний доступ до неї для всіх без винятку громадян для забезпечення реалізації права на інформацію відповідно до законодавства України, а також забезпечення можливості у повному обсязі використовувати інформацію для виконання своїх обов'язків через центральні та місцеві органи влади, керівників та медичний персонал медичних установ;

– удосконалення процесів формування та здійснення функціонування електронної системи зведених реєстрів, що містять інформацію про пацієнтів, медичний персонал, лікувально-профілактичні заклади, лікарські засоби та ін.;

– створення електронної інформаційної бази для забезпечення громадян інформацією про медичні установи та лікарів з об'єктивними оцінками їхньої роботи;

– використання інноваційних медичних інформаційних систем;

– інтеграція інформаційної системи охорони здоров'я України до міжнародного простору інформаційних ресурсів у цій сфері, включаючи ресурси Всесвітньої організації охорони здоров'я, Організації Об'єднаних Націй, країн Європейського Союзу тощо;

– забезпечення необхідного рівня захисту секретної та конфіденційної інформації (у тому числі персональних даних пацієнтів) у сфері охорони здоров'я;

– оптимізація процесів переходу на електронний документообіг.

Нині у сфері охорони здоров'я у багатьох країнах Європейського Союзу широко використовується система електронного документообігу «e-health», що значно полегшує процеси загального управління галуззю [87].

Для покращення інформаційного забезпечення управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я та реалізації всіх вищезазначених заходів

будуть потрібні значні кошти з державного бюджету України, які, на жаль, просто не будуть виділені через обмеженість коштів.

Впровадження ефективного механізму державного нагляду за роботою спеціалістів охорони здоров'я з метою підвищення продуктивності їхньої праці.

Одним із способів забезпечення ефективного функціонування галузі охорони здоров'я є створення дієвого механізму державного втручання у роботу медичних працівників з метою підвищення продуктивності їхньої праці.

На сьогоднішній день основними завданнями механізму державного втручання в роботу медичних працівників для підвищення їхньої продуктивності є:

- надання фінансування;
- надання інноваційних пристроїв та інших технологій для лікування та діагностики захворювань;
- вдосконалення системи управління медичними установами загалом;
- підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу;
- удосконалення нормативно-правового забезпечення;
- сприяння формуванню конкуренції над ринком медичних послуг тощо.

На наш погляд, підвищення кваліфікації кадрів є важливим фактором, що впливає на підвищення продуктивності медичних працівників. На загальнодержавному рівні це можливо при використанні соціально-мотиваційних методів, що сприяють підвищенню зацікавленості населення у збереженні свого здоров'я та підвищенні власного добробуту, що, своєю чергою, збільшує чисельність робочої сили.

Для підвищення рівня продуктивності праці медичних працівників важливо оптимізувати функціонування системи безперервної освіти та атестації кадрів. При атестації медичних працівників показником ефективності має бути результат їхньої роботи, а не тривалість роботи за

спеціальністю. Для лікарів пропонуємо зробити обов'язковою участь у семінарах та науково-практичних конференціях не менше двох разів на рік за участю викладачів з-за кордону.

Розвиток страхового ринку.

У рамках реформування галузі охорони здоров'я України розглядається можливість запровадження обов'язкового медичного страхування та використання змішаної бюджетно-страхової системи фінансування галузі. У разі паралельного існування державної та комерційної медицини можлива чесна конкуренція на ринку послуг, що сприятиме підвищенню якості медичної допомоги, пацієнтам буде надано можливість вільного вибору лікаря та лікувального закладу, а держава виконуватиме функцію ціноутворення на медичні послуги та навчання персоналу.

Національна система охорони здоров'я України в таких умовах має бути бюджетною та забезпечувати пацієнтів гарантованим мінімальним пакетом медичних послуг. У разі невдоволення громадян державною установою охорони здоров'я надання медичної допомоги може бути надане приватною установою. У такій ситуації пацієнт, зацікавлений у збереженні свого здоров'я, поступово стає рівноправним партнером держави та лікаря.

Досвід європейських країн доводить пряму залежність ефективності медичних систем країни від ситуації, що склалася на страховому ринку. Комерційні та недержавні заклади охорони здоров'я займають майже половину ринку надання медичних послуг, гарантуючи пацієнтові право вільного вибору постачальника медичних послуг.

Держава, у даному випадку, переважно виконує функцію регулювання процесів формування та розвитку медичної системи.

Загалом застосування запропонованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я сприятиме вдосконаленню управлінської діяльності у медичних установах країни, зміцненню здоров'я громадян, відтворенню та збільшенню людського потенціалу країни, задоволенню потреб громадян у надання якісних медичних послуг шляхом комплексного

розвитку управлінських, правових, фінансово-економічних, інформаційних, комунікаційних, структурних та інших елементів системи охорони здоров'я.

### **3.2. Шляхи удосконалення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні**

На сьогоднішній день, одним із ключових напрямів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я є ефективне реформування системи публічного адміністрування у цій сфері [79]. Адже здоров'я та життя людини є найбільшим благом у світі та основою існування кожної держави та кожного суспільства в цілому.

Для ефективної реалізації реформ охорони здоров'я необхідно використовувати гуманістичні підходи та дотримуватися принципу соціальної захищеності населення при організації діяльності, пов'язаної з наданням медичних послуг громадянам. У процесі глибоких перетворень у системах охорони здоров'я розвинених країн світу стратегічно важливим завданням є забезпечення якісної комунікативної взаємодії представників медичної спільноти, центральних та місцевих органів влади та громадськості.

Успішна та своєчасна реалізація реформ охорони здоров'я призведе до підвищення добробуту та здоров'я населення, що, у свою чергу, сприятиме позитивному суспільному сприйняттю ходу реформ у медичній сфері. Така ситуація можлива за умови високого рівня підготовки та координації дій влади. Міністерство охорони здоров'я України прагне реформувати медичну галузь з максимально позитивним результатом для суспільства, оскільки громадяни покладають великі надії на органи державної влади і водночас мають упередження щодо змін у реалізації реформи державного управління [75].

У попередньому пункті ми запропонували модель публічного адміністрування системою охорони здоров'я як основу реформування медичної галузі України, де було проаналізовано напрями вдосконалення

галузі охорони здоров'я. Однак, на наш погляд, поряд із реалізацією запропонованої моделі потрібні й інші шляхи вдосконалення механізмів публічного адміністрування системою охорони здоров'я України.

Одним із пріоритетних завдань держави у реформуванні сфери охорони здоров'я є доведення вітчизняної системи охорони здоров'я до світових стандартів, що дозволить забезпечити громадян України якісною медичною допомогою відповідно до сучасних тенденцій та науково-технічних досягнень медицини до Європейського співтовариства. Цей напрямок реформування медичної галузі призведе до створення абсолютно нової моделі розвитку системи охорони здоров'я, яка буде орієнтована на профілактику захворювань, а не на їх лікування. У таких умовах можливе швидке покращення стану здоров'я нації та, відповідно, збільшення середньої тривалості життя громадян [88].

Відповідним кроком вважаємо також модернізацію системи управління охороною здоров'я щодо її правового забезпечення. Необхідно терміново переглянути законодавчу базу галузі, у тому числі розробити, прийняти та ввести в дію новий Закон України, який би регулював діяльність закладів охорони здоров'я та надання медичних послуг населенню за європейськими стандартами. Також для реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, державне медичне обслуговування та медичне страхування необхідно розробити та ухвалити закон, який визначає основні засади обов'язкового державного соціального медичного страхування.

Ми не можемо ігнорувати вже існуючі законодавчі документи. Також необхідно внести зміни до положень Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Відповідно до вимог Угоди про асоціацію з Європейським союзом, державна влада України має впроваджувати Міжнародні правила охорони здоров'я до національної системи охорони здоров'я, здійснювати обмін кращими досягненнями у медичній практиці для поступової інтеграції до європейського співтовариства [32].



Для досягнення ефективного функціонування системи охорони здоров'я України ми пропонуємо враховувати основні напрями та завдання держави, які необхідно реалізувати у процесі реформування галузі (рис. 3.2).

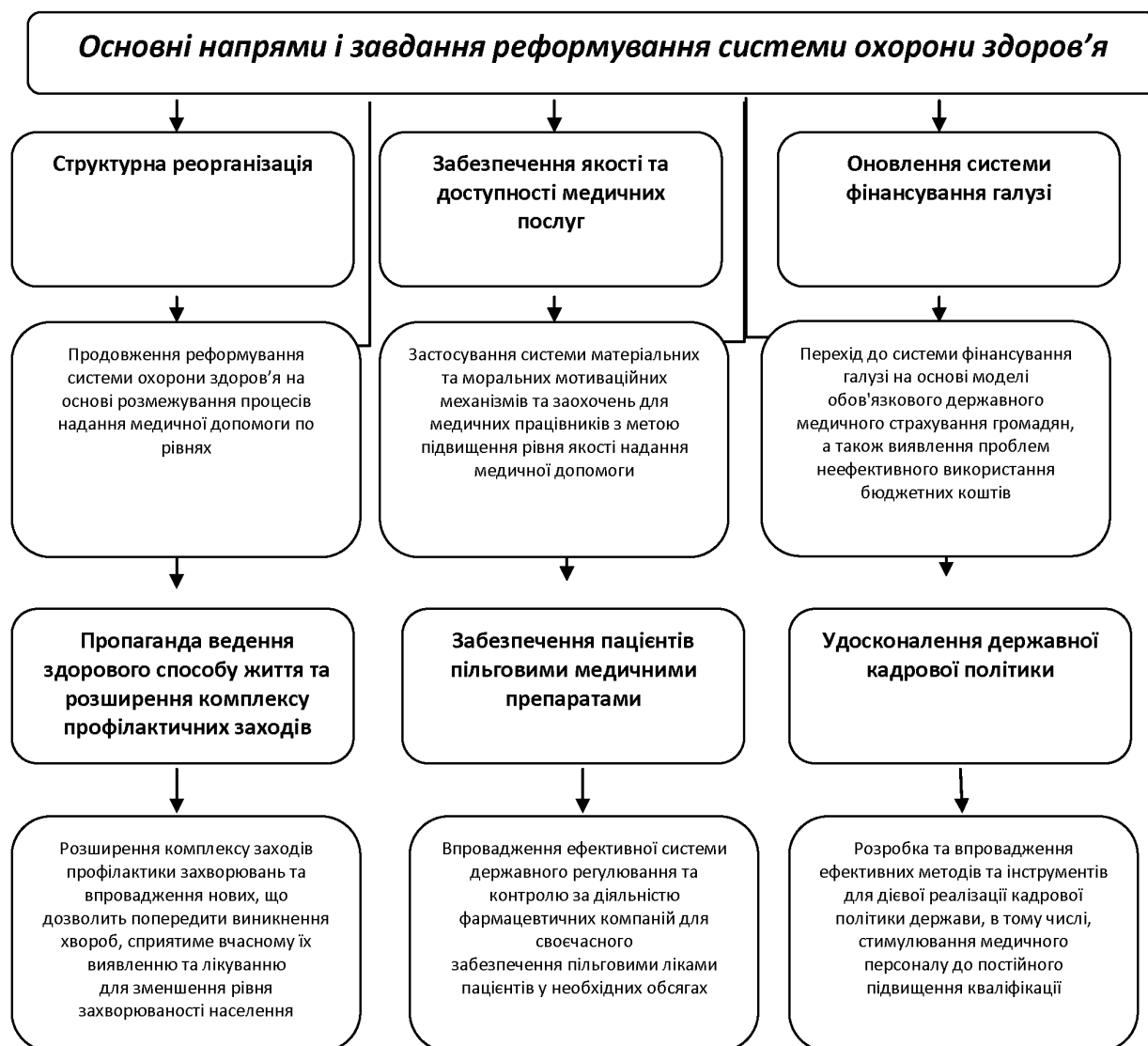


Рис. 3.2 Основні напрями і завдання реформування системи охорони здоров'я

Примітка. Складено автором.

Розглянемо докладніше кожен із напрямів, показаних на рис. 3.2.

*Структурна реорганізація.*

З погляду реформи охорони здоров'я вважаємо за доцільне подальше вдосконалення системи охорони здоров'я за принципом поділу процесів надання медичної допомоги на первинний, вторинний та третинний рівні.

На наш погляд, у зв'язку із структурними змінами у системі охорони здоров'я України також необхідно реалізувати такі заходи [32]:

- переорієнтування ролі сектора охорони здоров'я на профілактику захворювань, а не їх лікування;
- закріпити принцип вільного вибору пацієнтом лікаря на первинному рівні надання медичної допомоги;
- надання медичним установам статусу прибуткових організацій та перетворення їх на автономні самоврядні організації з надання медичних послуг шляхом укладання договорів на медичне обслуговування;
- створити умови для забезпечення рівності між державними та комерційними закладами охорони здоров'я;
- сприяти інтеграції закладів охорони здоров'я до мережі медичного профілю та надалі спеціалізації таких закладів;
- передача частини завдань Міністерства охорони здоров'я України, зокрема закупівля лікарських засобів, фінансування деяких медичних закладів та установ вищої медичної освіти, спеціально створеної державної структури. Такі нововведення необхідні для запобігання реалізації корупційних схем у діяльності МОЗ України та привернення уваги до виконання медичної роботи.

*Забезпечення якості та доступності медичних послуг.*

Застосування комплексу матеріальних та моральних мотиваційних механізмів та стимулів для медичного персоналу є необхідним етапом оптимального функціонування системи охорони здоров'я для підвищення якості медичної допомоги. Ми пропонуємо такі втручання включати повний перехід від первинного рівня надання медичної допомоги до проведення заходів, заснованих на принципах сімейної медицини [32]:

- створення мережі фельдшерсько-акушерських пунктів у сільській місцевості;

- здійснення діяльності відповідно до міжнародних стандартів медичного супроводу материнства, батьківства та дитинства;
- посилення заходів щодо боротьби з широко поширеними захворюваннями (ВІЛ/СНІД, туберкульоз та ін.);
- паспортизація та інвентаризація медичних установ усіх форм власності;
- створення електронної системи зведених реєстрів з інформацією про пацієнтів, медичний персонал, медичні заклади, лікарські засоби тощо;
- удосконалення процедур ліцензування та акредитації організацій охорони здоров'я;
- розвиток загальнодержавної інформаційної системи збору, систематизації, узагальнення, зберігання, захисту клінічних та фінансових даних та їх аналізу для прийняття управлінських рішень;
- впровадження нових стандартів та нових протоколів надання медичної допомоги відповідно до вимог європейського співтовариства;
- посилення державного контролю за якістю медичної допомоги;
- поетапне запровадження обов'язкового державного соціального медичного страхування та сприяння розвитку механізму добровільного страхування.

*Модернізація системи фінансування охорони здоров'я.*

Застаріла радянська система фінансування охорони здоров'я призводить до неефективного використання бюджетних коштів. Це, у свою чергу, призводить до низки негативних наслідків:

1. обов'язкова оплата медичних послуг або лікарських засобів за рахунок власних коштів пацієнта;
2. необ'єктивний розподіл медичних послуг за територіальним та соціальним принципом;
3. відсутність фінансового забезпечення пацієнтів у разі хвороби;
4. низький рівень оплати праці медичного персоналу;

5. відсутність необхідного матеріально-технічного забезпечення з боку закладів охорони здоров'я.

На наш погляд, для успішного вирішення основних проблем функціонування системи фінансування охорони здоров'я держава має виконати такі завдання щодо:

1. визначення гарантованого мінімального пакету медичної допомоги громадянам залежно від медичних показань та рівня державних витрат;

2. оптимізація клінічних протоколів із алгоритмом розрахунку вартості медичних послуг;

3. створення механізму фінансування галузі з диференціацією за рівнями надання медичної допомоги;

4. перехід до капітаційного фінансування за фіксованими тарифами на надання медичних послуг;

5. забезпечення повного фінансування національних та державних цільових програм охорони здоров'я за рахунок коштів Державного бюджету України;

6. створення сприятливих умов для впровадження в систему охорони здоров'я механізму обов'язкового державного соціального медичного страхування з відповідними змінами у податковому законодавстві;

7. спрямування частини державних податків на цільове фінансування охорони здоров'я;

8. сприяння розвитку механізму добровільного страхування та визначення форм участі у прийнятті на себе витрат на медичні послуги;

9. стимулювання розвитку державно-приватного партнерства з метою надання вторинної та третинної медичної допомоги з використанням сучасних інноваційних технологій для лікування захворювань населення.

Ми маємо констатувати, що ефективний розподіл наявних сьогодні фінансових ресурсів для прогресивного розвитку галузі охорони здоров'я в Україні має бути розумним кроком з боку органів державної влади.

На наш погляд, одним із найефективніших підходів до такого розподілу є використання системи оцінки медичних технологій. Створення такої системи дозволить підвищити якість медичної допомоги за рахунок прийняття зважених управлінських рішень з питань раціонального використання наявних ресурсів, впровадження інноваційних технологій у медичну галузь, у тому числі у процесі державних закупівель лікарських засобів та надання медичних послуг [54].

Можна стверджувати, що функція прогнозування, що включає оцінку динаміки надання відповідного рівня послуг та витрат ресурсів на їх виконання, є важливою для впливу держави на ефективність сфери охорони здоров'я та об'єктивного обґрунтування показників доходів державного бюджету України. На жаль, характерними рисами сфери охорони здоров'я України є її хронічне недофінансування з державного бюджету України та залучення до цього процесу пацієнтів, незалежно від їхньої платоспроможності, при оплаті медичних послуг та лікарських засобів.

Також, на наш погляд, формування ефективного механізму публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я обов'язково має включати реалізацію низки заходів:

- обґрунтування прогнозних показників динаміки надання відповідного обсягу медичних послуг та витрат наявних ресурсів на їх виконання: людських, фінансових, матеріальних та ін;

- аналіз залежності між структурою та обсягом витрачання бюджетних коштів у сфері охорони здоров'я та показниками результатів діяльності області (захворюваність та смертність населення).

*Пропаганда ведення здорового способу життя та розширення комплексу профілактичних заходів.*

Одним із важливих напрямів у реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я також є реалізація профілактичних заходів, спрямованих на запобігання захворюваності серед населення України.

У радянські часи державні органи, безпосередньо пов'язані зі сферою охорони здоров'я в адміністративно-територіальних одиницях, проводили повномасштабне обстеження працівників на всіх підприємствах. У таких умовах на початковому етапі здійснювалося своєчасне виявлення захворювань, постановка на диспансерний облік пацієнтів та подальші обстеження, діагностика та, відповідно, необхідне лікування.

Провідні країни Європи та США практикують широке застосування профілактичних заходів як економічно-ефективного способу збереження здоров'я нації [23].

На наш погляд, розширення комплексу профілактичних заходів та впровадження нових дозволить запобігти захворюванням, вчасно їх виявити та лікувати з метою зниження рівня захворюваності населення.

На жаль, у чинному законодавстві України поки що немає механізмів мотивації участі громадян у профілактичних заходах: лише окремі категорії працівників зобов'язані проходити обов'язкові медичні огляди. Перелік професій, видів діяльності та галузей, працівники яких підлягають обов'язковому медичному огляду, визначається нормативними актами.

Тому в такому разі вважаємо за розумний крок внесення змін до чинного законодавства, а саме доповнення норм Кодексу України про адміністративні правопорушення з метою забезпечення належного здійснення запобіжних заходів на території всієї держави. Для цього необхідно притягнути до адміністративної відповідальності правопорушника-роботодавця за неналежне виконання обов'язків, створити сприятливі умови для диспансеризації всіма категоріями працівників.

Пропонуємо доповнити Кодекс України про адміністративні правопорушення статтею наступного змісту: «Відмова у наданні можливості працівникам пройти медичний огляд: відмова роботодавця утримати

працівника на час, необхідний для проходження медичного огляду, потрібне звільнення з роботи, зі збереженням місця роботи (посади) та середнього доходу на період проведення медичного огляду за місцем роботи відповідно до трудового законодавства, накладення адміністративного штрафу у розмірі десяти тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян» [46].

Такі зміни мають забезпечити дотримання керівниками підприємств, установ та організацій усіх форм власності правових норм для всіх працюючих громадян та сприяти своєчасному проведенню профілактичних заходів та підвищенню їх ефективності.

На наш погляд, у зв'язку із перетворенням системи охорони здоров'я у напрямку профілактики захворювань населення України також необхідно реалізувати такі заходи:

- реалізація державної стратегії щодо забезпечення раннього виявлення захворювань;
- запровадження обов'язкових профілактичних медичних оглядів громадян (зокрема безробітних);
- популяризація та підтвердження престижу здорового способу життя населення в суспільстві, привернення уваги громадян до оздоровлення, фізичної активності, спорту та розробка механізмів економічного стимулювання такої діяльності;
- посилення державного контролю за рівнем якості питної води, продуктів харчування, лікарських засобів та ін.

#### *Забезпечення пацієнтів пільговими медичними препаратами.*

На наш погляд, впровадження ефективної системи державного регулювання та контролю за діяльністю фармацевтичних компаній з метою забезпечення пацієнтів якісними, зниженими в ціні ліками є адекватним кроком у реформуванні сфери охорони здоров'я України.

На сьогоднішній день Україна досягла значного прогресу у забезпеченні пацієнтів пільговими медичними препаратами, спираючись на успішний досвід держав-членів Європейського Союзу, але процес постійного

вдосконалення у цьому питанні просто необхідний у зв'язку із змінами умов сучасного світу [17]. Тому для вдосконалення механізмів публічного адміністрування системою охорони здоров'я України у напрямку забезпечення пацієнтів пільговими ліками держава повинна:

- реалізовувати раціональну державну фармацевтичну політику на мікро- та макрорівні;
- забезпечити відповідні правові засади та сприятливі умови для можливості безкоштовного придбання необхідних лікарських засобів;
- трансформувати механізм державних закупівель лікарських засобів з використанням найсучасніших інформаційних технологій проведення торгів;
- посилити контролю та підвищення прозорості процедур авторизації та реєстрації лікарських засобів.

Зазначимо той факт, що для швидкого розвитку фармацевтичного виробництва України потрібне залучення прямих іноземних інвестицій. Для цього важливо створити в Україні оптимальну нормативно-правову базу для регулювання процесу виробництва та реалізації лікарських засобів, а також створити умови для формування конкурентного середовища, яке потенційні інвестори розглядатимуть як перспективний напрямок для інвестицій.

Успішний досвід провідних країн світу показує, що використання сучасних цифрових пристроїв та спеціальних мобільних програм значно підвищує рівень продуктивності праці фахівців та полегшує доступ пацієнтів до медичних послуг. Розробка нової стратегії України щодо впровадження цифрових технологій у сфері охорони здоров'я має бути підкріплена створенням механізму забезпечення кібербезпеки інформаційної мережі медичних установ як елемента критичної інфраструктури.

Важливим способом підвищення ефективності лікувального процесу та покращення взаємовідносин між пацієнтом та лікарем є направлення на діагностику пацієнта на безоплатній основі. Заклади охорони здоров'я, які



надають такі послуги, зобов'язані отримувати фінансову компенсацію від Національної служби здоров'я України за проведення діагностики.

Ми також бачимо залучення міжнародних експертів до реформування системи охорони здоров'я як розумний крок у розробці оптимального механізму поступового переходу до системи обов'язкового медичного страхування для надання необхідних консультацій.

Пріоритетним напрямом розвитку сфери охорони здоров'я є залучення інвестицій з різних джерел, у тому числі за рахунок удосконалення механізму державно-приватного партнерства. Впровадження у систему охорони здоров'я інноваційних технологій та новітніх методів лікування, таких як генетична діагностика, виведе Україну на більш високий рівень розвитку.

Із цього можна зробити висновок, що Україні необхідно оновити стратегію державної політики у сфері охорони здоров'я, що дасть поштовх до більш глибокого розуміння реформаторських процесів галузі, підвищить рівень відповідальності її учасників та підвищить ефективність використання наявних ресурсів.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі подано теоретичне узагальнення й нове вирішення наукового завдання – формування ефективної моделі публічного управління системою охорони здоров'я в Україні. Отримані в процесі дослідження результати дають змогу сформулювати висновки і пропозиції, що мають теоретичне й практичне значення.

1. У ході дослідження встановлено, що різні етапи цивілізаційного розвитку суспільства характеризуються певними закономірностями розвитку уявлень про людські ресурси, згідно з якими людина є найціннішим, невідновлюваним ресурсом, який визначається за єдністю трудових функцій; єдність функцій щодо включення в систему суспільних відносин і єдність унікальних професійно-особистісних якостей, що дозволяють найбільш ефективно використовувати наявні виробничі ресурси. У контексті цього поняття серед цих елементів виділяється здоров'я як фундаментальний елемент, що визначає здатність людини виконувати трудові функції, розвивати професійні та особистісні якості, брати участь у системі відносин суспільства.

2. Дослідження генезису наукового розуміння механізмів державного управління системою охорони здоров'я показало, що механізм державного управління системою охорони здоров'я – це цілісність станів і процесів реалізації комплексних державних дій (з використанням політичних, економічних, соціальних, організаційно-правових засобів, практичні заходи, важелі, стимули) у процесі вирішення загальнодержавних проблем.

Водночас не викликає сумніву, що формування сучасного цілісного державно-адміністративного механізму впливу у сфері медицини може значною мірою запобігти низці різноманітних помилок та упущень у реформуванні системи охорони здоров'я.

3. Аналіз зарубіжного досвіду формування механізмів управління системами громадського здоров'я показав, що в європейських країнах розроблені політика та стратегії, а також конкретні програми та проекти, які

сприяють збереженню громадського здоров'я та профілактиці захворювань. У країнах ЄС паралельно працює декілька систем надання медичної допомоги, які відрізняються залежно від місця перебування пацієнта та закладу охорони здоров'я. В Європі також існує три основні рівні відповідальності за охорону та збереження здоров'я: національний, регіональний і місцевий. Крім того, системи страхування в усіх регіонах Європи передбачають оплату штрафів або значне підвищення вартості вторинної медичної допомоги у разі несанкціонованого, ненаправленого направлення до спеціалістів.

4. Встановлено закономірності та принципи реформування механізмів державного управління системою охорони здоров'я України в європейському вимірі. Аргументовано, що для розв'язання проблеми запровадження в Україні сучасної моделі солідарного медичного страхування, заснованої на формах участі приватних структур у партнерстві у сфері охорони здоров'я, які найбільш поширені в Центральній та Східній Європі, у тому числі: контракти, укладені державою та приватними компаніями з метою виконання робіт і послуг, постачання продукції для задоволення державних потреб тощо.

5. Розроблено модель державного управління системою охорони здоров'я, реалізація якої здійснюватиметься за вісьмома послідовними напрямками:

- удосконалення правової бази сфери охорони здоров'я та моніторинг та аналіз результатів впровадження нових нормативно-правових актів;
- впровадження механізму державно-приватного партнерства у цій сфері;
- проведення ефективної кадрової політики;
- ширше впровадження інноваційних систем забезпечення якості в роботі закладів охорони здоров'я;
- впровадження інноваційних підходів для покращення комунікації між пацієнтами та медичним персоналом;

- запровадження дієвого механізму державного нагляду за працею медичних працівників з метою підвищення їх продуктивності;
- розвиток страхового ринку;
- використання системи громадського контролю у сфері охорони здоров'я.

б. На основі досвіду розвинених країн світу, визначено 10 завдань за допомогою яких можна реалізувати основні удосконалення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні, серед яких: надання господарської самостійності та запровадження автономізації усіх медичних установ галузі; формування та впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я на усіх рівнях надання медичної допомоги; забезпечення умов для розвитку медичної інфраструктури у сільській місцевості; трансформація механізму державних закупівель медичних препаратів із застосуванням методу прямої закупки лікарських засобів у виробників без участі посередників; запровадження нових клінічних протоколів надання медичної допомоги з урахуванням міжнародних вимог; забезпечення сприятливих умов для розвитку вільної конкуренції на ринку медичних виробів та лікарських засобів, а, також, спрощення процедури їх ліцензування; створення нових відділень надання екстреної медичної допомоги та оптимізація роботи відповідної диспетчерської служби.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акимова И. М. Качество медицинской помощи должно повыситься в ближайшие годы и это будет связано с изменением системы финансирования здравоохранения. *Зеркало недели. Украина*. 2011. №4. С. 12 - 13.
2. Атаманчук Г. В. Теория государственного управления: курс лекций. М. : Омега-Л, 2006. 584 с.
3. Атаманчук Г. В. Теория государственного управления Москва: Омега-Л, 2004. С.489
4. Баєва О. Формування напряму та стратегії підготовки менеджерів для галузі охорони здоров'я. *Вісник УАДУ*. 2003. № 1. С. 233–236.
5. Базарна О. В. Організаційна складова механізму публічного регіонального управління житлово-комунальним господарством. *Журнал «Економіка та держава»* № 4 2018. с. 128
6. Базарна О. В. Поняття, суть, природа публічного управління та державного управління. *Вісник Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля: Збірник наукових праць*. Луганськ: 2012. № 1, ч. 2. с. 60-62.
7. Бакуменко В. Д. Теоретичні та організаційні засади державного управління: навч. посіб. К. : Міленіум, 2003. С. 8–9.
8. Бакуменко В. Д., Кравченко С. О. Методологія системних досліджень в державному управлінні: навч. посіб. Київ : ВПЦ АМУ, 2011. с.489
9. Бакуменко В. Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики: монографія. К.: Вид-во УАДУ, 2000. 328 с.
10. Березянська А. О. Теоретичні підходи до визначення поняття «механізми державного управління» та їх класифікація *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу*

"Києво-Могилянська академія". Серія : Державне управління. 2015. Т. 254, Вип. 242. с.7. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npchdu\\_2015\\_254\\_242\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npchdu_2015_254_242_3)

11. Босак О. З. Публічне управління як нова модель управління у державному секторі. *Державне управління: теорія та практика*. 2010. № 2. с.116

12. Валевський О. Соціологічний вимір деяких макрополітичних тенденцій у громадській думці та аналіз їхнього впливу на політичну ситуацію. *Стратегічна панорама*.1999.-№1/2. С.69-76

13. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. К. ; Ірпінь : ВТФ «Перун», 2005. с. 1511

14. Віталій Москаленко Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>

15. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: дис.... док-ра наук з держ. упр. : 25.00: Маріуполь, 2019. с.91

16. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. *Форум права*. 2011. № 2. с.144 URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP\\_index.htm\\_2011\\_2\\_23](http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2011_2_23)

17. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України: дис...канд.держ.упр.: 25.00.02 Запоріжжя, 2018. с.235

18. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я: монографія. Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. 312 с.

19. Говорко О. В. Демографічні процеси в системі охорони здоров'я населення. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство. 2017. Вип. 13(1). с.61. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuumevcg\\_2017\\_13%281%29\\_\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuumevcg_2017_13%281%29__15)

20. Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дисер... канд. юр. наук: 12.00.07 Одеса, 2018. С.158

21. Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дисер... канд. юр. наук: 12.00.07 Одеса, 2018. С. 160

22. Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дисер... канд. юр. наук: 12.00.07 Одеса, 2018. С. 179.

23. Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дисер... канд. юр. наук: 12.00.07 Одеса, 2018. С. 183

24. Гомон Д.О., Денисова А.В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія: «Юридичні науки». 2016. № 4. С.123.

25. Гомон Д.О., Денисова А.В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія: «Юридичні науки». 2016. № 4. С.125.

26. Гончарова О. Право на охорону здоров'я від 10.01.2017 Реформа медичної галузі – панацея чи остаточне знищення? URL: <http://khp.org/index.php?id=1484060362>

27. Дем'янчук О. «Державна політика» та «публічна політика»: варіант перехідного періоду. *Наук. зап. НАУКМА*. Т. 18: Політ. науки. 2000. С. 31 - 36.

28. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша; кол. авт. : упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.

29. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш,

передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф.М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К. : НАДУ, 2013. с.103

30. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф.М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К. : НАДУ, 2013. с.121

31. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: монографія / Я.Ф. Радиш; Передм., заг. ред. Н.Р. Нижник. К: Вид-во УАДУ, 2001. 359 с.

32. Долгих М. В. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр на тему: «Теоретико-методологічні засади реформування механізмів управління системою охорони здоров'я» / Національна Академія керівних кадрів культури і мистецтв інститут практичної культурології та арт-менеджменту, кафедра арт-менеджменту та івент-технологій, Київ 2020. С. 102-103

33. Долот В. Д. Механізми державного управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я України. автореф. дис... д-ра держ.упр. 25.00.02. Харків, 2018. С.8

34. Долотенко Є. В. Особливості державного управління системою охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Сер.: Державне управління.* 2014. № 1. с. 90 URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/drdu\\_2014\\_1\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/drdu_2014_1_17)

35. Зима І. Я. Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід.* 2019. № 7. с.109. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/7\\_2019/20.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2019/20.pdf)

36. Інформаційний портал Все про Канаду Охорона здоров'я в Канаді, медицина. URL: <https://canadaua.ca/archives/450>

37. Ісаєнко І. А. Європейські підходи до функціонування механізмів публічного управління. *Інвестиції практика та досвід.* № 5/2012 с.117



38. Історія економічних вчень: Навчальний посібник / За ред. В.В. Кириленка. Тернопіль: Економічна думка, 2007. с. 63
39. Казюк Я. Теоретичні основи механізму державного управління бюджетними ресурсами. *Публічне управління: теорія та практика*. 2014. Вип. 3. с.139 URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pubupr\\_2014\\_3\\_23](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pubupr_2014_3_23)
40. Карамишев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2006. 401 с.
41. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України: дис... канд. держ. упр.: 25.00.02. Харків, 2020. С.75
42. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України: дис... канд..держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. С .82
43. Кілієвич О., Юрчишин В. Стосовно моделі держави у глобалізованому світі. *Вісник УАДУ: Наук. журн.* 2001. №1. С. 213 – 220.
44. Книш С. В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: дис.... д-ра юрид. наук: 12.00.07. Тернопіль, 2019.. С. 342-347
45. Книш С. В. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та євро перспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. 2019. Вип. 1. С. 54-59. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/aprpr\\_2019\\_1\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/aprpr_2019_1_11)
46. Кодекс України про адміністративні правопорушення: Кодекс від 07.12.1984 № 8073-Х. *Відомості Верховної Ради Української РСР (ВВР)*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10#Text>
47. Козак В. І. Публічне управління в системі координат української державності. *Ефективність державного управління*. 2015. Вип. 44(1). С. 64-70. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu\\_2015\\_44%281%29\\_\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2015_44%281%29__9)

48. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. *Економічний вісник НТУУ «КПІ» : збірник наукових праць*. 2018. № 15. С.21 URL: [https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/26372/1/EV2018\\_18-27.pdf](https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/26372/1/EV2018_18-27.pdf)
49. Конституція України: Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 1996, № 30, ст. 141 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%8>
50. Концепція ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики і стратегії для XXI сторіччя». URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf)
51. Костенко Н.І., Марцинковський В.О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Подільський науковий вісник. Науки: економіка, педагогіка*. 2018. №3. С.166-173.
52. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент*. 2017. Вип. 24(2). С. 39-43. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu\\_eim\\_2017\\_24%282%29\\_\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11).
53. Кравченко О. М. Теоретичні підходи до визначення поняття — механізм державного управління. *Державне управління: удосконалення та розвиток : електронне наукове фахове видання*. 2009. № 3. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/index.php?operation=1&iid=56>.
54. Кривуша С.Г. Складові механізму державного регулювання продуктивністю праці в секторі охорони здоров'я. *«Young Scientist»*. № 12 (64) December, 2018. с.280
55. Лазоришинець В. В. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення : монографія. Київ.: МОЗ України. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2014. 207 с.

56. Лехан В. М., Слабкий Г.О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір (частина 1). *Новости медицины и фармации*. 2010. №4 (309). С. 23 – 30.
57. Лехан В.М., Слабкий Г.О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір (частина 2). *Новости медицины и фармации*. 2010. №5 (311). С. 28 – 35.
58. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні. *Теорія та практика державного управління*. 2015. Вип. 2. с.200-201. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trpu\\_2015\\_2\\_33](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trpu_2015_2_33)
59. Лобас В. М., Шутов М. М., Вовк С. М. Методологія реформування систем охорони здоров'я, за кластерними підходами. Україна. *Здоров'я нації*. 2013. № 2 (26). С. 84-88.
60. Луговий В. І. Десять років становлення (досвід досліджень, розробокі впроваджень у сфері державного управління). *Зб. наук. матер. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України*. Київ : Вид-во НАДУ, 2005. 356 с.
61. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії Ел. видання *Медицина світу* 2013 р., № 11 URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php>
62. Медяник Д.І. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. *Наукові записки*. Вип.19, 2016. с. 23
63. Михайловська О. В. Аналіз теоретичних підходів до визначення сутності складових дефініцій публічного управління та адміністрування. *Університетські наукові записки*. 2016. № 2. с. 246 URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap\\_2016\\_2\\_24](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2016_2_24)
64. МОЗ. Інформаційний бюлетень «Що було є і буде», с. 8-9. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition\\_book\\_healthcare.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf)
65. Надюк З. Ринок медичних послуг: роль держави у фінансуванні системи охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2008. № 4. С.100-102.

66. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1 [http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1\\_2020/57.pdf](http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf)
67. Нижник Н. Методологічні основи розробки структур державного управління та оцінки їх організаційної ефективності. *Вісник НАДУ при Президентіві України*. 2005. № 1. С. 114–130.
68. Нижник Н., Мосов С. Механізм розроблення та ухвалення рішень у системі державного управління. *Вісник УАДУ*. 1998. № 4. С. 35–39
69. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: навч. посіб. / Кол. авт.: Л. Жаліло (кер.), І. Солоненко, Б. Волос та ін. К.: Вид-во УАДУ, 2001. 142 с.
70. Пармаклі Д.М. Історія економічних вчень: Навчальний посібник. Одеса, 2018. с. 29
71. Пархета Л.В. Медичне страхування та його роль у фінансовому забезпеченні системи охорони здоров'я в Україні: дис...канд. екон. наук: 08.00.08 / Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана. Київ, 2018. С. 70
72. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу) Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>
73. Пильтяй А. В. Фінансова криза та державно-приватне партнерство: наук. *Збірник Економіка*. Київ: КНТУ, 2010. С. 127–137.
74. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. - Вип. 14. С. 25. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses\\_2017\\_14\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7)
75. Попова, І. А., Андрійко Л. Ю. Проблеми та основні напрями реформування системи охорони здоров'я. Професійний менеджмент у

сучасних умовах розвитку ринку : матеріали VIII наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Харків, 1 листоп. 2019 р. Харків, 2019. С.33

76. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*, 2018, № 5, ст.31. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

77. Ребкало В., Гаєвський Б. Українське політичне управління: деякі сучасні риси. *Вісник УАДУ : Наук. журн.* 2000. №2. С. 169 – 186

78. Романов В. Державна політика й реформи. *Вісн. УАДУ.* 2001. № 2. Ч. 2. С. 72 –78.

79. Сазонець І. Л., Зима І. Я. Дослідження проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів. *Інвестиції: практика та досвід.* 2018. № 21. с.110. [http://www.investplan.com.ua/pdf/21\\_2018/22.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/21_2018/22.pdf)

80. Сас О.О. Управління великотоварними агропромисловими формуваннями: дис. ... канд. екон. наук : 08.00.04 Держ. ВНЗ «Київ. нац. екон. ун-т ім. Вадима Гетьмана». Київ, 2016. с. 20.

81. Сокирко О. С., Кобзар І. А., Ханалієва І. С. Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Економіка і суспільство.* 2018. Вип. № 19. с.1140 URL: [http://economyandsociety.in.ua/journal/19\\_ukr/171.pdf](http://economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/171.pdf)

82. Солоненко І. М. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб. *Державне управління в Україні: реалії та перспективи: Зб. наук. пр. НАДУ. К., 2005. С. 424 – 431.*

83. Солоненко І. М., Пак С. Я. Удосконалення організаційно-правових засад діяльності місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я в Україні. *Сучасні питання економіки і права.* 2011. Вип. 1. С. 102-110. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sper\\_2011\\_1\\_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sper_2011_1_22)

84. Сулима О.М. Охорона здоров'я: агонія чи реформи. *Новости медицини и фармацевти*. 2007. №14 (220). С. 18 - 22.
85. Тертичка В. Державна політика як фактор життєдіяльності суспільства. *Командор*. 2000. № 2 – 3. С. 20 – 22.
86. Ткач М. П. Проблеми визначення поняття державного управління. *Правовий вісник Української академії банківської справи*. 2012. № 1 (6). С.59–63.
87. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 8. с.83-84 URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/8\\_2018/19.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/8_2018/19.pdf)
88. Торгун О. Десять проблем української медицини. Український інститут майбутнього. 25.10.2019 URL: <https://uifuture.org/publications/25139-heals-medecine-torgun/>
89. Трансформація. Уляна Супрун. Блог. Як працює система охорони здоров'я в США. 28 січня 2019. URL: [https://suprun.doctor/transformatziya/yak-praczyue-sistema-oxoroni-zdorovya-vssha.html?\\_page408](https://suprun.doctor/transformatziya/yak-praczyue-sistema-oxoroni-zdorovya-vssha.html?_page408)
90. Турчак Д.В. Механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я: дис...канд. держ.упр.: 25.00.02 Київ, 2019. С. 147
91. Український медичний портал 28.05.19. Як працює система охорони здоров'я Канади. URL: <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-pracyuye-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535>
92. Федько О. А. Багатоаспектність поняття «здоров'я» у сучасній науковій думці. . URL: <http://www.dy.nayka.com.ua>.
93. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали І Всеукраїнської наук.-практ. конф., 19 – 20 квіт. 2007 р. Львів, 2007. С. 318 –323.
94. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз *Державне управління та*

*місцеве самоврядування*. 2014. Вип. 1. с. 135 URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums\\_2014\\_1\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2014_1_17)

95. Черленяк І. І. Синергетичні моделі оптимізації системи державного управління: монографія. Ужгород: Ліра, 2010. 656 с.

96. Чернов С. І. Текст лекцій з дисципліни «Публічне адміністрування» (для студентів всіх форм навчання за спеціальністю 7.03060101, 8.03060101 «Менеджмент організацій і адміністрування (за видами економічної діяльності)» / С.І. Чернов, С.О. Гайдученко; Харк. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О.М. Бекетова. Х.: ХНУМГ, 2014. С.8

97. Шафранський В. В., Слабкий Г. О., Качала Л. О. Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я: наук.- практ. журн.* 2016. № 2 (4). С. 72-75.,

98. Шевчук В. В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України: дисер...канд.держ упр.; 25.00.02 Миколаїв. 2017. С. 20

99. Юристовська Н. Я. Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 2. С. 138-147. С.138 URL:[http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu\\_2017\\_2\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_18).

100. Юрченко О. М. Аналіз досліджень проблеми самозбереження в педагогічній теорії та практиці. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології : науковий журнал*. Сумський держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка; [редкол.: А. А. Сбруєва, О. Є. Антонова, Дж. Бішоп та ін.]. Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2015. № 1 (45). с.194

101. Ярош Н.П., Лупей-Ткач С.І. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. №1(21). С.95–100.

102. Public Administration Aspects 6 (8) 2018. Публічне управління: сутність і визначення ... Al-Atti I. V., Interregional Academy of Personnel Management.с.38 Режим доступу: [www.aspects.org.ua](http://www.aspects.org.ua)



**Виконала:** студентка  
магістратури за  
спеціальністю 281 Публічне  
управління та \_\_\_\_\_ Оксана ПУДЛЮ  
адміністрування заочної  
форми навчання

**Науковий керівник:**  
завідувач кафедри  
публічного управління та  
адміністрування, \_\_\_\_\_ Едуард ЩЕПАНСЬКИЙ  
д.держ.упр., доцент

**Робота допущена до  
захисту:**  
завідувач кафедри  
публічного управління та  
адміністрування, \_\_\_\_\_ Едуард ЩЕПАНСЬКИЙ  
д.держ.упр., доцент