

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий інститут публічного управління та адміністрування

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра публічного управління та адміністрування

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри публічного  
управління та адміністрування

\_\_\_\_\_ О. Н. Євтушенко

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

## КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему: **СВІТОВИЙ ДОСВІД СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ В  
ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Керівник:

д. політ. н., професор

Євтушенко Олександр Никифорович

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент:

к.н.держ.упр., доцент

Шульга Анастасія Алімівна

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав:

студент VI курсу групи 635 М

Попов Денис Олегович

(П.І.Б.)

Спеціальності:

281 «Публічне управління та  
адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП:

«Публічне управління та адміністрування»

Миколаїв – 2024

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1	
НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ СВІТОВОГО ДОСВІДУ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1. Основні підходи до управління системою охорони здоров'я...7	7
1.2. Забезпечення права на охорону здоров'я в різних країнах світу та Україні.....	12
1.3. Моделі управління системою охорони здоров'я в зарубіжних країнах.....	20
Висновки до 1 розділу.....	24
РОЗДІЛ 2. СТАНОВЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	
2.1. Реформи в управлінні системою охорони здоров'я.....	26
2.2. Нормативно-правове забезпечення системою управління в закладах охорони здоров'я	
Висновки до 2 розділу.....	41
РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЗАСТОСУВАННЯ СВІТОВОГО ДОСВІДУ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	
3.1. Напрями управління системою охорони здоров'я з урахуванням світових практик.....	45
3.2. Перспективи впровадження світового досвіду управління закладами охорони здоров'я в Україні.....	53
3.3. Удосконалення системи охорони здоров'я в Україні на основі світового досвіду.....	57
Висновки до 3 розділу.....	68
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Ефективне державне управління у сфері охорони здоров'я з точки зору виконавчої влади як ключ до соціально-економічного розвитку. Процеси національної трансформації, пандемія Covid 19, війна та глобалізація призвели до значних змін у виконавчій владі, взаємовідносинах між владою та народом, появи нових форм управління, соціальних інститутів та структур. Однак сучасний стан функціонування системи охорони здоров'я зумовлює необхідність її системного та комплексного реформування.

Питання реформування системи охорони здоров'я є закономірним процесом трансформації держави і влади, складним багатовимірним процесом. Це вимагає об'єктивного висвітлення, яке враховує кращі національні практики та передовий, зокрема європейський досвід, що вказує на подальші вектори змін у політичній, економічній та соціальній складових. Дослідження основних шляхів реформування системи охорони здоров'я в Україні є особливо актуальним і важливим. Як показують світові приклади, в сучасну епоху технологічних інновацій рівень соціально-економічного розвитку держави залежить не тільки від наявних економічних ресурсів, а й від ефективної системи управління як на галузевому, так і на національному рівнях. Тому питання раціонального та високопрофесійного управління, ефективної організації системи охорони здоров'я та збалансованості міждержавних відносин набувають першочергового значення.

Такі міжнародні організації, як ООН, Світовий банк, Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) та Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) зосереджують увагу на дослідженнях та експертній оцінці з метою підвищення ефективності управління охороною здоров'я, активно вивчають національний досвід на основі методів порівняльної оцінки, визначають позитивні та негативні результати функціонування національних систем охорони здоров'я, визначення потенціалу їх розвитку та

подальших тенденцій, що потребують регулювання на національному рівні. Загалом, дослідницький підхід до забезпечення охорони здоров'я ґрунтується на аналізі трьох елементів: політичного, економічного та медичного. Визначаються ключові показники та критерії, за якими можна порівнювати системи охорони здоров'я, такі як тривалість життя, рівень смертності, вартість медичних послуг, рівень доступу до медичних послуг, рівність доступу до системи охорони здоров'я та якість медичної допомоги. Однак зарубіжний досвід та вітчизняна практика вкотре підтверджують, що фінансові ресурси є ключовим фактором функціонування та розвитку систем охорони здоров'я.

Аналіз зарубіжного досвіду показує, що жодна країна світу сьогодні не надає медичні послуги безоплатно, і всі вони належним чином фінансуються з різних джерел. Саме за фінансовою основою розрізняють три класичні моделі організації охорони здоров'я. Це пов'язано з тим, що рівень управління системою охорони здоров'я в кожній з них різний. Це пов'язано з тим, що рівень державного управління, страхової та фінансової систем, законодавча база та інші показники дуже відрізняються в зарубіжних та українських соціально-економічних системах. Так, існують загальносвітові тенденції та принципи, в яких наша країна бере участь і які впроваджує в державну політику, але методи та механізми, які використовуються в цьому процесі, відображають особливості наших традицій та управління. Метою є досягнення ефективності у наданні медичної допомоги та гарантування якості медичних послуг населенню, але на сьогодні ця мета є дуже складною для досягнення.

На трансформацію системи охорони здоров'я нашої країни впливають як зовнішні, так і внутрішні чинники, причому система працює в надзвичайно складних умовах воєнного стану через низку негативних факторів, але це також є випробуванням на стійкість для нашої країни та її системи охорони здоров'я. Україна вирізняється своєю системою охорони здоров'я, високими людськими якостями лікарів та високим ступенем емпатії

та гуманізму медичних працівників при виконанні своїх обов'язків.

Аналіз наукових джерел свідчить про широке дослідження світового досвіду та можливостей його адаптації в Україні: ці питання знайшли своє відображення в роботах таких вчених як Баєва О.В., Білинська М.М., Бабченко В.Л., Безносенко Д.О., Белих А., Грабовський В.А., Данько В.В., Дмитрук О.В., Іваненко Є, Карамішев Д.В., Карпишин Н.І., Кризіна Н.П., Мельник Л.А., Пашков В.М., Радиш Я.Ф., Удовиченко Н.М. та інші.

**Метою роботи** дослідити світовий досвід системи управління в закладах охорони здоров'я та можливості адаптації кращих практик.

Досягнення поставленої мети передбачало виконання наступних завдань:

- систематизувати підходи до системи управління закладами охорони здоров'я;
- описати моделі світового досвіду системи управління охорони здоров'я;
- дослідити реформи в управлінні системою охорони здоров'я;
- вивчити нормативно-правове забезпечення в управлінні системою в закладах охорони здоров'я;
- виявити напрями управління системою охорони здоров'я з урахуванням світових практик;
- запропонувати перспективи впровадження світового досвіду управління закладами охорони здоров'я в Україні.

*Об'єктом дослідження* є система управління в закладах охорони здоров'я.

*Предметом дослідження* є світовий досвід системи управління в закладах охорони здоров'я.

**Наукова новизна** в полягає в тому, що автором обґрунтуванні теоретичні основи і концептуальні підходи до світового досвіду управління системами охорони здоров'я та наукове обґрунтування потенціалу адаптації

кращих практик у вітчизняному секторі охорони здоров'я.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що теоретичні узагальнення, висновки і пропозиції є явним внеском в теорію і практику управління в медичній сфері, а отримані висновки можуть бути використані в ході практичної діяльності адміністративних органів в медичній сфері, на рівні медичних установ, освітніх і методичних прийомів співпраці з медичним персоналом і т. д. Впроваджені в учбовий процес напрямку підготовки «Публічне управління та адміністрування» а саме: при викладанні дисциплін «Євроінтеграція, міжнародне публічне управління та безпека», «Шляхи реформування державних органів влади» та ін.

**Методи дослідження.** Методологічною основою роботи базується на системних та діалектичних підходах, інструментах системи менеджменту та публічного управління. Методами дослідження обрано спеціальні та загальнонаукові методи, зокрема статистичний, системно-структурного, ретроспективний, ретроспективний та трендовий аналізи, монографічний, соціологічний, графічний, табличний методи.

**Особистий внесок.** Кваліфікаційна робота є самостійним завершеним дослідженням. Визначені та обґрунтовані в кваліфікаційній роботі наукові положення, висновки та пропозиції, одержані практичні результати є особистим внеском магістранта.

**Апробація результатів.** Результати дослідження доповідалися й обговорювалися на конференції на тему «Світовий досвід системи управління в закладі охорони здоров'я». Могилянські читання – 2024 : досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні : глобальний, національний та регіональний аспекти : XXVII Всеукр. наук.-практ. конф.: 6–10 листоп. 2024 р., м. Миколаїв.

**Структура й обсяг роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, які об'єднують вісім підрозділів, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 82 сторінки, основного тексту 74 сторінки. Список використаних джерел налічує 64 найменування.

## РОЗДІЛ 1

### НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ СВІТОВОГО ДОСВІДУ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. Основні підходи до управління системи управління охорони здоров'я

На початку ХХІ століття перед урядами країн постало завдання продовжувати реформи державного сектору та адаптуватися до умов глобалізації. Зрозуміло, що досвід європейських країн, які здебільшого реалізували реформи державного сектору, заслуговує на увагу, щоб Україна могла уникнути помилок інших країн. Питання побудови сталої моделі системи охорони здоров'я та завершення реформ залишається актуальним. Тому необхідно враховувати світові тенденції реформування системи управління охороною здоров'я. Це пов'язано з тим, що управління охороною здоров'я є ключовим пріоритетом і стратегічним сектором України з точки зору забезпечення розвитку компетентного суспільства та модернізації державного управління [12]. Наука і практика державного управління в сучасному світі характеризується концептуальним і методологічним плюралізмом, що знаходить своє відображення, зокрема, в концепціях нового державного управління, соціальних мереж і соціальної модернізації. Тому реформування української системи охорони здоров'я на основі концепції сталого державотворення розширить можливості адекватного реагування на виклики глобалізації та сприятиме відродженню людського капіталу [1, с. 28].

Наразі трансформація кадрів, організації, структури та функціонування в Україні має торкнутися насамперед органів місцевого самоврядування та адміністративних органів [29], які гарантують реальне виконання державних законів та нормативно-правових актів [51]. Органи публічної влади

впливають на найважливіші процеси суспільного розвитку та безпосередньо взаємодіють з населенням при здійсненні своїх повноважень. Тому кожному має бути гарантовано ефективний захист цих свобод і прав у разі їх порушення, а також істотне дотримання та захист прав і свобод у сфері публічної влади [52].

Вивчення досвіду інших країн у реформуванні адміністративних органів, визначення їх політичного контексту, етапу реалізації та особливостей є передумовою ефективного проведення адміністративної реформи в нашій країні. Необхідно визначити, чи можливо досягти поставлених цілей, які умови для цього слід створити, як подолати бар'єри та конфлікти на різних етапах змін, щоб реалізувати реформи у виконавчій владі [38]. Враховуючи вирішальну роль органів виконавчої влади у забезпеченні верховенства права та пріоритетності прав і свобод людини і громадянина, необхідно визначити основні передумови реформування органів виконавчої влади України, а також врахувати євроінтеграційний курс України та сучасну політичну, соціальну та економічну ситуацію в країні, зміст такого реформування та необхідність проведення таких реформ. Проблеми організації та проведення реформ висвітлюються у працях зарубіжних авторів М. Бевіра, А. Коула, Джона Гаргана та С. Келмана, з акцентом на причинах, результатах та наслідках змін [2-5]. Оскільки питання реформування виконавчої влади в зарубіжних країнах є подібним до українського, ми вирішили звернутися до їхніх праць. Це дозволяє проаналізувати причини, умови та основні реформи в цих порівнянних країнах і системно визначити позитивні та негативні тенденції в їх реалізації. Вона описує баланс між витратами державного, місцевих та інших бюджетів при наданні якісних послуг охорони здоров'я, що є основою сталої національної соціально-економічної системи. Традиційно індикаторами її ефективності є показники смертності, тривалості життя, ефективності боротьби з хронічними та інфекційними захворюваннями, частка ВВП, що виділяється на послуги охорони здоров'я, дотримання міжнародних медичних



стандартів та реалізація гуманної, людиноцентричної та соціально орієнтованої політики економічного і соціального розвитку. У цих процесах важливу роль відіграють адміністративні практики, особливо на регіональному та місцевому рівнях. Так, в Японії, де існує чотири рівні управління охороною здоров'я (національний - уряд; регіональний - префектури; спеціалізований - медичні центри, що обслуговують в середньому 100 000 жителів; місцевий - муніципалітети міст і сіл, особливо їх структурні підрозділи - відділи охорони здоров'я, що займаються відповідними регіональними програмами [6]), координуючу роль відіграє Міністерство охорони здоров'я. Високі медичні витрати (понад 7 000 доларів США на рік [37]) на 90% покриваються за рахунок державного медичного страхування. Існують обмеження на оплату праці медичного персоналу та доходи страхових компаній для запобігання зловживанням (Таблиця 1.1).

Таблиця 1.1

### Ключові позиції системи охорони здоров'я провідних країн світу

Країна	Система	Фінансування	Витрати (частка у ВВП), %
Фінляндія	Через громадську систему ОЗ та М. вони як універсальними, фінансованими через податки. Управління на національному рівні належить Міністерству соціальної допомоги та охорони здоров'я	М	9,2
Франція	Поєднання приватного та державного секторів, фінансованих державною програмою та добровільним страхуванням. Регулюється Урядом.	М	11,3
Німеччина	Базується на принципах соціальної солідарності, саморегуляції та децентралізації. Уряд формує законодавчу та нормативну базу, здійснює контроль наукової експертизи, а землі адмініструють надання медичних послуг	М	11,2
Нідерланди	Управління – Міністерством громадського здоров'я, добробуту і спорту, яке визначає Політику у сфері, затверджує Програми соціального страхування	М	10,1

Об'єднане Королівство	Центральним органом управління є Національна служба охорони здоров'я, фінансованої коштом податків. Послуги – всім верствам населення переважно безоплатно.	Д	9,6
Італія	Національна служба охорони здоров'я сприяє загальному безоплатному доступу до медичних послуг. система є фрагментованою, децентралізованою, управління трирівневе бюрократизоване	Д	8,8
США	Це мережа програм та фрагментованих систем, фінансованих державою та приватними особами. Надання послуг здійснюється коштом програм	З	17,1

\*М – медичне страхування, Д – державне фінансування, З – змішане фінансування, ОЗ – охорони здоров'я.

Джерело: сформовано на основі [43].

Люди без страховки зазвичай користуються послугами некомерційних медичних центрів та лікарень швидкої допомоги. Однак ці заклади не надають лікування, а лише діагностують хворобу. Подібна система існує в США і варіюється від штату до штату. Для того, щоб гарантувати рівні умови та якість медичних послуг, державне та приватне страхування, урядові програми, пенсійні фонди та фонди страхування від нещасних випадків, лікарняні каси та державна скарбниця покривають витрати на стаціонарне та амбулаторне лікування, рецептурні ліки, транспортування до медичних закладів, забезпечення медичним обладнанням та вибір медичних закладів і лікарів.

Особливістю нинішнього етапу реформування є те, що система охорони здоров'я зазнає постійних змін. Наприклад, у США реформа охорони здоров'я, розпочата за часів президентства Барака Обами, мала на меті забезпечити доступну та якісну медичну допомогу для всіх американців, зменшити витрати на охорону здоров'я, покращити результати лікування та безпеку пацієнтів, а також зміцнити громадське здоров'я. Основні реформи включали створення ринків медичного страхування, розширення системи Medicaid, встановлення мінімальних стандартів покриття, надання субсидій та податкових пільг для страхового покриття, запровадження обов'язкового

страхування для фізичних та юридичних осіб, а також реформування оплати та якості послуг. За даними Конгресу США, медична реформа збільшила кількість американців, які мають медичну страховку, на 20 мільйонів, знизила рівень незастрахованих з 16% до 9%, скоротила витрати на охорону здоров'я на 2,6 трильйона доларів США, покращила доступ і якість медичної допомоги та збільшила державне фінансування охорони здоров'я на 15 мільярдів доларів США.

В Англії реформи охорони здоров'я, запроваджені урядом Девіда Кемерона, мали на меті підвищити автономію, конкуренцію, вибір та ефективність системи охорони здоров'я, а також посилити роль громадського здоров'я. Реформи в основному включали: передачу відповідальності за планування і закупівлю медичних послуг від трестів первинної медичної допомоги групам клінічних замовлень; створення Національної виконавчої влади з охорони здоров'я та медичного обслуговування для нагляду за якістю, безпекою та ефективністю послуг; громадське здоров'я, профілактика захворювань і реагування на надзвичайні ситуації; створення Управління громадської охорони здоров'я Англії; створення органу Public Health England, який займатиметься питаннями громадського здоров'я, профілактики захворювань і реагування на надзвичайні ситуації; розширення ролі приватних і добровільних постачальників медичних послуг. За даними Національного аудиторського офісу, реформа охорони здоров'я збільшила кількість постачальників медичних послуг зі 101 до 211, скоротила адміністративні витрати на 1,2 млрд фунтів стерлінгів, покращила доступ до послуг та їхню якість, а також збільшила фінансування охорони здоров'я на 5,4%.

У Канаді реформи системи охорони здоров'я, ініційовані урядом Джастіна Трюдо, були спрямовані на підвищення доступності, якості, ефективності та стійкості системи охорони здоров'я, а також на зміцнення громадського здоров'я. Ключові реформи включали збільшення федерального фінансування охорони здоров'я для штатів і територій;

встановлення національних стандартів і цілей для поліпшення послуг первинної медичної допомоги, психічного здоров'я, охорони здоров'я на дому та паліативної допомоги; розробку національної стратегії подолання опіоїдної кризи; створення національної схеми фармацевтичного страхування; розширення ролі цифрових і електронних технологій у сфері охорони здоров'я; підвищення якості медичної допомоги. Це передбачало розширення ролі цифрових і віртуальних технологій в охороні здоров'я. За даними Канадського інституту медичної інформації, реформа охорони здоров'я збільшила кількість канадців, які отримують первинну медичну допомогу, психіатричну допомогу, допомогу на дому та паліативну допомогу, знизила смертність від передозування опіоїдів, зменшила витрати на ліки, покращила результати лікування та безпеку пацієнтів, а також збільшила фінансування системи охорони здоров'я на 6%.

## **1.2. Забезпечення права на охорону здоров'я в різних країнах світу та Україні**

Оскільки системи охорони здоров'я в усьому світі розвиваються, здатність забезпечити досяжний рівень здоров'я та безпеки залежить від роботи різних міжнародних організацій та платформ. Одним із ключових питань є забезпечення права громадян на охорону здоров'я. Водночас це питання є одним з найбільш суперечливих і безпосередньо впливає на діяльність та спроможність систем охорони здоров'я надавати якісні медичні послуги своїм громадянам. Водночас, за даними Світового банку та ВООЗ, тенденції та показники надання медичної допомоги в країнах світу свідчать про те, що половина населення планети не має доступу до необхідних їм медичних послуг, а більшість людей не мають доступу до профілактичних та лікувальних послуг [8, с. 216]. Країни, що розвиваються, продовжують

боротися зі зростанням кількості випадків інфекційних захворювань, малярії, СНІДу та дитячої смертності, а також несуть тягар боротьби з супутніми факторами, такими як погана санітарія та інші зовнішні і внутрішні чинники.

Провідні економіки світу також стикаються з низкою викликів, включаючи значне навантаження на системи охорони здоров'я через старіння населення, зростання поширеності хронічних і супутніх захворювань, а також попит на інновації та доступ до інноваційних медичних препаратів. Більшість питань, що мають важливе медичне значення, сьогодні регулюються міжнародними правовими актами: Загальною декларацією прав людини (стаття 25) [15], Міжнародним пактом про економічні, соціальні та культурні права (стаття 12) [37], Хартією основних прав Європейського Союзу (стаття 35) [59], Європейською соціальною хартією (стаття 11) [14], Конвенцією про права дитини (стаття 24) [26], Конвенцією про права дитини (стаття 25) [27]. Конвенція про права дитини (стаття 24) [26], Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації (стаття 5) [36], Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (стаття 11) [26], Конвенція про права осіб з інвалідністю (КПІ) (стаття 25) [28], Африканська хартія прав людини і народів Африканська хартія прав людини і народів (стаття 16) [70] та інші.

Наприклад, стаття 25 Загальної декларації прав людини проголошує «кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення на випадок безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку непередбаченого їй випадку» [15].

Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, стаття 12 зазначено, що «держави, які визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я, вживають необхідних для повного здійснення цього права заходів, спрямованих на скорочення мертвонароджуваності і дитячої смертності та забезпечення здорового

розвитку дитини, на поліпшення в усіх відношеннях гігієни навколишнього середовища і промислової гігієни, на запобігання епідемічним хворобам і лікування їх а також запобігання і лікування ендемічних, ензоотичних, професійних та інших хвороб і боротьба з ними, створення умов для забезпечення всієї медичної та реабілітаційної допомоги.

Відповідно до статті 35 Хартії основних прав ЄС, кожному гарантується право на профілактичну медичну допомогу та лікування на умовах, визначених національним законодавством і практикою [59]. Інші політики ЄС приділяють велику увагу захисту здоров'я і життя людини [76].

Тому країни, які ратифікували хоча б один міжнародно-правовий акт про права людини та право на охорону здоров'я, повинні захищати це право у своєму національному законодавстві та розвивати національні системи охорони здоров'я, які сприяють збереженню здоров'я своїх громадян та зміцненню їх соціального потенціалу.

У кожній країні реалізація права на охорону здоров'я безпосередньо залежить від державної політики у цій сфері. У багатьох країнах національна політика у сфері охорони здоров'я є основою для організації та надання медичних послуг, підвищення якості медичної допомоги та послуг, доступу до безпечних лікарських засобів та вакцин. Політика також відображає подальші плани різних адміністративних структур щодо подолання проблем забезпечення ефективного та оптимального доступу до систем і послуг охорони здоров'я для більшості населення [11; 23, с. 7; 53; 84].

Оскільки ефективність сектору охорони здоров'я визначає загальні показники здоров'я населення, головною метою системи охорони здоров'я є надання максимального обсягу медичної допомоги населенню за мінімальних витрат. Нова ситуація соціально-економічного розвитку кожної країни пов'язана з подоланням демографічних, епідеміологічних та фінансових проблем, які визначають спрямованість державної політики на потреби населення країни та регіону [11; 84].

Реалізація права громадян на охорону здоров'я залежить від вирішення

низки ключових питань, як показано в таблиці 2.1.

**Таблиця 1.2**

**Основні чинники, що обґрунтовують реалізацію права громадян на охорону здоров'я [11; 84]**

<b>Чинники</b>	<b>Зміст</b>
доступ до медичної допомоги	доступність та своєчасність
процес догляду	заходи профілактичної допомоги, безпечна допомога, скоординований догляд і зайнятість, переваги пацієнта
адміністративна ефективність, справедливість й результати охорони здоров'я	рівень здоров'я населення, смертність, пов'язана із охороною здоров'я і захворюваннями
фінансування	Забезпечення фінансових гарантій та доступності медичної допомоги

Ці фактори впливають на показники та стандарти ефективності охорони здоров'я, тобто на рівень якості медичної допомоги та на те, як функціонує система охорони здоров'я країни.

Усі нормативно-правові акти спрямовані на те, щоб медична допомога була своєчасною, безпечною, ефективною, справедливою та орієнтованою на людину [6, с. 35]. Однак, незважаючи на позитивні досягнення в системі охорони здоров'я, пацієнти часто не отримують необхідної медичної допомоги, мають проблеми з оплатою медичних послуг і не завжди можуть отримати оперативну інформацію про невідкладну допомогу або призначення.

За даними звіту ОЕСР «Health at a Glance 2019: OECD Indicators», опублікованого у 2020 році, кожна п'ята людина у світі стверджує, що ніколи не зверталася до лікаря, незважаючи на наявність медичних потреб [92, с. 30]. На нашу думку, ці тенденції є аномальними для провідних країн світу та світу в цілому. Системи охорони здоров'я потребують належного фінансового забезпечення для того, щоб функціонувати. Якщо системи охорони здоров'я не пов'язані з належним рівнем фінансового забезпечення

та захисту, людям, які потребують медичної допомоги, може бути дуже важко оплачувати рахунки та задовольняти інші базові медичні потреби.

Водночас ефективність фінансових витрат відіграє важливу роль в управлінні закладами охорони здоров'я, оскільки збільшення фінансових внесків у сектор охорони здоров'я, як правило, не призводить до покращення стану здоров'я населення [92, с. 35]. У більшості розвинених країн запроваджено різні схеми оптимізації фінансової підтримки на основі максимальної економічної ефективності [92, с. 15].

Водночас вважається, що ефективність фінансових витрат відіграє важливу роль в управлінні організаціями охорони здоров'я, оскільки збільшення обсягу коштів, що виділяються на сектор охорони здоров'я, як правило, не призводить до покращення стану здоров'я населення [92, с. 35]. Більшість розвинених країн запровадили різні схеми оптимізації фінансового забезпечення на основі максимального співвідношення ціни та якості [92, с. 15].

Аналіз досвіду та рейтингових оцінок інших країн у сфері охорони здоров'я свідчить про те, що універсальної та найкращої моделі системи охорони здоров'я не існує, і жодна країна не є світовим лідером у цій сфері. Це можна пояснити відсутністю міжнародно визнаних рейтингових індикаторів, а також, як уже зазначалося в попередньому розділі, різними моделями та системами управління охороною здоров'я. Наприклад, згідно з рейтингами ефективності, найкращими системами охорони здоров'я у 2019 році стали Сінгапур та Японія, на третьому місці - Швейцарія. Система охорони здоров'я України посіла 114 місце [95].

Наприклад, згідно з Глобальним індексом безпеки охорони здоров'я 2019 року, до країн з найкращими системами охорони здоров'я належать США, Велика Британія, Нідерланди та Австралія. Україна посіла 94 місце в цьому рейтингу [102].

Згідно зі звітом European Healthcare Consumer Index Report за 2018 рік, системи охорони здоров'я Швейцарії, Нідерландів та Норвегії посідають



перші місця, причому, згідно з цим же документом, права пацієнтів найкраще організовані в Нідерландах і Норвегії; Швейцарія посідає перше місце за показниками доступу до медичних послуг; результатів лікування та стабілізації стану пацієнта у Фінляндії, Норвегії та Швейцарії, перше місце в Нідерландах і Швеції за обсягом медичних послуг і перше місце в Нідерландах за охороною праці.

Що стосується нашої країни, то захист медичної галузі проголошено в низці міжнародних документів: Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права, Конвенції про права осіб з інвалідністю, Конвенції про права дитини, Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод та Європейській соціальній хартії [37; 28; 27; 26; 14].

Проголошені положення відображені в національному законодавстві, Конституції України, Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», інших законах, постановах Ради Міністрів України, відомчих нормативно-правових актах тощо.

Приєднавшись до Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права, Україна визнає право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я відповідно до статті 12, а базове поняття «найвищий досяжний рівень здоров'я» означає біологічні та соціально-економічні умови розвитку людини і наявні у держави як наявні можливості, так і ресурси держави [37]. Також звертається увага на існування певних факторів, які не можуть бути врегульовані виключно у відносинах між державою та особою, зокрема, на безпеку міцного здоров'я та захист від усіх можливих причин поганого здоров'я, які держава не може забезпечити. Право на здоров'я слід розуміти як право на доступ до певних заходів, послуг та умов, необхідних для забезпечення права на найвищий досяжний рівень здоров'я.

На міжнародному рівні задекларовано, що національні системи охорони здоров'я повинні гарантувати принаймні такі основні регуляторні цілі:

- доступність медичних послуг в обсягах, що відповідають попиту, з урахуванням соціально-економічного рівня розвитку країни;

- доступність медичних послуг (недискримінація, гарантування можливостей фізичного та географічного доступу, врахування потреб особливих груп і населення, гарантування доступу до інформації про можливі варіанти лікування);

- етичність та прийнятність медичних послуг (згода, медична таємниця, конфіденційність); повага до окремих осіб, меншин та вразливих груп населення;

- якість медичних послуг [37].

Принцип дотримання державою своїх зобов'язань визначений у пункті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права, який також забезпечує прогресивну імплементацію та заборону регресу в Україні [37].

Принцип прогресивної імплементації стосується врегулювання фінансово-економічних проблем, пов'язаних з обмеженими бюджетними ресурсами. Цей принцип зобов'язує держави діяти якомога швидше та ефективніше для повного виконання статті 12. [37]. Державна політика повинна включати конкретні заходи, спрямовані на повну реалізацію права на здоров'я. Принцип недопущення регресу означає недопущення погіршення стану національної системи охорони здоров'я [37].

Основні зобов'язання держави полягають у наступному:

- забезпечити доступ до закладів охорони здоров'я, медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих груп населення;

- забезпечити справедливий розподіл усіх медичних товарів і послуг;

- забезпечення основними лікарськими засобами, які періодично визначаються в Плані дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів;

- прийняти та впровадити національну стратегію охорони здоров'я, засновану на епідеміологічних даних та з урахуванням вразливих груп у

суспільстві.

Стаття 2 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод визнає право кожного на життя, яке захищається законом. «Нікого не може бути позбавлено життя умисно, інакше як у порядку виконання смертного вироку, винесеного судом після визнання його винним у вчиненні злочину, за який законом передбачено таке покарання» [76].

У Європейській соціальній хартії зазначено, що «держави, які ратифікують цей документ, зобов'язуються самостійно або у співпраці з державними органами та приватними організаціями вживати належних заходів для забезпечення ефективного здійснення права на здоров'я, таких як забезпечувати діяльність консультативних і освітніх служб, які сприяють зміцненню здоров'я і підвищенню індивідуальної відповідальності за стан здоров'я, а також запобігати, наскільки це можливо, епідеміям, ендемічним та іншим хворобам і нещасним випадкам» [14].

Аналіз цих документів показує, що наша країна дотримується основних зобов'язань у міжнародній політиці охорони здоров'я. Наприклад, реформування системи охорони здоров'я відбувається відповідно до принципу поступової імплементації Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права: «Процес переходу на нову модель фінансування галузі охорони здоров'я є поступовим і триватиме протягом трьох років до остаточного впровадження у 2020 році» [37].

Принцип недопущення регресу чи погіршення стану національної системи охорони здоров'я також був реалізований на практиці, навіть у складних умовах воєнного стану. Однак у цьому контексті слід відзначити деякі тенденції. Наприклад, доступ до медичної допомоги для сільського населення за останні роки не покращився, деякі медичні заклади та лікарні були закриті, а для отримання невідкладної допомоги необхідно долати значні відстані, а ціни на деякі ліки у 2020 році значно перевищують середньоєвропейські ціни, при цьому виникають значні ускладнення у наданні наданої допомоги.

Відносно новими механізмами дотримання цих принципів у рамках реформ в Україні стали реімбурсація та референтне ціноутворення, які є відносно новими механізмами. Реімбурсація – це система повного або часткового відшкодування вартості придбання в аптеках лікарських засобів за міжнародною непатентованою назвою (МНН) для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу, бронхіальної астми тощо. Референтне ціноутворення - це механізм, спрямований на зниження ціни на лікарські засоби, тобто оптово-відпускна ціна на ліки (регулюється відповідно до наказів МОЗ України) КМУ є найнижчою ціною в референтних країнах, таких як Польща, Словаччина, Чехія, Латвія та Угорщина.

### **1.3.Моделі управління системою охорони здоров'я в зарубіжних країнах**

Охорона здоров'я як невід'ємна складова соціальної політики держави створює умови для здорового способу життя та гарантує сталість добробуту населення і соціально-економічного розвитку. Залежно від способу фінансування, форми і методу контролю за кількістю та якістю медичної допомоги, механізмів стимулювання постачальників і споживачів медичних послуг можна виділити такі моделі систем охорони здоров'я: бісмарківська (Німеччина), беверіджівська (Великобританія), приватна (наприклад, США). Очікувана тривалість життя чоловіків і жінок в аналізованих країнах є найбільш інформативним показником стану здоров'я населення, проте відмінності у фінансових та організаційних механізмах та інструментах реалізації національної політики у сфері охорони здоров'я визначають стан здоров'я населення.

Таблиця 1.3.

## Динаміка очікуваної тривалості життя при народженні, років

Країна	1990 р.		2003 р.		2017 р.		2023 р.		Темп приросту, %	
	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
Німеччина	71,9	78,4	75,1	80,8	78,3	83,1	80,8	85,5	8,8	7,1
Об'єднане Королівство	72,9	78,3	75,8	80,4	78,6	82,5	80,4	84,6	7,5	6,3
США	71,7	78,6	74,1	80,0	76,5	81,3	80,0	82,7	8,2	4,1
Україна	63,2	73,9	64,9	75,9	66,5	77,9	75,9	79,9	12,7	6,0

\*чол. – чоловіків, жін. – жінок.

Джерело: сформовано на основі [3].

Проаналізуємо причини цих процесів. Так, найбільш поширеною у світі є страхова система охорони здоров'я (Бісмарка). Вона характеризується тим, що страхування здійснюється автономною організацією публічного права; роботодавці звільняються від відповідальності; охорона здоров'я фінансується за рахунок внесків до систем соціального страхування; розрізняють страховий бюджет і державний бюджет.

Схеми медичного страхування були прийняті в багатьох інших країнах, у тому числі в ЄС. Вони представлені в Німеччині, Австрії, Бельгії, Нідерландах та Франції. Фінансовою основою німецької системи охорони здоров'я є фонд соціального страхування. Принципи системи базуються на взаємодопомозі застрахованих та розподілі тягаря через співфінансування страхових послуг. Страхові внески сплачуються спільно працівниками та роботодавцями в рівних пропорціях. Розмір обов'язкових страхових внесків залежить від доходу. Виняток становлять внески на страхування від нещасних випадків на виробництві. Ці внески повністю сплачує роботодавець. Роботодавець також зобов'язаний щомісяця перераховувати повну суму внеску на медичне страхування до відповідного соціального фонду та Федерального відомства праці. Як правило, держава субсидує сектор обов'язкового соціального страхування, оскільки розмір вступного внеску не є достатнім для покриття витрат медичних установ [42]. Умови функціонування німецької системи охорони здоров'я є наступними:

1. У кожному регіоні (землі) розроблені стратегічні (багаторічні) та щорічні плани розвитку лікарняної мережі. Ці плани базуються на оцінці потреб населення та визначенні потужності лікарень, необхідної для їх задоволення. Органи охорони здоров'я також відповідають за затвердження великих інвестицій, таких як проекти будівництва нових об'єктів або придбання дорогого медичного та іншого обладнання.

2. Лікарняна допомога надається відповідно до суворої системи правил, визначених німецькими соціальними нормами. Щоб укласти контракт на надання медичної допомоги в рамках програми СНІ, лікарня обов'язково повинна брати участь у програмі забезпечення якості. Федеральні та місцеві органи влади встановлюють ряд стандартів якості та стежать за їх виконанням.

3. Обов'язковим компонентом системи охорони Здоров'я Німеччини є набір програм медичної підтримки для тих, хто не бере участі в програмах обов'язкового медичного страхування через недостатній дохід і фінансування на рівні земель.

4. У разі обов'язкового страхування без додаткових внесків вся сім'я застрахованого буде застрахована спільно [48], за умови, що дохід кожного не перевищує встановленого мінімуму (327 євро за стару, 322 євро за нову землю). Таким чином, система ОМС розглядається як формат надання медичної допомоги людям з низькими доходами, літнім людям або сім'ям з єдиним джерелом доходу.

5. Всі практикуючі лікарі повинні бути впевнені у виконанні своїх професійних обов'язків. У цьому випадку з'являється ще одне джерело фінансування (на випадок лікарських помилок) – Страхова компанія лікаря [2].

Іншим прикладом механізму організації функціонування системи охорони здоров'я є система Беверіджа. Це система охорони здоров'я, представлена такими країнами, як Великобританія та Канада. Його основними особливостями є: 1) наявність центрального і регіонального плану

(при плануванні медичної допомоги перевага віддається центральному плану); система охорони здоров'я, яка виконує свої функції в центрі; 3) фінансування медицини здійснюється за рахунок прямого оподаткування (кошти формуються у федеральному бюджеті і розподіляється зверху вниз по адміністративній вертикалі); 4) централізоване фінансування використовується для оплати медичних послуг;

5) основна частина медичних установ створюється державою для надання медичних послуг всьому населенню [1]. На державу також покладено питання підготовки медичних працівників, планування розвитку мережі медичних закладів, фінансування поточних та інвестиційних витрат медичної системи, розвитку медицини, здійснення профілактичних заходів та надання безкоштовної медичної допомоги населенню [2]. Таким чином, у Великобританії домінує бюджетне страхування, основним принципом якого є доступність медичних послуг для всіх жителів країни. Головною особливістю системи охорони Здоров'я Великобританії є фінансування медичного обслуговування населення з державного бюджету і, частково, за рахунок соціальних податків, що виплачуються працівниками і роботодавцями.

Основним прикладом приватної системи охорони здоров'я є США. Джерелами фінансування для оплати медичних витрат в системі приватного фінансування є особисті доходи громадян і кошти роботодавця. В даний час Сполучені Штати є єдиною країною, де надання медичної допомоги здійснюється в основному на платній основі, тобто за рахунок коштів приватного страхування. Роботодавець купує страховку для всіх працівників. Умови страховки (набір медичних послуг) залежать від її вартості. Таким чином, до проблем приватної системи охорони здоров'я відносяться високі медичні витрати, різний рівень доступності, недостатня увага до пацієнтів і низький пріоритет профілактичної роботи з населенням різних соціальних груп при державному фінансуванні [13]. Ці проблеми визначають напрямок реформи охорони здоров'я з 2010 року [22].

Поточна реформа охорони здоров'я в США здійснюється відповідно до

Закону Про захист пацієнтів і доступності медичної допомоги і включає в себе наступні напрямки перетворень:

1) Введення обов'язкового медичного страхування для всього населення (до реформи страхування було необов'язковим, а обсяг наданих медичних послуг визначався доходом пацієнта). особа або бажання роботодавця виплачувати певну суму страхових внесків. Для цього існують програми пільг для різних груп населення, особливо для малозабезпечених, молоді і т.д. також вводяться пільги для роботодавців.

2) Запроваджено нормативи за обсягом страхової медичної допомоги та страховими тарифами, що передбачають встановлення пріоритетів (за вартістю) різних груп населення як зобов'язань страхових компаній [49]. Базовий страховий пакет (Довгостроковий догляд, доставка ліків в поліклініках, стаціонарне лікування [37]) включає діагностику і профілактику захворювання і визначається державою [23].

3) ще одним напрямком реформи є регулювання цін на медичні послуги та підвищення їх якості – створена комісія для оцінки ефективності методів лікування, а також страхових компаній і приватних лікарів [2]. Незважаючи на високу вартість реформи, уряд США оцінює її як економічно ефективну з точки зору прямих і непрямих витрат. Загальна вартість реформи становить 99 400 мільярдів доларів[45].

Таким чином, вивчення досвіду моделей управління системою охорони здоров'я в зарубіжних країнах є корисним для запровадження його в Україні.

## **Висновки до 1 розділу**

1. Основними моделями системи охорони здоров'я є приватна (США), страхова (Німеччина) і регулююча (Великобританія). Принципова відмінність між ними полягає у функціях держави: контролі (регульованому)



за регіоном, розподілі обов'язків між роботодавцем і населенням (страховому) і фізичною особою (приватному), а також фінансуванні. Але загальною тенденцією залишається охоплення всіх верств населення і підтримка вразливих його верств – дітей, літніх людей і малозабезпечених верств населення.

2. Головним критерієм ефективності системи охорони здоров'я традиційно визнається очікувана тривалість життя чоловіків і жінок. Темпи зростання цього параметра мають глобальне значення і ростуть у всіх аналізованих країнах. Але навіть якщо в Україні цей параметр знаходиться в позитивній динаміці, цей показник значно відстає від усіх інших країн. Тому необхідно застосовувати окремі елементи успішного досвіду функціонування системи медичного обслуговування Німеччини та Англії. Тільки форма приватної системи охорони здоров'я в Україні поки неможлива через воєнний стан, економічну кризу і відсутність достатнього рівня доходів у населення.

## РОЗДІЛ 2

### СТАНОВЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 2.1. Реформи в управлінні системою охорони здоров'я

У багатьох країнах реформа адміністративних інститутів має радикальний характер [18] (повна реорганізація системи державного управління, «нова адміністрація» - Австралія, Нова Зеландія та Великобританія [7]), в той час як інші, такі як Німеччина [8], Фінляндія [47] та Нідерланди [50], характеризуються вираженим прагматизмом та поступовістю. Водночас слід зазначити, що і в країнах, які дотримуються радикального підходу, і в країнах, які йдуть шляхом поступових реформ, спостерігається прагнення запозичити моделі та методи управління (повністю або більш цілеспрямовано) у приватного сектору. І це незважаючи на суттєві відмінності між відносно простими результатами діяльності приватного сектору та надзвичайно складними результатами діяльності державних установ. Це пов'язано з необхідністю відмови від бюрократичних методів, форм і принципів, на яких базується державне управління [9].

Орієнтація адміністративної реформи на гуманізм призвела до природного перенесення результатів передового бізнес-менеджменту в цю сферу з одночасною адаптацією останніх до специфіки державного управління. Досвід адміністративних реформ у провідних західних країнах [17] свідчить про спроби застосувати підходи бізнес-менеджменту до управління бізнесом з метою вирішення однієї особливо важливої управлінської проблеми: оцінки якості управління з точки зору досягнення кінцевих результатів. Для цього використовується узагальнений підхід до оцінки управлінського успіху, визнаний в менеджменті. Він передбачає

виділення трьох складових (три літери «е»): результативність, ефективність та економічність [33].

У багатьох регіонах (Австралія, Нова Зеландія і Великобританія) програми реформ розробляються і реалізуються урядовими службами і політичною елітою [51]. В інших країнах основні рамки адміністративної реформи були розроблені політичною елітою і центральним урядом, але багато заходів були реалізовані знизу вгору за допомогою експериментів і різних інновацій (деякі аспекти реформи в Сполучених Штатах, Німеччині, Фінляндії і т.д.). У Канаді, наприклад, були використані обидва підходи. Ключовими факторами тут є державний устрій, його політична система і конституційний лад. Досвід проведення реформ в органах управління інших країн свідчить про важливість своєчасної підготовки нормативних актів, особливої потреби в правових нормах для стабільного функціонування адміністративних органів. Нормативно-правове забезпечення реформи даного сектора, як правило, здійснюється в 2 напрямках. Аналіз нормативно-правових актів на предмет відповідності потребам реформи (інвентаризація). Підготовка до прийняття нових нормативних актів. Імплементация правил, незалежно від їх змісту. У Франції в 1997 році для всіх адміністративних органів була розроблена "Хартія якості обслуговування", в якій визначені параметри послуг, що надаються і права громадян, зокрема право на участь в оцінці досягнутих результатів.

Найбільш радикальні структурні реформи проводяться в країнах англосаксонської правової сім'ї (в основному у Великобританії, Австралії та Новій Зеландії). Створена централізована система управління з 3 рівнів: Міністерства - департаменти - розподілені структури. На Міністерство покладено функції стратегічного управління у відповідних областях. Органи, що укладають угоди, організують реалізацію певних програм з міністерствами [52]. Децентралізовані структури, які можуть бути як державними, так і приватними установами, надають державні послуги безпосередньо громадянам та юридичним особам. Таким чином, після

перегляду міністерської системи англосаксонські країни відмовилися від класичного централізованого вертикального бюрократичного типу. В даний час загально визнано, що адміністративні традиції кожної країни сприяють формуванню ефективних і більш гнучких форм управління [24].

Як правило, країни континентальної правової сім'ї здійснюють реформи в тому ж напрямку, але менш радикальні за характером і більш консервативні за формою [47]. Однак системи взаємного співробітництва формуються централізованими та децентралізованими, державними та приватними інституціями, які перерозподіляють ролі в рамках єдиної адміністративної системи.

Структурним реформам у цих країнах передували довгострокові зміни у відносинах між урядом, суспільством і громадянами. Структурні реформи були наступним етапом трансформації державних структур після успішних процедурних і функціональних реформ. У цих країнах підходи до розуміння державної реформи змінилися до кінця 20 століття [13]. Реформа виконавчої влади визнана однією з найважливіших, що здійснюється з метою модернізації всіх основних і важливих компонентів державного управління. Багато країн продовжують коригувати свої адміністративні структури, функції та персонал [6, с. 87]. В Україні формування нових інститутів, організаційних структур та адміністративних інструментів у сфері публічної влади стає важливим напрямом реформування системи публічної влади. Цей напрям видається центральним, оскільки передбачає необхідність підвищення ефективності діяльності центральних органів виконавчої влади та раціоналізації їх функціонування шляхом проведення «адміністративної реформи» [7].

Зарубіжні автори часто констатують, що сучасна державна влада руйнується. Це означає, що всі держави, можливо, стають менш залежними від влади (органів влади) у здійсненні соціального контролю. У деяких випадках це призводить до правових криз, спричинених глобалізацією та культурними змінами, які підривають основи ієрархічних владних відносин

[15]. Країни шукають нові форми управління, які можуть виникати в міру передачі державної влади у верхню - наднаціональну, нижню - квазінаціональну або зовнішню - приватну сфери [2, с. 41-42]. Тому реформа виконавчої влади в Україні має бути спрямована на відновлення високого статусу державної влади на міжнародному та національному рівні [19].

У цьому сенсі досвід європейських країн може допомогти у реформуванні виконавчої влади та впровадженні ефективної регіональної політики. Як відомо, у післявоєнний період європейські країни почали шукати власну формулу децентралізації влади. Слід також зазначити, що в Україні існують проблеми з впровадженням різних елементів зарубіжного досвіду в адміністративну систему, що не враховує українську національну ідентичність. Надмірне захоплення політиків та науковців у посткомуністичних країнах методами аналогії та уподібнення потребує критичного аналізу.

Це «найважливіша методологічна слабкість внутрішнього реформізму». Часто об'єктом вивчення та порівняння є державне управління розвинених країн, а увага акцентується лише на новизні, притаманній парадигмі цього механізму, що є не зовсім коректним: на думку М. Бебеля, у Східній Європі реформа адміністративного банкрутства стикається із зовсім іншою ситуацією, ніж у розвинених країнах. Зокрема, загальний масштаб і терміновість реформи є безпрецедентними, оскільки реформа передбачає повну економічну та політичну трансформацію [20]. У цих країнах державна реформа відбувається в умовах безпрецедентної кризи управління та значного скорочення обсягу гарантованих державою послуг. Це стало можливим через невизначеність меж державного сектору, послаблення верховенства права та дуже високий ступінь законодавчої невизначеності. Реформи базуються на існуванні нової держави та її дуже низькій адміністративній спроможності до змін. [8, с. 38].

Таким чином, Польща та країни Балтії (Естонія, Литва та Латвія) є гарними прикладами для вивчення досвіду реформування системи

примусового виконання рішень у банківській системі, оскільки вони перейшли від проєвропейських заяв про наміри до конкретних дій, водночас маючи, як і Україна, минуле, в якому панувала виконавча влада.

## **2.2. Нормативно-правове забезпечення системою управління в закладах охорони здоров'я**

Управління охороною здоров'я слід розглядати як взаємодію між громадським, корпоративним та бюджетним секторами для досягнення цілей політики охорони здоров'я.

Державні службовці, які керують системою охорони здоров'я, можуть не мати необхідного досвіду та кваліфікації в цій галузі. Зараз можна виявити безліч подій, що порушують законодавчі норми. Кожен, хто завдав шкоди системі охорони здоров'я і населенню, повинен нести персональну відповідальність. Місцевій владі слід посилити моніторинг і контроль за дотриманням законності в діях винних.

Адміністрування в сфері медичного обслуговування включає в себе державну політику щодо забезпечення рівності громадян і соціальних груп в безкоштовному доступі до медичних послуг. Основними завданнями управління громадською охороною здоров'я є:

- облік міжнародних тенденцій в області медицини і модернізація медичної системи;;
- зниження фінансових ризиків, пов'язаних з отриманням та наданням медичних послуг;;
- підвищення якості та інноваційності медичних послуг;
- покращення ресурсного забезпечення медичних послуг;
- підвищення відповідальності населення за своє здоров'я та підтримка профілактичної моделі охорони здоров'я;

- формування регіональних ринків медичних послуг з адекватним матеріально-технічним забезпеченням та інфраструктурою;

Адміністративна діяльність в області медицини регулюється рядом законодавчих і нормативно-правових актів. Конституція України; міжнародні нормативно-правові акти, ратифіковані Україною; цивільне законодавство, кодифіковані закони, закони України; Укази та розпорядження Президента України, нормативно-правові акти Кабінету Міністрів України; Рішення Конституційного Суду України; нормативно-правові акти, видані Міністерством охорони здоров'я України, інших міністерств та пов'язаних з наданням медичної допомоги системі охорони здоров'я та населенню; Нормативно-правові акти, пов'язані з охороною здоров'я

Перш за все, необхідно згадати Конституцію України, стаття 49 якої гарантує право кожної людини на охорону здоров'я, медичне обслуговування та медичне страхування [6]. Основний закон доводить, що на державному рівні мають бути створені достатні умови

За ефективне і доступне медичне обслуговування для всіх громадян. В Україні медична допомога в державних і муніципальних медичних установах надається безкоштовно, і відповідно до закону неможливо скоротити існуючу мережу таких установ.

Також Цивільний кодекс України, який регулює право на охорону здоров'я, слід віднести до нормативних актів, що регулюють відносини адміністрації в медичній сфері. Так, Стаття 283 Кодексу свідчить, що медична допомога надається в результаті систематичної діяльності держави та інших організацій, передбаченої Конституцією і законами України [7]. Ця норма тісно пов'язана з нормативним тлумаченням Основного закону, згідно з яким кожен дієздатний громадянин має можливість самостійно вибирати законні методи і засоби для досягнення стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя в рамках конституційного права на охорону здоров'я.

Крім цих нормативних документів, варто згадати закон України"

Основи законодавства України Про охорону здоров'я", який визначає право громадян на медичне обслуговування (стаття 6), регулює суспільні відносини в цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і психічних сил. Ефективність і довгостроковість активного життя громадян, шкідливий вплив на їхнє здоров'я, профілактика і зниження захворюваності, смертності та переродження, поліпшення спадковості. Таким чином, в законі зазначено, що право на охорону здоров'я не поширюється на [8, ст.6]:

- забезпечення рівня життя, такого як харчування, одяг, житло, медичне обслуговування та соціальні послуги, необхідні для підтримки здоров'я людини;;
- відпочинок, наукові дослідження, здорові і безпечні умови для життя і роботи, а також санітарно-епідеміологічне благополуччя території і населених пунктів;;
- кваліфікована медико-санітарна допомога, право на отримання своєчасної та достовірної інформації про стан здоров'я та оздоровлення населення;;
- участь в обговоренні проектів законодавчих актів та пропозицій щодо формування державної політики у медичній сфері;;
- участь у медичному менеджменті та можливість участі в державних установах з цією метою;;
- оскарження незаконних дій і рішень співробітників медичних установ і шкоди, заподіяної здоров'ю пацієнтів;
- правовий захист від усіх незаконних форм дискримінації у зв'язку зі станом здоров'я;
- безпечне для життя і здоров'я середовище
- можливість проведення незалежної медичної експертизи у випадках незгоди з висновками державної медичної експертизи, застосування примусових заходів лікування або інших дій медичного персоналу, що можуть обмежувати загально визнані права людини і громадянина.



Варто також згадати основні закони, що регулюють сферу охорони здоров'я в Україні. Це, зокрема, Закон «Про лікарські засоби», Закон «Про психіатричну допомогу», Закон «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», Закон «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та інших законів, прийнятих на їх основі.

Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України відповідно до чинного законодавства. Формування такої політики здійснюється шляхом закладення конституційно-правових основ охорони здоров'я, визначення її мети, основних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення критеріїв та обсягів бюджетного фінансування, створення відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторних органів, а також затвердження загальнодержавної програми охорони здоров'я. Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади, хоча персональну відповідальність за неї несе Президент України.

Таким чином, нормативно-правова база на належному рівні регулює діяльність закладів охорони здоров'я та їх фінансове забезпечення. При визначенні напрямів адміністративних удосконалень у сфері охорони здоров'я важливо чітко сформулювати завдання, цілі та цільові показники, які необхідно досягти для реалізації основних цілей.

Розглянемо ці завдання більш детально в таблиці 2.1, представлено основні напрями та завдання для досягнення мети оптимізації та вдосконалення адміністративної системи у сфері охорони здоров'я, особливо з раціональної точки зору.

Таблиця 2.1.

## Цілі покращення публічного управління в сфері охорони здоров'я

Мета	Цілі	Завдання
оптимізація системи публічного управління в сфері охорони здоров'я	– забезпечення ефективного використання ресурсів у галузі охорони здоров'я – підвищення доступності та якості медичних послуг	– аналіз і усунення адміністративних та бюрократичних перешкод у роботі системи охорони здоров'я – впровадження ефективних систем моніторингу та оцінки результативності – розробка та впровадження стратегій оптимізації витрат та ресурсів
підвищення ефективності медичних послуг	– зменшення рівня захворюваності та смертності – збільшення тривалості та якості життя населення	– розробка та впровадження превентивних програм та кампаній з попередження захворювань – підтримка наукових досліджень для вдосконалення методів лікування
забезпечення належних умов функціонування системи охорони здоров'я	– забезпечення доступності та рівномірного розподілу медичних ресурсів – забезпечення доступу до сучасних технологій лікуванні та діагностиці	– оптимізація системи постачання медичних препаратів та обладнання розвиток інфраструктури та технологічних рішень для поліпшення діагностики та лікування

Джерело: сформовано на основі [3].

Ресурсів, підвищити доступність та якість медичних послуг, знизити рівень захворюваності та смертності, а також забезпечити належні умови для функціонування цієї системи.

На основі даних, наведених у таблиці 2.1, можна запропонувати стратегічні напрями вдосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я та пояснити їх, виходячи з поточної ситуації в українському суспільстві (таблиця 2.2).

Дані, наведені в таблиці 2.2, містять інформацію про стратегічні напрями державного управління у сфері охорони здоров'я. Вони включають в себе моделі реабілітаційної допомоги. Вони включають моделі реабілітаційної допомоги, інтеграцію послуг з охорони психічного здоров'я в первинну медичну допомогу та організацію травматологічної та ортопедичної допомоги в межах госпітальних груп.

Таблиця 2.2.

## Цілі покращення публічного управління в сфері охорони здоров'я

Напрямок	Зміст
Воєнний	- вдосконалити пакети пмд для врахування потреб ветеранів та постраждалих від воєнних дій; - визначити спектр особливих потреб ветеранів;
травматологічно-ортопедичний	- організувати надання послуг інтенсивної терапії за рівнями в рамках госпітального кластера; - створити національну мережу центрів реконструктивної хірургії; - створити національну мережу опікових центрів; - організувати надання травматологічних і ортопедичних послуг в рамках госпітального кластера;
психічного здоров'я	- пілотування та впровадження перехідних послуг, які є альтернативою психоневрологічним інтернатам; - покращення умов перебування в стаціонарних закладах психіатричної допомоги; - забезпечення надання послуг з психічного здоров'я на рівні пмд; - розробка пакету послуг з психічного здоров'я на рівні пмд; - інтеграція послуг у пмд;
Реабілітаційний	- функціонування мультидисциплінарних реабілітаційних команд; - аудит потреб пацієнтів; - синхронізація надавачів медичних послуг; - додаткові пакети пмд; - концепція реабілітації; - модель надання реабілітаційної допомоги.

Джерело: сформовано на основі [3].

Ці напрямки спрямовані на забезпечення ефективних та доступних медичних послуг на всіх рівнях з урахуванням поточної ситуації в українському суспільстві.

Для розвитку реабілітаційної медицини та її інтеграції на всіх рівнях надання медичної допомоги та реабілітації необхідно здійснити наступні заходи:

1. забезпечити функціонування мультидисциплінарних реабілітаційних команд у кожному медичному закладі, що надає стаціонарну реабілітаційну допомогу;
2. провести аудит потреб пацієнтів у реабілітаційній допомозі з урахуванням інфраструктури. Демографічні зміни, які відбулися або можуть відбуватися внаслідок активних бойових дій;
3. створення мережі надавачів реабілітаційної медичної допомоги

спільно з системами госпітальних округів;

4. розробити додаткові пакети реабілітаційних послуг в рамках медичного страхування для надання допомоги при станах здоров'я, що виникли під час війни;

5. розробити концепції та створити спеціалізовані реабілітаційні відділення/заклади для пацієнтів з комплексними потребами;

6. розробити багаторівневу інтегровану модель реабілітаційної допомоги та її фінансового забезпечення.

Для розвитку послуг з охорони психічного здоров'я на рівні громад необхідно вжити таких заходів:

1. спільно з Міністерством соціальної політики України та за підтримки міжнародних партнерів пілотувати послуги перехідного періоду, які є альтернативою психоневрологічним закладам та надають допомогу, захищаючи гідність і права людини;

2. створити конкурентні умови та покращити умови перебування в стаціонарних психіатричних закладах у складі закладів охорони здоров'я загального профілю;

3. розширити спектр послуг, включивши посттравматичний стресовий розлад;

4. розробити пакети психіатричної амбулаторної допомоги та сприяти їх впровадженню в закладах охорони здоров'я загального профілю;

5. забезпечити надання послуг з охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги;

6. розробка пакетів послуг з охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги, навчання фахівців первинної ланки у співпраці з міжнародними партнерами, регулювання призначення психотропних лікарських засобів та внесення даних в електронну систему охорони здоров'я відповідно до МКХП-2;

7. інтегрувати послуги з охорони психічного здоров'я в первинну медичну допомогу, використовуючи доказові інструменти, такі як mhGAP.

Поряд з цим, слід також враховувати розвиток травматологічної, ортопедичної, опікової та реанімаційної допомоги. Для реалізації цього важливо вжити таких заходів:

- розробити концепцію регіоналізації та організувати надання послуг інтенсивної терапії за рівнями в межах груп лікарень.
- розробити концепцію регіоналізації та створити національну мережу центрів реконструктивної хірургії.
- розробити концепцію регіоналізації та створити національну мережу опікових центрів.
- розробити концепцію регіоналізації та організувати надання травматолого-ортопедичної допомоги в межах госпітальних округів.

Другим важливим стратегічним напрямком є розвиток медичних послуг, адаптованих до потреб ветеранів війни та осіб, які постраждали внаслідок військових дій:

- удосконалити пакети послуг первинної медичної допомоги з урахуванням потреб ветеранів війни та постраждалих внаслідок воєнних дій.
- визначити коло особливих потреб ветеранів війни.

Таким чином, українська система охорони здоров'я надає широкий спектр медичних послуг, які є доступними та відповідають основним потребам пацієнтів. Однак нові виклики визначають нові вимоги, які необхідно враховувати при розробці пропозицій щодо реалізації стратегічних напрямів підвищення доступності медичних послуг для населення.

Тому управління охороною здоров'я відіграє важливу роль у реалізації внутрішньої політики держави, спрямованої на забезпечення доступної медичної допомоги всім громадянам. Це досягається шляхом прийняття управлінських рішень та реалізації концепції надання медичної допомоги. Управління організаціями охорони здоров'я ґрунтується на принципах системності, юридичної відповідальності та професійного розвитку з урахуванням різних зовнішніх і внутрішніх факторів.

Основним документом є Закон України «Основи законодавства

України про охорону здоров'я» зі змінами, внесеними Законом № 1756-IX від 21 вересня 2021 року. Стаття 1 «Поняття та терміни, що застосовуються в законодавстві про медичну допомогу» визначає поняття «медична допомога», під якою розуміється система заходів, спрямованих на підтримання та відновлення фізіологічних і психологічних функцій людини, її оптимальної працездатності та соціальної активності з метою максимальної, наскільки це можливо з біологічної точки зору, тривалості життя людини. Розуміється як система заходів. Такі заходи здійснюються органами державної влади, органами місцевого самоврядування, їх працівниками, закладами охорони здоров'я, фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані в установленому законодавством порядку та мають дозвіл на провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними і фармацевтичними працівниками, фахівцями з реабілітації, громадськими органами та громадянами [31].

Основні принципи надання медичної допомоги регулюються статтею 4, яка включає в себе наступне: визнання медичної допомоги пріоритетною сферою діяльності

Соціальний і державний, один з головних чинників виживання і розвитку українського народу; забезпечення дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та гарантії відповідної держави; забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над інтересами гуманітарної спрямованості, класу, держави, груповий або індивідуальний, підвищений медичний та соціальний захист найбільш вразливих верств населення. Рівноправність громадян, демократичність і доступність медичної та реабілітаційної допомоги та інших послуг охорони здоров'я; дотримання цілей і рівня соціально-економічного і культурного розвитку суспільства, наукової значущості, матеріально-технічної та фінансової забезпеченості; орієнтація на сучасні стандарти охорони здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнення і світовий досвід в галузі охорони здоров'я; профілактичний і

превентивний характер, інтегровані в охорону здоров'я соціальні, екологічні, медичні та реабілітаційні підходи до надання медичної допомоги; складність економіки охорони здоров'я і багатоканальний характер децентралізація управління, розвиток інституційної автономії, незалежність юридичних та контрактних медичних працівників [31].

Аналогічна ситуація з реалізацією статті 10 «Обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я», яка спрямована на формування культури охорони здоров'я та піклування про здоров'я громадян через спеціально організовану комунікаційну діяльність. Зокрема, до обов'язків громадян належать

а) піклуватися про своє здоров'я та здоров'я своїх дітей, не завдавати шкоди здоров'ю інших громадян;

б) проходити профілактичні огляди та щеплення у випадках, передбачених законодавством;

в) вживати заходів, передбачених Законом України «Про екстрену медичну допомогу», та забезпечувати надання екстреної медичної допомоги іншим особам, які перебувають у невідкладному стані;

г) виконувати інші обов'язки, передбачені Законом про медичну допомогу [31].

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» окреслює напрямки комунікаційної діяльності з громадянами та бізнесом, які викладені у статтях 5 та 6. Зокрема, стаття 5 «Обов'язки громадян» вимагає організованої комунікаційної діяльності, спрямованої на широкі верстви населення, дотримуватися таких зобов'язань піклуватися про своє здоров'я і санітарно-гігієнічне виховання своїх дітей та не завдавати шкоди здоров'ю інших громадян; брати участь у санітарно-гігієнічних і карантинних заходах; проходити обов'язкові медичні огляди та щеплення у випадках, передбачених законом; виконувати розпорядження та приписи посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби під час здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду; виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством виконувати інші обов'язки,

передбачені законодавством щодо забезпечення.

В аналогічному контексті методологічною основою комунікаційної діяльності в управлінні громадської охорони здоров'я є статті 3 та 4 Закону "Про лікарські засоби" від 2021-8-8 із внесеними до нього змінами, зокрема стаття 3 "державна політика в галузі створення, виробництва, контролю якості та продажу лікарських засобів", яка передбачає наукові дослідження, створення та впровадження нових технологій, а також розвиток виробництва високоефективних та безпечних лікарських засобів. Мета полягає в тому, щоб підтримати розвиток нових технологій, які можуть бути використані для поліпшення якості життя людей у всьому світі. З метою забезпечення потреб населення лікарськими засобами належної якості та необхідного асортименту шляхом ведення Державного реєстру лікарських засобів України, реалізації права громадян України на медичне обслуговування за допомогою відповідних державних програм, пріоритету, держава гарантує доступність найнеобхідніших лікарських засобів, захист громадян у разі заподіяння шкоди здоров'ю від застосування лікарських засобів у медичних цілях, а також забезпечує населення та громадян, які встановлюють інтереси та гарантії певної групи категорій [88].

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» зі змінами від 1 січня 2021 року визначає напрямок комунікаційної діяльності, пов'язаної з електронними системами охорони здоров'я. Стаття 2, пункт 2) «Визначення основних термінів» визначає електронну систему охорони здоров'я як інформаційно-комунікаційну систему, що автоматизує облік медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними та документами в електронному вигляді, включаючи централізовані бази даних та електронні медичні інформаційні системи, а також ці системи. Вона визначається як система, що забезпечує автоматичний обмін інформацією, даними та документами між цими системами через відкритий програмний інтерфейс



(АР).

Стаття 11 Закону "електронна система охорони здоров'я" конкретно характеризує напрямок комунікаційної діяльності в цій сфері:

1. порядок функціонування електронної медичної системи затверджується Кабінетом Міністрів з урахуванням вимог Закону Про захист персональних даних;

2. доступ до даних пацієнта, що містяться в електронній медичній системі, надається за рішенням суду, якщо без письмової згоди такого пацієнта (законного представника) або якщо зі згоди можна зробити висновок, що згода була надана, доступ до інформації про пацієнта є ознакою прямої загрози життю пацієнта. пацієнт, неможливо отримати згоду такого пацієнта або його законного представника (до тих пір, поки не з'явиться можливість отримати згоду). ось що я маю на увазі.;

3. підписуючи заяву про вибір лікаря первинної медичної допомоги, пацієнт (законний представник) зобов'язаний в обсязі, необхідному для надання медичних послуг таким лікарем, відправити електронного листа.;

4. уповноважений орган зобов'язаний публікувати на своєму офіційному веб-сайті дані, накопичені в електронній системі охорони здоров'я, які підлягають знеособленню персональних даних відповідно до вимог законодавства України."Про захист персональних даних", відповідно до порядку, встановленого Кабінетом Міністрів [62].

Таким чином, можна сказати, що нормативно-правові документи України передбачають формування комунікаційної діяльності, визначають деякі напрямки діяльності суб'єктів адміністративного та медичного відомств.

## **Висновки до 2 розділу**

1. Основним напрямком державної політики Фінляндії є забезпечення

рівного доступу до соціальних і медичних послуг для всіх груп населення, підвищення ефективності міжвідомчих дій в області охорони здоров'я, соціальних і медичних послуг, а також підвищення якості послуг, що надаються. Вона спрямована на розвиток співпраці між службами первинної медико-санітарної допомоги, медичними та соціальними службами і т. д. Політика міста в галузі охорони здоров'я спрямована на зниження ранньої смертності, підтримання активного і здорового способу життя людей, поліпшення якості життя для всіх.

Відмінності в стані здоров'я різних верств населення засновані на заходах щодо зміцнення громадського здоров'я, профілактики та забезпечення лікування захворювань і реабілітації. В даний час система переживає кризу, пов'язану із загальними економічними проблемами фінансування державного сектора, а також з тим фактом, що медична структура, яка базується на центрі між муніципалітетами, погано пов'язана з реальними потребами населення, а транспортна доступність центру занадто низька для значної частини населення. Про жителів віддалених районів.

2. Розвиток телемедицини було визнано пріоритетом норвезької політики, що дозволило підвищити рівень медичного обслуговування пацієнтів і більш ефективно використовувати бюджетні кошти, пов'язані з північними територіями. Особливістю реалізації муніципальної політики в галузі охорони здоров'я в Норвегії є те, що безпосередній контроль за її реалізацією здійснює норвезький інспектор охорони здоров'я (державна установа, адміністративно підпорядкована Міністерству охорони здоров'я і соціального забезпечення). Інспектор здійснює нагляд за всіма послугами, що надаються державними медичними установами, муніципальними установами, приватними компаніями або медичними працівниками, які мають власну медичну практику.

3. Основними напрямками політики Швеції в галузі охорони здоров'я є підвищення ефективності соціальних і медичних послуг, забезпечення рівного доступу до послуг для всіх верств населення, досягнення прозорості

та безпеки медичного обслуговування, формування шанобливого ставлення до пацієнтів, забезпечення свободи вибору шляхом інформування населення про доступність і безпеку медичних послуг. якість лікування, а також сприяти побудові більш досконалого суспільства в галузі охорони здоров'я. Полягає в розробці міжвідомчих заходів. Виходячи з необхідності враховувати специфіку північних територій і вирішувати проблему надання доступної та якісної медичної допомоги населенню північних муніципалітетів, в Швеції активно розвиваються 2 напрямки. Телемедицина (подібно до норвезької) та електронної охорони здоров'я. Обидва напрямки зараз розвиваються на національному рівні, але обов'язковою умовою для їх реалізації є питання доступності високої кваліфікації та професійного медичного обслуговування на північних територіях.

4. Національна рада з охорони Здоров'я Данії та Міністерство охорони здоров'я визначають основні напрямки діяльності в цій галузі та розробляють загальну нормативно-правову базу для надання медичної допомоги (проте Національного плану розвитку медичного сектору Данії не існує). На регіональному рівні в Данії здійснюється моніторинг і координація медичних послуг, налічується близько 200 пацієнтських організацій, які активно і успішно беруть участь у формуванні та реалізації політики та обговоренні питань охорони здоров'я, надають пацієнтам необхідну інформацію, підтримку і сприяння, а також підтримують діалог з владою на всіх рівнях.

5. Муніципальна політика охорони Здоров'я Канади передбачає соціальну підтримку, пропаганду здорового способу життя та вирішення екологічних проблем за допомогою відповідних структур та державних установ. Система охорони здоров'я США забезпечує медичне обслуговування дітей, інвалідів, людей похилого віку, ветеранів та людей з низькими доходами, а також надає невідкладну допомогу всім жителям країни. Регулювання та нагляд у системі охорони здоров'я здійснюється Центрами з контролю та профілактики захворювань, метою яких є виявлення та усунення загроз громадському здоров'ю. Основним напрямком політики охорони

Здоров'я Данії є забезпечення рівного безкоштовного доступу до лікування, високоякісної медичної допомоги та оптимізація маршрутів руху пацієнтів у системах охорони здоров'я з урахуванням різноманітності потреб та уподобань пацієнтів, ефективне використання ресурсів та демократичний макроекономічний контроль витрат. Основною метою політики є підвищення рівня охорони здоров'я шляхом вдосконалення системи охорони здоров'я та підвищення ефективності Міжвідомчої діяльності на національному, регіональному та місцевому рівнях.

У північних країнах, як правило, враховуються специфічні особливості північних територій, на різних рівнях влади і місцевих співтовариств реалізуються різноманітні ініціативи в медичній сфері, спрямовані на підвищення доступності та якості медичної допомоги та поліпшення громадської охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 3

### РЕКОМЕНДАЦІЇ ЗАСТОСУВАННЯ СВІТОВОГО ДОСВІДУ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 3.1. Напрями управління системою охорони здоров'я з урахуванням світових практик

Серед особливостей розвитку сектору охорони здоров'я за кордоном можна виділити наступні тенденції [30]: 1) завершення децентралізації (у багатьох країнах світу відбуваються процеси децентралізації в секторі охорони здоров'я, що передбачають передачу повноважень і ресурсів від центральних органів влади місцевим органам влади, як процес, спрямований на підвищення ефективності та якості медичних послуг і посилення підзвітності органів влади перед населенням). Відбувається процес децентралізації в секторі охорони здоров'я) 2) Зростання ролі приватного сектору (зростання ролі приватного сектору в секторі охорони здоров'я, зокрема, пов'язане з технологічним розвитком). [40]. Ці тенденції можна адаптувати до української ситуації, враховуючи такі фактори:

1) рівень економічного розвитку (враховуючи обмеженість державних ресурсів, регіональний економічний розвиток та його специфіку);

2) історія та культура (Україна має власну історію та культуру, які слід враховувати при адаптації зарубіжного досвіду);

3) система охорони здоров'я (система охорони здоров'я України має власну історію та культуру);

4) система охорони здоров'я. Аналіз зарубіжного досвіду має кілька важливих аспектів, які є корисними для України [50]:

1. державні фінанси У багатьох розвинених країнах, таких як Німеччина, Великобританія та Нідерланди, державні витрати на охорону

здоров'я зросли за останні роки. Збільшення державних витрат допомогло покращити системи охорони здоров'я та зробити медичні заклади більш ефективними [6].

2. реформа системи охорони здоров'я є пріоритетним завданням для України. Вивчення зарубіжного досвіду допомагає визначити ефективні підходи та моделі реформування, які враховують особливості та потреби країни [28].

3. технологічний розвиток сучасні технології відіграють важливу роль у підвищенні якості медичних послуг. Впровадження новітніх технологій та інноваційних методів сприяє розвитку охорони здоров'я в Україні.

4. демографічні та епідеміологічні зміни. Багато країн стикаються з викликами, пов'язаними з демографічними та епідеміологічними змінами. Україні необхідно враховувати ці зміни при плануванні та впровадженні реформ.

5. соціально-економічна нерівність. Нерівність у доступі до медичних послуг є важливою проблемою. Зарубіжний досвід може надати приклади ефективних стратегій забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги та зменшення нерівності [6].

6. інституціоналізація реформи. Реформа охорони здоров'я - це складний процес, що включає планування, впровадження та інституціоналізацію. Міжнародний досвід показує, що успішна реформа потребує чіткої стратегії та довгострокового планування.

7. умови для ефективної організації реформи: успішна реформа вимагає створення умов, включаючи формування нових інституцій, організаційних структур та інструментів адміністративного впровадження [28]. Ці аспекти можуть бути використані як основа для розробки та адаптації реформ у країні з урахуванням національних умов і потреб населення.

Подальше підвищення ефективності адміністративної системи в системі охорони здоров'я залежить від низки факторів, основним з яких є забезпечення необхідного обсягу фінансування. Загалом, адміністративні

структури в секторі охорони здоров'я розвивалися відповідно до особливостей і традицій державної системи. Гарантування функціонування державного сектору охорони здоров'я

Сфера застосування адміністративних «інструментів» для гарантування функціонування сектору охорони здоров'я має чіткий взаємозв'язок з державою [16, 18]. В принципі, загальні цілі як ціннісні орієнтири розвитку системи охорони здоров'я включають: 1) покращення та вдосконалення догляду за пацієнтами (хворими); 2) покращення профілактики та лікування окремих осіб і цілих груп населення; 3) покращення якості та доступності медичних послуг для населення. Для досягнення вищезазначених цілей необхідна певна структура, кожен елемент якої є взаємопов'язаним.

Майбутня система охорони здоров'я України має складну структуру і реалізується на двох рівнях [12]: 1) національний рівень та 2) регіональний (обласний) рівень. На національному рівні завдання сектору управління охороною здоров'я можна класифікувати наступним чином [25]: 1) формування політики у сфері охорони здоров'я; 2) фінансування [6-7]; 3) охорона здоров'я населення, профілактика та лікування; 4) збір та аналіз даних про функціонування системи охорони здоров'я; 5) безпосереднє регулювання надання послуг. Регіони беруть безпосередню участь у реалізації вищезазначених цілей та завдань. Однак, маючи певний ступінь автономії, вони часто діють по-різному, що призводить до протиріч і ускладнює розвиток систем охорони здоров'я, заснованих на принципі «доступності».

Ускладнює розвиток систем охорони здоров'я, заснованих на принципі «доступності». Наприклад, система ліцензування медичної діяльності, акредитації медичних закладів та функціонування програм громадського здоров'я залишається невизначеною. Наразі більшість процесів, включаючи авторизацію та реімбурсацію діагностичних і терапевтичних послуг, здійснюються централізовано, а всі медичні організації зобов'язані надавати доступну та якісну медичну допомогу.

Коли йдеться про управління охороною здоров'я, на особливу увагу заслуговує питання системи органів, які здійснюють управлінські та контрольні функції у сфері охорони здоров'я. Так, центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я та соціальних послуг є Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США («HHS») [51]. Очолює HHS Міністр охорони здоров'я, який є членом Кабінету Міністрів; голова HHS підзвітний Сенату. HHS має територіальне агентство в кожному штаті, яке має повноваження реалізовувати політику штату в галузі охорони здоров'я та забезпечувати зворотній зв'язок з федеральними органами. Іншими словами, територіальні управління HHS зобов'язані надавати інформацію про поточний стан своїх територій з точки зору громадського здоров'я та соціального забезпечення; в рамках HHS Служба громадського здоров'я США United States Public Health Service (USPHS) безпосередньо відповідає за надання медичної допомоги [45].



Рис. 3.1. Концептуальна схема функціонування електронної системи охорони здоров'я

Джерело: сформовано за даними МОЗ [37–44].



NHS реалізує масштабні державні програми, спрямовані на забезпечення якості та доступності медичної допомоги для населення США, зокрема Medicare (медичне страхування для людей похилого віку та інвалідів), Medicaid (медичне страхування для малозабезпечених), Nurse Home Visitation (охорона здоров'я матері та дитини) та Head Start (дошкільна освіта). Крім того, Міністерство охорони здоров'я реалізує понад 300 програм у сфері охорони здоров'я. Наприклад, наукові та соціальні дослідження у сфері громадського здоров'я та охорони здоров'я, профілактика різних захворювань, імунізація населення, безпека харчових продуктів, контроль якості лікарських засобів, вдосконалення інформаційних технологій [40-42], телемедицина, лікування та профілактика адиктивних захворювань (наркоманії, алкоголізму, ігроманії тощо), дітей (неповнолітніх) в сім'ї. Серед основних напрямів діяльності: профілактика агресивної поведінки щодо дітей (неповнолітніх) у сім'ї, соціальне забезпечення людей похилого віку тощо.

Подібні організації в Україні підпорядковані медичній мережі, яка складається з медичних науково-дослідних установ і може виконувати функції медичного розвитку та контролю. Тим часом, відповідні департаменти управління та контролю продовольчої системи контролюють якість продуктів харчування та медикаментів, а також виконують наглядові функції за національними лікарнями, які надають медичну допомогу населенню. Вони можуть контролювати окремі сектори медичної (санітарної) служби, взаємодіючи з міністерствами (департаментами та відомствами) з відповідними функціями [36]. Зокрема, він виконує функції служб громадського здоров'я, відповідальних за нагляд за екологічною та епідеміологічною ситуацією і профілактику неінфекційних захворювань (НІЗ); медичну допомогу для запобігання надзвичайним ситуаціям і невідкладним станам; регулярні амбулаторні медичні послуги, що спеціалізуються на спілкуванні з пацієнтами після стаціонарного лікування;

короткострокові стаціонарні медичні послуги, високотехнологічні (високо високотехнологічні (високотехнічні) стаціонарні послуги, послуги швидкої медичної допомоги тощо.

Дослідження адміністративних систем неможливе без інформації про рівень надання медичних послуг. По-перше, йдеться про рівень лікарів загальної практики - сімейних лікарів (ЗПСМ).

«Спілкування» з лікарями первинної ланки. На цьому рівні первинна медична допомога надається в амбулаторних умовах. У разі необхідності (спеціалізоване лікування, консультація «вузького» спеціаліста, додаткові обстеження, підтвердження діагнозу) пацієнта направляють на наступний рівень, де надається стаціонарна допомога.

Організації охорони здоров'я різняться за джерелами фінансування, що дозволяє їм пропонувати ширший спектр послуг відповідно до інтересів і потреб своїх пацієнтів. Нижче наведено приклади класифікацій на основі системи охорони здоров'я США:

1. державні лікарні: основним джерелом фінансування є державний бюджет [12-13]. Такі лікарні функціонують для громадян з інвалідністю, ветеранів, військовослужбовців та працівників у зв'язку з соціально значущими захворюваннями (наприклад, туберкульоз, онкологія, психіатрія).

2. некомерційні лікарні: створюються за рішенням держави або органів місцевого самоврядування з метою максимального охоплення та надання медичної допомоги населенню [15-17]. Цей тип закладів охорони здоров'я отримує підтримку від держави лише через непряме фінансування, наприклад, податкові пільги.

3. приватні комерційні лікарні - це комерційні організації, метою яких є організоване отримання прибутку. Тому основним джерелом їх фінансування є дохід від господарської діяльності з надання медичних послуг.

Не менш важливою є побудова системи та забезпечення її належного функціонування, тобто підготовка кваліфікованих кадрів. У США існує досить складна, багаторівнева система освіти та підготовки кадрів у медичній

галузі [18-42]. По-перше, існує «pre-med», який є першим «етапом» навчання на бакалавраті в галузі природничих наук (хімія, біологія, фізика). Заклади, які готують відповідних фахівців, підлягають обов'язковій державній акредитації. Наступним етапом є медична школа (загальна медична підготовка), яка включає чотири роки теоретичної та практичної підготовки. Процес вступу включає в себе вступний іспит до медичного коледжу (MCAT). Окрім іспиту, враховується участь у волонтерських організаціях, досвід роботи та особистий внесок у соціальний захист. Навчання (освіта) складається з двох етапів, кожен з яких триває два роки: «доклінічний» етап: базові медичні предмети та випускний іспит.

«Клінічна» фаза, яка включає навчання в лікарнях з різних дисциплін [17-25]. За результатами загальної підготовки випускникам присвоюється ступінь доктора медицини (M.D.: *Medicinae Doctor*), який не дає права на самостійну медичну діяльність, але дозволяє продовжити навчання в рамках «резидентури» (практичної підготовки), яка включає практичну підготовку у великій національній лікарні (навчальній лікарні). Дає дозвіл на продовження навчання в рамках «резидентури» (практичної підготовки), яка включає практичну підготовку у великій національній лікарні (навчальній лікарні). Тривалість навчання варіюється від трьох до шести років, залежно від програми [9-18]. Після закінчення резидентури студенти складають іспит, отримують медичну ліцензію (державну ліцензію) і робочу візу для здійснення медичної практики. Оскільки традиційна післядипломна медична освіта в США поступово втрачає популярність, крім резидентури, існує ще й інтернатура. Ця програма триває один рік і може призвести до отримання медичної ліцензії в більшості штатів. Часто ті, хто не пройшов до резидентури, йдуть на інтернатуру і використовують цей рік для додаткового навчання [14-15].

Стратегія вступу до резидентури починається з того, що абітурієнт надсилає заяву (включаючи резюме) до лікарні. Потім лікарня самостійно відбирає резидентів і запрошує їх на співбесіди. Цікаво, що в США існує

певна «освітня квота» для іноземних студентів у розмірі 25%, що, можна сказати, є механізмом підготовки висококваліфікованих іммігрантів [21-26].

Адже лише на третьому етапі навчання пропонуються такі пільги. Таким чином, приймаються студенти, які завершили медичну освіту в рідній країні і готові продовжити навчання в США. Враховуючи високі вимоги до абітурієнтів, така система дозволяє залучити найбільш підготовлених і кваліфікованих кандидатів. Стипендії (клінічна аспірантура) передбачають здобуття «вузької» спеціалізації (наприклад, геріатрія, онкологія, респіраторна медицина, кардіологія), що є завершальним етапом медичної освіти.

Адміністративно-командна система та пряме управління є стратегією державного управління у сфері охорони здоров'я. Це передбачає відведення державі першочергової ролі в регулюванні суспільних відносин у сфері надання медичних послуг населенню. Такими формами регулювання є ліцензування, контроль за дотриманням стандартів лікування та акредитація медичних працівників. Мета-регулювання як стратегія передбачає, наприклад, управління сектором охорони здоров'я за скаргами громадян. Заходи відповідальності також можуть застосовуватися за результатами перевірок [20-24]. Саморегулювання та добровільність є елементами саморегуляції членів добровільно організованих груп на рівні професійних асоціацій через стандартизацію, прийняття норм, правил участі тощо. Основним принципом участі в таких групах є готовність добровільно виконувати спільні зобов'язання в ім'я «спільного блага». Цей механізм реалізується через добровільну акредитацію закладів охорони здоров'я, експертну оцінку, використання протоколів, цілей і стандартів управління для ефективної діяльності.

«Ринкові механізми» - це стратегії, що базуються на загальних принципах ринкової конкуренції і застосовуються в державному секторі. Механізмами їх реалізації є стандартизація, фінансові стимули, управління за контрактом та запровадження показників ефективності. Ці механізми не є

взаємовиключними і застосовуються в США з достатньою ефективністю залежно від виду медичної допомоги, адміністративно-територіального розташування закладу, законодавства штату, а також релігійних і расових аспектів [20].

Ці стратегії не можна класифікувати як взаємовиключні. Більш поширеними є змішані типи, що фокусуються на одному з елементів [18-20]. Кожна країна зазвичай має свої особливості у формуванні та розвитку цього процесу. Наприклад, громадське здоров'я та соціальний захист у США регулюється механізмами саморегулювання, такими як вільна участь з обов'язковою акредитацією медичних закладів, використання стандартизації в медичному та освітньому процесах, моніторинг діяльності за допомогою цільових індикаторів та метрик. Ми вважаємо, що такі інструменти, як мета-регулювання у вигляді зовнішнього контролю, аудиту, оцінки нещасних випадків та скарг, залучення омбудсменів та використання ринкових механізмів, хоч і не в «чистому» вигляді, але все ж таки є дієвими.

Використання ринкових механізмів, хоча і не в «чистому» вигляді, дозволило б оплачувати адміністративні витрати таких фондів у разі їх використання в момент звернення або у вигляді (додаткової) компенсації. Прямі контрольні-командні механізми у вигляді видачі ліцензій на професійну діяльність або контроль за професійною діяльністю у вигляді сертифікації чи експертизи (експертного оцінювання) також є цілком доречними [20]. Що стосується України, то вибір механізму управління залежить від культурного та управлінського контексту.

### **3.2. Перспективи впровадження світового досвіду управління закладами охорони здоров'я в Україні**

Беручи до уваги кращі міжнародні практики, наступна область управління медичною системою заслуговує на увагу у зв'язку з її

впровадженням в Україні:

1) підвищення доступності, якості, ефективності та стійкості систем безпеки. Це включає збільшення фінансування охорони здоров'я з боку національних урядів штатів та територій, встановлення національних стандартів та цілей для покращення первинної медичної допомоги, психіатричної допомоги, паліативної допомоги вдома, розробку національних стратегій боротьби з опіоїдною кризою, створення національних систем фармацевтичного Страхування та розширення ролі цифрових та віртуальних технологій у охороні здоров'я:

2) забезпечити більшу автономію, конкуренцію, вибір та ефективність у системі охорони здоров'я та посилити роль охорони здоров'я. Цей напрямок включає передачу відповідальності за планування та закупівлю медичних послуг від первинної медико-санітарної допомоги клінічній групі комісії, створення Національного агентства охорони здоров'я, яке мало контролювати якість, безпеку та ефективність послуг, створення громадської охорони здоров'я, профілактику захворювань, громадське здоров'я, що займається надзвичайними ситуаціями, а також розширення ролі приватних і благодійних медичних організацій;

3) забезпечити доступну та високоякісну медичну допомогу для всіх громадян, зменшити витрати на охорону здоров'я, покращити результати лікування та безпеку пацієнтів та зміцнити охорону здоров'я. Цей напрямок передбачає створення ринку медичного страхування, розширення програми Medicaid, встановлення мінімальних стандартів покриття, надання субсидій та податкових пільг на придбання страховки, впровадження обов'язкового страхування для фізичних та юридичних осіб, реформування платіжної системи та підвищення якості послуг.

Серед інноваційних медичних технологій, які доцільно було б запровадити в Україні, враховуючи кращий міжнародний досвід, можна виділити такі: 1) лікарі, які працюють віддалено, консультують пацієнтів, діагностують захворювання, переглядають рентгенівські знімки та КТ у

високій роздільній здатності, а в багатьох випадках співпрацюють з іншими фахівцями у віддалених регіонах віртуальна реальність (VR); та 2) штучний інтелект (ШІ), який допомагає аналізувати великі обсяги даних, виявляти закономірності, прогнозувати результати та допомагати медичним працівникам. Зарубіжні науковці та медики надають великого значення інформаційним та цифровим технологіям, які можуть бути використані для широкої комунікації з громадськістю, пацієнтами та лікарями. До таких технологій належать телемедицина та телемедичні консультації, які уможлиблюють комунікацію між пацієнтом та всіма учасниками медичного процесу.

Українські науковці також наголошують на значному впливі комунікації на якість результатів лікування та адміністрування в медицині та громадському здоров'ї. Наукові дослідження можна класифікувати за такими напрямками: роль ефективних процедур участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики, участь громадськості, принципи та організація процесів прийняття рішень, запровадження міжнародних стандартів проведення консультацій з громадськістю (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Інвестиції сталого розвитку системи охорони здоров'я

Джерело: сформовано на основі [21–29].

Сучасна наука пропонує різні моделі комунікації, які можуть бути застосовані до сфери державного управління. Більшість з них базуються на класичних моделях комунікації, які розглядають комунікацію як процес передачі, обміну, створення та впливу інформації між різними суб'єктами в різних контекстах. До таких моделей належать: трансакційна, інтерактивна, лінійна, Дака, Фішера, Дефлера, SMCR Берло, Лассвелла, Ф. Данса, Гербнера, Шеннона та Вівера, Райлі та Райлі, Осгуда-Шрамма, взаємовідносин Дака, Ньюкомба, А. Джохарі, Пропаганда - А. Джохарі, Герман і Хомський; комунікація - Пул, Кнапп, Вестлі і Маклін [40-52].

Ці моделі враховують різні аспекти комунікації та комунікаційної діяльності. Наприклад, інформаційна, інтерактивна, реляційна, колективна, соціальна, культурна, переконуюча, пояснювальна, ефективна, зворотного зв'язку, інтерактивна, канална, перцептивна, невербальна, динамічна, міжособистісна, конфліктна, функціональна, когнітивна, ситуативна, критична, масова, довірча, збалансована тощо.

Ці складові є основою для розробки комунікаційної моделі в системі державного управління охороною здоров'я, спрямованої на підвищення якості життя суспільства, збереження та раціональне використання природних ресурсів, підвищення продуктивності та конкурентоспроможності аграрного сектору та інтеграцію сільських територій у національні та глобальні процеси.

Комунікаційні моделі в системах управління охороною здоров'я відповідають сучасним викликам і можливостям 21 століття, включаючи зміну клімату, демографічні зміни, міжнародну конкуренцію і стрімкі технологічні зміни. Комунікаційні моделі в системах управління охороною здоров'я пропонують нові підходи до політики, практики та теорії, які враховують особливості сільських умов, різноманітність їх інтересів, а також можливості інновацій та створення мереж у сільській місцевості.



### **3.3. Удосконалення системи охорони здоров'я в Україні на основі світового досвіду**

На основі аналізу особливостей системи охорони здоров'я кожної країни можна узагальнити фінансову систему країни та принципи фінансування сектору охорони здоров'я. Згідно з вищезазначеним досвідом та проаналізованою літературою, країнами з найбільшою кількістю лікарень є Китай, Індія, В'єтнам, Нігерія, Японія, Єгипет, Південна Корея, Бразилія та США. Згідно зі статистикою, що базується на даних Medical Device-Network, в ЄС налічується приблизно 7200 лікарень [68].

Залежно від форми власності лікарні поділяються на державні та приватні, комерційні (прибуткові) та некомерційні (неприбуткові). Наприклад, 2/3 всіх міських лікарень у США є приватними некомерційними лікарнями, а 1/3 розподіляється між комерційними та державними лікарнями. Державні лікарні підпорядковані уряду США і користуються спеціальними податковими пільгами [86]. Однак, незалежно від структури власності, всі лікарні надають приблизно однакові базові медичні послуги, керують своїм персоналом за однаковими стандартами, мають приблизно однаковий рівень кваліфікації та працюють відповідно до стандартних умов діяльності.

У країнах ЄС відбулися певні зміни у структурі власності. Це пов'язано зі зміною статусу лікарень та їх переходом до іншої форми господарювання - як неприбуткових, а в деяких випадках і як прибуткових організацій, що дає можливість організувати, управляти та вдосконалювати господарську діяльність в умовах ринкових відносин, розширює доступ до ринків капіталу та інвестицій без необхідності узгодження з власниками, якими раніше були державні чи муніципальні органи влади [71]. Наприклад, у Бельгії, Нідерландах та Португалії лікарням надано можливість утримувати весь або частину додаткового або періодичного прибутку і використовувати його для фінансування фіксованих та інвестиційних витрат [55, с. 39].

У країнах ЄС зміни у формі власності відображають подальші напрямки у світлі формування нових госпітальних округів і консорціумів, коли державні лікарні, що раніше перебували у державній власності, передаються регіональним і місцевим органам влади, наприклад, лікарняним трастам, регіональним лікарняним трастам, місцевим радам і радам графств. Географічна доступність на регіональному рівні та форма регіональних монополій підвищують конкурентоспроможність лікарень у наданні медичних послуг населенню [45, с.39-41].

У цьому плані цікавим є голландський досвід злиття лікарень, який базується на необхідності забезпечення ефективності та вертикальної інтеграції між замовниками та лікарнями; М. Каной та В. Саутер зазначають, що «цей процес вимагає збалансованого підходу, оскільки результат значною мірою залежить від державної політики (наприклад, запобігання банкрутству та недопущення надмірного впливу на охорону здоров'я). запобігання неправомірному впливу постачальників медичних послуг)» [67, с. 4].

Згідно з аналізом статистичних показників та фінансових звітів Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР, Health System Characteristics Survey), Євростату та ВООЗ, Австралія, Канада, Данія, Фінляндія, Швеція, Норвегія, Ірландія, Італія, Фінляндія, Швеція, Норвегія, Ірландія, Іспанії, Нової Зеландії, Норвегії, Португалії та Великобританії, державні витрати на системи охорони здоров'я становлять від 50% (Кіпр) до 86% (Данія) у структурі загальних витрат на охорону здоров'я в цих країнах [58].

Системи охорони здоров'я Австрії, Бельгії, Франції, Німеччини, Чехії, Нідерландів, Польщі, Угорщини, Японії, Південної Кореї, Люксембургу, Словаччини та Швейцарії фінансуються фондами соціального страхування на рівні 50-80% від загальних витрат на охорону здоров'я [58].

У таких країнах, як Греція, Мексика і Туреччина, домінує лише одне джерело фінансування системи охорони здоров'я: або державний бюджет, або фонд соціального страхування. У Південній Кореї, Мексиці, Греції та

Швейцарії частка приватних витрат у загальних витратах значно вища: 40%, 55%, 44% і 41% відповідно, що значно перевищує нелегальні платежі населення [58]. У більшості країн ОЕСР законодавчий орган, парламент, керує розробкою та прийняттям відповідної політики і приймає адміністративні рішення щодо обсягів фінансування системи охорони здоров'я.

В інших країнах, таких як Греція, Чехія, Японія, Люксембург, Нідерланди, Іспанія та Швейцарія, парламент і центральний або федеральний уряд визначають умови і деталі фінансування охорони здоров'я, а також встановлюють рівень податків і внесків на соціальне страхування. В Австралії, Канаді, Італії та Великобританії бюджетні рішення приймаються на центральному та регіональному/муніципальному рівнях. В Австрії, Польщі та Швеції всі три рівні влади залучені до цього процесу. В Іспанії рішення приймають регіони, а у Фінляндії - муніципалітети.

У Канаді, Італії, Швеції та Великобританії федеральний уряд приймає рішення щодо бюджету та податкової політики системи охорони здоров'я. Муніципалітети у Фінляндії та Швеції також беруть участь у процесі прийняття рішень щодо організації системи охорони здоров'я та формулювання фінансової підтримки сектору охорони здоров'я.

Фонди соціального страхування також можуть діяти як незалежні суб'єкти у формуванні та реалізації національної політики у сфері охорони здоров'я. В Японії та Південній Кореї вони беруть участь у діяльності уряду щодо визначення розміру внесків на соціальне страхування; у Люксембурзі лікарняні каси самостійно вирішують свої фінансові питання; а в Швейцарії, Греції та Нідерландах рівень внесків визначають окремі фонди. Загалом, у більшості країн бюджетування та фінансування медичної галузі є прерогативою центрального уряду.

Не менш цікавим є питання розподілу ресурсів між регіонами та сектором охорони здоров'я, оскільки такі коригування не обов'язково є результатом прийняття рішень. У країнах, де діють системи обов'язкового

медичного страхування, розподіл ресурсів між секторами охорони здоров'я відбувається постфактум. Однак у більшості країн ресурси розподіляються між регіонами, парламентами або центральними урядами. У Нідерландах і Словаччині Фонд медичного страхування бере участь в процесі прийняття рішень, і, зокрема, що стосується розподілу ресурсів між секторами охорони здоров'я, такі рішення часто приймаються спільно з Фондом соціального страхування [55, С.171].

Рішення щодо способу оплати в лікарнях, як правило, приймаються більш інтенсивно, і відповідальність за встановлення способів оплати для медичних працівників та закладів охорони здоров'я часто розподіляється між різними зацікавленими сторонами, включаючи фонди медичного страхування та лікарів. Парламентські або центральні органи влади найчастіше беруть участь у прийнятті рішень щодо способу оплати праці лікарів: у Великобританії ця відповідальність покладена на центральні та місцеві органи влади; в Канаді та Іспанії рішення приймаються державними або регіональними органами влади [52].

Частка витрат на ліки та медичні вироби також варіюється від країни до країни, складаючи від 8,2% до 16% у Швейцарії, Швеції, Нідерландах, Данії, Люксембурзі та на Кіпрі, тоді як у Болгарії вона становить лише 42% [58]. Слід зазначити, що фінансування медичних закладів, що надають невідкладну допомогу в більшості країн ОЕСР, являє собою поєднання різних комбінацій методів оплати, але всі вони забезпечують надання високоякісних і ефективних медичних послуг в екстрених ситуаціях. Як правило, медичні установи фінансуються на основі індивідуального підходу і майбутнього глобального бюджету, призначеного для покриття певних категорій витрат. Фінансування на основі глобального бюджету дозволяє організаціям охорони здоров'я бути гнучкими та адаптивними у розподілі ресурсів. Наприклад, лікарні в Португалії та Люксембурзі фінансуються виключно на основі глобального бюджету [49].

На думку міжнародних експертів, обидва бюджети (постатейний і

глобальний) не стимулюють зростання послуг, принаймні в короткостроковій перспективі, а в деяких випадках для регулювання попиту на послуги необхідно запроваджувати списки очікування. Багато країн поєднують глобальні бюджети з оплатою на основі випадку, де глобальні бюджети використовуються для покриття понад 50% лікарняних послуг (Канада, Австралія, Чехія, Данія, Ірландія, Нідерланди, Норвегія, Великобританія, Канада, Чехія). Організації охорони здоров'я, що надають послуги інтенсивної терапії (Фінляндія, Франція, Німеччина, Угорщина, Італія, Польща, Словаччина та Франція), фінансуються лише за допомогою методів оплати на основі випадку. У Японії та Південній Кореї, а також у Бельгії оплата послуг стаціонару в лікарнях інтенсивної терапії поєднується з методом оплати за послуги/процедури/ліжко-дні. У Швейцарії метод оплати лікарням обирають кантони, причому 2/3 кантонів використовують оплату за випадок, а решта кантонів - глобальний бюджет [7, с. 127]. Загалом, методи оплати лікарняних послуг відрізняються між країнами, де основним джерелом фінансування є обов'язкове медичне страхування, та країнами, де основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я є загальне оподаткування. Зокрема, в країнах з обов'язковим медичним страхуванням державні та приватні некомерційні лікарні фінансуються за рахунок схем добровільного страхування, тоді як приватні комерційні лікарні фінансуються за рахунок плати за послуги (за винятком Іспанії).

Аналізуючи основи фінансування охорони здоров'я в різних країнах, не можна ігнорувати глобальну тенденцію уповільнення соціально-економічного розвитку за останні 10 років. Такі тенденції негативно позначаються на таких чутливих сферах, як охорона здоров'я, від яких залежить їх здатність надавати медичні послуги відповідно до міжнародних принципів.

У попередньому розділі говорилося, що основним джерелом фінансування охорони здоров'я в більшості країн є внески на обов'язкове Медичне страхування, які відраховуються на паритетній основі

роботодавцями та працівниками. Кошти, отримані від добровільного медичного страхування за рахунок роботодавця або за рахунок самого громадянина, також використовуються для фінансування медичних фондів. Механізм добровільного медичного страхування найбільш популярний у Німеччині та Нідерландах.

У більшості країн оплата медичних послуг та ліків також може здійснюватися за рахунок власних коштів пацієнта. Це пов'язано з тим, що медична страховка не завжди покриває всі витрати на надання медичної допомоги. Водночас структура особистих витрат пацієнта на спільне фінансування пацієнтів не характеризується однаковістю та однорідністю [31, с.189]. У таких країнах, як Італія і Греція, це пояснюється переважанням особистих доплат громадян за придбання ліків і медичних послуг, а в Німеччині, Франції та Бельгії велика частина витрат акумулюється у фондах медичних страхових компаній, що надають послуги в рамках добровільного медичного страхування [22]. Це пов'язано з розвиненим ринком страхових компаній, їх великою кількістю і збільшеною конкуренцією, що в цілому дозволяє медичним страховим компаніям вести успішну інвестиційну діяльність.

Що стосується нашої країни, то в Україні вже досить тривалий час діє модель фінансування охорони здоров'я, за якої бюджетні кошти спрямовуються на утримання інфраструктури охорони здоров'я [22].

Протягом багатьох років в Україні була прийнята модель фінансування охорони здоров'я, за якої бюджетні кошти спрямовуються переважно на утримання інфраструктури охорони здоров'я. Громадяни мали обмежений доступ до якісних медичних послуг, а медичні заклади не були забезпечені необхідним медичним обладнанням. Загалом, основними фінансовими проблемами в українській системі охорони здоров'я можна назвати – низька якість та ефективність медичних послуг, економічна незахищеність населення та відсутність фінансових гарантій на охорону здоров'я, неефективне використання бюджетних ресурсів тощо. [38, с.169; 50].

У зв'язку з цими проблемами Міністерство фінансів України активно долучилося до реформування системи охорони здоров'я країни, а спільна співпраця органів державного управління на центральному рівні дозволила забезпечити подальший розвиток реформи охорони здоров'я в країні.

КМУ ухвалила Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка визначила основні етапи реформи та поетапний план її реалізації [50]. Серед основних завдань реформи системи охорони здоров'я було обґрунтовано перехід від постатейного фінансування медичних послуг до фінансування за результатами. Цей напрям сприятиме підвищенню ефективності системи охорони здоров'я та оптимізації підходів до схем фінансування. Основні зміни, передбачені концепцією, включають:

- запровадження єдиного національного замовника медичних послуг;
- запровадження гарантованого державою пакету медичних послуг;
- створення нових структур та методів реалізації повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я;
- автономізація закладів охорони здоров'я як основних надавачів медичних послуг;
- впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом»;
- розвиток сучасних електронних сервісів та вдосконалення інформаційного менеджменту в системі охорони здоров'я [50].

Восени 2017 року було прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [17], згідно з яким держава зобов'язується фінансувати необхідні медичні послуги та лікарські засоби для громадян в рамках Програми медичних гарантій за рахунок коштів державного бюджету України.

Програма медичних гарантій - це пакет гарантованих державою медичних послуг, сформований на основі пріоритетів системи охорони здоров'я України та в межах обсягів і можливостей державного фінансування, що включає екстрену, первинну, амбулаторно-поліклінічну, стаціонарну, паліативну допомогу, реабілітацію, медичну допомогу дітям

віком до 18 років, медичну допомогу під час вагітності та пологів медичний супровід тощо [17]. Доступ до програми медичного страхування мають громадяни України, а також особи без громадянства.

Фінансування програми медичного страхування визначається Законом про Державний бюджет України і становить не менше 5% від ВВП держави, а видатки на програму медичного страхування є захищеною статтею бюджету [18; 39].

Протягом десятиліть видатки на охорону здоров'я рідко перевищували 3%; при підготовці проєкту державного бюджету на 2021 рік міністр фінансів С. Марченко зазначав, що видатки на охорону здоров'я можуть зрости до 5% ВВП у 2023 році в результаті поступового збільшення з 4,2% бюджету від ВВП у 2021 році [18; 39].

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) була створена постановою Кабінету Міністрів України для реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [42; 45]. Організація є основним замовником медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій та укладає договори про фізичні особи-підприємці, які мають ліцензію на медичну практику.

Крім того, з метою покращення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я було запропоновано механізм зміни їхнього статусу та реорганізації місцевими органами влади в некомерційні підприємства. Медичні заклади отримали можливість укладати договори з НСЗУ та отримувати пряме бюджетне фінансування за надані медичні послуги [42]. Цей механізм дозволив НСЗУ відійти від системи дотування охорони здоров'я з державного бюджету.

Договори про медичне обслуговування населення укладаються відповідно до обсягу бюджетного фінансування на певний період, виходячи з вартості та обсягу медичних послуг, замовлених державою або місцевими органами влади. Вартість таких медичних послуг розраховується з урахуванням структури витрат, необхідних для їх надання [42].



Це дозволило НСЗУ реалізувати основний принцип медичної реформи «гроші йдуть за пацієнтом», оплачуючи фактично надані медичні послуги [42; 56]. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» дозволяє людині звернутися за медичною допомогою до конкретного лікаря, а державі оплатити конкретний пакет медичних послуг, наданих цьому пацієнту. На основі цих заходів з реформування фінансування системи охорони здоров'я вдалося відійти від фінансових витрат на лішко-місця [39].

Громадяни України отримали можливість самостійно обирати сімейного лікаря та підписувати з ним декларацію про співпрацю, а комунальні заклади охорони здоров'я, в яких працює сімейний лікар, перейшли на оплату послуг на основі договору з НСЗУ. В результаті медичні заклади стали більш незалежними та фінансово самостійними і отримали можливість вільно розпоряджатися своїми бюджетами незалежно від структури оплати послуг та штатного розпису.

Відповідальні органи управління охороною здоров'я тепер відповідають за розвиток підпорядкованих їм закладів охорони здоров'я, залучення інвестицій, визначення пріоритетів їхньої діяльності та закупівлю медичного обладнання.

Таким чином, майже всі комунальні заклади охорони здоров'я всіх рівнів, включаючи районні, міські та обласні лікарні, взяли участь у реформі та отримали фінансування за договорами з НСЗУ У 2020 році НСЗУ уклала 3 862 договори з 1 675 закладами спеціалізованої та екстреної медичної допомоги та виплатила 56,2 млрд грн НСЗУ виплатила 5,6 млрд грн. За пріоритетним пакетом послуг медичні заклади надали послуги близько 29 000 дітей, 58 000 пацієнтів з інсультом, 16 000 пацієнтів з інфарктом міокарда, 230 000 амбулаторних пацієнтів з ранньої діагностики раку та 18,7 000 жінок за пакетом послуг з неонатальної допомоги.

187 000 жінок отримали послуги в рамках «пакету материнства»; у 2020 році НСЗУ заплатила 4,3 млрд грн за ці пріоритетні послуги. [42].

У 2020-2022 роках триває наступний етап реформи системи охорони

здоров'я України. Відповідно до оновленого Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та Закону України «Про Державний бюджет України», після 1 квітня 2020 року медична субвенція місцевим бюджетам не надаватиметься [17; 18]. 2020 року, в умовах реалізації програми медичних гарантій для населення, через коронавірусну хворобу SARS-CoV-2 виникла потреба в коштах на оплату медичних послуг, що надаються населенню. визначено потребу в коштах на оплату послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену цим вірусом [42].

Слід враховувати, що державний бюджет України до 2022 року виконувався у складній макроекономічній ситуації, зумовленій пандемією та карантинними заходами, але завдяки послідовній фіскальній політиці КМУ вдалося акумулювати бюджетні надходження для фінансування сфери охорони здоров'я в достатніх обсягах У 2020 році в державному бюджеті на охорону здоров'я касові видатки на охорону здоров'я склали 124,9 млрд грн, що становить 9,7% від загального обсягу видатків державного бюджету та на 86,4 млрд грн (223%) більше порівняно з 2019 роком [42]. У структурі видатків на охорону здоров'я найбільша частка припадає на інші заходи (90%) та утримання лікарень і санаторіїв (6%).

У 2021 році видатки на охорону здоров'я в державному бюджеті України зросли на 30,29% порівняно з 2020 роком до 172,9 млрд грн. Таке зростання зумовлене змінами у структурі надання медичних послуг. У квітні цього року стартувала Програма медичних гарантій на 2021 рік, яка включає пакет вакцинації від COVID-19, тож бюджет Програми медичних гарантій на 2021 рік сягнув 124 млрд грн, що майже на 35 млрд грн більше порівняно з 2020 роком. [42].

Відповідно до програми, фінансові ресурси були розподілені за такими статтями: екстрена допомога - 14 млрд грн; первинна медична допомога - 20,7 млрд грн; медична допомога хворим на COVID-19 - 10 млрд грн; лікування онкологічних захворювань - 4,7 млрд грн; медична допомога

вагітним, породіллям та новонародженим: 6 млрд грн; пріоритетні серцево-судинні захворювання - 3,7 млрд грн серцево-судинних захворювань - 3,7 млрд грн; лікування хворих на ниркову недостатність в амбулаторних умовах - 3 млрд грн тощо. На централізовані закупівлі ліків виділено 10,5 млрд грн, що на 28% більше, ніж у 2020 році. Також варто відзначити збільшення видатків на підготовку та підвищення кваліфікації медичних працівників та розвиток екстреної медицини: у державному бюджеті на 2021 рік на імунізацію проти COVID-19 виділено 2,6 млрд грн замість 15,1 млрд грн, запропонованих МОЗ. Стільки ж було виділено за статтею «Громадське здоров'я та боротьба з епідеміями» [42].

Серед іншого, на модернізацію та оновлення матеріально-технічної бази, реконструкцію медичних закладів, державні інвестиційні проекти «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної спеціалізованої дитячої лікарні», «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної спеціалізованої дитячої лікарні», «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної спеціалізованої дитячої лікарні

Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної спеціалізованої дитячої лікарні», «Охматдит» та лікування громадян України за кордоном.

До місцевого бюджету були виділені субсидії на підтримку окремих установ та видів діяльності в системі охорони здоров'я на загальну суму майже 3 млрд грн. [42]

Відповідно до державного бюджету на 2022 рік, адекватне фінансування було визначено серед пріоритетів для надання високоякісних медичних послуг усім громадянам та підвищення заробітної плати медичних працівників. На розвиток галузі в бюджеті передбачено 1,575 млрд грн, у тому числі 1,925 млрд грн - на реалізацію програми медичних гарантій. У бюджеті також передбачено ряд таких витрат:

- на надання та розвиток трансплантації органів та інших анатомічних

матеріалів в Україні та лікування громадян України за кордоном (1,5 млрд грн));

- на придбання дорогого медичного обладнання для створення розвиненої мережі медичних закладів (2,7 млрд грн));

- підвищити рівень заробітної плати лікарів; рівень базової заробітної плати у 2022 році для лікарів повинен був досягти рівня 20 тис.грн, для середнього медичного працівника - 13,5 тис. грн [42]. Серед нововведень були виплати працівникам медичних установ, пов'язані з переведенням на нове робоче місце, або, при необхідності, виплати за перепідготовку, щоб забезпечити надійну мережу лікарень в районі кластера.

### **Висновки до 3 розділу**

1. Враховуючи такі показники, як очікувана тривалість життя, частка ВВП, що виділяється на сектор охорони здоров'я, та рівень захворюваності, пріоритетними механізмами державного управління в системі охорони здоров'я є орієнтація на користувачів послуг. 1. збалансоване надання послуг у приватному (комерційному) секторі охорони здоров'я, в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та в системі екстреної медичної допомоги

2. Кризові ситуації у сфері охорони здоров'я становлять серйозну загрозу для здоров'я населення та стійкості системи охорони здоров'я. Для успішного функціонування системи охорони здоров'я адміністрація повинна забезпечити: 1) організацію між- та внутрішньо-інституційної співпраці між органами влади, організаціями охорони здоров'я та неурядовими організаціями; 2) розробку та впровадження комплексних програм запобігання кризовим ситуаціям; 3) підготовку кваліфікованих кадрів, які володіють знаннями та навичками кризової комунікації; 4) надання

інформаційної та правової підтримки у разі виникнення кризових ситуацій; 5) підготовку кадрів, які володіють 4) надання інформаційної та юридичної підтримки медичним закладам у кризових ситуаціях.

## ВИСНОВКИ

1. Державне управління в Україні стикається з низкою проблем і викликів, які потребують подальшого наукового і практичного вдосконалення: а) нечітко визначено сутність і зміст поняття «державне управління» та відмінності між державним управлінням, державними послугами і державними функціями; б) недостатньо чітко сформульовано поняття «публічне адміністрування»; недостатньо чітко визначено поняття «публічне адміністрування». Це ускладнює формування єдиної теоретико-методологічної бази для дослідження та розвитку державного управління в Україні. Недостатнє правове регулювання публічного адміністрування та відповідність міжнародним стандартам і кращим світовим практикам; в) необхідність адаптації та впровадження інноваційних медичних технологій, які сприятимуть підвищенню доступності, якості, ефективності та сталості системи охорони здоров'я. Це включає використання таких технологій, як віртуальна реальність, штучний інтелект, носії пристрої, цифрові та віртуальні технології, а також нові технології для діагностики, лікування та профілактики пріоритетних захворювань, включаючи COVID-19. Оптимальний баланс між централізацією та децентралізацією, раціональні ієрархічні відносини, розподіл повноважень та відповідальності між державою та органами місцевого самоврядування. розподілу повноважень і відповідальності між державою та муніципалітетами, ефективності та якості державного управління, а також необхідності використання міжнародного досвіду, отриманого під час протидії COVID-19 та необхідність розробки комплексних стандартів, програм і механізмів оцінки та підвищення якості адміністративних послуг, що надаються органами влади; г) необхідність удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я шляхом: розробки державної політики на основі національної доктрини здоров'я; підвищення рівня культури здоров'я; збереження та зміцнення здоров'я

населення; подальшого поліпшення здоров'я нації; поліпшення медико-демографічної ситуації; оптимізації структури та мережі закладів охорони здоров'я; оптимізації формування здорового способу життя та посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги; підвищення рівня популяризація здорового способу життя, посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги мають бути включені до цілей політики. Таким чином, ефективне державне управління є ключовим елементом забезпечення стабільності системи охорони здоров'я та захисту здоров'я населення в умовах кризи.

2. Визначено основні характеристики систем охорони здоров'я в різних країнах на основі бісмарківської моделі, моделі Беверіджа та приватної моделі. Дослідження базується на досвіді таких країн, як США, Японія, Канада, Великобританія, Німеччина, Швейцарія та Нідерланди, дослідження базується на досвіді таких країн, як Японія, Канада, Великобританія, Німеччина, Швейцарія та Нідерланди. Японія має національну систему медичного страхування та систему страхування працівників, яка є найбільшою. Система охорони здоров'я характеризується широким доступом до медичних послуг та необмеженим вибором лікарів. Більшість медичних послуг вимагають часткового внеску пацієнта в розмірі від 10 до 30 %. Адміністративна модель сектору охорони здоров'я базується на чотирьох рівнях управління: провінція, муніципальна влада та медичні центри.

Американська модель побудована таким чином, що громадяни самі обирають страхову компанію, а медичне страхування покриває основну частину їхніх витрат на охорону здоров'я. Однак в Україні немає такої сильної страхової компанії у сфері охорони здоров'я, що ускладнює імплементацію американського досвіду. У США, наприклад, такі страхові компанії забезпечують досить широке фінансування різних пакетів послуг. Для нашої країни, однак, цікавим є досвід національних програм Medicare та Medicaid. Заслуговує на увагу і рівень інноваційності системи охорони здоров'я країни.

В Австралії держава забезпечує якісну, доступну медичну допомогу та

гарантує безкоштовне лікування в державних медичних закладах, що не виключає систему добровільного приватного медичного страхування, яка є найбільш цікавою для України. У Канаді існує кілька рівнів управління та надання медичних послуг - центральний (федеральний) та муніципальний, а фінансування здійснюється за рахунок податкових надходжень (понад 70% - це податки). Канадська програма Medicare вважається однією з найкращих у світі і може стати для України потужним інструментом для подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я.

Досвід Великої Британії є корисним для вивчення діяльності Національної служби охорони здоров'я (NHS). Однак у країні також існує приватне медичне страхування. Варто також зазначити, що кожен регіон Великобританії має власний офіс NHS.

Система охорони здоров'я Німеччини була сформована досить давно, ще у 1880-х роках, але за час свого розвитку система охорони здоров'я країни вважалася однією з найкращих моделей і сьогодні поєднує в собі дві форми фінансування - державну та приватну. Крім того, найбільш вразливим верствам населення гарантується державний захист і фінансування медичних послуг.

У Швейцарії добре розвинене приватне страхування, але страхові компанії не мають права обирати своїх пацієнтів і зобов'язані застрахувати будь-яку людину. У цій країні застрахованим громадянам надається можливість вибору особистого страхового плану на основі «франшизи» та «особистої фінансової участі», і в багатьох випадках громадяни обирають низьку франшизу і високу щомісячну премію або, навпаки, високу франшизу і низьку щомісячну премію. Послуги, що пропонуються, є досить гнучкими, з широким спектром послуг, що пропонуються різними страховими компаніями. Голландська система охорони здоров'я поєднує приватну медицину з соціальною допомогою, що базується на принципах солідарності, ефективності та цінності для пацієнта. У Нідерландах існує два види медичного страхування: обов'язкове базове страхування та додаткове страхування.



3. Продемонстровано можливість покращення фінансування медичних послуг в Україні на основі закордонного досвіду. Основні напрямки оптимізації фінансування медичних закладів на поточному етапі включають подальші напрямки кластеризації та формування медичних кластерів, які мають покращити доступ населення до медичних послуг та сприяти впровадженню інфраструктурної моделі охорони здоров'я. Також з метою перегляду системи оплати праці медичного персоналу, яка підвищує якість роботи персоналу медичних установ, рекомендується визначити результати інноваційної діяльності та надбавки за застосування експериментальної терапії, а також розширити перелік платних медичних послуг державних і муніципальних медичних установ.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Верховна Рада України ухвалила держбюджет на 2023 рік. Київ: Кабінет Міністрів України; 2022. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/verhovna-rada-ukrayini-uhvalila-derzhbyudzheth-na-2023-rik>
2. Войтенко А. Б., Присяжнюк О. Ф., Плотнікова М. Ф. Адміністрування та проєктування фінансово-економічної спроможності закладів охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2021. № 7. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=9061>.
3. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. *Форум права*. 2011. № 2. С. 139–146. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2011-2/11vvvcoz.pdf>
4. Гомон Д., Денисова А. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник ХДУ. Серія : Юридичні науки*. 2016. № 4. С. 123.
5. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. URL: [https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf)
6. Камінська Т. О. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія та право*. 2015. № 1(20). URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf>
7. Коба Н., Ісаєнко Р. М., Короленко В. В., Глушаниця О. Ф., Ременник О. І., Лазоришинець В. В. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2012. № 2. С. 16–22. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unmmj\\_2012\\_2\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unmmj_2012_2_5)

8. Костюк В. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент*. 2017. Вип. 24(2). С. 40. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu\\_eim\\_2017\\_24%282%29](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29)  
11
9. Лазоришинець В. та ін. Державне управління охороною здоров'я України: монограф. К., 2014. 312 с.
10. Медичні закупівлі України. URL: <https://medzakupivli.com/uk/pro-mzu-pro-nas>.
11. Мотайло О. В. Зарубіжний досвід державного управління у сфері охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток* 2020. №9 URL: [http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/9\\_2020/60.pdf](http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/9_2020/60.pdf)
12. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. №1–2. URL: [https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk\\_1-2\\_2020-43-52.pdf](https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf)
13. НБУ зафіксував офіційний курс гривні до долара США на новому рівні та вжив низку додаткових заходів для збалансування валютного ринку та підтримання стійкості економіки в умовах війни 21 липня 2022 року. Джерело: Новини. Київ: Національний банк України; 2022. URL: <https://bank.gov.ua/ua/news/all/nbu-zafiksuvav-ofitsiyniy-kurs-grivni-do-dolara-ssha-na-novomu-rivni-ta-vjiv-nizku-dodatkovih-zahodiv-dlya-zbalansuvannya-valyutnogo-rinku-ta-pidtrimannya-stiykosti-ekonomiki-v-umovah-viyni>.
14. План відновлення України. Конференція з питань відновлення України 2022. 4-5 липня, Лугано, Швейцарія. URL: <https://ua.urb2022.com/plan-vidnovlennya-ukrayini>.
15. Плотнікова М. Ф. Ноосферна освіта як системний підхід гармонізації людини та природи. *«Європу єднає здорове майбутнє» крос-форум в межах програми Президента України «Здорова Україна»*: зб. наук. праць / за заг. ред. проф. Бойчука Ю. Д. – Харків : ХНПУ імені Г. С.

Сковороди, 2022. С. 86–87.

16. Плотнікова М.Ф., Мусейчук Н.Ю., Москаленко О.І. Система здорового харчування в управлінні персоналом підприємств. *Трофологія (вчення про закономірності живлення біоти та правильного харчування людей) – новітній міждисциплінарний напрям в Україні*: матеріали I Всеукр. наук.-освітньо-практ. конф. (Житомир, 25–26 квітня 2019 р.), Житомир: Х Житомирський національний агроекологічний університет, 2019. С. 20–24.

17. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2022. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/361136>.

18. Присяжнюк О. Ф., Плотнікова М. Ф., Муренко Я. А. Роль проєкт-менеджменту у формуванні корпоративної культури безконфліктного середовища фармацевтичних компаній та оздоровчого туризму. *Підприємництво та Інновації*. 2022. № 22. С. 26–30. URL: <http://www.ei-journal.in.ua/index.php/journal/article/view/478/464>

19. Струве А. Медична реформа: уроки французької системи охорони здоров'я. *Ваше здоров'я*. 2015. №11–13. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medichna-reforma-uroki-francuzkoyi-sistemi-oxoroni-zdorovya/>

20. Фінансування охорони здоров'я в Україні: стійкість в умовах війни. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2022. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362077>.

21. Хартія основних прав Європейського Союзу від 7 грудня 2000 року // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_524](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_524)

22. Ходаківський Є.І., Присяжнюк О.Ф., Плотнікова М.Ф., Суботенко О.О. Інвестиційно-проєктне управління розвитком первинної медичної допомоги: адміністративні та соціально-психологічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 13–14. С. 14–19.

23. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою

охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2014. – Вип. 1. – С. 133-141 / [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums\\_2014\\_1\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2014_1_17).

24. Чорномаз В. Ц., Піроженко Н. В. Удосконалення державної політики щодо надання первинної медико-санітарної допомоги: світовий досвід // Державне будівництво. – 2011. – № 1 // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu\\_2011\\_1\\_45](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2011_1_45).

25. Шевченко М. Медицина Японії: держава – усьому голова? Ваше здоров'я // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.vz.kiev.ua/medytsynayaponiyi-derzhava-usomu-golova/>.

26. Шевчук Н.В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.07. – Київ, 2015. – 20 с.

27. Шекера О.Г. Міжнародний досвід організації медичної допомоги // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [/http://healthysociety.com.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=198:2011-06-15-11-11-48&catid=36:2011-04-19-08-30-45&Itemid=58](http://healthysociety.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=198:2011-06-15-11-11-48&catid=36:2011-04-19-08-30-45&Itemid=58).

28. Юристовська Н. Зарубіжний досвід державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я // Ефективність державного управління. – 2017. – Вип. 3(52). – Ч. 1. – С.192-199.

29. Як працює система охорони здоров'я Канади. Український медичний портал // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-pracyuye-sistemaohoroni-zdorov-ya-kanadi-535> (дата звернення: 28.05.19).

30. Якобчук В., Присяжнюк О., Плотнікова М. Ефективність публічного управління фінансово-економічним забезпеченням проєктної діяльності в сфері надання медичних послуг. *Наукові перспективи (Naukovi perspektivi)*. 2021. №7 (13). URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/349>

31. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/index.php?op=1&z=1337>
32. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України // *Державне управління: удосконалення та розвиток*: електрон. вид. – № 11 – 2018 / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dy.nauka.com.ua/index.php?op=1&z=1337>.
33. Ukraine internal displacement report: general population survey, round 9, 26 September 2022. Geneva: International Organization for Migration; 2022. URL: <https://dtm.iom.int/reports/ukraine-%E2%80%94-internal-displacement-report-%E2%80%94-general-population-survey-round-9-17-26-september>.
34. Ukraine internal displacement report: general population survey, round 8, 23 August 2022. Geneva: International Organization for Migration; 2022. URL: <https://dtm.iom.int/reports/ukraine-%E2%80%94-internal-displacement-report-%E2%80%94-general-population-survey-round-8-17-23-august>.
35. Stopping attacks on health care [вебсайт]. Geneva: World Health Organization; 2022. URL: <https://www.who.int/activities/stopping-attacks-on-health-care>.
36. World Bank. Україна: Швидка оцінка завданої шкоди та потреб на відновлення Washington, D.C.: World Bank Group. URL: <http://documents.worldbank.org/curated/en/099445109072232395/P1788430c59f110920ae4d04bd31d82c530>
37. Social protection for recovery: Europe and central Asia economic update, fall 2022. Washington (DC): World Bank; 2022. URL: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/38098>.
38. Abysova M. Medicalization of public life in a pandemic situation. *Вісн. Нац. авіац. ун-ту*. 2020. № 2. С. 22–29.
39. Alan S. Kliger The Role of Medical Directors in Dialysis

Facilities. Medical director: role in quality. 2007. Vol. 4. P. 260–267.

40. Ayaad O, Alloubani A, Abu ALhajaa E, Farhan M, Abuseif S, AlHroub A, Akhu-ZaheyaL The Role of Electronic Medical Recording Improving the Quality of Health Care Services: Comparative Study, *International Journal of Medical Informatics*. 2019. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.014>

41. Bevir, M. *Encyclopedia of governance*. London: SAGE Reference Publications, 2007. Vol. 1.

42. Cole A. *Governing and Governance in France*. New York: Cambridge University Press, 2008.

43. Garrison H. G, Foltin G. L, Becker L. R, Chew J. L, Johnson M, Madsen G. M, Miller D. R, Ozmar B. H. The role of emergency medical services in primary injury prevention: consensus workshop, Arlington, *Annals of emergency medicine*. 1997. Vol. 30(1). P. 84–91.

44. Health Care Systems in Transition: Norway. *WHO Regional Voice for Europe. – Copenhagen. – 2000*. URL: <http://www.euro.who.int>

45. Heyse L., Resodihardjo, S., Lantink, T., & Lettinga, B. (Eds.). *Reform in Europe. Breaking the Barriers in Government*. Hampshire: Ashgate, 2006.

46. Highlights of Health in Finland, 1996. *WHO Regional Voice for Europe. – Copenhagen. – 1996*. URL: <http://www.euro.who.int>

47. Hrin O. Medical law basics : book of diagrams: learning guide for foreign students of med. univ. Uzhgorod: PE Sabov A. M., 2021.

48. Kelman S. *Unleashing change: A Study of Organizational Renewal in Government*. Washington: Brookings institution press, 2005.

49. Keon S. Chi. Administration of Innovations in State Government. *Handbook of State Government Administration*. John J. Gargan (Ed.). Kent: Kent State University, 2000. P. 289–307.

50. Kingdon J.W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2-nd edition. New York: Longman, 2002.

51. Levy A. *Organizational Transformation: Approaches, Strategies, Theories*. New York; London: Praeger, 1986.

52. Mohannad Abu Daqar and Milan Constantinovits The role of total quality management in enhancing the quality of private healthcare services.
53. Onyshchenko S.V., Kulchii I.O., Pasichna I.O. Foreign experience in public administration reforming and its adaptation in Ukraine. *Social and legal aspects of the development of civil society institutions*: collective monograph. Warsaw: BMT Erida Sp.z o.o., 2019. Part I. P. 251–263.
54. Panchenko O. Medical insurance in the financial provision of public medical service. *Problems and Prospects of Economics and Management*. 2018. № 2. P. 15–27.
55. Perkhulyn O. M. Medical aspects of the pregnant women with cervical insufficiency and infertility in anamnesis. *Women's Health*. 2020. № 3. P. 17–25.
56. Radziyevsky I. Modern Trends in the Development of the Public Administration System: Conceptual Dimension. *Bulletin of the Civil Service of Ukraine*. 2008. Vol. 4. P. 24–28.
57. Roman Sonkin, M. D., Evan Avraham Alpert, M. D., David Katz, M. D., Eli Jaffe. Maximizing the Role of Emergency Medical Services in COVID-19 Response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. Vol. 36 (90). P. 22–45. 2023. DOI: 10.1017/dmp.202
58. Selznick P. *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation*. Berkeley: University of California, 1984.
59. Strandberg-Larsen M., Nielsen M., Vallgarda S., Krasnik A., Vrangbaek K. and Mossialos E. Denmark: Health System review. *Health Systems in Transition*. 2007. Vol. 9. Is. 6. 164 p.
60. Vijn, T et al. Improving the quality of care and medical education by involving medical students in providing patient education: a scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 2017 17(5). A281, pp. 1-8, DOI: [dx.doi.org/10.5334/ijic.3594](https://doi.org/10.5334/ijic.3594)
61. Vitkova Tsv. Medical evaluation of hazard analysis and critical control point systems effectiveness in the production of high-risk foods. *Journal of Clinical and Experimental Medical Research*. 2018. Vol. 6(1). P. 33–42.



62. William L. Kissick, M.D. Public Management in Health Care. Medical Care. 2017. (Vol. 1, No. 1 – Vol. 55, No. 12)

63. Ukraine refugee situation: 19 October 2022. In: Operational Data Portal. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2022. URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>.

64. Ukraine: civilian casualty update 24 October 2022. In: News [вебсайт]. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2022. URL: <https://www.ohchr.org/en/news/2022/10/ukraine-civilian-casualty-update-24-october-2022.00>