

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

Студентки Надраги Вікторії Василівни

академічної групи 281м-22-4 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Сорокіна Н.Г.			
розділів:				

Рецензент:				
-------------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишневіська О.В.			
------------------------	------------------	--	--	--

Дніпро
2024

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я».

72 стор., 4 рис., 2 табл., 50 джерел.

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ, ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ, МЕДИЧНА ДОПОМОГА, СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ, ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД, НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, РЕФОРМА, ВСЕСВІТНЯ ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері публічного управління галуззю охорони здоров'я.

Предмет дослідження – зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Метою дослідження є систематизація успішних соціальних практик реформування у медичній сфері провідних країн світу, що сприятиме формуванню та підвищенню ефективності розвитку вітчизняної системи та визначенню пріоритетних напрямків удосконалення публічного управління медичною галуззю.

У першому розділі досліджуються теоретико-методологічні підходи до управління сферою охорони здоров'я. Другий розділ присвячено аналізу сучасного стану та проблемам публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. У третьому розділі розглядаються напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я України із залученням зарубіжного досвіду.

Сфера практичного застосування результатів роботи – впровадження механізму державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Foreign experience of public management in the health care».

72 pages, 5 figures, 2 tables, 50 sources.

HEALTH CARE SYSTEM IN UKRAINE, PUBLIC ADMINISTRATION, MEDICAL AID, POPULATION HEALTH CONDITION, FOREIGN EXPERIENCE, REFORM DIRECTIONS, STATE POLICY IN THE FIELD OF HEALTH CARE, REFORM, WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Object of research is public relations in the field of public management of the health care.

Subject of research is the Foreign experience of public management in the health care.

The purpose of research is to systematize successful social reform practices in the medical field of the leading countries of the world, which will contribute to the formation and improvement of the effectiveness of the development of the domestic system and the determination of priority directions for improving the public management of the medical industry.

The first section examines theoretical and methodological approaches to health care management. The second section is devoted to the analysis of the current state and problems of public administration in the field of health care in Ukraine. In the third section, directions for improving public administration in the field of health care of Ukraine are considered with the involvement of foreign experience.

Scope of practical application – the implementation of the mechanism of public-private partnership in the in the health care of Ukraine.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Сутнісні детермінанти та наукові підходи до управління охороною здоров'я	9
1.2. Інституційний базис управління охороною здоров'я в умовах проведення медичної реформи	21
РОЗДІЛ 2	
СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	32
2.1. Проблеми реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні	32
2.2. Зарубіжний досвід розвитку публічних механізмів управління у сфері охорони здоров'я	39
РОЗДІЛ 3	
НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	50
3.1. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України	50
3.2. Напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я України із залученням зарубіжного досвіду	59
ВИСНОВКИ	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73

ВСТУП

Сучасні виклики стимулюють національні економіки до збільшення фінансування наукових досліджень в сфері охорони здоров'я, патентування нових форм та методів лікування та профілактики здорового способу життя, розробки адаптивних антикризових програм. В Україні значні кошти витрачаються на запобігання ризикам коронавірусу, тоді, як іншим захворюванням приділяється неналежна увага, не вкладаються належні кошти у наукові дослідження, модернізацію інфраструктурного супроводу закладів охорони здоров'я, розвиток кадрового потенціалу, інноватизацію форм та методів лікування.

Тому в сучасних умовах об'єктивно необхідною є побудова нової моделі охорони здоров'я, яка має бути спрямована на покращення рівня життя населення України. Іманентними ознаками такої моделі мають бути: висококонкурентні ринки медичних послуг та лікарських засобів, система управління сферою охорони здоров'я на засадах децентралізації та міжсекторного партнерства; програмні підходи до вдосконалення якості надання медичних послуг; диференційоване фінансування охорони здоров'я та поступове його збільшення по мірі економічного зростання держави, використання технологій грантрайтингу; автономізація постачальників медичної допомоги, вдосконалення закупівель та договірних відносин між замовниками та постачальниками медичних послуг; запровадження оплати праці медичного персоналу з урахуванням обсягів та якості роботи; інтегроване надання первинної медичної допомоги; оптимізація мережі закладів охорони здоров'я з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні; управління якістю медичної допомоги; формування сучасної системи громадської охорони здоров'я; застосування сучасних механізмів забезпечення доступності та якості лікарських засобів.

Визначальним чинником забезпечення населення доступними та

високоякісними медичними послугами і запорукою належного функціонування закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи є необхідний для надання таких послуг управлінський та ресурсний супровід. Специфіка управління закладами охорони здоров'я обумовлена тим, що охорона здоров'я – особлива сфера діяльності, яка значно відрізняється від інших видів діяльності, тому і менеджмент в цих закладах має здійснюватися на засадах системності, юридичної відповідальності, безперервного професійного розвитку медичного персоналу з врахуванням низки зовнішніх та внутрішніх чинників, серед яких: потреби споживачів медичних послуг; кон'юнктура ринку медичних послуг, товарів медичного призначення, медичної техніки та фармацевтичного ринку; стейкхолдери (наприклад, фармацевтичні компанії, що постачають лікарські засоби та товари медичного призначення); органи публічного управління; суспільство в цілому.

Сьогодні перед українською системою охорони здоров'я поставлено максимально конкретне завдання: при жорстких ресурсних обмеженнях створити якісно нову систему, спроможну забезпечити доступну та якісну медичну допомогу для всіх громадян. Доцільно чітко визначити конкретні дії й складові, які пов'язані між собою, та специфіку – як зміни в одній частині позначаються на іншій, щоб між ними зберігався не тільки зв'язок, а й стійкість. Тільки при такому комплексному підході можливий керований вплив на об'єкт із передбачуваним, визначеним для досяжності бажаним результатом, реальним у теперішніх умовах, що потребують особливої технології управління, яка теж базувалася б на системному підході.

Охорона здоров'я – галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. У процесі утвердження ринкової економіки в Україні виникла ситуація, яка вимагає змін в умовах функціонування системи охорони здоров'я. Реалізація права людини на якісні медичні послуги зумовлює

спрямування політики держави в Україні на реформування чинної системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі. Виконанню цього завдання сприятиме аналіз досвіду організації медичної сфери у країнах, системи охорони здоров'я яких визнано успішними.

Багатогранний характер проблем менеджменту закладів охорони здоров'я, нові виклики сучасності, серед яких: потреба забезпечення збалансованого розвитку всіх інституційних секторів, цифровізація та ноосферизація всіх сфер життєдіяльності, проведення медичної реформи, необхідність подолання глобальної пандемії коронавірусу та пов'язаної із нею фінансової кризи, забезпечення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг, зумовили актуальність визначення шляхів реформування охорони здоров'я обумовлюють важливість вивчення зарубіжного досвіду організації і фінансування цієї сфери.

Проблемам, що пов'язані з різноманітними аспектами розвитку та реформування сфери охорони здоров'я, присвячені роботи багатьох науковців. До останнього часу проблеми суспільного здоров'я розглядалися в контексті традиційного розвитку національної економіки. Реформуванню соціальних проблем приділяли увагу Л. Безтелесна, О. Грішнова, О. Гулемпиченко, А. Колот, Є. Лібанова, Л. Немова, О. Новікова. Різні аспекти проблеми державного управління, поняття та сутності реалізації його принципів, реформування сучасної системи охорони здоров'я, стратегічне планування розвитку досліджуються в наукових працях А. Арзянцевої, Г. Атаманчука, В. Бакуменка, Д. Безносенка, Е. Бруяцького, Д. Гвішиані, С. Дубенко, С. Кравченка, В. Мельниченка, Н. Нижник, Р. Пушкаря, Я. Радиша, Л. Смирнова, Н. Тарнавської, В. Цветкова, А. Файоля, Ю. Шарова.

Отже, реформування охорони здоров'я стає умовою виживання країни, розв'язання демографічної кризи, підтримки трудового потенціалу

та добробуту громадян, проведення реформ в інших сферах.

Все це обумовлює актуальність представленого дослідження.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері публічного управління галуззю охорони здоров'я.

Предмет дослідження – зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Виходячи з актуальності теми дослідження та визначення невирішених питань метою дослідження є систематизація успішних соціальних практик реформування у медичній сфері провідних країн світу, що сприятиме формування та підвищенню ефективності розвитку вітчизняної системи та визначенню пріоритетних напрямків удосконалення публічного управління медичною галуззю.

Завдання дослідження:

- вивчити особливості організації сучасної системи охорони здоров'я;
- дослідити інституційне забезпечення реформування сфери охорони здоров'я України,
- комплексно провести аналіз проблем реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.
- розглянути зарубіжний досвід щодо розвитку публічних механізмів управління у сфері охорони здоров'я;
- обґрунтувати умови розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України;
- розкрити перспективні напрями вдосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я України із залученням зарубіжного досвіду.

Для розв'язання поставлених завдань використані такі методи, як: конкретно-пошукові (теоретичний аналіз, синтез, актуалізація та класифікація статистичних даних та друкованих джерел з питань публічного управління системи охорони здоров'я); порівняльного аналізу,

що дав можливість структурувати механізми державного регулювання системи охорони здоров'я та визначити пріоритетні напрями; статистичного аналізу для оцінки соціальних ризиків в охороні здоров'я. Також у роботі використано інформаційно-аналітичний метод, методи аналогій та узагальнення, системний аналіз тощо.

Результати дослідження можуть бути використані при прийнятті управлінських рішень з розглянутих напрямків при подальшому розв'язанні проблемних питань щодо реалізації реформ системи охорони здоров'я в Україні.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутнісні детермінанти та наукові підходи до управління охороною здоров'я

Система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка чи відновлення здоров'я. В сучасному світовому господарстві на сферу охорони здоров'я покладаються низка функцій етичного, професійного, юридичного, політичного, суспільного характеру, що визначає можливості її подальшого розвитку та реформування, тому від розвитку цієї сфери, управління нею залежить стабільність та розвиток соціальної системи. Більше того, для оцінювання конкурентоспроможності національних економік в глобальному світовому просторі з поміж численних індексів використовують індекс щастя, складові якого залежать від якості та тривалості життя, тобто від параметричних характеристик сфери охорони здоров'я. Більшість людей хочуть прожити довге і повноцінне життя, а країни прагнуть зробити все можливе для досягнення максимального добробуту своїх громадян, розумно використовуючи наявні ресурси на профілактику здорового способу життя і максимальне збереження навколишнього середовища.

Тому головними цілями публічної політики в сфері охорони здоров'я в країнах Європейської спільноти визначено [7]:

1. Міжсекторне партнерство для покращення параметричних характеристик сфери охорони здоров'я.
2. Поліпшення якості життя людей.
3. Використання інструментарію стратегічного управління в досягненні цілей охорони здоров'я. При цьому головними стратегічними цілями мають бути: розробка в країнах напрямків політики і стратегій щодо здоров'я та

благополуччя як загальної соціальної мети, створення для заінтересованих сторін механізмів участі та визначення шляхів досягнення цілей.

4. Активізацію обміну знаннями і втілення інновацій, розширення бази знань, необхідних для розвитку охорони здоров'я, підвищення здатності медичних працівників та інших спеціалістів адаптуватися до нових підходів в охороні здоров'я, орієнтація в медико-санітарній допомозі на потреби пацієнтів, максимальне використання новітніх технологій для підвищення ефективності та якості медичної допомоги.

5. Підвищення свідомості кожного громадянина у використанні власних ресурсів здоров'я.

Реалізація європейської моделі публічної політики в сфері охорони здоров'я відповідно до положення Талліннської хартії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (2008 р.) «Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту», Стратегії «Здоров'я-2020 – основи європейської політики і стратегія для XXI століття» [7] передбачає: прискорення прогресу та досягнення максимального потенціалу Європейського регіону в сфері охорони здоров'я, подолання викликів та ризиків здоров'я людства, пов'язаних з нездоровим способом життя; переорієнтацію системи охорони здоров'я з лікування хвороб на профілактику захворювань та покращання рівня здоров'я, яка має бути побудована на засадах справедливого і сталого фінансування.

Якщо оцінювати можливості національних економік до довгострокового прогресу, то передусім оцінюють індекс людського розвитку (ІЛР) в трьох основних площинах: довготривале та здорове життя, доступ до знань і гідний рівень життя. Тривалість і здоров'я вимірюється середньою очікуваною тривалістю життя, яка для України становить 72 роки, тоді, як середнє у світі значення цього показника складає 75 років.

За період з 1990 до 2020 року значення ІЛР України збільшилося з 0,705 до 0,750, тобто на 6,3%. За період з 1990 до 2020 року очікувана тривалість життя при народженні в Україні збільшилась на 2,1 років, середня кількість років навчання збільшилась на 2,2 роки, а очікувана кількість років навчання

зросла на 2,7 років. ВНД на душу населення України скоротився приблизно на 25,6 відсотка в період між 1990 та 2017 рр. Загалом значення ІЛР України 2020 року на рівні 0,750 відповідає середньому значенню 0,750 для країн у групі високого людського розвитку, але є нижчим за середнє значення для країн Європи та Центральної Азії, яке становить 0,779 [13].

Сучасні виклики четвертої промислової революції, деджиталізація економіки змінюють очікування населення від сфери охорони здоров'я, вимагають збільшення інвестицій в цифрову медицину. Більше того сфера охорони здоров'я зіштовхується із глобальними викликами на кшталт пандемії коронавірусу, яка характеризується стрімким поширенням інфекційного захворювання на території усіх країн світу і вимагає прийняття наднаціональних адаптивних рішень та стабілізаційних програм, створення умов для обміну досвідом, технічними знаннями і засобами, інноватизації підходів до управління сферою охорони здоров'я загалом.

Управління сферою охорони здоров'я є складовою публічного управління національною економікою, яке направлене на забезпечення цілісності, соціальної безпеки, фізичного, душевного і соціального благополуччя нації, збереження та примноження її генофонду, гуманітарного, креативного, трудового потенціалу шляхом підтримки здорового способу життя та запобігання факторам ризику, епідеміологічного нагляду, імунопрофілактики, забезпечення безпеки харчових продуктів, регламентації факторів середовища життєдіяльності населення, гігієнічної регламентації небезпечних факторів, управління системою якості як в наданні медичних послуг так і виробництві та продажі медичних препаратів, забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту, боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в сфері охорони здоров'я, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Модель системи охорони здоров'я визначається цілями, принципами та співвідношеннями елементів системи, а також суспільним устроєм, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, історією,

релігією, іншими чинниками та системою спеціальних компенсаторів, характерною для кожної окремої країни. Система охорони здоров'я будь-якої країни має відповідати певним універсальним критеріям: ієрархічна будова; налагоджені управлінські комунікації між суб'єктами та об'єктами управління. При цьому система охорони здоров'я країни повинна враховувати особливості стану здоров'я населення, його захворюваність.

Засадничі концепти побудови національної системи охорони здоров'я визначено в ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Закріплений у Законі тип системи охорони здоров'я ґрунтується на принципах англійської моделі, яка поступово втілюється як у законотворчу, так і в медичну практики, і проявляється у формах сімейної і приватної медицини, страхуванні, багатоканальному фінансуванні, високих соціальних стандартах.

Відповідно до цілей сталого розвитку охорони здоров'я в рамках глобальної Стратегії сталого розвитку до 2030 року передбачено орієнтацію системи управління охороною здоров'я на забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх в будь-якому віці. Зокрема передбачено до 2030 року:

- знизити глобальний коефіцієнт материнської смертності до менш ніж 70 випадків на 100 000 народжених;
- покласти край смертності, якій можна запобігти, новонароджених і дітей віком до 5 років, при цьому всі країни повинні прагнути зменшити неонатальну смертність до не більше як 12 випадків на 1000 живонароджених, а смертність у віці до 5 років - до не більше ніж 25 випадків на 1000 живонароджених;
- покласти край епідеміям СНІДу, туберкульозу, малярії та тропічних хвороб та іншими інфекційними захворюваннями;
- зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики і лікування, а також підтримувати психічне здоров'я і благополуччя;
- покращити профілактику та лікування залежності від психоактивних

речовин, у тому числі зловживання наркотичними засобами й алкоголем;

- вдвічі скоротити кількість смертей і травм унаслідок дорожньо-транспортних пригод;

- забезпечити загальний доступ до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіту, і урахування питань охорони репродуктивного здоров'я в національних стратегіях і програмах;

- забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я, у тому числі захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медико-санітарних послуг і до безпечних, ефективних, якісних і недорогих основних лікарських засобів і вакцин для всіх;

- скоротити кількість випадків смерті та захворювання в результаті впливу небезпечних хімічних речовин, забруднення й отруєння повітря, води і ґрунтів;

- активізувати імплементацію Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну у всіх країнах;

- сприяти дослідженням і розробкам вакцин і лікарських препаратів для лікування інфекційних та неінфекційних хвороб, які насамперед стосуються країн, що розвиваються, забезпечувати доступність недорогих основних лікарських засобів і вакцин згідно з Дохійською декларацією «Угода ТРІПС і суспільна охорона здоров'я», де підтверджується право країн, що розвиваються, в повному обсязі використовувати положення Угоди з торговельних аспектів прав інтелектуальної власності щодо прояву гнучкості для цілей охорони здоров'я населення і, зокрема, забезпечення доступу до лікарських засобів для всіх;

- збільшити фінансування охорони здоров'я та набір, розвиток, професійну підготовку та утримання медичних кадрів у країнах, що розвиваються, особливо в найменш розвинених країнах і малих острівних державах, що розвиваються;

- нарощувати потенціал усіх країн, особливо країн, що розвиваються, у

сфері раннього попередження, зниження ризиків і регулювання національних і глобальних ризиків для здоров'я.

Здебільшого моделі охорони здоров'я побудовані на солідарній або лібертарній ідеології. Солідарна модель передбачає забезпечення однакового доступу до мінімального набору критично важливих медичних послуг. При цьому витрати на лікування сплачує держава використовуючи модель солідарного фінансування медицини. Мінімальний перелік медичної допомоги, які має гарантувати держава, визначено Конвенціями Міжнародної організації праці «Про мінімальні норми соціального забезпечення» за № 130 від 1952 р., (стаття 10) та «Про медичну допомогу і допомоги у зв'язку із захворюванням» за № 130 від 1969 р., (стаття 13).

Країни, члени Організації економічної співробітництва і розвитку (ОЕСР) при розробці організації управління та фінансування охорони здоров'я дотримуються трьох основних принципів:

- забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування, заснованого на солідарній участі незалежно від місця проживання;
- високої якості медичної допомоги за оптимальних витрат;
- макроекономічної ефективності: максимально допустима частка національних ресурсів, які мають бути спрямовані на задоволення потреб галузі охорони здоров'я. Витрати на охорону здоров'я на початок 2020 року у світі становили в середньому близько 4 000 дол. США на особу (з урахуванням купівельної спроможності), в середньому для країн Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР). Сполучені Штати витрачали більше, ніж усі інші країни, із значним відривом – понад 10 000 дол. США на резидента (загальні витрати на охорону здоров'я 16,9% ВВП). Експерти ОЕСР передбачають, що витрати на охорону здоров'я до 2030 року зростуть і становитимуть 10,2% ВВП у країнах ОЕСР, порівняно з 8,8% у 2020 році [50]. Щодо України, то її видатки у 2020 році становили лише 3,8% ВВП.

Лібертарна модель є притаманною для ринкових економік і розглядає медичні послуги як товар. їх отримання, обсяг, якість залежить від фінансової

спроможності людини та розміру її страхового полісу.

У кожній країні формується та розвивається свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення. Кількість та якість наданих суспільством ресурсів, ефективність їх використання в галузі охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально- етичних та інших відносин, що склалися в окремо взятій країні.

Еволюційний розвиток національних систем охорони здоров'я відбувається в напрямі децентралізації медичного обслуговування, впровадження діяльності нових соціальних інститутів, які здійснюють організацію та управління медичної допомоги та медичних послуг. Децентралізація вважається ефективним способом поліпшення медичного обслуговування, залучення широких верств населення у визначення пріоритетів.

Слід зазначити, що кожна країна використовує різні підходи та можливості до управління сферою охорони здоров'я. Для управлінців найбільший інтерес складають чотири сучасні моделі управління реформами [12, с.155]: модель запланованих змін Левіна; модель Роджерса-Шумейкера, яка включає 3 етапи: конструювання змін, дифузії, або поширення інформації про зміни, оцінку наслідків змін; модель новаторства Кантера, яка об'єднує три "хвилі активності": ідентифікацію проблеми, створення коаліцій та мобілізацію; ресурсів для втілення змін; модель Фюргонсана, яка апелює до зміни ціннісних орієнтирів; модель поширення нововведень Роджерса.

Кожна країна обирає прийнятний для себе варіант. Однак з 2005 року під патронатом Всесвітньої організації охорони здоров'я в управлінні сферою охорони здоров'я змінюються підходи до фінансування з метою розширення максимального доступу до медико- санітарних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», доступності ліків, покращення громадського здоров'я та запроваджує управління якістю медичного обслуговування.

Нині у світі можна виділи 10 найкращих національних моделей

управління сферою охорони здоров'я:

1. Франція, яка має розгалужену систему страхових фондів та гарантований рівень якісної медичної допомоги.

2. Італія з децентралізованою моделлю управління. Уряд країни лише визначає цілі, на які будуть витрачатися бюджетні кошти, стежить за загальними показниками здоров'я громадян, а також веде переговори з медиками щодо укладення трудових контрактів.

3. Андорра, де сфера охорони здоров'я перебуває під повним контролем держави і задовольняє всі потреби громадян.

4. Мальта, яка приділяє велику увагу якісним показникам медичного обслуговування.

5. Сінгапур, найкращою системою охорони здоров'я в Азії. Цілями публічної політики в цій сфері є: профілактика здорового способу життя; індивідуальна відповідальність для збереження власного здоров'я й уникнення надмірної залежності від державного піклування; надання якісних та доступних медичних послуг для населення; підвищення якості медичних послуг і ефективності охорони здоров'я; надання субсидій для надання медичних послуг.

6. Великобританія, яка має Національну службу охорони здоров'я, держава повністю оплачує медичну допомогу за виключенням співфінансування ліків, послуг стоматолога і окуліста.

7. Сан-Марино, в якій поєднується безкоштовне отримання базових медичних послуг і приватне медичне страхування, яке гарантує вищий рівень якості лікування.

8. Австрія, країна в якій всі жителі а також туристи мають право на безоплатне надання базових медичних послуг на високому рівні.

9. Японія, в якій створено систему загального обов'язкового державного та приватного медичного страхування.

10. Швейцарія, яка поєднує загальне обов'язкове медичне страхування та ринковий підхід до надання медичних послуг і має найбільшу кількість

довгожителів.

В Україні держава відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [34] бере на себе фінансування за рахунок коштів державного бюджету у межах програми медичних гарантій екстреної медичної допомоги; первинної медичної допомоги; вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; паліативної медичної допомоги; медичної реабілітації; медичної допомоги дітям до 16 років; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Профілактична складова в охороні здоров'я лягає на місцевий рівень. Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників в межах програм «місцевих стимулів», а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

Аналіз наукової літератури та практики організації охорони здоров'я в різних країнах світу дозволяє виокремити кілька наукових підходів до управління закладами охорони здоров'я: концепція нової людиноцентричної філософії в медицині, філософія «patient friendly» (дружня до пацієнта медицина, створення сучасних умов для лікування); концепція використання потенціалу здоров'я; концепція валеології, яка об'єднує валеософію (філософія здоров'я, або мудрість здоров'я); валеометрію (вимірювання здоров'я); валеопрактику (оздоровлення організму).

В більшості випадків вибір оптимальної моделі управління охороною здоров'я залежить від фінансування охорони здоров'я, яка може будуватися за підходами: бюджетного фінансування (Великобританія, Греція, Португалія, Італія, Іспанія, Данія та ін.); соціального страхування (Німеччина, Франція, Швейцарія, Японія, Сінгапур, Ізраїль та ін.); приватного страхування

(США, Південна Корея та ін.); консолідованого фінансування (більшість європейських країн).

В залежності від того, який підхід до фінансування домінує, виокремлюють ринкову, соціальну або змішану моделі охорони здоров'я, характеристика яких подана в табл. 1.1 [3].

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика ринкової та соціальної моделі управління охороною здоров'я

Тип моделі	Переваги моделі	Недоліки моделі
Ринкова модель. Фінансування галузі відбувається з таких джерел: - приватні страхові фонди охорони здоров'я; - внески з приватних джерел; - прямі виплати виробникові медичних послуг; - комбінації цих трьох джерел фінансування.	- стимуляція розвитку нових медичних технологій; - забезпечення інтенсивної діяльності медичних працівників; - постійне підвищення якості надання медичних послуг, що стимулюється жорсткою конкуренцією; - мобільність ресурсів.	- нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення; - високі витрати й відповідно до них високі ціни на надання медичних послуг; - високі громадські витрати на охорону здоров'я; - неможливість здійснення державного контролю за дотриманням пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я; - можливість недобросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг.
Соціальна модель Фінансування за рахунок суспільних фондів, які утворюються за рахунок податків та страхових внесків. До соціальної моделі фінансування охорони здоров'я належать: - система Бісмарка (модель соціального страхування); - система Беверіджа; - система Семашко.	- надання соціальних гарантій населенню в отриманні медичної допомоги; - доступність для всіх верств населення; - фінансуванні галузі переважно за рахунок бюджетного або обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби; - економія ресурсів; - макро економічна та мікро економічна ефективність	- великий адміністративний апарат управління; - складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами; - високі витрати на утримання страхової інфраструктури; - відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги; - низький рівень заробітної платні медичних працівників.

Суспільно-приватну модель організації та фінансування охорони здоров'я можна розглядати як систему, що поєднує в собі ринкову та соціальну моделі. Суспільно-приватне фінансування галузі охорони. Модернізація менеджменту

та публічного управління в системі охорони здоров'я здоров'я реалізується за трьома основними варіантами: із суспільних фондів та з приватних страхових фондів (Нідерланди, Канада); з приватних страхових фондів та із суспільних фондів для надання медичної допомоги специфічним групам населення (бідним та особам похилого віку) (США).

Державні схеми фінансування, організовані на національному або регіональному рівні, або для конкретних груп населення, автоматично дають право особам на медичні послуги за ознаками місця проживання. Основною альтернативою державного фінансування є зарахування мешканців до системи загальнообов'язкового медичного страхування (через державні чи приватні організації), яка потім покриває основну частину вартості використаної медичної допомоги. У багатьох країнах ОЕСР, прямі витрати домогосподарств, а також добровільне медичне страхування залишаються важливим елементом фінансування охорони здоров'я, але їх частка може значно відрізнятись.

У сукупності державні схеми та обов'язкове медичне страхування є основними механізмами фінансування у всіх країнах ОЕСР, як показано на рис. 1.1. [50]. У середньому близько 3/4 всіх витрат на охорону здоров'я в рамках ОЕСР зараз покриваються цими типами обов'язкових схем фінансування.

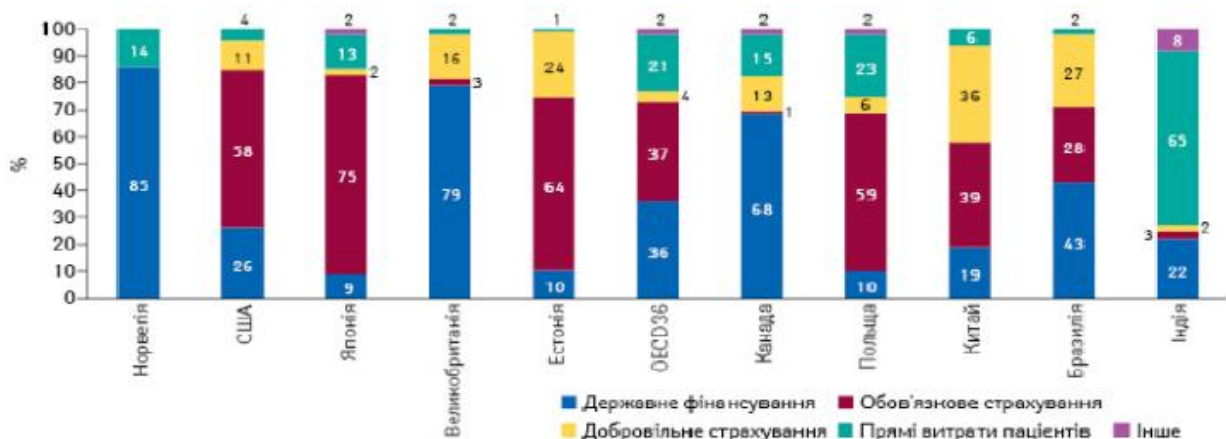


Рис. 1.1. Структура фінансування сфери охорони здоров'я в країнах ОЕСР

У Норвегії, Данії, Швеції та Великобританії на схеми центрального, регіонального чи місцевого самоврядування припадає близько 80% або більше всіх витрат на охорону здоров'я, а більшу частину решти становлять прямі виплати пацієнтів. Обов'язкові схеми медичного страхування є домінуючим джерелом фінансування медичної допомоги в Німеччині, Японії, Франції, Люксембурзі та Нідерландах, вони, як правило, покривають приблизно 3/4 всіх витрат на охорону здоров'я. Незважаючи на те, що Німеччина та Японія покладаються на систему соціального медичного страхування, Франція доповнює покриття медичного страхування системою різних приватних медичних програм страхування, які стали обов'язковими з 2016 року [50].

Забезпечення сфери охорони здоров'я України достатніми фінансовими ресурсами є особливо актуальним, оскільки їх достатній обсяг значною мірою визначатиме результативність медичної реформи. Необхідність реформування системи охорони здоров'я України не викликає сумніву, адже за показником витрат на охорону здоров'я на одну людину наша держава посідає 89 місце у світі (серед 184 країн), а за показником тривалості життя – 108 місце [49].

Модернізація національних систем управління охороною здоров'я в сучасному світі відбувається за такими напрямками: уніфікації стандартів у галузі надання медичних послуг на міжнародному рівні; розвитку ринкових відносин у відношеннях між суб'єктами системи охорони здоров'я; вирішення специфічних національних проблем з урегулювання видатків на медичне обслуговування населення; децентралізації державних функцій та їх делегування регіональним та муніципальним органам влади, яка характерна для більшості європейських країн; оптимізації медичного обслуговування, переорієнтації служб охорони здоров'я з лікування на ранню діагностику та профілактику захворюваності (80 % обсягу медичних послуг надається лікарями загальної практики й тільки решта – вузькоспеціалізованими медичними працівниками); посилення конкуренції в сфері охорони здоров'я; розвитку система добровільного медичного страхування; створення системи

управління знаннями, яка стимулює інновації; сприяє розвитку співпраці, збагачує процес обміну експліцитними та непрямыми знаннями між людьми; прискорює процес навчання; примножує соціальний капітал, зберігає висококваліфіковані медичні кадри, перетворює інтелектуальний капітал в структурний капітал і фокусує стратегічне мислення на використання нових досягнень в сфері медицини; сприяє використанню сучасних інформаційних технологій; забезпечує базу для багаторазового користування знаннями і впровадження інновацій; підтримує лідерство і прийняття рішень; покращує обслуговування клієнтів шляхом раціоналізації їх часу відгуку; диференціює підходи до управління організації діяльності, надання медичних послуг.

1.2. Інституційний базис управління охороною здоров'я в умовах проведення медичної реформи

Основна мета державного управління охороною здоров'я – забезпечення гарантованого державою права громадян на медичну допомогу, створення прийнятних умов життєдіяльності, попередження захворювань та надання якісних, достатніх за обсягом послуг. Принципова особливість сучасної державної політики в сфері охорони здоров'я в тому, що вона реалізується в контексті адміністративної і бюджетної реформ, спрямованих на перехід від концепції управління витратами до управління за результатами. Унікальний характер охорони здоров'я, як соціального і водночас особистого блага підкреслює роль державного регулювання, яке є найважливішим важелем ефективного управління в цій сфері.

До інституту механізму реалізації політики охорони здоров'я входить вся система органів державної влади, місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів права, задіяних у процесі реалізації політики охорони здоров'я, а також їх повноважень та відносин між собою та іншими суб'єктами [46, с.317].

Розпочата медична реформа в Україні визначила цілий ряд проблем, які

стосуються зміни підходів до управління сферою охорони здоров'я, створення конкурентного ринку якісних медичних послуг, автономізації медичних закладів та їх ресурсного забезпечення, запровадження нового механізму фінансування медичних закладів, формування сучасної моделі компетенцій для керівників некомерційних медичних установ, модернізації внутрішньо-організаційного менеджменту закладів охорони здоров'я. Тобто все це вимагає вироблення стратегічної парадигми управління змінами в сфері охорони здоров'я, яка знаходиться в умовах постійних трансформаційних змін.

Створена в країні законодавча система регулювання сфери управління охороною здоров'я та нормативна база, що її підкріплює та деталізує, орієнтована на європейські та світові стандарти надання медичної допомоги та зміцнення здоров'я громадян. Система, що формується, є значною мірою соціальною, бо в її основі лежить стара радянська база медичного обслуговування і перейти відразу до суто комерційно-страхової моделі не є доцільним і не прийнятним з огляду на стан фінансово-економічних можливостей населення. Крім того, нова модель, що базується на імplementованих європейських підходах, передбачає великий рівень соціальної захищеності громадян. Вона поєднує нові ринкові та комерційні підходи із принципами функціонування соціальної держави. Основне місце в цьому процесі посідає законодавство у галузі регулювання відносин в охорони здоров'я. Ці відносини регулюються нормативними актами різної юридичної сили – Конституцією, законами, урядовими підзаконними актами, відомчими нормативними актами та нормативними актами місцевих органів влади. Тобто, законодавство України в сфері охорони здоров'я – це комплекс законодавчих і нормативно-правових актів, які регулюють правові, соціально-економічні та морально-етичні основи розвитку і функціонування системи охорони здоров'я в Україні [30, с. 103].

Як стверджують О. Ціборовський, С. Істомін, В. Сорока, прийняття законів у сфері охорони здоров'я та участь державної влади у законодавчому регулюванні системи охорони здоров'я та медичного обслуговування зумовлені

бажанням забезпечити гарантії та контроль якості послуг і товарів, що стосуються організації надання медичної допомоги населенню [44, с. 35]. Отже, роль законодавства в громадському здоров'ї та політиці охорони здоров'я можна визначити за допомогою такої важливої функції, як законодавче регулювання контролю за якістю медичної допомоги.

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України, в якій визначено, що:

— «Кожна людина має невід'ємне право на життя... Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань» (ст. 27);

— «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування... Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя» (ст. 49);

— «Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди» (ст. 50) [18].

Відповідно до Конституції центральна роль в процесі реалізації політики в сфері охорони здоров'я належить державі, зокрема органам виконавчої влади. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, удосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Основним нормотворчим актом, який регламентує основні підходи в системі управління охороною здоров'я є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який було прийнято 19 листопада 1992 року. За цей довгий термін значна кількість поправок та доповнень до Закону значною мірою трансформували та усучаснили його сутність, особливо зміни, що були прийняті у 2017 році під час підготовки до втілення основних механізмів медичної реформи. Головними положеннями цього Закону є: сучасні визначення медичної термінології, яка застосовується в практиці ринкових

відносин, регламентація прав та обов'язків громадян у сфері охорони здоров'я, економічні та спеціалізовані основи організації охорони здоров'я, забезпечення здорових і безпечних умов життя, форми та способи надання медичної допомоги, забезпечення лікарськими та протезними засобами, охорона здоров'я матері та дитини, медико-санітарне забезпечення санаторно-курортної діяльності і відпочинку, медична експертиза, медична і фармацевтична діяльність, міжнародне співробітництво. Слід окремо акцентувати увагу на тій частині Закону, згідно з якою Держава у відповідності до Конституції України гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом:

- створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;
- організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;
- фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом;
- здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я;
- організації державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації;
- встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я [28].

Це дозволяє зробити висновок про відповідність основ законодавства 1992 року більш пізнішим прийнятим законодавчим та нормативним актам спрямованим на створення нової системи охорони здоров'я.

Основним нормотворчим актом, який регламентує процедури трансформації системи управління охороною здоров'я є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року [34]. У цьому законі описана структура системи реформування охорони здоров'я на основі програм медичного забезпечення. Крім цих основних положень, у Законі регламентується контроль та

відповідальність за реалізацію програм надання медичних послуг. У фінансовій сфері така відповідальність розповсюджується на центральні органи державної влади, які мають відповідні повноваження, а у випадку контролю за якістю медичного обслуговування, відповідальність покладено на МОЗ України.

Продовженням законодавчого регулювання змін в системі управління є прийнятий 14 листопада 2017 року Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Цей Закон спрямований на регулювання найбільш слабкої ланки медичного забезпечення – охорони здоров'я громадян, які мешкають в сільській місцевості. Квінтесенцію цього Закону є заходи, які заплановано до реалізації в сільській місцевості. Серед таких заходів необхідно визначити основні:

- наближення якісного медичного обслуговування до населення шляхом сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я;
- впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема з використанням телемедицини;
- розроблення та реалізація програм з медичного обслуговування у сільській місцевості щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань населення, насамперед дітей, вагітних жінок та літніх людей;
- надання медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів державного бюджету в порядку, визначеному законом;
- розроблення та реалізація програм із забезпечення населення у сільській місцевості ефективними, якісними та необхідними лікарськими засобами і виробами медичного призначення;
- запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих медичних і фармацевтичних працівників;
- розвиток необхідної телекомунікаційної інфраструктури, включаючи

забезпечення закладів охорони здоров'я, а також лікарів загальної практики - сімейних лікарів та лікарів інших спеціальностей, які надають первинну медичну допомогу та зареєстровані як фізичні особи - підприємці;

- розвиток транспортної інфраструктури, створення умов для застосування авіаційних, водних, автомобільних спеціальних та спеціалізованих санітарних транспортних засобів, у тому числі обладнаних реанімаційними засобами;

- залучення інвестицій у розвиток медичного обслуговування у сільській місцевості, сприяння розширенню державно-приватного партнерства та здійсненню благодійної діяльності у сфері охорони здоров'я;

- сприяння дієвій просвітницькій роботі серед населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом формування традицій і культури здорового способу життя, престижності здоров'я, залучення населення до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та активного довголіття [38].

Реалізація медичної реформи не передбачає стягнення з громадян плати за необхідну їм медичну допомогу. Гарантії, що подані в статті 49 Конституції України, повністю залишаються в процесі реалізації заходів медичної реформи [18]. У відповідності до Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) система охорони здоров'я визнана такою, що носить цілеспрямований соціальний характер [39].

Одним із механізмів забезпечення якості медичної допомоги є створення стандарту медичної допомоги. Державний стандарт медичної допомоги – встановлені державою еталони, правила, зразки, вимоги, характеристики, відповідно до яких має плануватися, здійснюватися та оцінюватися діяльність, що стосується надання медичної допомоги.

Важливим кроком щодо забезпечення якості надання медичної допомоги була розробка наказу МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я на період до 2020 року», яким визначено шляхи вдосконалення наявної системи управління якістю медичної допомоги.

Основними напрямками реформи медичного обслуговування в Україні щодо підвищення якості медичної допомоги населенню визначено:

- забезпечення розробки нових та оновлення чинних медичних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини з паралельним забезпеченням процедури контролю МОЗ України, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства над реалізацією і дотриманням цих стандартів;

- створення програми безперервного підвищення якості надання послуг з охорони здоров'я (у т. ч. за рахунок дистанційного навчання, комп'ютеризації робочих місць лікарів тощо), які надаються на різних рівнях системи охорони здоров'я, вдосконалення системи позавідомчого (ліцензування, акредитація, атестація) та відомчого (незалежна експертиза) контролю якості.

Для ефективного управління якістю медичної допомоги та забезпечення підвищення рівня контролю за якістю медичної допомоги відповідно до ст. 7, 14, 22, 141 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 затверджено Порядок контролю якості медичної допомоги. Зазначеним нормативно-правовим актом контроль якості медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу [30].

У продовження діяльності щодо забезпечення якості медичної допомоги МОЗ України прийняло ще два важливі накази, які доповнили нормативно-

правову базу у сфері безпосереднього управління якістю медичної допомоги населенню: «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги» від 06.08.2013 р. № 693 та «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» від 11.09.2013 р. № 795, яким запроваджено відповідний порядок моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги. Таким чином в Україні відбувається подальше вдосконалення управління якістю медичної допомоги, що надається населенню та розвиток стандартизації у сфері охорони здоров'я.

Серед документів, які займають важливе місце в реформуванні стратегії управління системою охорони здоров'я в Україні в ході медичної реформи, слід визначити Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки [26]. У Стратегії проаналізовано показники здоров'я та стан системи охорони здоров'я України, цілі, цінності та основні завдання системи охорони здоров'я України, нова архітектура системи охорони здоров'я в Україні та стратегічні можливості, які надає побудова такої архітектури. Серед основних стратегічних пріоритетів реформування системи охорони здоров'я виокремлено:

- в сфері надання послуг: зміцнення первинної медичної допомоги, реформа мережі лікарень, розбудова системи громадського здоров'я, модернізація служби екстреної допомоги, вдосконалення стоматологічної допомоги;

- в сфері фінансування охорони здоров'я: диверсифікація та переорієнтація джерел фінансування, розподіл функцій покупців та надавала послуг, створення закупівельного агентства, консолідація коштів, перехід від постатейного фінансування до системи оплати за наданні послуги, розвиток медичного страхування;

- в сфері управління: реформування Міністерства охорони здоров'я, забезпечення автономності постачальників послуг, інституційне перепрофілювання діяльності системи охорони здоров'я.

В Стратегії наголошено, що «заклади охорони здоров'я та місцеві органи

влади пройдуть процес інституціонального розвитку за напрямками:

- розробка власного плану розвитку;
- оцінка результатів із застосуванням сучасних інформаційних і комунікаційних технологій;
- підзвітність і використання медичної інформації;
- забезпечення якості;
- співпраця з пацієнтами та залучення до управління представників громадянського суспільства [26].

Серед основних напрямів реформування системи охорони здоров'я були і які є актуальними на теперішній час та які відображено в Стратегії з 2018 року по 2020 рік, визначено такі: схвалити закони про систему керування якістю послуг в охороні здоров'я, що враховує вимоги ЄС; розробити ряд законодавчих актів про стандарти, правила та норми системи забезпечення якості медичної допомоги та доступності лікарських засобів відповідно до вимог ЄС; запровадити ліцензування діяльності лікарів та укладання із ними угод; сприяти автономізації закладів охорони здоров'я за новою схемою та укладання угод із їх керівниками; розпочати масштабніше фінансування з використанням ДСГ закладів охорони здоров'я; продовжити розвиток системи безперервної освіти у сфері охорони здоров'я [26].

Ще одним нормативним документом є розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р. «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». Серед головних результатів, які необхідно досягти в процесі реалізації Концепції відзначимо такі: стабілізувати рівень первинного виходу на інвалідність (насамперед населення працездатного віку) шляхом запобігання ускладненням неінфекційних захворювань серед населення з 52,6 до 50 осіб (на 10 000 осіб); знизити рівень госпіталізації у заклади охорони здоров'я до 17 відсотків; досягти охоплення базовою вакцинацією дитячого населення до рівня 90-95 відсотків; досягти середнього строку доїзду до пацієнта у місті до 10 хвилин, у сільській місцевості – до 20 хвилин; знизити рівень поширеності основних

факторів ризику здоров'я, насамперед куріння, зловживання алкоголем, незбалансованого харчування, надмірної ваги тіла, вживання наркотичних препаратів, низької фізичної активності, артеріальної гіпертензії тощо; знизити негативний вплив соціальних детермінант на розвиток хронічних захворювань; перетворити гігієнічне навчання та виховання населення на державну систему безперервного медико-гігієнічного навчання через сферу загальної та професійної освіти, охорони здоров'я, фізичного виховання, інші соціальні інститути та засоби масової інформації; поступово впроваджувати у навчальних закладах усіх рівнів акредитації стратегії «Здоров'я через освіту» [19].

Розвиток телемедицини є дуже важливим, він обумовлений Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. і Законом України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості від 14.11.2017 р. та Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я України на період 2015-2020 років. МОЗ України в 2015 р. видав Наказ «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я [25]. Як зазначає І. Я. Зима, розвиток телемедицини має два позитивні чинники, які у скрутні фінансові часи та в умовах недостатнього рівня платоспроможності сільського населення, слабкого розвитку інфраструктури в регіонах, мінімального рівня розвитку медичного обслуговування зможуть нівелювати ці недоліки та в окремих аспектах поліпшити якість медичного обслуговування населення. Перший, це – можливість отримати консультації у висококваліфікованих фахівців, другий – забезпечення доступності послуг у часі [14, с. 108].

Таким чином, в останні роки в процесі проведення медичної реформи, значно розширена і вдосконалена законодавча і нормативно-правова база державного управління надання якісної медичної допомоги. Дані законодавчі та нормативні акти є інституційною основою системи законодавчого забезпечення державного управління реформуванням системи охорони здоров'я. Вони встановлюють нові принципи регулювання відносин між державою і

суб'єктами системи охорони здоров'я в Україні, визначають рівні медичного забезпечення, регламентують нові фінансові відносини в системі охорони здоров'я, гарантують право громадян на безоплатний доступ до медичних послуг, удосконалюють контроль якості та подальший розвиток стандартизації у сфері охорони здоров'я.

Удосконалення інституційного механізму реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я можливо через вирішення проблем кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. Успіх і темп реформування охорони здоров'я залежить від обґрунтованості, виваженості й адаптованості до національних реалій, кроків його здійснення, зацікавленості й узгодженості дій органів влади усіх рівнів, а також підготовленості та мотивації керівників та співробітників органів і закладів охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Проблеми реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні

Сьогодні система охорони здоров'я має низку недоліків. До останніх відносяться ті фактори її роботи, які призвели до зниження ступеня задоволеності населення доступністю і якістю медичного обслуговування. Як один з варіантів рішення, може вирішити цю проблему є формування публічно-приватних партнерств (далі – ППП), з різноманітними формами, підходами та поєднанням їх між собою.

Головною наміром ППП, у будь-якій галузі, є об'єднання можливостей, ресурсів і кваліфікації партнерів для того, щоб в якості результату такої співпраці досягати найкращих фінансових і матеріальних результатів з максимальною взаємозгодою. Варто звернути увагу на те, що механізми ППП в охороні здоров'я зарекомендували себе у багатьох країнах світу.

Сьогодні питання захисту прав пацієнтів не є поодиноким і має глобальну актуальність. Проте сучасний стан системи охорони здоров'я в Україні є однією з головних проблем національної безпеки, яку необхідно терміново вирішити [4].

У нашій країні протягом тривалого часу, з моменту появи ППП в одному з основних перешкод до їх інституційний механізм в охороні здоров'я було відсутність нормативно закріплених форм. Крім того, є певні труднощі з ініціюванням та мотивуванням приватного бізнесу до участі в проєктах, з окупністю яких можуть виникнути проблеми.

Серед найважливіших – оцінка ефективності цих проєктів. Приймаючи

рішення про реалізацію державно-приватного партнерства, необхідно розрахувати загальні витрати та доходи держави за весь життєвий цикл проекту, обмежити гранично допустимі рівні платежі за проекти ППП, розробити незалежні процедури бюджетування для перевірки доцільності проекту. Для прозорості проекту в бюджетних документах та звітності необхідно розкривати інформацію про майбутні платежі та надходження держави, пов'язані з наданням послуг за партнерським договором; розмір та умови фінансування, іншої підтримки ППП; обсяги державних гарантій на проекти тощо.

Слід зазначити, що у світі існує значна практика державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, яку можна узагальнити трьома основними способами: лише в будівництві інфраструктури лікарень; як частина будівництва та обслуговування об'єктів та надання супутніх послуг (наприклад, прибирання об'єктів і будівель); проєкт ППП, що включає всі елементи перших двох. Хоча в більшості іноземних інфраструктурних проєктів право на охорону здоров'я не делегується приватним партнерам, державне медичне страхування залишається незмінним.

У нашій країні, незважаючи на короткий досвід ППП у медичній сфері, як у ЄС, США тощо, воно не розвивається, хоча є всі передумови для формування певної бази державно-приватного партнерства та поступок, у т.ч. його включення в систему охорони здоров'я. Проте сьогодні найпоширенішою формою охорони здоров'я є підприємництво у формі ліцензування певних видів діяльності. Підприємництво є однією з найбільш очевидних форм ринкових відносин.

Це сприяє покращенню матеріального та духовного потенціалу суспільства, створює сприятливі основи для практичної реалізації умінь і талантів кожної особистості, веде до національної єдності, збереження національного духу та національної гордості. Основною ланкою в цих відносинах є компанія (соціальна чи виробнича організація) усіх форм власності. Слід зазначити, що підприємство має права юридичної особи та

здійснює виробничу, науково-дослідну та комерціалізаційну діяльність з метою отримання належного прибутку (доходу).

Таким чином, першочерговим завданням є визначення правового та економічного становища суб'єкта, який приймає рішення, у лікувальному закладі та забезпечення їх ресурсами, принаймні, на основі реальних витрат на виробництво медичної допомоги. Фінансування на рівні реальних витрат забезпечує фінансову стабільність медичних закладів країни, дозволяє перейти від вирішення проблем виживання до підвищення якості медичної допомоги.

З економічної точки зору, медичні заклади самостійно здійснюють індивідуальне відтворення, тобто організують виробництво, для якого залучають робочу силу, закупають сировину, напівфабрикати у інших підприємствах, розраховуються готівкою або беруть у борг, використовують безготівковий оборот, продають товари та послуги. Підприємства мають права юридичної особи як самостійні господарські одиниці. Іншими словами, вони мають право вільно розпоряджатися товаром і вступати в договірні відносини з іншими компаніями. У них є безкоштовний банківський рахунок, на якому знаходяться гроші, які використовуються для укладення договорів з іншими організаціями, купівлі ліків, виплати зарплати персоналу тощо [22].

Зазначимо, що відповідно до ст. 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство», охорона здоров'я є одним із секторів економіки, в якому можуть мати місце державно-приватне партнерство, спільна діяльність, концесійне партнерство та обмін продуктами. Законодавством передбачено реалізацію проектів у формі спільного користування, концесій, передачі державного майна приватному партнеру на умовах партнерського договору.

Джерелами фінансування можуть бути муніципальні та державні бюджети, а також кошти приватних партнерів, позикові кошти або інші джерела, не заборонені законодавством. Існують також певні умови, за яких договір передачі права власності від держави до приватного партнера та його користування повертається державі. Однак окремою проблемою є розподіл продукції, що проектується і виготовляється як специфічний вид проекту

ППП. Видобуток, переробка та утилізація твердих побутових відходів тощо. У цьому випадку воно регулюється спеціальним законодавством, тоді як спеціальне регулювання ще не стосується розвитку охорони здоров'я [41].

Іншим механізмом управління господарською діяльністю у сфері охорони здоров'я є концесійні договори. У більшості країн світу якість системи залучає додаткові гроші, у тому числі приватні інвестиції [23, с. 306]. Держава зацікавлена у якісному медичному обслуговуванні та підтримці населення, і такий підхід дає можливість підприємствам не лише отримувати дивіденди від своїх інвестицій, а й брати участь у реалізації комунальних проєктів. Концесійний договір не передбачає приватизації державного чи комунального майна, наданого в рамках концесії, до закінчення терміну її дії (мінімум 10 років, максимум 50). Однак слід звернути увагу на коментарі. За час дії закону про загальні концесії в Україні багато експертів та аналітиків вказували на його недосконалість та невідповідність кращому світовому досвіду.

Прикладом інституційного механізму державно-приватного партнерства в Україні в галузевому огляді 2015 року стала «Дитяча лікарня майбутнього». На жаль, через політичну складову цей проєкт не був реалізований. Ще один проєкт – «Медичний інноваційний центр NOVO» у Львові, який розташований у Дитячій лікарні у Львові. Центр «НОВО» – недержавна неприбуткова організація. Це перший медичний центр такого рівня в Україні, який працює за таким принципом. Обладнання, встановлене в центрі, після 10 років роботи вважатиметься найновішим. Інший приклад – клініка Оберіг НМУ імені Богомольця. Відповідно до угоди, підписаної між цими закладами, клініка, яка має сучасну базу для підвищення та підвищення кваліфікації, спільно працює над навчанням відповідальних за медичні заклади та ознайомленням з новими технологіями для покращення охорони здоров'я, безпеки пацієнтів, заснованих на сучасному менеджменті здоров'я та маркетингу [2].

Наразі існує нагальна потреба в пошуку ефективних шляхів зниження цих витрат і розумного використання ресурсів. Ці фактори є поширеним

джерелом конфлікту, а саме невідповідністю між обмеженими наявними фінансовими ресурсами та необхідністю покращення якості та доступності медичних послуг для громад. У 2018 році в Україні розпочато впровадження медичних реформ. По-перше, оновлено нормативно-правову базу системи охорони здоров'я. Наступним кроком є впровадження абсолютно нової програми первинної медико-санітарної допомоги.

Суть нової системи полягає в тому, що пацієнт вибирає педіатра або хірурга загального профілю і при цьому надає електронною поштою роз'яснення щодо лікування. Потім фінансовий фонд перевіряє фінансову систему лікарні та повне покриття медичної допомоги. Надання медичної допомоги може здійснюватися у вигляді двох пакетів послуг: «червоний» пакет – комплекс медичних послуг, вирішення яких надається безпосередньо пацієнтом, без інформації від лікаря; «зелений пакет» – медична допомога, що повністю покривається з державного бюджету (для надання базової, невідкладної та паліативної підтримки).

Різниця між новою та старою системами охорони здоров'я полягає в тому, що держава замість безкоштовних закладів охорони здоров'я, які надають безкоштовні послуги, починає бюджетувати для придбання послуг у цій стратегічній якості. Отже, державна економічна система зараз не орієнтується на збереження медичних ресурсів для населення, а впроваджує абсолютно нове джерело фінансування.

Слід зазначити, що модернізація медичних послуг має на меті посилення державного управління шляхом модернізації процесуальних та правових засобів у зв'язках з громадськістю. Також можливість надання коштів на послуги може призвести до виділення ресурсів. Це, у свою чергу, може бути пов'язане з впливом трудомістких рішень на пацієнтів. На жаль, сьогодення ситуація в Україні, з обмеженістю бюджетних коштів, виділених на роботу ефективної системи охорони здоров'я, не дозволяє покращити стан здоров'я. Важливо розглянути основні причини того, що системи охорони здоров'я розроблені за схемою низького рівня ефективності, як показано в табл. 2.1 [1].

Можна зазначити, що особливо нагально відчувається трудність неякісної кількості фахівців медичних спеціальностей в усіх лікувальних закладах України, в основному, у невеликих містах та селах.

Таблиця 2.1

Причини не достатньо високого рівня результативності роботи системи охорони здоров'я

Причина низької ефективності роботи системи охорони здоров'я	Коротка характеристика
Недостатня кількість спеціалістів	Зменшується якість наданих послуг через високий рівень завантаженості медичного персоналу
Не високий рівень кваліфікації медичного персоналу	Різні лікарі можуть на однакові симптоми та скарги пацієнта поставити різні діагнози і призначити різне лікування, що може спричинити лікування без очікуваного ефекту
Недостатня кількість медичного обладнання та його моральна застарілість	На сьогодні, більшість діагностичних та лікувальних процедур здійснюють на обладнанні з радянських часів, яке є менш точним та мало функціональним, аніж сучасне, а обстеження на інноваційному обладнанні – коштує у рази більше
Не високий рівень заробітних плат та відсутність дієвої системи стимулювання та мотивації	Через не високий рівень заробітних плат, нестача дієвої системи стимулювання та мотивації, недостатню соціальну захищеність, кваліфікований медичний персонал виїжджає за кордон. Існує, також, трудність невідповідності підготовки персоналу до потреб сучасної системи охорони здоров'я
Нестача фінансових коштів	Брак медичного персоналу спричиняє завантаженість фахівців, їх недоукомплектованість необхідним обладнанням тощо

Також, національну систему охорони здоров'я, довгий час, супроводжує брак бюджетних фінансів, що, в свою чергу, спричиняє високий рівень завантаженості лікарів, відсутність спеціального обладнання, або наявність застарілого. Така ситуація зумовлює створення та інституційний механізм центрів охорони здоров'я приватного сектору, які надають послуги з медичного обслуговування населення вищого рівня, ніж державні. Характерною відмінністю клінік приватної форми власності є наявність сучасного медичного обладнання для лікування та діагностики хвороб у пацієнтів, що збільшує високий рівень ефективності та оперативності процедур лікування.

Важливим питанням у галузі охорони здоров'я слід вважати дотримання

прав людини після модернізації галузі, зокрема, права на отримання доступної медичної підтримки, або права на вільний вибір медичного закладу, чи лікаря. Трудність полягає у тому, що реалізація вищезазначених прав хоч і затверджується законодавчо, але деякі нормативно-правові документи просто суперечать один одному, що часто створює конфліктні ситуації під час їх застосування на практиці [48].

Значні прогалини у функціонуванні національної системи охорони здоров'я та недоліки у реагуванні країни на кризу стали особливо очевидними з появою в Україні коронавірусної інфекції. У світлі спалаху глобальної пандемії COVID-19 та змін у керівництві МОЗ України. На сьогоднішній день кожен громадянин переоцінив роль медиків у житті кожної людини. Протягом усього періоду незалежності України існувала чітка пряма залежність негативних наслідків для життя та здоров'я населення від дефіциту державного бюджету України.

На жаль, за програмою медичного страхування більшість закладів охорони здоров'я отримують значно менше бюджетного фінансування, ніж медичні дотації, надані закладам до реформи охорони здоров'я. Зростає дефіцит бюджету в спеціалізованих медичних закладах (онкології, психіатрії, паліативної допомоги, туберкульозу та ін.). Замість запланованого підвищення заробітної плати медперсоналу та покращення умов їх праці з метою надання пацієнтам якісної медичної допомоги, у тому числі безкоштовної та доступної для всіх без винятку, багатьом лікарням загрожує закриття. скоротити кількість робітників і привести до хвилі масових звільнень.

Логічним кроком до покращення ситуації в Україні має стати запровадження серйозного конкурсного відбору на керівні посади в МОЗ України, структурних територіальних установах, оскільки є нагальна потреба у залученні кадрів з вищою медичною освітою, кваліфікацією та досвідом. в домашніх лікарнях. Таким чином, можна буде якісно та ефективно модернізувати українську систему охорони здоров'я, щоб вона ефективно працювала.

Медична система є складною з точки зору механізмів управління та обмеженою в легальному використанні різноманітних форм залучення приватних чи інших ресурсів до інституційного механізму підприємств. Варто зазначити, що досвід впровадження ППП в українській системі охорони здоров'я дуже обмежений.

Незважаючи на різноманітність способів діяльності медичних закладів, у тому числі, як і підприємств, кожен із них матиме свої переваги та недоліки. Але кожен має право на існування. Разом вони допомагають покращити якість медичної допомоги.

У процесі побудови в Україні, соціально захищеної та політично стабільної моделі соціального розвитку, публічно-приватне партнерство відіграло важливу роль у здійсненні медичної реформи, яка є основою збереження кадрового потенціалу країни. Тому дослідження системи охорони здоров'я є пріоритетним, а результати цього розслідування мають створити дієвий механізм прийняття ефективних державних управлінських рішень з одночасним використанням адміністративних інструментів і технологій, що ще більше покращить усі її елементи.

Як відомо, публічне управління у сфері охорони здоров'я відіграє важливу роль у здійсненні внутрішньої політики. Сучасна ситуація в Україні щодо нинішньої системи охорони здоров'я характеризується низкою проблем у політичних, технологічних, демографічних, соціальних та екологічних сферах. Але для кожного громадянина з кожним роком більш актуальною стає потреба отримати якісну державну медичну допомогу.

2.2. Зарубіжний досвід розвитку публічних механізмів управління у сфері охорони здоров'я

Зарубіжна практика надання медичних послуг свідчить про те, що реалізація гуманітарної, людино-орієнтованої парадигми глобального

економічного розвитку та соціального прогресу, заснованої на якості людських ресурсів, має сприяти реалізації основного права людини на життя і здоров'я, а отже, довголіття [43, с. 96]. Міжнародні організації, такі як: Організація Об'єднаних Націй, Європейський Союз, Світовий банк, Європейський банк реконструкції та розвитку, Всесвітня організація охорони здоров'я, останнім часом, приділяють значну увагу показникам ефективності формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, оцінюючи згідно них рівень розвитку різних країн світу, в цілому.

Варто підкреслити, що на думку О. Яремчук, невід'ємною складовою ефективного розвитку держави є підтримка соціальної сфери та формування існуючої в країні системи охорони здоров'я. Дослідниця наголошує, що за ключовими показниками здоров'я (очікувана тривалість життя та дитяча смертність), країнами-лідерами є: Японія, Німеччина та США [47].

Необхідно більш детально зупинитися на особливостях функціонування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в кожній з цих країн.

Перша країна, яка заслуговує на увагу є Японія в якій існує чотири рівні управління охороною здоров'я: уряд, префектури, медичні центри та місцеві (міські та сільські) органи влади. Їхню діяльність координує Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту населення. У структурі органів місцевого самоврядування створюються департаменти охорони здоров'я, які відповідають за управління місцевими програмами розвитку охорони здоров'я. Префектури та великі муніципалітети створюють медичні центри (кожен центр обслуговує приблизно 100 000 жителів), які фінансуються як державними, так і місцевими органами влади. Варто додати, що для Японії характерна "сильна" система публічного управління сфери фінансування охорони здоров'я та медичного страхування [8, с. 115].

Так, Г. Муляр підкреслює, що система охорони здоров'я Японії тісно пов'язана з роботою місцевих органів влади [24]. Основними установами,

пов'язаними з системою охорони здоров'я Японії, є: Бюро політики у сфері охорони здоров'я, Бюро медичних послуг, Бюро фармацевтичної продукції і продовольчої безпеки, Бюро трудових стандартів, Соціальне забезпечення і Бюро жертв війни, Бюро здоров'я і добробуту для літніх людей, Бюро медичного страхування і Бюро пенсійного забезпечення. Японія є капіталістичною країною, саме тому охорона здоров'я у ній обходиться недешево. Проте слід зауважити, що близько 90% витрат громадян покриває державна система медичного страхування [24].

Варто також додати, що за словами Н. Карпишин наразі Японія ввела заборону на доходи страхових компаній за медичні послуги, а також обмеження на оплату праці лікарів, які допускають серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів [16]. Н. Карпишин також звертає увагу на те, що ця система існує вже кілька десятиліть та підтримується, у межах штатів, такими організаціями як: Синій хрест і Синій щит, які зобов'язані страхувати всіх, хто сам цього забажає. США витрачають 16,4% ВВП на охорону здоров'я, а це можна сказати майже найбільший показник у світі.

Проте варто наголосити, що великі суми не завжди гарантують рівний і хороший доступ до медичної допомоги для всіх громадян. У 2020 році понад 15% американців не були застраховані. Причиною цього стала висока вартість страхування, втрата роботи або неможливість отримати страхову субсидію. Але, слід зауважити, що незастраховані громадяни можуть скористатися послугами некомерційних медичних центрів та лікарень швидкої допомоги. Однак, нажаль пацієнти часто їдуть звідти, не отримуючи належної допомоги. Такі установи можуть лише оцінити загальний стан пацієнта та стабілізувати його, а не лікувати людину.

Окремо слід підкреслити, що на думку дослідниці Т. Федоренко страховка також не означає надання необмеженої кількості необхідних ліків. Більшість американців користуються певними програмами страхування та отримують так звані «керовані» пільги. Через мережу посередників їх

направляють до лікарів поліклінік, аптек, лабораторій, рентгенкабінетів та інших установ. Деякі програми страхування не покривають лікування хронічних захворювань. Третина американців отримують медичну допомогу, яку фінансують платники податків, від Medicare і Medicaid. Medicare – це національна програма страхування для людей старше 65 років і деяких людей, які перебувають «за межею бідності». Т. Федоренко також додає, що у 2020 році Medicare надала американцям, які підходять під вимоги страхування, послуг і ліків на суму приблизно 514 мільярдів доларів [43, с. 97]. Medicaid – це державна програма страхування, доступна для деяких бідних та майже бідних верств населення. Державна програма медичного страхування дітей (CHIP) страхує дітей віком до 19 років із сімей з доходом, надто високим, щоб претендувати на Medicaid. Залежно від штату, цей дохід може досягати або перевищувати 300 відсотків федерального рівня бідності (FPL). Можна сказати, що охоплення Medicaid трохи ширше, ніж Medicare, але всеодно слід констатувати, що Medicaid не задовольняє потреби кожного, лише 23% американців використовують цю програму [43, с. 98].

Необхідно загострити свою увагу на тому, що у Сполучених Штатах первинну медичну допомогу зазвичай надають лікарі первинної ланки, які працюють окремо або в групах. Лікарі загальної практики становлять третину від загальної кількості лікарів країни. Більшість приватних терапевтів працюють у невеликих клініках із менш ніж 5 співробітниками. Пацієнти можуть обрати лікаря з електронної мережі зареєстрованих постачальників послуг.

При цьому варто додати, що згідно з опитуванням, проведеним у 2020 р., Commonwealth Fund, 82% громадян Сполучених Штатів Америки не задоволені сучасним станом розвитку їхньої медицини. Саме тому, варто погодитись із думкою дослідниці В. Костюк, яка наголошує на тому, що існуюча система механізмів управління охороною здоров'я США потребує або фундаментальної реформи, або реструктуризації [21, с. 37].

Отже, розглядаючи організацію охорони здоров'я в США, варто зазначити, що основним недоліком державного управління є висока вартість медичної допомоги. Витрати на душу населення в Сполучених Штатах становлять 7290 доларів на рік, що більш ніж вдвічі перевищує середнє значення для промислово розвинених країн. Наприклад, досвід Сполучених Штатів Америки показує, що запровадження приватного медичного страхування як основного джерела фінансування є недоцільним, оскільки можуть виникнути серйозні фінансові диспропорції в охороні здоров'я [32, с. 8].

Заслуговує на увагу Німецька система управління охороною здоров'я, яка базується на добре структурованому медичному страхуванні, що складається з державного медичного страхування та приватного страхування. Державне страхування має близько 89% населення; приватне страхування – 9% німців; 2% населення отримують медичну допомогу за спеціальними державними програмами (військові, поліцейські). Якщо говорити про фактичний внесок основного страхування до загальних витрат на охорону здоров'я то він становить понад 60%. Крім того, кошти надходять з інших частин національної системи страхування (з пенсійних фондів, страхування від нещасних випадків на виробництві). Гроші також надходять з державної скарбниці [29]. Внески на державне медичне страхування збираються лікарняними фондами (незалежними органами місцевого самоврядування), що стосується державного органу то він контролює та керує їх діяльність.

На федеральному рівні системою охорони здоров'я керує Федеральне міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення, яке також має поліси загального державного медичного страхування (в основному пов'язані з справедливістю, комплексністю, а також наданням і фінансуванням послуг соціального здоров'я). Правове регулювання всієї німецької системи соціального забезпечення в основному базується на Соціальному кодексі, п'ята книга якого безпосередньо стосується державного медичного страхування.

Слід підкреслити, що основним джерелом фінансування охорони здоров'я в Німеччині є регіональні та федеральні лікарняні фонди (*gesetzliche Krankenkassen*), які збирають внески та фінансують охорону здоров'я на рівні державного соціального забезпечення. Усі лікарні неприбутковими організаціями, які зобов'язані сплачувати членські внески та мають право визначати розміри, необхідні для покриття витрат. До переваг німецької системи охорони здоров'я можна віднести високу якість медичної допомоги, сучасне медичне обладнання в профілактичних закладах, відповідну кваліфікацію медичного персоналу і, головне, доступність медичної допомоги для всіх [15]. Система медичного страхування надає населенню широкий спектр безкоштовних послуг, включаючи амбулаторне та стаціонарне лікування, надання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, оплату проїзду до медичного закладу.

Цікавим для нашої країни також є досвід Великобританії де основна частина фінансування надходить з державного бюджету і розподіляється зверху по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування також допомагає «стримувати» зростання витрат на лікування. Проте існують і недоліки громадського здоров'я, такі як: схильність до монополізму, відсутність вибору лікаря чи лікарні для пацієнта. Система страхування ґрунтується на принципах солідарності. Контролювати використання страхових коштів можуть страхові компанії та страхувальники. Також застраховані особи можуть обрати лікаря та медичний заклад. Фінансування таких систем здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців (відрахування з доходу); страхові внески працівників (відрахування із заробітної плати); державні кошти. Основним постачальником медичних послуг є Національна служба охорони здоров'я (*National Health Service, NHS*), яка звітує перед Департаментом (Міністерством) охорони здоров'я.

Національна служба охорони здоров'я Великобританії забезпечує мешканців практично всіма необхідними медичними послугами, стаціонарними

препаратами та іншими медичними витратами, на безоплатній основі. Також передбачено додаткові пільги для соціально незахищених та малозабезпечених верств населення. Наприклад, від оплати ліків повністю звільняються громадяни до 16 років, особи до 60 років, студенти до 19 років, хворі на особливі захворювання, військові пенсіонери та інваліди війни.

Так, дослідниця А. Денисова наголошує, що Великобританії вдалося створити медичну галузь без посередників (страхових компаній), зробивши її однією з найефективніших у світі. Для реформування механізмів державного управління системою охорони здоров'я України можна скористатися перевагами британської системи, такими як доступність медичних послуг, простота їх отримання та ступінь зусиль щодо максимально ефективного використання наявних ресурсів [8, с. 112].

Наступною країною, яка також заслуговує на увагу слід вважати Францію, адже вона вже не один рік зберігає першість в сфері медицини за результатами рейтингу Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основними критеріями цього рейтингу, до якого входить 191 країна, є доступність та ефективність медичних послуг. А. Паршикова наголошує, що у Франції базовий рівень загального обов'язкового соціального страхування забезпечується через систему страхових фондів, переважно прив'язаних до місця роботи. Формально ці фонди є приватними компаніями, але вони «жорстко» регулюються та контролюються державою [29].

Лікарні у Франції поділяються на державні та приватні, останні у свою чергу на комерційні та некомерційні. Завдяки вдосконаленій системі медичного страхування вони однаково доступні та відрізняються наданням медичних послуг. Наприклад, усі клінічні лікарні є державними установами, а клінічні послуги зазвичай надаються приватними постачальниками медичних послуг. У Франції існує багато великих науково-дослідних установ, що лікують одночасно. Практично всі лікарні належать до муніципалітетів міст та підпорядковуються адміністративним радам під головуванням мерів.

Доцільно зазначити, що Алексі Струве, директор Агентства «Бізнес Франс» при Посольстві Франції в Україні вважає, що за останні роки французька система охорони здоров'я стала чи не однією з найкращих у світі. В основному це було досягнуто за рахунок успішного вирішення таких завдань, як: забезпечення загального охоплення, доступ без «списків очікування», свобода вибору і задоволення потреб пацієнта [2].

Проте Алексі Струве додає, що з'єднання системи обов'язкового і добровільного медичного страхувань, що охоплює відшкодування співплатежів, здійснюваних у рамках державної системи, а, також, придбання лікарських препаратів та медичних послуг, котрі не в повній мірі покриваються державною системою, призвели до низького рівня особистих витрат громадян і високого рівня споживання медичної допомоги [2].

Наступною країною, якій також слід приділити увагу є Швеція. В. Марцинковський аналізуючи концепції соціального забезпечення у Швеції зауважує, що країна побудувала політику та стратегію, а, також, конкретні програми та проекти, що впливають на збереження здоров'я населення та попередженню захворювань, а, також, проведенню реабілітації. До головних проблем, що потребують вирішення, вчений відносить: проблеми здоров'я на робочому місці; малорухливий спосіб життя; збільшення споживання алкоголю та погане психічне здоров'я, зокрема, серед молоді [20, с. 59].

В свою чергу М. Поворозник підкреслює, що в країні також є три основні рівні застосування медичної допомоги та обслуговування: національний, регіональний та муніципальний. М. Поворозник зауважує, що до структур, які відповідальні за охорону здоров'я, входять: Національний державний інститут охорони здоров'я; Національне агентство з охорони навколишнього середовища; Національне управління з надзвичайних ситуацій; Національна служба автомобільних доріг. Регіональний рівень представляють префектури (представники держадміністрації); регіональні ради (виборні органи, збирачі податків). Муніципальний рівень (громади) – муніципальні ради (виборні

органи), місцеві збирачі податків [32, с. 18].

Можна відзначити, що системи страхування в усіх регіонах Швеції передбачають сплату штрафів або значне підвищення вартості вторинного медичного страхування у разі несанкціонованого, ненавмисного доступу до фахівців. З іншого боку, є додаткове матеріальне стимулювання пацієнтів, які відвідують лікарів-спеціалістів, різноманітні валеологічні заходи для запобігання серйозним проблемам зі здоров'ям та додаткові випадки в особливих випадках. У процесі визначення провідних завдань охорони здоров'я вагомим є належний розподіл обов'язків між регіональними радами та громадами. Регіональні ради зобов'язані відповідати за громадський транспорт, регіональне планування будівництва та служби охорони здоров'я. Громади відповідають за освіту, соціальні послуги та житло.

На думку О. Приятельчук національну політику охорони здоров'я Швеції слід вважати успішною, однак, вчена зауважує, що в країні не вистачає законодавчої бази про охорону здоров'я та її захист, хоча в Швеції було прийнято значну кількість законів, що опосередковано регулюють проблеми охорони здоров'я [33, с. 805].

Також важливо загострити свою увагу на Канаді, оскільки експерти в цій країні та і в інших частинах світу, стверджують, що витрати на охорону здоров'я продовжують зростати швидше за рівень економіки. На думку Т. Камінської роль федерального уряду в галузі охорони здоров'я в Канаді полягає у встановленні та моніторингу національних стандартів охорони здоров'я відповідно до Закону про охорону здоров'я Канади, у фінансуванні провінційних служб охорони здоров'я шляхом перерахування коштів та виконання функцій, за які вона відповідає. Однією з таких функцій є надання медичних послуг конкретному населенню, у тому числі ветеранам, військовослужбовцям, які перебувають у в'язницях Федеральної та Королівської гірничої поліції Канади. Решта функцій які виконує федеральний уряд пов'язані зі здоров'ям, до них відносяться: охорону та зміцнення здоров'я,

профілактику захворювань тощо [15].

Канадська система охорони здоров'я значною мірою залежить від лікарів первинної медико-санітарної допомоги, які становлять приблизно 51% усіх лікарів в цій країні. Вони утворюють своєрідну «ланку» між пацієнтом та системою механізмів державного управління закладами охорони здоров'я, які контролюють доступ до більшості фахівців, стаціонарної допомоги, діагностичних досліджень та рецептурних препаратів. Цікавим є той факт, що таких дільничних терапевтів можна змінювати необмежену кількість разів за порадою знайомих і навіть через перепади настрою. Більшість лікарів мають свою власну практику та користуються високим ступенем незалежності. Багато лікарів працюють у лікарнях чи місцевих медичних центрах. Що стосується держави то вона оплачує послуги приватних лікарів залежно від допомоги, яку вони надають. Оплата здійснюється безпосередньо з бюджету провінції, чи території. Отож, враховуючи вищезазначене можна констатувати, що сильна та ефективна первинна допомога, вільний вибір лікаря, гарантований пакет медичних послуг на рівні сімейної медицини є світовим стандартом якісної та доступної допомоги у цивілізованих країнах, відображення якого на жаль сьогодні не спостерігається в нашій країні [42].

Таким чином, можна стверджувати, що досвід систем охорони здоров'я європейських країн є дуже корисним для України і може бути застосований після відповідної адаптації до української дійсності. Для цього необхідне стратегічне планування розвитку механізмів державного управління системою охорони здоров'я України, зокрема сімейної медицини, з урахуванням міжнародного досвіду та аналізу результатів їх впровадження у пілотних проєктах за конкретними напрямками.

Отже, проаналізувавши зарубіжний досвід формування механізмів управління системою охорони здоров'я можна дійти висновку, що при визначенні стратегій розвитку національних систем охорони здоров'я за кордоном враховуються показники Всесвітньої організації охорони здоров'я

щодо ефективності системи: тривалість життя, витрати на охорону здоров'я та % ВВП, а також щорічні зміни у цих показниках. Варто додати, що зарубіжні системи охорони здоров'я та моделі медичних послуг характеризуються: орієнтацією на споживача (домінування приватної системи, високий рівень конкуренції та комерціалізації медичної сфери, високе позабюджетне фінансування медичних послуг та домінування у їх структурі платного сегменту, фінансова автономія медичних закладів) та солідарно-корпоративність (державне гарантування мінімального пакету медичних послуг, унормований механізм ціноутворення, державні стандарти якості медичних послуг, баланс між державним регулюванням сфери і ринковими механізмами функціонування і фінансування, децентралізація системи управління).

Таким чином можна із впевненістю констатувати, що система охорони здоров'я в європейських країнах є дуже корисною для України і може бути застосована після адаптації до українських реалій. Це потребує стратегічного планування розвитку механізмів управління системою охорони здоров'я України, особливо сімейної медицини, з урахуванням міжнародного досвіду та аналізу результатів його впровадження в пілотних проєктах за конкретними напрямками.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України

Сьогодні система охорони здоров'я має безліч недоліків до яких відноситься зниження ступеня задоволеності населення доступністю і якістю медичних послуг, це в більшості обумовлено наявними інфраструктурними обмеженнями. Як один з варіантів рішення, на основі міжнародного досвіду, може стати формування державно-приватних партнерств, з його різноманітними формами, підходами та поєднанням їх між собою.

Дослідження та аналізування світової практики реалізації проектів ДПП доводить що, саме унікальність моделей та їх застосування, особливо у системі охорони здоров'я, дає медичним організаціям нові форми та рівні фінансування, децентралізації і автономії управління, а наприкінці підвищує тенденцій економічного розвитку країни.

Розвиток державно-приватного партнерства в охороні здоров'я, може йти насамперед у первинні ланки надання медичної допомоги, а також і у високотехнологічній медичній допомозі. Первинна ланка не вимагає великих витрат, тому можна очікувати якщо найближчим часом сформується ДПП у медицині, то до 15% закладів будуть іншої форми власності.

В регіонах, як і раніше, спостерігається дефіцит багатьох видів високотехнологічної медичної допомоги, наприклад, центрів гемодіалізу, променевої терапії та онкології, централізованих лабораторій для дорогих досліджень, так що розвиток саме цих напрямків можна доручити приватному бізнесу. Тому в умовах вдосконалення нормативної бази у цій сфері можна очікувати активізацію застосування механізмів державно-приватного партнерства у практиці охорони здоров'я.

За даними проведеного аналізу державно-приватне партнерство в Україні представлено, як правило, лише інвестиційними договорами на будівництво, реконструкцію або модернізацію точкових соціально-значущих об'єктів. Проектів державно-приватного партнерства за формами, змістом, структурою договорів, механізмів гарантій з боку держави, методів регулювання в охороні здоров'я дуже мало, чим і відрізняється медична система від аналогічних договорів в інших галузях.

Державно-приватне партнерство – взаємовигідне і рівноправне співробітництво держави з приватним юридичним або фізичним особам у реалізації соціально значущих проектів, що здійснюється шляхом укладання і виконання угод, у тому числі концесійних, як схематично наведено на рис. 3.1. [5].

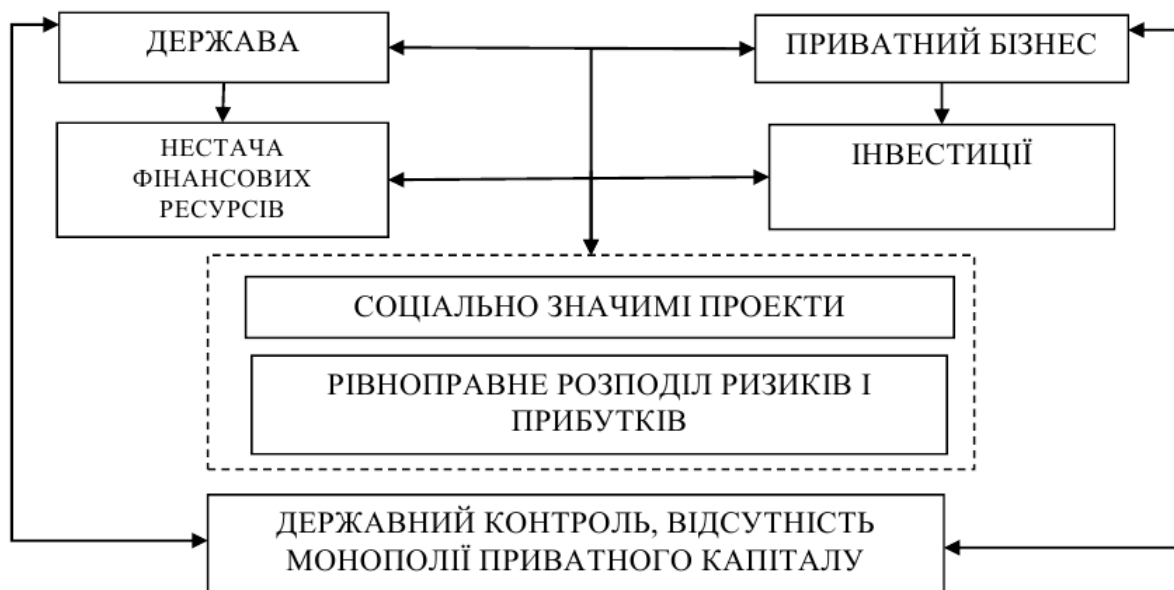


Рис. 3.1. Соціально-економічні підходи до формування концепції державно-приватного партнерства

Для розвитку форм ДПП в охороні здоров'я важливо уявляти, хто може виступати в якості інвестора. Як правило, великим потенціалом для участі в партнерстві володіють фінансово-промислові групи, у складі яких є діючий

медичний напрям, які зарекомендували себе на ринку, як показано на рис 3.2. [5].

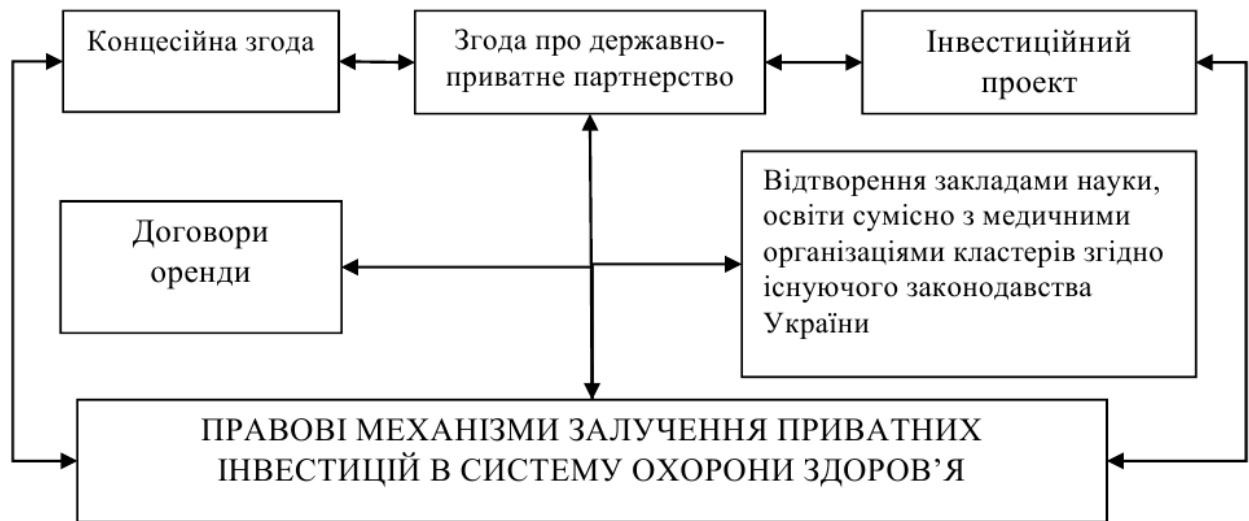


Рис. 3.2. Правові механізми залучення приватного інвестування в систему охорони здоров'я

У таких потенційних партнерів є декілька переваг:

- медичне минуле і сьогодення та бажання розвиватися в цьому напрямку;
- фінансовий інститут та інші активи, здатні як згенерувати фінансову основу проекту, так і отримати певний синергетичний ефект від взаємодії;
- репутація, яка в першу чергу буде турбувати публічного партнера.

Саме відсутність репутації зараз буде для багатьох потенційних інвесторів перешкодою в здійсненні проектів державно-приватного партнерства.

Теоретично, ДПП надає переваги та вигоди всім учасникам партнерства державі, бізнесу і суспільству – одному з головних споживачів «продукту» партнерства. Суспільство отримує максимальну якість медичні послуги при збереженні фізичних обсягів. До них відносять:

- зменшення, а іноді зовсім позбавлення тягаря інвестиційних і експлуатаційних витрат плюс збереження обсягів соціального контракту з населенням;

– приватний партнер зменшуючи ризики, отримує гарантований потік клієнтів на свої послуги з можливістю розвитку і комерціалізації нових потужностей.

Ці переваги наявні, проте для розвитку ДПП в охороні здоров'я в нашій країні необхідно опрацювати велику кількість питань. Серед найважливіших – оцінка ефективності даних проектів.

При прийнятті рішення про реалізації державно-приватного партнерства необхідно здійснити розрахунок загальних витрат і доходів держави за весь період життєвого циклу проекту, обмежити максимально допустимий обсяг щорічних виплат за ДПП-проектами, розробити незалежну від бюджетного процесу процедуру перевірки доцільності витрачання бюджетних ресурсів у проектах партнерств.

Для прозорості функціонування проектів в бюджетних документах і звітах необхідно буде розкривати інформацію про майбутні платежі і надходження держави, пов'язаних з наданням послуг в рамках угод партнерств; суми та умови фінансування та іншої підтримки ДПП; обсяги державних гарантій за проектами і тощо.

Підводячи підсумки, слід зазначити, що державно-приватне партнерство може стати найважливішою складовою функціонування системи охорони здоров'я в нашій країні і в найближчій перспективі – одним з системних механізмів реформування національної охорони здоров'я.

У вигляді особливої актуальності даної форми взаємодії держави і бізнесу необхідно сформувати повноцінне партнерство держави і бізнесу, де взаємодія механізмів державного управління які об'єднанні у концесійне партнерство, буде виступати як ефективний механізм інтеграції державних і приватних ресурсів та їх джерел. Для цього було розроблено модель взаємодії механізмів державного управління концесійним партнерством, яку показано на рис. 3.3. [5].

Першочергове завдання це визначення юридичного та економічного статусу нової детермінанти медичних установ та забезпечення їх

фінансуванням, виходячи, як мінімум, із реальних витрат на виробництво медичних послуг.

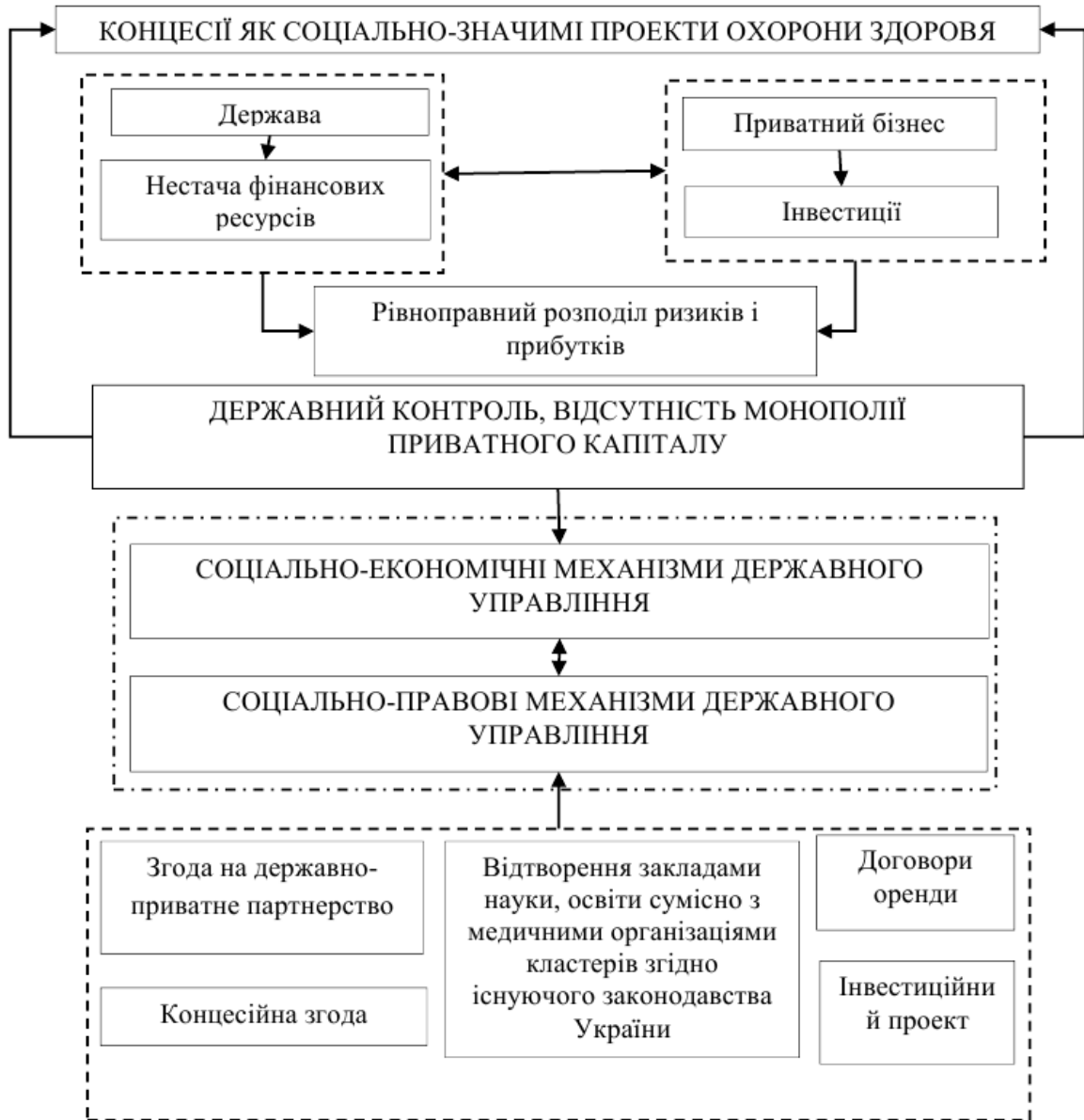


Рис. 3.3. Модель взаємодії механізмів державного управління концесійним партнерством

Фінансування, на рівні реальних витрат, забезпечить фінансову стійкість медичних установ країни, дозволить їм перейти від вирішення проблем виживання до проблем підвищення якості надання медичних послуг.

З економічної точки зору, лікувальні установи самостійно здійснюють індивідуальне відтворення, тобто організують виробництво, для чого

наймають робочу силу, купують сировину й матеріали, напівфабрикати у інших підприємств, сплачують за це готівкою або беруть у кредит, користуючись безготівковим обігом, свої товари/послуги продають або тимчасово залишають у себе. Такі фірми, як самостійні господарські одиниці володіють правами юридичної особи. Тобто, мають право вільного розпорядження майном, входить у договірні відносини із іншими підприємствами. Вони мають вільний рахунок у банку, де знаходяться кошти, які використовуються для розрахунків з іншими організаціями, на придбання медикаментів, виплати зарплати працівникам тощо. Також, готівка заноситься на банківський рахунок своїх підприємств (лікувальних закладів) або інкасується, її використовують для сплати боргів або тримають як резерв для придбання нових закупівель.

Характерні особливості медичної фірми це:

- по-перше, майнова відокремленість. Лікувальна фірма може володіти власним майном, а також може орендувати або на інших договірних засадах використовувати різні ресурсні елементи: землю, капітал та ін.;
- по-друге, вона має завершений відтворювальний цикл: мобілізує ресурси, перетворює їх й отримує готовий продукт (товар/послугу), реалізує його, а отримані кошти знову використовує для придбання ресурсів;
- по-третє, має самостійні економічні інтереси. Звичайно ж, інтереси найманих працівників й підприємців не можуть у всьому збігатися. Але, разом із тим, всіх дійових осіб фірми зазвичай об'єднує наявність вагомого загального інтересу – швидше виробити продукцію, дорожче її продати й отримати грошовий дохід.

На етапі трансформаційного періоду українська економіка зіткнулася із необхідністю формування умов для інноваційного розвитку медичних фірм, як галузей приватної виробничої сфери. Впровадження зазначених заходів у практичну діяльність вимагає розробки ринково-орієнтованих підходів до дослідження можливостей державно-приватного партнерства, як стратегічного критерію підвищення ефективності підприємницької діяльності [31].

Роздержавлення медичної власності, основа сучасних ринкових перетворень господарювання у сфері медичній послуг, зумовило утворення якісно нових проблем, ключова з яких – проблема вибору виду підприємницької практики.

Найбільш поширеною в країнах Європи, за останні роки, стала форма партнерств за моделлю DBFO. Головною особливістю є те, що приватний партнер самостійно фінансує, реконструює або будує певний об'єкт, а після здачі його до експлуатації відповідає за технічний стан. Це стосується будь-якого інфраструктурного об'єкту, чи то лікарня, житло для медичного персоналу, паркова тощо. Він може ще й надавати інші послуги, а саме: адміністрування, харчування, охорона, транспортні послуги та ін. Держава в цьому випадку відшкодовує бізнесу фіксовану платню, яка достатня щоб відшкодувати його витрати та отримати прибуток. Така робота у концесії або трасту формується та оплачується за принципом *no service no fee* (контракт). Тут усі ризики лікувальної діяльності не пов'язані з інвестором.

У таких країнах, як Канада, Португалія, Німеччина та Італія найбільш поширеною є модель DBFM – «дизайн – будівництво – фінансування – утримання». Особливість таких контрактно-концесійних угод, це надання приватним партнером нелікувальних додаткових послуг – безпека, дезінфікування, зв'язок та ін.

Ми вже звертали увагу, що Канада, Велика Британія, Ірландія за устроєм медичної системи відносяться до моделі Беверіджа, де державна охорона здоров'я має доповнення з інших джерел, а саме страхування, кошти роботодавців, власні внески населення. Такі моделі дозволяють знайти компромісні рішення, коли виникає питання при обговоренні спектра та обсягів державних гарантій у сфері охорони здоров'я.

Наприклад, у Канаді діє урядова програма *Alternative Financing Partnership system (AFP)*, згідно з якою консорціум *Healthcare Infrastructure Company of Canada consortium* спроектує, побудує, профінансує і буде керувати клінікою на 608 ліжок – *William Osier Health Centre* у Брамptonі (Онтаріо).

Контракт, оформлений на 25 років, був обраний як пілотний проект програми AFP. У його реалізації бере участь британська компанія Carillion, яка буде відповідальна за забезпечення немедичних послуг і розділить фінансові ризики [6].

Заслужує на увагу, ще й такий приклад гібридних проектів який був започатковано у Польщі та Чехії. У 2007–2013 рр. польській проект програм «Фінансова перспектива 2007–2013 рр.» використовував класичні моделі ДПП (DBFO, DBO), де ризики зв'язані з проектуванням, будівництвом, фінансуванням та експлуатацією передавалися приватній особі, було укладено 7 проектів. З них два проекти було у охороні здоров'я, а саме будівництво районної лікарні у Живець (2011 р.) та лікарні матері та дитини у Познані (2013 р.).

Згідно зі Статтею 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство» та Закону України «Про концесію» охорона здоров'я є однією з галузей економіки, в якій можлива реалізація державно-приватного партнерства, спільна діяльність, концесійне партнерство та розподіл продукції [35; 36].

Законодавством передбачено здійснення проектів у формі спільної діяльності, концесії, передача об'єктів державної власності приватному партнеру на умовах договору о партнерстві. Джерелами фінансування можуть бути бюджети міст та державні, а також кошти приватного партнера, запозичені кошти або інші джерела, не заборонені законодавством. Там же, є певні умови за якими після закінчення терміну договору з передачі об'єктів державної власності приватному партнеру і їх використання, вони повертаються державі.

Але, окремим питанням є розподіл створюваної та виробленої продукції як специфічним видом ДПП-проектів. Якщо це стосується видобутку корисних копалин, переробки і утилізації твердих відходів тощо, то це має регулювання в спеціальному законодавстві, при цьому спеціального регулювання поки що не має по відношенню створення медичних послуг.

Отже, підсумуємо, з позиції закону дозвіл на здійснення ДПП у системі охорони здоров'я є спільна діяльність та створення концесій.

Основними проблемами, які заважають розвитку ДПП, залишаються:

- небажання органів влади ділитися ресурсами, тобто передавати частину матеріальних коштів з бюджету в розпорядження некомерційних організацій, не звертаючи уваги на очевидні економічні, організаційні та політичні переваги соціального замовлення (залучення додаткових ресурсів, мінімізацію адміністративних, накладних витрат, витрат на зарплату тощо);
- кваліфікаційна невідповідність багатьох некомерційних організацій до спільного з владою виконання серйозних завдань в межах соціальних проектів, відсутність у них досвіду роботи в умовах державного казначейського супроводу витрат бюджетних грошей та ін. [10].

Вихід із цієї ситуації у роздержавленні охорони здоров'я через перетворення державних підприємств в різноманітні товариства, тобто корпоратизації та трансформації державної власності в змішану зі зміною суб'єкта права власності.

Мова йде про перерозподіл повноважень між державою і лікувальними організаціями в галузі, яка не може бути приватизована, але для якої держава не має коштів на розвиток. При цьому важливими умовами ефективності ДПП є ступінь участі медичного персоналу в реалізації проекту і збереження за державою істотною мірою господарської активності та окремих правомочностей власника. В іншому випадку реалізація механізмів ДПП може призвести до часткової чи повної приватизації бізнесом об'єктів партнерства. Приватний сектор зацікавлений в тому, щоб вкладати інвестиції та отримувати гарантований прибуток, залучаючи в спільні проекти сучасні технології, ноу-хау, ефективний менеджмент. Держава ж при цьому отримує додаткове фінансування спільних проектів і вирішує не тільки інфраструктурні проблеми, забезпечивши ефективне використання бюджетних коштів, але й досягає соціальної стабільності.

Отже, у підсумку можна зазначити, що не дивлячись на різноманіття форм діяльності лікувальних установ, у тому числі й підприємницьких, кожна з них буде мати свої позитивні сторони і негативні. Тим не менш, кожна із них має право на існування. Так, як вони у сукупності приносять користь для поліпшення якості надання медичних послуг.

3.2. Напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я України із залученням зарубіжного досвіду

Держава сьогодні потребує впровадження політики охорони здоров'я з урахуванням національного контексту узгодженого з політикою охорони здоров'я ООН і Європейського Союзу через гармонізацію цілей і індикаторів для системи охорони здоров'я, встановлених цими організаціями, з системою планування змін та моніторингу в охороні здоров'я.

Урядом України за підтримки міжнародної спільноти ніби активно здійснюється реформування національної системи охорони здоров'я, однак, на жаль, оцінити ефективність реформування практично неможливо через повне розбалансування законодавства у сфері охорони здоров'я, відсутність чітко визначеної системи охорони здоров'я та її цілей, а також індикаторів досягнення результату, які б кореспондувались з індикаторами встановленими ООН, ВООЗ та іншими міжнародними організаціями для системи охорони здоров'я.

За відсутності таких чітких і зрозумілих як українцям, так і міжнародній спільноті орієнтирів державного управління охорони здоров'я неможливо розраховувати на невпинність та послідовність змін, а також їх адекватну підтримку з боку європейських та інших міжнародних структур [27].

Розуміючи необхідність заповнення законодавчих прогалів та створення комплексної законодавчої бази у сфері охорони здоров'я, Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я було запропоновано розглядати ряд

законопроектів як основу законодавства для побудови в Україні сучасної національної системи охорони здоров'я. А саме:

– Законопроект № 2409а «Про засади державної політики охорони здоров'я» (доктринальний закон, де розкрито бачення перспективної моделі охорони здоров'я в Україні на основі національного контексту і констатації ВООЗ та ЄС – інструмент євроінтеграції);

– Законопроект № 7065 «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні» (створення умов для формування в Україні ефективної системи медичного обслуговування із чітким визначенням рівня державних гарантій у сфері охорони здоров'я на основі прозорого визначення вартісних характеристик медичної допомоги та застосування багатоджерельного фінансування, контактування закладів охорони здоров'я різних форм власності та фізичних осіб-підприємців, що здійснюють медичну практику та координації їх діяльності);

– Законопроект № 2162_д «Про лікарські засоби» (надає повний комплекс правового регулювання фармацевтичного обслуговування: імплементація європейських принципів та стандартів у питаннях надання дозволів на введення лікарських засобів на ринок України та їх обіг, безкоштовний доступ громадян до необхідних медикаментів належної якості, фінансова доступність та контроль за рекламою медикаментів);

– Законопроект № 8250 «Про лікарське самоврядування» (врегулює питання запровадження і функціонування в Україні професійного самоврядування лікарів відповідно до європейської практики регулювання вільних професій);

– Законопроект № 4981 «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» (інструмент підвищення доступності і якості медичного обслуговування шляхом підвищення рівня фінансування галузі за рахунок впровадження додаткового гарантованого джерела фінансування);

– Законопроект № 5134_1 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо оптимізації системи центральних органів виконавчої влади та їх діяльності у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення» (відновлення зруйнованої попередніми «реформами» системи забезпечення санепідблагополуччя та біобезпеки країни);

– Законопроект № 9377 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я (щодо управління змінами в охороні здоров'я)» (визначає мету і цілі державної політики охорони здоров'я, основний інструментарій управління змінами в охороні здоров'я).

Плюралізм законодавчих ініціатив, з одного боку, вражає та надає надію, а з іншого боку, зазначений нами перелік законопроектів ще раз говорить нам про те, що система охорони здоров'я в Україні повністю розбалансована, а впроваджувана сьогодні медична реформа через не цілеспрямованість, не системність та неузгодженість змін породжує ще більший хаос і поглиблює, на жаль, такі основні проблеми:

- колапс правового регулювання у сфері охорони здоров'я;
- нерозуміння того, що ми маємо, що відбувається сьогодні і, що принесе реформа завтра та, як результат, несприйняття медичної реформи населенням та медичними працівниками;
- велика вартість медичних послуг та неможливість оплачувати послуги;
- низька якість медичних послуг;
- швидка втрата кадрового потенціалу галузі у кількісному вимірі та недосконалість інструментів, підвищення кваліфікації тощо;
- проблема доступу до медичної допомоги передусім у сільській місцевості;
- брак фінансових ресурсів на розвиток медицини і всієї сфери охорони здоров'я.

Враховуючи все вищезазначене, необхідно якнайшвидше об'єднати сили медичної і правової науки, науки державно-управлінських справ, експертного

середовища, громадських активістів навколо правильно вибудованої структури національної системи охорони здоров'я України, яка включатиме в себе розподіл на ключові напрямки та поетапний план-графік дій щодо реформування системи охорони здоров'я.

Так, сьогодні всі науковці, що працюють у сфері медико-фармацевтичного права, приходять до висновку, що задля створення балансу необхідна систематизація усього масиву законодавства. Саме тому доцільно на рівні державно-управлінських процесів, усе законодавство у сфері охорони здоров'я концептуально розподілити на три великі кластери в залежності від групи правовідносин, що регулюються:

1. Законодавство в сфері охорони здоров'я, що гарантує та захищає права людини. У межах зазначеного кластеру необхідно:

– за підтримки народних депутатів України всі стратегічні законопроекти в сфері охорони здоров'я, що гарантують та захищають права людини мають бути доопрацьовані та прийняті, а на базі розробленої Концепції вдосконалення національної системи охорони здоров'я України необхідно розпочати роботу над фундаментальним документом – законопроектом «Про національну стратегію охорони здоров'я», розробка і внесення якого витікає з законопроекту № 9377 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я (щодо управління змінами в охороні здоров'я)». Такий Законопроект «Про національну стратегію охорони здоров'я» був би всеосяжним, і повністю передбачив би комплекс змін в сфері охорони здоров'я, що гарантує та захищає права людини;

– законопроект № 2409а «Про засади державної політики охорони здоров'я» пропонуємо замінити законопроектом № 9377 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я (щодо управління змінами в охороні здоров'я)» та законопроектом «Про Національну стратегію охорони здоров'я». Вважаємо, що саме в такому вигляді законопроект стане інструментом управління змінами через обов'язковість стратегування,

планування і підзвітність у питаннях розвитку охорони здоров'я. Вищезазначене – це стійка передумова для забезпечення наступності державної політики охорони здоров'я, її стійкості до суб'єктивних впливів і популізму через запровадження єдиного, універсального, комплексного підходу, який базується на гуманітарних цінностях та принципах.

2. Законодавство в сфері охорони здоров'я щодо надання послуг. У межах другого кластеру пропонуємо:

– у законопроект № 7065 «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні» треба повернути положення про спів оплату послуг (такий крок призведе до детінізації економіки охорони здоров'я та відкриє правове поле для обов'язкового і добровільного медичного страхування, які були, на жаль, втрачені через двобій з МОЗ і його законопроектом № 6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», за яким сьогодні здійснюється реформа;

– закріплення прав людини у сфері охорони здоров'я на рівні Конституції, нормативно-правова база щодо функціонування національної системи охорони здоров'я – основа для впорядкування суспільних відносин.

Саме тому законопроекти, направлені на зміну насамперед фінансування системи охорони здоров'я потребують узгодження зі ст. 49 Конституції України, у іншому ж разі, будь-які зміни у системі охорони здоров'я будуть під загрозою визнання їх такими, що «не відповідають Конституції України». Саме тому необхідно звернутись до Конституційного Суду України задля тлумачення ст. 49 Конституції України в контексті ст. 95 щодо міри безоплатності надання медичної допомоги.

3. Законодавство в сфері охорони здоров'я, що регулює інші супутні процеси (виробництво медичних, фармацевтичних та інших, пов'язаних з медициною товарів). До третього кластеру варто віднести Законопроект № 2162д «Про лікарські засоби» та ін..

Отже, ухвалення та прийняття згаданих законопроектів – це лише перший крок державного управління до реформування медичної галузі. Загалом Україні необхідно обрати свій оптимальний варіант моделі системи охорони здоров'я для того, щоб досягнути результатів на рівні європейських країн. Для забезпечення повної реалізації такої реформи потрібна велика та копітка робота, одним із завдань якої є створення трьох потужних постулатів для розвитку законодавства у сфері охорони здоров'я, сучасної моделі фінансування системи охорони здоров'я європейського зразка. Така модель повинна бути чітко врегульована досконалими та ефективними законодавчими та нормативно-правовими актами, які регламентуватимуть комплексне перетворення системи охорони здоров'я в Україні.

У статуті головного міжнародного координаційного органу з охорони здоров'я, яким є ВООЗ, зазначається, що володіння досяжним найвищим рівнем здоров'я є одним із невід'ємних прав будь якої людини незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного та соціального становища. Уряди є відповідальними за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність потребує проведення відповідних заходів соціального.

У визначенні ВООЗ в одну низку з традиційними критеріями здоров'я – фізичним (соматичним) і душевним (психічним) – поставлено також і спосіб життя, якого людина дотримується через соціальні та економічні обставини. У спосіб життя включають чотири категорії: економічну – рівень життя, соціальну – якість життя, соціально психологічну – стиль життя й соціально економічну – уклад життя.

Відповідно до вищевикладеного визначення ВООЗ, проблему охорони здоров'я в Україні слід розглядати як соціальну, тобто таку, що стосується всього суспільства, а не лише медичної галузі. Здоров'я громадян – це дзеркало суспільства, і за охорону здоров'я повинні відповідати всі, починаючи з найвищих органів влади і закінчуючи особисто кожним громадянином.

Таким чином, охорона здоров'я – це система соціальної безпеки держави, основною метою якої є боротьба за здоров'я громадян. З одного боку, це відповідальність щодо запобігання розвитку захворювань і зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя. З іншого боку, це система, метою якої є надання кваліфікованої медичної допомоги на основі визнаних світових традицій та сучасних тенденцій, з використанням останніх досягнень науки і техніки. Фактично в цьому полягає основна сутність функціонування системи, оскільки взяти на себе функції надання медичної допомоги та ліквідації хвороб як таких не можуть ні держава, ні громадяни, ні будь яка інша соціальна система або галузь економіки.

Як бачимо, основу державного регулювання у сфері охорони здоров'я формує Верховна Рада України через закріплення конституційних і законодавчих засад, визначення її мети, завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів та обсягів бюджетного фінансування, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я, тоді як державне управління здійснюється на рівні виконавчої влади (зокрема, у сфері охорони здоров'я – це Міністерство охорони здоров'я, державні служби та ін.). У свою чергу, публічне адміністрування відбувається на рівні закладів охорони здоров'я, медичних установ тощо.

Форми державного управління у сфері охорони здоров'я пропонується поділити на дві основні групи – зовнішні та внутрішні, адже в цих формах відбивається зміст діяльності органів виконавчої влади й органів місцевого самоврядування з питань забезпечення охорони здоров'я.

Зовнішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я спрямовані на взаємодію з державними органами, для забезпечення виконання покладених на суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я завдань і функцій. Наприклад, Національна служба здоров'я України під час виконання покладених на неї завдань взаємодіє в установленому порядку з

іншими державними органами, допоміжними органами та службами, утвореними Президентом України, тимчасовими консультативними, дорадчими та іншими допоміжними органами, утвореними Кабінетом Міністрів України, органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян, громадськими спілками, профспілками й організаціями роботодавців, відповідними органами іноземних держав і міжнародних організацій, а також із підприємствами, установами й організаціями.

Внутрішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я пов'язані з організацією внутрішньої роботи суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я (розподілом службових обов'язків, керівництвом підрозділами нижчого рівня, проведенням нарад) і матеріально-технічними операціями, які забезпечують функціонування суб'єкта публічної адміністрації (діловодством, матеріально-технічним забезпеченням).

Виходячи із ситуації, що склалась у 2020 р., можемо говорити, що відбувається зміна механізмів управління у сфері охорони здоров'я і основними засадами реформування державного управління у сфері охорони здоров'я у вказаному ключі мають бути децентралізація. Остання повинна зводиться до надання регіонам більших можливостей адміністративно-фінансового характеру у сфері охорони здоров'я, й автономізації лікарень, субсидіарності, партнерських відносин між органами державної виконавчої влади та місцевого самоврядування.

Під впливом євроінтеграційних процесів з'являються нові форми державного управління та контролю за здійсненням реформи охорони здоров'я. Для повноцінного оновлення форм державного управління необхідно вирішити найбільші проблеми, які постають у сфері охорони здоров'я: невідповідність прийняття законодавчих актів та існування здебільшого застарілих технологій і практик до впровадження оновленої системи надання медичних послуг громадянам через прозору систему контролю. Слід налагодити злагоджену

співпрацю медичної професійної спільноти, громадськості та державних органів, аби уникнути затягування реформи у сфері охорони здоров'я.

Отже, з проведеного нами дослідження вбачається, що державне управління сферою охорони здоров'я є рушійною силою для соціальної складової держави, є її основною складовою, оскільки вирішує найважливіше питання – питання збереження життя та здоров'я людини.

Так, галузь охорони здоров'я є ключовим елементом соціальної сфери та представляє особливий інтерес для забезпечення економічної безпеки країни як визначальний чинник якості життя та людського капіталу. Держава має визнати науково обгрунтовану концепцію сталого розвитку національної сфери охорони здоров'я як пріоритетної, на рівні з розвитком економічної, політичної та воєнної потужності України. Йдеться про активізацію державного сприяння економічному динамічному розвитку всіх господарчих суб'єктів галузі та створення сприятливого конкурентного середовища у галузі охорони здоров'я. Проте ключовим заходом щодо поліпшення якості національної системи охорони здоров'я є збільшення обсягів фінансування цієї сфери.

Отже, стан державного управління системою охорони здоров'я можна поліпшити лише на основі комплексного підходу, у тому числі шляхом розв'язання екологічних, економічних, фінансових та політичних проблем, притаманних Україні. На нашу думку, практична реалізація запропонованих механізмів державного управління діяльності сприятиме, з одного боку, розвитку соціальної політики в Україні, а з іншого – дозволить більш ефективно долати загрози, які виникають у сфері гарантування соціальної безпеки українського суспільства.

ВИСНОВКИ

Вивчення зарубіжного досвіду функціонування систем охорони здоров'я та узагальнення отриманих теоретичних і практичних результатів дало змогу сформулювати висновки щодо реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, а саме:

1. Розвиток системи охорони здоров'я будь-якої держави значною мірою детермінований її історичними передумовами та характеризується притаманними національними особливостями й традиціями. Принципи системи охорони здоров'я, які визначаються насамперед соціальним устроєм суспільства і держави, суттєво різняться в різних країнах світу, хоча їх мета однакова – вивчення стану здоров'я і хвороб, запобігання їхньому виникненню, лікування, збереження здоров'я і працездатності.

У країнах з національною системою ОЗ надання лікування та гарантія доступу до нього інтегровані в єдину організацію. Саме держава, централізовано або ні, задовольняє потребу громадян у лікуванні. В більшості країн система ОЗ фінансується через оподаткування (Великобританія, Ірландія, Данія, Фінляндія, Швеція, Норвегія, Португалія).

Із вищенаведеного стає наявність певного перехідного етапу становлення системи охорони здоров'я України, в якому, з одного боку – стають неефективними як старі схеми управління внаслідок руйнування ієрархічної системи, так і новітні закордонні концепції внаслідок відсутності або недостатнього розвитку адекватних ринкових та громадських механізмів для їх реалізації. Проте, з іншого боку – недоцільно і повне формальне неприйняття як національного так і світового теоретичного досвіду, що є субстратом і значним катализатором розвитку при його критичному аналізі та впровадженні.

2. В Конституції України проголошено низку положень, які мають на меті забезпечення права людини на життя в контексті визнання людини, її життя і здоров'я найвищою соціальною цінністю, ці ж положення були деталізовані в законодавстві. Позитивними тенденціями у цьому питанні є:

– визнання принципу верховенства суб'єктивного права на життя в системі прав людини, його гарантування в усіх сферах суспільного життя на законодавчому рівні;

– визнання в сучасній доктрині права правомочності розпорядження своїм життям у разі, якщо його якісні характеристики викликають у суб'єкта обґрунтоване бажання це життя припинити;

– визнання принципу рівності, навіть людина, залежна від апаратури, якщо вона того бажає, має право на життя, отримання найвищого рівня медичної допомоги на рівні з іншими людьми, це ж стосується і людей, які страждають на психічні захворювання;

– взяття на себе Україною, яка проголосила себе соціальною державою обов'язку турбуватися за соціально незахищені верстви населення, які самотійно не можуть наповнити своє життя відповідним змістом у якісному аспекті;

– визнання в Україні рішень Європейського суду з прав людини, зокрема у сфері охорони життя і здоров'я, судовим прецедентом, як наслідок, його обов'язковість і унеможливлення свавілля українських судів у цих найважливіших питаннях людського буття.

Щодо негативних моментів реалізації права на життя і охорону здоров'я в сучасній системі охорони здоров'я України, то вони є такими:

– законодавча заборона прискорення смерті людини з метою припинення її страждань у формі евтаназії, як наслідок, неможливість всебічної реалізації її права на гідність, зокрема, в аспекті права на гідну смерть;

– фактичні дані свідчать, що кількість правопорушень у медичній сфері, що пов'язані з правом людини на життя зростають з кожним роком, насамперед, у зв'язку з бездіяльністю держави;

– держава не виконує фактично взяті на себе обов'язки щодо організації і матеріального забезпечення реалізації права людини на охорону здоров'я, забезпечення якого виступає одночасно одним з аспектів реалізації права людини на життя та гарантією його реалізації;

– невідпрацьованість механізму заборони використання в Україні медичних препаратів, офіційно не зареєстрованих і не дозволених Міністерством охорони здоров'я України.

Отже, наявні як позитивні, так і негативні моменти у царині забезпечення реалізації права людини на життя. Однак, в результаті проведення реформ, активного розвитку медичного права, якщо таке, звісно, матиме місце, удосконалення вітчизняної системи правової регламентації прав пацієнтів та їх взаємовідносин з медичними установами, можна сподіватися, що перші стійкі позитивні тенденції в означеній сфері з'являться вже в найближчій перспективі.

3. Проаналізовано механізми управління в державному та приватному секторах охорони здоров'я. Визначено, що система охорони здоров'я має багато недоліків, таких як зниження рівня задоволеності громади доступом та якістю медичних послуг, переважно через існуючі інфраструктурні обмеження. Одним із рішень є ефективне використання публічно-приватних партнерств у цій сфері в різних формах, підходах та комбінаціях. Визначено, що механізми публічно-приватних партнерств у сфері охорони здоров'я довели свою цінність у багатьох країнах. Проаналізовано труднощі впровадження механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. На основі наукових досягнень науковців щодо стану впровадження механізмів державного управління в системі охорони здоров'я визначено та охарактеризовано основні причини низької якості та ефективності надання медичної допомоги населенню, а саме: недостатня кількість експертів; низький рівень кваліфікації клінічного персоналу; недостатня кількість та застарілість медичного обладнання; низька заробітна плата та відсутність ефективних систем стимулювання та мотивації.

4. Досліджено, що система охорони здоров'я Японії тісно пов'язана з роботою місцевих органів влади. Визначено, що Японія ввела заборону на доходи страхових компаній за медичні послуги, а також обмеження на оплату праці лікарів, які допускають серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів. Ця система існує вже кілька десятиліть та підтримується, у межах штатів, такими організаціями як: Синій хрест і Синій щит, які зобов'язані страхувати всіх, хто

сам цього забажає. Визначено, що більшість американців користуються певними програмами страхування та отримують так звані «керовані» пільги. Розглянуто Німецьку систему управління охороною здоров'я, яка базується на добре структурованому медичному страхуванні, що складається з державного медичного страхування та приватного страхування. З'ясовано, що в Великобританія забезпечує мешканців практично всіма необхідними медичними послугами, стаціонарними препаратами та іншими медичними витратами, на безоплатній основі.

Виявлено, що за останні роки французька система охорони здоров'я стала чи не однією з найкращих у світі. В основному це було досягнуто за рахунок успішного вирішення таких завдань, як: забезпечення загального охоплення, доступ без «списків очікування», свобода вибору і задоволення потреб пацієнта. Розглянуто Канадську систему охорони здоров'я, яка значною мірою залежить від лікарів первинної медико-санітарної допомоги, які становлять приблизно 51% усіх лікарів в цій країні. Більшість лікарів мають свою власну практику та користуються високим ступенем незалежності. В свою чергу держава оплачує послуги приватних лікарів залежно від допомоги, яку вони надають.

5. Визначено та обґрунтовано умови розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я: поширення конкуренції між медичними закладами та секторами; розширення переліку медичних послуг; поширення співпраці між державним та приватним партнерами.

З'ясовано, сучасний розвиток сфери охорони здоров'я України не використовує у повному обсязі потенціалу державно-приватних партнерств. На основі узагальнення концептуальних положень про державно-приватне партнерство доведено, що найбільш зручною формою здійснення проектів ДПП є концесія, спільна діяльність, розподіл продукції тощо, а джерелами їх фінансування – кошти державного та місцевих бюджетів, фінансові ресурси приватного партнера, запозичені кошти та інші джерела, не заборонені законодавством.

На основі визначених переваг і проаналізованих недоліків було розроблено модель механізмів концесійної співпраці державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Доведено, що трансформування медичної галузі неможливо без існуючих інституційних перетворень, спрямованих на подальший розвиток базових соціальних, політичних й економічних інститутів українського суспільства. Встановлено, що будь-які чинники трансформаційних змін в механізмах державного управління соціально-економічною системою держави мають різне спрямування.

6. Визначено перспективні напрями державного управління системою охорони здоров'я, реалізацію яких пропонується здійснювати у послідовності:

- вдосконалення законодавчої бази галузі охорони здоров'я, а також, проведення моніторингу та аналізу результатів реалізації нових законодавчих актів;
- впровадження механізму державно-приватного партнерства у даній галузі;
- проведення ефективної кадрової політики;
- ширше впровадження інноваційних систем забезпечення якості у роботу закладів охорони здоров'я;
- впровадження інноваційних підходів для поліпшення комунікаційних взаємовідносин між пацієнтами та медичними працівниками;
- впровадження дієвого механізму державного нагляду за роботою фахівців у сфері охорони здоров'я для підвищення продуктивності їх праці;
- розвиток ринку страхування;
- використання системи громадського контролю сфери охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т. П. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи інституційний механізм. *Держава та регіони. Серія : Державне управління*. 2014. Вип. 2. С. 89-95.
2. Алексі Струве Медична реформа: уроки французької системи охорони здоров'я. *Ваше Здоров'я*. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medichna-reforma-uroki-francuzkoji-sistemi-ohoroni-zdorovya/> (дата звернення: 05.12.2023).
3. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. URL : https://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya (дата звернення: 15.12.2023).
4. Борщ В. В. Система охорони здоров'я як структурний елемент національної безпеки України. *Національний вісник Ужгородського національного університету*. 2019. Вип. 23. С. 19-22.
5. Вовк С. М., Лобас В. М. Концесії – делеговані повноваження в охороні здоров'я. *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Стратегічний потенціал державного та територіального інституційний механізм»* (м. Маріуполь, 3-4 жовтня 2017). 418 с.
6. Вороненко. Ю. В., Губські К. І., Царенко А. В. Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. *Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал*. 2014. № 1 (2). С. 63-75.
7. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL : <http://www.euro.who.int/> (дата звернення: 15.12.2023).
8. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Юридичні науки*. 2016. № 4. С. 123.
9. Горбатова Д. І. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я. *Право і суспільство*. 2019. Вип. 4. С. 166-173.

10. Гриценко Л. Л. Концептуальні засади державно-приватного партнерства. *Вістник СумДУ: Серія «Економіка»*. 2012. № 3. С. 52-59.

11. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. за заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.

12. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білінська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білінської. Львів : НАДУ, 2012. 240 с.

13. Доповідь ПРООН про стан людського розвитку URL : <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ua/UKR-HDR2019-overview-ukrainian.pdf> (дата звернення: 17.12.2023).

14. Зима І. Я. Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 7. С. 108-113.

15. Камінська Т. 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> (дата звернення: 16.12.2023).

16. Карпишин Н. І. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні. URL : <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/12492/1/%d0%97%d0%b0%d1%80%d1%83%d0%b1%d1%96%d0%b6%d0%bd%d0%b8%d0%b9%20%d0%b4%d0%be%d1%81%d0%b2%d1%96%d0%b4%20%d1%84%d1%96%d0%bd%d0%b0%d0%bd%d1%81%d0%be%d0%b2%d0%be%d0%b3%d0%be%20%d0%b7%d0%b0%d0%b1%d0%b5%d0%b7%d0%bf%d0%b5%d1%87%d0%b5%d0%bd%d0%bd%d1%8f.pdf> (дата звернення: 05.12.2023).

17. Коваленко Т. Ю. Державне управління у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей в Україні: нормативно-правові аспекти. Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології : зб. наук. пр. 2013. Вип. 1 (8). С. 86-92.

18. Конституція України : від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР: Дата оновлення : 1 січ. 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення: 20.11.2023).

19. Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» URL : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/244717787> (дата звернення: 15.11.2023).

20. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Подільський науковий вісник. Науки: економіка, педагогіка*. 2018. № 3. С. 170.

21. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент*. 2017. Вип. 24(2). С. 40.

22. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації. URL : <http://www.lib.uaru.net/diss/cont/350020.html> (дата звернення: 01.12.2023).

23. Мостепанюк А. В. Державно-приватне партнерство як механізм збільшення конкурентоспроможності економіки країни. *Теоретичні та прикладні питання економіки* : зб. наук. праць. Випуск 26. Київ. Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет». 2011. С. 296-304.

24. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1-2.

25. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2015 р. № 681 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text> (дата звернення: 05.12.2023).

26. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки URL : <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (дата звернення: 25.12.2023).

27. Новікова О. Ф. Стан та перспективи соціальної безпеки в Україні Львівський регіональний інститут державного управління НАДУ; НАН України. *Інститут економіки промисловості*. Львів: ЛРІДУНАДУ, 2018. 184 с.

28. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 27.11.2023).

29. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). *Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України*. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> (дата звернення: 27.12.2023).

30. Петрова С. В. Нормативно-правові засади державного забезпечення якості медичної допомоги. *Вісник Академії митної служби України. Серія : Державне управління*. 2014. № 2. С. 102-108.

31. Петрух О. А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2018. № 11. С. 107-111.

32. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. С. 25. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7 (дата звернення: 05.12.2023).

33. Приятельчук О. А. Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в скандинавському регіоні. *Економіка та суспільство* : електронне наукове фахове видання. Мукачівський державний університет. URL : http://www.economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/137.pdf (дата звернення: 05.12.2023).

34. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення України : Закон України №2168-VIII від 19.10.2017 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 10.12.2023).

35. Про державно-приватне партнерство : закон України від 01.07.2010 р. № 2404-VI. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text> (дата звернення: 10.12.2023).

36. Про концесію : закон України від 03.10.2019 р. № 155-IX. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155-20#n646> (дата звернення: 20.12.2023).

37. Про лікарські засоби : Закон України від 28.07.2022 № 2469-IX. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-20#Text> (дата звернення: 20.12.2023).

38. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text> (дата звернення: 10.12.2023).

39. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) : Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#Text> (дата звернення: 20.12.2023).

40. Семенець-Орлова І. А. Результативне лідерство в процесі управління освітніми змінами. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2015. Вип. 4. С.107-112.

41. Семенець-Орлова І. А. Стратегічне управління як системний засіб управління освітніми змінами. *Теорія та практика державного управління*. 2015. № 3. С. 52-60.

42. Український медичний портал. Як працює система охорони здоров'я Канади. URL : <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-pracyuye-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535> (дата звернення: 11.12.2023).

43. Федоренко Т. А. Міжнародні стандарти партисипаторної демократії як підґрунтя забезпечення участі громадськості в державному управлінні у сфері охорони здоров'я в Україні. *Вісник Нац. акад. держ. упр. при Президентові*

України. Серія : Державне управління. 2017. № 3. С. 95-102.

44. Ціборовський О. М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я. Київ, 2011. 72 с.

45. Цілі сталого розвитку. URL : <http://sdg.org.ua/ua/pro-hlobalni-tsili/good-health-andwell-being> (дата звернення: 05.12.2023).

46. Чернецький В. Ю. Інституційний механізм реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я. *Економіка будівництва і міського господарства.* 2012. Т. 8. № 4. С. 315-322.

47. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток : електрон. вид.* 30.11.2018. № 11. URL : <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=1337> (дата звернення: 05.12.2023).

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

49. Global Competitiveness Index 2017-2018 Rankings. URL: <http://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2017%E2%80%932018.pdf> (Last accessed: 10.12.2023).

50. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en (Last accessed: 10.12.2023).