

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 Козіної Олени Миколаївни

академічної групи 281М-21з-3 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні»

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

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

Нормоконтролер:	Вишневська О. В.			
-----------------	------------------	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні».

117 стор., 6 табл., 15 рис., 3 додатки, 103 джерела.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ЗДОРОВ'Я, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЦИНА, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА РЕФОРМА, ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, що виникають у процесі публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Мета дослідження – наукове обґрунтування теоретичних та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

У першому розділі досліджено теоретичні та правові засади публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

У другому розділі проаналізовано організаційну структуру, сучасний стан та виявлено проблеми публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні; визначено особливості реформування вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах децентралізації.

У третьому розділі визначено напрями та механізми подальшого удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи публічної влади, заклади охорони здоров'я, інститути громадянського суспільства.

ABSTRACT

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

117 pages, 15 figures, 6 tables, 3 applications, 103 sources.

PUBLIC ADMINISTRATION, HEALTH, HEALTH CARE, HEALTH CARE FACILITIES, MEDICINE, HEALTH CARE SYSTEM, MEDICAL REFORM, DECENTRALIZATION.

Object of research – is social relations arising in the process of public management of the sphere of health care in Ukraine.

Subject of research – is the improvement of public management in the field of health care in Ukraine.

The purpose of research – is the scientific substantiation of theoretical and development of practical recommendations for improving public management of the health care sector in Ukraine.

In the first section examines the theoretical and legal foundations of public management of the health care sector in Ukraine.

The second section the organizational structure, current state and problems of public management of the health care sector in Ukraine are analyzed; the peculiarities of the reform of the national health care system in conditions of decentralization are determined.

In the third section directions and mechanisms for further improvement of public management in the field of health care in Ukraine are defined.

Scope of practical application – public authorities, health care institutions, civil society institutes.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	9
1.1. Публічне управління сферою охорони здоров'я: поняття, функції, методи та принципи.....	9
1.2. Система охорони здоров'я як об'єкт публічного управління.....	21
1.3. Правові засади публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.....	27
РОЗДІЛ 2	
ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА, СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	42
2.1. Організаційна структура публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.....	42
2.2. Сучасний стан та проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні.....	53
2.3. Особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації.....	67
РОЗДІЛ 3	
НАПРЯМИ ТА МЕХАНІЗМИ ПОДАЛЬШОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	79
3.1. Зарубіжний досвід публічного управління сферою охорони здоров'я та можливості його впровадження в Україні.....	79
3.2. Шляхи удосконалення організаційно-правового забезпечення медичної реформи в Україні.....	94
3.3. Пріоритетні напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.....	104
ВИСНОВКИ.....	114
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	118
ДОДАТКИ.....	128

ВСТУП

Конституція України у ст. 3 визначає здоров'я одним із основних прав людини та громадянина, а також найвищою соціальною цінністю [30]. Здоров'я – основа якості життя людини, добробуту сім'ї, а також суспільства в цілому. Здорове суспільство є основою продуктивної та ефективної економіки та розвитку держави, а обов'язок держави – забезпечення громадянам реалізації їх прав у сфері охорони здоров'я.

Здоров'я населення, за визначенням резолюції Генеральної Асамблеї ООН 1979 р., – єдиний критерій доцільності та ефективності всіх без винятку сфер діяльності людини. Разом з тим, охорона здоров'я є більш ніж соціально чутливою сферою суспільних відносин, адже вона стосується кожного: від дітей до осіб похилого віку. У зв'язку з цим, значущість організаційно-правового, фінансового, кадрового та ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я та ефективності публічного управління в цій сфері суттєво зростають.

Останні п'ять років в нашій країні, наряду із системними реформами публічного управління, продовжується й реформування системи охорони здоров'я. Із 2018 р. запроваджено реалізацію державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги, а починаючи з квітня 2020 р. – для всіх видів медичної допомоги. Складність і водночас масштабність реформи охорони здоров'я полягає в тому, що вона здійснювалася паралельно з процесами децентралізації, а у 2020 р. Україна, як і весь світ, увійшла в пандемію COVID-19.

За час реформи сфера охорони здоров'я зазнала суттєвих змін: створено Національну службу здоров'я України – центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику в сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; відбулися масштабні зміни з реорганізації закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства, впроваджено електронну систему охорони здоров'я (eHealth); завершено кампанію з вибору пацієнтом лікаря й підписання декларації та ін.

Водночас, високий рівень неінфекційних захворювань, висока смертність населення країни, недостатня профілактична робота (особливо на рівні первинної медичної допомоги), незадоволеність значного відсотку населення медичними послугами свідчать про незадовільний стан системи охорони здоров'я та реального доступу населення до медичних послуг. Недосконалість системи охорони здоров'я, низький рівень усвідомлення цінності здоров'я як власного капіталу, відсутність просвітницької складової для населення з питань здорового способу життя, перебування переважної більшості населення в умовах соціально-економічної нестабільності призводять до створення несприятливих умов для підтримки здорового способу життя [89]. За даними Індексу людського капіталу 2020 р., Україна посідає 53 позицію зі 174 країн світу. Очікувана тривалість життя українців – 76 років для жінок і 66 для чоловіків (2020 р.), що є одним із найнижчих показників в Європі. Разом із сусідніми країнами, Україна входить до числа країн зі старіючим населенням та високими показниками смертності [90].

До того ж, відсутність єдиного медичного простору і неоднорідність організаційно-правових форм функціонування державних та комунальних закладів охорони здоров'я призводять до розбалансованості функціонування галузі, неефективного публічного управління у сфері охорони здоров'я та ускладнень у плануванні діяльності на всіх рівнях національної системи охорони здоров'я, не забезпечують достатніх передумов для отримання населенням своєчасної, ефективною, доступної та безпечною медичної допомоги відповідно до гарантій, визначених Конституцією України [70].

У зв'язку з цим особливої актуальності набувають питання удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні з метою подолання вище означених проблем, подальшого розвитку системи охорони здоров'я та забезпечення конституційного права громадян України на охорону здоров'я і медичну допомогу.

Різноманітні аспекти становлення та розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я та публічного управління в цій сфері стали предметом

дослідження в численних працях вітчизняних науковців. Теоретичною основою магістерської роботи є наукові доробки провідних учених, зокрема: М. Банчук, А. Барзиловича, М. Білинської, З. Гладуна, Д. Гомон, Л. Жаліло, Т. Желюк, В. Князевича, О. Рогачевського, Я. Радиша, О. Ханіної, М. Шкільняка та ін.

Водночас, незважаючи на суттєвий інтерес науковців до багатьох проблем у цій сфері, продовження медичної реформи, з однієї сторони та реформи публічного управління з іншої, обумовлюють потребу в подальших комплексних дослідженнях, які б ще ґрунтовніше розкривали наукові та практичні аспекти удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у процесі публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Предметом дослідження є удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Мета дослідження – наукове обґрунтування теоретичних та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання:

- визначити сутність поняття «публічне управління сферою охорони здоров'я», методи та принципи управління;
- охарактеризувати систему охорони здоров'я як об'єкт публічного управління;
- проаналізувати правові засади публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні;
- здійснити аналіз сучасного стану та проблем реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- узагальнити зарубіжний досвід публічного управління сферою охорони здоров'я та виявити можливості його впровадження в Україні;
- визначити та обґрунтувати напрями та механізми подальшого удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення поставленої в магістерській роботі мети використовувалися загальнонаукові та спеціальнонаукові методи дослідження. Системний підхід став основою всієї магістерської роботи і визначив напрями дослідження публічного управління сферою охорони здоров'я, його правові та організаційні засади. Під час визначення теоретичних засад публічного управління сферою охорони здоров'я застосовувалися методи аналізу і синтезу та діалектичний метод. Структурно-функціональний метод дав змогу визначити та охарактеризувати функції суб'єктів публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні. Компаративний метод дав змогу виявити подібні та відмінні ознаки публічного управління сферою охорони здоров'я у зарубіжних країнах, системи охорони здоров'я яких є ефективними та результативними. Метод прогнозування застосовувався під час визначення основних напрямів та механізмів подальшого удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Нормативно-правову базу магістерської роботи складають Конституція та закони України, постанови Кабінету Міністрів України, укази Президента України, накази та розпорядження Міністерства охорони здоров'я України. Інформаційною базою магістерської роботи є наукові праці вітчизняних учених, офіційні матеріали Державної служби статистики України та Міністерства охорони здоров'я України, інтернет-ресурси, матеріали органів публічної влади та аналітичних центрів.

Результати даного дослідження можуть бути використані в практичній діяльності органів публічної влади під час розробки заходів щодо подальшого удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.1. Публічне управління сферою охорони здоров'я: поняття, функції, методи та принципи

Здоров'я людини у світі визнається настільки значущим, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку – універсального показника, з одного боку, рівня суспільного розвитку тієї чи іншої країни, а з другого – чутливого індикатора ефективності публічного управління. Саме тому охорона здоров'я громадян є однією з найважливіших внутрішніх державних функцій сучасної України [15, с. 7].

Враховуючи об'єкт та предмет нашого дослідження змістовного наповнення потребують такі терміни як «охорона здоров'я», «система охорони здоров'я», «державна політика у сфері охорони здоров'я», «публічне управління сферою охорони здоров'я».

Всесвітня організація охорони здоров'я у своїй програмі «Здоров'я для всіх у XXI ст.» визначає охорону здоров'я як сукупність сумісних засобів, що приймаються на рівні суспільства і направлені на посилення громадського контролю за факторами, що визначають здоров'я населення [86, с. 474].

В Україні законодавче визначення даного поняття надається у ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я: охорона здоров'я – система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи-підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни [48].

Автори термінологічно-понятійного словника «Соціальна політика і соціальна робота» охорону здоров'я визначають як систему соціально-економічних і медичних заходів, спрямованих на профілактику захворювань, збереження та зміцнення здоров'я кожної людини і всього населення [9, с. 292].

Охорона здоров'я – це наскрізна галузь суспільної сфери, в якій культурно-політичні, соціально-економічні та морально-етичні засади суспільства і держави тісно переплітаються і найяскравіше проявляються, вважають Я. Радиш, Н. Васюк та Л. Мельник [77, с. 67]. Здоров'я населення лише на 10 % залежить від рівня медико-санітарної допомоги, а решта від інших зовнішніх та внутрішніх чинників.

Охорону здоров'я як «структурний підрозділ суспільного виробництва, функціональна роль якого полягає в наданні суспільству споживчої вартості у вигляді як індивідуального здоров'я, так і здоров'я суспільства» визначає колектив науковців на чолі з В. Трощинським. Система охорони здоров'я функціонально цілеспрямована на забезпечення індивідуального і суспільного здоров'я в умовах впливу нестабільних внутрішніх і зовнішніх факторів [86, с. 475-476].

Інша група науковців, а саме Г. Урсол, О. Скрипник та В. Бугро дане поняття визначають у широкому та вузькому розумінні. На їх думку, у широкому розумінні охорону здоров'я можна розглядати як діяльність закладів охорони здоров'я, фармацевтичних підприємств, інших допоміжних інституцій у вигляді санітарно-епідеміологічних, природоохоронних служб, науково-дослідних інститутів, закладів освіти, пов'язаних із забезпеченням здоров'я населення. У вузькому розумінні – це галузь народного господарства, що здійснює діяльність, направлену на забезпечення якісного медичного обслуговування [94, с. 16].

Охорону здоров'я як систему соціальної безпеки держави, основною метою якої є боротьба за здоров'я громадян визначають О. Набхан та Р. Моїсеєнко [43, с. 114]. Науковці зазначають, що 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.

Переходячи до розгляду поняття «система охорони здоров'я» варто зазначити, що в Люблянській хартії з реформування охорони здоров'я в Європі (1996 р.) дане поняття трактується як система, що заснована на етичних цінностях, спрямована на поліпшення здоров'я, задоволення потреб населення та поліпшення якості, ґрунтується на надійній системі фінансування, орієнтована на первинну медико-санітарну допомогу. Водночас, Всесвітня організація охорони здоров'я дану систему визначає як сукупність усіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка та відновлення здоров'я населення [86, с. 473-474].

Автори «Енциклопедії державного управління», систему охорони здоров'я визначають як відкриту, динамічну, складну соціально-економічну систему, що є сукупністю різноманітних державних і недержавних органів і організацій, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих стосунків і направлена на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення [22, с. 583]. Науковці зазначають, що основною метою даної системи є охорона громадського здоров'я, зокрема здоров'я людей, що належать до різних соціальних груп, а також здоров'я кожної людини, маючи на увазі забезпечення оптимальної працездатності і соціальної активності на тлі зростання тривалості життя й поліпшення його якості.

У свою чергу, автори колективної монографії «Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я» дане поняття трактують наступним чином: система охорони здоров'я – складний соціальний феномен, який можна розглядати як визначальний чинник рівня людського розвитку суспільства та його прогресу, соціальної політики держави та її національної безпеки. Разом з тим ефективна діяльність системи охорони громадського здоров'я забезпечує як певний рівень здоров'я населення, так і збереження генофонду нації, норми екологічного співіснування в навколишньому середовищі, що загалом сприяє конкурентоспроможності й економічній оптимізації суспільства [36, с. 311].

Знаний дослідник проблем державного управління в галузі охорони здоров'я З. Гладун пропонує визначати цей термін як «комплекс політичних, організаційних, економічних та суто медичних заходів». Науковець зазначає, що систему

охорони здоров'я України становить густа мережа об'єктів охорони здоров'я різного спрямування, видів і потужності [8].

Колектив київських науковців пропонує розглядати систему охорони здоров'я як «організаційну систему, а управління нею як дію, спрямовану на певний процес (об'єкт) з метою забезпечення бажаного його перебігу (зміни), і як універсальне явище, притаманне всім системам матеріального світу: технічним, біологічним і соціальним». Тобто, управління виникає там і тоді, коли в ньому виникає соціальна потреба [13].

Складовими охорони здоров'я, на думку Я. Радиша, є дві підсистеми: управління і медична допомога. Державна система охорони здоров'я – широка мережа закладів охорони здоров'я України, де здійснюється комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями, реабілітацію хворих та інвалідів, організація роботи і управління цими закладами [76, с. 45].

Управління у системі охорони здоров'я відбувається відповідно до державної політики у цій сфері. Шлях розв'язання системних проблем у сфері охорони здоров'я – стратегічно орієнтована державна політика, основним завданням якої є визначення здоров'я людини пріоритетом та забезпечення функціонування новітньої національної системи охорони здоров'я [17, с. 155].

Науковці НАДУ державну політику у сфері охорони здоров'я визначають як «чітко виражену орієнтацію на забезпечення здоров'я і рівноправності в усіх сферах державної політики, а також відповідальність за наслідки для здоров'я. Головна мета державної політики у сфері охорони здоров'я полягає у створенні сприятливого навколишнього середовища, що дозволяє людям вести здоровий спосіб життя» [14, с. 15].

Колектив науковців на чолі з Н. Орловою метою державної політики у сфері охорони здоров'я визначають створення умов для підвищення рівня здоров'я громадян України та поліпшення якості медичного обслуговування і медичної допомоги, збереження генофонду українського народу, відновлення і

зміцнення людського потенціалу держави, збереження та зміцнення здоров'я людини, організації національної системи охорони здоров'я [16, с. 146].

Поняття «державне управління системою охорони здоров'я» сформульовано знаними дослідниками у цій сфері М. Білинською, Я. Радишем та І. Рожковою і визначається як: «комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення, як найважливішої складової її національного багатства, шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому» [14, с. 7].

Іншими словами, державне управління охороною здоров'я – «багатоаспектна координація організаційних умов спільної діяльності людей, спрямованої на досягнення оптимальної охорони здоров'я населення» [15, с. 41].

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, зазначають О. Набхан та Р. Моїсеєнко [43, с. 115]. Науковці цілком логічно стверджують, що здоров'я громадян – це дзеркало суспільства, і за охорону здоров'я повинні відповідати всі, починаючи з найвищих органів влади і закінчуючи особисто кожним громадянином [43, с. 114].

Досліджуючи формування державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах системних змін К. Міщенко пропонує авторське визначення поняття «державне управління системою охорони здоров'я в умовах системних змін»: «це системні дії держави щодо стратегічного управління системою охорони здоров'я з послідовним використанням державотворчих, політичних, правових, економічних, соціальних та інших чинників, які забезпечать умови для реалізації в суспільстві державної політики охорони здоров'я, спрямованої на

захист, збереження та зростання показників здоров'я населення, орієнтованих на сучасні європейські та світові стандарти здоров'я» [41, с. 51].

Державне управління є складовою частиною публічного управління. Публічне управління, за визначенням авторів термінологічного словника, – діяльність органів державного управління, органів місцевого самоврядування, представників приватного сектору та інститутів громадянського суспільства в межах визначених законом повноважень і функціональних обов'язків (планування, організації, керівництва, координації та контролю) щодо формування та реалізації управлінських рішень суспільного значення, політики розвитку держави та її адміністративно-територіальних одиниць [75, с. 144].

За визначенням Т. Лободи та В. Михальчук, публічне управління в сфері охорони здоров'я включає політику держави в галузі охорони здоров'я з метою забезпечення рівності громадян та окремих соціальних груп щодо вільного доступу до отримання медичних послуг [34, с. 112]. На думку науковців, публічне управління системою охорони здоров'я представляє собою складний процес, що включає в себе низку важливих елементів та функцій (рис. 1.1).

У сучасних умовах до сфер відповідальності публічного управління в сфері охорони здоров'я можна виокремити наступні:

- розвиток ефективно діючої системи охорони здоров'я, здатної надавати якісні медичні послуги;
- нормативно-правове забезпечення сфери охорони здоров'я;
- удосконалення системи управління організацією надання медичних послуг;
- забезпечення сфери охорони здоров'я високопрофесійними кадрами та їх розвиток;
- адаптація сфери охорони здоров'я до змінних зовнішніх та внутрішніх умов середовища функціонування.

Складовою частиною публічного управління, яка здійснюється на професійній основі, залучаючи у разі потреби неурядових партнерів для спільного вирішення проблем, що постають у цій сфері, є публічне адміністрування. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я – діяльність суб'єктів

публічного адміністрування із забезпечення інтересів і свобод фізичних та юридичних осіб у контексті законодавчо визначених порядків реалізації своїх повноважень, шляхом прийняття адміністративних рішень і надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я: державна акредитація закладів охорони здоров'я; атестація лікарів, ліцензування господарської діяльності з медичної практики та інших напрямів діяльності, що потребують ліцензування; надання підтвердження про державну реєстрацію медичної техніки та виробів медичного призначення; реєстрація оптово-відпускних цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення, що закуповуються за рахунок коштів державного та місцевого бюджетів [75, с. 143].

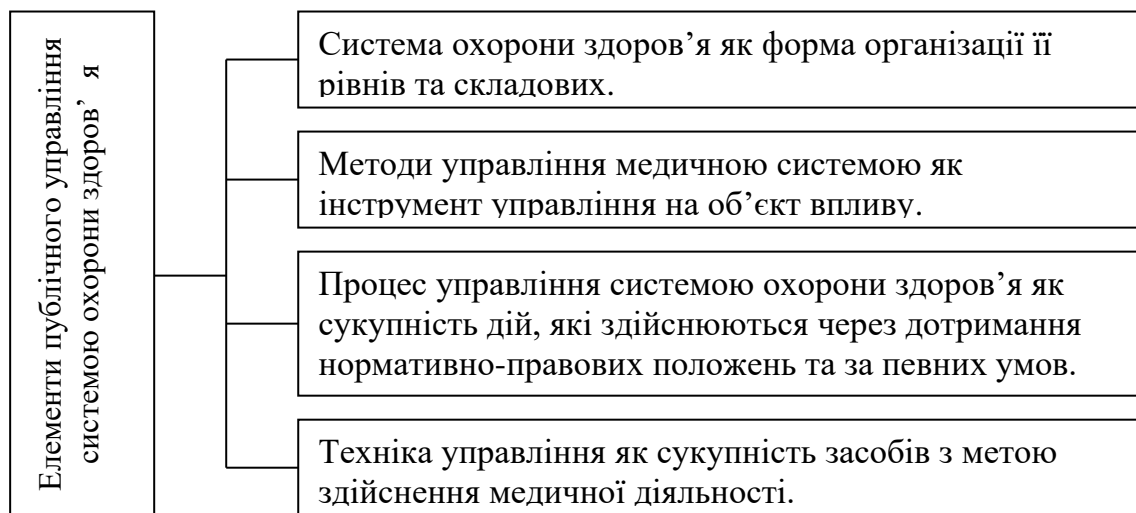


Рис. 1.1. Елементи публічного управління системою охорони здоров'я

Реалізація публічного управління сферою охорони здоров'я відбувається за допомогою законодавчо визначених органів влади. Колектив науковців на чолі з М. Білинською та Я. Радишем зазначають, що органи державного управління охороною здоров'я – це частина державного апарату, яка наділена державно-владними повноваженнями для виконання завдань і функцій держави щодо збереження, зміцнення та відновлення громадського здоров'я [14, с. 31]. Діяльність органів державного управління охороною здоров'я має виконавчий та розпорядчий характер. Виконавчий характер діяльності полягає в забезпеченні реалізації законодавчих актів, оперативному та динамічному управлінні сферою

охорони здоров'я. Розпорядчий характер полягає у виданні органами державного управління охороною здоров'я від свого імені підзаконних, управлінських актів, відповідних розпоряджень, які забезпечують виконання актів законодавчої влади, що регулюють відносини у сфері охорони здоров'я. Забезпечення гарантованого державою права громадян на охорону здоров'я, зокрема створення прийнятних умов життєдіяльності, які дозволяють попереджувати захворювання і надавати всьому населенню доступні й достатні за обсягом та якістю медичні послуги є основною метою органів державного управління сферою охорони здоров'я.

За визначенням авторів термінологічного словника «Публічне управління», функції публічного управління – відносно відокремлені в процесі розподілу праці сфери управлінської діяльності, що відрізняються змістом, специфічними формами і методами вироблення та справляння впливу на керовані об'єкти. Функції публічного управління: розкривають зміст публічного управління як систематичної практичної діяльності органів влади; опосередковують цілі в узгодженні зі специфічними характеристиками керованих об'єктів управління; впливають на структурну побудову органів публічної влади; зумовлюють конкретизацію форм і методів вироблення та ухвалення рішень щодо впливу на відповідні об'єкти управління, а також механізмів їх реалізації; визначають систему професійних вимог щодо виконання певних видів функціональної діяльності, застосування якої створює умови раціоналізації підбору та розстановки кадрів, у тому числі їх керівного складу та фахівців із високими кваліфікаційними характеристиками [75, с. 189].

Функції органів публічного управління охороною здоров'я спрямовані на вирішення завдань і досягнення цілей, визначених державною політикою у цій сфері. Вони являють собою певні види управлінського впливу на об'єкти у сфері охорони здоров'я. До основних функцій можна віднести: аналіз та оцінку процесів, що відбуваються в громадському здоров'ї й системі охорони здоров'я; прогнозування можливих змін у стані громадського здоров'я, результатах діяльності системи охорони здоров'я, а також їх демографічних, соціальних та економічних наслідків; планування діяльності та обґрунтування рішень,

направлених на вдосконалення функціонування системи охорони здоров'я і поліпшення громадського здоров'я; розробку й удосконалення різних механізмів вирішення завдань і досягнення цілей, визначених державою у сфері охорони здоров'я; організацію й управління процесами реалізації ухвалених рішень [14].

Методи публічного управління – особливі способи або системи способів, що застосовуються в публічному управлінні для вирішення визначених завдань і досягнення поставлених цілей та розробляються на основі знання певних принципів і законів його функціонування й розвитку. За структурою вони є системою правил і прийомів діяльності, що реалізуються у вигляді сукупності взаємопов'язаних операцій. Масштабність об'єкта управління зумовлює велику їх кількість. Зокрема, методи можна розділяти за спрямованістю публічного управління (державно-політичні, економічні, соціальні, гуманітарні, екологічні), основними механізмами його реалізації (правові, адміністративні, фінансові, кадрові, інформаційні), технологіями реалізації (прогнозування, планування, організації, контролю, мотивації, прийняття управлінських рішень, комунікації) та іншими ознаками [75, с. 86]. До методів діяльності органів публічного управління охороною здоров'я належать офіційні засоби владного впливу на об'єкти управління в межах устанавленого порядку і певної компетенції [14].

Визначаючи методи публічного управління у сфері охорони здоров'я як способи впливу суб'єктів публічного управління у сфері охорони здоров'я на підпорядковані ним об'єкти з метою реалізації своїх управлінських повноважень в сфері охорони здоров'я, Д. Гомон зазначає, що під час здійснення публічного управління у сфері охорони здоров'я застосовують методи заохочення, переконання та примусу [10, с. 95-96].

Публічне управління сферою охорони здоров'я здійснюється відповідно до певних принципів, які покладені в основу організації й діяльності органів державного управління та органів місцевого самоврядування, всього державного апарату України. Принципи публічного управління – фундаментальні, базові засади, що відображають найбільш загальні стійкі риси законів і закономірностей управління, яких необхідно дотримуватися в управлінській діяльності [75, с. 133].

У сучасних умовах публічне управління сферою охорони здоров'я в Україні ґрунтується на принципах та пріоритетах розвитку державної політики в медичній галузі, які визначені Конституцією України, нормативно-правовою базою щодо охорони здоров'я та порядку роботи механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я. Основні принципи охорони здоров'я визначені в ст. 4 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Серед них:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [48].

У свою чергу, основні принципи системи громадського здоров'я визначені у ст. 3 Закону України «Про систему громадського здоров'я» [69], серед яких:

- законність – відповідність Конституції і законам України та міжнародним договорам України;
- справедливість – створення належних умов для реалізації кожною людиною права на здоров'я та забезпечення рівного доступу до послуг охорони здоров'я відповідно до потреб упродовж усього життя;
- цілісність – цілісний підхід до здоров'я та визнання єдності його фізичних, психічних, психологічних, духовних і соціальних аспектів;
- орієнтованість на населення – пріоритет інтересів здоров'я та безпеки населення при організації та наданні послуг у системі громадського здоров'я;
- мінімізація шкоди – системне усунення або зменшення негативних наслідків для здоров'я людини від різних видів її поведінки та видів діяльності;
- участь та відповідальність – залучення суспільства до реалізації оперативних функцій громадського здоров'я, здійснення заходів та взаємна відповідальність особи і держави за дії або бездіяльність у сфері громадського здоров'я;
- своєчасність – оперативне вжиття заходів, необхідних для забезпечення захисту здоров'я населення, що застосовуються у разі наявності потенційних ризиків для здоров'я та епідемічного благополуччя населення;
- міжгалузеве співробітництво – координація діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування у сфері громадського здоров'я;
- впровадження передових світових практик – міжнародне співробітництво і спрямованість на своєчасне та належне впровадження передових світових практик у сфері громадського здоров'я, заснованих на доказах;
- обґрунтованість рішень – прийняття рішень у сфері громадського здоров'я на основі попереднього аналізу наслідків, у тому числі економічних, безпекових і стратегічних, та економічної доцільності;
- протидія дискримінації щодо здоров'я – запобігання дискримінації за ознакою інвалідності та стану здоров'я, подолання стигми щодо людей із захворюваннями [69].

Як слушно зазначають Т. Лобода та В. Михальчук, публічне управління сферою охорони здоров'я в Україні здійснюється із застосуванням комплексного

механізму (рис. 1.2), що визначається ними як взаємопов'язана система економічних, організаційно-правових, управлінських та мотиваційних механізмів [34, с. 113].



Рис. 1.2. Механізм публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні

Реформування вітчизняної системи охорони здоров'я на сучасному етапі будується на кардинальних змінах організаційно-економічних принципів управління на всіх рівнях (державному, регіональному, місцевому) відповідно до ринкових умов та європейських стандартів. Трансформації відбуваються у всіх процесах та механізмах державного управління у сфері охорони здоров'я: фінансування системи охорони здоров'я, механізм маршрутизації пацієнтів, система екстреної медичної допомоги за міжнародними стандартами, цифровізація галузі, система трансплантації, системи громадського здоров'я,

система оцінювання медичних технологій, медичної освіти на всіх рівнях відповідно до європейських стандартів, міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, електронний документообіг; система професійного ліцензування для лікарів та лікарське самоврядування, гармонізація законодавства України в сфері охорони здоров'я з європейськими нормами. Всі ці процеси потребують переформатування управлінських принципів та публічних механізмів для досягнення ефективних трансформацій [7, с. 73].

Підсумовуючи все вище означене варто зазначити, що публічне управління сферою охорони здоров'я здійснюється відповідно до законодавчо визначених функцій органів публічної влади, що спрямовані на вирішення завдань і досягнення цілей, визначених державною політикою у сфері охорони здоров'я, з дотриманням визначених принципів та з використання певних методів. Принципи та методи публічного управління сферою охорони здоров'я реалізуються у взаємодії. Їх поєднання та використання залежить від конкретних умов функціонування системи управління у кожному органі публічної влади в певний проміжок часу з урахуванням впливу на цю систему внутрішніх та зовнішніх чинників.

1.2. Система охорони здоров'я як об'єкт публічного управління

Система охорони здоров'я – це багаторівнева, розмаїта структура. Вона має значну кількість різних за своєю потужністю медичних закладів (лікувальні заклади, спеціалізовані центри первинної медико-санітарної допомоги, різноманітні диспансери тощо), закладів вищої медичної освіти, науково-дослідних інститутів, які є неоднорідними з точки зору їх розмірів й підходів до формування здоров'я громадян. Кожна представлена організація, визначається різною кількістю висококваліфікованих фахівців й персоналу, належить до різних форм власності та має різне підпорядкування – Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України, Міністерству освіти і науки України, Міністерству охорони здоров'я України (галузеве) тощо. Тобто існує сукупність суб'єктів управління, які користуються певними механізмами публічного управління, що

перебувають у взаємодії й виконують їх функції відносно відповідних підпорядкованих об'єктів [97, с. 104].

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 [1, с. 211].

Загальна структура державної системи охорони здоров'я в Україні наведена на рис. 1.3.

На думку колективу науковців на чолі з Я. Радішем у системі охорони здоров'я можна виділити чотири типи організацій: організації підтримки здоров'я; служби надомної медичної допомоги; лікарні, поліклініки; фармацевтичні компанії [77, с. 72].



Рис 1.3. Структура державної системи охорони здоров'я в Україні

Динаміка зміни мережі та кадрів закладів охорони здоров'я в Україні протягом 1990-2020 рр. наведено у табл. 1.1 [37, с. 55-56]. Дані табл. 1.1 свідчать,

що за 1990-2020 рр. кількість лікарняних закладів у вітчизняній системі охорони здоров'я скоротилася на 60 %, а кількість лікарняних ліжок у них – на 57 %. Також відбулося суттєве зменшення й кількості медичного персоналу.

Таблиця 1.1

Мережа та кадри закладів охорони здоров'я в Україні, 1990-2020 рр.

Рік	Кількість лікарів усіх спеціальностей, тис. осіб	Кількість середнього медичного персоналу, тис. осіб	Кількість лікарняних закладів, тис. Од	У них лікарняних ліжок, тис. од	Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис. од
1990	227	607	4	700	7
1995	230	595	4	639	7
2000	226	541	3	466	7
2001	226	530	3	466	7
2002	224	526	3	465	7
2003	223	523	3	458	8
2004	223	522	3	451	8
2005	224	496	3	445	8
2006 ¹	225	493	3	444	8
2007	223	488	3	440	8
2008	222 ¹	465	3	437	9
2009	225 ¹	467	3	431	9
2010	225 ¹	467	2,8	429	9
2011	224 ¹	459	2	412	8
2012	217 ¹	441	2	404	8
2013	217 ¹	441	2	398	11
2014	186 ¹	379	2	336	10
2015	186 ¹	372	1,8	333	10
2016	187 ¹	367	1,7	315	10,2
2017	186 ¹	360	1,7	309	10,4
2018	186 ¹	345	1,6	302	10,5
2019	185 ¹	330	1,6	302	10,5
2020	180	309	1,6	302	10,5

¹Без зубних лікарів.

Полісуб'єктна система охорони здоров'я охоплює мережу цивільної медицини (комунальні заклади охорони здоров'я та заклади Міністерства охорони здоров'я України), військову медицину, відомчу медицину та наукові установи Національної академії медичних наук України.

Ефективність та якість роботи закладів охорони здоров'я багато в чому залежить від якості професійної підготовки медичних працівників. Підготовку

лікарів та провізорів в Україні здійснюють 15 вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації. У 2020 р. вищими медичними навчальними закладами підготовлено 11 840 медичних фахівців (у 2018 р. – 11945, у 2019 р. – 11257 (табл. 1.2) [37, с. 6].

Таблиця 1.2

**Розподіл випускників вищих медичних навчальних закладів
III-IV рівнів акредитації за спеціальностями**

Спеціальності	Випущено спеціалістів					
	Всього			у т. ч. за рахунок державного бюджету		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Лікувальна справа	5067	5017	5506	2898	2830	3537
Педіатрія	904	939	944	607	605	605
Медико-профілактична справа	3	–	–	3	–	–
Медична психологія	79	71	57	6	5	5
Стоматологія	1838	1692	1461	88	85	93
Фармація	3130	3170	3486	28	32	25
Клінічна фармація	88	108	–	–	1	–
Ерготерапія	–	5	–	–	–	–
Інші спеціальності	386	255	–	–	–	–
Всього	11495	11257		3630	3558	

Підготовку молодшого медичного персоналу здійснюють медичні навчальні заклади I-II рівнів акредитації. У 2020 р. медичну освіту отримало 15 988 бакалаврів і молодших спеціалістів (2018 р. – 18011; 2019 р. – 17118) [37, с. 11].

Державну систему охорони здоров'я повністю контролює держава. Управління та координація цієї системи забезпечується Міністерством охорони здоров'я України через: Міністерство охорони здоров'я АРК; управління (департаменти) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій; управління охорони здоров'я Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Системі охорони здоров'я Україні притаманна власна структура. В організаційному плані структура системи охорони здоров'я має два основні зрізи: адміністративно-територіальний і галузевий. В адміністративно-територіальному

аспекті структура системи охорони здоров'я України має три основних рівні: національний, регіональний та субрегіональний (місцевий) [86, с. 476].

Національний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України (суб'єкт управління) та закладами охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані безпосередньо Міністерству охорони здоров'я України (об'єкт управління).

Регіональний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та управліннями (департаментами) охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях (суб'єкт управління) та державними закладами охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, та закладами охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад. Наприклад, обласні лікарні, діагностичні центри, тощо (об'єкти управління).

Субрегіональний (місцевий) рівень системи охорони здоров'я представляють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (об'єкт управління) [1, с. 211].

Отже, до системи органів державного управління системою охорони здоров'я входять Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Рада міністрів АРК, місцеві державні адміністрації (управління (департаменти) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій). Державні функції в галузі охорони здоров'я здійснюють також інші органи, які мають у своєму віданні заклади охорони здоров'я. До таких органів, зокрема, належать Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України. Ці органи визначають структуру управління відомчими установами охорони здоров'я. Органи місцевого самоврядування беруть активну участь у реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я населення у відповідності з Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні».

Світовий досвід свідчить, що найбільш ефективною є система охорони здоров'я, в якій гармонійно та вдало здійснюють діяльність державний та приватний сектори. Варто зазначити, що на відміну від державного сектору, який повністю підпорядкований органам публічного управління, приватний сектор охорони здоров'я функціонує на ринкових засадах. Водночас, публічна влада здійснює державне регулювання діяльності приватних закладів охорони здоров'я. Державне регулювання ринку діяльності приватних закладів охорони здоров'я є складною системою, що призначена для досягнення поставлених цілей, яка має визначену структуру, сукупність правових норм, методів, засобів, інструментів державного впливу на об'єкт управління та скерована для реалізації відповідної політики у визначеній сфері суспільного розвитку. Головною метою державного регулювання діяльності приватних закладів охорони здоров'я є забезпечення якості надання медичних послуг населенню та забезпечення принципів добросовісної й вільної конкуренції на ринку. Інструменти державного регулювання приватного сектору охорони здоров'я наведені на рис. 1.4 [29, с. 106].

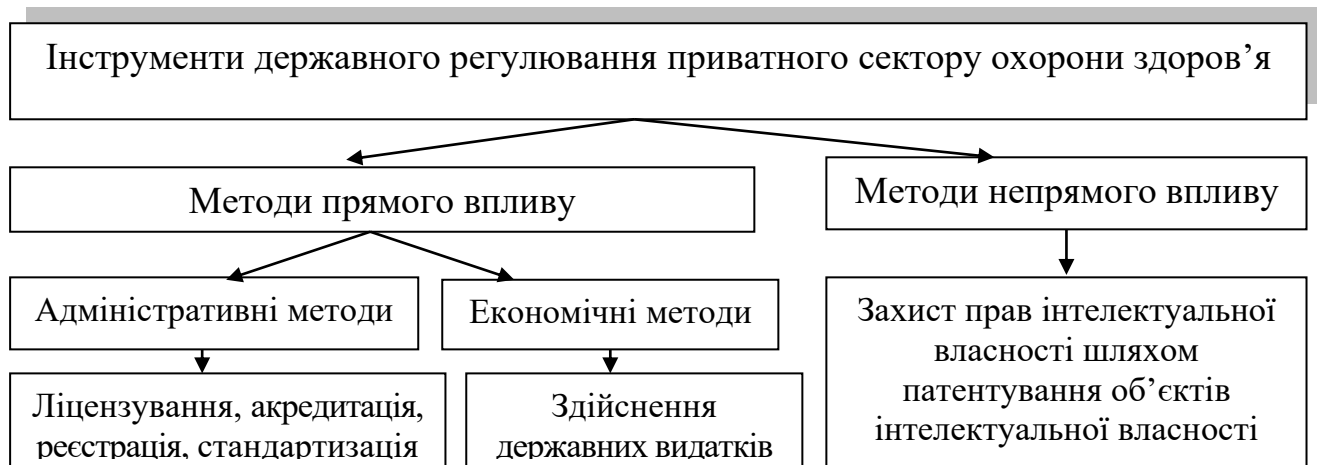


Рис. 1.4. Класифікація інструментів державного регулювання приватного сектору охорони здоров'я

Приватний сектор охорони здоров'я України, на відміну від державного, щорічно демонструє збільшення як кількості медичних закладів, так і зростання його кадрової складової (табл. 1.3) [37, с. 57].

Мережа і кадри приватного сектору охорони здоров'я України

	2010	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Лікарняних закладів приватної власності	92	81	84	90	104	131	147	162
Заклади, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу приватної власності	1574	1593	1701	1763	1848	1864	1972	1986
Крім того, приватні кабінети	5510	4852	4986	5046	5344	5537	6055	6397
Лікарі приватної практики	13000	13549	14063	15504	16671	18844	20563	22382
Кількість середнього медперсоналу у приватних структурах	12462	11875	11862	12889	14239	16367	18754	20421
Аптеки						20549	20647	19924

Медична реформа та впровадження практики «гроші йдуть за пацієнтом» сприяли підписанню приватними медичними закладами договорів із Національною службою здоров'я України. Громадяни нашої країни мають можливість обрати для себе сімейного лікаря з приватного медичного закладу й підписати з ним договір, а НСЗУ буде його оплачувати.

Приватні медичні заклади знімають навантаження з державних лікарень та поліклінік. Попри значну чисельність закладів державної медицини, з кожним роком спостерігається тенденція збільшення поточної кількості пацієнтів, які хочуть обслуговуватися у приватних медичних кабінетах або приватних медичних центрах та готові оплачувати надані медичні послуги. До цієї групи належать платоспроможні клієнти, які пред'являють попит на високотехнологічне, ефективне, якісне медичне лікування та оперативність, а кількість таких пацієнтів становить понад 10 % населення України. Стосовно складової структури надаваних медичних послуг, то приватна охорона здоров'я частково доповнює державний сектор, пропонуючи інші види медичних послуг, проте вона в основному замінює його або виступає в якості альтернативи [29, с. 109].

Приватний сектор охорони здоров'я робить вагомий внесок у фінансування медичної галузі, забезпечує її необхідною кількістю медикаментів,

товарів і виробів медичного призначення, щорічно розвантажуючи державний бюджет охорони здоров'я України майже на 2 млрд. грн. За п'ять років фінансування за рахунок приватного сектору збільшилося на 19 435 млн. грн., приватні витрати на охорону здоров'я в Україні склали понад 42,3% від загальних видатків охорони здоров'я, у 2018 р. поточні витрати на охорону здоров'я перевищили державні витрати та становили 137 млрд. грн. [29, с. 108-108].

Повністю підтримуємо твердження С. Чернова, який зазначає, що система публічного управління сферою охорони здоров'я передбачає представлення функцій управління, конкретних цілей, які інтерпретуються у конкретних задачах, стратегічних й операційних діях учасників управління у відповідних секторах (державному, приватному, нетрадиційному) з метою досягнення соціально-економічного та екологічного ефекту – збереження і зміцнення здоров'я всіх громадян, подовження тривалості і якості життя всього економічно-активного населення України (рис. 1.5) [97, с. 104].

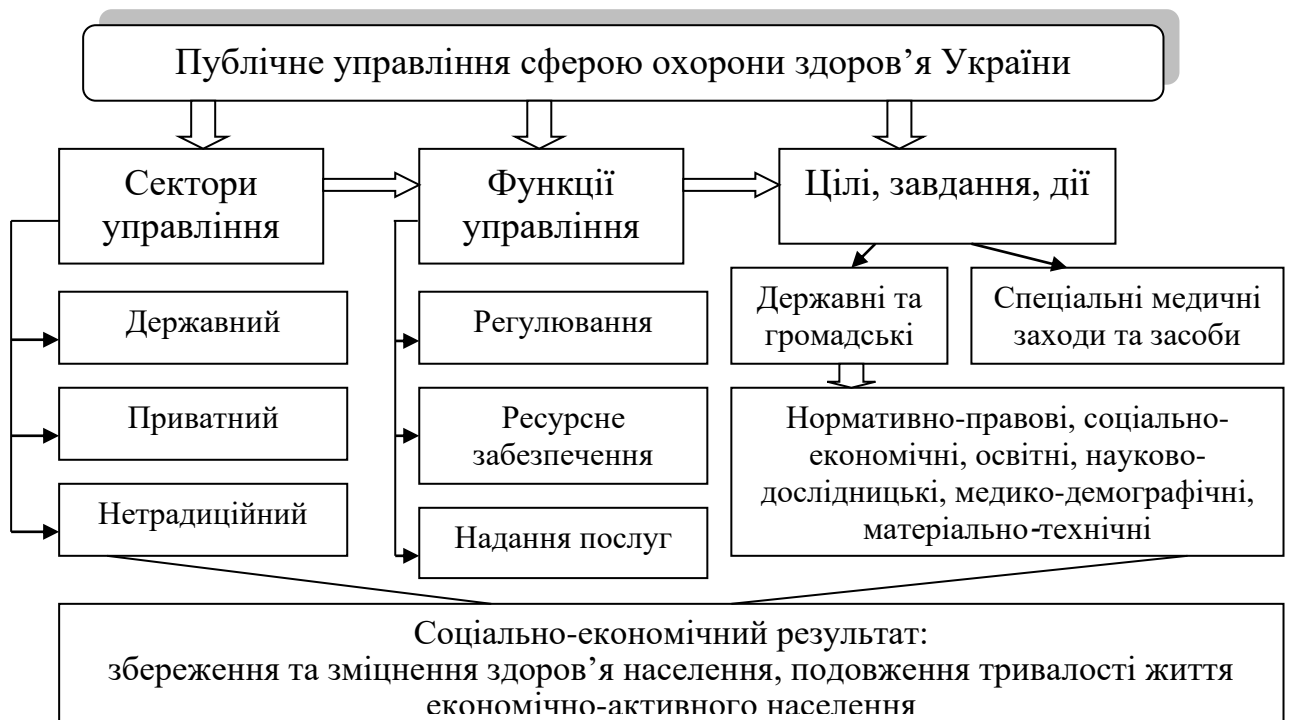


Рис. 1.5. Структура системи публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні

Як цілком слушно зазначає К. Міщенко система охорони здоров'я України, як об'єкт публічного управління, потребує системних змін, до яких слід віднести: розвиток міжсекторальної співпраці та широке запровадження в

медичній галузі державно-приватного партнерства; поліпшення стану громадського здоров'я шляхом демографічної модернізації та розвитку конкуренції за надання медичних послуг; трансформацію державного управління власністю в медичній сфері шляхом роздержавлення та приватизації; удосконалення механізмів державного управління охороною здоров'я з урахуванням основних напрямів медичної реформи та європейських стандартів охорони здоров'я [41, с. 52].

Отже, в Україні чітко вибудована система охорони здоров'я та структура публічного управління нею. Водночас, численні проблеми, що існують як в системі охорони здоров'я, так і сфері публічного управління нею детермінують подальше проведення в країні медичної реформи та удосконалення публічного управління цією надзвичайно важливою сферою людської життєдіяльності.

1.3. Правові засади публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні

Охорона здоров'я як важлива самостійна функція державної влади і місцевого самоврядування має спеціальне законодавство, систему органів управління, які забезпечують реалізацію права на охорону здоров'я, джерела фінансування, мету, завдання, методи їх реалізації [10, с. 12]. Законодавство є важливим та ефективним засобом публічного управління, що охоплює практично всі сфери життєдіяльності людини та суспільства, у тому числі й галузь охорони здоров'я.

Законодавство України у сфері охорони здоров'я – комплекс законодавчих та нормативно-правових актів, які визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, а також регулюють суспільні відносини в цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності й довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості [14, с. 19].

Законодавство України у сфері охорони здоров'я складається з двох частин: одна його частина встановлює правове регулювання організації та здійснення публічного управління загалом, а друга – законодавство, яке встановлює правове регулювання саме у сфері охорони здоров'я. До першої частини, зокрема, відносяться: Конституція України, закони України «Про місцеві державні адміністрації», «Про місцеве самоврядування в Україні», «Про державну службу», «Про службу в органах місцевого самоврядування», «Про звернення громадян», «Про державну статистику», «Про захист прав споживачів» та ін.; укази Президента України «Про заходи щодо впровадження Концепції адміністративної реформи в Україні», «Про систему центральних органів виконавчої влади» та ін.; постанови Кабінету Міністрів України «Про урядові комітети», «Типове положення про урядовий орган державного управління» та ін.

До другої частини законодавства, яка встановлює правове регулювання у сфері охорони здоров'я, зараховують закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», «Про систему громадського здоров'я» та ін.; укази Президента України: «Про вдосконалення державного контролю за якістю та безпекою продуктів харчування, лікарських засобів та виробів медичного призначення», «Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників», «Про заходи щодо поліпшення забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, а також підвищення ефективності державного управління у цій сфері» та ін.; постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Програми надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги», «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти», «Про утворення Національної служби здоров'я України», «Про утворення Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення» та ін.

Функціонування сфери охорони здоров'я в Україні також регулюють:

– Цивільний кодекс України: вперше на рівні кодексу закріпив низку прав людини у сфері охорони здоров'я: право на охорону здоров'я (ст. 283), медичну допомогу (ст. 284), медичну інформацію (ст. 285), медичну таємницю (ст. 286);

– Кримінальний кодекс України: містить низку норм, що передбачають склади злочинів, які опосередковано покликані забезпечити право людини на охорону здоров'я (розділ VIII «Злочини проти довкілля», розділ IX «Злочини проти громадської безпеки», розділ X «Злочини проти безпеки виробництва», розділ XI «Злочини проти безпеки руху та експлуатації транспорту», розділ XII «Злочини проти громадського порядку та моральності», розділ XIII «Злочини у сфері наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші злочини проти здоров'я населення»);

– норми адміністративного права, що регулюють організаційно-управлінські процеси в системі охорони здоров'я;

– нормативно-правові акти інших галузей, зокрема: Кодекс законів про працю України, Господарський кодекс, Сімейний кодекс України та ін. [86].

Як цілком слушно зазначає А. Барзилович, функціонування та реформування сфери охорони здоров'я в Україні відбувається шляхом регулювання її на чотирьох рівнях нормативно-правового забезпечення: конституційний, загальний, спеціальний та концептуальний, що загалом визначає напрям трансформації та вектор розвитку галузі. Важливого значення набуває узгодженість змін на всіх рівнях [3, с. 134].

Головним джерелом нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, є Конституція України. Конституційні норми створюють правову основу статусу особи у сфері охорони здоров'я. Конституція України не лише закріплює відповідне право, а й засоби його забезпечення, що має держава у своєму розпорядженні й закладені у політичній та економічній системах, а також його соціальній основі. Відповідно до ст. 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним

фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [30].

Конституційні норми, які тією чи іншою мірою стосуються охорони здоров'я, закріплюються й в інших статтях (зокрема, ст. 3, 27, 34-36, 50) та акумулюють кращі зразки міжнародно-правових актів з прав людини.

Першим фундаментальним нормативно-правовим документом, що регламентує основні підходи в системі управління охороною здоров'я став Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801 [48]. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості [48]. У преамбулі Основ зазначається, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. 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, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Низкою законів і підзаконних нормативно-правових актів регулюються напрями діяльності закладів сімейної медицини і встановлюються механізми публічного управління ними в межах національної системи охорони здоров'я. Серед них: закони України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» (1994 р.), «Про лікарські засоби» (1996 р.), «Про психіатричну допомогу» (2000 р.).

Першим загальнодержавним нормативним документом, яким запропоновано комплексний механізм удосконалення первинної медико-санітарної допомоги, стала постанова Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» від 20 червня 2000 р. № 989 [61]. Міністерством охорони здоров'я України видано наказ «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» від 11 вересня 2000 р. № 214 та низку інших наказів, якими встановлювались штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я, затверджувалась номенклатура закладів сімейної медицини і типові положення про них.

Повноцінне реформування сфери охорони здоров'я розпочато у 2000 р. із затвердженням указом Президента Концепції розвитку охорони здоров'я населення України [62]. У 2002 р. Кабінетом Міністрів затверджено Міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації» на 2002-2011 рр. [56], що стала початком упровадження інституту сімейних лікарів та сімейної медицини.

Указом Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 6 грудня 2005 р. № 1694 передбачено активізацію усіх рівнів державного управління на вирішення проблем охорони здоров'я, зокрема, попередження серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, протидію захворюванням на туберкульоз, боротьбу з онкологічними захворюваннями, розвиток сімейної медицини в Україні, створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги, вжиття заходів щодо запровадження сучасних економічних механізмів у діяльності закладів охорони здоров'я, чіткого розмежування бюджетних асигнувань на первинну, вторинну і третинну лікувально-профілактичну допомогу [65].

Постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17 лютого 2010 р. № 208 затверджені «Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я» [21]. Постанова визначила стратегічні перетворення у системі охорони здоров'я та завдання регіональних органів державного управління щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я на регіональному та комунальному рівнях.

Особлива увага приділена вдосконаленню порядку проведення обов'язкових профілактичних оглядів населення, розробці програми забезпечення медичних працівників житлом, посиленню відповідальності за якість надання медичної допомоги під час проведення обов'язкових профілактичних оглядів населення.

Напрями розвитку системи охорони здоров'я визначають також постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної програми «Цукровий діабет та нецукровий діабет» та розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку медичної освіти».

Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5 затверджено «Стратегією сталого розвитку «Україна-2020» [91], якою передбачені структурні зміни в системі охорони здоров'я, спрямовані на побудову в країні системи охорони здоров'я за європейським зразком. Відповідно до Стратегії, метою державної політики у сфері охорони здоров'я є кардинальне, системне реформування, орієнтоване на програму ЄС «Європейська стратегія здоров'я-2020» та спрямоване на створення системи, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав. В розвиток даної Стратегії МОЗ України було відмінено адміністративне регулювання кадрового ресурсу системи охорони здоров'я шляхом скасування відповідного галузевого наказу, а Кабінетом Міністрів України запроваджено солідарне фінансування комунальних медичних закладів за рахунок медичної субвенції з Державного бюджету та забезпечення витрат на комунальні послуги за кошти місцевих бюджетів.

У 2016 р. Кабінетом Міністрів України було затверджено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я та Концепцію розвитку громадського здоров'я. Метою реформи фінансування системи охорони здоров'я було створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних

платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06 квітня 2017 р. № 2002 передбачено впровадження заходів із реформування системи охорони здоров'я України, спрямованих на створення мережі державних та комунальних медичних закладів [54]. Згідно із Законом провайдером громадських медичних послуг має бути надано достатній рівень самостійності для ефективного та своєчасного медичного забезпечення населення.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. № 2168 [55] змінив логіку роботи вітчизняної системи охорони здоров'я і дав старт найбільшій в історії незалежної України глобальній трансформації системи охорони здоров'я [93]. Інституційне закріплення в Законі № 2168 нових технологій фінансування створило умови для: появи у лікарень власного бюджету і права вибору варіанту щодо їх витрачання; появи конкуренції між продуцентами послуг; перетворення пацієнта в роботодавця для лікаря; поділ медичних послуг на платні, частково сплачувані державою, безкоштовні; імплементації програми медичних гарантій, підкріпленої щорічним фінансуванням у розмірі 5 % ВВП; створення умов для використання полісів добровільного медичного страхування [39, с. 44-47]. Даний Закон фактично заклав підґрунтя для ринкової моделі медицини в Україні.

Законом України № 2168 визначено терміни та поняття які є новими для вітчизняної сфери охорони здоров'я й які несуть у собі елементи запровадження ринкових відносин в діяльності медичних закладів та системи управління охороною здоров'я в цілому (програма державних гарантій медичного обслуговування населення, електронна система охорони здоров'я, надавачі медичних послуг, уповноважений орган та інші). Закон чітко визначив сфери медичного забезпечення, в яких держава гарантує медичне забезпечення: екстрена медична допомога; первинна, вторинна (спеціалізована), та третинна (високоспеціалізована) медична допомога; паліативна медична допомога;

медична реабілітація; медична допомога дітям до 16 років; медична допомога у зв'язку з вагітністю та пологами [55]. Також у Законі регламентується контроль та відповідальність за реалізацію програм надання медичних послуг. Основні положення регламентації системи забезпечення програми медичних гарантій, відповідно до Закону № 2168, наведено у додатку А [25, с. 89].

Відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів від 30 листопада 2016 р. № 1013 та Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. № 2168 [55] відбувся перехід до оплати діяльності постачальників медичних послуг на основі конкретних результатів їх діяльності. Командно-адміністративна модель взаємовідносин між постачальником медичних послуг та їх замовником замінена на контрактну модель, у якій взаємовідносини регулюються договорами. За договорами розпорядник бюджетних коштів діє в інтересах пацієнтів як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я або лікар ФОП, який одержав ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики, виступає як постачальники послуг. Запровадження цієї моделі взаємовідносин надало державним та комунальним закладам охорони здоров'я управлінську та фінансову автономію, зокрема шляхом перетворення таких закладів охорони здоров'я в повноцінні суб'єкти господарської діяльності – державні та комунальні некомерційні підприємства.

Важливим продовженням законодавчого регулювання змін в системі публічного управління сферою охорони здоров'я є прийнятий 14 листопада 2017 р. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», який спрямований на регулювання найбільш слабкої ланки медичного забезпечення – охорони здоров'я громадян, які мешкають в сільській місцевості [67].

Отже, із набранням чинності Законів України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [55] та «Про підвищення доступності і якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [67] 1 січня 2018 р. відбувся старт медичної реформи. Закон України «Про внесення змін до

Бюджетного кодексу України» сприяв впровадженню нової моделі фінансування медичної галузі за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 [73], якою утворено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, сприяла появі нового суб'єкта публічного управління сферою охорони здоров'я.

Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» регламентуються Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я України та Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я [18].

Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги, що схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22 травня 2019 р. № 383-р [71] прийнято з метою подолання проблем у системі екстреної медичної допомоги. Основними серед яких визначено: недосконала організація раннього доступу до надання першої допомоги; недостатня швидкість прибуття бригад екстреної медичної допомоги на місце події; незадовільна якість надання медичної допомоги на догоспітальному етапі. Результатом практичного впровадження даної Концепції мало бути зниження смертності й набуття інвалідності населенням в результаті впливу невідкладних станів та зміцнення впевненості громадян України у спроможності держави забезпечити доступну, своєчасну та якісну медичну допомогу в разі раптового погіршення здоров'я через хворобу чи травмування.

Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» від 20 грудня 2019 р. № 421 [53] внесено зміни до ч. 4 ст. 104 Цивільного кодексу України, що розблокувало можливість реорганізації закладів охорони здоров'я шляхом перетворення, як це передбачено законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6 квітня 2017 р. № 2002 [54].

Згідно закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» [53] в Основах законодавства про охорону здоров'я України [48] та Законі України «Про екстрену медичну допомогу» уточнені повноваження органів місцевого самоврядування в частині управління закладами охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад, формування та розвитку їх мережі, організації їх матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення, а також відповідальності за свою діяльність перед територіальною громадою, державою, юридичними і фізичними особами. Закон надає комунальним закладам охорони здоров'я можливість утворюватися та функціонувати як спільне комунальне підприємство відповідно до Закону України «Про співробітництво територіальних громад». Також Закон передбачає поширення на водіїв бригад екстреної медичної допомоги умов оплати праці та заходи соціального захисту, передбачені ч. 4 ст. 11 Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Закон переніс встановлений Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» термін запровадження програми медичних гарантій для усіх видів медичної допомоги на 1 квітня 2020 р., що дало можливість закладам охорони здоров'я завершити розпочату процедуру реорганізації.

Отже, вагомими змінами у сфері охорони здоров'я відповідно до законодавчих нововведень на першому етапі медичної реформи стали:

- створення Національної служби здоров'я України, як центрального органу виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я;

- зміна моделі фінансування закладів за обсягами наданих медичних послуг відповідно до договорів з НСЗУ;

- перетворення медичних закладів на комунальні некомерційні підприємства, ефективними управлінцями яких стали органи місцевої влади;

- право пацієнтів вільно обирати лікарів і медичні заклади для отримання медичних послуг незалежно від регіону проживання або місця реєстрації.

1 квітня 2020 р. стартував другий етап медичної реформи.

Наказом міністра охорони здоров'я від 2 липня 2020 р. [72] створено Медичну раду при Міністерстві охорони здоров'я, яка складається з фахівців інфекційних захворювань, фахівців з кардіології, кардіохірургії, онкології, сімейної медицини. Основними завданнями Медичної ради визначено розроблення й внесення міністру охорони здоров'я пропозицій щодо реформування системи охорони здоров'я та надання пропозицій щодо визначення пріоритетів, щодо використання міжнародної технічної допомоги, бенефіціаром якої визначено МОЗ, для впровадження реформ. Також Медична рада уповноважена надавати пропозиції щодо впровадження в практику закладів охорони здоров'я нових та існуючих медичних технологій.

Стратегія людського розвитку, що введена в дію указом Президента України від 2 червня 2021 р. № 225 [89], стратегічною ціллю № 1 визначила покращення медико-демографічної ситуації в Україні. Досягнення даної цілі деталізується за допомогою чотирьох оперативних цілей: створення збалансованої системи охорони здоров'я; упровадження новітніх технологій у сфері охорони здоров'я; розбудова ефективної державної системи громадського здоров'я; ужиття заходів для стимулювання народжуваності [89].

Указ Президента України від 18 червня 2021 р. № 261 спрямований на подальший розвиток системи охорони здоров'я, підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та впровадження реальних інструментів щодо покращення управлінської діяльності у таких закладах, створення умов для ефективного використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів, розвитку медичного самоврядування, посилення ролі професійних спілок у питаннях захисту трудових прав медичних працівників [60]. Указом, зокрема, передбачено: підвищення заробітних плат у сфері охорони здоров'я; застосування державно-приватного партнерства у цій сфері; розвиток медичного самоврядування; забезпечення єдиних підходів до надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги через систему державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення та ін. [60]. Також визначені заходи

для органів виконавчої влади і рекомендації для органів місцевого самоврядування щодо подальшого розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я.

Указом Президента України від 18 серпня 2021 р. № 369 введено в дію рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 р. «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [68]. Серед невідкладних заходів щодо забезпечення громадян країни медичною допомогою у рішенні РНБО, зокрема, визначено: розробка та затвердження Стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я населення на період до 2030 р. з чітким визначенням строків, відповідальних та механізмів її реалізації; внесення змін до нормативно-правових актів з метою фінансування в межах програми медичних гарантій медичних послуг з медико-психологічної реабілітації осіб, які зазнали впливу психотравматичних подій воєнного, соціального та природного характеру, а також медичних послуг з медичної допомоги при віддалених наслідках мінно-вибухових травм; впровадження обов'язковості електронного рецепта лікаря на придбання у аптечних мережах антибактеріальних, противірусних та гормональних лікарських засобів, імуномодуляторів та ін. [68].

Прийнятий 6 вересня 2022 р. Закон України № 2573 «Про систему громадського здоров'я» [69] визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення, визначає відповідні права і обов'язки державних органів та органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб у цій сфері, встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя населення. Метою прийняття даного Закону є оновлення розбалансованої системи охорони здоров'я, її осучаснення, інтеграція в європейську мережу та створення комплексної системи громадського здоров'я.

Отже, аналіз нормативно-правових документів засвідчив їх спрямованість на реформування сфери охорони здоров'я та забезпечення права громадян країни на здобуття доступної медичної допомоги, права на вільний вибір лікаря або медичного закладу. Водночас, варто погодитися із думкою Г. Кузьменко, яка зазначає, що деякі правові документи просто суперечать один одному, часто створюючи конфліктні ситуації при застосуванні на практиці [32, с. 49]. Дослідниця виділяє наступні проблемні питання нормативно-правового забезпечення сфери охорони здоров'я (рис. 1.6) [32, с. 50].

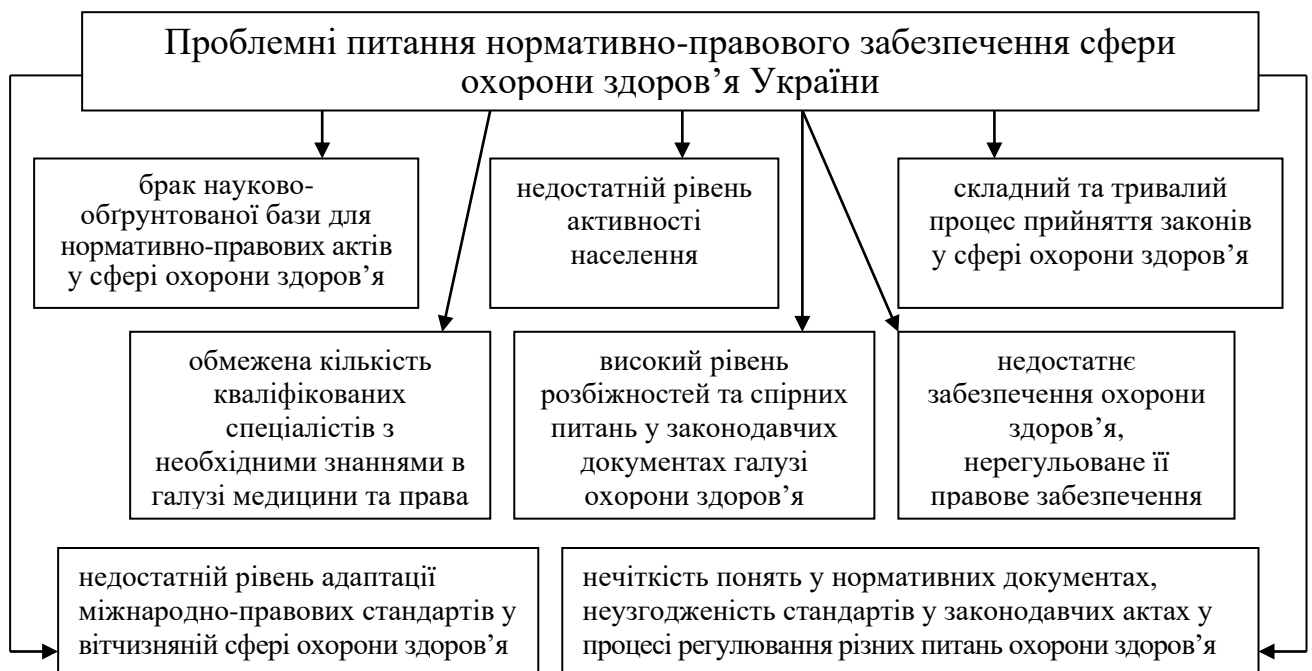


Рис. 1.6. Проблемні питання нормативно-правового забезпечення сфери охорони здоров'я України

Підсумовуючи варто зазначити, що в Україні в цілому створено законодавчу базу, що регулює функціонування сфери охорони здоров'я. Водночас, враховуючи той факт, що і система публічного управління і сфера охорони здоров'я все ще знаходяться в процесі реформування, у зв'язку з чим постають нові виклики та завдання, удосконалення чинного законодавства – складний та багатогранний процес, що також продовжується. До того ж, отримання Україною 23 червня 2022 р. статусу кандидата на членство в ЄС обумовлює потребу гармонізації чинного законодавства нашої країни із законодавством Європейської спільноти.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА, СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Організаційна структура публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні

Статтею 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я затверджено, що охорона здоров'я – пріоритетний напрям державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію [48]. Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я (ст. 13).

Реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, відповідно до ст. 15 Основ законодавства України про охорону здоров'я, забезпечують [48]:

- центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;
- інші центральні органи виконавчої влади, які реалізують державну політику у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення, контролю якості та безпеки лікарських засобів, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.

Реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я в адміністративно-територіальних одиницях України здійснюють Рада міністрів Автономної Республіки Крим та місцеві державні адміністрації.

Чинним законодавством України чітко визначений перелік як суб'єктів публічного управління у сфері охорони здоров'я, так і їх функції, починаючи з загальнодержавного рівня – Президент України, Верховна Рада України,

Кабінет Міністрів, Міністерство охорони здоров'я, Національна служба охорони здоров'я та інші центральні органи виконавчої влади (в підпорядкуванні яких є відомчі медичні заклади), і до органів місцевого самоврядування й громадських організацій. Отже, публічне управління сферою охорони здоров'я в Україні має чітко визначену нормативно-правовими актами організаційну структуру.

Стаття 75 Конституції України визначає, що єдиним органом законодавчої влади в Україні є парламент – Верховна Рада України [30]. Верховна Рада України приймає закони, що регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я та затверджує загальнодержавні програми економічного, науково-технічного, соціального, національно-культурного розвитку, охорони довкілля. Зокрема, визначальний вплив Верховна Рада України здійснює на фінансування сфери охорони здоров'я, адже вона ухвалює закони, від яких залежить кількість бюджетних коштів, які вона отримує. Програма медичних гарантій є частиною бюджету країни. НСЗУ перераховує кошти за надані послуги медичним закладам, виходячи з бюджету програми медичних гарантій, який затвердила Верховна Рада. У компетенції Верховної Ради також перерозподіл коштів, створення додаткових програм та фондів (зокрема, фонду боротьби з COVID-19).

У структурі Верховної Ради України утворено Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування (у складі якого працює 15 народних депутатів), до повноважень якого віднесено законопроектну роботу щодо: охорони здоров'я, у т.ч. про медичну допомогу, лікувальну діяльність, лікарські засоби, медичні вироби, фармацію та фармацевтичну діяльність; державної політики у сферах боротьби із соціально небезпечними захворюваннями, інфекційного контролю та епідемічної безпеки; сучасних медичних технологій та медичної техніки; розвитку трансплантології; добровільного медичного страхування; правового регулювання обов'язкового державного медичного страхування; санаторно-курортного оздоровлення; охорони материнства та дитинства, репродуктивного здоров'я населення; військової медицини [66].

Президент України згідно зі ст. 102 Конституції України виступає від імені Української держави, є гарантом державного суверенітету, територіальної цілісності України, додержання Конституції України, прав і свобод людини та громадянина. Функція Президента щодо забезпечення прав і свобод людини і громадянина (ч. II ст. 102 та п. 25-27 ст. 106 Конституції України) безпосередньо впливає з принципу найвищої соціальної цінності людини. Президент підписує закони, прийняті Верховною Радою України, або накладає на них вето з наступним поверненням їх на повторний розгляд Верховною Радою України [30]. Суттєвий вплив на функціонування сфери охорони здоров'я справляють укази Президента України. Зокрема, реформуванню системи охорони здоров'я сприяли укази Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [65], «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» [62], «Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників» [60] та ін.

Відповідно до ст. 14 Основ законодавства про охорону здоров'я реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади. Вищим органом виконавчої влади, функції якого полягають у забезпеченні виконання Конституції і законів України, актів Президента України, є Кабінет Міністрів України. Кабінет Міністрів України здійснює виконавчу владу безпосередньо та через міністерства, інші центральні органи виконавчої влади, Раду міністрів АРК та місцеві державні адміністрації; спрямовує, координує та контролює діяльність цих органів. Діяльність Кабінету Міністрів у сфері охорони здоров'я спрямовується на вирішення питань державного управління у цій сфері. Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів, зокрема, сприяють забезпеченню проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства та доступності для громадян послуг медичних та оздоровчих закладів. Міністерство фінансів формує видатки на охорону здоров'я й готує проєкт Держбюджету, який схвалює Кабінет Міністрів і затверджує Верховна Рада.

Створювати стратегії охорони здоров'я та загалом формувати й реалізувати політику в цій сфері – завдання Міністерства охорони здоров'я України, яке є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я. Відповідно до Положення про Міністерство охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267, основними завданнями МОЗ є забезпечення формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, а також захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, забезпечення формування та реалізація державної політики у сферах:

- епідеміологічного нагляду, імунопрофілактики, промоції здорового способу життя та запобігання факторам ризику, попередження та зниження рівня вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення, безпеки харчових продуктів, регламентації факторів середовища життєдіяльності населення, гігієнічної регламентації небезпечних факторів, створення національної системи крові, управління системою якості щодо безпеки крові, 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, а також забезпечення формування державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення;

- розвитку медичних послуг, впровадження електронної системи охорони здоров'я, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

- забезпечення населення якісними, ефективними та безпечними лікарськими засобами, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також безпечних медичних виробів та косметичної продукції;

- технічного регулювання медичних виробів, медичних виробів для діагностики *in vitro*, активних медичних виробів, які імплантують, косметичної продукції;
- розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, вищої медичної, фармацевтичної освіти та науки [59].

До структури Міністерства охорони здоров'я України входять: 12 департаментів; 3 управління; 4 відділи; 4 сектори. МОЗ несе відповідальність за якість та доступність медичної допомоги в країні. МОЗ також здійснює організацію діяльності державної служби екстреної та швидкої медичної допомоги; координує медичну освіту та систему медичних досліджень; контролює централізовані державні закупівлі фармацевтичних препаратів, медичних виробів та обладнання за відповідними державними програмами. Крім того, МОЗ проводить ліцензування медичної практики та діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини [27].

Після старту змін у сфері охорони здоров'я МОЗ передало частину повноважень власникам медичних закладів. Зараз прямого впливу на те, що відбувається в медичних закладах, МОЗ не має [93, с. 10].

Створена у 2018 р. Національна служба здоров'я України, як нова та потужна державна інституція, відповідальністю якої є реалізація трансформації системи охорони здоров'я, є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Основними завданнями НСЗУ, діяльність якої спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, є: реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [73]. Отже, НСЗУ не розробляє політику у сфері охорони здоров'я самостійно, а лише її реалізує.

На офіційному сайті НСЗУ публікуються договори, підписані з закладами охорони здоров'я у всіх регіонах України. Потенційно в договірній кампанії може брати участь будь-який медичний заклад, де надається первинна медична допомога, незалежно від того, які інші види медичних послуг він надає. За недотримання умов виконання договору (відсутність обладнання, передбаченого умовами пакету медичних послуг, відсутність доступності для людей з інвалідністю тощо) НСЗУ може розірвати договір з таким медичним закладом. НСЗУ фактично керує програмою медичних гарантій у рамках бюджету за тарифами, які затверджують Верховна Рада та Кабінет Міністрів України. Отже, НСЗУ як агентство, яке закуповує послуги у сфері охорони здоров'я, відіграє важливу роль у трансформації системи охорони здоров'я та сприяє забезпеченню рівного доступу до медичних послуг і посиленню фінансового захисту населення нашої країни.

Крім цього, НСЗУ контролює кількість наданих послуг у медичному закладі через дані в електронній системі охорони здоров'я. І, власне, забезпечує функціонування цієї системи. На сайті НСЗУ є багато відкритих даних у вигляді аналітичних панелей. Наразі їх більше двадцяти. Кожен охочий може побачити, скільки фінансування отримала певна лікарня, знайти на карті всі заклади, які мають договір з НСЗУ відстежити ситуацію щодо програми реімбурсації «Доступні ліки», яка також адмініструється НСЗУ, дізнатися, скільки було видано електронних направлень, та багато іншого [93, с. 9].

У сфері охорони здоров'я України діють і інші центральні органи виконавчої влади, а саме: Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Державна служба з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів.

Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужба), відповідно до свого Положення, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2015 р. № 647 [58], є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я,

який реалізує державну політику у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, у тому числі медичних імунобіологічних препаратів, медичної техніки і виробів медичного призначення, та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, донорства крові та компонентів крові, функціонування системи крові.

Діяльність даного суб'єкта щодо захисту прав пацієнтів є дуже важливою, адже, від якості лікарських засобів та препаратів прямим чином залежить стан здоров'я пацієнта. На сьогоднішній день, все більших масштабів набуває проблема підроблених лікарських препаратів та засобів, а їх виявлення стає все складнішим. Так, за даними ООН кожна десята упаковка ліків є неякісною чи підробленою у країнах з низьким та середнім рівнем доходів, до яких належить і наша країна. Деякі експерти називають цифру в 30 % [4, с. 221]. За інформацією Держлікслужби, нині в Україні діє трирівнева система контролю якості лікарських засобів. Імпортовані медпрепарати перевіряють при ввезенні в Україну, повторно це мають зробити дистриб'ютори. До того ж, в українських фармацевтичних компаніях діє система внутрішнього контролю на виробництві.

Державна служба з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів входить до системи органів виконавчої влади у галузі охорони здоров'я та утворена для забезпечення реалізації державної політики у сфері санітарного законодавства. Держпродспоживслужба наділена повноваженнями в сфері охорони здоров'я з березня 2017 р., після прийняття постанови Кабінету Міністрів України «Про деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби» № 348 від 29 березня 2017 р. Відповідно до цієї постанови Кабінету Міністрів України постановив: ліквідувати Державну санітарно-епідеміологічну службу та покласти на Держпродспоживслужбу завдання і функції з реалізації державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення та із здійснення контролю за дотриманням вимог санітарного законодавства (крім функцій з реалізації державної політики у сфері епідеміологічного нагляду у сфері гігієни праці та функцій із здійснення дозиметричного контролю робочих місць і доз опромінення працівників).

Основними завданнями Держпродспоживслужби є:

– реалізація державної політики у галузі санітарного законодавства, попередження та зменшення вживання тютюнових виробів та їх шкідливого впливу на здоров'я населення;

– здійснення відповідно до закону державного нагляду (контролю) за дотриманням санітарного законодавства, застосуванням санітарних, профілактичних і протиепідемічних заходів щодо охорони в межах компетенції території України від проникнення хвороб людей, тварин та рослин з території інших держав або карантинних зон.

Паралельно з Держпродспоживслужбою, для реалізації нею своїх повноважень в сфері епідемічного нагляду, функціонує Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», який є науково-практичною установою медичного профілю МОЗ України, яка здійснює функції з забезпечення збереження і укріплення здоров'я населення, проведення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань, епідеміологічного нагляду та біологічної безпеки, здійснення групової та популяційної профілактики захворюваності, боротьби з епідеміями, стратегічного управління з питань громадського здоров'я.

Міністерства, інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в сфері охорони здоров'я (ст. 14 Основ законодавства про охорону здоров'я) [48].

Окремі міністерства та інші центральні органи виконавчої влади мають у своєму віданні заклади охорони здоров'я (зокрема, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство оборони України, Служба безпеки України). Такі центральні органи виконавчої влади визначають та відповідають за структуру управління відомчими установами охорони здоров'я, основні засади їх функціонування та фінансування, кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я та програми охорони здоров'я, що належить до сфери їх управління.

Рахункова палата від імені Верховної Ради України здійснює контроль за надходженням коштів до Державного бюджету України та їх використанням, у тому числі й у сфері охорони здоров'я. Рахункова палата підзвітна Верховній Раді України та регулярно її інформує про результати своєї роботи. Рахункова палата є державним колегіальним органом.

З метою вдосконалення процесу закупівлі та зменшення витрат на лікарські засоби, що закуповуються державою централізовано, у жовтні 2018 р. створено ДП «Медичні закупівлі України». Уже за перші два роки функціонування новоутворене ДП продемонструвало свою ефективність, забезпечивши економію бюджетних коштів на 4,5 млрд. грн., своєчасність постачань ліків, при цьому співробітники підприємства дотримуються принципу нульової толерантності до корупції [90].

На регіональному рівні публічне управління сферою охорони здоров'я здійснюють Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та управління (департаменти) охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях, які реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених чинним законодавством України.

Повноваження місцевих державних адміністрацій в сфері охорони здоров'я визначені у ст. 22 Закону України «Про місцеві державні адміністрації» від 9 квітня 1999 р. № 586 [64], відповідно до якої місцева державна адміністрація:

- реалізовує державну політику в галузі охорони здоров'я;
- може здійснювати функції засновника щодо закладів охорони здоров'я, що належать до сфери її управління, їх матеріально-фінансове забезпечення;
- вживає заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я та розробляє прогнози її розвитку, враховує їх при розробці проектів програм соціально-економічного розвитку;
- вживає заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації й приймає рішення щодо необхідності вжиття роботодавцями заходів щодо профілактики та запобігання поширенню епідемій, пандемій;

- організовує роботу медичних закладів по поданню допомоги населенню;
- бере участь у вирішенні питань про визнання місцевості як курорту, встановлення зон санітарної охорони курортів і визначення їх режиму;

Зокрема, у структурі Дніпропетровської обласної державної адміністрації утворено департамент охорони здоров'я, основними завданнями якого є:

- організація реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я на території області, сприяння виконанню державних і регіональних програм соціально-економічного спрямування;

- управління в межах повноважень закладами охорони здоров'я області, які утримуються за рахунок бюджетних коштів, організація їх кадрового, матеріально-технічного і методичного забезпечення;

- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я на території області та нормативне забезпечення населення медико-санітарною допомогою;

- здійснення заходів, спрямованих на запобігання та ліквідацію інфекційних захворювань, епідемій;

- організація і проведення централізованих закупівель медикаментів, виробів медичного призначення, обладнання та подальший їх розподіл між закладами охорони здоров'я;

- організація: роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи; виконання актів законодавства у сфері охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів та технологій.

Публічне управління сферою охорони здоров'я на субрегіональному (районному) рівні здійснюють районні державні адміністрації.

Трансформація системи охорони здоров'я змінила роль органів місцевого самоврядування в системі. Органи місцевого самоврядування базового рівня – сільські, селищні та міські ради – отримали нові повноваження з управління

медичними закладами – комунальними некомерційними підприємствами. Саме місцева, а не центральна влада має тепер і повноваження, і ресурси для того, щоб зробити медичну допомогу доступнішою та якіснішою для кожної людини у своїй територіальній громаді [93, с. 10].

Конституція України визначає та гарантує місцеве самоврядування (ст. 7) [30]. До відання виконавчих органів місцевих рад належать власні (самоврядні) повноваження щодо управління закладами охорони здоров'я та оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення [63]. Більшість медичних послуг надаються населенню на об'єктах, що перебувають у власності органів місцевого самоврядування. Більшість таких закладів фінансуються за рахунок медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам та міжбюджетних трансферів між бюджетами відповідного рівня управління. Завдяки децентралізаційній реформі відбулася передача значних повноважень та бюджетів від державних органів органам місцевого самоврядування. У цих умовах не тільки розширилися повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, а й підвищилася їх відповідальність за розвиток даної галузі.

Державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення і окремих осіб, у межах своєї компетенції надавати допомогу хворим, інвалідам та потерпілим від нещасних випадків, сприяти працівникам органів і закладів охорони здоров'я в їх діяльності, а також виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я [10, с. 79-80].

Таким чином, основи державного регулювання у сфері охорони здоров'я формує Верховна Рада України через закріплення конституційних і законодавчих засад, визначення його 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

(Міністерство охорони здоров'я, державні служби та ін.). Органи місцевого самоврядування базового рівня – сільські, селищні та міські ради – у результаті децентралізаційної реформи отримали нові повноваження з управління медичними закладами – комунальними некомерційними підприємствами. У свою чергу, публічне адміністрування відбувається на рівні закладів охорони здоров'я, медичних установ тощо.

2.2. Сучасний стан та проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні

Як уже зазначалося вище, за останні 5 років у системі охорони здоров'я України відбувся процес трансформації, який розпочався з прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», запровадженням Програми медичних гарантій (ПМГ) та створенням основних національних агенцій охорони здоров'я – НСЗУ, Центру громадського здоров'я МОЗ та ДП «Медичні закупівлі України», та іншими істотними змінами, що включають реорганізацію МОЗ та підпорядкованих йому установ та автономізацію закладів охорони здоров'я [90].

Мережа системи охорони здоров'я – структура медичних закладів із відповідними матеріальними, фінансовими, трудовими та інформаційними ресурсами, стан якої формується кількістю медичних закладів у цілому й за окремими видами; профільною та територіальною структурою закладів; обсягом ресурсів та їх розподілом у мережі, їх структурою, станом, рухом та ефективністю використання [102]. Діяльність цієї мережі залежить від господарської діяльності; забезпеченості населення медичними послугами; доступності та якості медичних послуг; кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я.

Залежно від форми власності, організаційно-правової форми та виду медичної допомоги, що надається закладом, заклади охорони здоров'я мають певний поділ. Так, залежно від форми власності, заклади охорони здоров'я створюються як державні, комунальні, приватні. За організаційно-правовою

формою заклади охорони здоров'я можуть бути створені як бюджетні установи, державні та комунальні некомерційні підприємства, господарські товариства, приватні підприємства, відокремлені підрозділи юридичних осіб, об'єднання підприємств, казенні підприємства тощо.

Залежно від виду надаваної медичної допомоги заклади охорони здоров'я поділяються на:

- заклади охорони здоров'я із забезпечення надання первинної медичної допомоги;

- заклади охорони здоров'я із забезпечення стаціонарної та/або амбулаторної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування, багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування, лікарня планового лікування, дитяча лікарня планового лікування, консультативно-діагностичний центр, спеціалізований медичний центр (спеціалізована лікарня));

- заклади охорони здоров'я із забезпечення третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (багатопрофільна обласна та обласна дитяча лікарня (центральна міська для міст Києва та Севастополя), лікарня (у т.ч. клінічна лікарня), високоспеціалізований медичний центр (лікарня));

- заклади охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги, що діють відповідно до положень, визначених законом;

- хоспіси;

- заклади охорони здоров'я з медичної реабілітації.

Надавати медичну допомогу або здійснювати інші види господарської діяльності можуть також інші заклади охорони здоров'я відповідно до їх профілю та спеціалізації, які зазначені у переліку закладів охорони здоров'я, затвердженому МОЗ України, у т.ч. клінічні лікарні, університетські клініки, університетські лікарні, аптеки, а також заклади, що здійснюють організацію і регулювання діяльності установ та окремі програми і заходи в системі охорони здоров'я [102].

Відомості щодо мережі і кадрів закладів охорони здоров'я в Україні станом на 1 січня 2021 р. наведено у табл. 2.1.

Мережа і кадри закладів охорони здоров'я в Україні*

	2010	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Всього лікарняних закладів	2763	1793	1775	1743	1714	1671	1640	1578
в т. ч. система МОЗ	2442	1504	1539	1506	1475	1416	1377	1302
інші міністерства та відомства	229	208	152	147	135	124	116	114
приватної власності	92	81	84	90	104	131	147	162
Заклади, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	8993	9773	9962	10165	10373	10502	10567	10561
в т. ч. система МОЗ	6869	7875	8034	8182	8318	8437	8392	8370
інші міністерства та відомства	550	305	227	220	207	201	203	205
приватної власності	1574	1593	1701	1763	1848	1864	1972	1986
крім того, приватні кабінети	5510	4852	4986	5046	5344	5537	6055	6397
Всього лікарів	224876	185945	186234	186776	186178	185675	184713	179602
Забезпеченість на 10 тис. населення	49,3	43,5	43,7	44,0	44,1	44,2	44,3	43,4
Лікарі приватної практики	13000	13549	14063	15504	16671	18844	20563	22382
Кількість середнього медичного персоналу всього	466816	378880	371736	366756	360416	345364	330322	308758
Забезпеченість на 10 тис. населення	102,4	88,6	87,3	86,5	85,4	82,3	79,2	74,5
Із загальної кількості середнього медперсоналу – в приватних структурах	12462	11875	11862	12889	14239	16367	18754	20421

* - включаючи заклади інших міністерств і відомств та приватної форми власності

Мережа закладів системи МОЗ, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу на 1 січня 2021 р. нараховує 8 370 закладів (рис. 2.1), що на 22 заклади менше, ніж на аналогічний період 2020 р. Серед них:

- поліклініки в складі лікарняних закладів – 1 060 (2020 р. – 1 063);
- амбулаторії в складі лікарняних закладів та центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) – 5739 (2020 р. – 5 712);
- самостійні поліклініки та амбулаторії – 1228 (2020 р. – 1 221) (в т.ч. з числа самостійних закладів – ЦПМСД – 808 (2020 р. – 799));

– диспансери – 175 (2020 р. – 222);

– стоматологічні поліклініки – 168 (2020 р. – 174) [37, с. 62].

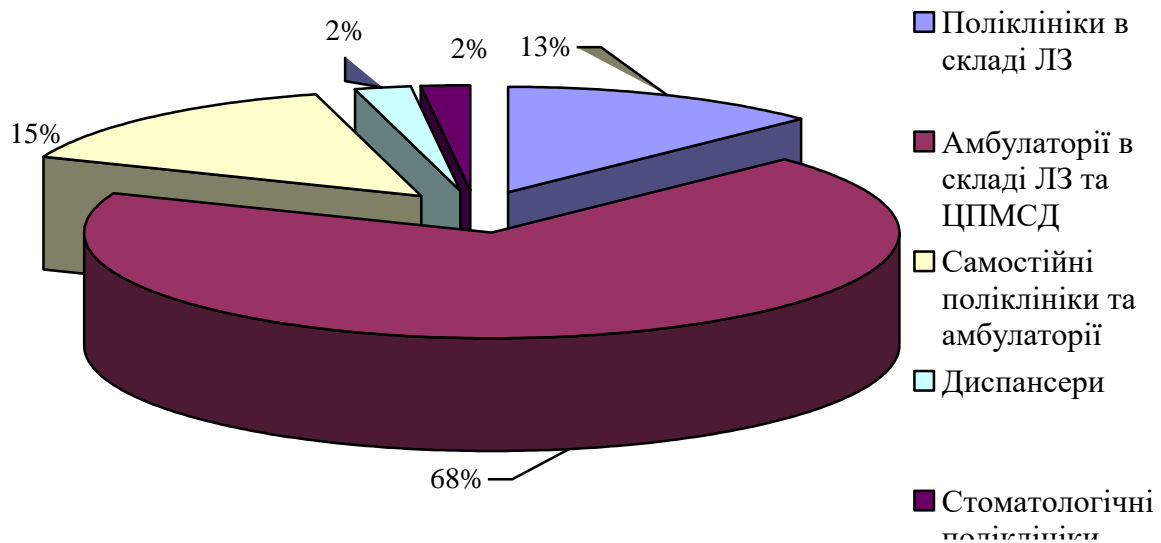


Рис. 2.1. Мережа закладів МОЗ, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу

Мережа закладів системи МОЗ, які надають стаціонарну допомогу нараховує 1302 лікарняних закладів, що на 75 закладів менше ніж у 2020 р. Серед них: 25 обласних лікарень; 27 обласних дитячих (включаючи «Охматдит»); 284 міських лікарень; 47 дитячих міських лікарень; 13 лікарень швидкої медичної допомоги; 29 госпіталів для інвалідів війни; 96 спеціалізованих лікарень; 424 центральних районних лікарень; 75 районних лікарень; 9 дитячих лікарень; 69 пологовий будинок; 56 психіатричні та наркологічні лікарні; 116 диспансерів зі стаціонарами; 32 інших закладів [37, с. 61]. Варто зазначити, що у порівнянні із 2020 р. найбільше скоротилася кількість диспансерів зі стаціонарами – на 41 заклад.

У системі МОЗ України на 1 січня 2021 р. зареєстровано 181 898 штатних лікарських посад. Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами лікарями в цілому становить 81,0 %, (в 2020 р. – 82,1%). Укомплектованість штатних посад лікарями в лікувально-профілактичних закладах становить 76,9 % (2020 р. – 78,3 %). В окремих типах закладів укомплектованість фізичними особами становить: в обласних лікарнях – 85,0 %, міських лікарнях – 76,2 %, ЦРЛ – 72,5 %, дільничних лікарнях – 80,5 %; в сільських лікарських амбулаторіях – 71,8 %. Розрив між штатними лікарськими посадами і фізичними особами складає

34 537, кількість посад зайнятих по сумісництву 7004, коефіцієнт сумісництва – 1,1 [37, с. 4]. Дані щодо забезпеченості населення лікарями МОЗ України у розрізі областей наведено у додатку Б, а відомості щодо медичних кадрів усіх відомств наведені у табл. 2.2 [37, с. 55].

Таблиця 2.2

Медичні кадри України, станом на 1 січня 2021 р.

	Всього	у тому числі					
		МОЗ України		інші міністерства та відомства		приватні структури	
		абс. дані	%	абс. дані	%	абс. дані	%
Всього лікарів (включаючи приватних), у т.ч.:	179 602	147 361	82,0	9 859	5,5	22 382	12,5
терапевти	33 551	27 570	82,2	2 740	8,2	3 241	9,6
хірурги	28 363	24 077	84,9	2 277	8,0	2 009	7,1
стоматологи	22 180	12 601	56,8	639	2,9	8 940	40,3
акушери-гінекологи	10 871	9 211	84,7	399	3,7	1 261	11,6
дерматовенерологи	3 127	2 317	74,1	163	5,2	647	20,7
онкологи	1 916	1 669	87,1	72	3,8	175	9,1
фтизіатри	1 600	1 541	96,3	56	3,5	3	0,2
педіатри	8 812	7 925	90,0	189	2,1	698	7,9
психіатри	3 069	2 844	92,7	167	5,4	58	1,9
сімейні лікарі	15 557	14 797	95,1	114	0,7	646	4,2
Середній медичний персонал	308 758	273 526	88,6	14 811	4,8	20 421	6,6

Дані табл. 2.2 свідчать, що в системі охорони здоров'я України станом на 1 січня 2021 р. працювало 179 602 лікарів, із яких 82 % (або 147 361 лікар) працювали в медичних закладах системи Міністерства охорони здоров'я України, 12,5 % (22 382 лікарів) в приватних структурах та 5,5 % (9 859 лікарів) в медичних закладах інших міністерств та відомств.

Із загальної кількості середнього медичного персоналу (308 758 осіб) 88,6 % (або 273 526 осіб) працювали в медичних закладах системи МОЗ, 6,6 % (20 421 особа) – в приватних структурах та 4,8 % (14 811 осіб) – в медичних закладах інших міністерств та відомств.

У закладах системи МОЗ на лікарських посадах працює 2,8 тис. осіб з вищою немедичною освітою, переважно в лікувально-профілактичних закладах: на посадах лікарів-лаборантів – 1919, лікарів статистиків – 183, лікувальної фізкультури – 32, психологів – 55.

Зміна динаміки кількості лікарів та середнього медичного персоналу сфери охорони здоров'я України, включаючи заклади інших міністерств і відомств та приватної форми власності, 2010-2020 рр. наведена на рис. 2.2. Як свідчать дані рис. 2.2 за десять років кількість лікарів в Україні зменшилася на 45 274 фахівців (або 20,13 %), середнього медичного персоналу на 158 058 (або 33,85 %).

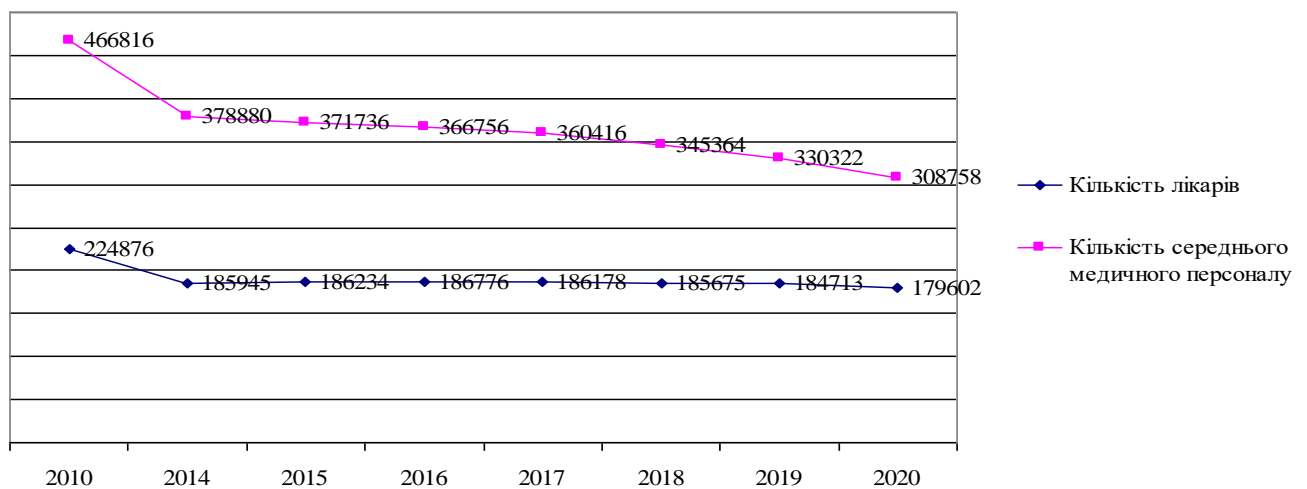


Рис. 2.2. Кількість лікарів та кількість середнього медичного персоналу, 2010-2020 рр.

На початок 2021 р. кількість вакантних посад лікарів в цілому становила 27 533, що на 2 842 вакантні посади більше ніж у попередньому році (24 691). У лікувально-профілактичних закладах кількість вакантних посад – 22381 (2019 р – 19 650), у т.ч. в закладах, які надають медичну допомогу переважно сільському населенню: в ЦРЛ – 5056 (2019 р. – 4649), районних лікарнях – 399 (2019 р. – 319), дитячих лікарнях – 9 (2019 р. – 5), сільських лікарських амбулаторіях – 1660 (2010 р. – 1646). Таким чином, збільшення вакантних посад відбулося у всіх медичних закладах системи МОЗ.

Станом на 1 січня 2021 р. залишались вакантними 1683 посади лікарів-терапевтів, 1051 посада лікаря-педіатра, 951 посада лікаря-хірурга, 804 посади лікарів-акушерів-гінекологів, 1334 посади анестезіологів, 364 посади лікарів-фтизіатрів, 3281 посада лікарів загальної практики-сімейної медицини, 715 посад лікарів-лаборантів, 1017 посад лікарів стоматологів [37].

Кількість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою на початок 2021 р. становила 309 110, що на 22 695 посад менше ніж у 2020 р. (331 805 посади). Укомплектованість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою фізичними особами в цілому – 88,5 % (2018 р. – 91,1%, 2019 р. – 89,2 %), в лікувально-профілактичних закладах 84,6 % (2018 р. – 86,3 %, 2019 р. – 78,3 %).

У закладах системи МОЗ України налічується 147 361 лікар (2019 р. – 154 265 лікарів) та 273 526 (2019 р. – 296 054) молодших спеціалістів з медичною освітою. Показник забезпеченості лікарями на 10 тис. населення становить – 35,6 (2018 р. – 37,4; 2019 р. – 37,0). Високі показники забезпеченості лікарями утримуються в регіонах, де функціонують вищі медичні навчальні заклади III-IV рівнів акредитації. Нижчі показники забезпеченості лікарями залишаються в областях: Херсонській – 26,8, Миколаївській – 27,0; Кіровоградській – 30,6; Київській 31,7; Закарпатській – 32,1.

Серед практикуючих лікарів значний відсоток осіб пенсійного віку – 23,6 або 34713 лікарів (2019 р. – 24,6; 2020 – 24,7 %). Кількість осіб пенсійного віку серед молодших спеціалістів з медичною освітою становить 11 % або 30 012 осіб (2018 р. – 12,7 %; 2019 – 12,5 %).

Забезпеченість молодшими спеціалістами з медичною освітою в Україні становить 66,0 на 10 тис. населення (2018 р. – 74,4; 2019 р. – 70,9). Нижчі за середній показники в Миколаївській області – 60,8; Одеській області – 61,3, Харківській – 62,1 та у м. Києві – 62,4.

Співвідношення між лікарями і середніми медпрацівниками становить 1:1,9.

Кількість лікарів у лікувально-профілактичних закладах (без керівників та їх заступників, стоматологів, статистиків, методистів) в 2020 р. становила 100 436 або 24,2 на 10 тисяч населення (2019 р. – 24,7). Показники забезпеченості

лікарями-лікувальниками вищі за середній в Івано-Франківській області – 33,2; м. Києві – 32,4; Львівській – 32,3 Чернівецькій – 31,2. Нижчі показники забезпеченості в областях: Миколаївській – 20,6; Херсонській – 21,2; Кіровоградській – 23,0.

За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ забезпеченість лікарями на 10 тис. населення в Європейському регіоні становить – 32,2. Зокрема, забезпеченість лікарями на 10 тисяч населення у Швеції та Фінляндії коливається в межах 33, у Франції та Німеччині – 34, в Італії – 37, у Норвегії – 38, у Литві – 40, у Латвії – 31, у Великобританії – 23 та в Польщі – 20.

Незважаючи на той факт, що у закладах охорони здоров'я активно впроваджуються засади сімейної медицини, чисельність сімейних лікарів (а саме – 14 797) дещо зменшилася у порівнянні із 2019 р. (15 029). Із загальної кількості сімейних лікарів атестовано 10 132 або 68,5 % [37].

За офіційною інформацією НСЗУ 79,3 % населення України обрали свого лікаря [23]. Станом на кінець 2021 р. майже 33 млн. жителів України обрали й підписали декларації з лікарями первинної ланки. Наразі НСЗУ має укладені договори з понад тисячами закладів охорони здоров'я первинної ланки, включаючи 1 254 комунальних та 259 приватних закладів, та з 577 ФОП (1 148 сімейних лікарів) для надання гарантованого пакету послуг первинної медичної допомоги населенню, яке підписало декларації [90]. Пакет послуг первинної медичної допомоги та формула оплати є чітко визначеними; встановлено уніфіковані ставки/тарифи, а також впроваджуються нові пакети програми медичних гарантій для надавачів первинної медичної допомоги.

Проведені соціологічні опитування показують стабільно високий рівень довіри населення до свого сімейного лікаря (рис. 2.3) [6, с. 122].

Як свідчать дані рис. 2.3 задоволеність громадян сімейним лікарем за 2017-2020 рр. зросла на 12 %, від 61 % у 2017 р. до 73 % у 2020 р.

У системі охорони здоров'я продовжується реорганізація мережі закладів, в основному за рахунок реорганізації дільничних та малопотужних міських лікарень в лікарські амбулаторії з подальшим введенням їх до складу ЦПМСД. Фельдшерсько-акушерські пункти вводяться до складу ЦПМСД як

відокремлені структурні підрозділи. Укомплектованість сільських лікарських амбулаторій в цілому лікарями (фізичними особами) становить 77,9 %, при цьому в 512 амбулаторіях жодна лікарська посада на початок 2021 р. не укомплектована основним працівником (2018 р. – 453; 2019 р. – 540). Укомплектованість ФАПів молодшими спеціалістами з медичною освітою становить – 88,0 % (2018 р. – 88,9; 2019 – 88,6 %). Разом з тим у 1 498 ФАПх на початок 2021 р. жодна штатна посада молодшого спеціаліста з медичною освітою не укомплектована основним працівником (2018 р. – 1 221; 2019 – 1 580).

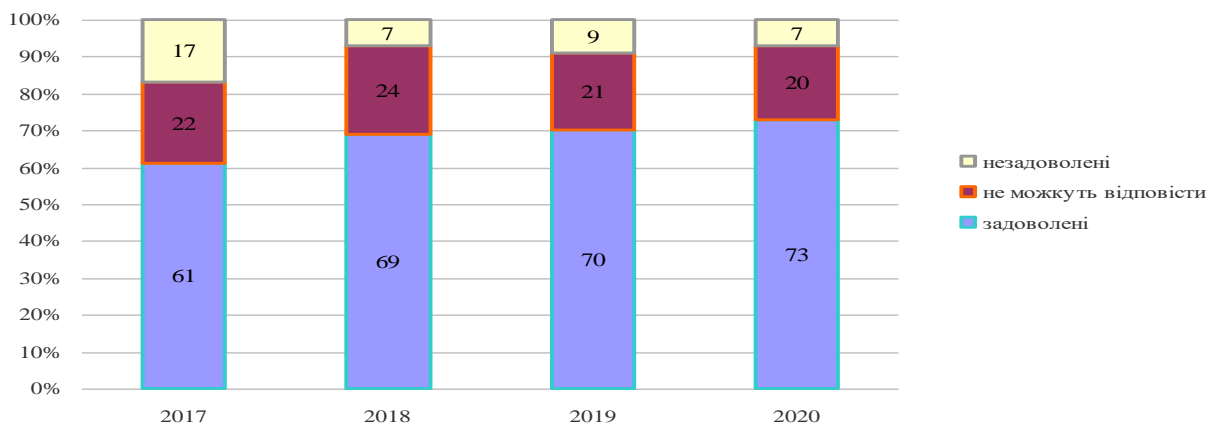


Рис. 2.3. Задоволеність громадян сімейним лікарем, 2017-2020 рр.

Кількість лікарів, які мають кваліфікаційну категорію на початок 2021 р. становила 99028 або 67,2% від загальної кількості лікарів (в 2019 р. 68,8%). У закладах системи МОЗ працює 60 607 лікарів вищої категорії (2019 р. – 63 144), що становить 61,2 % від усіх лікарів, які мають категорію, 25499 (25,8%) – першої категорії, 12922 (13,0%) – другої категорії. Кількість атестованих молодших спеціалістів з медичною освітою становить – 197 859 або 72,3 % (2018 р. – 72,5 %; 2019 р. – 73,2 %).

Структура лікарських кадрів за спеціальностями наведено на рис. 2.4 [37].

У вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах III-IV рівнів акредитації, навчається 56,4 тис. студентів, із яких 23,5 тис. – за державним замовленням та 32,9 тис. за кошти юридичних та фізичних осіб. У 2020 р. кадровий склад сфери охорони здоров'я поповнився на 11,8 тис. фахівців (2018 р. –

11,5 тис. ; 2019 р. – 11,3 тис.). У 2020 р. підготовку медичних кадрів у вищих навчальних закладах здійснювали 1934 докторів наук та 7252 кандидатів наук (2019 р. докторів наук – 1937, кандидатів наук – 7299).

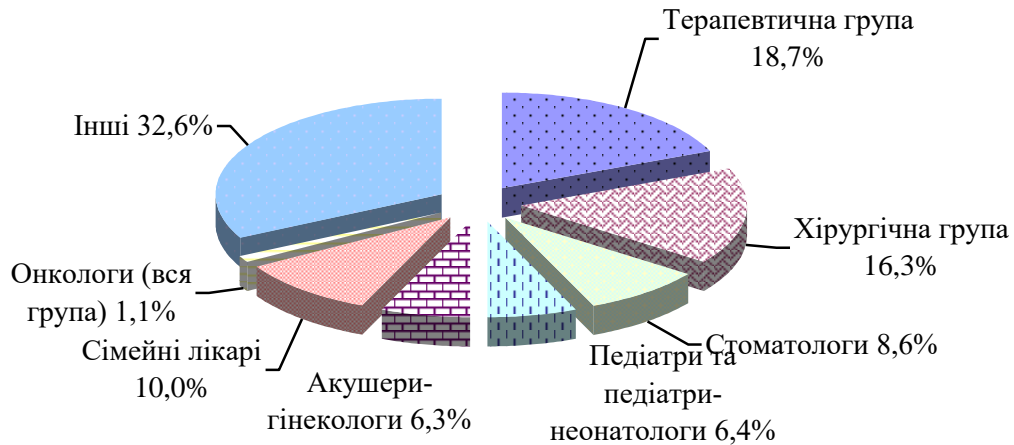


Рис. 2.4. Структура лікарських кадрів за спеціальностями, 2020 р.

У 2020 р. у вищих медичних навчальних закладах I-II рівнів акредитації навчалося 51,2 тис. осіб (у 2019 р. – 53,9 тис.). Випущено молодших спеціалістів з медичною освітою у 2019 р. – 16,0 тис. (2019 р. – 17,1 тис.) [37].

З 1 квітня 2019 р. НСЗУ адмініструє програму реімбурсації лікарських засобів «Доступні ліки», що була впроваджена у 2017 р. для зменшення фінансового навантаження на пацієнтів та збільшення доступності ліків. Станом на 1 липня 2022 р. 1 217 аптечних закладів мають місця відпуску «Доступних ліків», із яких 6,13 % – комунальні аптеки, 88,6 % – приватні аптечні заклади та 5,0 % – ФОПи. Загальна кількість місць відпуску «Доступних ліків» у аптечних закладах всіх форм власності – 10 815 [23].

Як уже зазначалося у попередньому розділі, в системі охорони здоров'я значну частку має приватний сектор. Нині в охороні здоров'я функціонує понад 28 тис. приватних медичних закладів, серед яких найбільшу чисельність становлять аптеки 71,6 % та кабінети приватних лікарів близько 21 % приватного медичного сектору. Аналізуючи ринок приватних медичних установ варто зазначити, що основна частка зосереджена загалом в урбанізованих районах країни. Домінуючу частку ринку медичних послуг станом на початок 2019 р.

займає місто Київ із показником у 48,4 %, наступними областями зі значною кількістю медичних закладів є Харківська (11,3 %), Дніпропетровська (10,4 %), Одеська (7 %) та Львівська (6,6 %) (рис. 2.5). Зазвичай приватні медичні заклади зосереджені в обласних центрах із значною чисельністю населення, де відбувається стрімке економічне зростання, що являється вигідною умовою для розвитку та становлення приватної медицини [29, с. 109-110].

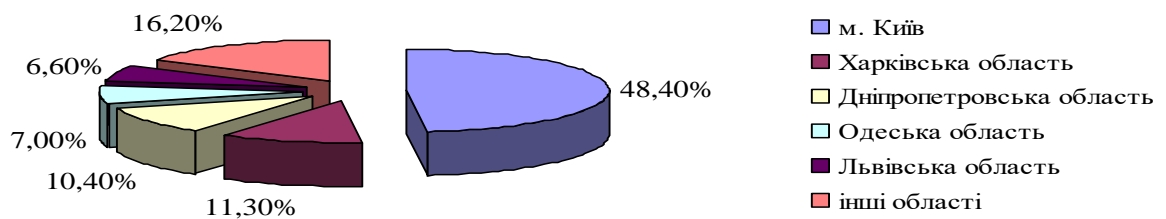


Рис. 2.5. Регіональна структура ринку приватних медичних послуг в Україні у 2019 р., %

Прикладом успішності функціонування приватного закладу у сфері охорони здоров'я є діяльність Товариства з обмеженою відповідальністю «Валеолайф», що засноване у 2016 р. у м. Дніпро. Додатково до основного виду економічної діяльності у сфері охорони здоров'я «Валеолайф» впроваджує діяльність за такими напрямками: оптова торгівля фармацевтичними товарами; діяльність лікарняних закладів; загальна медична практика; спеціалізована медична практика; роздрібна торгівля фармацевтичними товарами в спеціалізованих магазинах; роздрібна торгівля медичними й ортопедичними товарами в спеціалізованих магазинах; надання в оренду й експлуатацію власного чи орендованого нерухомого майна.

ТОВ «Валеолайф» був другим приватним медичним закладом у м. Дніпро, який заключив договір на обслуговування населення за програмою

медичних гарантій. Станом на 1 серпня 2022 р. окремий структурний підрозділ лікувально-профілактичного профілю медичний центр «Валеодіагностик» налічує 12 350 діючих декларацій з пацієнтами, працює 2 філії в Чечелівському районі міста, штат працівників налічує 38 осіб: 5 осіб – адміністрація закладу, 11 осіб – лікарі первинної ланки (4 терапевти, 5 лікарів загальної практики-сімейних лікарів, 2 педіатри), 9 осіб – лікарі вузької спеціалізації (4 лікаря з ультразвукової діагностики, 2 лікаря з функціональної діагностики, 1 лікар-ендокринолог, 1 лікар-гастроентеролог, 1 лікар-гінеколог), 5 осіб – молодших спеціалістів з медичною освітою за напрямком підготовки «Сестринська справа», 6 осіб – медичні реєстратори та 2 прибиральника службових приміщень.

«Валеолайф» надає громадянам України та іноземним громадянам амбулаторно-поліклінічну та консультативно-діагностичну допомогу за спеціальностями: організація і управління охороною здоров'я, загальна практика-сімейна медицина, терапія, педіатрія, ендокринологія, неврологія, алергологія, гастроентерологія, каріологія, ультразвукова діагностика, функціональна діагностика, офтальмологія, отоларингологія, дерматовенерологія, хірургія, онкологія, дитяча ендокринологія, дитяча імунологія, дитяча офтальмологія, дитяча неврологія, дитяча хірургія, дитяча кардіоревматологія, дитяча гастроентерологія, сестринська справа.

Отже, приватний сектор сфери охорони здоров'я є величезним резервом для надання доступних та якісних медичних послуг, проте існує ряд проблемних питань, які сповільнюють темпи розвитку приватного сектору сфери охорони здоров'я, до яких відносяться: недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я, дещо диспропорційні умови конкуренції приватних медичних установ із державними та відомчими лікувально-профілактичними закладами у зв'язку з різними умовами доступу до матеріальних та адміністративних ресурсів; висока вартість медичних послуг у приватних медичних закладах; непрозорий ринок медичних послуг через цілком повну відсутність статистичних даних в приватному секторі охорони здоров'я; недостатня чисельність орендованих приміщень для відкриття приватних медичних установ та кваліфікованого медичного персоналу та ін.

Автоматизація управління медичною інформацією та ведення обліку медичних послуг для реалізації прав пацієнтів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів, запровадження у сфері медичного обслуговування населення електронного документообігу за програмою медичних гарантій є головними завданнями електронної системи охорони здоров'я [6, с. 121].

Впровадження електронної системи охорони здоров'я eHealth є одним із найбільших здобутків медичної реформи. Ключове завдання eHealth, впровадження якої почалося одночасно зі стартом медичної реформи в Україні, – наблизити стандарти надання медичної допомоги до європейського рівня і надати громадянам доступ до якісних медичних послуг.

У загальному розумінні електронна система eHealth – це сукупність інформаційних сервісів для лікарів, пацієнтів і державних органів системи охорони здоров'я, призначених для систематизації всієї медичної інформації. Для медичних установ – це автоматизовані інструменти управління робочими процесами – медичні інформаційні системи. Для пацієнтів – зручні веб-сервіси та мобільні додатки для дистанційного запису до лікаря, доступу до власної медичної інформації та онлайн консультацій. Для органів публічного управління сферою охорони здоров'я медична програма eHealth – це джерело даних про роботу всієї системи охорони здоров'я, які є базою для ухвалення стратегічних управлінських рішень. Головне завдання eHealth – надати необхідні інструменти управління і контролю за використанням медичних і фінансових ресурсів держави, створення умов для прозорості ринкової конкуренції в сфері медичних послуг. У цілому, eHealth об'єднує в єдиний інформаційний простір різні галузі охорони здоров'я: медичну практику, управління закладами охорони здоров'я, медичне право, фармацевтичну галузь, інформаційні сервіси для пацієнтів [101].

Переваги використання електронних рецептів в сфері охорони здоров'я наведені на рис. 2.6 [6, с. 124].

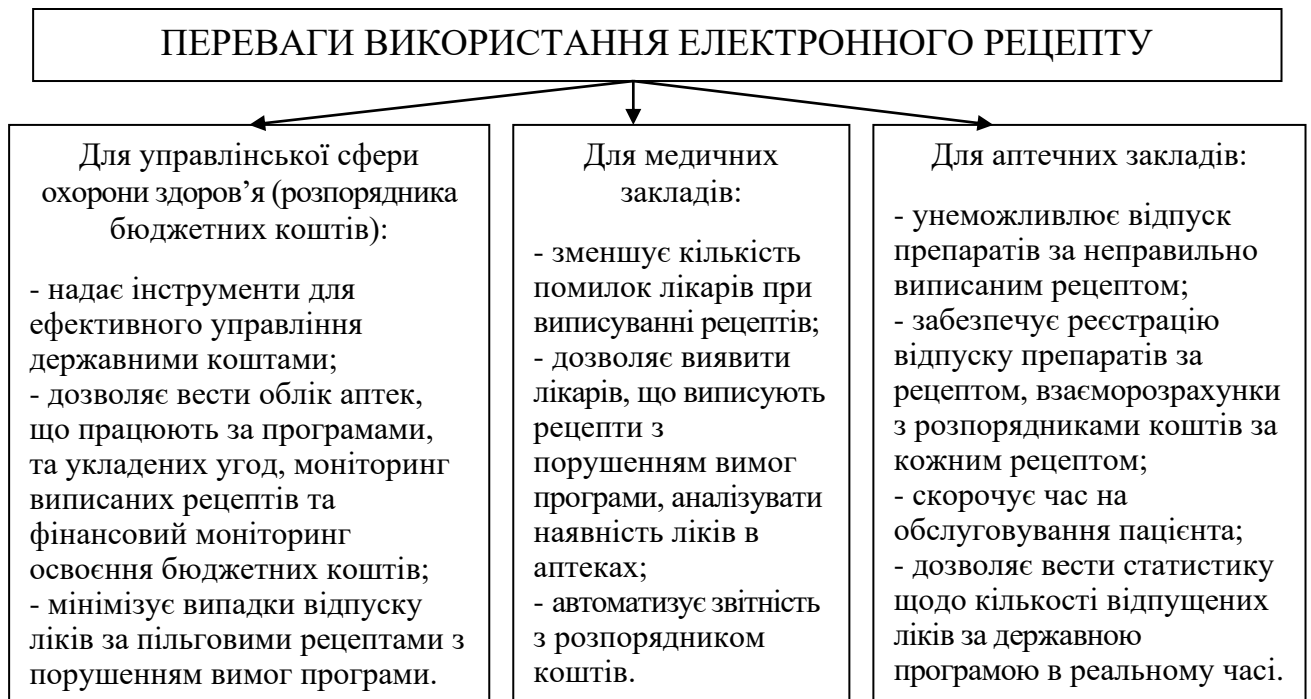


Рис. 2.6. Переваги використання електронного рецепту в сфері охорони здоров'я

Аналіз офіційної статистики у сфері охорони здоров'я, наукової літератури за проблематикою дослідження та власний багаторічний професійний досвід практикуючого лікаря дають підстави для виділення наступних проблемних питань у функціонуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я в Україні:

- недосконалість чинного законодавства у сфері охорони здоров'я;
- видатки на охорону здоров'я в Україні щороку зростають, але досі не наближаються до світових показників щодо частки ВВП. Так, у 2021 р. видатки на послуги, які покриваються програмою медичних гарантій для спеціалізованої медичної допомоги, зросли майже вдвічі (86 млрд. у 2021 р. проти 49 млрд. у 2019 р.). Загальні видатки на програму медичних гарантій у 2021 р. становлять близько 3 % ВВП країни [90];
- незавершеність медичної реформи;
- існуюча система надання медичних послуг містить суттєві диспропорції з надлишковим акцентом на спеціалізованій медичній допомозі – амбулаторних послугах вузьких фахівців у поліклініках і стаціонарному лікуванні в лікарнях [90];
- скорочення чисельності медичних працівників (як лікарів, так і середнього медичного персоналу);

- неукомплектованість посад як лікарів, так і середнього медичного персоналу;
- регіональна диспропорція в кадровому забезпеченні (як між різними регіонами країни, так і між міською та сільською місцевостями);
- функціонування паралельних відомчих систем охорони здоров'я, що посилює фрагментарність медичних послуг для населення, диспропорції у фінансуванні послуг різних надавачів та порушує принципи справедливості при отриманні послуг громадянами [90];
- незадовільна ситуація з кадровим забезпеченням управлінської ланки сфери охорони здоров'я, яка характеризується недостатнім рівнем фахової підготовки [32];
- значне зниження якості кадрів системи охорони здоров'я України, яке проявляється у низькій конкурентоспроможності випускників вищих медичних навчальних закладів України та збільшенням числа кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок міжгалузевої та трудової міграції [96, с. 80];
- залежність медичної допомоги від якості комп'ютерної техніки, її відсутність у деяких пацієнтів та нестабільність інтернет-з'єднання [32];
- обов'язкове відвідування лікаря загальної практики для направлення до вузьких спеціалістів;
- суттєві відмінності у стані закладів охорони здоров'я та якості медичних послуг між обласними центрами, містами та сільськими населеними пунктами;
- низький рівень профілактичних заходів щодо зниження захворюваності населення та ін.

Саме на подолання існуючих викликів та викорінення недоліків й має бути направлена діяльність органів публічного управління сферою охорони здоров'я.

2.3. Особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації

В умовах децентралізації влади в Україні публічне управління сферою охорони здоров'я розглядається як взаємодія саморегуляційних можливостей

децентралізованих органів управління галуззю і зовнішнім державним управлінням, яке забезпечується моніторингом та оцінюванням діяльності системи охорони здоров'я заради досягнення поставленої мети – всебічного задоволення потреб суспільства в цілому та кожного громадянина зокрема в якійсній медичній допомозі [86].

У зв'язку з цим реформування публічного управління та децентралізація влади в Україні, як безпосередньо, так і опосередковано, через зміни у функціонуванні закладів охорони здоров'я, впливає на рівень громадського здоров'я, і як результат – на середню тривалість життя населення. Забезпечення оптимальної якості медичної допомоги на основі впровадження нових управлінських та фінансових відносин між державою та закладами охорони здоров'я є основою забезпечення оптимальної якості життя населення, що, зрештою, є метою перетворень в економічній, політичній та соціальній сферах життєдіяльності суспільства. Таким чином, децентралізація управлінських та фінансових відносин у системі охорони здоров'я є органічною складовою прогресу суспільства як цілісної системи і забезпечується багаторівневою системою публічного управління.

Відповідно до ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», до власних (самоврядних) повноважень територіальних громад належать: управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам; організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; організація медичного обслуговування населення. Водночас, серед делегованих повноважень територіальних громад: забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території; забезпечення розвитку медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності; визначення потреб та формування кадрових замовлень для цих закладів [63].

Стаття 13 Закону України «Про систему громадського здоров'я» [69] визначає, що органи місцевого самоврядування у порядку та в межах повноважень, визначених законом, приймають рішення з питань, пов'язаних із налагодженням та підтримкою міжсекторальної взаємодії в системі громадського здоров'я на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці, з дотриманням

вимог Закону України «Про систему громадського здоров'я». Повноваженнями органів місцевого самоврядування у сфері громадського здоров'я є:

- забезпечення проведення медико-санітарних заходів на територіях населених пунктів, у місцях масового відпочинку населення та рекреаційних зонах, здійснюють діяльність, спрямовану на запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб, локалізацію і ліквідацію їх спалахів та епідемій, у тому числі щодо вирішення питань фінансового та матеріально-технічного забезпечення таких заходів;

- організація ведення обліку, здійснення первинного аналізу та внесення інформації, що стосується здоров'я населення на відповідній території, у систему обліку та аналізу даних щодо інфекційних хвороб та неінфекційних хвороб у встановленому порядку;

- участь у здійсненні комплексу заходів, спрямованих на ліквідацію епідемій, спалахів інфекційних хвороб та їх наслідків;

- затвердження та фінансування виконання місцевих програм громадського здоров'я, участь у розробленні та виконанні державних і регіональних програм у цій сфері;

- участь у засіданнях Державної комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій, відповідних регіональних та місцевих комісій за запрошенням, встановлення обмежувальних протиепідемічних заходів відповідно до ст. 22 Закону України «Про систему громадського здоров'я»;

- забезпечення взаємодії з центрами контролю і профілактики хвороб на відповідній території;

- вирішення інших питань у сфері громадського здоров'я в межах повноважень, визначених законом [69].

У ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлено, що з метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню створюється госпітальний округ [48]. А постановою Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074 «Деякі питання створення госпітальних округів» затверджено порядок створення

госпітальних округів, який, у свою чергу, визначив механізм створення, управління та функціонування госпітальних округів [20]. Згідно з п. 6 даної постанови суб'єктами госпітального округу є заклади охорони здоров'я та фізичні особи-підприємці, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення на території госпітального округу. Виходячи з цього, всі заклади охорони здоров'я, власниками яких є територіальні громади, є суб'єктами госпітального округу.

Госпітальний округ – впорядкована на певній території мережа медичних закладів оптимальної кількості та складу, з раціональним розподілом навантаження на лікарів і максимально ефективним використанням медичного обладнання, яка відповідає практичним потребам і спроможності місцевої громади. При цьому чисельність населення, що проживає на території округу, не має перевищувати 120 тис. осіб, а можливість доїзду від центру округу до будь-якого з населених пунктів має не перевищувати однієї години. Водночас, багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб.

Госпітальні округи створюються з метою організації мережі закладів охорони здоров'я на території АРК та областей у спосіб, що забезпечує:

- реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я;
- систематичну взаємодію між учасниками госпітального округу, а також із надавачами інших видів медичної допомоги (первинної, третинної медичної допомоги, паліативної допомоги та медичної реабілітації), фармацевтичних послуг;
- поступове формування спроможної мережі надавачів медичних послуг для гарантованого своєчасного доступу населення до послуг вторинної (спеціалізованої) та госпітального етапу екстреної медичної допомоги належної якості;
- ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій для розвитку спроможної мережі надавачів медичних послуг;
- транспортну доступність до закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) та госпітального етапу екстреної медичної допомоги;

– модернізацію системи надання вторинної (спеціалізованої) та госпітального етапу екстреної медичної допомоги [20].

У межах кожного госпітального округу має бути сформована, відповідно до визначених критеріїв, оптимальна медична мережа, що передбачає наявність: багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування; багатопрофільної дитячої лікарні інтенсивного лікування; лікарні відновного (реабілітаційного) лікування; лікарні планового лікування (клінічної лікарні); патологоанатомічного центру; хоспісу; спеціалізованого медичного центру (за напрямками); центру з медичних консультацій і діагностики; служби швидкої медичної допомоги.

Адміністративним центром госпітального округу визначається населений пункт, як правило, місто з населенням понад 40 тис. осіб, у якому розміщена багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня. Визначення меж госпітального округу здійснюється таким чином, щоб населення відповідної території мало доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 січня 2020 р. № 23-р затверджено перелік опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 р. [57]. У Дніпропетровській області відповідно до розпорядження визначено 15 опорних лікарень у госпітальних округах.

З початку формування госпітальних округів органи місцевого самоврядування, громадські організації, колективи закладів охорони здоров'я, медичні профспілки та громадяни висловлювали різні погляди щодо умов і порядку формування госпітальних округів, що свідчить про наявність суттєвих проблем у цій сфері. До них насамперед належать: відсутність конструктивної співпраці з питань формування госпітальних округів між різними гілками виконавчої влади, а також органами місцевого самоврядування; недосконалість нормативно-правового забезпечення процесу створення госпітальних округів; неузгодженість функціонування госпітальних округів з новими принципами фінансування медичної галузі; непередбаченість участі місцевих рад у процесі формування госпітальних округів; незбігання меж госпітальних округів з межами новосформованих територіальних громад; недооцінка регіональних особливостей при формуванні госпітальних округів та ін. [5; 7; 17].

Після укрупнення районів згідно з постановою Верховної Ради України «Про утворення та ліквідацію районів» від 17 липня 2020 року № 807 [74] та передачі закладів охорони здоров'я вторинного рівня з районної у комунальну власність територіальних громад гостро постали питання наявної медичної інфраструктури вторинного рівня та наближення до мешканців територіальних громад спеціалізованих медичних послуг [5]. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 січня 2020 р. «Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року» затверджено перелік опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року. Однак, цілком логічним є їхній перегляд за пропозиціями відповідних госпітальних рад.

Згідно з п. 7 постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» від 27 листопада 2019 р. № 1074, визначено, що рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська чи Севастопольська міські держадміністрації для визначення проблемних питань, координації дій, розроблення пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, а також щодо організації надання медичної допомоги в госпітальному окрузі, утворюють госпітальну раду як консультативно-дорадчий орган при раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київській чи Севастопольській міських держадміністраціях [20].

Варто зазначити, що в Україні й досі одна з найбільш неефективних серед європейських країн мережа закладів охорони здоров'я, проблеми якої пов'язані з відсутністю системи планування таких закладів та практикою сталої співпраці місцевих громад з керівниками закладів охорони здоров'я щодо їхнього утримання та розвитку. Тому центральним елементом медичної реформи в аспекті реформування та впорядкування мережі закладів охорони здоров'я стало затвердження Порядку створення госпітальних округів та госпітальних рад. Завданням госпітальних рад є аналіз і планування того, яким чином розвиватимуться заклади охорони здоров'я, розташовані в різних населених пунктах, сусідніх містах та селах, котрі входять до одного госпітального округу [5].

Ключовим процесом в даному випадку є створення спільного плану дій, а саме як такі заклади охорони здоров'я будуть розвиватися не окремо один від одного, а усі разом. Кінцева мета – забезпечення повного комплексу спеціалізованих медичних послуг для жителів госпітального округу. Саме відповідальні особи на місцях через госпітальні ради мають зробити так, щоб підпорядковані їм заклади охорони здоров'я працювали максимально ефективно як єдина система. Адже туди, де буде багато пацієнтів, і поїдуть кваліфіковані фахівці, а зрештою, і підуть кошти НСЗУ.

Відтак, долю закладів охорони здоров'я, які знаходяться в самих територіальних громадах, мають вирішувати насамперед представники громад. Це дозволить, як мінімум, чітко контролювати процес та уникнути небажаних для громади результатів. Більше того, це можливість суттєво підвищити якість життя в громадах. Основна мета запровадження госпітальних округів та госпітальних рад – наближення до мешканців громад високоякісних спеціалізованих медичних послуг, наприклад, кардіохірургія, нейрохірургія, діаліз тощо. Допомога, яку мешканці громад раніше могли отримувати лише в обласному центрі, зараз має надаватися в багатопрофільних лікарнях інтенсивного лікування.

Варто зазначити, що децентралізація публічного управління сферою охорони здоров'я – складна система заходів, що передбачає застосування різноманітних інструментів та стратегій з метою ефективного використання обмежених бюджетних ресурсів та залучення додаткових джерел фінансування на основі визначення обов'язків та відповідальності в трикутнику суспільних відносин (органи управління, заклади охорони здоров'я, громада) задля збереження та охорони здоров'я населення України [86].

Оптимізація медичної інфраструктури є надзвичайно важливою проблемою під час реформування системи охорони здоров'я України, адже відповідно до реформи бюджетної децентралізації, утримання медичних закладів знаходиться у безпосередньому підпорядкуванні органів місцевого самоврядування. Таким чином, повноваження з розподілу коштів на потреби медичної інфраструктури перейшли з центрального на територіальний рівень: органи місцевого

самоврядування мають змогу самостійно визначати пріоритети для розвитку медичних закладів, підпорядкованих їхній компетенції [100]. З одного боку – це дозволяє створити конкурентні умови для оптимізації, утримання і розвитку закладів медичної інфраструктури та підвищення якості медичних послуг, з іншого – відсутність чи недостатність медичної субвенції стають суттєвими перешкодами на шляху ефективного функціонування медичних закладів.

Згідно офіційної статистики мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ, що фінансуються з місцевих бюджетів станом на 1 січня 2021 р. нараховувала 3031 медичний заклад, із них:

- лікарень – 1156;
- диспансерів – 173;
- самостійні амбулаторно-поліклінічні заклади – 1220 (з них центрів первинної медико-санітарної допомоги – 808);
- стоматологічні поліклініки – 162;
- центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф – 25;
- будинки дитини – 38;
- санаторії – 65;
- бюро судово-медичної експертизи – 25;
- патанатомічні бюро – 13 ;
- центри громадського здоров'я та центри здоров'я – 27;
- центри медичної статистики – 13;
- фахові медичні навчальні заклади – 85;
- інші медичні заклади – 29 [37, с. 60].

Запроваджений з 2017 р. принцип «гроші йдуть за пацієнтом» за прямою угодою з лікарями первинної ланки, чітко визначає обсяг послуг для медичних працівників. Лікарі первинної медико-санітарної допомоги можуть вибрати будь-яку форму організації – ФОП, поліклініку, амбулаторію, центр первинної медико-санітарної допомоги. Витрати на оплату праці оплачуються з розрахунку на душу населення (відповідно до кількості укладених лікарями контрактів і дотриманням медичних контрактів на лікування та діагностику).

Надані медичні послуги не «прив'язані» до місця проживання. Пацієнти можуть вибирати не тільки фахівців в лікарні, де вони живуть, а й лікарів або медичних працівників інших установ, які працюють як приватні підприємці. Таким чином, фінансування лікарень визначається кількістю угод, укладених між жителями громади та лікарями, незалежно від місця розташування об'єкта та місця проживання. Цей метод покликаний допомогти поліпшити рівень медичного обслуговування населення і підвищити зацікавленість органів місцевого самоврядування в поліпшенні матеріальної бази базових установ [82, с. 106].

Як цілком слушно зазначає Д. Гавриченко, складність і водночас масштабність реформи охорони здоров'я полягає в тому, що вона здійснювалася паралельно з процесами децентралізації [7, с. 73]. Ключовими змінами для системи охорони здоров'я в умовах децентралізації, на думку науковця, є такі (рис. 2.7) [7, с. 74].



Рис. 2.7. Ключові зміни для охорони здоров'я в умовах децентралізації

Таким чином, децентралізаційна реформа та медична реформа змінили роль органів місцевого самоврядування в системі публічного управління сферою охорони здоров'я, адже органи місцевого самоврядування базового рівня (сільські, селищні, міські ради) отримали нові повноваження з управління медичними закладами – комунальними некомерційними підприємствами. У світлі процесу децентралізації було зроблено багато кроків для поліпшення фінансування системи охорони здоров'я. А з 2016 р. у місцевому бюджеті виділяються кошти на об'єкти фінансування територіальних громад, у тому числі й на медичні заклади. Нині саме органи місцевого самоврядування мають повноваження і ресурси для розвитку медичних закладів на території своєї громади.

Водночас, як зазначають автори проекту «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року», процеси адміністративно-територіальної реформи і децентралізація управління медичними закладами мають певні прогалини в забезпеченні спроможності територіальних громад управляти системою охорони здоров'я на місцевому рівні. Отримавши більш широкі повноваження, територіальні громади в особі їхніх керівників не були завчасно підготовлені до управління сферою охорони здоров'я. Це часто призводить до помилкових рішень щодо розвитку медичних закладів без урахування потреб і кількості населення, безпеки медичної допомоги, закупівлі невідповідного обладнання, проведення будівельних робіт або створення нових закладів охорони здоров'я. Також виникає необхідність тісної взаємодії кількох територіальних громад для підтримки закладів охорони здоров'я, які обслуговують їхнє населення, що наразі є значною проблемою на практиці. А в інших випадках великі територіальні громади, маючи у власності кілька, або навіть десятки медичних закладів, намагаються розвивати їх без взаємодії з іншими громадами та обласним рівнем управління охороною здоров'я [90].

Отже, органи місцевого самоврядування здійснюють планування розвитку мережі закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, приймають рішення про створення, припинення, реорганізацію чи перепрофілювання закладів охорони здоров'я самостійно з урахуванням плану розвитку госпітального округу. Як цілком слушно зазначає Д. Гавриченко, кожна громада повинна визначитися зі своїми функціями щодо розвитку ефективних госпітальних округів та з можливостями й очікуваннями стейколдерів на містах (рис. 2.8) [7, с. 75]. Це передусім важливо, щоб зробити всі необхідні медичні послуги однаково доступними для всіх членів територіальної громади та створити оптимальну мережу медичних закладів. Оптимальною є мережа, потужність якої пропорційна кількості мешканців громади і медичні заклади якої надають різні послуги, що не дублюються.

Органи місцевого самоврядування шляхом затвердження стратегічного та фінансового плану медичних закладів визначають, як саме той чи інший

медичний заклад у громаді буде розвиватися. Органи місцевого самоврядування мають щонайменше три способи фінансово посилювати спроможність медичних закладів своєї територіальної громади:

- відповідно до Бюджетного кодексу місцева влада фінансує оплату комунальних послуг медичного підприємства:

- через капітальні інвестиції місцева влада може здійснювати ремонт, будівництво, закупівлю необхідного обладнання, покращувати доступність будівель медичних підприємств тощо, у тому числі для посилення спроможності закладів укласти договір з НСЗУ на надання окремих медичних послуг;

- через затвердження регіональних програм органи місцевого самоврядування можуть формувати місцеву політику охорони здоров'я, спрямовану на вирішення місцевих проблем громади. Наприклад, щодо забезпечення медичними послугами, які не входять до програми медичних гарантій, щодо закупівлі певних ліків чи вакцин [93, с. 11].

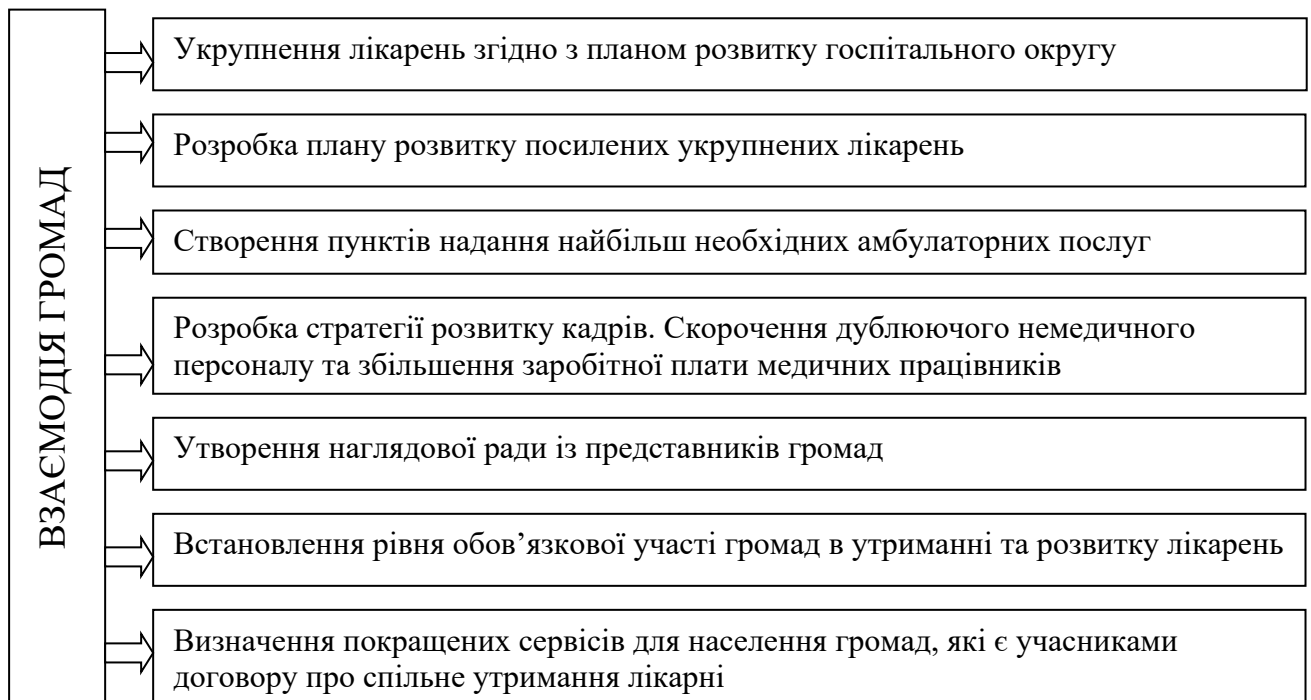


Рис. 2.8. Взаємодія громад: ключові домовленості

Органи місцевого самоврядування відповідальні також за забезпечення прозорого конкурсу для обрання генерального директора медичного закладу. Спроможний генеральний директор з розвиненими управлінськими навичками,

який розуміє правила нової системи та роботи в рамках програми медичних гарантій, – запорука того, що медичний заклад буде якісно і стабільно розвиватися.

Місцева влада може та має бути рушієм позитивних змін у медицині, від яких виграватимуть усі – як територіальна громада, так і органи місцевого самоврядування. Трансформація системи охорони здоров'я створила всі необхідні для цього інструменти та повноваження. У новій системі медичні заклади отримали значне розширення автономії у прийнятті ключових фінансових та стратегічних рішень. Трансформація дала їм можливість самостійно визначати пріоритетні напрямки розвитку, впливати на умови роботи та оплату праці співробітників (через колективний договір) і зняла безліч обмежень «згори». Це дозволило медичним закладам стати частиною єдиного медичного простору, працювати за однаковими та прозорими правилами, ставати фінансово спроможними підприємствами, а головне – надавати якісніші медичні послуги та впроваджувати пацієнтоорієнтованість.

Підсумовуючи варто зазначити, що процеси децентралізації владних повноважень та зміна системи фінансування сектору охорони здоров'я відкрили багато можливостей для громад щодо поліпшення якості медичних послуг. Водночас, підвищується відповідальність органів місцевого самоврядування та управлінського персоналу закладів охорони здоров'я за якість надання медичних послуг у громаді. З огляду на те, що фінансові можливості є обмеженими, органи місцевого самоврядування й управлінці комунальних закладів охорони здоров'я вимушені ефективно планувати та використовувати власні ресурси, узгоджувати пріоритети та будувати партнерські відносини з усіма зацікавленими особами в громаді щодо поліпшення здоров'я населення.

РОЗДІЛ III

НАПРЯМИ ТА МЕХАНІЗМИ ПОДАЛЬШОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Зарубіжний досвід публічного управління сферою охорони здоров'я та можливості його впровадження в Україні

Зарубіжний досвід ефективного публічного управління сферою охорони здоров'я потребує ґрунтовного дослідження, аналізу та визначення можливостей його впровадження у вітчизняну практику з урахуванням національних особливостей та сучасних українських реалій.

У зв'язку з тим, що здоров'я – це не лише індивідуальна цінність окремої людини, а й надбання суспільства і держави, питання забезпечення охорони здоров'я розглядаються в багатьох міжнародних документах, прийнятих Генеральною Асамблеєю ООН, Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), Всесвітньою медичною асоціацією, Радою Європи тощо [10, с. 131]. Так, у Статуті ВООЗ проголошується, що уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає прийняття відповідних заходів соціального характеру в сфері охорони здоров'я [87]. У документах міжнародних організацій охорона здоров'я визначена як одна з найважливіших сфер фінансових та інтелектуальних інвестицій для досягнення загального добробуту та економічного розвитку будь-якої країни. ВООЗ у своїй доповіді зазначає, що протягом останніх 30 років переважна більшість країн Європейського регіону використовує принципи стратегії «Здоров'я для всіх» як основу політики в галузі охорони здоров'я [10, с. 131].

Одним із показників значимості сфери охорони здоров'я для публічного управління є частка ВВП, яку уряди країн спрямовують на фінансування цієї сфери. Так, у США на охорону здоров'я спрямовується 16,7 % ВВП, у Німеччині – 11,1 %, Великій Британії – 9,8 %, Чехії та Угорщині – 7,4 %, Польщі – 4,86 %, Україні – 2,4 %. Щодо видатків на охорону здоров'я із розрахунку на

одну особу, то в 2019 р. у США цей показник складав 10,8 тис. дол., Німеччині – 5,3 тис. дол., Великій Британії – 4,1 тис. дол., Чехії – 2,8 тис. дол., Угорщині – 1,2 тис. дол., Польща – 0,7 тис. дол., Україна – 0,09 тис. дол. [98, с. 46].

1 жовтня 1963 р. 17-та Всесвітня медична асоціація ухвалила дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я [12]. У преамбулі до Принципів було зазначено, що системи охорони здоров'я розподіляються від автономних до виключно державних. В одних країнах допомогу надають лише тим, хто її гостро потребує, в інших функціонує розвинена система медичного страхування, треті – мають значні успіхи в організації комплексної охорони здоров'я. Різниця у співвідношенні приватної ініціативи та державної політики у сфері охорони здоров'я спричиняє наявність різноманітних способів надання медичної допомоги. В ідеалі система охорони здоров'я покликана забезпечити сучасний рівень медичної допомоги за повної свободи вибору як для лікаря, так і для пацієнта. Однак ця формула є надто загальною, щоб застосовувати її для розв'язання проблем, що мають місце в національних системах охорони здоров'я [12]. Всесвітня медична асоціація, не намагаючись дати оцінку жодній із національних систем охорони здоров'я, пропонує засади, що мають бути враховані для ефективної лікарської діяльності й організації медичної допомоги в кожній державі:

– принцип 1: «у будь-якій системі охорони здоров'я умови праці медиків повинні визначатися з урахуванням позиції громадських лікарських організацій»;

– принцип 2: «усяка система охорони здоров'я повинна надавати пацієнту право вибору лікаря, а лікареві – право вибору пацієнта, не обмежуючи водночас ні прав лікаря, ні прав пацієнта. Принципу вільного вибору необхідно дотримуватися і в тих випадках, коли медична допомога надається в медичних центрах. Професійний та етичний обов'язок лікаря – надавати невідкладну медичну допомогу всім без жодних винятків»;

– принцип 3: «будь-яка система охорони здоров'я повинна бути відкритою для всіх лікарів, які мають право на практику: ні медиків загалом, ні окремого лікаря персонально не можна примушувати до праці на неприйнятних для них умовах»;

– принцип 4: «лікар повинен бути вільним у виборі місця своєї практики й обмежуватися лише своїм фахом. Медична спільнота повинна допомагати державі, орієнтуючи молодих лікарів на працю в тих регіонах, де вони найбільше потрібні. Тим, хто погоджується працювати в менш престижних районах, повинна надаватися така підтримка у формі належного оснащення практики та забезпечення рівня життя, відповідних статусу їх професії»;

– принцип 5: «медична спільнота повинна бути адекватно представлена в усіх державних інститутах, що мають відношення до проблем охорони здоров'я»;

– принцип 6: «усі, хто бере участь у лікувальному процесі чи контролює його, повинні усвідомлювати, поважати та охороняти конфіденційність відносин лікаря та пацієнта»;

– принцип 7: «необхідні гарантії моральної, економічної та професійної незалежності лікаря»;

– принцип 8: «якщо розмір гонорару за медичні послуги не визначений прямою угодою між пацієнтом і лікарем, організації, що фінансують надання медичних послуг, повинні адекватно оцінити й оплатити працю лікаря»;

– принцип 9: «розмір гонорару лікаря повинен залежати від характеру медичної послуги. Вартість медичних послуг повинна визначатись за угодою з участю представників медичної спільноти, а не одностороннім рішенням організацій, що фінансують надання медичних послуг, чи уряду»;

– принцип 10: «якість та ефективність медичної допомоги, яку надає лікар, обсяг, ціну та кількість наданих ним послуг повинні оцінювати лише лікарі, керуючись більшою мірою регіональними, ніж національними стандартами»;

– принцип 11: «інтереси хворого диктують, що не може існувати жодних обмежень права лікаря на приписування препаратів і призначення лікування, адекватних сучасним стандартам»;

– принцип 12: «лікар повинен активно поглиблювати свої знання і підвищувати професійний рівень» [12].

Європейське регіональне бюро ВООЗ у своїй концепції «Здоров'я 2020: основи європейської політики і стратегії для XXI сторіччя» зазначило, що

необхідно будувати нові системи колективного лідерства в підтримку інноваційних підходів соціальної мобілізації на користь справедливого, сталого та відповідального розвитку системи охорони здоров'я. Міцне здоров'я людей вигідно всьому суспільству – адже це неоціненний ресурс держави [41, с. 51].

Нова концепція стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, запропонована ВООЗ, об'єднує і розширює колишні концепції здорової державної політики в рамках більш широких міжсекторальних дій та взаємопов'язаної відповідальності всього суспільства і загальнодержавної відповідальності за охорону здоров'я. Стратегічне керівництво визначає вектори для розвитку національних систем охорони здоров'я, серед яких – формування стимулів і критеріїв для поліпшення показників діяльності, підвищення підзвітності та прозорості, повноцінне залучення користувачів медичних послуг в організаційну структуру та до керівництва системою охорони здоров'я. Отже, необхідним є об'єднання наявних ресурсів з надавачами послуг, забезпечення єдиної політики й досягнення національних цілей у галузі охорони здоров'я. Таким чином, у сучасних умовах відбувається перехід від моделі стратегічного керівництва, де в центрі стоїть держава, до моделі співробітництва, за якою стратегічне керівництво є продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівні держави і суспільства: парламентів, міністерств, відомств, організацій, комісій, бізнесових структур, громадських об'єднань, ЗМІ, громадян.

Враховуючи отримання Україною 23 червня 2022 р. статусу країни кандидата на вступ до ЄС та необхідність у зв'язку з цим гармонізації законодавства та принципів організації системи охорони здоров'я нашої країни до стандартів ЄС на особливу увагу заслуговує досвід європейських країн щодо реформування систем охорони здоров'я та здійснення публічного управління у цій сфері.

Важливою складовою розвитку політики ЄС в сфері охорони здоров'я є організація публічного управління цією сферою. Колектив науковців на чолі з В. Князевичем зазначає, що завданням управління є збереження ефективності в нових умовах. Новими умовами реформ щодо охорони здоров'я є те, що зростаючі потреби і нові медичні технології мають бути узгоджені в рамках

обмежених фінансів; крім того, уповноважені громадяни вимагають більше інформації та можливості впливу, і автоматично не приймають регіональні відмінності; знання стає міжнародним і набагато більш мобільним через нові форми інформаційних технологій [92, с. 27].

Важливий компонент змін в управлінні – знаходження балансу між централізацією і децентралізацією. У більшості країн ЄС створені інноваційні механізми і структури для розподілу ресурсів у сфері охорони здоров'я, реформи медичних закладів, підвищення якості і контролю публічного управління у цій сфері, управління знаннями, інтегрування допомоги тощо.

У сучасних умовах реформування систем охорони здоров'я національні уряди повинні активно розробляти нові методи і підходи, фокусуючи увагу на чотирьох основних функціях: управління знаннями, контроль, інфраструктура ІКТ і стратегічне лідерство. У країнах ЄС цими напрямками здебільшого керують чотири нових агентства, замінюючи велику кількість структур і організацій в системі публічного управління. Важливими структурами, що сприяють успішному реформуванню систем охорони здоров'я, є професійні об'єднання, союзи, страхові компанії, підприємства, благодійні організації та інші громадські організації, які підтримують ініціативи, готують спільні проекти (у т.ч. інвестиційні), надають практичну допомогу, консультують та іноді навіть фінансують.

У багатьох європейських країнах нещодавні реформи централізували певні області прийняття рішень або регулювання сфери охорони здоров'я, але децентралізували інші. Так, у країнах з традиційно децентралізованими структурами прийняття рішень (Австралія, Данія, Фінляндія, Німеччина, Італія, Норвегія, Швеція) центральні уряди відшукували можливість отримати більший контроль над прийняттям рішень у сфері охорони здоров'я.

Деякі країни пішли шляхом спрощення структур управління, об'єднуючи медичні страхові компанії (Німеччина) або регіональні і місцеві урядові структури (Данія, Англія, Фінляндія). 11 європейських країн (Данія, Англія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Італія, Нідерланди, Норвегія, Іспанія, Швеція, Швейцарія і Австралія) розглядають можливість зміни ролі національного

уряду в регулюванні їх систем охорони здоров'я. Так, можливим рішенням є контроль та регулювання змін в балансі обов'язків і прав прийняття рішень між національним, регіональним і місцевим органами управління і ступінь, до якої ці зміни можуть вважатися новими національними стратегіями [92, с. 28].

Публічне управління сферою охорони здоров'я – складне поєднання дій, які здійснюються одночасно на різних рівнях фінансування та системи надання послуг. Ці дії можуть мати характер від стратегічного (законодавство) до механічного (звітність про фінансові або клінічні дані), і можуть залучати безліч установ і рівнів системи охорони здоров'я. Враховуючи значимість та широку перспективу, національний уряд має розглядатися як провідник реформ, регулюючий розробку і реалізацію заходів з управління змінами. Деякі галузі управління (вимоги звітності) природно, знаходяться в компетенції національного уряду. Інші можуть здійснюватися як урядовими, так і неурядовими агентствами [49].

Отже, у сучасних умовах публічне управління сферою охорони здоров'я становить складну систему обов'язків і діючих акторів у різних сферах. У зв'язку з цим, реформи сфери охорони здоров'я не можуть бути задумані або введені ізольовано в окремій галузі цієї системи. Впроваджувані зміни мають бути зрозумілі в більш широкому контексті, в межах якого вони мають місце і який може прискорити або затримати їх здатність досягти встановлених цілей.

У одних європейських країнах прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я децентралізоване до регіональних органів (Швеція), в інших – делеговане приватним некомерційним або прибутковим організаціям (Нідерланди). Ключовим завданням національного уряду є регулювання процесу реформ з метою заохочення добросовісної конкуренції і обмеження недобросовісної, що є життєво важливим для модернізації сфери охорони здоров'я та публічного управління нею.

Як показали дослідження останніх змін у сферах охорони здоров'я різних країн ЄС типи вжитих заходів можуть включати: формальну передачу відповідальності між рівнями уряду; зростаюче розмаїття не структурних зусиль створити будь-яку кращу координацію серед регіональних урядів (Італія, Швейцарія); покращення інформаційних потоків між регіональними і

національними урядовими рівнями для поліпшення триваючих реформ в сфері охорони здоров'я (Іспанія, Італія); більш широкий підхід до інституційної співпраці між громадським сектором та некомерційними представниками приватного медичного сектора [92, с. 29]. Визначальну роль у впровадженні змін у сфері охорони здоров'я, та їх ефективності відіграють управлінські структури, які в межах ЄС представлені різними варіантами, що визнані оптимальними безпосередньо національними тріадами: влада-галузь-громада. Впроваджуючи зміни як в сфері охорони здоров'я, так і в системі публічного управління нею, національні уряди країн ЄС виходять з тієї умови, що всі зміни мають відповідати принципам європейської соціальної моделі, яку вважають символом соціально-гуманітарної політики Євросоюзу.

Головним завданням реформ охорони здоров'я, що розгорнулися у європейських країнах наприкінці ХХ ст., стало стримування зростання державних витрат і підвищення ефективності систем охорони здоров'я. Політика стримування витрат у європейських країнах проводилася за напрямками нормування споживання медичних послуг шляхом встановлення часу очікування їх надання та розвитку систем фінансового планування. Реструктуризація медичного обслуговування полягала у скороченні кількості лікарняних ліжок у суспільній системі охорони здоров'я і заміщенні відносно більш дорогого стаціонарного лікування менш дорогим амбулаторним або первинним медично-санітарним обслуговуванням за допомогою розширення послуг денних стаціонарів та центрів амбулаторної хірургії, а також розширенні надання медичної допомоги на дому і розвитку фармацевтичного менеджменту [99, с. 78-79].

Аналіз наукової літератури за проблематикою дослідження свідчить, що раціоналізація витрат на охорону здоров'я була головним завданням на початку реформ систем охорони здоров'я практично кожної країни [47; 98; 99]. Особливо гостро це питання стоїть для постсоціалістичних країн. Л. Рудакова та В. Михальчук досвід постсоціалістичних країн у реформуванні систем охорони здоров'я узагальнили у вигляді схеми (рис. 3.1) та визначили можливості впровадження його в нашій країні [82, с. 108].

	БОЛГАРІЯ	РУМУНІЯ	ПОЛЬЩА
Початок реформування	1998 р. Медичне страхування	1999 р. ІТ-технології	2003 р. Централізація фондів
Структура	Національний фонд медичного страхування Підпорядкування Міністерству охорони здоров'я.	Дім державного медичного страхування Підпорядкування Міністерству охорони здоров'я.	Національний фонд здоров'я Підпорядкування Міністерству охорони здоров'я.
Фінансування	Основна частина – внески від громадян у фонд страхування. Додатково – державний бюджет.	Основна частина – загальнодержавне фінансування. Додатково – власні кошти пацієнтів за стаціонарне лікування.	Основна частина – обов'язкові виплати із заробітної плати. Додаткове загальнодержавне фінансування.
Загальні аспекти	Найбільш оптимальним є використання принципів загальнообов'язкового та добровільного страхування. Застосовується централізована система збору та розподілу коштів. Створення системи відшкодування вартості лікарських засобів з метою фіксування цін на гарантовані ліки від держави.		
Можливості для України	Створення діагностичних груп з метою тестування нової системи охорони здоров'я. Розвиток ІТ-інфраструктури та телемедицини. Створення координаційних центрів з метою підвищення якості надання медичної допомоги.		

Рис. 3.1. Досвід постсоціалістичних країн у реформуванні системи охорони здоров'я

На особливу увагу заслуговує досвід Польщі щодо змін у фінансуванні системи охорони здоров'я. Дані рис. 3.1 свідчать, що в процесі реформ Польща пішла шляхом централізації фондів. У 1997 р. у Польщі прийнято закон про обов'язкове медичне страхування, що суттєво покращило фінансування медичної сфери. Позитивним моментом у реформі є відокремлення цільових коштів на охорону здоров'я від бюджету, що дає можливість запобігти «провалам» бюджету та уникнути недофінансування медичної галузі [98, с. 48].

Головні реформи й ініціативи політики, що проведені в Польщі протягом 2006-2011 рр., включали найважливіші аспекти управління охороною здоров'я (стандартизація послуг, фінансування установ охорони здоров'я, боротьба з

корупцією). Відповідно до Закону про інформаційну систему в 2011 р. створено реєстр медичних юридичних осіб, включаючи всіх юридичних осіб, залучених до терапевтичної діяльності. Закон також давав можливість для застосування багатьох інноваційних рішень, таких як контроль черг до лікарів. Пацієнти мають доступ до інформації про завершене і заплановане медичне обслуговування, а також можливість обмінюватися інформацією щодо діагностики. Прийнятий закон покращив доступ до охорони здоров'я, зобов'язання контролювати черги введено для всіх лікарень та амбулаторій. Збережено попереднє диференціювання між двома категоріями пацієнтів – «терміновими» і «відстроченими» [14, с. 129].

25 червня 2009 р. змінами до Закону про охорону здоров'я вперше введено поняття «гарантований кошик медичних послуг». Головна мета Закону полягала в тому, щоб скласти деталізований перелік медичних послуг, виділивши при цьому перелік гарантованого обсягу медичної допомоги.

Органам місцевого самоврядування Польщі належить 99 % закладів охорони здоров'я та близько 30 закладів, які підпорядковані Міністерству охорони здоров'я Польщі [98, с. 48]. Нині у Польщі функціонує понад 900 лікарень. Приблизно 70 % з них є публічними закладами (90% від загальної кількості ліжок). Систематично зростає кількість приватних лікарень, які, як правило, є невеликими, мають 1-3 відділи, що орієнтовані на високоприбуткові медичні процедури. Ці суб'єкти домінують у групі невеликих закладів (до 150 ліжок), що становлять близько 50 % усіх лікарень в Польщі [42, с. 235]. Обидві групи закладів діють в одних і тих же ринкових реаліях та виконують аналогічні функції. Водночас, публічні лікарні, на відміну від приватних, зобов'язані надавати повний спектр медичних послуг, що також означає необхідність надання багатьох збиткових послуг. Для публічних лікарень були «зарезервовані» складні медичні процедури, частина яких – це лікування ускладнень після операцій, проведених у приватних закладах. Умови функціонування публічних лікарень (включаючи відмінності між публічними та приватними особами) представлені в табл. 3.1 [42, с. 236].

Наступна країна, досвід якої щодо реформування системи охорони здоров'я та публічного управління цим процесом, заслуговує на окрему увагу –

Німеччина. Саме в цій країні вперше було запроваджено обов'язкове соціальне медичне страхування, яке, за оцінками європейських дослідників, відповідає найвищим міжнародним стандартам якості [10, с. 136].

Таблиця 3.1

Чинники, що диференціюють становище публічних та приватних лікарень у Польщі

ПУБЛІЧНІ ЛІКАРНІ	ПРИВАТНІ ЛІКАРНІ
Виконання повного спектру медичних процедур, у тому числі вкрай невідгідних.	Зосередження на вигідних медичних процедурах.
Складне або неможливе втілення ідеї «двох черг», тобто одночасного надання тих самих процедур безкоштовно (на основі договору з Національним фондом здоров'я) та у вигляді плати.	Можлива реалізація ідеї «двох черг», тобто одночасне надання тих самих процедур безкоштовно (на основі договору з Національним фондом здоров'я) та у вигляді плати.
Стандартне соціальне переконання, що публічна охорона здоров'я функціонує гірше, ніж приватна охорона здоров'я.	Добре сформована соціальна думка, що приватні особи функціонують краще, ніж публічні.
Великий вплив окремих професійних груп, особливо медичних.	Помірне або незначне лобіювання окремих професійних груп.
Велике втручання з боку зацікавлених сторін, включаючи політичне середовище.	Невелике втручання з боку зацікавлених сторін, включаючи політичне середовище.
Збереження проявів старої соціально-економічної системи в сферах організаційної культури, надмірної адміністрації, значної зайнятості в окремих професійних групах, підтримки несучасної, затратної інфраструктури, надмірних витрат на персонал, негативних практик.	Немає обтяжень наслідками попередньої соціально-економічної системи – нові суб'єкти організовані раціонально з економічної точки зору.
Усі спроби впровадження внутрішніх змін викликають великий інтерес суспільної думки.	Відносно менший інтерес суспільної думки до впровадження змін.
Можливість покриття негативного результату з боку керівного органу (наприклад, місцевого самоврядування) та фінансової підтримки з боку суспільних партнерів; доступ до публічних коштів.	Відсутність публічного управління, важкий або неможливий доступ до публічних субсидій (без урахування так званих фондів ЄС).

Одним із головних принципів державного устрою і системи охорони здоров'я сучасної Німеччини є розподіл повноважень між землями, федеральним урядом і створеними в законному порядку організаціями громадянського суспільства. У сфері охорони здоров'я органи влади передають повноваження самоврядним організаціям платників і виробників послуг – тобто структурам, які безпосередньо зацікавлені та мають відповідний рівень професійних знань у цій сфері. Насамперед це лікарняні каси, їх об'єднання, об'єднання

лікарів лікарняних кас, які є квазідержавними організаціями і мають органи управління, що здійснюють управління фінансуванням, надання послуг в обсязі, гарантованому Законом про обов'язкове медичне страхування.

На федеральному рівні систему охорони здоров'я очолює Федеральне Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення, до повноважень якого належить, зокрема, загальна політика у сфері державного медичного страхування (питання рівності, повноти, порядку надання та фінансування соціальних послуг). Правове регулювання всієї системи соціального страхування Німеччини здійснюється в основному на підставі Соціального кодексу, книга п'ята якого присвячена безпосередньо державному медичному страхуванню.

Відповідальність за планування медичної допомоги, відповідно до федерального законодавства, закріплена за землями (16 федеральних земель). Кожна земля повинна забезпечувати стабільне фінансування лікарень, гарантувати забезпечення потреб населення в медичній допомозі. У зв'язку з тим, що кожна федеральна земля розробляє своє законодавство у сфері охорони здоров'я з урахуванням специфіки регіону, його соціального, економічного розвитку тощо, існує значна різниця в характері, межах і методах планування медичних програм у різних регіонах.

Фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється переважно (57 %) за рахунок коштів обов'язкового державного медичного страхування – Gesetzliche Krankenversicherung (цим видом страхування охоплюється близько 90 % населення, інша частина громадян або має приватну страховку, або підпадає під інші спеціальні державні програми, наприклад, військовослужбовці, поліцейські, одержувачі соціальних виплат та ін.). Близько 10,5 % надходять від інших складників державної страхової системи (кошти пенсійного страхування, страхування на випадок виробничого травматизму, страхування на випадок необхідності довготривалого медичного догляду); інші кошти надходять від приватних страховиків – Private Krankenversicherung (8,4 %) та від безпосередніх особистих платежів населення (12,2 %). Головним джерелом фінансування охорони здоров'я Німеччини є самоврядні регіональні та федеральні лікарняні каси

(gesetzliche Krankenkassen), які збирають внески і забезпечують фінансування медичних послуг на рівні соціальних гарантій держави. Усі лікарняні каси є некомерційними організаціями, які зобов'язані збирати членські внески й мають право встановлювати ставку внеску, яка необхідна для покриття витрат [10, с. 137].

Позитивною особливістю системи обов'язкового медичного страхування Німеччини є те, що внески працівників забезпечують страхування як його самого, так і членів його сім'ї, які не працюють, без будь-яких доплат. Внески стягуються із заробітної плати, пенсій, допомоги на випадок безробіття, при цьому встановлюється максимальний рівень доходу, з якого утримуються внески.

Безсумнівними перевагами німецької системи охорони здоров'я є високий якісний рівень надання медичної допомоги, оснащеність медичним обладнанням лікувально-профілактичних установ, кваліфікація медичних працівників і, найголовніше, доступність медичного обслуговування для всіх. Система медичного страхування забезпечує населення широким спектром безоплатних послуг, включаючи амбулаторне та стаціонарне лікування, рецептурні лікарські засоби, медичне устаткування, оплату проїзду до медичного закладу тощо.

Досить ефективною є система оплати праці лікарів, яка дозволяє виключати можливість зловживань із боку медичних працівників у контексті призначень зайвих медичних процедур, обстежень тощо. Страхові організації оплачують медичну допомогу, яка надається лікарями, на базі бальної системи оцінки рівня наданих послуг. Бали встановлюються в плані виплат за послуги, де визначається кількість балів за кожен надану послугу. Розмір відшкодування лікарям на підставі зароблених ними балів розраховується як співвідношення загальної кількості балів, зароблених усіма лікарями, і регіонального бюджету охорони здоров'я.

У європейських країнах поширена практика впровадження лікарського самоврядування, яке сприяє здійсненню демократичних перетворень та розвитку громадянського суспільства. Лікарське самоврядування – професійне самоврядування в сфері охорони здоров'я, яке забезпечується гарантованим державою правом лікарів самостійно вирішувати питання своєї професійної діяльності й реалізується шляхом створення в порядку, визначеному законом, організацій самоврядування лікарів, що перебирають на себе частину важливих регуляторних функцій (ведення

реєстру лікарів, сертифікацію навчальних програм, надання та припинення права на професійну діяльність, безперервний професійний розвиток лікарів тощо). Генеральна асамблея Всесвітньої медичної асоціації наголошує, що без автономії професіоналів у галузі охорони здоров'я неможливий ефективний захист прав пацієнтів. Надаючи лікарям незалежність і професійну свободу в проведенні медичної діяльності, суспільство створює умови для формування найкращої з можливих систем охорони здоров'я для своїх громадян, що, своєю чергою забезпечує вагомий внесок у національний розвиток і національну безпеку [42, с. 360].

До основних переваг лікарського самоврядування варто віднести: звільнення уряду та органів державної влади від вирішення проблем, що стосуються організації надання якісних медичних послуг (якість досягається за рахунок самоконтролю та власної відповідальності); розбудову регіональної мережі самоврядних організацій, яка дозволяє здійснювати підтримку професійної діяльності лікарів на місцевому рівні; розширення можливостей лікарів в сфері обміну досвідом і знаннями з колегами із сусідніх країн в рамках співпраці із міжнародними самоврядними організаціями [33].

Сьогодні майже у всіх розвинених країнах світу основне місце в організації медичної практики традиційно займають національні самоврядні організації (товариства, асоціації, лікарські палати, комори, колегіуми лікарів тощо), які несуть повну відповідальність перед державою і суспільством за якість медичної допомоги, професійну підготовку лікарів та дотримання норм медичної етики, безпеку і забезпечення прав пацієнтів.

Практично в кожній із країн-членів ЄС створено орган, який регулює основні положення щодо функціонування лікарського самоврядування. Так, в Німеччині лікарське самоврядування здійснюється двома окремими структурами: Палатою лікарів і Палатою стоматологів. Федеральна палата лікарів Німеччини є однією з найпотужніших і найповажніших лікарських спільнот світу. Вона представляє інтереси понад 470 тис. лікарів країни і є центральною організацією в системі лікарського самоврядування країни [33].

У Польщі створена єдина централізована лікарська палата, до якої зобов'язані вступати всі лікарі, що займаються медичною практикою в Польщі. Без погодження з палатою не може бути прийнятий жоден закон в сфері охорони здоров'я. Палата також має право видавати ліцензії лікарям з інших країн, проводити оцінку відповідності медичних дипломів. Палата може забирати ліцензії на лікарську практику [42, с. 364].

Аналіз світового досвіду засвідчив, що професійне лікарське самоврядування – це надзвичайно потрібна й корисна модель управління сферою охорони здоров'я. Його впровадження має стати одним із невід'ємних компонентів реформування системи охорони здоров'я України, складовою державної політики у сфері охорони здоров'я. Важливо при цьому зберегти найкращі традиції вітчизняного корпоративного медичного спілкування та, водночас, запозичити провідний зарубіжний досвід щодо функціонування організацій лікарського самоврядування [81, с. 6].

Зарубіжний досвід підтверджує ефективність публічно-приватного партнерства при управлінні сферою охорони здоров'я, адже його впровадження дозволяє: оптимізувати витрати бюджету; систематизувати і розвивати ринок приватних медичних послуг з урахуванням потреб регіонів; інвестувати ресурси у реструктуризацію існуючих об'єктів охорони здоров'я, створювати мережу нових закладів охорони здоров'я на основі новітніх технологій у медицині; залучати кваліфікований персонал, підвищувати якість та доступність послуг. Наприклад, лікарні Німеччини належать різним власникам: приблизно 1/3 – державі в особі регіонів і муніципалітетів; 1/3 – приватним структурам та решта (1/3) – некомерційним організаціям (церковним громадам, Червоному хресту тощо) [51]. Причому частка приватних медичних закладів у системі охорони здоров'я Німеччини поступово зростає. У Федеральному бюджетному кодексі Німеччини принципу ефективності та результативності витрачання бюджетних коштів відповідає §7, у якому зазначено, що публічно-приватне партнерство можна використовувати тоді, коли приватні особи здатні виконати державні завдання так само добре або краще, ніж держава.

Відповідно до законодавства Італії, публічно-приватне партнерство може реалізовуватись у трьох форматах: концесії у рамках громадської ініціативи, коли проектна документація, включаючи попередні або деталізовані проєктні роботи, бізнес-план і схему концесії, готується Міністерством охорони здоров'я Італії, а потім для реалізації цього проєкту оголошується конкурс; концесії у рамках ініціативи приватного сектора, коли приватні компанії надають усю проєктну документацію профільному міністерству (якщо воно схвалює проєкт, все одно оголошується конкурс); концесії на сервісні контракти, у яких не фігурують великі об'єкти будівництва і які відносяться тільки до сфери надання медичних послуг. Приватним компаніям в Італії дозволяється вести комерційну діяльність на території об'єктів концесійної угоди. Загалом же використання публічно-приватного партнерства дозволяє забезпечити до 60 % витрат у сфері охорони здоров'я Італії за рахунок приватних інвестицій [51].

Державою з найрозвиненішою інституціональною інфраструктурою публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я вважається Великобританія. Механізм «Приватна фінансова ініціатива» використовується тут тільки після повноцінного економічного аналізу проєкту, який має підтвердити ефективність його застосування у медичному закладі. Британська Національна служба охорони здоров'я є прикладом державної моделі фінансування, що поєднана з ефективними ринковими механізмами; вона є централізованим варіантом системи, створеної за принципом єдиного платника в особі держави, що безпосередньо оплачує надані медичні послуги і фінансує охорону здоров'я за рахунок доходів бюджету.

У багатьох країнах розподіляються не медичні послуги на платні і безкоштовні, не види та обсяги допомоги, а структурується населення за доходами і можливостями. Усе населення одержує медичну допомогу за стандартами, але з різних фінансових джерел: з бюджету, за рахунок коштів особистого медичного страхування, за рахунок коштів державного медичного страхування.

Підсумовуючи все вище означене, варто зазначити, що досвід кожної із розглянутих країн заслуговує на детальне вивчення і впровадження окремих

його аспектів у практичну діяльність сфери охорони здоров'я України. Зокрема, досить корисним для України є: досвід Польщі щодо створення реєстру медичних юридичних осіб, запровадження механізму контролю черг до лікарів, боротьби з корупцією в медичній сфері та створення єдиної централізованої лікарської палати, до якої зобов'язані вступати всі лікарі, та без погодження з якою не може бути прийнятий жоден закон в сфері охорони здоров'я; досвід Німеччини щодо запровадження обов'язкового соціального медичного страхування, яке відповідає найвищим міжнародним стандартам якості та чіткого розподілу повноважень у сфері охорони здоров'я між землями, федеральним урядом і створеними в законному порядку організаціями громадянського суспільства; досвід Італії щодо розвитку публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та ін.

3.2. Шляхи удосконалення організаційно-правового забезпечення медичної реформи в Україні

Як було доведено у попередньому розділі, визначальний вплив на функціонування сфери охорони здоров'я справляє система публічного управління в цій сфері. Зміцнення органів публічного управління сферою охорони здоров'я шляхом впровадження принципів прозорості, підзвітності та громадського контролю допоможе забезпечити належне врядування, лідерство та ефективне управління в сфері охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я, як головний орган у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, має розширювати співпрацю та будувати довірчі відносини із зацікавленими сторонами на рівні областей і територіальних громад, із представниками недержавного та приватного секторів. В умовах децентралізованої системи МОЗ та іншим національним інституціям у сфері охорони здоров'я надзвичайно важливо налагодити механізми тісної співпраці з представниками обласних та міських рад і територіальних громад задля спільного досягнення цілей розвитку сфери охорони здоров'я.

Пріоритетним завданням має бути розвиток та зміцнення провідних національних інституцій охорони здоров'я як спроможних, автономних, дієздатних та стійких інститутів. НСЗУ має й надалі розвиватися як орган стратегічних закупівель для сфери охорони здоров'я в межах всієї країни. У практичну діяльність НСЗУ мають бути запроваджені принципи належного врядування з розвитком основних функціональних сфер, покращенням даних, інформаційних систем та посиленням громадського контролю.

Зміцнення інших національних інститутів як національних експертних органів та забезпечення їхньої професійної незалежності допоможе впровадити систему управління охороною здоров'я, що ґрунтується на визначених цінностях та керівних принципах. Важливо продовжувати розвивати Центр громадського здоров'я України як національну експертну інституцію громадського здоров'я, що забезпечує координацію в системі громадського здоров'я, а її експертиза використовується для інформування рішень у процесі формування політик як у системі охорони здоров'я, так і в інших секторах.

На думку розробників проєкту «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» необхідно створити національну агенцію, яка координуватиме питання якості медичної допомоги та розробити всеосяжну національну концепцію якості та безпеки пацієнтів, яка включатиме всі ключові елементи національної системи якості [90]. З цією метою необхідно провести аналіз існуючих політик, організаційної структури, наявних методів та ресурсів, які можуть сприяти покращенню різних вимірів якості надання послуг у сфері охорони здоров'я. При цьому національне агентство з якості має відігравати центральну роль як керівний та координуючий експертний орган.

Кожний орган публічного управління у сфері охорони здоров'я повинен мати прозорі моделі управління та платформи для участі громадськості та нагляду. З метою забезпечення незалежності, сталості і спроможності органів публічного управління у сфері охорони здоров'я проєктом «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» визначено такі заходи [90]:

– зміцнити потенціал МОЗ як органу, що керує національною системою охорони здоров'я за рахунок розробки політики, заснованої на фактичних даних, та міжсекторального співробітництва;

– продовжувати інституційне зміцнення Національної служби здоров'я України як національної служби зі стратегічних закупівель;

– посилювати підзвітність НСЗУ перед урядом та населенням (зокрема шляхом впровадження індикаторного нагляду з боку Кабінету Міністрів України та посилення Ради громадського контролю);

– посилити роль Центру громадського здоров'я з питань реалізації та координації виконання заходів громадського здоров'я;

– посилити співпрацю з регіональними департаментами охорони здоров'я та місцевою владою, зокрема шляхом уточнення ролей та відповідальності національного, регіонального та місцевого рівнів у сфері охорони здоров'я;

– розробити, узгодити між зацікавленими сторонами та затвердити довгострокову концепцію якості та безпеки пацієнтів у системі охорони здоров'я, уніфіковану для лікарняних закладів, первинної ланки та системи громадського здоров'я;

– створити національну інституцію для управління якістю охорони здоров'я;

– забезпечити функціонування ДП «Медичні закупівлі України» як національної агенції, що забезпечує централізовану закупівлю якісних ліків та медичних виробів за кошти державного бюджету, забезпечує функціонування єдиного закупівельного простору (закупівельного хабу), застосовуючи сучасні закупівельні інструменти та методики на національному та регіональному рівнях;

– нарощувати потенціал основних підпорядкованих інституцій у сфері охорони здоров'я, які забезпечують розвиток електронної охорони здоров'я, керують плануванням людських ресурсів, оцінюванням технологій охорони здоров'я та іншими критично важливими функціями системи охорони здоров'я;

– посилити кібербезпеку системи електронної охорони здоров'я, здійснювати постійний моніторинг кіберзагроз в умовах їх стрімкого розвитку.

Враховуючи той факт, що система охорони здоров'я має суттєвий вплив на загальний розвиток країни, вирішення проблем у цій сфері потребує рішень,

у яких беруть участь органи публічного управління з різних секторів, а також різних рівнів, включаючи національний, регіональний та місцевий рівні. У зв'язку з цим, зростає роль та значення міжсекторальної взаємодії та міжгалузевої координації, заснованої на принципі «здоров'я в усіх політиках», який робить здоров'я центральним елементом економічної, фінансової, освітньої, екологічної та культурної політик, а також регіональних політик, таких як стратегії децентралізації. Тісна міжгалузева координація та співпраця між національними, регіональними та місцевими органами публічної влади є ключовою умовою досягнення цілей громадського здоров'я та розвитку сфери охорони здоров'я.

Особливий акцент має бути зроблений на тісній координації та узгодженні реформи сектора охорони здоров'я із децентралізаційною реформою, які мають бути синхронізовані. Місцеві органи влади відіграють вирішальну роль у секторі охорони здоров'я й повинні узгоджувати свої пріоритети, щоб сприяти досягненню цілей трансформації системи охорони здоров'я. Органи місцевого самоврядування як власники закладів охорони здоров'я повинні впроваджувати прозорі моделі управління закладами охорони здоров'я та їх мережами. Співробітництво територіальних громад щодо спільного утримання медичних закладів дозволить раціоналізувати мережу охорони здоров'я, підвищить ефективність і фінансову стійкість закладів охорони здоров'я.

На нашу думку, з метою забезпечення рівних умов та підвищення фінансової спроможності територіальних громад, на державному рівні варто розглянути можливість перенесення відповідальності за сплату комунальних послуг медичних закладів з органів місцевого самоврядування в бюджет програми медичних гарантій. Адже, існуюча система сплати комунальних послуг органами місцевого самоврядування створює нерівність серед медичних закладів через різну фінансову спроможність їхніх власників та не завжди стимулює ефективне використання ресурсів місцевою владою.

Подальший розвиток сфери охорони здоров'я в Україні, на нашу думку, потребує вжиття таких організаційних заходів:

– діяльність закладів сфери охорони здоров'я повинна базуватися на цінностях проголошеної Європейським регіональним бюро Всесвітньої

організації охорони здоров'я нової політики «Здоров'я-2020», а саме: визнання права кожної людини на здоров'я; справедливості; солідарності; загальної доступності; автономності; якості; стійкості; права на участь у прийнятті рішень; захист людської гідності; відсутності дискримінації; прозорості; підзвітності;

– новелізація медичного законодавства через імплементацію таких європейських правових принципів охорони здоров'я, як: загальне право на здоров'я та інтегровану медико-санітарну допомогу; поєднання державного лідерства й участі всього суспільства у зміцненні здоров'я та благополуччя; децентралізація управління сферою охорони здоров'я; подолання нерівності в доступі до медичної допомоги; урахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях; забезпечення наступності та безперервності під час надання медичної допомоги; міжсекторальне співробітництва та солідарна відповідальність; забезпечення реалізації інформаційно-роз'яснювальних заходів, комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я; вплив на соціальні детермінанти здоров'я тощо;

– модернізація механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я шляхом зосередження зусиль МОЗ України на реалізації трьох основоположних функцій (розробка стратегії розвитку медичної та фармацевтичної галузей, здійснення регуляторного нагляду, інформаційне забезпечення у сфері охорони здоров'я), розширення повноважень регіональних і місцевих органів публічної влади у сфері медичного обслуговування населення, диверсифікації джерел фінансування;

– визначення на законодавчому рівні та нормативне закріплення балансу між обсягом правових гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги і фактичним недостатнім обсягом бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я;

– легітимізація інституту урядового омбудсмена із захисту прав пацієнтів;

– впровадження, на основі стандартів ризик-менеджменту, постійного моніторингу ефективності та прозорості реформування системи охорони здоров'я, налагодження ефективного суспільного діалогу щодо медичної реформи;

– подальша розбудова електронної системи охорони здоров'я eHealth та удосконалення сервісів медичних інформаційних систем; зменшення адміністративного навантаження на медичних працівників; забезпечення взаємозв'язку із суміжними сферами [89];

- упровадження новітніх технологій у сфері охорони здоров'я;
- підтримка на державному рівні наукових досліджень у сфері охорони здоров'я;
- повноцінне впровадження лікарського самоврядування як інституту регулювання якості медичної послуги та захисту прав медичних працівників;
- налагодження державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я за рахунок передачі в аутсорсинг виконання робіт за непрофільними напрямками діяльності лікувальних установ (діагностика, утримання інфраструктури, харчування, охорона, транспортне забезпечення тощо);
- підвищення прозорості та відкритості прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я, розширення співпраці з громадським сектором, інститутами громадянського суспільства, зарубіжними партнерами та експертами.

Основними напрямками подальшого удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні, на нашу думку, є такі:

- удосконалення законодавчого забезпечення сфери охорони здоров'я та гармонізація вітчизняного законодавства у цій сфері із законодавством ЄС;
- завершення медичної реформи та секторальної децентралізації; чіткий розподіл функцій і повноважень між Кабінетом Міністрів України, МОЗ України, іншими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування щодо сфери охорони здоров'я;
- розвиток міжмуніципального співробітництва територіальних громад щодо спільного утримання медичних закладів з метою підвищення їх конкурентноздатності;
- посилення ресурсного забезпечення медичної сфери (фінансового, кадрового, матеріально-технічного, інформаційного);
- запровадження обов'язкового медичного страхування та стимулювання розвитку добровільного медичного страхування;
- підвищення якості медичних послуг;
- розширення програми медичних гарантій;
- покращення кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я шляхом удосконалення системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації як медичного персоналу, так і управлінського персоналу в цій сфері;

- розвиток медичної науки та наукових досліджень; скорочення часу між науковим відкриттям та його практичним впровадженням;
- запровадження дієвого громадського контролю за діяльністю медичних закладів та органів публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Отже, удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні має охоплювати організаційно-правовий, фінансово-економічний та кадровий аспекти й механізми оптимізації діяльності системи охорони здоров'я. Комплексність та багатоаспектність існуючих проблем у сфері охорони здоров'я зумовлюють необхідність: оновлення політики охорони здоров'я; побудови довго- і середньострокових стратегій розвитку системи охорони здоров'я з урахуванням наявних ризиків та необхідності повоєнної відбудови медичних закладів, освітніх закладів медичного профілю, формування системи повоєнної реабілітації; перегляду позицій забезпечення збереження здоров'я нації в умовах як системних, так і внутрішньогалузевих змін; децентралізації влади і розбудови громадянського суспільства; пріоритетності інвестицій у людський розвиток, зокрема в освіту, науку, культуру і медицину; формування та популяризація стандартів здорового способу життя.

Аналіз правових засад публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні, проведений у одному із попередніх розділів, дає підстави стверджувати, що чинна нормативно-правова база у цій сфері формується відповідно до принципів та пріоритетів державної політики щодо охорони здоров'я, визначених Конституцією України, Основами законодавства про охорону здоров'я та іншими прийнятими відповідно до них актами законодавства, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. Водночас, наявність невирішених проблем, незавершеність медичної реформи та секторальної децентралізації, бурхливий розвиток цифровізації всіх сфер життєдіяльності суспільства та необхідність гармонізації вітчизняного законодавства із законодавством ЄС детермінують необхідність удосконалення чинного законодавства у сфері охорони здоров'я.

Отже, завершенню медичної реформи, розвитку сфери охорони здоров'я та побудові раціональної системи публічного управління цією надзвичайно

важливою та соціально чутливою сферою має сприяти удосконалення чинного законодавства, зокрема шляхом доопрацювання та прийняття таких законопроектів:

– внесення змін до ст. 49 Конституції України (чітке визначення обсягу державних гарантій щодо надання медичної допомоги, узгоджене та збалансоване з фінансовими можливостями держави);

– «Про заклади охорони здоров'я» (удосконалення порядку організації медичного обслуговування населення та діяльності закладів охорони здоров'я, забезпечення підвищення якості медичного обслуговування, створення механізмів раціонального використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів системи);

– «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» (забезпечення додаткових джерел фінансування охорони здоров'я, впровадження договірних відносин і закупівлі медичних послуг за громадські кошти, забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у законодавчо визначеному обсязі);

– «Про захист прав пацієнта» (підвищення рівня законодавчої захищеності прав пацієнтів і медичних працівників в Україні);

– «Про лікарське самоврядування» (запровадження лікарського самоврядування є важливою складовою побудови ефективної і стійкої системи охорони здоров'я населення, передусім – медичного обслуговування, і направлене на забезпечення професійних прав і професійної відповідальності лікарів, створення умов для належної лікарської практики та захисту прав пацієнтів на безпечну та високоякісну медичну допомогу).

Прийняття зазначених законопроектів створить належне підґрунтя для розробки та затвердження Кабінетом Міністрів України, центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування низки підзаконних нормативно-правових актів, які забезпечать врегулювання механізмів реалізації визначених на законодавчому рівні пріоритетних напрямів реформування системи охорони здоров'я в Україні. Варто зазначити, що важливим є не тільки формування досконалого законодавства у сфері охорони

здоров'я, а й впровадження системи моніторингу якості реалізації нормативно-правових актів у цій сфері з метою посилення ефективності механізмів реалізації чинного законодавства.

Повністю погоджуємося із думкою колективу науковців на чолі з О. Ніколюк, які стверджують, що перспективним напрямком вдосконалення системи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я є використання механізму державно-приватного партнерства, який сприяє розподілу повноважень на право власності та засоби виробництва [46]. На думку науковців найбільш дієвими у вітчизняних реаліях є використання двох таких моделей співробітництва: концесійна, у вигляді угоди (тобто зберігається право державної власності на відповідний об'єкт), й приватна власність на об'єкт.

Суттєвому покращенню стану справ у сфері охорони здоров'я в Україні має сприяти повноцінне запровадження страхової медицини. Запровадження страхової медицини – це не лише зміна кількості джерел фінансування (державний бюджет, відрахування підприємств, оплата приватними особами у формі додаткових послуг чи страхування здоров'я), а й перехід на нові форми організації та управління в сфері охорони здоров'я (колективний підряд, бригадна форма, оренда, приватна практика), оплати праці (згідно зі стандартами надання медичної допомоги й оцінкою якості проведеного лікувально-діагностичного процесу) за обсяг виконаної роботи, зміни пріоритетів у наданні медичної допомоги (зі стаціонарної допомоги на амбулаторно-поліклінічну) і високу якість медичних послуг та їх відповідності соціальним гарантіям страхового поліса, вільного вибору лікаря і лікувально-профілактичного закладу пацієнтом, боротьби за пацієнта тощо. Це дасть змогу стати менш залежними від бюджетної системи фінансування, адже світовий досвід показує, що ефективність використання коштів у страхових системах значно вища, ніж при бюджетній системі їх розподілу, що позначається на характері лікування та якості обслуговування пацієнта.

Обов'язкове медичне страхування має вирішувати такі завдання: залучення додаткових позабюджетних джерел фінансування; визначення правових, соціальних,

організаційних засад надання медичної допомоги; створення умов для надання якісної медичної допомоги; забезпечення захисту інтересів застрахованих осіб.

Водночас, варто більш широко використовувати добровільне медичне страхування. Мета добровільного медичного страхування полягає в наданні громадянам (застрахованим особам) у разі виникнення страхового випадку повної або часткової компенсації страховиком вартості медичної допомоги за рахунок коштів страхових резервів, а також фінансування профілактичних заходів. Основні функції добровільного медичного страхування: акумулятивна (формування цільового страхового фонду); компенсаційна (відшкодування збитків у страховому випадку); превентивна (фінансування та організація комплексу заходів для запобігання страхових випадків).

З метою стимулювання добровільного медичного страхування, на нашу думку, необхідно: сприяти подальшому розвитку лікарняних кас; ширше використовувати ресурси приватних медичних закладів; встановити пільги з оподаткування прибутковим податком для тих, хто користується приватними медичними послугами; сприяти подальшому залученню до лікарняних кас підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності. Підприємства можуть сплачувати частину внесків або повний їх розмір за своїх співробітників; ввести механізми фінансування страховими компаніями профілактичних заходів, спрямованих на зниження ризиків захворюваності, підвищення рівня здоров'я населення і тим самим скорочення кількості страхових випадків.

У нашій країні існує позитивна практика добровільного медичного страхування. Так, Приватбанк, деякі комерційні банки та страхові компанії сплачують медичну страховку своїм клієнтам. Водночас, ця практика не набула достатнього поширення, у зв'язку з тим, що чинні програми добровільного медичного страхування направлені на корпоративних клієнтів, а висока вартість стандартних медичних полісів обмежує придбання більшою частиною населення [90].

Банкам та страховим компаніям варто більш активно залучати населення до добровільного медичного страхування. Важлива роль у цьому питанні належить й органам публічного управління, яким варто вести більш широку інформаційну

та агітаційну компанію з цього питання. Населенню країни слід детально роз'яснювати можливості та переваги добровільного медичного страхування.

Покращенню стану справ у сфері охорони здоров'я, на нашу думку, має сприяти налагодження належного громадського контролю за якістю медичної діяльності, який здійснюється за допомогою: створення інформаційних систем у сфері охорони здоров'я; дотримання вимог законодавства щодо здійснення медичної діяльності; створення систем оцінки діяльності медичних працівників, що надають медичні послуги; дотримання об'єму, умов і термінів надання медичної допомоги. Громадський контроль у сфері охорони здоров'я – діяльність суб'єктів громадського суспільства з оцінки якості надання медичних послуг, що включає в себе спостереження за діяльністю медичних закладів, інших організацій, що здійснюють медичну діяльність, а також органів публічної влади в сфері охорони здоров'я з метою перевірки, аналізу й оцінки прийнятих ними рішень [10, с. 160-161]. Формами здійснення громадського контролю є: громадська перевірка; громадська експертиза; громадські звернення; громадські слухання та обговорення. Суб'єктами громадського контролю мають бути громадські комісії з захисту прав громадян у сфері охорони здоров'я. До комісій мають залучатися не лише громадські активісти, а й юристи та незалежні фахові експерти.

Отже, міцне партнерство та співробітництво з громадянським суспільством та приватним сектором, зміцнення довіри між усіма стейкхолдерами сфери охорони здоров'я максимально сприятимуть органам публічного управління у розробці та впровадженні підходів в управлінні та реформуванні даної сфери, що схвалені всім суспільством з метою досягнення головної мети – покращення здоров'я людей.

3.3. Пріоритетні напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні

Як уже зазначалося вище, публічне управління сферою охорони здоров'я здійснюється відповідно до виробленої державної політики в цій сфері. У

зв'язку із чим, для успішної трансформації системи охорони здоров'я в Україні нагальною необхідністю є формування політики, яка базується на цілісній, виваженій, прийнятій консенсусом стратегії реформи охорони здоров'я; розробка адекватного нормативно-правового забезпечення, збалансованого з конституційними нормами; підвищення прозорості та підзвітності у прийнятті управлінських рішень; застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проєктного підходу; постійний моніторинг та оцінка для швидкого реагування на виклики і ризики, які виникають в процесі реформування, а також ретельна підготовка керівників та працівників фінансово-економічних підрозділів органів та закладів охорони здоров'я до роботи в нових фінансово-економічних умовах тощо. Повністю підтримуємо твердження розробників проєкту «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року», що розробка державної політики та прийняття всіх управлінських рішень у сфері охорони здоров'я мають відбуватися відповідно до об'єктивних даних – доказів, на основі використання аналізу наукових даних, досліджень та оцінок [90]. Сприяння зміцнить довіру суспільства та знизить опір змінам.

Одним із пріоритетних напрямів є удосконалення механізму формування та реалізації державної політики в системі охорони здоров'я з урахуванням кращого світового досвіду. Створення гнучкої та ефективної системи публічного управління сферою охорони здоров'я, яка б поєднувала та координувала діяльність усіх складників управління (на центральному, регіональному та місцевому рівнях); оптимізація міжгалузевої взаємодії щодо збереження здоров'я населення; активна співпраця з інститутами громадянського суспільства; подальша автономізація закладів охорони здоров'я та їх розширення повноважень. Подальше удосконалення системи охорони здоров'я України, дійсно орієнтованої на пацієнта, на нашу думку, потребує таких заходів:

– запровадити обов'язкову практику розробки політик та прийняття управлінських рішень лише базуючись на фактичних даних та науково-доказових принципах. Сприяння прозорості та підзвітності у прийнятті рішень у галузі охорони здоров'я зміцнить довіру суспільства та знизить опір змінам;

- запровадити принципи та інструменти людиноорієнтованого підходу;
- впровадити систему управління якістю в охороні здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях;
- доопрацювати, нормативно закріпити «Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» та приступити до її практичного впровадження;
- завершити впровадження нових фінансових механізмів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів);
- розширити програму медичних гарантій для всіх рівнів надання медичної допомоги;
- забезпечити повний електронний документообіг в медичній сфері з обов'язковим посиленням заходів кібербезпеки та впровадженням додаткових механізмів і заходів для захисту всіх інформаційних ресурсів та систем в охороні здоров'я;
- створити електронні сервіси публічної звітності для реалізації можливості громадського та пацієнтського контролю за доступністю та якістю надання медичних послуг;
- забезпечити умови для реалізації Стратегії людського розвитку, зокрема її стратегічної цілі 1: Покращення медико-демографічної ситуації в Україні;
- запровадити європейські підходи до проведення епідеміологічного нагляду, який буде охоплювати як інфекційні хвороби, так і неінфекційні захворювання, удосконалити механізм інфекційного контролю та епіднагляду;
- реалізувати план боротьби з неінфекційними захворюваннями та здійснити заходи з євроінтеграції, зокрема імплементації директив ЄС у сфері трансплантології, безпеки крові, контролю над тютюном тощо;
- створити мережу центрів біологічної безпеки на основі концепції «Єдине здоров'я» при МОЗ України;
- більш активно впроваджувати заходи з імунізації з метою забезпечення високого рівня імунізації населення як частини плану національної безпеки;
- забезпечити реалізацію програми розвитку сільської медицини;

- забезпечити впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) та розпочати повноцінну реформу реабілітації та встановлення інвалідності (МСЕК);
- реформувати патентну систему та забезпечити умови для вільної конкуренції на ринку лікарських засобів та медичних виробів;
- реформувати систему до та післядипломної медичної освіти на основі досягнень сучасної медичної науки та доказової медицини;
- запровадити систему професійного ліцензування для лікарів;
- залучати приватний сектор до більш ширшого надання медичних послуг за програмами медичних гарантій, що сприятиме підвищенню конкуренції та стимулюванню якості;
- забезпечити залучення неурядових організацій до надання медико-соціальних послуг та забезпечити фінансування цих послуг, у тому числі з місцевих бюджетів.

Одним із визначальних чинників ефективності функціонування сфери охорони здоров'я є її фінансування. У зв'язку з цим, надзвичайно важливим напрямом удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я є завершення реформування фінансування даної сфери, а саме впровадження багатоканальної бюджетно-страхової системи у поєднанні з контролем за цільовим використанням коштів. Нові механізми фінансового планування та оплати праці медичних працівників мають забезпечувати мотивацію до надання якісних послуг і медичної допомоги, легалізацію співучасті громадян в оплаті медичної допомоги, підвищувати ефективність використання наявних ресурсів сфери охорони здоров'я в Україні.

Якісна освіта працівників сфери охорони здоров'я є однією зі складових якісної системи охорони здоров'я. Освіта медичних працівників має інтегруватися до міжнародної системи освіти, щоб забезпечити якісну підготовку фахівців сфери охорони здоров'я. Підвищення якості професійної підготовки майбутніх лікарів відповідно до найкращих світових практик сприятиме конкурентоспроможності української вищої медичної освіти та розширенню можливостей українських медичних фахівців на ринку праці [90]. У зв'язку з цим, важливим напрямом

публічного управління сферою охорони здоров'я є формування та розвиток кадрового потенціалу медичної сфери, адже тільки якісно підготовлені фахівці можуть надавати якісні медичні послуги та впроваджувати реформи в системі охорони здоров'я відповідно до сучасних викликів у цій сфері.

Для розбудови ефективної кадрової політики в сфері охорони здоров'я в першу чергу потрібно розробити та затвердити єдину концепцію кадрової політики в сфері охорони здоров'я України. Особливо важливим є чітке визначення мети, завдань і пріоритетів даної політики, вибір механізмів її реалізації, а також формальне закріплення у спеціальному правовому документі [42, с. 331]. Концепція кадрової політики в сфері охорони здоров'я України має базуватися на потребах населення в послугах охорони здоров'я та вирішувати ключові проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я: нестача лікарів та середнього медичного персоналу, проблеми нерівномірного розподілу людських ресурсів, зовнішня міграція, суттєвий відсоток медичних кадрів пенсійного віку, недостатній рівень володіння лікарями сучасними інформаційними технологіями, нераціональне використання кадрових ресурсів та недоліки управління кадровим забезпеченням сфери охорони здоров'я.

Стратегічними цілями концепції кадрової політики в сфері охорони здоров'я України мають стати: удосконалення нормативно-правової бази та адаптації до вимог ЄС та міжнародних стандартів; удосконалення системи обліку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я; удосконалення системи планування та прогнозування потреб в кадрових ресурсах сфери охорони здоров'я; підвищення якості підготовки медичних працівників; посилення контролю за працевлаштуванням випускників медичних спеціальностей; модернізація системи мотивації медичних працівників; запровадження практики страхування професійної відповідальності медичних працівників; зниження рівня трудової міграції медичних працівників; впровадження практики «навчання протягом життя»; впровадження сучасних методів та технологій управління людськими ресурсами; розвиток лікарського самоврядування; формування керівного складу сфери охорони здоров'я, який володів би вміннями і навичками

сучасного менеджменту та поділяв би ідеологію реформ; міжнародна співпраця з питань розвитку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я.

Головним завданням кадрової політики в сфері охорони здоров'я є вирішення проблеми зменшення загальної чисельності як лікарів, так і середнього медичного персоналу (причинами цього є внутрішня і зовнішня міграція професійних кадрів, старіння кадрового потенціалу, непrestiжність професії та неконкурентоспроможна заробітна плата, диспропорція кадрового забезпечення, дефіцит кадрів, особливо у сільській місцевості), укомплектованості всіх штатних лікарських посад.

Удосконалення кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я передбачає:

- запровадження державного прогнозування на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу у відповідності до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень у галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів;

- забезпечення підготовки і перепідготовки випереджаючими темпами лікарів загальної практики/сімейної медицини, сімейних медичних сестер, середнього медичного персоналу з вищою освітою;

- підвищення ролі середнього медичного персоналу у сфері охорони здоров'я, передача йому ряду функцій, що не виходять за межі його компетенції, зокрема медичне обслуговування у лікарнях сестринського догляду, хоспісах, надання швидкої допомоги фельдшерськими бригадами, виділення самостійних розділів роботи для працівників ФАПів;

- посилення заходів соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, в першу чергу на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів, професійне страхування тощо);

- запровадження новітніх підходів у післядипломну медичну освіту та безперервний професійний розвиток відповідно до директиви Євросоюзу (2005/36/ес) і стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти, поетапне скасування лікарських кваліфікаційних категорій згідно з терміном їх дії;

- запровадження резидентурної форми післядипломної освіти, що базується на принципах рівності випускників контрактної та бюджетної форм навчання;
- удосконалення механізму залучення громадських організацій, асоціацій професійного самоврядування медичних працівників до прийняття рішень, які стосуються підтвердження фахової кваліфікації медичних працівників та всіх аспектів післядипломної освіти та ін.

Усі ці заходи разом зі зміною системи оплати праці дозволять зменшити інтенсивність міграційних процесів медичних працівників.

Запропоновані заходи перекликаються із оперативними цілями «Стратегії людського розвитку», затвердженої указом Президента України від 2 червня 2021 р. № 225, серед яких ціль 1.1 «Створення збалансованої системи охорони здоров'я», основними завданнями для реалізації якої визначено:

- забезпечення для всіх громадян України рівного доступу до своєчасної, безпечної та якісної первинної, вторинної, третинної, екстреної, реабілітаційної та паліативної медичної допомоги;
- запровадження обов'язкових періодичних профілактичних медичних оглядів дорослого та дитячого населення шляхом розроблення та впровадження мотиваційних стимулів для пацієнтів та лікарів первинної медичної допомоги;
- підвищення якості надання медичної допомоги шляхом затвердження та дотримання розроблених на основі доказової медицини національних протоколів і стандартів надання медичної допомоги; розроблення та запровадження дієвої системи контролю за якістю надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я будь-якої форми власності;
- створення умов для розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та забезпечення переходу усіх державних закладів охорони здоров'я на ринкові механізми функціонування;
- мінімізація шкідливого впливу самолікування на здоров'я шляхом посилення контролю за дотриманням правил рецептурного відпуску лікарських засобів;
- забезпечення високого рівня медичної освіти, науки та розвитку кадрового потенціалу шляхом упровадження нової моделі інternатури з

урахуванням міжнародного досвіду та модернізації системи безперервного професійного розвитку;

– трансформування системи фінансування охорони здоров'я шляхом залучення додаткових фінансових ресурсів для реалізації програми медичних гарантій шляхом розроблення механізму для введення співоплати медичних послуг, лікарських засобів і медичних виробів, які включено до програми медичних гарантій, в частині рівня сервісу та зручності для пацієнтів; розроблення механізму повної оплати медичних послуг, які не включено до програми медичних гарантій; проведення моніторингу ефективного витрачання бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я, забезпечення гідної оплати праці медичних працівників [89].

На нашу думку, якісні зміни в сфері охорони здоров'я в Україні можливі лише за умови інноваційного розвитку охорони здоров'я на основі наукових досягнень, створення і впровадження в медичну практику нових ефективних лікувально-діагностичних технологій і лікарських засобів. Безперервний процес оновлення медичної сфери вимагає формування й адекватного фінансового забезпечення цільових програм за пріоритетними напрямками розвитку медицини та охорони здоров'я. Інноваційний розвиток охорони здоров'я передбачає:

– створення умов для розвитку фундаментальних і прикладних біомедичних наукових досліджень;

– розвиток системи планування й прогнозування наукових досліджень, вибір пріоритетних напрямів;

– концентрація фінансових засобів і кадрових ресурсів за пріоритетними та інноваційними напрямками розвитку медичної науки;

– формування державного замовлення на розробку нових медичних технологій профілактики, діагностики та лікування захворювань і реабілітації хворих, на обґрунтування обсягів їх реалізації та розробки алгоритмів впровадження і контролю їх застосування;

– розробка наукових програм фундаментальних досліджень, які виконують на основі міжнародної взаємодії наукових колективів, установ, організацій;

– створення системи впровадження результатів науково-технічної діяльності в практику охорони здоров'я з використанням різних форм державно-приватного партнерства, підтримкою малого і середнього бізнесу в медичній науці.

При впровадженні системних змін важливо налагодити партнерство між закладами охорони здоров'я, освіти, фінансовими посередниками (страховими компаніями) тощо. Це стосується всіх аспектів реформування, у т. ч. фінансово-економічного, організаційного, нормативно-правового та профілактичного. Крім партнерства, важливими складниками реформи є встановлення чітких пріоритетів, забезпечення профілактичного вектора розвитку, впровадження моніторингу реформування, індикаторів оцінки та контролю, а також широка поінформованість суспільства щодо напрямів і шляхів реформування та забезпечення відкритості системи охорони здоров'я [2, с. 24].

Основними напрямами змін мають бути підвищення якості послуг з охорони здоров'я. Вирішення питань підвищення якості медичної допомоги має здійснюватись у двох напрямках: оцінювання якості (експертиза, аудит, моніторинг, контроль, соціологічні дослідження та забезпечення підвищення якості (нормативно-правове, матеріально-технічне, фінансове, кадрове, організаційно-управлінське, інформаційне, мотиваційне).

Необхідним є створення умов для стимулювання інвестування у сферу охорони здоров'я, формування економіко-правових умов мінімізації негативного екологічного впливу на стан здоров'я населення, впровадження пріоритетів здорового способу життя. Відновлення системи профілактичної медицини, створення умов і стимулів профілактики професійних захворювань і травматизму на виробництві (відновлення системи диспансеризації, медико-санітарних частин на підприємствах тощо); запровадження індикаторів якості медичної допомоги; посилення уваги до профілактики захворювань і пропагування здорового способу життя як одного з основних векторів реформування.

Оптимізація діяльності сфери охорони здоров'я можлива шляхом: розроблення програм міжгалузевої співпраці щодо виконання таких завдань, як: ремонт доріг, забезпечення безперешкодного руху карет екстреної медичної

допомоги; сприяння паралельному проведенню реформування фармацевтичної галузі; розвиток партнерства між державою та представниками приватної медицини шляхом залучення їх до соціальних програм: побудови та фінансування хоспісів, фінансування протитуберкульозних програм тощо; посилення ролі профілактичної складової сфери охорони здоров'я [14].

Сфера охорони здоров'я з кожним роком все активніше орієнтована на об'єднання зусиль із іншими сферами (економічною, соціальною, освітньою та іншими) у напрямку збереження і зміцнення здоров'я, подовження тривалості активного життя і працездатності громадян. Практично всі галузі певним чином відповідають за стан життя, здоров'я, цим самим активізуючи механізми публічного управління, вони нерозривно пов'язані один з одним, а тому, результативність функціонування та розвитку сфери охорони здоров'я може бути досягнута лише шляхом формування єдиної комплексної системи їх взаємодії. На думку С. Чернова вирішенню проблем у медичній сфері має сприяти впровадження кластерної моделі публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні (додаток В) [97, с. 105].

Підсумовуючи, варто зазначити, що здоров'я нації є головним чинником здійснення суспільних реформ, а метою публічного управління сферою охорони здоров'я має стати розбудова орієнтованої на пацієнта системи, здатної забезпечити справедливе загальне охоплення послугами охорони здоров'я всього населення країни та надання якісних медичних послуг. У сучасних умовах вітчизняного державотворення охорона здоров'я має не тільки стати пріоритетом державної політики, а бути більш безпечною, результативною, своєчасною, економічно ефективною, справедливою та людиноцентричною.

ВИСНОВКИ

Результати, отримані в процесі дослідження, підтверджують досягнення поставленої мети й вирішення завдань та дають підстави сформулювати наступні висновки та практичні рекомендації.

1. Визначено, що публічне управління сферою охорони здоров'я – це діяльність органів державного управління, органів місцевого самоврядування, представників приватного сектору та інститутів громадянського суспільства в межах визначених законом повноважень і функціональних обов'язків щодо формування та реалізації управлінських рішень в сфері охорони здоров'я. Публічне управління в сфері охорони здоров'я включає політику держави в сфері охорони здоров'я з метою забезпечення рівності громадян та окремих соціальних груп щодо вільного доступу до отримання медичних послуг.

Публічне управління сферою охорони здоров'я здійснюється із використанням певних методів, які можна розділяти за спрямованістю публічного управління (державно-політичні, економічні, соціальні, екологічні), основними механізмами його реалізації (правові, адміністративні, фінансові, кадрові, інформаційні), технологіями реалізації (прогнозування, планування, організація, контроль, мотивація, прийняття управлінських рішень, комунікація) та іншими ознаками.

Основним принципами публічного управління сферою охорони здоров'я є: визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави; дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; гуманістична спрямованість; рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я; багатоканальність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування; децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі; законність; справедливість; цілісність; орієнтованість на населення; мінімізація шкоди; участь та відповідальність; міжгалузеве співробітництво; обґрунтованість рішень та ін.

2. Встановлено, що система охорони здоров'я – багаторівнева, розмаїта структура, яка має значну кількість різних за своєю потужністю медичних закладів, закладів вищої медичної освіти, науково-дослідних інститутів, які є неоднорідними з точки зору їх розмірів й підходів до формування здоров'я громадян, різною кількістю кваліфікованих кадрів, належать до різних форм власності та мають різне підпорядкування. Тобто існує сукупність суб'єктів управління, які користуються певними механізмами публічного управління, що перебувають у взаємодії й виконують їх функції відносно відповідних підпорядкованих об'єктів. Загалом у системі охорони здоров'я можна виділити чотири типи організацій: організації підтримки здоров'я; служби надомної медичної допомоги; лікарні, поліклініки; фармацевтичні компанії.

В організаційному плані структура системи охорони здоров'я має два основні зрізи: адміністративно-територіальний і галузевий. В адміністративно-територіальному аспекті структура системи охорони здоров'я України має три основних рівні: національний, регіональний та субрегіональний (місцевий). Полісуб'єктна система охорони здоров'я охоплює мережу цивільної медицини (комунальні заклади охорони здоров'я та заклади Міністерства охорони здоров'я України), військову медицину, відомчу медицину та наукові установи Національної академії медичних наук України. У системі охорони здоров'я України свою діяльність здійснюють державний та приватний сектори. Державний сектор повністю підпорядкований органам публічного управління. Органи державної влади здійснюють державне регулювання діяльності приватних закладів охорони здоров'я, що функціонують на ринкових засадах.

3. Аналіз правових засад засвідчив, що в Україні в цілому створено законодавчу базу, що регулює функціонування сфери охорони здоров'я. Регулювання сфери охорони здоров'я здійснюється на чотирьох рівнях нормативно-правового забезпечення: конституційний, загальний, спеціальний та концептуальний, що загалом визначає напрям трансформації та вектор розвитку сфери.

Водночас, наявність невирішених проблем, незавершеність медичної реформи та секторальної децентралізації, бурхливий розвиток цифровізації всіх сфер життєдіяльності суспільства, необхідність гармонізації вітчизняного законодавства

із законодавством ЄС та враховуючи той факт, що і система публічного управління, і сфера охорони здоров'я все ще знаходяться в процесі реформування, існує необхідність удосконалення чинного законодавства в сфері охорони здоров'я та гармонізація його із законодавством Європейської спільноти.

4. Встановлено, що у сфері охорони здоров'я України із 2017 р. відбулися трансформаційні зміни, що розпочалися з прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», запровадженням Програми медичних гарантій, створенням основних національних агенцій охорони здоров'я (НСЗУ, Центру громадського здоров'я МОЗ, ДП «Медичні закупівлі України»). Суттєвої реорганізації зазнало Міністерство охорони здоров'я України та підпорядковані йому установи. Заклади охорони здоров'я отримали автономний статус та зміну принципів управління. Принцип «гроші слідують за пацієнтом» став основою змін у фінансуванні системи охорони здоров'я та основою покращення доступу до основних лікарських засобів. А нова модель закупівель у системі охорони здоров'я спрямована на підвищення прозорості практики закупівель та підвищення ефективності.

Визначено проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні, серед яких: недосконалість чинного законодавства в цій сфері; недостатньо високий рівень видатків на охорону здоров'я; незавершеність медичної реформи; суттєві диспропорції з надлишковим акцентом на спеціалізованій медичній допомозі; скорочення чисельності медичних працівників (лікарів і середнього медичного персоналу) та неукомплектованість посад; регіональна диспропорція в кадровому забезпеченні; незадовільна ситуація з кадровим забезпеченням управлінської ланки сфери охорони здоров'я; функціонування паралельних відомчих систем охорони здоров'я, що посилює фрагментарність медичних послуг для населення, диспропорції у фінансуванні послуг різних надавачів та порушує принципи справедливості при отриманні послуг громадянами; залежність медичної допомоги від якості комп'ютерної техніки, її відсутність у деяких пацієнтів та нестабільність інтернет-з'єднання; суттєві відмінності у стані закладів охорони здоров'я та якості медичних послуг між

обласними центрами, містами та сільськими населеними пунктами; низький рівень профілактичних заходів щодо зниження захворюваності населення та ін.

5. Проведений аналіз зарубіжного досвіду публічного управління сферою охорони здоров'я дає підстави щодо рекомендації його для впровадження в практичну діяльність органів публічної влади України. Зокрема, на особливу увагу заслуговує: досвід Польщі щодо створення реєстру медичних юридичних осіб, запровадження механізму контролю черг до лікарів, боротьби з корупцією в медичній сфері та створення єдиної централізованої лікарської палати, до якої зобов'язані вступати всі лікарі, та без погодження з якою не може бути прийнятий жоден закон в сфері охорони здоров'я; досвід Німеччини щодо запровадження обов'язкового соціального медичного страхування, яке відповідає найвищим міжнародним стандартам якості та чіткого розподілу повноважень в сфері охорони здоров'я між землями, федеральним урядом і створеними в законному порядку організаціями громадянського суспільства; досвід Італії щодо розвитку публічно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я та ін.

6. Обґрунтовано пріоритетні напрями удосконалення публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні, серед яких: удосконалення законодавчого забезпечення сфери охорони здоров'я; посилення інституційної спроможності органів публічної влади в цій сфері та чіткого розподілу функцій і повноважень між органами державної виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та інституціями громадянського суспільства; завершення медичної реформи та секторальної децентралізації; впровадження публічно-приватного партнерства; розвиток лікарського самоврядування; запровадження обов'язкового медичного страхування та стимулювання розвитку добровільного медичного страхування; покращення кадрового забезпечення шляхом удосконалення системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу; розвиток медичної науки та наукових досліджень; впровадження кластерного та проектного підходів; запровадження дієвого громадського контролю за діяльністю медичних закладів та органів публічної влади в сфері охорони здоров'я та ін.

Впровадження даних рекомендацій має сприяти розвитку сфери охорони здоров'я в Україні та удосконаленню публічного управління в цій сфері.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
2. Банчук М. В. Основні проблеми державного управління реформуванням галузі охорони здоров'я України : монографія. Київ : НАДУ, 2013. 440 с.
3. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134-140.
4. Білий Д. Публічна адміністрація як суб'єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери. *Наук. вісн. Ужгород. нац. ун-ту. Серія: Право*. 2022. № 69. С. 218-223. URL : <http://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/254760>.
5. Височанський В. Госпітальні округи та госпітальні ради: повноваження та роль громад. URL : <https://decentralization.gov.ua/news/14438>.
6. Гавриченко Д. Г. Розвиток державної електронної системи охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 22. С. 120-125.
7. Гавриченко Д. Г. Трансформації системи охорони здоров'я в умовах децентралізації України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 3. С. 72-76.
8. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я : підручник. Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. 312 с.
9. Головатий М. Ф., Панасюк М. Б. Соціальна політика і соціальна робота : термінол.-понят. словник. Київ : МАУП, 2005. 560 с.
10. Гомон Д. О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Одеса : ОДУВС, 2019. 215 с.
11. Данько В. В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. *Вчені зап. Таврійськ. нац. ун-ту ім. В. І. Вернадського. Серія : Економіка і управління*. 2019. Т. 30 (69), № 2. С. 102-110. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UZTNU_econ_2019_30\(69\)_2_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UZTNU_econ_2019_30(69)_2_22).
12. Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я : міжнародний документ від 1 жовтня 1963 р. / Всесвітня медична асоціація. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_004.

13. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт. ; за заг. ред. М. М. Білинської, Я.Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
14. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.
15. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / за заг. ред. М. М. Білинської. Київ : НАДУ, 2012. 240 с.
16. Детермінанти розвитку публічного управління та адміністрування в Україні : кол. моногр. / за заг. ред. Н. С. Орлової. Київ : ВД «Освіта України», 2020. 262 с.
17. Децентралізація влади: порядок денний на середньострокову перспективу : аналіт. доп. / Я. А. Жаліло, О. В. Шевченко, В. В. Романова [та ін.] ; за наук. ред. Я. А. Жаліла. Київ : НІСД, 2019. 192 с.
18. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : постанова Кабінет Міністрів України від 25 квіт. 2018 р. № 411. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>.
19. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 05 берез. 2012 р. № 209. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/209-2012-%D0%BF>.
20. Деякі питання створення госпітальних округів : постанова Кабінету Міністрів України від 27 листоп. 2019 р. № 1074. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>.
21. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 17 лют. 2010 р. № 208. *Офіційний вісник України*. 2010. № 15. Ст. 704.
22. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. кол. : Ю. В. Ковбасюк (голова) [та ін.]. Київ : НАДУ, 2011. Т. 4 : Галузеве управління / наук.-ред. кол. : М. М. Їжа (співголова), В. Г. Бодров (співголова) [та ін.]. 648 с.
23. Звіт Національної служби здоров'я України за II квартал 2022 р. URL : <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/2qrt2022-report.pdf?1668078927>.

24. Зима І. Я. Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 7. С. 108-113.
25. Зима І. Я. Аналіз сучасної інституційної системи реформування охорони здоров'я у відповідності до закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 6. С. 87-91.
26. Індекс здоров'я. Україна-2019 : результати загальнонаціонального дослідження / уклад. Ю. Барська [та ін.]. Київ, 2020. 103 с. URL : http://health-index.com.ua/NI_Report_2019_Preview.pdf.
27. Клименко П. М., Грабовський В. А., Гусева Г. В. Інституалізація національної системи охорони здоров'я: організаційний та правовий аспекти. *Вісн. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Сер. «Державне управління»*. 2018. № 4 (91). С. 94-105.
28. Книш С. В. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та євро перспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. 2019. Вип. 1. С. 54-59. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/aprpr_2019_1_11.
29. Колосов Є. В., Кошова С. П. Державне регулювання діяльності приватних закладів охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 16. С. 104-112.
30. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua>.
31. Криничко Л. Р., Ватанов А. Р. Особливості реформування державного управління системою охорони здоров'я в Україні. *Вісник ХНАУ. Серія : Економічні науки*. 2020. № 4 (1). С. 59-74. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkhnau_ekon_2020_4\(1\)_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkhnau_ekon_2020_4(1)_7).
32. Кузьменко Г. О. Проблеми реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Публічне урядування*. 2022. № 2 (30). С. 47-54.
33. Лікарське самоврядування. URL : <https://iihp.org.ua/changes/likarske-samovryaduvaimya>.
34. Лобода Т. В., Михальчук В. М. Відповідальність в публічному управлінні в сфері охорони здоров'я у воєнний час. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 9-10. С. 110-115.

35. Логвиненко Б. О. До питання про відповідність медичної реформи в Україні дванадцяти принципам організації охорони здоров'я. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. Вип. 4 (29), т. 2. С. 120-123.
36. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я / А. Є. Бакай, М. М. Білинська, С. Г. Бойко [та ін.] ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ : НАДУ, 2018. 413 с.
37. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2019-2020 роки / Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України». Київ, 2021. 64 с. URL : <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXIX.html>.
38. Мельниченко Д. О. Інформаційне забезпечення управлінням розвитком у системі охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2021. № 1. С. 142-152.
39. Методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я України з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства / Міністерство охорони здоров'я України. URL : https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf.
40. Миколенко О. М. Ефективність публічного управління в сфері охорони здоров'я. *Правова держава*. 2019. № 35. С. 44-53. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Prav_2019_35_7.
41. Міщенко К. С. Формування державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах системних змін: категоріальний підхід. *Економіка та держава*. Серія : *Державне управління*. 2021. № 1 (17). С. 48-54.
42. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я : кол. моногр. / за наук. ред. М. М. Шкільняка, Т. Л. Желюк. Тернопіль : Крок, 2020. 560 с.
43. Набхан О. В., Моїсеєнко Р. О. Державне управління сферою охорони здоров'я як складова соціальної безпеки держави. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 5. С. 110-116.
44. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. URL : <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>.

45. Неугодніков А. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. *Юридичний вісник*. 2019. № 3. С. 63-69.
46. Ніколюк О. В., Бондар В. А, Цветкова Н. Ю. Напрями удосконалення системи публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я України. *Економіка харчової промисловості*. 2021. Т. 13, Вип. 3. С. 94-100. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/echp_2021_13_3_12.
47. Оганян А. А., Савичук Н. О. Правове управління реформуванням охорони здоров'я у країнах центральної, Східної Європи та СНД: порівняльний аналіз. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 5. С. 117-123.
48. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
49. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я : підручник : у 2 т. / редкол. : В. М. Князевич (голова) [та ін.]. Київ : НАДУ, 2017. Т. 1. 284 с.
50. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я : підручник : у 2 т. / редкол. : В. М. Князевич [та ін.]. Київ : НАДУ, 2018. Т. 2. 320 с.
51. Попова Т., Гавкалова Н. Публічно-приватне партнерство в галузі охорони здоров'я. *Економічний аналіз*. 2021. Т. 31, № 2. С. 126-135.
52. Прасол В. П. Упровадження комплексного механізму публічного управління розвитком недержавного сектору охорони суспільного здоров'я в Україні. *Теорія та практика державного управління*. 2020. Вип. 4. С. 103-109. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trpu_2020_4_15.
53. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я : Закон України від 20 груд. 2019 р. № 421. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20>.
54. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 6 квіт. 2017 р. № 2002. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>.
55. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовт. 2017 р. № 2168. URL : <https://zakon.rada.gov.ua>.

56. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки : постанова Кабінету Міністрів України від 10 січ. 2002 р. № 14. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF>.
57. Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 січ. 2020 р. № 23-р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/23-2020-%D1%80>.
58. Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками : затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 12 серп. 2015 р. № 647. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-%D0%BF#Text>.
59. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 25 берез. 2015 р. № 267. URL : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF>.
60. Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників : указ Президента України від 18 черв. 2021 р. № 261. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/261/2021#Text>.
61. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 20 черв. 2000 р. № 989. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/989-2000-%D0%BF>.
62. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : указ Президента України від 07 груд. 2000 р. № 1313. *Офіційний вісник України*. – 2000. № 49. С. 3-8.
63. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21 трав. 1997 р. № 280. URL : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>.
64. Про місцеві державні адміністрації : Закон України від 9 квіт. 1999 р. № 586. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-1999#Text>.

65. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : указ президента України від 6 груд. 2005 р. № 1694. *Офіційний вісник України*. 2005. № 49. Ст. 3054.
66. Про перелік, кількісний склад і предмети відання комітетів Верховної Ради України дев'ятого скликання : постанова Верховної Ради України від 29 серп. 2019 р. № 19. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/19-IX#Text>.
67. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : закон України від 14 листоп. 2017 р. № 2206-VIII. *Офіційний вісник України*. 2018. № 4. Ст. 149.
68. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою : указ Президента України від 18 серпня 2021 р. № 369. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/369/2021#Text>.
69. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 6 верес. 2022 р. № 2573. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>.
70. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою : рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 лип. 2021 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#n2>.
71. Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги : розпорядження Кабінету Міністрів України від 22 трав. 2019 р. № 383-р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-%D1%80>.
72. Про утворення Медичної ради при Міністерстві охорони здоров'я України : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02 лип. 2020 р. № 1509. URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-02072020-1509-pro-utvorennja-medichnoi-radi-pri-ministerstvi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja-ukraini>.

73. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27 груд. 2017 р. № 1101. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>.
74. Про утворення та ліквідацію районів : постанова Верховної Ради України від 17 лип. 2020 р. № 807. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text>.
75. Публічне управління : термінологічний словник / за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. 224 с.
76. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування : монографія. Київ : Вид-во УАДУ, 2001. 358 с.
77. Радиш Я. Ф. Менеджмент в охороні здоров'я. Управління організаціями у сфері охорони здоров'я : конспекти лекцій / Я. Ф. Радиш, Н. О. Васюк, Л. А. Мельник. Київ : НАДУ, 2015. 92 с.
78. Рачинський А. П., Дарчин Б. С. Державна політика в галузі охорони здоров'я України: необхідність комплексності і системності реалізації. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 1. С. 67-72.
79. Рогачевський О. П. Методи стратегічного управління у галузі охорони здоров'я. *Актуальні проблеми інноваційної економіки*. 2020. № 3. С. 67-75. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/apie_2020_3_14.
80. Рогачевський О. П. Система стратегічного управління у галузі охорони здоров'я. *Вісн. Хмельницьк. нац. ун-ту. Економічні науки*. 2020. № 4 (2). С. 142-149. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vchnu_ekon_2020_4\(2\)__26](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vchnu_ekon_2020_4(2)__26).
81. Рогова О. Г. Державна політика розвитку лікарського самоврядування. *Теорія та практика державного управління*. 2015. Вип. 2. С. 63-70. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trpu_2015_2_12.
82. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі Київської області). *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 8. С. 105-112.
83. Самойлик Ю. В., Погребняк Л. О. Стратегія управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах глобалізаційних змін. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 19-20. С. 161-166.

84. Соколенко Л. Ф., Линник С. О. Впровадження засобів цифрового управління в сфері охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 8. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2020_8_8.
85. Солоненко І., Сабліна Л., Єна Л. Сучасні та майбутні виклики для публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Зб. наук. пр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України*. 2020. Вип. 2. С. 100-109.
86. Соціальна і гуманітарна політика : підручник / авт. кол. : В. П. Трощинський, В. А. Скуратівський, М. В. Кравченко [та ін.]. Київ : НАДУ, 2016. 792 с.
87. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я : прийняття 22 лип. 1946 р. URL : <https://ips.ligazakon.net/document/MU46004>.
88. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво*. 2019. № 3. С. 160-166.
89. Стратегія людського розвитку : введена в дію указом Президента України від 2 черв. 2021 р. № 225. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0036525-21>.
90. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року : проєкт. URL : <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKRHealthStrategyFeb24.2022.pdf>.
91. Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020» : схвалена указом Президента України від 12 січ. 2015 р. № 5. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#n10>.
92. Сучасні напрями розвитку систем охорони здоров'я країн Європи : наук.-метод. рек. / авт. кол. : В. М. Князевич, М. М. Білинська, Л. І. Жаліло [та ін.] ; за ред. В. М. Князевича. Київ : НАДУ, 2015. 40 с.
93. Трансформація системи охорони здоров'я: можливості для громад. URL : <https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/787/med.pdf>.
94. Урсол Г. М., Скрипник О. А., Бугро В. І. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я України: від державного до приватного сектору. Кіровоград : ТОВ «Імекс-ЛТД», 2009. 404 с.
95. Устимчук О. Комунікації та інформаційні технології в управлінні охороною здоров'я України в контексті адаптації іноземного досвіду. *Актуальні*

- проблеми державного управління*. 2019. Вип. 3. С. 68-72. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdyo_2019_3_13.
96. Ханіна О. І. Напрями вдосконалення системи державного управління кадровим розвитком системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 24. С. 78-83.
97. Чернов С. В. Кластерна модель публічного управління сферою охорони здоров'я України. *Економіка та держава. Серія : Державне управління*. 2021. № 1 (17). С. 102-108.
98. Чорна В. В. Порівняльний аналіз фінансування сфери охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1 (87). С. 45-49.
99. Чорний О. В. Особливості реформ у державній політиці охорони здоров'я в європейських країнах у трансформаційний період: історичні та соціально-економічні аспекти. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 3. С. 78-82.
100. Шульц С. Л., Карп'як М. О. Організаційно-інституційні особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації. *Регіональна економіка*. 2017. № 3. С. 108-115.
101. Що таке eHealth / Міністерство охорони здоров'я України. URL : <https://emci.ua/iak-pidkliuchytysia-do-ehealth>.
102. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України. Київ : Медінформ, 2018. 458 с.
103. Яремко І. І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. *Management and entrepreneurship in Ukraine: the stages of formation and problems of development*. 2021. Vol. 3, numb. 2. С. 127-139. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/meu_2021_3_2_17.

ДОДАТКИ

Додаток А

Реформування охорони здоров'я у відповідності до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»

Принципи програми медичних гарантій				
Законодавче визначення умов і порядку фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Держбюджету України.	Надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я.	Забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості.	Цільове та раціональне використання коштів, передбачених на фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів.	
Універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.	Передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг та лікарських засобів.	Гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб.	Конкуренція і відсутність дискримінації надавачів медичних послуг.	
Права пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій				
Отримання необхідних медичних послуг та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, у надавачів медичних послуг.	Безоплатне отримання інформації від уповноваженого органу або надавачів медичних послуг про програму медичних гарантій та надавачів медичних послуг за цією програмою, які можуть надати необхідну пацієнту медичну послугу.	Можливість вибору лікаря у порядку, встановленому законодавством.	Надання лікарям, третім особам права доступу до персональних даних та іншої інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, у т.ч. до інформації про стан свого здоров'я, діагноз, про відомості, одержані.	
Отримання від Уповноваженого органу інформації про осіб, які подавали запити щодо надання інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, про такого пацієнта.	Оскарження рішень, дій чи бездіяльності надавачів медичних послуг або Уповноваженого органу та його територіальних органів в установленому законом порядку.	Судовий захист своїх прав.	Звернення до Ради громадського контролю щодо дій чи бездіяльності Уповноваженого органу.	
Функції уповноваженого органу				
Реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій.	Здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективно використання коштів за програмою медичних гарантій.	Проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах.	Розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів.	
Укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування.	Отримання та обробка персональних даних та іншої інформації про пацієнтів.	Виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів.	Забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я.	Здійснення інших повноважень, визначених законом.
Істотні умови договору про медичне обслуговування населення				
Перелік та обсяг надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів.	Умови, порядок та строки оплати тарифу.	Фактична адреса надання медичних послуг.	Права та обов'язки сторін.	
Строк дії договору.	Звітність надавачів медичних послуг.	Відповідальність сторін.		
Функціонування електронної системи охорони здоров'я				

Додаток Б

Забезпеченість населення лікарями системи МОЗ України у 2020 р.

Адміністративні території	Чисельність лікарів без НДІ, закладів підготовки кадрів, організаторів та лікарів санітарної групи		Чисельність лікарів без НДІ, закладів підготовки кадрів, організаторів, стоматологів та лікарів санітарної групи	
	абсолютні дані	на 10 тис. населення	абсолютні дані	на 10 тис. населення
Україна	127 184	30,7	115 994	28,0
АР Крим	-	-	-	-
Вінницька	5 517	36,2	5 212	34,2
Волинська	3 360	32,8	3 083	30,1
Дніпропетровська	9 969	31,8	9 075	28,9
Донецька	4 599	24,4	4 109	21,8
Житомирська	3 692	30,9	3 410	28,5
Закарпатська	3 748	30,0	3 586	28,8
Запорізька	5 947	35,7	5 623	33,8
Івано-Франківська	6 073	44,7	5 630	41,4
Київська	5 255	29,5	4 748	26,6
Кіровоградська	2 545	27,9	2 298	25,2
Луганська	1 629	24,1	1 495	22,1
Львівська	10 383	41,9	9 271	37,4
Миколаївська	2 754	24,9	2 587	23,4
Одеська	7 995	33,9	7 084	30,1
Полтавська	4 788	35,1	4 350	31,9
Рівненська	3 856	33,6	3 594	31,3
Сумська	3 376	32,1	3 084	29,3
Тернопільська	3 935	38,3	3 687	35,9
Харківська	8 801	33,6	7 854	30,0
Херсонська	2 491	24,5	2 352	23,2
Хмельницька	4 303	34,7	4 034	32,5
Черкаська	3 493	29,7	3 188	27,1
Чернівецька	3 793	42,5	3 548	39,7
Чернігівська	3 015	31,1	2 715	28,0
м. Київ	11 867	40,6	10 377	35,5
м. Севастополь	-	-	-	-

Додаток В

Структура кластерної моделі публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні

