

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**

Студента Кравченко Яни Олександрівни

академічної групи 281М-22з-5 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Діяльність української держави у сфері охорони здоров'я:  
 системно-модельний підхід»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Хожило І.І.	85	добре	
розділів:				

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

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

Дніпро  
 2023

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Діяльність української держави у сфері охорони здоров'я: системно-модельний підхід».

72 стор., 1 табл., 55 джерел.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, МОДЕЛІ ФІНАНСУВАННЯ, МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ, СИСТЕМНИЙ ПІДХІД.

Об'єкт дослідження – публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження – розвиток публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу.

Мета дослідження – розроблення пропозицій щодо розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу.

У першому розділі досліджується охорона здоров'я як сфера публічноуправлінської діяльності. Другий розділ присвячено дослідженню характеристик публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я з позицій системного підходу. У третьому розділі розглядаються можливості та рекомендації щодо удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи управління системою охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування, локальний рівень управління медичними установами та організаціями.

## **ABSTRACT**

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Activities of the Ukrainian state in the field of health care: a system-model approach».

72 pages, 1 tables, 55 sources.

**PUBLIC ADMINISTRATION, HEALTH CARE, FINANCING MODELS, PUBLIC ADMINISTRATION MECHANISMS, SYSTEMS APPROACH.**

Object of research – the public management and administration in the field of health care.

Subject of research – the study is the development of public administration in the field of health care based on the system-model approach.

The purpose of research – the research is to develop proposals for the development of public administration in the field of health care based on the system-model approach.

The first chapter examines health care as a sphere of public management activity. The second chapter is devoted to the study of the characteristics of public management activities in the field of health care from the standpoint of a systemic approach. The third chapter examines opportunities and recommendations for improving public management in the field of health care based on the system-model approach.

Scope of practical application – local self-government bodies, civil society institutions, the local level of management of medical institutions and organizations.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1	
ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЯК СФЕРА ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	7
1.1. Охорона здоров'я як сфера публічноуправлінської діяльності: теоретичні аспекти.....	7
1.2. Механізм реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України .....	19
РОЗДІЛ 2	
ХАРАКТЕРИСТИКА ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ПОЗИЦІЙ СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ	30
2.1. Системний підхід як управлінська парадигма успішної реалізації медичної реформи в Україні.....	30
2.2. Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної військової адміністрації: новий системний функціонал в умовах військового стану .....	42
РОЗДІЛ 3	
УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ СИСТЕМНО-МОДЕЛЬНОГО ПІДХОДУ ..	50
3.1. Характеристики світових моделей управління у сфері охорони здоров'я .....	50
3.2. Концептуальні аспекти розвитку децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я у повоєнний період	61
ВИСНОВКИ .....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	73

## ВСТУП

*Актуальність теми.* В сучасних умовах галузь охорони здоров'я є не тільки фундаментом функціонування та розвитку національної економіки, але й розглядається як сфера національних пріоритетів та національної безпеки в контексті глобалізаційних та інтеграційних викликів, особливо в умовах ризиків поширення інфекційних хвороб (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, COVID-19) [1]. А для України, яка з 2022 року зазнала значних втрат через повномасштабну збройну агресію, роль системи охорони здоров'я та її повноцінне функціонування є державним пріоритетом і завжди перебуває у центрі уваги вищого керівництва держави. Такий підхід повністю корелює з відповідними стратегіями країн ЄС у сфері охорони здоров'я. Так, «Основи європейської політики та стратегія для XXI століття», містять рекомендації для національних урядів щодо здійснення політики систематичного підвищення рівня розвитку і функціонування інституційної системи у галузі охорони здоров'я.

Для України в умовах довготривалої збройної агресії, а також в умовах поглиблення медичної реформи та адміністративно-територіальної реформи, вкрай необхідним є продовження політичного діалогу між органами влади та громадськістю з метою узгодження децентралізації функцій управління з пріоритетами національної політики в галузі охорони здоров'я. Тож створення умов для належного функціонування єдиного медичного простору в умовах війни та повоєнної відбудови є вкрай актуальним для України з огляду на її євроінтеграційні пріоритети, а також для реалізації стратегічних програм розвитку, першочерговим з яких є недопущення розвитку пандемій, надання якісних та доступних медичних послуг населенню. Теоретичні та практичні аспекти публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я є об'єктом активних досліджень багатьох вітчизняних учених. Дослідженню теоретичних засад та розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я присвячені наукові праці таких дослідників, як М.Білинська, Я.Радиш, Д.Карамішев, С.Линник, З.Надюк, О.Федько та інших.

Метою магістерського дослідження – розроблення пропозицій щодо розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу. Для досягнення мети запропоновано вирішення таких завдань:

- розкрити сутність публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати механізм реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України;
- охарактеризувати публічноуправлінську діяльність у сфері охорони здоров'я з позицій системного підходу;
- проаналізувати системні риси нової управлінської парадигми в реалізації медичної реформи в Україні;
- виокремити публічноуправлінські особливості в реалізації світових моделей управління у сфері охорони здоров'я;
- окреслити концептуальні аспекти розвитку децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я у повоєнний період.

*Об'єкт дослідження* – публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я.

*Предмет дослідження* – розвиток публічного управління у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу.

Методи дослідження. Методологія дослідження дослідження має широкий комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження. На основі діалектичного методу пізнання досліджено сучасний стан наукових розробок вітчизняних та зарубіжних учених з питань публічного управління галуззю охорони здоров'я. Для дослідження тенденцій та актуальних проблем у системі управління галуззю використано системний підхід. На основі системно-аналітичного методу проаналізовано чинну в Україні систему державного управління галуззю, нормативно-правові основи та стратегічні пріоритети проведення медичної реформи в Україні.

## РОЗДІЛ 1

### ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЯК СФЕРА ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

#### 1.1. Охорона здоров'я як сфера публічноуправлінської діяльності: теоретичні аспекти

Упродовж останніх десятиліть у сфері охорони здоров'я сформувалась стійка тенденція, що є характерною для багатьох розвинених країн світу. Національні уряди тією чи іншою мірою реформували національну модель управління системою охорони здоров'я. Особливих змін потребували національні системи охорони здоров'я упродовж пандемії COVID-19 [1]. А для України трансформація сфери охорони здоров'я повторно розгорнулась із початком повномасштабного вторгнення росії у 2022 році. За даними ООН, станом на 24 серпня 2022 року було підтверджено 473 напади на об'єкти охорони здоров'я, внаслідок яких загинуло не менше 98 осіб, 134 отримали поранення. Пошкоджено понад 927 медичних закладів, понад 400 перебували на тимчасово окупованих територіях, зруйновано 123 об'єкти охорони здоров'я. На кінець 2021 року в Україні налічувалося близько 3000 медичних закладів. Тобто, через збройну агресію в Україні постраждав майже кожний третій медзаклад. Але, перш ніж досліджувати питання публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я, звернімо увагу на важливі акценти понятійно-категоріального апарату.

Аналізуючи наукову та довідкову літературу ми знайшли наступні підходи до сутності охорони здоров'я:

– охорона здоров'я як галузь діяльності держави. Такий підхід підтримує Опалько В.В. зазначаючи, що «охорона здоров'я - галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Охорона здоров'я – це ключовий елемент

національної безпеки держави». Відповідно до зазначеної дефініції система охорони здоров'я розглядається, як галузь діяльності держави у контексті медичного обслуговування, що дозволить забезпечити національну безпеку держави. У такому ж контексті систему охорони здоров'я розглядає дослідник Дурманов Б., пропонуючи наступне визначення: «охорона здоров'я - це галузь економіки держави, що включає виробництво товарів і послуг, спрямованих на поліпшення та розвиток здоров'я громадян». Особливістю зазначеного тлумачення є те, що автор вважає охорону здоров'я як галузь економіки. З даним визначенням можливо погодитися лише частково, адже економічний аспект охорони здоров'я є занадто вузьким і не характеризує усю специфіку систем охорони здоров'я.

Янова В.В. та Лесниченко Е.Н. розглядають також охорону здоров'я як галузь, проте не економіки та держави, а як галузь сфери обслуговування. Так, автори пропонують наступне тлумачення: «Охорона здоров'я - одна з галузей сфери обслуговування. Турбота про збереження здоров'я особистості, збереження здоров'я трудящих, профілактиці хвороб мають велике значення для виробництва, так як під впливом цих факторів зростає активний період людської діяльності і знижуються втрати робочого часу». Зазначений підхід є можливий лише, за умови, що охорона здоров'я є об'єктом наукового дослідження в економічних науках.

Баранбаєва Л.З. пропонує під охороною здоров'я розглядати наступне: «сукупність галузей і організацій, що задовольняють потреби населення по охороні здоров'я. У цій сфері відбувається створення умов для відтворення працівника з метою продовження роду, підтримки і поліпшення його здоров'я». У даному випадку тлумачення є широким, адже охоплює не лише власне медицину, але й фармацією та інші галузі задіяні в забезпеченні здоров'я населення;

– охорона здоров'я як система заходів. У даному напрямі зміст охорони здоров'я розглядав Лисицин Ю.П., який зазначає наступне: «охорона здоров'я



суспільства – це система громадських і державних соціально-економічних та медичних заходів, які забезпечують високий рівень охорони й поліпшення здоров'я народу». Так, автор вважає, що такі заходи забезпечуються як державою через систему державного управління так і громадськістю. В свою чергу, такі заходи носять як соціально-економічний так і медичний характер, що визначає властивості системи охорони здоров'я як об'єкту державного управління. Булеца С.Б. вважає, що «охорона здоров'я – це система державних і суспільних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань та забезпечення довголіття людини». Визначення є подібним, проте автор не надає характеристики таким заходам, зазначаючи, що вони направлені на захист здоров'я, попередження та лікування захворювань;

– охорона здоров'я як медицина. Даного підходу дотримується К.І. Вінслоу, який вважає, що «охорона здоров'я не є синонімом медицини, а одним з головних факторів і критеріїв прогресу розвитку суспільства, тому що практично немає жодної галузі діяльності, які б так чи інакше не позначалися б на здоров'ї людей». В свою чергу, варто наголосити, що автор наголошує на важливості охорони здоров'я, як критерію розвитку суспільства. Різноманітність підходів до сутності охорони здоров'я можна пояснити об'єктно-предметним полем дослідження. Так, залежно від об'єкта та предмета дослідження, вчені надають охороні здоров'я певних властивостей, що в результаті й визначає зміст зазначеного поняття. Так, мета та завдання дослідження визначають особливості та вектор розвитку дослідження системи охорони здоров'я. Зазвичай поставлена мета дослідження характеризує об'єкт та проблему, що намагається вирішити автор. Міждисциплінарність охорони здоров'я обумовлює те, що охорону здоров'я характеризують різні сфери наук (економіка, право, медицина, соціологія, державне управління та інші). Залежно від сфери наук визначається і зміст поняття. А при вивченні будь-якого об'єкта дослідник обирає ту чи іншу сукупність методів, зазвичай вибір таких методів суб'єктивний характер, що призводить до висновків щодо змісту охорони здоров'я. Вважаємо, що зміст

поняття «охорона здоров'я» має врахувати всі зазначенні підходи, щоб вмістити в собі більшість властивостей як об'єкту впливу державноуправлінських рішень.

Українська держава розпочала шлях активного упровадження організаційно-функціональної перебудови управління медичною сферою ще понад 10 років тому, обравши євроінтеграційний курс свого подальшого розвитку [2]. Метою реформи є зміна парадигми державної політики, управління, забезпечення переходу до суспільства, де рішення виробляється відкрито, прозоро, демократично, згідно із законами, правилами, нормами та процедурами, що відповідають вимогам світової спільноти. Реформи системи охорони здоров'я – діяльність, пов'язана зі зміною політики та інститутів охорони здоров'я, через які вона проводиться. Ключовими елементами реформи є: зміст (пакети реформ, що відображають мету, кількість і набір заходів), процес, інститути (організаційні структури, системи управління).

В Україні реформування галузі охорони здоров'я відбувається поетапно. Відповідно до указу Президента України була затверджена «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України» (2000), на основі якої сформована Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002-2011 рр. Продовжуючи реформування галузі охорони здоров'я, 6 грудня 2005 р. Президентом України В. Ющенком підписано Указ № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», а на його виконання розроблено Національний план дій (Дорожня карта реформування охорони здоров'я). Суттєво новим в реформуванні системи охорони здоров'я стало прийняття у 2018 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який визначив державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій. Вищезазначений закон України докорінно змінив з 01 квітня 2020 року систему фінансування бюджетних закладів охорони здоров'я. З настанням періоду, який

позначився впливом негативних зовнішніх чинників (пандемія COVID-19 та розгортання повномасштабної війни) з 2020 року і по теперішній час українська держава продовжує вдосконалювати моделі вироблення та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я.

В організаційному плані, як зазначала В.М. Лехан, розпочата галузева реформа на початку реалізації була недостатньою системною, не відповідала принципам послідовності та наступності в реалізації засад державної політики, а в окремі періоди була навіть дуже фрагментарною. Серед головних причин цього дослідниця вважає існування політичних чинників (часта зміна уряду та очільників МОЗ України); відсутність прийнятої стратегії реформування, яка узгоджена між всіма суб'єктами різних гілок влади; недосконалість нормативно-правовому механізму забезпечення медичної реформ, що допускає існування в правовому полі конфлікту між змістом галузевих нормативно-правових актів та нормами Конституції України; дефіцит фахових управлінців, здатних успішно реалізовувати реформу у сфері охорони здоров'я.

На висновками експертів Європейського регіонального бюро ВООЗ та Європейської обсерваторії по системах і політиці в галузі охорони здоров'я, які провели моніторинг організаційно-правових змін в національних моделях охорони здоров'я в 12 пострадянських країн було встановлено, що національні моделі за двадцять років значно трансформувалися в усіх без виключення країнах (Вірменії, Азербайджані Білорусі, Грузії, Казахстані, Киргизстані, Республіці Молдова, Російській Федерації, Таджикистані, Туркменістані, Україні та Узбекистані). Разом з тим, експерти відмічають значну різницю як в темпах та змісті цих трансформаційних змін, так і в кінцевому результаті проведених реформ, які є віддзеркаленням загальної державної політики.

Збереження і зміцнення здоров'я населення України становлять одну з найважливіших функцій нашої держави. Саме широта і складність завдань з охорони здоров'я зумовлює необхідність виконувати ті чи інші функції

державної політики з питань охорони здоров'я всіма без винятку органами державної влади України.

Національна політика в галузі охорони здоров'я повинна сприяти виробленню шляхів та засобів оптимальної організації на національному рівні охорони та поліпшення здоров'я, формування здорового способу життя, медичної та соціальної профілактики захворювань, реабілітації.

Підходи до формування державної політики України в галузі охорони здоров'я визначені в Конституції України (ст. 43, 45, 46, 48-50). Деталізація та конкретизація основних конституційних положень, що стосуються правового регулювання охорони здоров'я, знайшли відображення у низці законодавчих і нормативних актів. У 1992 р. прийнято основоположний законодавчий акт - Основи законодавства України про охорону здоров'я, в якому визначені основні засади та принципи розбудови національної системи охорони здоров'я, а також засади формування та реалізації державної політики України у сфері охорони здоров'я [4].

Дослідники проблеми державної політики України в галузі охорони здоров'я вважають, що напередодні 2015 року медична галузь держави перебувала в кризовому стані [5].

Основними причинами є:

- зміни соціально-економічної системи держави; низька оплата праці медичних працівників;
- незадоволення пацієнтів і всього суспільства якістю та ефективністю медичної допомоги;
- тривалий період реформування без виділення належних коштів, тобто без суттєвої економічної та політичної підтримки, а це все призводить до вимирання нації.

Категоріями ефективності системи охорони здоров'я слід вважати:

- вплив на кінцеві результати, а саме - на здоров'я населення;

- соціальну справедливість, тобто забезпечення кожній людині рівного доступу до медичної допомоги;
- задоволення населення якістю медичного обслуговування.

Систему необхідно розглядати у широкому значенні, доктриною можуть бути інноваційні перетворення системи, що стосуються всіх сфер діяльності, здатні підняти систему на якісно новий рівень розвитку.

На сучасному етапі суспільного розвитку Українська держава виступає як монополіст у формуванні політики щодо охорони здоров'я нації, але разом з тим вона неспроможна фінансово її підтримати в умовах перехідного періоду. Одночасно спостерігаються децентралізація державного управління охороною здоров'я та підвищення ролі регіональних і місцевих органів державної влади, місцевого самоврядування, пов'язаних з охороною здоров'я та медичною допомогою.

На думку З. С. Гладуна, державна політика в галузі охорони здоров'я має включати три основних напрями: забезпечення конституційних прав громадян на медичну допомогу, охорону здоров'я і медичне страхування, захист прав та свобод людини у сфері охорони здоров'я; організація надання медико-санітарної допомоги населенню, формування єдиного національного медичного простору та ринку медичних послуг; проведення організаційних, фінансових, правових та інших заходів щодо підтримання здоров'я населення та його охорони і зміцнення [5, с. 194].

Політика України в галузі охорони здоров'я базується на тому, що держава визнає право кожного громадянина держави на охорону здоров'я, забезпечує його захист, а також гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: це невід'ємна складова частина внутрішньої та зовнішньої політики держави, змістом якої є оптимізація діяльності комплексного соціального інституту, який включає підготовку медичних кадрів, численні соціальні, організаційні, економічні, науково-медичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні

заходи, що обов'язково проводить держава в інтересах своїх громадян. Особливістю проблеми державної політики в галузі охорони здоров'я є її комплексність, системність, загальний характер, що обумовлені зростаючою єдністю сучасного світу, тенденціями до зміцнення взаємозв'язку та взаємозалежності складових системи охорони здоров'я [6].

Систему державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я можна охарактеризувати як континуум функціональних компонентів, властивостей об'єктів, відношень поміж ними для досягнення головних цілей інноваційного розвитку сфери. Для втілення системи державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я, реалізації державної політики потрібне застосування чіткого і дієвого інструментарію державного регулювання інноваційного розвитку у цій сфері [7].

Для здійснення аналізу і вибору стратегії державної політики стосовно перебудови системи охорони здоров'я необхідно включити певні механізми державного управління в процес перетворень, пристосовуючи їх до конкретних суспільних проблем і можливостей, зокрема в умовах обмежених ресурсів. Основні механізми державної політики, які максимально впливають на діяльність галузі охорони здоров'я, такі: фінансування галузі, організація системи охорони здоров'я на макро- та мікрорівнях, розміщення фінансових ресурсів, методи оплати виробників медичних послуг, регулювання діяльності з оптимального поєднання державного впливу та ринкових механізмів і соціальний маркетинг [8].

Серед головних суб'єктів, які формують державну політику та здійснюють публічноуправлінську діяльність у сфері охорони здоров'я, перш за все, слід назвати Верховну Раду України. Відповідно до п. 33 ч. 1 ст. 85 Конституції України [3], Верховна Рада України здійснює парламентський контроль у межах, визначених законодавством. Верховна Рада України здійснює державний контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я як прямо шляхом прийняття законів, чим корегує цю сферу суспільних відносин, реагуючи на зміни й виклики, що відбуваються в її межах, так і через свої структурні підрозділи. Серед останніх слід назвати комітети Верховної

Ради України, які відповідно до ч. 1 ст. 1 Закону України «Про комітети Верховної Ради України» від 4 квітня 1995 року є органами Верховної Ради України. Комітети створюються з числа народних депутатів України для здійснення за окремими напрямками законопроектної роботи, підготовки і попереднього розгляду питань, віднесених до повноважень Верховної Ради України [9].

На загальнодержавному рівні суб'єктом публічної політики у сфері охорони здоров'я є Президент України. Відповідно до ст. 102 Конституції України Президент України є гарантом додержання Конституції України, прав і свобод людини та громадянина [3]. Президент України відповідно до п. 18 ч. 1 ст. 106 Основного Закону України очолює Раду національної безпеки та оборони України [3], яку також слід розглядати як загальнодержавний суб'єкт державної політики у сфері охорони здоров'я. Зокрема, відповідно до п. 7 ч. 1 ст. 8 Закону України «Про Раду національної безпеки і оборони України» від 05 березня 1998 року до компетенції цього суб'єкта відноситься здійснення контролю за діяльністю органів виконавчої влади щодо забезпечення охорони здоров'я населення [10].

Одним із провідних загальнодержавних суб'єктів публічної політики по лінії виконавчої гілки влади у сфері охорони здоров'я є Кабінет Міністрів України. Відповідно до ст. 113 Конституції України є вищим органом у системі органів виконавчої влади [3]. Як показує аналіз положень Закону України «Про Кабінет Міністрів України» від 27 лютого 2014 року, серед основних завдань Кабінету Міністрів України є завдання забезпечення охорони здоров'я [11].

Виконавчу гілку органів виконавчої влади на загальнодержавному рівні у розрізі галузевості представляє такий суб'єкт як Міністерство охорони здоров'я України. Правовий статус МОЗ України визначено в Положенні «Про Міністерство охорони здоров'я України», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267. Відповідно до цього Положення, міністерство є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я [12].

Міністерство охорони здоров'я спрямовує та координує діяльність Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. А також відповідно здійснює координуючі та контролюючі функції стосовно Національної служби з лікарських засобів та Національної служби здоров'я України [13; 14]. Зазначені служби також слід розглядати в якості спеціально-галузевих суб'єктів публічної політики, які здійснюють відповідну діяльність у сфері охорони здоров'я. Так, згідно з приписами Положення «Про Національну службу здоров'я України», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1101, Національна служба здоров'я України реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [14].

Серед центральних органів виконавчої влади, наділених правовим статусом суб'єкта державного контролю у сфері охорони здоров'я, слід назвати Міністерство внутрішніх справ України. Міністерство розвитку громад і територій України здійснює нормування в будівництві з метою формування безпечного середовища для життя і здоров'я людини. Міністерство соціальної політики України реалізує державну політику щодо соціального захисту населення.

Проаналізувавши матеріали використаних джерел вітчизняних науковців та беручи до уваги пріоритетність охорони здоров'я в державній політиці, можемо стверджувати, що метою охорони здоров'я України в період реформування галузі є забезпечення права громадян на охорону здоров'я шляхом його збереження та зміцнення, профілактики захворювань і якісної доступної медичної допомоги при оптимізації витрат.

Перспективи подальших досліджень у зазначеному напрямі полягають у визначенні причин, які справляють негативний вплив на демографічну ситуацію, стан здоров'я населення України. Здійснювати заходи з їх усунення, покращувати соціальні нормативи, розробляти та впроваджувати стандарти діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів у галузі, забезпечити



фінансування галузі за потребами та здійснення контролю за дотриманням якості з надання медико-санітарної допомоги на всіх рівнях - це і є необхідним у впровадженні державної політики у галузі охорони здоров'я на перспективу.

Зазначимо, що упровадження нової державної політики у галузі охорони здоров'я на перспективу базується, перш за все, на побудові ефективної системи комунікацій між органами влади та громадянським суспільством, яке в контексті цього дослідження представляє пацієнтська спільнота та інші стейкхолдери, що вибудовують новий формат суспільних відносин у сфері охорони здоров'я.

Так, дослідниця Н.Б. Мезенцева розглядаючи державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я України крізь призму історичних та правових підходів говорить про необхідність формування у спеціалістів в галузі медицини особистісного професійного потенціалу, у тому числі й комунікативного, упровадження якого у практичну діяльність галузі охорони здоров'я сприятиме активізації процесу державного регулювання суспільних відносин у цій сфері.

Федоренко Т.А., досліджуючи організаційно-управлінський механізм залучення громадськості до формування та реалізації державної політики України у галузі охорони здоров'я, обстоює думку про необхідність формування суспільних відносин у зазначеній сфері на базі таких інститутів громадянського суспільства як медичні установи та організації (асоціації); організації пацієнтів та правозахисні організації; організації, що представляють приватний медичний бізнес, у тому числі представники фармацевтичного бізнесу, медичного страхування, медичного туризму тощо.

Д.В. Карамишев обґрунтував методологічні основи технологізації стратегічного управління та концептуальні засади інноваційних перетворень системи охорони здоров'я. Дослідник особливо наголошував на необхідності розробки так званого «сценарію інноваційного прориву». Також він поділяв позицію вітчизняного дослідника О.А. Скрипника щодо реалізації структурно-

функціональних змін в системі охорони здоров'я як визначального типу розвитку даної системи в сучасних умовах.

Із вищезазначеного, ми можемо зробити висновок, що основними напрямами, стратегічними цілями національної політики України в галузі охорони здоров'я мають бути: забезпечення збереження і зміцнення здоров'я населення; забезпечення державою пріоритетного фінансування комплексних програм лікування, профілактики, реабілітації та ін. заходів щодо охорони здоров'я; визначення глобальних державних та регіональних цілей у сфері охорони здоров'я, показників і критеріїв галузевого управління відповідно до Цілей Сталого Розвитку-2030 [15]; подальше вдосконалення державної медичної допомоги; пріоритетний розвиток ПМЛД, мережі спроможних медичних закладів; поліпшення медико-демографічної ситуації: збільшення народжуваності, зменшення рівня смертності новонароджених та осіб працездатного віку, збільшення тривалості життя. Таким чином, все вищезначене дозволяє зробити висновок, що сфера охорони здоров'я є об'єктом постійної уваги як вищого керівництва держави, так і всіх гілок влади – законодавчої, виконавчої та судової, а отже ця сфера є окремим напрямом публічної політики України.

Зазначимо, що система управління змінами в охороні здоров'я має враховувати як актуальні інституційні норми, так і ефективне використання ресурсів, маючи на меті поєднати розумний інституціоналізм із інноваційним підходом. Галузеві особливості значно впливають на специфіку інновацій у охороні здоров'я: технологічні інновації значно впливають на економічні та організаційні інновації, які призводять до інформаційних інновацій. Опір змінам виникає внаслідок величезної кількості факторів, які можуть значно ускладнити цей процес. З метою успішної реалізації змін ініціатори змін повинні зрозуміти, на якому етапі вони в даний момент знаходяться, та вжити необхідних заходів для керування змінами. Трансформація повинна бути спроможною витримати виклики і в майбутньому бути схильною до подальших покращень.

## **1.2. Механізм реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України**

За новою «реформованою» системою фінансування медичної галузі, гаслом якої є словесний конструкт «гроші мають йти за пацієнтом», обсяг фінансування на первинній ланки системи охорони здоров'я безпосередньо залежить від кількості пацієнтів, які підписали декларації із сімейними лікарями амбулаторії. Запровадження такої моделі потребує надання державним та комунальним медичним закладам фінансової та управлінської автономії. З цією метою медичні заклади змінили свій статус на комунальні некомерційні підприємства (КНП). З некомерційними підприємствами держава через уповноважений орган укладає відповідні угоди та відшкодовує кошти за надані медичні послуги в рамках реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Програма медичних гарантій це програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Виокремлюються види медичної допомоги у контексті медичної реформи: кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать екстрена медична допомога, первинна медична допомога;

вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом

виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

На рівні територіальної громади визначаються принципи модернізації сфери охорони здоров'я на основі концепції «До якості медичної допомоги через доступність», зокрема:

іміджевої доступності – створення сприятливих умов перебування у центрі ПМСД, дотримання графіку роботи;

територіальна доступність – кращі умови надання та отримання медичної допомоги, зв'язок лікаря з пацієнтом;

медична доступність – поліпшення кадрового забезпечення, створення Call-центру, впровадження електронної картки пацієнта та друк електронного рецепту (з метою виконання Урядової програми «Доступні ліки», що є передумовою появи моделі електронного рецепту, який буде реалізований в електронній системі охорони здоров'я).

Фахівці відзначають такі особливості децентралізації в сфері охорони здоров'я:

медичні заклади територіальних громад стають самостійними і самодостатніми;

після проведення реорганізації – автономізації закладу охорони здоров'я шляхом перетворення в комунальні некомерційні підприємства – всі оперативні функції передаються керівництву автономізованого закладу охорони здоров'я;

місцева влада відповідає за утримання та оснащення закладу, як розпорядник бюджетних коштів;

обговорюються можливості муніципального співробітництва у сфері реформування рівня первинної медичної допомоги;

головний лікар може оперативно та гнучко реагувати на проблеми.

Також спеціалісти наголошують на тому, що з децентралізацією в Україні формується нова модель сільського розвитку з новою системою управління та новими економічними відносинами, де основним є розвиток людського потенціалу, а сільські мешканці потребують особливої уваги держави. Реформа сільської медицини стосується в першу чергу первинної медицини в селі, яка має стати доступною і якісною.

Опис сутності медичної реформи на Урядовому порталі (2020) стосується трансформації системи охорони здоров'я задля забезпечення громадянам України рівного доступу до якісних медичних послуг, орієнтації системи так, щоб в результаті змін у центрі її уваги був пацієнт. Виокремлюється бачення системи охорони здоров'я після проведення реформи: ефективна і доступна система охорони здоров'я, що відповідає потребам населення України; підвищення рівня і якості життя населення на основі розширення доступності; підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивної зайнятості персоналу, що працює у галузі охорони здоров'я; підвищення рівня соціального забезпечення, розвитку і оптимізації системи соціальної підтримки.

Зазначається, що первинна ланка медичної допомоги відіграє важливу роль у боротьбі з пандемією. Суттєво зросла завантаженість на лікарів, адже до них в першу чергу звертаються пацієнти з підозрою на COVID-19.

У Програмі медичних гарантій визначено п'ять пріоритетних медичних послуг, які перебувають у фокусі особливої уваги: лікування гострого мозкового інсульту; лікування гострого інфаркту міокарда; допомога при пологах; допомога у складних неонатальних випадках; інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкологічних захворювань. До Програми медичних гарантій також входить програма реімбурсації «Доступні ліки», за якою пацієнти можуть отримати медикаменти для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми за рецептом лікаря безоплатно або з незначною доплатою. Забезпечено доступність та стабільність роботи eHealth в режимі 24/7, утворено комітет SDLC з метою ефективного управління розробкою

функціоналу системи та розроблено RoadMap (дорожню карту розробок компонентів eHealth). Зменшено адміністративне навантаження на медичних працівників (запущено електронний медичний висновок про народження дитини).

Основними цілями реформи охорони здоров'я визначається: здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я; впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів); забезпечення фінансового захисту населення від надмірних витрат; ефективне функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, який має бути доступним для всього населення, незалежно від статі, місця проживання, рівня статків та інших соціально-демографічних характеристик; оновлення матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційного та кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів; впровадження інноваційних технологій у щоденній медичній практиці та забезпечення доступу до високотехнологічного лікування.

Виокремлюють чотири пріоритетні напрями децентралізації управління у сфері охорони здоров'я: медична реформа; громадське здоров'я; спеціалізована медицина; доступні та якісні лікарські засоби.

За кожним із напрямів реалізуються завдання, спрямовані на: забезпечення фінансування системи охорони здоров'я; підвищення заробітної плати медичних працівників; створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги; розробку та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування; впровадження державної оцінки медичних технологій; створення конкурентного середовища для медичних закладів; розвиток добровільного медичного страхування; розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я; залучення приватного капіталу, пільгового оподаткування за рахунок податку на прибуток; розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я; розвиток телемедицини, eHealth,

високотехнологічної медицини і системи трансплантації, системи екстреної медичної допомоги; забезпечення медичною допомогою пацієнтів з туберкульозом, психічними захворюваннями, орфанними захворюваннями; впровадження та реалізацію Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями, визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні, враховуючи виклики та загрози пов'язані із поширенням у світі та на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2»; удосконалення законодавства в сфері обігу лікарських засобів з метою забезпечення прозорості фармацевтичного ринку, забезпечення розвитку медичної освіти і науки.

Тож можна відзначити, що за період з 2012 р. (пілотне реформування медичної галузі в чотирьох областях України) по теперішній час відбулись кардинальні зміни в змісті та сутності діяльності системи охорони здоров'я та трансформації в сфері охорони здоров'я. Це у свою чергу передбачає існування певних змін і трансформацій в публічному адмініструванні сфери охорони здоров'я, які необхідно в подальшому розглянути більш ґрунтовно.

У період початку пандемії COVID-19, а саме 1 квітня 2020 року в Україні було запроваджено новий механізм фінансування медичних установ за надані послуги населенню. Постановою Кабінету Міністрів України була затверджена Програма державних гарантій медичного обслуговування населення [16].

Основні принципи програми медичних гарантій:

1) законодавче визначення умов і порядку фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій;

2) надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я незалежно від віку, раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, зареєстрованого місця проживання, за ознакою мови або іншими ознаками;

3) забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості;

4) цільове та раціональне використання коштів, передбачених на фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

5) універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

6) передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг та лікарських засобів;

7) гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

8) конкуренція і відсутність дискримінації надавачів медичних послуг.

Постанова від 5 лютого 2020 р. № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» визначає механізми забезпечення оплати медичних послуг, пов'язаних з наданням:

- екстреної;
- вторинної (спеціалізованої);
- третинної (високоспеціалізованої);
- паліативної медичної допомоги;
- медичної допомоги дітям до 16 років;
- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами;
- медичної реабілітації.

На практиці положення урядової Постанови вступили в силу дещо пізніше, а саме з 1 квітня 2020 року.

Програма медичних гарантій включає пакети медичних послуг, пов'язаних з наданням за принципом екстериторіальності [17]:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;



- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

У межах програми медичних гарантій Національна служба здоров'я України здійснює реімбурсацію лікарських засобів для лікування серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми. У межах програми медичних гарантій Національна служба здоров'я України укладає договори про медичне обслуговування населення щодо надання медичних послуг за програмою медичних гарантій як Уповноважений державний орган. Уповноважений орган – це центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Основними функціями Уповноваженого органу є:

- 1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій;
- 2) проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;
- 3) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- 4) розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів;
- 5) укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;
- 6) здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходів з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, встановлених порядком

використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення;

7) отримання та обробка персональних даних та іншої інформації про пацієнтів (у тому числі інформації про стан здоров'я, діагноз, відомостей, одержаних під час медичного обстеження пацієнтів) і надавачів медичних послуг, необхідних для здійснення його повноважень, з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних»;

8) забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я;

9) здійснення інших повноважень, визначених законом.

Національна служба здоров'я України оплачує надані медичні послуги згідно з тарифами та коригувальними коефіцієнтами, визначеними в цьому Порядку, на підставі звітів про медичні послуги, що складаються в порядку, передбаченому Типовою формою договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій». Відповідно до укладеного договору в межах бюджетних асигнувань, визначених у плані асигнувань на відповідний період за відповідним напрямом. Вимагати та отримувати оплату від пацієнтів або їх представників за такі медичні послуги забороняється.

До тарифу на медичні послуги не включено вартість лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, які забезпечуються у централізованому порядку за рахунок інших програм державного бюджету. Попередня оплата медичних послуг за договорами здійснюється в порядку, встановленому постановою Кабінету Міністрів України від 4 грудня 2019 р. № 1070 «Деякі питання здійснення розпорядниками (одержувачами) бюджетних коштів попередньої оплати товарів, робіт і послуг, що закуповуються за бюджетні кошти».

Національна служба здоров'я України укладає договори на підставі

поданих заяв про укладення договорів, поданих разом з необхідними документами та інформації, внесеної до системи, відповідно до Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410.

Однак, не дивлячись на це, виникла певна стурбованість громадськості тією ситуацією, коли є ціла низка медичних закладів, які не змогли з 1 квітня 2018 року перейти на нову форму роботи через недостатні фінансові та кадрові ресурси, застарілу або відсутню матеріально-технічну базу, інформаційні систем, могли би залишитись без надання медичної допомоги та медичних послуг. Значна кількість населення ризикувала бути позбавленою можливості отримати доступну та якісну медичну допомогу. Згідно з інформацією сайту Національної служби здоров'я України станом на 23.03.2020 з 9814 пропозицій 1529 не відповідають встановленим вимогам (17.03.2020 року з 9746 пропозицій, поданих медичними закладами 1983 пропозиції на укладення договору з Національною службою здоров'я України не відповідають встановленим вимогам (20%). Також на той час на сайті Національної служби здоров'я України була відсутня інформація про укладені договори з медичними закладами, які надають вторинну, третинну та інші види медичної допомоги.

Слід звернути увагу на недостатній рівень фінансування, який не дозволяє органам місцевого самоврядування забезпечити виконання вимог ПМГ та виконувати делеговані державою повноваження на забезпечення доступності і безоплатності медобслуговування. Зкладами охорони здоров'я було обраховано тарифи на затверджені постановою КМУ від 05.02.2020 №65 пакети медичних послуг. Ці тарифи у більшості значно занижені та не покривають реальної собівартості таких послуг. Також потребує врегулювання та визначення джерел фінансування проведення медичних оглядів дітей, працівників бюджетних сфер; участь лікарів та медичних сестер у військово-лікарських/призовних комісіях. Завищені вимоги до медичного обладнання та кількості лікарів, необхідних для

підписання договору, унеможливають подачу на підписання договору для надання певних видів послуг.

Вже пізніше, в умовах поширення на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, також необхідно було б передбачити значно більші ресурси на відшкодування відпусток і лікарняних працівникам бюджетної сфери, на придбання засобів індивідуального захисту для медичних працівників, медичного обладнання – багато хворих потребуватимуть штучної вентиляції легень. Потрібно було більш ретельно виконувати рекомендацію Президента України про матеріальне заохочення медичних працівників.

Ще один важливий аспект проблематики удосконалення механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я є забезпечення хворих життєво необхідними ліками, наприклад хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну. Певні кроки у цьому напрямку були зроблені урядом та профільним міністерством у переломному періоді квітня 2020 року. Постановою № 65 внесено зміни до постанови від 27 листопада 2019 р. № 119 «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік», зокрема, передбачено для відшкодування вартості інсулінів для лікування цукрового діабету та лікарських засобів для лікування нецукрового діабету в порядку, встановленому урядом з 01 жовтня до 31 грудня 2020 р. Тобто державні зобов'язання були відтерміновані, але виконані. вартості інсулінів у період з 1 квітня до 1 жовтня 2020 року.

За результатами опитування органів місцевого самоврядування рівень забезпеченості коштами медичної субвенції на I квартал 2020 року становило лише 40% та більшість з них дофінансовує заклади охорони здоров'я в таких самих обсягах та навіть більше ніж отримали з державного бюджету. У випадку, якщо витрати на відшкодування вартості інсулінів в зазначений період ляжуть на плечі органів місцевого самоврядування, то така ситуація спричинить соціальну напругу. Це непосильні витрати, особливо для дотаційних бюджетів.

Саме тому до Асоціації міст України звертаються органи місцевого самоврядування з занепокоєнням, що визначені розпорядженням КМУ від 15.01.2020 №23-р опорні заклади охорони здоров'я не зможуть у повному обсязі та своєчасно забезпечити надання доступних та якісних медичних послуг населенню громад [18].

Крім того, відсутні затверджені відповідним нормативним актом критерії/показники вимог до опорних закладів охорони здоров'я та Порядок з методикою формування мережі таких закладів. Асоціації міст України стурбована упередженим відбором медичних закладів до числа опорних. Затверджені критерії та оцінка медичного закладу за бальною шкалою дозволять отримати об'єктивні дані стосовно можливості віднесення закладу охорони здоров'я до опорного. Асоціація міст України запропонувала Міністерству охорони здоров'я України затвердити наказом Порядок з методикою формування мережі опорних закладів охорони здоров'я; критерії/показники вимог до таких закладів та переглянути перелік опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року. Урегулювання цього питання дозволить уникнути нарікань у майбутньому.

Спільними зусиллями органи місцевого самоврядування та центральний орган виконавчої влади в особі Міністерства охорони здоров'я України, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, забезпечать право кожного громадянина на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я якісної і доступної медичної допомоги. Тож як бачимо, надзвичайно важливою є злагоджена взаємодія органів державної влади з органами місцевого самоврядування, а конструктивний діалог і прийняті рішення сприятимуть позитивному розвитку охорони здоров'я на рівні муніципалітетів та територіальних громад України.

## РОЗДІЛ 2

### ХАРАКТЕРИСТИКА ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ПОЗИЦІЙ СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ

#### 2.1. Системний підхід як управлінська парадигма успішної реалізації медичної реформи в Україні

М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова та ін. (2012) систему охорони здоров'я характеризують як винятково важливу у забезпеченні належного рівня життя, яка має суб'єкта й об'єкта, структурне оформлення, об'єктивність законів, закономірностей та принципів, використання сукупності методів та управлінських операцій і процедур, виконує певні функції. Вони тлумачать систему охорони здоров'я в контексті системи управління будь-якими соціальними системами. Тому, на їх думку, система охорони здоров'я має спиратися на різні форми організації та потрібно насамперед оптимально використати те, що є: залучити кошти ззовні; зробити так, щоб кошти не виходили за межі системи, а працювали на неї, застосувавши для цього відповідні механізми державного регулювання [19].

З погляду системного підходу об'єктом державного управління охороною здоров'я вважають всю систему охорони здоров'я України. Суб'єктом державного управління охороною здоров'я – систему державної влади у вигляді спеціально утворених взаємодіючих органів державної влади, між якими поділені певні функції державного управління охороною здоров'я. Науковці наголошують, що широта і складність завдань з охорони здоров'я людей покладається на всі без винятку органи державної влади України з необхідністю виконання певних функцій щодо управління охороною здоров'я. Саме цим пояснюється складність організаційно-правових механізмів у врегулюванні державно-управлінських відносин між усіма зацікавленими міністерствами, відомствами, державними комітетами, службами тощо щодо державного

управління охороною здоров'я [19].

Науковці виокремлюють наступні складові системи охорони здоров'я:

Міністерство охорони здоров'я (центральний орган виконавчої влади, головним завданням якого є реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я); практично кожне з міністерств, які діють сьогодні в Україні, тією чи іншою мірою займаються здійсненням державного управління охороною здоров'я людей. Тож вітчизняні дослідники зазначають, що у зв'язку з цим найважливішими групами публічноуправлінських відносин у галузі охорони здоров'я України є галузеві та міжгалузеві державно-управлінські відносини. Змістом останніх є відносини, що виникають між різними органами державної влади в процесі управління охороною здоров'я.

Констатується, що галузь охорони здоров'я неоднорідна: у її складі, як соціальної системи, активно взаємодіють й інші компоненти, а саме: елементи медичних ресурсів Воєнної організації та приватної медицини.

Система охорони здоров'я також становить складний, громіздкий конгломерат програм і настанов, що вирішують різноманітні завдання – від терапії гострих випадків до профілактики, від індивідуального лікування до заходів, що стосуються населення в цілому, від стаціонарного лікування до первинної допомоги, від стоматологічних послуг до лікування професійних і психічних захворювань.

Політичні рішення щодо охорони здоров'я і деяких інших секторів сфери послуг часто мають приблизний, недосконалий характер, і, відповідно, такі рішення важко реалізувати. Науковцями значна роль у підвищенні якості медичної допомоги відводиться інформаційним системам, заснованим на використанні вибраних показників якості робіт, розроблених індикаторів якості роботи працівника охорони здоров'я [19].

Упродовж кількох десятиліть незалежного періоду державного розвитку України домінуючою тенденцією в організації управління системами охорони здоров'я була децентралізація управління (у тому числі й фінансування).

Найбільш важливою структурою в управлінні на рівні первинної медико-санітарної допомоги стали владні структури регіону або області, які мають фінансові ресурси і повноваження заключати контракти. Більшість рішень, що стосуються роботи надавачів первинної медико-санітарної допомоги у багатьох країнах, приймаються на регіонарному рівні. На сьогодні більш ефективні системи первинної медико-санітарної допомоги сформувалися в тих країнах, які вважають ці проблеми пріоритетними і де гнучка система управління, що відповідає особливостям програми, максимально наближена до виконавців [19].

Науковці стверджують, що система охорони здоров'я в усьому світі стає більш ресурсоємною і більш залежною від технологічних та організаційних процесів. Також, на їх думку, має розвиватися плюралістична система фінансування, яка враховує елементи суспільного і приватного фінансування. Така система має будуватися на стандартах однакового підходу та прибутків і містити адекватні механізми оплати. Зазначені механізми мають бути роз'яснені громадськості. Доцільно надавати різнобічну допомогу меценатам, які надають матеріальну допомогу неплатоспроможним пацієнтам [19].

О.В. Устимчук (2020), розглядаючи організаційно-правові аспекти комунікації у сучасних моделях державного управління охороною здоров'я, визначає оптимальні способи модернізації технологій управління в галузі охорони здоров'я в напрямі діджиталізації медичних сервісів в концепті «Електронна охорона здоров'я в Україні» [20].

Я.Ф. Радиш, М.М. Білинська (2013), досліджуючи державну політику в сфері охорони здоров'я, звертають увагу на індекс стану та охорони здоров'я населення регіонів України. Вони відмічають, що стан здоров'я суспільства та система його забезпечення – одна з основних складових розвитку людського потенціалу. Покращення стану здоров'я населення є одним із завдань діяльності держави. Цими питаннями опікуються окремі соціальні групи й система соціальних інститутів. Охорону здоров'я науковці тлумачать як систему загальнонаціональних (загальнодержавних) соціально-економічних і медичних



заходів, що мають на меті зберегти й підвищити рівень здоров'я кожної окремої людини і населення в цілому, а також громадську, соціальну функцію медицини і всього суспільства, держави, діяльності товариств, установ та організацій (у тому числі медичних) з охорони здоров'я [21].

Окрім того, на думку науковців охорона здоров'я – це система державних і громадських заходів правового, організаційного, соціально-економічного, наукового, культурно-освітнього, санітарно-епідеміологічного, медичного, технічного й іншого характерів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, запобігання та лікування хвороб, подовження тривалості активного життя і працездатності, забезпечення сприятливих для здоров'я умов побуту й праці, гармонійного фізичного і психічного розвитку дітей та підлітків.

Інституційну сферу охорони здоров'я вони визначають як сукупність організацій, інститутів і ресурсів, призначених для дій в інтересах здоров'я, тобто надання будь-якого виду допомоги або послуги в громадській охороні здоров'я чи послуги, що надається на основі міжсекторальних ініціатив для поліпшення здоров'я нації. У реалізації своєї ролі в процесі відновлення генерацій людей сфера охорони здоров'я, як вважають науковці, здійснює низку важливих функцій: забезпечення оптимального рівня здоров'я населення, його активного довголіття та високої працездатності, створення умов і можливостей для кожного члена суспільства постійно оздоровлюватися, наближати власне самопочуття до моральної та фізичної норми; комплексне динамічне спостереження (та піклування) за станом здоров'я окремої людини та всіх членів суспільства; формування оптимальних параметрів здоров'я майбутнього покоління [21].

Додатково Я.Ф. Радиш, М.М. Білинська (2013) виокремлюють громадську охорону здоров'я (Public Health as a system) як систему наукових і практичних заходів і структур медичного та немедичного характеру, діяльність яких спрямована на охорону і зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань і травм, збільшення тривалості активного життя та працездатності

населення і передбачає об'єднання зусиль суспільства щодо створення умов, які сприяють поліпшенню здоров'я населення. Вони вважають, що громадська охорона здоров'я – це наука й практика запобігання хворобам, продовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства, що проявляється в таких процесах, як демонополізація системи охорони здоров'я, децентралізація управління галуззю, виникнення нових економічних відносин, розвиток сучасних форм надання медичної допомоги і технологій [21].

Ефективна система охорони громадського здоров'я відіграє важливу роль у зменшенні смертності й захворюваності. Люди можуть використовувати профілактичні послуги, такі як імунізація, медичні діагностичні огляди в центрах охорони громадського здоров'я, муніципальних поліклініках чи клініках. Також вони можуть перевіряти загальний стан свого здоров'я й отримувати послуги санітарної освіти, надані на територіальному рівні й робочих місцях. У кожній муніципальній області для планування здоров'я територіальної громади і сприяння участі громадськості у здійсненні плану діє комітет з питань сприяння здоров'ю територіальної громади. Система охорони здоров'я спрямована на охорону суспільного здоров'я [21].

Я.Ф. Радиш, Т.Д. Бахтеєва, М.М. Білинська (2013) роблять посилання на виступи відомих керівників ВООЗ 2009 р. щодо змісту поняття «система охорони здоров'я»: «Система охорони здоров'я є соціальним інститутом. Вона робить набагато більше, ніж просто надає допомогу при пологах і доставляє ліки подібно до того, як поштове відділення доставляє листи. Належним чином керована і фінансована система охорони здоров'я, яка прагне досягнення загального охоплення, сприяє соціальній згуртованості і стабільності» [21].

Основною метою системи охорони громадського здоров'я 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 та соціальної активності на тлі зростання тривалості життя й поліпшення його якості. Результати діяльності системи охорони

здоров'я впливають не тільки на рівень громадського здоров'я, але й на добробут і соціальне благополуччя людей. У зв'язку з цим, вважається, що систему охорони здоров'я необхідно розглядати як важливий інститут соціальної безпеки людини, суспільства і держави. Система складається з органів державної виконавчої влади й місцевого самоврядування загальної і спеціальної компетенції та закладів охорони здоров'я всіх форм власності – державної, комунальної, приватної, колективної [22].

Заклади охорони здоров'я поділяють за видами на лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні, санаторно-курортні, науково-медичні, аптечні, фізкультурно-оздоровчі тощо.

Система охорони здоров'я України має три рівні – базовий, регіональний (Автономна Республіка Крим, міста Київ і Севастополь, області) та державний. Базовий рівень є основним у системі охорони здоров'я. Включає сільські адміністративні райони, сільські та міські населені пункти. Найбільша частина населення користується послугами охорони здоров'я саме на цьому рівні. У лікувальних установах надається, переважно, первинна й спеціалізована медична допомога. Від якості й ефективності послуг охорони здоров'я на базовому рівні залежать результати діяльності національної системи охорони здоров'я.

На регіональному рівні здійснюються прогнозування, планування та організація заходів охорони громадського здоров'я, що виходять за межі компетенції базового рівня. Обласні лікувальні установи здійснюють консультативну діяльність і надають переважно високоспеціалізовану медичну допомогу.

На державному рівні формується політика у сфері охорони здоров'я і визначається стратегія розвитку галузі. На цьому рівні надається високоспеціалізована медична допомога, як правило, в клініках науково-дослідних інститутів. Держава та місцеві громади щодо державних і комунальних закладів охорони здоров'я виступають водночас суб'єктами права власності та суб'єктами, які забезпечують фінансування медичної допомоги.

Така децентралізована система управління перешкоджає впровадженню планів, розроблених на національному рівні [22].

Особливої уваги, на погляд Я.Ф. Радиш, Т.Д. Бахтеєвої, М.М. Білинської (2013), заслуговують питання правових та адміністративних змін регулювання державного управління охороною громадського здоров'я на місцевому рівні – рівні, найбільш наближеному до пересічних громадян – споживачів послуг з охорони здоров'я.

В адміністративно-територіальному відношенні охорона здоров'я місцевого рівня будується відповідно до адміністративно-територіального поділу. Як елементи (підсистеми) до неї входять: охорона здоров'я на рівні району; охорона здоров'я на рівні окремого населеного пункту (міста, селища, села). Проте незалежно від організаційного рівня – це єдина, складна, динамічна система з великою кількістю компонентів, що входять до неї.

Досвід країн Європейського Союзу щодо реформування системи охорони здоров'я (за даними аналітичних досліджень) ґрунтується на особливостях міжнародних систем охорони здоров'я. Виділяють три основні системи охорони здоров'я у світі: державна система (Великобританія); страхова система (Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія, деякі країни Латинської Америки, Японії); приватна система (США). Ці системи не представлені в чистому вигляді.

У країнах з державною системою охорони здоров'я є організації, що здійснюють приватне медичне страхування. Державна система охорони здоров'я розвивається як напрям соціальної політики. У результаті держава посилює свій вплив і контроль над діяльністю медичних і страхових організацій. Наприклад, у Великобританії основна частина коштів надходить з державного бюджету і розподіляється зверху вниз по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування також дозволяє стримувати зростання вартості лікування. Існують недоліки державної системи охорони здоров'я, наприклад, схильність до монополізму, відсутність у пацієнта можливості вибору лікаря чи лікувального закладу. Страхова система заснована на принципах солідарності. Страхові

організації та застраховані особи мають можливість здійснювати контроль над використанням страхових коштів. Застраховані особи також можуть вибрати лікаря та лікувальнопрофілактичний заклад. Фінансування подібних систем здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців (відрахування із доходів); страхові внески осіб, які працюють (відрахування із заробітної плати); кошти з державного бюджету. Наприклад, у Німеччині діє одна з найбільш розвинених систем соціального медичного страхування, якою охоплено понад 90% населення. Система обов'язкового страхування здійснює свою діяльність через страхові організації – лікарняні каси. Приватна система медичного страхування найбільш широко представлена у США. Вона характеризується децентралізованістю, високим розвитком інфраструктури страхових організацій та відсутністю державного регулювання. Приватною формою медичного страхування охоплено понад 80% населення. У США діє приблизно 1500 приватних страхових компаній [23].

В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський (2018), аналізуючи реформи охорони здоров'я в Україні, відзначають, що для успішної реалізації трансформацій системи медичного обслуговування в Україні нагально необхідним є:

- формування політики, яка базується на цілісній, виваженій, прийнятій консенсусом стратегії реформи охорони здоров'я;
- розробка адекватного нормативно-правового забезпечення, збалансованого з конституційними нормами;
- застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проектного підходу;
- постійний моніторинг та оцінка для швидкого реагування на виклики і ризику, які виникають в процесі реформування;
- ретельна підготовка керівників та працівників фінансово-економічних підрозділів органів та закладів охорони здоров'я щодо роботи в нових фінансово-економічних умовах [24].

В.В. Борщ (2019) зазначає, що розвиток системи охорони здоров'я безпосередньо впливає на найважливіші показники життя. Сфера охорони здоров'я має розглядатися як стратегічна з урахуванням державного економічного потенціалу та пріоритетів соціальної політики, що забезпечують сталий розвиток держави [25].

Г. Муляр (2020) відмічає відсутність у світі єдиної досконалої, стійкої та раціональної системи охорони здоров'я. Кожна країна світу стикається з різними проблемами у забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я, у забезпеченні доступу до якісного медичного обслуговування та лікування. Всі країни світу прагнуть створити стійкі національні системи охорони здоров'я, що відрізняються своєю якістю та ефективністю, розвинену систему надання послуг та фінансування охорони здоров'я, однак підходи до вирішення цих проблем суттєво відрізняються.

В той же час система охорони здоров'я України істотно відстає від розвинених країн світу за різними показниками, серед яких тривалість життя, смертність, боротьба з хронічними та інфекційними захворюваннями. Процес реформування національної системи охорони здоров'я продемонстрував неефективну політику у цій сфері, високий рівень корупції та неспроможність трансформації цієї системи до рівня світових стандартів медичної допомоги, а сама система охорони здоров'я в Україні є застарілою, містить чимало недоліків і потребує модернізації з використанням сучасних світових тенденцій та досвіду розвинених країн світу. Вважається, що слід переглянути існуючу національну політику в цій сфері та зосередити основні зусилля на вирішенні найважливіших проблем охорони здоров'я, зокрема доступність та своєчасність якісної медичної допомоги, високої ефективності охорони здоров'я, поліпшення якості послуг [26].

І.В. Гущук (2020) систему охорони громадського здоров'я розглядає як сукупність науково-практичних, законодавчих, організаційних, адміністративних та інших заходів, спрямованих на промоцію і зміцнення

здоров'я, шляхом упровадження запобіжних заходів. Базовим принципом цієї системи вважається профілактика, дієвість та ефективність, які були апробовані в роки існування державної санітарно-епідеміологічної служби. Основою найбільш ефективних систем збереження громадського здоров'я є профілактичні заходи та принципи гігієнічної діагностики, які до цього успішно використовували в діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби, напрацьована й апробована нормативно-методичних база якої, за міжгалузевим і міжсекторальним спрямуванням, стала підґрунтям забезпечення роботи цілої низки інспекційних інституцій

Зовсім інше розуміння та характеристика системи охорони здоров'я, процесів її модернізації та трансформацій є в практиці державного управління. Так, процес трансформації системи охорони здоров'я окреслює Міністерство охорони здоров'я України (2019). Під трансформацією системи охорони здоров'я розуміється не перехід в один крок від системи Семашка до європейських стандартів медичної допомоги, а поетапний план складних змін, закріплений в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [17]. Відбулись такі поетапні зміни:

– 2018 р.: розпочалася трансформація первинної медичної допомоги - закладів, де працюють терапевти, сімейні лікарі та педіатри. За основу взято досвід зарубіжних держав, де первинна меддопомога, а саме сімейні лікарі, вирішує більшість звернень пацієнтів. Прикладом є Британія, де близько у 90% усіх звернень пацієнтів допомагають сімейні лікарі. Це вважається ефективним, оскільки допомагає запобігати багатьом хворобам до того, як вони потребуватимуть складного, дорогого і не завжди успішного лікування.

– 2019 р.: продовжувалась підготовка до трансформації спеціалізованої медичної допомоги: поліклінік та стаціонарів; запуск електронних направлень до спеціалістів та е-лікарняних; з 1 березня 2019 року в тестовому режимі запрацювала електронна медична картка; з 1 квітня 2019 р. запрацював електронний рецепт на програму «Доступні ліки» й наразі вже виписано понад

кілька мільйонів е-рецептів;

– з 1 січня 2020 р.: нові механізми фінансування запрацювали на всіх рівнях медичної допомоги – від первинної до стаціонарної [28].

Позитивні результати трансформації системи охорони здоров'я в Україні вбачаються в наступному: кожен українець вперше отримав можливість вільно обирати сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів у державних або приватних медзакладах; 27,4 мільйони людей скористалися цією можливістю і долучилися до змін, 70% задоволені спеціалістом, якого обрали; 99% комунальних закладів первинної допомоги перейшли на фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» і тепер вони отримують кошти за послуги, які надають пацієнтам; дохід залежить від обсягу роботи; запрацювала НСЗУ – нова інституція, яка є єдиним платником в новій системі охорони здоров'я.

Замість складного та непрозорого процесу перерахування коштів з державних до місцевих бюджетів через механізм субвенції, НСЗУ укладає з медзакладами прямі прозорі договори; можливість отримувати медичну допомогу в приватних закладах за бюджетні кошти. Кожен п'ятий заклад первинної допомоги у реформі – приватний; медичні заклади мають можливість гнучко визначати заробітну плату для своїх працівників. Принципи нарахування зарплат закріплюються в колективних договорах. В ефективних закладах первинної допомоги, які долучилися до трансформації, зарплати медичних працівників зросли в 2-4 рази; запрацювала електронна система охорони здоров'я, і через неї пацієнти укладають декларації з лікарями, а лікарні підписують договори з НСЗУ; рівень комп'ютеризації закладів первинної ланки зріс з 3% до 97%. У найвіддаленіших селах лікарі укладають декларації з пацієнтами, користуючись комп'ютерами; все більше медзакладів пропонують записатися до лікаря онлайн, а не чекати невизначений час у черзі; працює урядова програма «Доступні ліки» [28].

В процесі реформування системи охорони здоров'я України виникла низка суперечностей та їх наслідків, які обумовлюють наявність загальної проблеми



щодо формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я, а саме суперечності між:

- обсягом фінансування з державного бюджету й місцевих бюджетів системи охорони здоров'я і потрібним обсягом інвестицій для розвитку галузі охорони здоров'я до рівня світових стандартів, що призводить до поступового руйнування наявної інфраструктури системи охорони здоров'я України;

- необхідністю правового регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я й відсутністю належної нормативної бази для інтегрування складових елементів галузі в єдиний медичний простір України, що призводить до нецілеспрямованого й безпланового розвитку складових галузі;

- ціноутворенням на медичні послуги і неспроможністю широких верств працюючого населення України споживати ці послуги внаслідок низького рівня оплати їх праці, що призводить до обмеження можливостей з відновлення здоров'я населення України і, як наслідок, стає однією з причин зниження рівня і середньої тривалості життя в Україні в умовах активного збільшення кількості людей пенсійного віку;

- потребою широкого розвитку в Україні приватного сектора охорони здоров'я та відсутністю відповідного правового поля для функціонування лікувально-профілактичних закладів приватної форми власності;

- необхідністю запровадження в Україні системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування й відсутністю належного законодавчого забезпечення для його введення.

Отже, розвиток управління системою охорони здоров'я в Україні у період воєнного стану та повоєнної відбудови потребує зростання громадської активності щодо медичної обізнаності, активізації діяльності в цьому напрямі органів галузевого та адміністративного управління на всіх рівнях. Основою для цього є цінності та принципи місцевої демократії, що формують і визначають демократичні права, інститути та процеси країн ЄС, у т.ч. й право людини на охорону здоров'я.

## **2.2. Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної військової адміністрації: новий системний функціонал в умовах військового стану**

Важливе значення в умовах дії повномасштабної війни росії проти України набувають питання підвищення ефективності публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я [29]. Найбільшої уваги і суспільства в цілому, і керівництва нашої держави має організація управління регіональною медичною системою у зонах бойових дій та на прифронтових територіях. До таких регіонів належить і Дніпропетровська область [30]. Саме тому аналізування поточного стану системи публічного управління медичною сферою у Дніпропетровській області доцільно розпочати з вивчення структури апарату Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної військової адміністрації.

Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації утворюється головою Дніпропетровської обласної державної адміністрації входить до її складу і в межах території Дніпропетровської області забезпечує виконання покладених на нього завдань [31].

Департамент підпорядковується голові Дніпропетровської обласної військової адміністрації (ОВА). Також департамент підпорядковується заступникові голови Дніпропетровської ОВА згідно з розподілом обов'язків керівництва обласної військової адміністрації. По лінії галузевого управління департамент є підзвітним і підконтрольним Міністерству охорони здоров'я України.

Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської області у своїй діяльності керується Конституцією та законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, наказами міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, розпорядженнями голови облдержадміністрації, а також цим Положенням.

Департамент є юридичною особою публічного права, має самостійний баланс, рахунки в органах Казначейства, печатку із зображенням Державного

Герба України та своїм найменуванням, власні бланки. Департамент утримується за рахунок коштів державного бюджету. Штатний розпис та кошторис Департаменту затверджуються за пропозиціями директора Департаменту в установленому законодавством України порядку.

На посадових та службових осіб Департаменту охорони здоров'я поширюється дія Закону України «Про запобігання корупції», а відповідно і обмеження, встановлені цим та іншими законами, при прийнятті та проходженні служби [32].

Департамент охорони здоров'я очолює директор, який призначається на посаду і звільняється з посади головою обласної військової адміністрації згідно із законодавством про державну службу за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України в установленому законодавством порядку.

Директор Департаменту має заступників, які призначаються на посаду та звільняються з посади в установленому законодавством України порядку. Для колективного вирішення питань, що належать до компетенції Департаменту, в ньому може утворюватися колегія у складі директора Департаменту (голова колегії), його заступників за посадою, а також інших працівників Департаменту та представників інших відомств (за необхідності). До складу колегії можуть входити керівники інших структурних підрозділів облдержадміністрації та працівники закладів охорони здоров'я. Положення та склад колегії затверджується наказом директора Департаменту.

При Департаменті провадять роботу відділ технічного нагляду та контрольно-ревізійний відділ, діяльність яких фінансується за рахунок коштів обласного бюджету та інших джерел, незаборонених чинним законодавством.

Основними завданнями Департаменту охорони здоров'я є:

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

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

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

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

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

б) 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.

Департамент в установленому законодавством порядку та у межах повноважень взаємодіє з іншими структурними підрозділами, апаратом облдержадміністрації, органами місцевого самоврядування, територіальними органами міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, а також підприємствами, установами та організаціями з метою створення умов для провадження послідовної та узгодженої діяльності щодо строків, періодичності одержання і передачі інформації, необхідної для належного виконання покладених на нього завдань та здійснення запланованих заходів.

Вітчизняні науковці наголошують, що широта і складність завдань з охорони здоров'я людей покладається на всі без винятку органи державної влади

України з необхідністю виконання певних функцій щодо управління охороною здоров'я. Саме цим пояснюється складність організаційно-правових механізмів у врегулюванні державно-управлінських відносин між усіма зацікавленими міністерствами, відомствами, державними комітетами, службами тощо щодо державного управління охороною здоров'я [33].

Заклади охорони здоров'я поділяють за видами на лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні, санаторно-курортні, науково-медичні, аптечні, фізкультурно-оздоровчі тощо.

В контексті архітектури публічноуправлінської діяльності слід зазначити, що система охорони здоров'я України має трирівневу систему управління, а саме: базовий, регіональний (Автономна Республіка Крим, міста Київ і Севастополь, області) та державний.

Базовий рівень є основним у системі охорони здоров'я. Включає сільські адміністративні райони, сільські та міські населені пункти. Найбільша частина населення користується послугами охорони здоров'я саме на цьому рівні. У лікувальних установах надається переважно первинна й спеціалізована медична допомога. Від якості й ефективності послуг охорони здоров'я на базовому рівні залежать результати діяльності національної системи охорони здоров'я.

На регіональному рівні здійснюються прогнозування, планування та організація заходів охорони громадського здоров'я, що виходять за межі компетенції базового рівня. Обласні лікувальні установи здійснюють консультативну діяльність і надають переважно високоспеціалізовану медичну допомогу.

На державному рівні формується політика у сфері охорони здоров'я і визначається стратегія розвитку галузі. На цьому рівні надається високоспеціалізована медична допомога, як правило, в клініках науково-дослідних інститутів. Держава та місцеві громади щодо державних і комунальних закладів охорони здоров'я виступають водночас суб'єктами права власності та суб'єктами, які забезпечують фінансування медичної допомоги.

Така децентралізована система управління перешкоджає впровадженню планів, розроблених на національному рівні.

У Дніпропетровській області в умовах повномасштабної війни мережа закладів охорони здоров'я охоплює три рівні управління наданням первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, а також надання невідкладної (екстреної) медичної допомоги. Медична допомога населенню області надається у 186 закладах охорони здоров'я:

Перший рівень управління або первинна ланка закладів охорони здоров'я у Дніпропетровській області охоплює:

- 66 центрів первинної медико-санітарної допомоги, до складу яких входять 408 амбулаторій загальної практики, 303 фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктів;

Другий рівень управління або вторинна (спеціалізована) ланка закладів охорони здоров'я Дніпропетровській області охоплює:

- 117 спеціалізованих закладів (в тому числі 5 закладів охорони здоров'я, які підпорядковані МОЗ України), у складі яких розгорнуто 21647 ліжок, що становить 69,6 на 10 тисяч населення.

З метою надання медичної допомоги населенню області у невідкладних станах у Дніпропетровській області функціонує Комунальне підприємство «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Дніпропетровської обласної ради, який має в територіальних громадах області 105 місць базування бригад екстреної медичної допомоги, 234 лікарські, фельдшерські та спеціалізовані бригади.

Встановлено, що у структурно-функціональному відношенні галузь охорони здоров'я України є неоднорідною: у її складі, як соціальної системи, окрім закладів власне системи охорони здоров'я, активно взаємодіють й інші компоненти соціальної системи:

- елементи медичних ресурсів Воєнної організації;
- елементи приватної медицини.

Система охорони здоров'я становить складний, громіздкий конгломерат програм і настанов, що вирішують різноманітні завдання – від терапії гострих випадків до профілактики, від індивідуального лікування до заходів, що стосуються населення в цілому, від стаціонарного лікування до первинної допомоги, від стоматологічних послуг до лікування професійних і психічних захворювань. Тому політичні рішення щодо охорони здоров'я і деяких інших секторів сфери послуг часто мають приблизний, недосконалий характер, і, відповідно, такі рішення важко реалізувати на практиці.

Через це значну роль у підвищенні якості медичної допомоги відводиться інформаційним системам [34], заснованим на використанні вибраних показників якості робіт, розроблених індикаторів якості роботи конкретного працівника охорони здоров'я. Такий підхід в управлінні охороною здоров'я нині реалізується Національною службою охорони здоров'я України [14], яка здійснює фінансування надавачів медичних послуг та може вживати фінансових санкцій (штрафів) у разі виявлення дефектурних випадків в організації надання доступної та якісної медичної допомоги.

Особлива увага фахівцями приділяється охороні здоров'я в територіальних громадах. Нині в Україні створюються госпітальні округи [35], щодо яких висунуто спеціальні вимоги: прибуття до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування не повинно перевищувати 60 хвилин; зона обслуговування повинна бути еквівалентна радіусу зони обслуговування 60 кілометрів за умови наявності доріг з твердим покриттям.

Виконання зазначених вимог передбачає, перш за все, створення належної інфраструктури, системи громадського транспорту та наявності доріг високої якості, що може і повинно бути реалізовано в межах реформи децентралізації, надання територіальним громадам додаткових повноважень, створення спроможних об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

В рамках функціонування госпітальних округів передбачається створення госпітальних рад як органів громадського управління. Членами Громадських рад

можуть виступати представники міст обласного значення, районів, ОТГ, делеговані для роботи у складі госпітальної ради рішенням відповідних місцевих рад. Завданням саме цих рад стане координація дій, розробка пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, а також щодо організації та фінансування медичної допомоги в госпітальному окрузі. З огляду на те, що членами госпітальної ради є представники органів місцевого самоврядування, це створює передумови для реалізації спроможними органами місцевого самоврядування своїх повноважень через забезпечення належних умов для надання громадянам вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги належної якості [36].

Тобто з метою підвищення якості та доступності надання медичної допомоги на рівні ОТГ уряд та органи місцевого самоврядування повинні співпрацювати у напрямку розбудови спроможної мережі медичних закладів. Зазначена мережа надавачів медичних послуг забезпечує медичне обслуговування у межах відповідного госпітального округу, зокрема, під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного чи воєнного стану, та дає змогу організувати належну якість такого обслуговування, своєчасність та доступність для населення, а також ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів [36].

До Дніпропетровського госпітального округу попередньо увійдуть 33 медичних заклади. Серед них 4 лікарні будуть визначені як надкластерні, 14 кластерних та 15 загальних лікарень. Особисто я працюю лікарем-анестезіологом у кластерній лікарні КП «Новомосковська ЦРЛЛ». Лікарня спроможна забезпечити на території госпітального кластера потребу населення в медичній та реабілітаційній допомозі при найбільш поширених захворюваннях і станах за напрямками стаціонарної медичної допомоги [37]. Медичними послугами лікарні охоплено близько 170 тис. жителів Новомосковського району Дніпропетровської області. З упровадженням в Новомосковському районі медичної реформи керівництвом лікарні та органами районної влади було



запроваджено низку організаційних заходів, спрямованих на доукомплектування кадрів, підвищення кваліфікації медичних кадрів, дооснащення лікарні медичним обладнанням, забезпечення належного та безпечного рівня перебування в лікарні для хворих та їх родичів.

З цією метою в лікарні у 2018 році було відкрито базу стажування для лікарів інтернів з ряду спеціальностей (заочна частина навчання), що дозволило в подальшому укомплектувати високопотенційними фахівцями вакантні посади лікарів. Впроваджено медичну діяльність закладу за 6-ма новими спеціальностями (урологія, проктологія, судинна хірургія, онкологічна хірургія, трансфузіологія, реабілітологія), оперативні втручання за новітніми технологіями як-то ендопротезування суглобів, металоостеосинтез, дерматопластика, ендоскопічні, лапароскопічні гінекологічні та загальнохірургічні оперативні втручання тощо. На фоні поширеної тенденції до зменшення ліжкового фонду в стаціонарних закладах області, за період з 2013 року кількість ліжок стаціонарних відділень КП «Новомосковська ЦРЛЛ» було збільшено з 305 до 400, кожне з яких на сьогодні ефективно використовуються. Загальна кількість штатних посад лікарів збільшилася з 105,5 в 2013 році до 127,25 станом на березень 2023 р.

Узагальнюючи матеріал цього розділу магітсерської роботи слід відзначити, що в рамках реалізації медичної реформи, а також в умовах суспільних системних криз (пандемія COVID-19, повномасштабна війна) відбулись кардинальні зміни в змісті та сутності публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я. Це у свою чергу передбачає необхідність подальшого удосконалення публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я на засадах системно-модельного підходу.

## РОЗДІЛ 3

### УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ СИСТЕМНО-МОДЕЛЬНОГО ПІДХОДУ

#### 3.1. Характеристики світових моделей управління у сфері охорони здоров'я

Реформи, які проходять нині в сфері охорони здоров'я, покликані змінити концепцію управління з активізацією вектору публічного адміністрування. Термін «публічне адміністрування» походить від англ. «public administration». У вузькому розумінні публічне адміністрування розглядається як: професійна діяльність, яка включає всі види діяльності, спрямовані на реалізацію управлінських рішень [38]. У широкому сенсі під публічним адмініструванням розуміють всю систему адміністративних інститутів із ієрархією влади, за допомогою якої відповідальність за виконання державних рішень спускається зверху донизу. Тобто публічне адміністрування пов'язане із трьома сферами влади - законодавчою, виконавчою і судовою. Так, Ф.Нігро та Л.Нігро визначають це поняття як: «скоординовані групові дії в державних справах, що:

- 1) пов'язані із трьома гілками влади - законодавчою, виконавчою і судовою - та їх взаємодією;
- 2) мають важливе значення у формуванні державної політики та є частиною політичного процесу;
- 3) значно відрізняються від адміністрування у приватному секторі;
- 4) пов'язані із численними приватними групами та індивідами, які працюють у різних компаніях та громадах» [39].

Для науки публічного управління (адміністрування) характерно як мінімум три глобальних підходи:

ринково-ліберальний, який сформульований у концептуальних моделях «нового менеджменту», «оновленого управління», що спирається на ринкову модель, у якій громадянин виступає у ролі споживача або клієнта;

ліберально-комунітаріаністський, що розвивається в концепції «політичних мереж» і спирається на розвиток структурних взаємовідносин (договірних) між політичними інститутами держави і суспільства, які визнають рівність громадян як і інших суб'єктів мережі;

демократичного громадянства, що спирається на особливе «рецептивне» адміністрування, яке має служити громадянину, а не клієнту і споживачу (до останнього на пряму належать концепція «рецептивного адміністрування»). Усі три концепції конкурують одна з одною не тільки в теоретичному плані, але і в практичному використанні в тій чи іншій сфері або країні.

Для вітчизняної системи охорони здоров'я найбільш прийнятним на сучасному етапі вбачається підхід ринково-ліберальний або нового менеджменту, який з одного боку наближує якісні медичні послуги до споживача, а з другого працює над підтримкою креативного потенціалу медичних закладів. Останній повинен отримувати найбільшу підтримку в управлінні охороною здоров'я.

Серед основних характеристик креативного суспільства виділяють [40]:

- 1) систематичне інвестування в креативність у формі витрат на інновації в різних сферах (економіка, наука, техніка, мистецтво, соціальна сфера, політика та ін.);
- 2) зростання практичної віддачі від витрат на інновації;
- 3) зростання кількості професіоналів, зайнятих креативною роботою в різних сферах;
- 4) розвиток венчурного капіталу;
- 5) розвиток інноваційних інфраструктур (технопарків, інноваційно-технологічних центрів і комплексів, інноваційних венчурних фірм, бізнес-інкубаторів).

Якщо спроектувати модель публічного адміністрування на конкретний заклад охорони здоров'я, то вона повинна включати:

*По-перше, основні завдання:*

1. Сформувати творчий колектив.
2. Створити умови для розвитку інноваційної корпоративної культури.
3. Адаптувати систему управління до потреб.
4. Забезпечити умови адаптації, розвитку колективу для підвищення ефективності використання інтелектуального потенціалу.
5. Забезпечити приріст інтелектуального капіталу закладу охорони здоров'я.
6. Підвищити ефективність творчої діяльності в інноваційному розвитку організації.

*По-друге, суб'єкти адміністрування:*

1) внутрішні суб'єкти креативної діяльності: працівники, які займаються висуванням і розвитком інноваційних ідей (керована підсистема); менеджери, які займаються плануванням і організацією діяльності медичної установи, мотивуванням працівників, залучених до креативної діяльності, їх контролюванням і регулюванням (керівна підсистема);

2) зовнішні суб'єкти креативної діяльності: фахівці консалтингових та інжинірингових компаній; споживачі медичних послуг тощо.

*По-третє, функції адміністрування:*

інформаційно-аналітична про можливі альтернативні способи вирішення проблем, або про напрями подальшого розвитку. Перетворення цієї інформації на конкретне креативне (інноваційне) рішення передбачає застосування різних методів і форм її аналізу, що дає змогу виокремити переваги однієї з можливих альтернатив над іншими);

спонукальна функція (у загальній сукупності креативних ідей, які пропонують працівники, певні ідеї набувають статусу креативних рішень, тобто керівники визнають їх як такі, які доцільно реалізувати задля отримання конкретних ефектів. Залежно від характеру креативної ідеї ці рішення можуть передбачати застосування інноваційної технології лікування;

відтворювально-розвивальна функція (творчі пошуки медичних працівників є ознакою їхньої активної участі в удосконаленні розвитку організації).

Під час розроблення та аналізу креативних ідей суб'єкти креативного менеджменту поглиблюють професійні знання, розширюють власний кругозір, отримують повагу і визнання з боку колег і т. д. Це сприятиме відтворенню і розвитку кадрового, зокрема інтелектуального потенціалу закладу охорони здоров'я.

У системі охорони здоров'я ВООЗ прийнято виокремлювати три рівні: національний, регіональний та інституційний. З врахуванням змін, що відбуваються в Україні в контексті децентралізації, вважаємо за потрібне також виокремлювати місцевий рівень (рівень громад), адже значна кількість повноважень на разі віднесена саме до повноважень органів місцевого самоврядування. На рівні ВООЗ також зафіксовано ключові критерії для оцінювання систем охорони здоров'я, до яких відносять доступність, якість, фінансову доступність, економічну ефективність [41]. Саме на засадах цих критеріїв і оцінюють стан національних систем. Відповідно, виокремлюються чотири основні функції систем охорони здоров'я, до яких віднесено:

- врядування (governance) або нагляд;
- фінансування;
- забезпечення людськими та фізичними ресурсами;
- організацію та управління наданням послуг.

І це закономірно, оскільки будь-яка система охорони здоров'я опирається на шість «стовпів»: врядування, інформація, людські ресурси, фінансування, надання послуг, медичні засоби, ліки, вакцини, технології. Важливим є усвідомлення того, що внутрішня структура системи залежить від того, яким саме чином планують реалізовувати зазначені функції, особливого значення тут набуває управління системою охорони здоров'я. Ядром же останнього є обрана модель фінансування системи охорони здоров'я, адже саме від неї і буде

залежати внутрішня будова, ключові управлінські ланки, організація контролю якості, кількість закладів та медичного персоналу та багато інших аспектів. Відтак, вважаємо за потрібне детальніше зупинитися на наявних моделях фінансування охорони здоров'я у їх співвідношенні з вітчизняними практиками та реаліями.

Враховуючи неоднозначність вживаних термінів зазначимо, що окреслені нижче моделі називають як моделями фінансування, що чітко співвідноситься з другою функцією систем охорони здоров'я, та є виправданим, адже ключовим критерієм тут дійсно є принцип, за яким акумулюються, спрямовуються та розподіляються кошти, так і системами охорони здоров'я, що також можна вважати коректним, враховуючи зазначене вище визначення, прийняте на рівні ВООЗ, адже відповідні моделі обумовлюють і цілком специфічний, притаманний лиш їм набір інституцій управлінської ланки, а також значною мірою обумовлюють і специфіку внутрішнього управління у закладі.

На часі усталеними у світі вважаються три моделі охорони здоров'я, що носять назви відповідно до імен їх авторів-розробників: Бісмарка, Семашко та Беверіджа. Оскільки ключовим при формуванні зазначених моделей є диференціація за джерелами фінансування, то також визначають ще й приватну модель.

Разом з тим, на часі існує значна кількість гібридних моделей, що обумовлюється впливом специфічних рис країни в процесі впровадження «чистих» моделей. Саме тому з'являються й інші варіанти класифікацій. Так, М. Фотакі враховуючи рівень соціального розвитку країни, класифікує системи охорони здоров'я на:

- універсалістську (модель Беверіджа);
- соціального страхування (модель Бісмарка);
- «південну модель» (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія);
- інституційну чи соціал-демократичну «скандинавську модель»;

- ліберальну (залишкового соціального забезпечення); – консервативну корпоративну (Японія);

- латиноамериканську;

- системи охорони здоров'я індустриальних держав Східної Азії;

- системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою.

М. Філд, беручи за класифікаційний критерій соціально-політичної структури суспільства умовно виділив п'ять моделей:

- класичну (неупорядковану);

- плюралістичну;

- страхову;

- національну;

- соціалістичну [42, с. 401].

Аналізуючи дану класифікацію дискусійним є виокремлення моделі національного типу, адже кожна з наявних моделей, адаптована до реалій конкретної країни може вважатися моделлю національного типу. Щодо думки Б. Логвиненка [43], то він пропонує виділити три основні моделі публічного управління системою охорони здоров'я за критерієм обсягу публічних повноважень:

- імперативну (державі належить виняткова роль в управлінні охороною здоров'я);

- державну (домінуюча роль держави, яка є ключовим суб'єктом влади);

- конкурентну (держава є «арбітром», який встановлює правила гри, але участі в ній не бере).

Тобто, держава надає юридичну підтримку галузі охорони здоров'я, формує та реалізує окремі державні програми її розвитку для захисту і підвищення добробуту суспільства. Однак, досить спірним є питання щодо відмінностей у поняттях «виняткова роль» та «домінуюча роль». Маємо на увазі не теоретичні підходи до сутності дефініцій, а їх реальне запровадження на практиці.

Варто зазначити, що кожна країна має власну систему охорони здоров'я, в основі якої домінують елементи однієї із трьох класичних моделей. Так, модель Бісмарка є моделлю, що ґрунтується на системі соціального страхування. Модель Беверіджа – на системі державного забезпечення. Система Семашко – на опорі на чітку вертикаль управління та утримання системи установ (централізована система). Вони органічно доповнюються четвертою, приватною, яку інколи називають моделлю переваги споживачів, що опирається на фінансово-економічні регулятори, наявність конкуренції, не є всезагальною.

Причому слід зазначити, що підчас науковці вирізняють суспільно-приватну модель, що фінансується із суспільних фондів та з приватних страхових фондів, і ринкову, для якої характерним є приватне фінансування галузі. Ключові відмінності між зазначеними системами надано у табл. 1.

Таблиця 3.1

Характеристика світових моделей охорони здоров'я у розрізі країн  
(сформовано автором за [44])

Показники порівняння	Модель Беверіджа	Модель Бісмарка	Модель Семашка
Перелік країн	Данія, Фінляндія, Ісландія, Норвегія, Швеція, Великобританія, Ірландія, Австралія, Нова Зеландія	Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Люксембург, Швейцарія, Японія	Колишні республіки СРСР (на часі знаходяться на перехідному етапі до страхової чи змішаної систем)
Охоплення населення медичними послугами	Обов'язкове охоплення всіх громадян	Обов'язкове охоплення всіх громадян	Обов'язкове охоплення всіх громадян
Переважне джерело фінансування	Державний бюджет (загальні податкові надходження), наявна значна частка приватного сектору	Обов'язкові цільові внески	Державний бюджет (загальні податкові надходження), приватний сектор відсутній



Тож виникає необхідність більш детально ніше зупинитися на їх сильних та слабких сторонах.

Найпершою розглянемо модель Бісмарка, яка переважно базується на обов'язковому соціальному страхуванні відповідно до рівня доходів, при цьому обсяг страхових внесків залежить від рівня доходів особи, а обсяг наданих послуг – від потреби. Важливою рисою є те, що страхові фонди є незалежними, до процесу страхування можуть долучатися приватні та державні страхові компанії, разом з тим, функціонування їх є досить жорстко регламентованим зі збереженням самостійності та автономності. Ключовими принципами, покладеними в основу цієї моделі охорони здоров'я є соціальна солідарність та субсидіарність, за якими ризики щодо підтримання належного рівня здоров'я розподіляються на все населення країни. Наступною системою є система Беверіджа, що була започаткована в Англії ще у 1911 році, та функціонує на першоосновах і досі, хоч і зазнає значного оновлення та актуалізації [45]. Британська Національна служба охорони здоров'я (National Health Service – NHS) є модельною для багатьох країн, оскільки вона забезпечує всі верстви населення країни безкоштовною і доступною медичною допомогою, власне, саме цю систему і було обрано в якості орієнтира для реформування вітчизняної системи. Адже система охорони здоров'я – державна, фінансування здійснюється переважно за рахунок державного бюджету, збір та концентрація ресурсів відбувається не за страховим сценарієм, а через податкову систему країни, а ресурси акумулюються у системі багаторівневого врядування на національному, регіональному та місцевому рівнях у відповідності до принципу субсидіарності. Обсяг фінансування визначається у процесі планування витрат державного бюджету, всі громадяни охоплюються страхуванням, що забезпечує їм можливість отримання уніфікованого обсягу медичних послуг. За цією моделлю можуть застосовуватися різні підходи до фінансування системи, однак ключовою роллю тут наділений саме державний сектор. Ключовим недоліком такої системи є бюрократичність, також залежність від структури та обсягу

фінансування з державного бюджету на охорону здоров'я. У таких системах відсутні: зацікавленість в ресурсозбереженні; стимули для підвищення якості надання медичних послуг. Разом з тим, така система може бути менш затратна у частині адміністративних витрат, ніж страхова. Перевагами приватної та ринкової моделей є акцент на якості медичних послуг, що надаються в умовах жорсткої конкуренції, мобільність ресурсів та стимулювання розвитку нових медичних технологій. До того ж, відбувається зменшення навантаження держави на працівників сфери охорони здоров'я, наявною є менша обмеженість у фінансових операціях. Однак і недоліків не бракує. Щонайперше, це соціальна напруга внаслідок нерівномірності доступу до медичної допомоги для різних верств населення через високі ціни на медичні послуги, бо високими є витрати на утримання приватних медичних закладів в ринкових умовах господарювання. А також наявність недобросовісної конкуренції та практична відсутність державного контролю за визначеними пріоритетними напрямками розвитку охорони здоров'я.

Модель Семашка на практиці була зреалізована на радянських теренах як система екстенсивного типу, характеристиками якої стали: значна кількість державної інфраструктури; низький рівень розвитку технологій; низька кваліфікація; мізерна оплата праці. Саме таку систему і отримала у спадок Україна, хоча намагалася її дещо видозмінити. Усі країни пострадянського табору так чи інакше намагалися перебудувати свою систему охорони здоров'я, осучаснивши її. Україна до 2016 року активно намагалася видозмінювати модель Семашка, а після реалізації пілотного етапу реформування почала рух до моделі Беверіджа. Підсумовуючи ключові характеристики моделей та систем охорони здоров'я, зазначимо кілька загальних характеристик: у країнах з державним фінансуванням майже завжди присутні приватні надавачі послуг, разом з тим, це не працює навпаки, там де приватний ринок послуг, державний відсутній, але на приватному ринку наявні як прибуткові, так і неприбуткові актори; моделі з податковими принципами фінансового забезпечення завжди більш

централізовані, ніж зі страховими; приватні системи частіше децентралізовані, тоді як державні – централізовані, при цьому децентралізація в обох випадках може мати різні виміри за вертикаллю (регіон, громада, інституція).

У 2010 році було здійснено спробу провести комплексне реформування, відповідно до якого запровадити [46]:

- структурне та фінансове розмежування медичної допомоги за її видами;
- переформатування мережі закладів охорони здоров'я з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні;
- декларування гарантованого рівня медичної допомоги;
- передача в спільну власність територіальних громад відомчих закладів охорони здоров'я;
- запровадження договірних відносин та нових фінансових механізмів;
- впровадження оплати з урахування обсягів та якості роботи;
- вільний вибір лікаря первинної ланки;
- усунення дискримінації між державними та недержавними закладами охорони здоров'я;
- доступ до вторинної ланки переважно за направленням лікаря первинної.

Відповідно до окреслених норм у Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та м. Києві розпочалася реалізація пілотного проекту, що передбачали пулінг коштів на рівні областей та зміни у первинній ланці надання медичної допомоги. За результатами етапу було розмежовано первинну та вторинну ланку, а також зміцнено роль у наданні медичної допомоги сімейного лікаря, однак повною мірою реалізувати принцип вільного вибору лікаря так і не вдалося, проблемним також було формування оплати послуг за принципом капітації, не вдалося об'єднати кошти на рівні областей. Таким чином, успішним пілотний проект був лише частково, але прорахунки, виявлені у ході його реалізації були враховані надалі при реалізації реформи.

Зрештою, у 2014 році перед системою постала реальна потреба у переосмисленні самої моделі фінансування. Після низки перетворень і

трансформацій за базисом системи Семашка залишилася «важка» інфраструктура системи охорони здоров'я, з недофінансуванням, а низький рівень оплати праці, недостатня кількість забезпечення апаратурою тощо поступово призвели до створення рентної надбудови, за якої держава фінансує систему, а проміжна ланка використовує за принципами ренти цей ресурс, при цьому споживач медичних послуг отримує платну послугу, яка є де-юре безкоштовною, але де-факто оплачується двічі, і пацієнтом, і державою.

У 2015 було затверджено Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [47], а у 2016 році – концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я [48].

Саме цими документами було покладено початок для здійснення реформування системи охорони здоров'я. За орієнтир взяли модель Беверіджа та досвід Великої Британії, разом з тим, вітчизняну систему не можна називати «калькою», радше адаптованим варіантом з урахуванням вітчизняних особливостей та кращих європейських здобутків, переходу на нову модель публічного управління, засновану на принципі «гроші йдуть за пацієнтом». Важливим здобутком обраного курсу був також чітко спланований поетапний перехід до нової моделі, а саме трьохетапний перехід [49; 50].

За результатами реалізації усіх етапів реформи у системі охорони здоров'я мають бути сформовані (більшість сформовані уже) такі елементи:

- програма медичних гарантій як єдиний гарантований пакет для кожного;
- єдиний платник – Національна служба здоров'я України;
- автономія медичних закладів, розділення замовника і надавача послуг;
- оплата послуг та тарифи;
- електронна система охорони здоров'я;
- вибір пацієнта та конкуренція між закладами.

### **3.2. Концептуальні аспекти розвитку децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я у повоєнний період**

Як зазначає Н. Кризина, державна політика в галузі охорони здоров'я це стратегія і тактика політичного курсу, пов'язаного з діяльністю держави щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення України як найважливішої складової її національного багатства, що втілені у законодавстві країни і виявляються у забезпеченні розвитку людського потенціалу українського народу. Державна політика України в галузі охорони здоров'я базується на визнанні права кожного громадянина на охорону здоров'я, забезпеченні його захисту та гарантії усім громадянам реалізації їх прав на медичну допомогу.

Трансформаційні перетворення у розвитку суспільства призвели до зміни концептуальних підходів щодо реалізації управлінських функцій на всіх рівнях управління – від локального до загальнонаціонального. Особливо процес трансформації став відчутним у галузі охорони здоров'я. Адже сучасні виклики для медичної сфери України (пандемія Covid-19, військова агресія) потребують додаткового об'єднання зусиль на міжнародному рівні для вирішення нагальних проблем (спільні дії (joint activity) для підвищення доступу і доступності життєво необхідних ліків і вакцин. як, наприклад, об'єднані закупівлі, спільна оцінка медичних технологій, міжурядова співпраця у сфері ціноутворення на лікарських засобів та забезпечення доступу до основних лікарських засобів, високовартісних інноваційних препаратів для лікування рідкісних (орфанних) захворювань).

У контексті розвитку цифрових технологій в реалізації публічноуправлінської діяльності відбувається зміна поглядів на функції управління у державному секторі, що започаткувало розвиток концепцій «нового публічного управління» (new public management – NPM) та оновленого post new public management, «мережевого уряду» (networked government), «глобального

врядування» (global governance), «врядування цифрової (інформаційної) ери» (digital era governance, DEG) [51].

В Україні це отримало назву «держава в смартфоні». Варто зауважити, що для вітчизняного наукового простору більш звичним є поняття «державне управління» як форма і різновид соціального управління, соціально-політична функція держави, зумовлена об'єктивними потребами суспільства, яка проявляється в цілеспрямованому, систематичному, ідеологічному, організаційному впливі з використанням владних повноважень на суспільну та приватну життєдіяльність з метою її впорядкування, збереження та переведення у якісно новий стан.

Термін «публічне управління» набув значного поширення лише протягом останніх років. Під публічним управлінням, як правило, розуміють діяльність органів державного управління та 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 [52].

Деякі дослідники окремо виділяють «публічний менеджмент» як сферу знань та діяльності щодо управління публічними організаціями (органами публічної влади, державними і муніципальними підприємствами та установами, неурядовими організаціями та ін.), їх адміністративною і господарською діяльністю з використанням принципів, форм, методів та інструментів, які забезпечують підвищення ефективності цих організацій й поліпшення якості публічних послуг. Публічний менеджмент значною мірою стосується внутрішніх процедур, пов'язаних з плануванням, контролем, організацією надання послуг, запровадженням і функціонуванням інформаційних систем, управлінням персоналом, оцінюванням ефективності, залученням

заінтересованих сторін до формування й реалізації рішень і т. ін. з метою задоволення потреб та інтересів суспільства.

Під публічним адмініструванням слід розуміти вид організаційно розпорядчої діяльності державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування, спрямованої на підготовку та впровадження публічно управлінських рішень, управління персоналом, надання публічних послуг. Публічне адміністрування вважається складовою публічного управління, яке здійснюється на професійній (неполітичній) основі, залучаючи у разі потреби неурядових партнерів для спільного вирішення проблем, що постають у цій сфері.

Публічне адміністрування в охорони здоров'я розглядається як діяльність із забезпечення інтересів і свобод фізичних та юридичних осіб, а саме прийняття відповідними державними органами адміністративних рішень і надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я: акредитація і атестація; ліцензування державна реєстрація ліків, медичної техніки та медичних виробів; реєстрація цін на ліки, що закуповуються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів [52]. Отже, ототожнення термінів «державне управління», «державне регулювання», «публічне управління» та «публічне адміністрування», «врядування» є недоречним, зважаючи на суттєві відмінності.

Серед пріоритетних функцій публічного управління в системі охорони здоров'я слід виділити самоврядування й саморегулювання, які мають професійні особливості, тому потребують окремого законодавчого та нормативно-правового врегулювання. Наразі в охороні здоров'я України зареєстровано близько 300 різних громадських об'єднань. Разом з цим в Україні немає Закону про професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я, відсутнє законодавче визначення самоврядування та саморегулювання. Відповідно до Закону України «Про громадські об'єднання» усі медичні асоціації та спілки мають статус громадських об'єднань [53].

Протягом багатьох років в Україні обговорюють питання професійного самоврядування. Так, законопроект «Про фармацевтичне самоврядування» вперше був зареєстрований ще у 2015 р., але був відкликаний у першому читанні, оскільки не враховував міжнародний досвід щодо створення самоврядних організацій, тому потребував суттєвого доопрацювання. У серпні 2022 р. на сайті МОЗ України вкотре був представлений для громадського обговорення Проект Закону України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні», який практично дублює попередній проєкт 2021 р.

Проведений аналіз результатів публічного обговорення свідчить, що останній законопроект потребує доопрацювання таких актуальних питань: роль держави при створенні професійного самоврядування та мета його впровадження; захист професії; обов'язковість членства та сплати професійного збору, зокрема роботодавцем; цільові внески (виключити можливість корупційних дій посадових осіб організації); обрання складу Вищої ради професійних палат. На нашу думку, доопрацювання останнього законопроекту потребує залучення європейських організацій, що мають досвід реалізації самоврядування, перш все, за у Великій Британії, Німеччині та Польщі, саме їх досвід доцільно використати в Україні.

У даний час національними й міжнародними організаціями (Програма розвитку ООН, Світовий банк та ін.) часто використовується термін «Good Governance» (тобто «належне», «ефективне» або «добре» управління), який застосовний як щодо управління на державному, так і на місцевому рівні. Основні 12 принципів «Good Governance» закріплено у Стратегії інновацій та належного управління на місцевому рівні, схваленому Радою Європи у 2008 р. Вони охоплюють такі питання: участь, представництво, чесне проведення виборів; чуйність; ефективність і результативність; публічність, відкритість і прозорість; верховенство права; етична поведінка; компетентність і спроможність; інноваційність та відкритість до змін; стійкість і довгострокова орієнтація; надійний фінансовий менеджмент; права людини, культурне



розмаїття та соціальна згуртованість; підзвітність [54]. Так само ці принципи можуть бути застосовані в контексті управління окремими галузями економіки, зокрема й системою охорони здоров'я.

Доцільно розглянути особливості реалізації основних принципів «Good Governance» в системі охорони здоров'я. Так, принцип участі відтворюється за рахунок залучення до процесу прийняття рішень усіх зацікавлених сторін (професійних організацій, громадських об'єднань і пацієнтів). Принцип верховенства права полягає у беззаперечному дотриманні норм законодавства, міжнародних договорів і прав людини. Принцип прозорості гарантує, що процес прийняття рішень щодо вибору та фінансування певних медичних технологій (ціноутворення, реімбурсації, закупівель) є публічним і прозорим. Принцип справедливості передбачає, що при розробці політики охорони здоров'я беруться до уваги інтереси всіх членів суспільства, особливо найбільш уразливих.

Підзвітність засновано на відповідальності осіб, які ухвалюють певні рішення, що торкаються суспільних інтересів, та їх реалізують. Вітчизняна система ОЗ перебуває в стані реформування протягом тривалого періоду часу, причому цей процес певним чином політизований і тому має тенденцію до зміни пріоритетних напрямів розвитку. Починаючи з 2016 р. здійснення реформ прискорилося завдяки внесенню відповідних змін до законодавства та створенню нових інституцій (Національна служба здоров'я України – НСЗУ, Центр громадського здоров'я МОЗ України, Департамент з оцінки медичних технологій при ДЕЦ МОЗ України, національна закупівельна агенція «Медичні закупівлі України») і нових механізмів управління [55]. Серед них, слід виокремити такі:

– фінансово-економічний механізм – визначає порядок фінансування надання медичних послуг державними, комунальними та приватними закладами охорони здоров'я та економічного стимулювання. Даний механізм реалізується сукупністю методів прямого та непрямого регулювання економіки (державне замовлення – державні фінансові гарантії медичного обслуговування; субсидії,

субвенції, дотації для закладів охорони здоров'я; податкові пільги та канікули для приватних закладів охорони здоров'я, що є пріоритетними напрямками для держави; ліцензування та квотування);

– правовий механізм – визначає правове регулювання надання медичної послуги, управління громадським здоров'ям та функціонування ринку приватної медицини. Значений механізм реалізується через наступні методи: реформування законодавства, що регулює систему охорони здоров'я, прийняття нових нормативно-правових актів в контексті реформування; соціальна експертиза нормативно-правових актів з позиції відповідності стану системи охорони здоров'я та дотримання основних конституційних норм, міжнародної практики та відповідності суспільним запитам (закони, постанови, укази, накази, розпорядження, статuti, положення, регламенти, рекомендації, інструкції);

– організаційний механізм – визначає порядок взаємовідносин та координації дій між суб'єктами державного управління та регулювання функціонування організаційних структур в систем охорони здоров'я. Даний механізм може бути реалізований створенням відповідного органу влади, відповідального за формування та реалізацію визначено державного політики, наприклад Національна служба здоров'я України, яка була створення в 2015 р.

У контексті розвитку концепції громадського здоров'я пропонуємо необхідність створення органу, до функціональних обов'язків, якого входить контроль за рівнем захворюваності. Побудова системи державного управління має визначати ієрархічні взаємозв'язки чи взаємовідносини між відповідними органами, що складають дану систему, наприклад, статутом Національна служба здоров'я України визначено, що її діяльність координується Міністром охорони здоров'я України. Організаційний механізм повинен забезпечувати також чіткий розподіл обов'язків, повноважень та прав відповідних суб'єктів державного управління в сфері охорони здоров'я, що буде проявлятися у вигляді задекларованих положень у відповідних нормативно-правових актів. Таким чином, інструментами реалізації організаційного механізму виступатимуть:

закони, постанови, укази, накази, розпорядження, статuti, положення, регламенти, рекомендації, інструкції;

– інформаційний механізм – визначає складові створення інформаційного простору щодо реформування та трансформації системи охорони здоров'я для підтримки процесів формування та реалізації державної політики в досліджуваній сфері. Методами та способами реалізації інформаційного механізму є наступні: інформаційне стимулювання здійснення профілактичного лікування та культури вчасного діагностування хвороб; стимулювання наукових досліджень та підвищення свідомості населення щодо стану свого здоров'я та популяризація здорового способу життя, що включатиме фізичну культуру та спорт, правильне харчування, формування негативного ставлення до шкідливих звичок; забезпечення доступу до урядової інформації та формування онлайн-сервісів щодо підвищення якості охорони здоров'я. Інструментами реалізації інформаційного механізму в сфері охорони здоров'я виступатимуть: засоби масової інформації, загальне та цілеспрямоване інформування (пропаганда, агітація, реклама); соціологічні дослідження та їх влучна презентація для широкого загалу; опитування, анкетування;

– інвестиційно-інноваційний механізм – визначає особливості та порядок здійснення інвестиційно-інноваційної діяльності у процесі формування та реалізації державного управління у сфері охорони здоров'я. У даному напрямку основною метою є залучення додаткових інвестицій для модернізації державних закладів охорони здоров'я та впровадження і розробка інноваційних методик лікування тощо;

– кадровий механізм – порядок формування та використання кадрового потенціалу системи охорони здоров'я на різних рівнях державного управління. Методи управління кадровим потенціалом включають усі види мотивації, навчання, перепідготовка, підвищення кваліфікації та інше. Варто зауважити, що в умовах реалізації реформи 2015 р. змінилися вимоги до освіти керівного складу закладів охорони здоров'я;

– контрольний механізм – визначає порядок здійснення контрольних заходів щодо оцінки стану системи охорони здоров'я, з метою встановлення причинно-наслідкових зв'язків та ідентифікації резервів підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Даний механізм реалізується через контрольні заходи фінансового, організаційного та медичного характеру. Основною метою таких заходів є встановлення відповідності системи охорони здоров'я в цілому або її окремих складових заданим параметрам.

Ключовими моментами удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я у повоєнний період є упровадження пацієнт-орієнтованої моделі охорони здоров'я та діджиталізація адміністрування системи охорони в рамках функціонування госпітальних округів. Такий підхід ґрунтується на інтеграції медичних закладів, які знаходяться у власності різних об'єднаних територіальних громад.

На даний час головним критерієм ефективної взаємодії системи закладів охорони здоров'я в госпітальному окрузі є створення такої мережі закладів охорони здоров'я, що забезпечуватиме гарантоване і своєчасне надання населенню якісної вторинної спеціалізованої медичної допомоги; доцільне використання бюджетних ресурсів.

В межах госпітального округу може функціонувати пацієнт-орієнтована модель взаємодії закладів охорони здоров'я, центральним елементом якої є заклади охорони здоров'я, що надають медичну допомогу хворим. Стратегічною метою зазначеної організаційно-функціональної модельної перебудови медичної галузі територіальної громади є надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнта медичної допомоги відповідно до соціально-демографічних характеристик населення, особливостей його розселення на відповідній території, а основними принципами є безпека; орієнтованість на пацієнта; ефективність; доступність та партнерство.

Пріоритетними напрямками діяльності державних органів у напрямку досягнення глобальних цілей сталого розвитку щодо універсального охоплення

населення послугами охорони здоров'я. З цією метою в публічноуправлінській діяльності розвитком сфери охорони здоров'я необхідно зосередити увагу на забезпеченні взаємодії трьох складників нової пацієнт-орієнтованої моделі управління системою охорони здоров'я. Основними складниками децентралізованої моделі управління :

– орієнтованість на людей. У загальному розумінні зміст публічноуправлінської діяльності за цим складником моделі можна охарактеризувати, як необхідність врахування системою охорони здоров'я інтересів усіх стейкхолдерів, а особливо користувачів медичних послуг. Відповідно система охорони здоров'я має бути динамічною та мінливою системою, яка б оперативно могла враховувати запити та адаптуватися до викликів внутрішнього та зовнішнього середовища. Система охорони здоров'я має бути побудована таким чином, щоб налагодити соціальний консенсус, а в умовах нових викликів могла забезпечити ефективні взаємовідносини між усіма учасниками надання медичної послуги. В цілому ефективна взаємодія дозволить підвищити якість медичної послуги, а відповідно задоволеність нею, як окремого пацієнта, так і населення в цілому;

– орієнтованість на втілення. Цей складник децентралізованої моделі є особливим з позиції необхідності його постійного вдосконалення стосовно як окремої медичної послуги, так і системи охорони здоров'я в цілому. Тому слід провести підготовчу роботу, втілити ідею у життя та здійснити ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі та механізми підзвітності. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я можуть бути ефективними лише тоді, коли вони здатні зменшувати фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я, та відкривати доступ до відповідних послуг у сфері охорони здоров'я, які мають універсальний характер. Успішна публічноуправлінська діяльність за цим напрямком дозволить підвищити інвестиційну та інноваційну діяльність закладів охорони здоров'я;

– орієнтованість на результат. Цей складник можна вважати фактично пріоритетним серед інших напрямків публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я. Зміст діяльності тут скеровується на підвищення якості медичної послуги через ефективність використання сукупності залучених ресурсів. Відповідно прийняття рішень від державноуправлінських до управлінських на рівні окремого закладу охорони здоров'я мають: по-перше, враховувати потреби пацієнтів, ефективність використання фінансових ресурсів; по-друге, забезпечувати фінансову захищеність пацієнтів, профілактику захворювань. Усі рішення мають бути оцінені за їх результативністю та направленістю на покращення роботи, як окремих закладів охорони здоров'я, так і системи в цілому. Крім того, тут передбачається управлінська діяльність щодо залучення приватних надавачів медичних послуг, але за умови, що у результаті пацієнт отримає кращу та результативнішу медичну послугу. Для забезпечення реалізації цього напрямку існує потреба у формуванні інформаційної бази даних про якість надання медичних послуг.

У зв'язку з внесенням змін до «Основ законодавства України про охорону здоров'я», ухваленням закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017 р. в системі охорони здоров'я протягом останніх років було досягнуто суттєвих зрушень за рахунок запровадження децентралізації й автономії медичних закладів за умов дотримання принципів прозорості та підзвітності, зміни підходів до управління та контролю за раціональним використанням ресурсів, впровадження державної оцінки медичних технологій як прозорого інструменту підтримки прийняття управлінських рішень в системі охорони здоров'я. Отже, суспільно ефективна пацієнт-орієнтованої модель публічного управління в системі охорони здоров'я має на меті вчасне і повноцінне забезпечення максимального охоплення населення послугами охорони здоров'я належної якості, обумовлює чітке розуміння комплексу організаційних засад, сучасних форм і засобів впливу.

## ВИСНОВКИ

За результатами дослідження діяльність української держави у сфері охорони здоров'я можна сформувати наступні висновки щодо діючої системи публічного управління медичною сферою та обґрунтувати пріоритетні напрямки його удосконалення на засадах упровадження системно-модельного підходу.

Підтверджено, що в Україні у сфері публічного управління охороною здоров'я існує низка проблем, які мають бути вирішені з метою подальшої реалізації курсу України на європейську інтеграцію та інтеграцію національної системи охорони здоров'я в єдиний європейський медичний простір. Це забезпечить якість та доступність надання медичних послуг населенню на рівні кращих європейських зразків. Нова парадигма суспільного розвитку в умовах воєнного стану та повоєнної відбудови України ставить завдання, які вимагають розробки сучасних підходів до підготовки спеціалістів з управління процесами поглиблення медичної реформи, підготовки ефективних менеджерів у сфері охорони здоров'я.

Акцентовано, що загальнодержавні настанови та політика національного рівня формують управлінські практики у сфері охорони здоров'я та режими, що діють на місцевому рівні в залежності від умов воєнного стану. Тож досвід місцевого рівня щодо розбудови спроможної мережі медичних закладів у наданні доступної та якісної медичної допомоги впливає на удосконалення державної політики у сфері здоров'я. **У цьому напрямі важливим є** прийняття проекту Закону «Про внесення змін до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» та проекту Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини. Зазначені правові документи підвищують громадську активність щодо участі в місцевому управлінському житті на основі форм прямої демократії на локальному рівні, у тому числі і в електронній формі, а також сприяють розвитку дистанційних форм медичного консультування на рівні громади.

Ключовими характеристиками моделей та систем охорони здоров'я, що «тяжіють» до державних чи приватних систем охорони здоров'я, є те, що децентралізація в обох випадках може мати різні виміри за вертикаллю (регіон, громада, інституція). При цьому, моделі з податковими принципами фінансового забезпечення завжди більш централізовані, ніж моделі зі страховою формою фінансування. Особливістю є те, що у країнах з державним фінансуванням майже завжди присутні приватні надавачі послуг, однак там, де приватний ринок послуг, державний відсутній. Вітчизняна система охорони здоров'я знаходиться у складному реформаційному процесі, а також в умовах реалізації антикризового управління в період пандемії, війни та повоєнної відбудови. Тому принцип «гроші за пацієнтом» є на практиці основою для формування децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я з широким делегування повноважень вищих органів влади нижчим, до місцевого рівня. Реалізація принципу «гроші йдуть за пацієнтом», впровадження державного солідарного медичного страхування, контрактної моделі закупівлі медичних послуг, нових форм фінансування, автономізація медичних послуг та створення електронної інформаційної бази (онлайн-реєстру) для надання інформації громадянам щодо лікувальних закладів та лікарів сприятиме адаптації діяльності закладів охорони здоров'я до ринкових умов функціонування галузі з урахуванням попиту на медичні послуги як у період воєнного стану, так і певний час повоєнного періоду.

Визначено, що поглиблення медичної реформа ще не завершено (триває третій етап реформи), і це актуалізує потребу дослідження ключових здобутків та прорахунків попередніх двох етапів, а також інструментів підвищення ефективності реалізації заключного етапу, що видається можливим на основі упровадження пацієнт-орієнтованої моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я, складниками якої є орієнтованість на людей: орієнтованість на втілення ідеї про цю модель; орієнтованість на досягнення результату.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникнення і поширення коронавірусної хвороби (COVID-19): закон України від 30.03.2020 № 540. URL: [https://mepr.gov.ua/files/images/news\\_2020/02042020/56d97d53-c0bc-4965-8598-368e403e7548.pdf](https://mepr.gov.ua/files/images/news_2020/02042020/56d97d53-c0bc-4965-8598-368e403e7548.pdf)
2. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011#n2591](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#n2591)
3. Конституція України : прийн. на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. : зі змінами згідно закону України від 21 лют. 2014 р. № 742-VII. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19 листопада 1992 р №2801-XII. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/415-45>
5. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія. Тернопіль : Екон. думка, 2005. 460 с
6. Нижник Н. Проблеми управління охороною здоров'я України. Укр. мед. вісн. 1997. № 2-3 (57-58). С. 40-41.
7. Юринець З. В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. С. 116-121
8. Слабкий Г. О. Щодо комунікацій з перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні неприбуткові підприємства. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2015. № 2 (16). С. 167–169.
9. Про комітети Верховної Ради України : закон України від 04.04.1995 № 116/95-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1995. № 19. Ст. 135.
10. Про Раду національної безпеки і оборони України : Закон України від

- 05.03.1998 № 183/98-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1998. № 35. Ст. 237
11. Про Кабінет Міністрів України : Закон України від 27.02.2014 № 794-VII. Відомості Верховної Ради України. 2014. № 22. Ст. 222.
  12. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. Офіційний вісник України. 2015. № 38. Ст. 1141.
  13. Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками : постанова Кабінету Міністрів України від 12.09.2015 № 647. Офіційний вісник України. 2015. № 72. Ст. 2354.
  14. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. Офіційний вісник України. 2018. № 15. Ст. 507.
  15. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року : указ Президента України від 30 верес. 2019 № 722/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019>.
  16. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році: постанова КМУ Постанова від 5 лютого 2020 р. № 65. URL: [https://zakononline.com.ua/documents/show/483458\\_670472](https://zakononline.com.ua/documents/show/483458_670472)
  17. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України № 2168-VIII від 19.10.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
  18. 1 квітня стартувала Програма державних гарантій медичного обслуговування населення. АМУ. <https://www.auc.org.ua/novyna/1-kvitnya-startovala-programa-derzhavnyh-garantiy-medychnogo-obslugovuvannya-naselennya>
  19. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
  20. Устимчук О. В. Комунікація у сучасних моделях державного управління охороною здоров'я: організаційно-правові аспекти. автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. Дніпро, 2020. 23 с.

21. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / Київ. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
22. 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.
23. Мінцер О. П., Вороненко Ю. В. Концепція інформатизації охорони здоров'я України. *Медична інформатика та інженерія*. 2012. № 3. С. 5-29.
24. Лещенко О. І., Бондаренко Г. С., Пенязенко В. І. Аналіз проблем побудови та захисту інформації розподіленої інформаційної системи медичних установ. Кібербезпека в Україні: правові та організаційні питання: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Одеса, 17 листопада 2017 р.).–Одеса, 2017. С. 171-173.
25. Борщ В. В. Система охорони здоров'я як структурний елемент національної безпеки України. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, 2019. вип. 23 (1) с. 19-23. URL: [http://www.visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/23\\_1\\_2019ua/6.pdf](http://www.visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/23_1_2019ua/6.pdf)
26. Науменко Р. А. Публічне адміністрування: термінол. слов. за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. с. 142-143.
27. Гущук І. В. Наукове обґрунтування концептуальних засад розвитку системи охорони громадського здоров'я України автореф. Дис. ... д-ра мед. Наук. Київ, 2020. 42 с. URL: [http://www.health.gov.ua/docs/guschuk/aref\\_Guschuk.pdf](http://www.health.gov.ua/docs/guschuk/aref_Guschuk.pdf)
28. Achieving polioeradication: a review of health communication evidence and lessons learned in India and Pakistan. /R. Obregón, K. Chitnis, C. Morry et al. *Bull World Health Organ*. 2009. №87. P. 624–630.
29. Указ Президента України «Про введення воєнного стану в Україні» від 24.02.2022 року № 64/2022. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/642022-41397>
30. Офіційний веб-сайт Криворізької міської ради та її виконавчого комітету.

URL: [https://kr.gov.ua/ua/news/pg/10623950141870\\_n/](https://kr.gov.ua/ua/news/pg/10623950141870_n/)

31. Офіційний веб-сайт департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації. URL: <https://dozdniprooda.com.ua/site/uk/categorys/pro-department>
32. Закон України «Про запобігання корупції» від 14 жовтня 2014 року № 1700. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1700-18#Text>
33. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я : підруч. : у 2 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ : НАДУ, 2017. Т. 1 / [М. М. Білинська та ін. ; редкол.: В. М. Князевич (голова) та ін.]. 2017. 282 с.
34. Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини від 14.06.2023 № 3301. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/pubFile/1825003>
35. Височанський В. Госпітальні округи та госпітальні ради: повноваження та роль громад. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/14438>
36. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>
37. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: закон України від 1 липня 2022 року № 2347. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>
38. Енциклопедичний словник з державного управління / за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трошинського, Ю. П. Сурміна. К. : НАДУ, 2010. 820 с.
39. Public Administration Review. Vol. 56. N 3 (May - Jun., 1996). P. 247-255.
40. Назарова Г. В. Креативна економіка та менеджмент : навчальний посібник . Харків : ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2018. 160 с.
41. Don de Savigny and Taghreed Adam (Eds). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, 2009.
42. Field M. G. The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic. Social Science and Medicine. 1980. V 14a, № 5. P. 401.

43. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика : монографія. К. : «МП Леся», 2017. 344 с.
44. Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г., Зозуля І. С., Латишев Є. Є., Михальчук В. М. Сучасні підходи до управління матеріальними ресурсами медичного закладу. *Український медичний часопис*. 2013. № 1. С. 19–22. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh\\_2013\\_1\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2013_1_8).
45. Beveridge, William: Social Insurance and Allied Services, London, 1942.
46. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги : закон України від від 07.07.11 № 3611-УІ. *Відомості Верховної ради України*. 2012. № 12–13. С. 86.
47. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
48. Про схвалення Концепції реформи фінансування охорони здоров'я. розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>
49. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2015. Вип. 2. С. 147–159.
50. Литвиненко М.В. Механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: визначення і складники. *Теорія та практика державного управління*. 2018. № 3(62). С.126-133. URL : [http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2018-3/doc/2/2\\_3.pdf](http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2018-3/doc/2/2_3.pdf)
51. Василенко Н. В., Семко М. І., Радиш Я. Ф. Роль публічного управління у формуванні нової моделі державного регулювання охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Internauka. Economic Sciences*. 2022. №8. URL: <https://doi.org/10.25313/2520-2294-2022-8>
52. Колісніченко Н. Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. *Науковий вісник: Державне управління*. 2022. №2 (12). С. 38-52.

53. Про громадські об'єднання : закон України від 22 березня 2012 року № 4572. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4572-17#Text>
54. Council of Europe. 12 Principles of Good Governance. URL: <https://www.coe.int/en/web/good-governance/12-principles#>
55. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, ЄРБ ВООЗ, 2022 р. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.