

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії, інтелектуальної
власності та публічного управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ЛЕВКІВСЬКИЙ СТАНІСЛАВ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК 351:614

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**РОЗВИТОК СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

281 «Публічне управління та адміністрування»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Левківський С. О.
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
Драган Іван Олександрович
д. держ. упр., професор,
професор кафедри економічної теорії,
інтелектуальної власності та
публічного управління

Висновок кафедри _____

за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри _____

№ __ від «__» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри _____

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище ,ім'я, по батькові)

«__» _____ 20__ р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти _____ захистив (ла)
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище ,ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Левківський С. О. Розвиток системи публічного управління сферою охорони здоров'я. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – публічне управління та адміністрування. – Поліський національний університет, Житомир, 2021.

Досліджено теоретичні основи розвитку системи публічного управління сферою охорони здоров'я. Здійснено аналіз сучасного стану розвитку системи публічного управління та оцінку конкурентного середовища сфери охорони здоров'я. Запропоновано стратегічні та інноваційні напрями розвитку системи публічного управління сферою охорони здоров'я.

Ключові слова: публічне правління, управління, сфера охорони здоров'я, публічна політика, реформування сфери охорони здоров'я, удосконалення.

ANNOTATION

Levkivsky S. O. Development of a public health management system. It is Qualifying work on rights for a manuscript.

Qualifying work on the receipt of educational master's degree after speciality 281 – is a public management and administration. – Polissya National University, Zhytomyr, 2021.

Theoretical bases of development of the system of public management of the sphere of health care are investigated. An analysis of the current state of development of the public administration system and assessment of the competitive environment in the field of health care. Strategic and innovative directions of development of the system of public management in the field of health care are offered.

Keywords: public governance, governance, health care, public policy, health care reform, improvement.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Зміст публічного управління сферою охорони здоров'я	7
1.2. Засоби та методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я	10
1.3. Європейський досвід формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я	13
Висновки до розділу 1.....	16
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ РОЗВИТОК СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	17
2.1. Сучасний стан публічного управління сфери охорони здоров'я	17
2.2. Характеристика розвитку системи публічного управління в сфері охорони здоров'я регіону.....	20
2.3. Оцінка конкурентного середовища системи охорони здоров'я	25
Висновки до розділу 2.....	29
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	31
3.1. Удосконалення формування публічної політики з підготовки керівних кадрів сфери охорони здоров'я	31
3.2. Реалізація органами публічного управління механізму державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я	34
3.3. Запровадження електронної системи охорони здоров'я як складової публічного управління	38
Висновки до розділу 3.....	40
ВИСНОВКИ	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	45
ДОДАТКИ.....	51

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Національна стратегія реформування сфери охорони здоров'я України на 2015-2020 рр. розкриває основні проблеми, визначає потенційні напрями їх вирішення за рахунок глибинних нормативних трансформацій та реалізації нових фінансових механізмів з метою забезпечення прав людини у даній сфері. Сфера охорони здоров'я повинна базуватися на засадах: орієнтованості на людину, на результат, на запровадження новітніх технологій та досвіду навчання з метою покращення якості надання медичних послуг населенню.

Розвиток системи публічного управління в сфері охорони здоров'я на державному рівні сприятиме підвищенню надання медичних послуг та їх якості, соціальній підтримці працівників, матеріально-технічному забезпеченню системи охорони здоров'я.

Питання публічного управління сфери охорони здоров'я досліджували: Н. Б. Болотіна, В. О. Галай, З. С. Гладун, Б. О. Логвиненк, Р. А. Майданик, Я. Ф. Радиш, Л. О. Самілик, В. Ю. Стеценко, М. І. Хвисюк, Я. М. Шатковський та інші вчені. Проте, формування та розвиток системи публічного управління сфери охорони здоров'я є мало дослідженим в умовах реформування даної сфери.

Метою кваліфікаційної роботи є розробка та обґрунтування теоретико-методичних аспектів розвитку системи публічного управління сфери охорони здоров'я.

Реалізація поставленої мети передбачає розв'язання таких *завдань*:

- здійснити системне теоретичне дослідження розвитку системи публічного управління сфери охорони здоров'я;
- проаналізувати сучасний розвиток системи публічного управління сфери охорони здоров'я;
- визначити розвитку системи публічного управління в сфері охорони здоров'я регіону;
- оцінити конкурентне середовище системи охорони здоров'я;

- обґрунтувати напрями удосконалення формування публічної політики з підготовки керівних кадрів сфери охорони здоров'я;
- визначити механізми реалізації органами публічного управління державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;
- аргументувати запровадження електронної системи охорони здоров'я як складової публічного управління.

Об'єктом дослідження є процес розвитку системи публічного управління сфери охорони здоров'я. Предмет дослідження – механізм формування системи публічного управління сфери охорони здоров'я.

Методи дослідження. Для дослідження питань з розвитку системи публічного управління сфери охорони здоров'я в кваліфікаційній роботі використано комплекс загально-наукових та спеціальних методів, зокрема: метод наукового пізнання, який став основним у дослідженні процесів і явищ, пов'язаних із публічним управлінням сфери охорони здоров'я; метод наукової абстракції використовувався під час аналізу наукових концепцій учених; системно-структурний метод використовувався для визначення форм та обсягу взаємодії між публічним управлінням і сферою охорони здоров'я, аналізу і синтезу з метою формування теоретико-методологічної бази роботи та ін.

Перелік публікацій автора за темою дослідження. Основні результати дослідження висвітлено у 3 публікаціях – тезах доповідей у збірниках матеріалів наукових конференцій.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що теоретичні положення, висновки кваліфікаційної роботи мають практичне спрямування та можуть бути використані при вирішенні практичних завдань публічного управління з метою вдосконалення сфери охорони здоров'я.

Структура та обсяг роботи. Робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Зміст публічного управління сферою охорони здоров'я

Публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається політикою держави, яка орієнтується на забезпечення населення доступним медичним обслуговуванням. Система суб'єктів публічного управління в сфері охорони здоров'я закріплюється в ст. 15 Основ законодавства України про охорону здоров'я [26].

До таких суб'єктів відносяться: МОЗ України, який є центральним органом виконавчої влади та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я; центральні органи виконавчої влади, які реалізують політику держави у сферах, що поєднані із забезпеченням охорони здоров'я (наприклад, Національна служба здоров'я України, Державна служба України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками тощо). Також належать і органи публічного управління регіонального рівня (місцеві державні адміністрації).

Слід зазначити, що система центральних органів виконавчої влади на сьогодні знаходиться у стані модернізації, а тому державні інспекції, служби і агентства, в тому числі у сфері охорони здоров'я, постійно реорганізуються, ліквідуються або створюються нові органи. Наприклад, в 2014 році Державну ветеринарну та фітосанітарну службу було реорганізовано у Державну службу України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів, до якої були також приєднані Державна інспекція з питань захисту прав споживачів і Державна санітарно-епідеміологічна служба [34].

Це свідчить, що існуюча система органів публічного управління в сфері охорони здоров'я є нестабільною.

Багаторівневість системи органів публічного управління в сфері охорони здоров'я дозволяє виявляти не тільки ефективність всієї системи органів публічного управління, а й окремих елементів цієї системи, зокрема, ефективність діяльності центральних органів виконавчої влади та органів публічного управління на регіональному рівні [24, с. 45-46].

Пошук нових підходів до визначення функцій органів державної влади чи функцій суб'єктів публічного управління обумовлений тим, що, по-перше, термін «функція» не має сьогодні чіткого змістовного наповнення в рамках юридичної науки, а тому може набувати різного значення в залежності від специфіки тієї сфери, де використовується, по-друге, при дослідженні правових явищ категорія «функція» може набути методологічного значення тільки в рамках системного підходу, який вимагає розкриття внутрішньої взаємодії елементів в будь-якій системі, у тому числі системі публічного управління, а також взаємодії елементів системи між собою [24, с. 46].

У зв'язку з цим, пропонується використовувати три методологічні підходи, які суттєво змінюють традиційні уявлення про зміст, види та систему функцій органів публічного управління в сфері охорони здоров'я: 1) дослідження публічного управління в сфері охорони здоров'я повинно відбуватись у прив'язці до об'єкта публічного управління, адже саме він впливає на цільову спрямованість діяльності та перелік функцій суб'єкта публічного управління; 2) використання системного підходу дозволяє визначитись з місцем кожного органу державної влади в загальній системі публічного управління в сфері охорони здоров'я, а також дослідити функціональні зв'язки, які виникають між цими суб'єктами; 3) зміст функцій органів публічного управління слід розкривати не через термін «напрями впливу» (як це традиційно робиться в науковій літературі), а через єдність трьох понять – «цілі створення та діяльності суб'єкта публічного управління», «засоби досягнення цих цілей, які закріплені законодавством за суб'єктом публічного управління» та «результат, який був отриманий і який повинен відповідати поставленим цілям» [24, с. 50].

Визначення функції суб'єктів публічного управління в сфері охорони здоров'я слід визначати через поєднання трьох понять «цілі», «результат» та «правові засоби», що дасть змогу визначити і ефективність їх діяльності. Цілі органів публічного управління закріплюються правовим статусом в нормативно-правових актах. Хоча можна зустріти певні суперечності в чинному законодавстві щодо визначення цілей. Наприклад, однією із пріоритетних цілей нашої держави в сфері охорони здоров'я є збереження генофонду народу України та запобігання демографічній кризі [26, ст. 29].

В Концепції розвитку охорони здоров'я населення України від 7 грудня 2000 року теж зазначається, що державні заходи мають передбачати «здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності і зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, а також соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку» [33].

А в Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» взагалі зазначається, що в Україні склалася незадовільна медико-демографічна ситуація, яка потребує негайного свого вирішення, в тому числі і з боку МОЗ України [35]. Разом з тим, у нормативно-правовому акті, який передбачає правовий статус МОЗ України, жодного слова щодо необхідності реалізації цієї мети у діяльності центрального органу виконавчої влади в сфері охорони здоров'я [29].

Таким чином, дослідження змісту публічного управління в сфері охорони здоров'я в умовах сьогодення є перспективним напрямом досліджень, оскільки проблематикою публічного управління в сфері охорони здоров'я займаються представники різних наук (публічного та державного управління, соціологами, політологами, юристами тощо). Науковці намагаються не тільки дослідити існуючі проблеми у сфері публічного управління охороною здоров'я, а й виявити їх причини та запропонувати напрями вирішення. Так, представники теорії державного управління вивчають недоліки кадрової політики держави у сфері охорони здоров'я, юристи акцентують увагу на недоліках правового

регулювання сфери охорони здоров'я, а політологи досліджують процес реформування системи охорони здоров'я в Україні під впливом діяльності соціальних груп чи окремих індивідів.

1.2. Засоби та методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я

Сфера охорони здоров'я потребує об'єднання діяльності, передусім, органів місцевого самоврядування та органів державного управління, щоб забезпечити належне публічного управління – «відкритого» (у межах власних і делегованих повноважень) впливу наділених владою інституцій на взаємовідносини між державою, місцевим самоврядуванням, бізнесом і населенням задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод» [23., с. 13]

При цьому використовується певна сукупність засобів і методів управління, в поєднанні які обумовлюють досягнення чи недосягнення потрібного результату.

Науковці виділяють такі методи публічного управління у сфері охорони здоров'я та класифікують їх за способом впливу: адміністративні; економічні; соціальні; інституційні; інформаційні; мотиваційні; комплексні; медичні; організаційні; організаційно-економічні; організаційно-правові; політичні; правові; соціально-економічні; термінологічні; фінансові. Кожний з суб'єктів публічного управління використовує ці методи для виконання функцій державного управління. Органи державного управління виконують:

✓ адміністративні: встановлення фіксованих державних цін на медичні послуги; дозволи на здійснення медичної практики; державне регулювання цін на продукцію медичного призначення та роботи медичного характеру; державна акредитація закладів охорони здоров'я; державний нагляд і контроль за сферою охорони здоров'я тощо;

✓ економічні: державні субсидії; безпроцентні позики; державне замовлення підготовки медичних кадрів, на поставку продукції медичного призначення; дотації з державного та місцевих бюджетів; пільгове оподаткування; обов'язкове (державне) медичне страхування; пільгові строки амортизації; податки тощо;

✓ нормативні: Конституція України, Закони України, Укази Президента України, Кодекси України, постанови та рішення Верховної Ради України, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України; нормативні акти МОЗ України та інших ЦОВВ, обласних і районних держадміністрацій тощо;

✓ організаційні, щоб визначити конкретний склад, обсяги медичних послуг і лікарського забезпечення; виконати зобов'язання за міжнародними договорами України; зміни господарсько-правового статусу закладів охорони здоров'я; координувати діяльність місцевих органів публічного управління у сфері охорони здоров'я; запроваджувати програми покращання здоров'я населення тощо;

✓ соціально-психологічні: інформування та освіта населення; просвітництво; договірні процеси; формування культури у сфері охорони здоров'я.

Органи місцевого самоврядування використовують адміністративні методи з метою боротьби з нецільовим використанням матеріально-технічної бази медичних закладів; затвердження штатних розписів медичних закладів; контролю з виконання місцевих і регіональних програм у сфері охорони здоров'я; економічні – задля аналізу використання бюджетних коштів комунальними закладами охорони здоров'я; виконання поточних і капітальних ремонтів; залучення коштів організацій, установ, підприємств та громадян, місцевого та позабюджетних фондів, щоб фінансувати будівництво нових та реконструювати діючі медичні заклади. Нормативні включають рішення та розпорядження органів місцевого самоврядування; організаційні

використовуються з метою аналізу діяльності закладів охорони здоров'я, визначення якості надання лікувально-профілактичної допомоги тощо.

Громадські організації: адміністративні: перевірка виконання планів і заходів у сфері охорони здоров'я; контроль за наданням медичних послуг; подання позовів до суду щодо відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю громадян; економічні: збір спонсорської допомоги і благодійних внесків, реалізація соціально значущих проектів за рахунок благодійних внесків на закупку медичного обладнання для закладів охорони здоров'я тощо; нормативні; організаційні для організації та проведення акцій; участь та розробка програм, планів, пов'язаних з охороною здоров'я; заходи міжнародних неурядових організацій з питань охорони здоров'я та ін.; соціально-психологічні: виступи у ЗМІ; пропаганда здорового способу життя.

Для розвитку сфери охорони здоров'я необхідна реалізація комплексу заходів публічного управління за наступними пріоритетними напрямками:

- ✓ поєднання елементів ринкової саморегуляції з елементами демократичного державного регулювання [16, с. 9];
- ✓ захист національних інтересів у сфері охорони здоров'я [6];
- ✓ визначення державних гарантій надання громадянам медичної допомоги; забезпечення загальнодоступності медичної допомоги; пріоритетність первинної медичної допомоги; запровадження обов'язкового медичного страхування [19, с. 7-9];
- ✓ реформування кадрової політики у сфері охорони здоров'я; структурної реорганізації відповідно до потреб населення у різних видах медичної допомоги; впровадження багатоканальної бюджетно-страхової системи фінансування сфери охорони здоров'я у поєднанні із системою контролю за цільовим використанням коштів; створення умов і стимулів профілактики професійних захворювань і травматизму на виробництві; забезпечення законодавчого підґрунтя для проведення медичної реформи; створення раціональної системи державних гарантій щодо забезпечення

населення медикаментозними препаратами; посилення захисту прав пацієнтів і медичних працівників [30, с. 253-254];

Таким чином, уповноваженими суб'єктами публічного управління використовуються відповідні засоби та методи публічного управління для забезпечення розвитку системи вітчизняної сфери охорони здоров'я за найважливішими напрямками, що сприятиме подальшому розвитку цієї сфери та покращенню здоров'я населення.

1.3. Європейський досвід формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я

Світова практика надання медичних послуг свідчить, що втілення гуманітарної, людиноцентричної парадигми глобального економічного розвитку й соціального прогресу, передумовами чого є якість людського потенціалу, має сприяти реалізації основного права людини на життя та здоров'я, а отже, забезпеченню довголіття населення [27].

Міжнародні організації, такі як Європейський Союз, Організація Об'єднаних Націй, Світовий банк, Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейський банк реконструкції та розвитку останніми роками звертають багато уваги показникам ефективності формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я для оцінки рівня розвитку країн світу, порівнюючи їх. Підхід міжнародних експертів до вивчення питань механізмів публічного управління системою охорони здоров'я базується на аналізі й порівнянні ефективності функціонування трьох галузей – політичної (рівень демократії в ній), економічної (ВВП на душу населення) і медичної, яка відповідає політичному та економічному стану країни [11, с. 103].

Можна назвати три найкращі країни за основними показниками здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність та інші): Японія, Німеччина та США [8, с. 123].

Японія має чотири рівні управління сферою охорони здоров'я: уряд, медичні центри, префектури й місцеві органи влади. Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення координує їх діяльність. У структурі органів місцевого самоврядування створені відділи охорони здоров'я, що відповідають за управління місцевими програмами розвитку здоров'я. У великих муніципалітетах і префектурах створені медичні центри, кожен з яких обслуговує близько 100 тис. жителів, та фінансуються національними та місцевими органами влади. Уряд регулює систему загального медичного страхування, встановлює ціни на медичні послуги, надає субсидії органам місцевого самоврядування, страховим компаніям та постачальникам. Щодо стосується вибору лікаря та лікарняного страхування, то в країні немає жодних обмежень. З більшості медичних послуг передбачено пайову участь пацієнтів у межах від 10 до 30 % [18].

Попри це, Японія вдосконалює механізми публічного управління системою охорони здоров'я. Це стосується заохочення населення до здорового способу життя. Для вирішення даної проблеми, уряд Японії затвердив Національну програму «Здорові люди – 21», яка сприятиме активнішій участі населення на підтримку власного здоров'я. Основна її ідея – активна співпраця уряду й громадськості у сфері охорони здоров'я [15, с. 170].

Для Сполучених Штатів Америки типовою є приватна форма фінансування охорони здоров'я, де, переважно, держава оплачує медичні послуги, оскільки близько 90 % американців використовують послуги приватних страхових компаній та витрачають на це близько 10 % сімейного доходу. Більшість американців отримують «керовану» допомогу, бо користуються певними програмами страхування. Направлення до лікарів поліклінік, аптек, рентгенівських кабінетів, лабораторій та інших установ вони отримують через мережу посередників. Медична допомога третині американців надається за програмами страхування «Медікейд і» «Медікейр», що фінансуються платниками податків.

«Медікейр» – національна програма зі страхування людей старше 65 років та тих, що перебувають «за межею бідності». У 2019 р. «Медікейр» витратила на медикаменти та медичних послуги близько 514 мільярдів доларів. «Медікейд» – спільна програма федерального та урядів штатів, яку вони фінансують. Покриття «Медікейд» трохи ширше, ніж «Медікейр», але не задовольняє потреби всіх [41].

В Німеччині система механізмів публічного управління охороною здоров'я ґрунтується на структурованому медичному страхуванні, що включає державне медичне страхування та страхування приватних фондів. Державним страхуванням користується майже 89 % населення; приватним – 9 % та за спеціальними державними програмами отримують медичну допомогу – 2 % (військові, поліцейські).

Німецька система охорони здоров'я характеризується високою якістю наданої допомоги, належною кваліфікацією медичних працівників, сучасним медичним обладнанням в установах профілактичної допомоги та доступністю медичної допомоги всім. Система медичного страхування забезпечує населення широким спектром безкоштовних послуг, включаючи амбулаторне й стаціонарне лікування, надання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, оплату проїзду до медичного закладу тощо [7, с. 158–160].

Канадська система охорони здоров'я покладена на терапевтів первинної медичної допомоги, частка яких становить близько 51 % лікарів-практиків. Вони посідають місце посередника між пацієнтами і системою механізмів публічного управління закладами охорони здоров'я, які контролюють доступ до діагностичних оглядів, лікарів-спеціалістів, лікарняної допомоги і лікарських засобів, що відпускаються за рецептом. Більшість терапевтів користуються високим рівнем самостійності та мають власну приватну практику. Залежно від кількості наданої допомоги приватним лікарем, держава оплачує їм послуги з бюджету провінції чи території. Не практикуючі лікарі отримують фіксовану зарплату або зарплату залежно від обсягу наданої медичної допомоги.

Міцна й ефективна первинна ланка медичної допомоги, вільний вибір лікаря, гарантований пакет медичних послуг на рівні сімейної медицини, як ми бачимо, є світовим стандартом якісної й доступної допомоги в цивілізованих країнах, віддзеркалення якого можна сьогодні спостерігати й в Україні [43].

Таким чином, аналіз механізмів публічного управління системою охорони здоров'я Японії, Канаді, США, Німеччині показав, що навіть високорозвинені країни не надають безкоштовні медичні послуги. Досвід європейських країн можна вважати актуальним щодо формування стратегії розвитку медичного страхування в Україні: визначення місії, цілей розвитку, покращення організаційного й інституційного середовища в рамках міжнародного співробітництва. Практика функціонування систем охорони здоров'я зарубіжних країн може бути застосована для України лише після відповідної адаптації до вітчизняних реалій. Все це обумовлює впровадження стратегічного планування з врахуванням європейського досвіду в розвиток системи публічного управління сфери охорони здоров'я в Україні.

Висновки до розділу 1

Публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається політикою держави, яка орієнтується на забезпечення населення доступним медичним обслуговуванням. Дослідження змісту публічного управління в сфері охорони здоров'я в умовах сьогодення є перспективним напрямом, оскільки даною проблематикою займаються представники різних наук (публічного та державного управління, соціологами, політологами, юристами тощо).

Аналіз механізмів публічного управління системою охорони здоров'я Японії, Канаді, США, Німеччині показав, що навіть високорозвинені країни не надають безкоштовні медичні послуги. Досвід європейських країн можна вважати актуальним щодо формування стратегії розвитку медичного страхування в Україні лише після відповідної адаптації до вітчизняних реалій.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ РОЗВИТОК СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Сучасний стан публічного управління сфери охорони здоров'я

З метою поліпшення стану здоров'я населення у 2015 р. Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи сфери охорони здоров'я, яка покращить доступ до якісного медичного обслуговування, підвищить ефективність та модернізацію застарілої системи надання послуг. Комплексна стратегія передбачала першочергове здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я для того, щоб прискорити перетворення у сфері надання медичних послуг (як для окремих осіб, так і для населення) та впровадити інформаційні технології в якості каталізаторів [42].

Реалізація Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 рр. розпочалися з ключових змін. Так, відбулися зміни у механізмі фінансування медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу, де задіяно принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка є єдиним національним замовником медичних послуг.

Зросли видатки на охорону здоров'я в реальному вираженні на душу населення (на 5,9 % з 2017 р. до 2019 р.) (табл. 2.1). Це можна пояснити зниженням чисельності населення за аналізований період, аніж економічним зростанням. Значно скоротилися консолідовані видатки на охорону здоров'я (майже 2,5 %). Така тенденція до 2021 р. може призвести до більшого зменшення видатків на охорону здоров'я на душу населення.

Видатки на охорону здоров'я мали більш номінальний характер і їх зростання можна пояснити темпами інфляції, а не реальним зростанням, бо відсоткове відношення загальних видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я демонструє тенденції до зменшення.

Таблиця 2.1 демонструє вплив цих двох факторів, через які Україна протягом 2017-2019 рр. не змогла розширити бюджетний простір для системи охорони здоров'я відповідно до економічного зростання.

Таблиця 2.1

Зміни у фінансуванні сфери охорони здоров'я у 2017-2019 рр.

Показник	2017	2018	2019	2019 р. до 2018 р., %
Реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення, грн	1850	1897	1959	105,9
Реальні видатки на охорону здоров'я, млрд грн	78,6	80,2	82,3	105,1
Видатки на охорону здоров'я, % ВВП	3,4	3,3	3,2	-0,2
Чисельність населення, млн грн	42,5	42,3	42,0	98,8
Економічне зростання (зміна реального ВВП), %	2,5	3,4	3,2	0,7
Консолідовані видатки, % ВВП	35,4	35,1	34,5	-0,9
Частка видатків на охорону здоров'я у консолідованих видатках	9,7	9,3	9,4	-0,3
Частка державних видатків на охорону здоров'я, яка виділена на ПМД, %	10,6	11,5	14,6	4,0

Джерела: Консенсус-прогноз Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства, Державна казначейська служба України, Державна служба статистики України.

Відбулось зростання видатків державного бюджету на первинну медичну допомогу за 2017-2019 рр. з 10,6 % до 14,6 % від витрат на охорону здоров'я. За 2019 р. уклали договір з НСЗУ 1466 закладів охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги, з них 248 – індивідуальної практики (сімейних лікарів) та 168 приватних.

Послуги первинної медичної допомоги надають 1276 закладів, що охоплюють 6323 практики/місць: у міській (2251) та сільській (4072) місцевостях.

Підписали декларації з лікарем первинної медичної допомоги (сімейним лікарем, педіатром або терапевтом) більше 30 млн. 610 тис. населення. Зміна фінансування дозволила лікарям отримувати високі заробітні плати: подекуди відбулося зростання заробітної плати лікарів первинної ланки в чотири рази.

За аналізований період автоматизовано 97 % державних медичних

закладів первинного рівня медичної допомоги та 93 % закладів, що надають екстрену медичну, спеціалізовану та третинну допомогу. Для підписання контракту з НСЗУ про надання медичних послуг у межах програми медичних гарантій медичному закладу необхідно змінити правову форму на статус комунального некомерційного підприємства.

Відбулись зміни і принципів закупівель лікарських засобів. На національному рівні державні закупівлі проходили із залученням спеціалізованих міжнародних організацій. Це призвело до заощадження майже 39 % виділених державою коштів. У 2020 р. ДКП «Медичні закупівлі України» розпочало закупівлю ліків та медичних виробів за державні кошти.

Уперше формування переліку закупівель на 2020 рік відбувалося за допомогою методики оцінки медичних технологій (health technology assesment), яка дозволяє здійснювати державні закупівлі на підставі показників клінічної ефективності, економічної доцільності та організаційних проблем застосування лікарських засобів, медичних виробів та інших медичних технологій [5].

Затверджена й успішно реалізується програма «Доступні ліки»: з 1 квітня 2019 року програма реімбурсації «Доступні ліки» адмініструється НСЗУ і почала працювати за новими правилами. Станом на 14 січня 2020 року лікарські засоби за державною програмою реімбурсації «Доступні ліки» відпускають у 7430 аптеках країни й лише за електронними рецептами. Уже виписано 11,19 млн електронних рецептів, з них погашено – 9,39 млн (84,38 %) [5].

Запроваджено процес розбудови системи громадського здоров'я, яка орієнтується на перехід охорони здоров'я від політики лікування до політики профілактики, зміцнення та збереження здоров'я людини. Пріоритетною ціллю Центру громадського здоров'я на 2019-2020 рр. було створення ефективної мережі регіональних центрів громадського здоров'я по всій Україні. Вже створено 13 таких центрів.

Слід зазначити, що збільшення видатків на охорону здоров'я у 2020 р. в рамках реагування на пандемію COVID-19 буде відновлене і в 2021 р., але

масштаби та терміни цього ефекту неможливо підрахувати. Очікується, що значна частина нових видатків, які затверджені змінами до державного бюджету у квітні 2020 р., буде сконцентрована на охорону здоров'я. Планується збільшення асигнувань на Національну службу здоров'я України до 15,8 млрд грн (0,4 % ВВП) та в статтю видатків 64,7 млрд грн у вигляді нового Фонду боротьби з COVID-19 (1,6 % ВВП). Ці інвестиції допоможуть мінімізувати вплив епідемії на здоров'я зайнятого населення в Україні та зміцнити впевненість за рахунок посилення фінансового захисту.

Отже, в сфері охорони здоров'я мають кардинально змінитися організаційно-економічні принципи публічного управління відповідно до ринкових умов та європейських стандартів: створення ефективної системи екстреної медичної допомоги, завершення реформування медичної освіти на всіх рівнях відповідно до європейських стандартів, забезпечення переходу до повного електронного документообігу у системі охорони здоров'я та ін. Головними очікуваннями з боку медичних працівників є поліпшення умов праці: підвищення заробітної плати та престижу професії, оновлення матеріально-технічної бази, широке використання інноваційних технологій у медичній практиці. Пріоритетними очікуваннями для пацієнтів залишаються – фінансовий захист у випадку захворювання та доступ до якісних медичних послуг, гарантований державою чіткий перелік послуг медичної допомоги, забезпечення ліками, що закуповує держава.

2.2. Характеристика розвитку системи публічного управління в сфері охорони здоров'я регіону

Розвиток системи публічного управління в сфері охорони здоров'я на державному рівні сприяє підвищенню надання медичних послуг та їх якості, соціальній підтримці працівників, матеріально-технічному забезпеченню системи охорони здоров'я. Проте, прямий вплив на діяльність медичних установ органів державної влади є неможливим. Функціонує регіональний

рівень публічного управління, який поєднує в собі загальні державні підходи трансформації системи охорони здоров'я та їх практичне впровадження в межах регіональної соціально-економічної системи.

Тому аналіз розвитку системи публічного управління на регіональному рівні є обов'язковою складовою дослідження в сфері державного управління, яка зможе виявити проблеми розвитку та визначити пріоритетні напрями запровадження процесу трансформації системи охорони здоров'я на прикладі окремого регіону.

Характеристику механізмів публічного управління системи сфери охорони здоров'я в Житомирській області потрібно досліджувати на основі синтезу управлінських функцій органів влади та їх реалізації. Так, касові видатки по загальному бюджетному фонду медичними установами Житомирської області виконані в сумі 2127524,02 тис. грн. Із загального обсягу асигнувань видатки на заробітну плату з нарахуваннями становили 1649370, 42 тис. грн., видатки на придбання медикаментів склали 115078,72, видатки на продукти харчування – 41927,64. Витрати на одного жителя області бюджетних коштів були 1726,9 грн. У 2019 р. відбулось помітне зменшення у фінансуванні медичних закладів у області.

Важливою складовою механізму публічного управління є підписання декларацій із сімейними лікарями. Цей процес підвищить інтенсивність роботи лікарів, дозволить перейти до адресного оцінювання якості медичних послуг. В цілому в Житомирській області декларації підписали 870010 пацієнтів або 71 % від всього населення області.

Реалізація мотиваційної складової механізму публічного управління в Житомирській області призвела до таких результатів трансформації в сфері системи охорони здоров'я:

- з квітня 2018 р. на Житомирщині стартувала кампанія «Лікар для кожної сім'ї» з укладання декларацій з вибору лікарів з надання первинної медичної допомоги відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 503 «Про затвердження порядку вибору лікаря, який надає

первинну медичну допомогу та форми декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»;

- проведено автономізацію 44 закладів надання первинної медичної допомоги;

- на вторинному рівні перетворені в комунальні некомерційні підприємства та зареєстровані в електронній системі охорони здоров'я "eHealth" – (Національна електронна система охорони здоров'я) 75 закладів, зареєстровано 834 лікарі.

Всього по області заключили договори з НСЗУ 26 закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу державного підпорядкування та 2 приватні заклади.

Збереження кадрового потенціалу медичної галузі Житомирської області – важлива умова проведення реформування системи охорони здоров'я. Так, в регіоні спостерігається зменшення рівня забезпечення медичними працівниками, за аналізований період на 5,9 % зменшилась кількість штатних посад (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Кадрове забезпечення медичної галузі Житомирської області
за 2017-2019 рр.**

Показник	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2019 р. до 2017 р., %
Всього штатних посад:	29470,50	28261,50	27290,5	92,6
<i>У т.ч. лікарів</i>				
штатних посад	5558,50	5353,50	5231,75	94,1
фізичних осіб (без зубних)	4272	4240	4169	97,6
у т.ч. інтерни	353	363	381	107,9
у т.ч. пенсійного віку	1127	1112	1078	95,7
забезпеченість лікарями (на 10 тис. нас)	34,4	34,4	34,2	99,4
атестовано, %	74,7	73,9	73,7	98,7
<i>Молодших спеціалістів з медичною освітою</i>				
штатних посад	11927,25	11441,25	11011,0	92,3
фізичних осіб	12127	11343	10626	87,6
пенсійного віку	1290	1135	1032	80,0
забезпеченість (на 10 тис. нас)	97,7	92,1	87,0	89,0
атестовано, %	71,1	71,9	72,5	102,0

Джерело: За даними Головного управління статистики в Житомирській області.

Для збереження медичних кадрів в регіоні важливим стимулом має бути забезпечення їх житлом. Зокрема, у 2018 р. в рамках національної програми «Велике будівництво» заплановано будівництво 22 амбулаторій на 1-2 лікарів з житлом за рахунок співфінансування та субвенції на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості. Наразі ведуться роботи на цих об'єктах, а п'ять з них уже завершені у с. Білилівці, с. Високому, с. Підлубах, с. Дубрівці та с. Квітневому. Кожна амбулаторія оснащена сучасним медичним приладами та обладнанням. Крім того, такі заклади одразу з житлом для лікаря. Це дає можливість створити для лікарів, які працюють у сільській місцевості, гідні умови праці, а для пацієнтів – сучасні умови для отримання медичних послуг.

Діюча мережа медичних закладів державної та комунальної власності Житомирської області представлена в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Мережа лікувально-профілактичних закладів

Житомирської області за 2017-2019 рр.

Показник	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2019 р. до 2017 р., %
Центр первинної медико-санітарної допомоги	31	35	35	112,9
Самостійні АЗПСМ	7	10	10	142,9
Усього лікарських амбулаторій	252	267	264	104,8
в т.ч. у складі ЦПМСД	226	250	247	109,3
у складі самостійних АЗПСМ	7	17	17	у 2,4 рази
Сільські лікарські амбулаторії	190	176	174	91,6
в т.ч. у складі ЦПМСД	167	163	161	96,4
у складі самостійних АЗПСМ	6	13	13	у 2,1 рази
Міські лікарські амбулаторії	62	91	90	145,2
в т.ч. у складі ЦПМСД	59	87	86	145,8
у складі самостійних АЗПСМ	1	4	4	у 4 рази
Фельдшерсько-акушерські пункти та фельдшерські пункти	778	755	720	92,5
в т.ч. у складі ЦПМСД	688	705	672	97,8
самостійних АЗПСМ	12	50	48	у 4 рази

Джерело: За даними Головного управління статистики в Житомирській області.

З табл. 2.3 видно, що на 12 збільшилась кількість лікарських амбулаторій, з них на 4 центрів первинної медико-санітарної допомоги, на 28 міських

лікарських амбулаторії. Сільські лікарські амбулаторії зменшилися на 16, фельдшерсько-акушерські пункти та фельдшерські пункти – на 58.

В обласному медичному консультативно-діагностичному центрі, обласній дитячій клінічній лікарні та обласній клінічній лікарні ім. О.Ф. Гербачевського діють кабінети телемедицини. Проводять телемедичні консультації фахівці обласної дитячої клінічної лікарні з закладами ПМСД області.

Продовжується реалізація проєкту «Покращення ефективності лікування мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) шляхом запровадження в Україні допомоги, орієнтованої на пацієнта» в протитуберкульозних закладах області за сприянням міжнародної медичної організації «Лікарі без кордонів». В лютому 2018 р. незалежною гуманітарною медичною організацією Médecins Sans Frontières (MSF) («Лікарі без кордонів»), управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації, обласною радою і обласним протитуберкульозним диспансером підписано Меморандум, який націлений на надання підтримки у лікуванні хіміорезистентного туберкульозу.

Отже, проведений аналіз механізму публічного управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні показав, що економічні чинники механізму управління здійснюються в скрутному фінансовому становищі країни, тому для їх ефективної реалізації необхідні розвиток процесів децентралізації та трансформація системи охорони здоров'я, які дозволять акумулювати кошти на рівні регіону. Мотиваційні чинники реалізуються як на традиційних підходах, так і на сучасних ринкових відносинах в середині системи охорони здоров'я, на нових методах стимулювання медичного персоналу. Організаційні – базуються на вдосконаленні менеджменту управлінської діяльності органів управління регіону.

Основними завданнями публічного управління сфери охорони здоров'я Житомирської області є формування у сільській місцевості на рівні об'єднаних територіальних громад сучасної медичної інфраструктури, щоб підвищити доступність та якість медичного обслуговування центрами первинної медичної

допомоги; повний перехід на електронний документообіг ведення єдиних реєстрів; автономізація закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

2.3. Оцінка конкурентного середовища системи охорони здоров'я

Ефект конкуренції у системі охорони здоров'я є механізмом державно-управлінського впливу, що базується на цінності (здоров'я людини) та орієнтований на результат – якісну медичну послугу або надану допомогу, отриманих у розрахунку на кожен вкладену гривню [39, с. 14].

Проте, деякі науковці досліджують конкуренцію у сфері охорони здоров'я за двома підходами: конструктивним та деструктивним. Конструктивна конкуренція націлена на покращення якості продукції або послуг відповідно до їх ціни. Така конкуренція дає можливість вибору, ціни знижуються, що задовольняє потреби споживачів. І навпаки, деструктивна конкуренція спрямована не на забезпечення якісних результатів для пацієнтів, а на збільшення фінансових ресурсів. Тому у цій сфері присутні низька і нестабільна якість, високі витрати, багато помилок у лікуванні та діагностиці, лімітування послуг, обмеження вибору клінік та лікарів, обмежений доступ до лікування тощо. Слід зазначити, що така форма конкуренції може виникнути, коли не розвивається професійна спеціалізація та компетенція, а ведеться боротьба за збільшення кількості пацієнтів, що суперечить якості.

Ефект конкуренції сфери охорони здоров'я може бути істотно обмежений переліком послуг та відсутністю вірогідної інформації про їх якість. Також важливим обмеженням є ряд чинників, які визначають природу ринків послуг в сфері охорони здоров'я.

За 2017-2019 рр. країна витратила на медицину близько 16-95 млрд гривень, і хоча населення отримувало первинну та профілактичну допомогу практично в повному обсязі, погіршилась якість медичних послуг та збільшилась їх вартість. Тому необхідні зміни в системі охорони здоров'я, щоб

вартість медичних послуг не стала ще вищою, а українців не залишилися без якісного медичного обслуговування. За даними МОЗ, у 2020 р. витрати на медицину становили 113 млрд грн.

Не торкаючись усіх аспектів функціонування конкуренції в медичній сфері, необхідно знайти центральну або головну ланку цього процесу. На наш погляд, таку роль виконують постачальники медичних послуг у сучасних умовах реформування державної системи охорони здоров'я. До них належать лікарні, амбулаторно-поліклінічні заклади, діагностичні центри, клініки, центри здоров'я та ін.

Так, за даними Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації з 2017 р. по 2019 р. зменшилися витрати на охорону здоров'я з сектору загального державного управління та становили в 2019 р. близько 15 % від загального обсягу витрат. В державному секторі зменшилися як кількість ліжкомісць, так і кількість лікарняних закладів. Питома вага збиткових медичних установ збільшилася з 28 % до 32 %.

Спостерігається негативна динаміка, яка пов'язана з погіршенням соціального добробуту населення, у доступності до лікування на медичному ліжку та збільшенням вартості медичних препаратів та самого циклу лікування. Негативна динаміка спостерігається і в кадровому забезпеченні: кількість медичного персоналу за останні роки зменшується. Основною причиною є виїзд кваліфікованих медичних працівників за кордон, низький рівень заробітної плати, відсутність системи мотивації та стимулювання.

А розширення приватного сектора в сфері охорони здоров'я та ускладнення його інфраструктури призвело до істотного зростання амбулаторно-поліклінічних організацій. Більшість закладів сфери охорони здоров'я функціонують в державному секторі (приблизно 80 %), у той час як на приватну медицину припадає приблизно 20 %. Разом з тим, приватний сектор за останні роки демонструє високі темпи зростання (рис. 2.1).

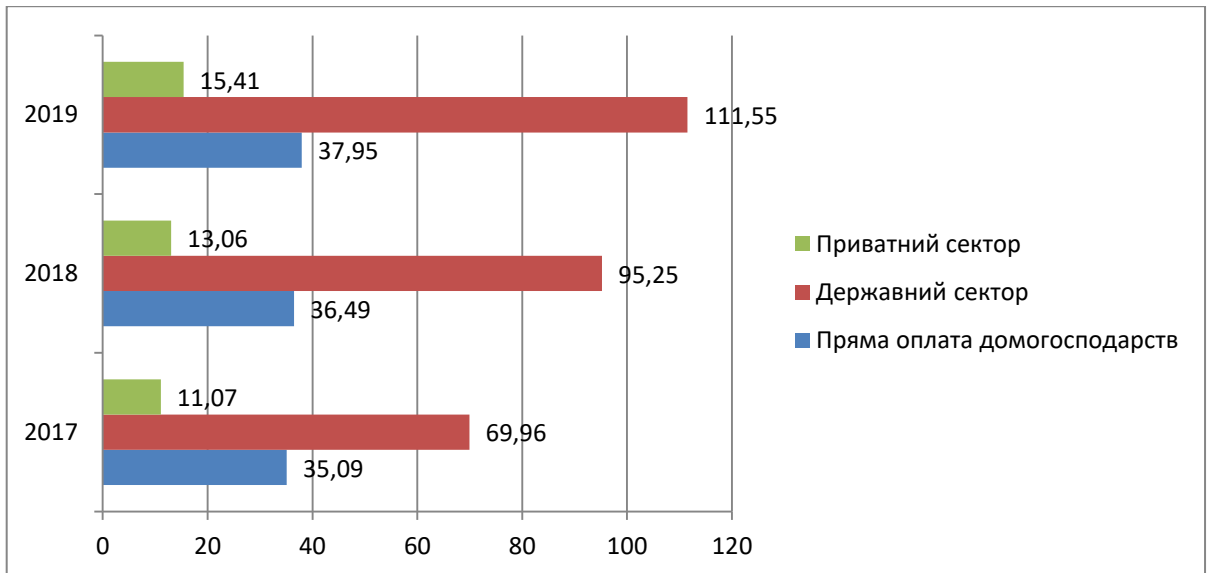


Рис. 2.1. Обсяги ринку медичних послуг за 2017-2019 рр., млрд грн
Джерело: сформовано автором за даними [10].

На початок 2020 р. приватний сектор медичної галузі України налічує близько 50 тис. установ, включаючи приватну лікарську практику (це 10 % від загального ринку медичних послуг). Заклади приватного сектору є більш розвиненими у медичних спеціалізаціях, у яких державна медицина має найслабші позиції, наприклад, діагностичні послуги, лабораторні та інструментальні дослідження, репродуктивна медицина тощо.

На даному етапі в Україні створено сприятливі умови у сфері охорони здоров'я для розвитку приватного сектора та виокремлено основи справедливої конкуренції між медичними закладами. Слід зауважити, що вітчизняна приватна медицина все більше закріплюється на ринку медичних послуг України в нових умовах. У галузевій структурі ринку приватних медичних послуг поступово збільшується частка діагностичних центрів і лікарень.

Так, якщо в 2017 році 70 % приватних стоматологічних, офтальмологічних кабінетів, клінік пластичної хірургії мали штат до 20 співробітників, то з 2019 року спостерігається тенденція до розширення штату медичних центрів і клінік. В Україні в 2017-2019 рр. фінансування платних медичних послуг здійснювали фізичні особи – приблизно 80 %, страхові компанії – 6 %, а також юридичні особи – 12 %.

Як показують дослідження, в Україні державна і приватна медицина розвивається різними темпами. Конкуренентоспроможність організацій сфери охорони здоров'я залежить від залучення висококласних фахівців. Це стосується не лише лікарів, але й середнього та молодшого медичного персоналу. Для обох секторів галузі притаманна однакова кваліфікація лікарів, але обладнання, технічне забезпечення та рівень заробітних плат медперсоналу відрізняється.

Отже, для приватного сектору медичної галузі характерна позитивна тенденція розвитку зі збільшенням чисельності лікарів-практиків та підвищенням їх кваліфікаційної категорії, водночас із зменшенням їхньої кількості в державній сфері. Приватний сектор сфери охорони здоров'я, на відміну від державного, більш ефективно управляє своїми закладами, що породжує конкуренцію один з одним, яка призводить до впровадження інновацій та підвищення внутрішньої ефективності. Сучасна реформа сфери охорони здоров'я передбачає і в державних медичних закладах офіційні платні послуги. Тому платоспроможне населення обирає приватну медицину, оскільки витрати на більш якісні медичні послуги, в кінцевому результаті, будуть більш економічними через меншу захворюваність.

Сучасна система сфери охорони здоров'я має обмежені ресурси, які надходять на оплату комунальних послуг, утримання персоналу, частково ліків, а залишку ресурсів для модернізації закладу не вистачає. Так, із поточних суспільних витрат на лікарні спеціалізовані та загального профілю витрачаються на оплату праці – 70 %, на комунальні платежі – 10 %, на виробництво послуг та прямі витрати – 18,9 % на та на інші витрати – 1,1 %.

Слід зазначити, що характер конкуренції по-різному проявляється в залежності від того, до якої форми власності належить установа: державна, комерційна, приватна, неприбуткова або муніципальна. Питання про антимонопольне регулювання є проблемним для приватного сектора. Для медичних організацій конкурентними перевагами виступають такі фактори:

наявність висококваліфікованих кадрів, нові технології та обладнання, високий рівень діагностичних процедур.

Таким чином, характер конкуренції в сфері охорони здоров'я проявляється від цілей медичних закладів, але для медичних установ всіх видів власності при наданні медичних послуг конкурентними перевагами мають стати: якість надання медичних послуг, висококваліфіковані кадри, нове обладнання та технології. Проте, для оцінки значимості конкуренції для результату здоров'я пацієнта, потрібно враховувати всі затрати та результати, які були протягом усього циклу надання медичної допомоги. Зростання конкуренції в сфері охорони здоров'я впливає на якість медичних послуг, як результат, установи розпочнуть орієнтуватися на потреби пацієнта. На даний час, лише на рівні первинної ланки виникає конкуренція за пацієнта.

Формування конкурентного середовища сфери охорони здоров'я для підвищення якості медичних послуг можливо при умові: довіри і взаємодії між споживачем і виробником; доступної інформації про медичні послуги та цінові витрати; обмеження сформованої монополії медичних установ; проведення незалежного фінансового аудиту, щоб визначити обґрунтованість цін на медичні послуги з оприлюдненням результатів.

Висновки до розділу 2

Проаналізовано сучасний стан розвитку публічного управління сферою охорони здоров'я, який дає змогу зробити висновок, що в сфері охорони здоров'я мають кардинально змінитися організаційно-економічні принципи публічного управління відповідно до ринкових умов та європейських стандартів.

Визначено, що основними завданнями управління сфери охорони здоров'я Житомирської області є формування у сільській місцевості на рівні об'єднаних територіальних громад сучасної медичної інфраструктури, щоб підвищити доступність та якість медичного обслуговування центрами

первинної медичної допомоги; повний перехід на електронний документообіг ведення єдиних реєстрів; автономізація закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

Досліджено, що зростання конкуренції в сфері охорони здоров'я впливає на якість медичних послуг, як результат, установи розпочнуть орієнтуватися на потреби пацієнта. На даний час, лише на рівні первинної ланки виникає конкуренція за пацієнта. Заклади приватного сектору є більш розвиненими у медичних спеціалізаціях, у яких державна медицина має найслабші позиції, наприклад, діагностичні послуги, лабораторні та інструментальні дослідження, репродуктивна медицина тощо. Тому платоспроможне населення обирає приватну медицину, оскільки витрати на більш якісні медичні послуги, в кінцевому результаті, будуть більш економічними через меншу захворюваність.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Удосконалення формування публічної політики з підготовки керівних кадрів сфери охорони здоров'я

Розвиток сфери охорони здоров'я України залежить від керівників нового типу, які мають здатність до: прийняття ефективних управлінських рішень, забезпечення за будь-яких умов конкурентоспроможності та розвитку організації, здійснення прогнозування і стратегічного аналізу, використання всіх видів ресурсного потенціалу, усвідомлення рівня відповідальності та створення умов для надання якісних медичних послуг населенню.

Дослідження кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я показало, що в даній галузі є певні проблеми: скорочується чисельність медичних працівників; неуккомплектованість кадрів; непропорційність кадрового забезпечення як між регіонами, так і між сільською та міською місцевостями; незадовільний стан кадрового забезпеченням управлінської ланки медичної галузі, що супроводжується малим відсотком фахівців з державного управління охороною здоров'я, менеджерів з охорони здоров'я.

Так, загальна кількість штатних посад керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників у 2019 р. – 6411,75 та зайнятих – 5829,50, що складає 90,92 %, це підтверджує неуккомплектованість кадрів.

Тому, можна погодитися з дослідженнями науковців, що сьогодні в Україні існує нестача керівних кадрів у сфері охорони здоров'я, які можуть приймати відповідальні, самостійні й ефективні рішення стратегічного характеру. Залишається актуальним питання побудови ефективної системи підготовки менеджерів у сфері охорони здоров'я. Причому найголовнішою умовою є створення якісної освітньої бази з урахуванням найкращих здобутків провідних країн світу та реалій української системи охорони здоров'я [22].

Слід зазначити, що побудова ефективної системи підготовки управлінців для сфери охорони здоров'я залежить від органів публічного управління, оскільки органи державної влади виконують функцію реалізації та формування публічної політики з підготовки керівних кадрів для даної сфери.

Процес формування публічної політики, яка вибудовується, починаючи з ідентифікації проблеми, формування публічного та інституційного порядків денних, обрання тієї чи іншої моделі рішення, формулювання альтернатив рішень, обрання рішення, реалізація, контроль за виконанням, це відображення того, як політика впливає на публічне управління [40].

Складові процесу формування публічної політики з підготовки керівних кадрів системи охорони здоров'я представлено на рис. 3.1.

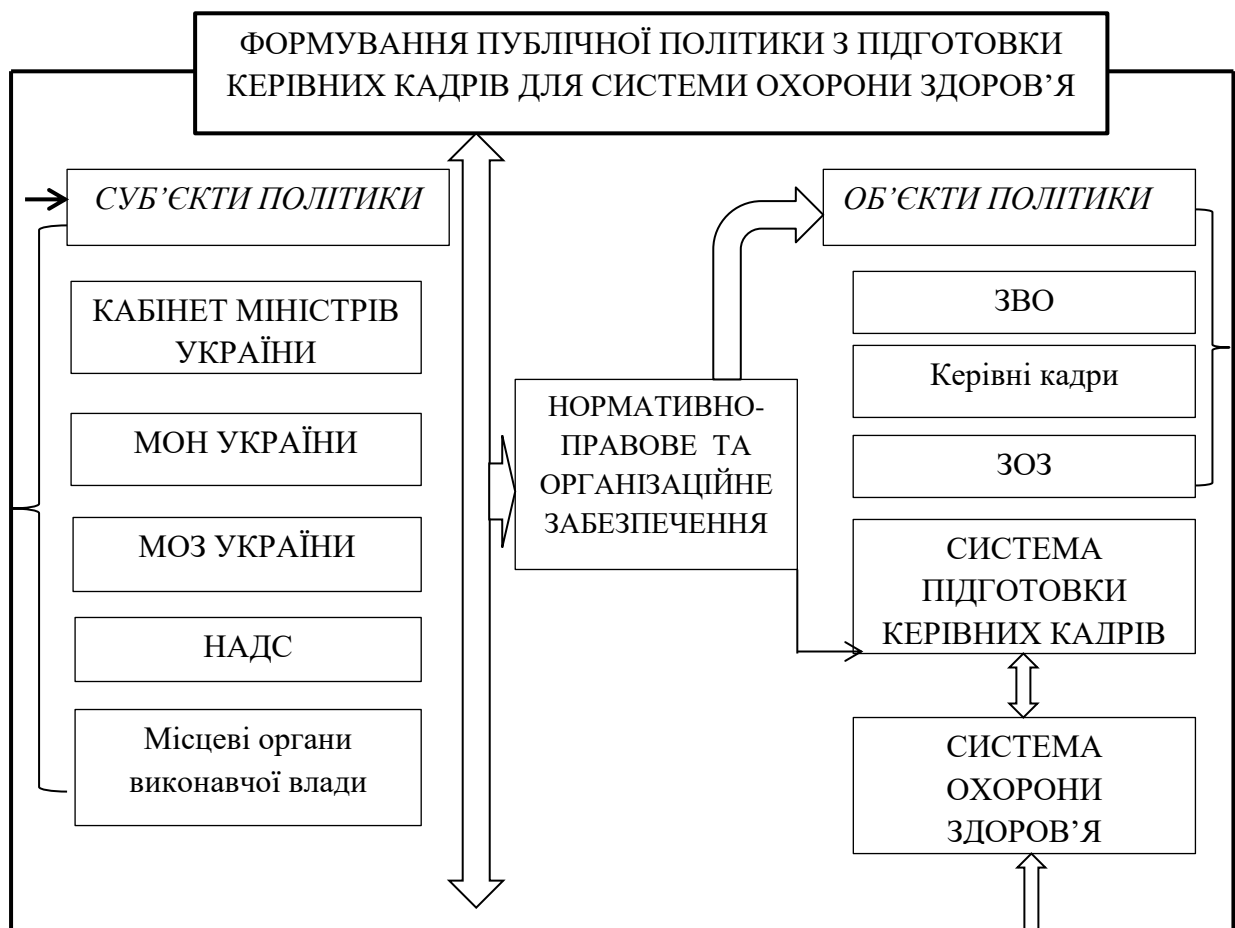


Рис. 3.1. Процес формування публічної політики з підготовки керівних кадрів системи охорони здоров'я України

Джерело: побудовано автором.

Керівні кадри системи охорони здоров'я – це посадові особи, яким делеговані права і обов'язки владного характеру, що дають змогу формувати та реалізовувати державну політику і стратегію галузі та здійснювати керівництво її інфраструктурою з метою забезпечення ефективної діяльності з надання якісних медичних послуг [4]. Отже, керівні кадри необхідно розглядати як публічних службовців, так і керівників закладів, що мають вплив на формування публічної політики у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, процес формування публічної політики щодо підготовки керівних кадрів для системи охорони здоров'я через суб'єкти політики шляхом здійснення нормативно-правового та організаційного забезпечення впливає на об'єкти політики та реалізує таку політику з метою здійснення підготовки керівних кадрів для проведення успішних трансформації системи охорони здоров'я [38].

Стратегія формування публічної політики з підготовки керівних кадрів медичної галузі повинна базуватися на фактичних потребах та прогнозі на перспективу. На практиці посаду керівника установи охорони здоров'я займає особа з досвідом роботи лікаря, що, враховуючи високу специфіку галузі, є дуже важливим. Та лише в процесі управлінської діяльності керівнику доводиться отримувати управлінські знання та вміння.

Крім знань керівник повинен вміти здійснювати відбір і розстановку медичних та управлінських кадрів, формувати команду, складати і обґрунтовувати штатний розпис, забезпечувати підвищення кваліфікації персоналу, оцінювати ефективність діяльності персоналу, впроваджувати ефективну систему оплати праці, організовувати атестацію персоналу, вирішувати конфліктні ситуації тощо [25].

Проте, враховуючи українські реалії та міжнародний досвід системи охорони здоров'я, для удосконалення системи підготовки керівних кадрів потрібно використовувати такі види навчання: додаткова управлінська освіта; безперервний професійний розвиток, підвищення кваліфікації. Саме додаткова професійна управлінська освіта дасть можливість підвищити якість підготовки

керівних кадрів сфери охорони здоров'я.

Слід зазначити, що необхідна зміна традиційних підходів навчання на інноваційні методи, які розвивають креативність, індивідуальні здібності, дають навички прийняття управлінських рішень та здійснювати професійну діяльність у нестандартних і стандартних умовах. Тому сучасні освітні програми навчання повинні розроблятися на основі індивідуального підходу для керівників, щоб сформувати в найкоротші строки в них управлінські здібності з метою підвищення ефективності управління установою охорони здоров'я. Також для удосконалення формування публічної політики з підготовки керівних кадрів перспективним напрямом має стати розширення змісту освітнього процесу підготовки фахівців, враховуючи управлінську та медичну складові формування їх майбутньої професійної культури.

Враховуючи зарубіжний досвід та сучасний стан розвитку публічної політики з професійної підготовки керівників медичної галузі, перспективним напрямом може стати створення спеціального Центру формування та оцінки рівня управлінської компетентності керівників даної сфери, який розробив би єдиний стандарт професійних компетенцій для управлінських кадрів медицини, провів би статистичний аналіз управлінців задля володіння органами публічного управління повної медичної кадрової статистики професійної управлінської компетенції керівників.

3.2. Реалізація органами публічного управління механізму державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

В сучасних умовах сфера охорони здоров'я України вимагає трансформації, проте, в період економічної кризи реалізувати модернізацію лише за рахунок бюджетних коштів неможливо. Розвинені країни світу залучають капітал та ресурси суб'єктів бізнесу приватного сектора, щоб підвищити ефективність функціонування державних структур, оновити

об'єкти державної власності, вдосконалити інфраструктуру та підвищити рівень якості надання медичних послуг. Ефективним та дієвим механізмом у процесі модернізації, впровадження технологічного забезпечення, інновацій та підвищення якості надання медичних послуг у сфері охорони здоров'я є державно-приватне партнерство.

Державно-приватне партнерство – це довгострокове співробітництво державних установ, які виконують суспільні завдання, і приватних підприємств, за якого кожен із партнерів надає свої наявні ресурси, щоб досягати спільних та окремих цілей [44, с. 47-48].

Залучення приватних ресурсів в сферу охорони здоров'я дозволить модернізувати та удосконалити установи охорони здоров'я, з одного боку, а з іншого, – оптимізує витрати місцевого та державного бюджету. ДПП сприяє залученню інвестицій для відновлення закладів охорони здоров'я, підвищення ефективності державного управління державними установами та розподіляє ризики між суб'єктом господарювання та державою. Спільна діяльність учасників державно-приватного партнерства надає можливість залучення до сфери охорони здоров'я інтелектуальних, наукомістких, технологічних ресурсів та доступу до них, впровадження сучасних інструментів управління й адміністрування та інновацій.

Слід зазначити, що розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я залежить від рівня зацікавленості органів публічного управління, оскільки органи місцевого самоврядування та державної влади виконують функцію реалізації та формування публічної політики з розвитку державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я. Цей процес не обмежується лише органами місцевого самоврядування та державної влади, необхідне залучення інших стейкхолдерів (інститути громадянського суспільства, науковці, суб'єктів господарювання) з метою підвищення ефективності даної політики.

На основі проведено дослідження механізмів ДПП, представлено механізм концесійної взаємодії державно-приватного партнерства у сфері

охорони здоров'я (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Механізм реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я

Джерело: побудовано автором.

Завданнями органів публічного управління щодо розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я слід зазначити такі:

вдосконалення нормативно-правової бази ДПП у сфері охорони здоров'я; формування умов щодо реалізації проектів для забезпечення достатнього рівня рентабельності проектів приватних партнерів та збереження соціальних гарантій держави перед громадянами щодо отримання доступних медичних послуг; розробка програм та заходів соціально-економічного розвитку для мотивації залучення приватного партнера; підвищення та підготовка кваліфікації посадових осіб органів місцевого самоврядування та державної влади щодо розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я тощо. Також органи публічного управління сприяють розвитку конкуренції серед партнерів ДПП.

Створення державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я здійснюється із застосуванням різних механізмів взаємодії бізнесу та держави в межах діючого законодавства.

На даному етапі розвитку державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я до основних механізмів спільної діяльності між державою та приватним сектором належать: концесія, співробітництво, оренда, спільне підприємство, на основі договору управління майном. Ці механізми співпраці задекларовані у Методичних рекомендаціях для державних та комунальних закладів охорони здоров'я, для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства Міністерства охорони здоров'я України.

Отже, для сучасного розвитку сфери охорони здоров'я України потрібно у повному обсязі використовувати потенціал державно-приватних партнерств, який дасть змогу удосконалити систему сфери охорони здоров'я за допомогою залучення додаткових ресурсів, інвестицій, оптимізує видатки місцевого та державного бюджетів, а також створить справедливі конкурентні умови в цій сфері, що дозволить підвищити якість медичних послуг та доступність медичного обслуговування.

3.3. Запровадження електронної системи охорони здоров'я як складової публічного управління

Мета публічного управління сферою охорони здоров'я – формування системи, яка орієнтована на пацієнта і здатна забезпечити доступними медичними послугами все населення країни. Це можливо тільки при реалізації багатокомпонентної комунікативної стратегії, яка охопить державні установи, населення країни, пацієнтів та медичних працівників. Доступна медична інформація мотивує населення вести здоровий спосіб життя, самостійно керувати своїм станом та лікуванням та координує медичну допомогу між різними лікарями, між медичними працівниками та державою.

Важливим завданням публічного управління сфери охорони здоров'я є забезпечення актуальності, прозорості та достовірності даних, які використовуються органами публічного управління. З метою актуалізації інформації, автономізації та спрощення процесів передачі інформації, більшість зарубіжних країн обрала безпаперовий варіант комунікацій між установами охорони здоров'я, лікарями, адміністраціями та пацієнтами – електронну систему охорони здоров'я («E-Health»).

За даними офіційного державного порталу «e-zdorovya», вже нараховано 1539 медичних закладів, 1305 медичних аптек, 25253 лікарів первинної медичної допомоги, 14049 аптекарів, які підключені до системи «E-Health» [3].

Відтак, головна мета уряду України – перехід до «цифрової держави», де в режимі онлайн будуть отримуватись 100 % державних послуг. Тому головною перевагою для сфери охорони здоров'я є впровадження системи «E-Health». Екосистема «E-Health» дозволить пацієнтам зручно та якісно отримувати медичні послуги, забезпечить лікарів необхідним доступом до медичних даних пацієнта, а керівників лікарень – максимальною аналітичною інформацією для прийняття управлінських рішень [31].

Використання e-Health робить комунікацію у сфері охорони здоров'я значно швидшою та дешевшою. Крім того, e-Health значною мірою впливає на

публічне управління та адміністрування сферою охорони здоров'я, оскільки дає можливість досить швидко отримати наявну клінічну та статистичну інформацію, необхідну в надзвичайних ситуаціях, збирати та консолідувати клінічні дані для адміністрування сфери охорони здоров'я [45].

Насьогодні для впровадження комунікативної діяльності у сфері охорони здоров'я все більше медичних установ, пацієнтів та медичних працівників використовують інтернет-технології. До ключових переваг слід віднести зручність та швидкість комунікативної діяльності з використанням «E-Health», оскільки фахівці з управління охороною здоров'я можуть отримати неупереджені та точні клінічні й статистичні дані, які впливають на результативність публічного управління сферою охорони здоров'я, яка залежить від використання сучасних форм комунікацій для населення, пацієнтів, лікарів та суб'єктів публічного управління та адміністрування.

Слід зазначити, що впровадження «E-Health» визначило низку ризиків. Так, на перших етапах запровадження не було надійних інструментів для електронних комунікацій та забезпечення доступу і відкритості до інформації; не вистачало досвіду персоналу щодо роботи з інструментами «E-Health»; не була сформована загальна інформаційна стратегія, щоб враховувати інтереси цільових груп, регіональних представництв, недержавних організацій та департаменту охорони здоров'я.

Таким чином, для подальшого розвитку електронних послуг у сфері охорони здоров'я потрібно посилювати рівень комунікації влади з громадянами, щоб визначити їх потреби та підвищити обізнаність громадян щодо запровадження електронних медичних послуг; активніше залучати громадян; посилити захист персональних даних у сфері електронної медицини, використовуючи метод анонімізації даних тощо.

Отже, результати дослідження «E-Health», яка включає набір комунікативних інструментів показали, що в публічному управлінні сферою охорони здоров'я ризики охоплюють питання деперсоналізації та захищеності інформації, навчання персоналу та уніфікації медичних форм. Від цієї системи

залежить великий діапазон комунікацій з пацієнтами, населенням, бізнесом, дослідниками, політиками, а також впровадження адміністративних та фінансових моделей у сфері охорони здоров'я. Тому впровадження «E-Health» є перспективним напрямом для закладів сфери охорони здоров'я, яке дозволить фахівцям швидко отримувати наявну статистичну та клінічну інформацію, доступ до медичних даних хворих, пацієнтам – якісні та зручні медичні послуги, керівникам – максимальну аналітичну інформацію для прийняття управлінських рішень.

Висновки до розділу 3

Стратегія формування публічної політики з підготовки керівних кадрів медичної галузі повинна базуватися на фактичних потребах та прогнозі на перспективу. Враховуючи українські реалії та міжнародний досвід системи охорони здоров'я, для удосконалення системи підготовки керівних кадрів потрібно використовувати такі види навчання: додаткова управлінська освіта; безперервний професійний розвиток, підвищення кваліфікації. Саме додаткова професійна управлінська освіта дасть можливість підвищити якість підготовки керівних кадрів сфери охорони здоров'я.

З'ясовано, що для сучасного розвитку сфери охорони здоров'я України потрібно у повному обсязі використовувати потенціал державно-приватних партнерств, який дасть змогу удосконалити систему сфери охорони здоров'я за допомогою залучення додаткових ресурсів, інвестицій, оптимізує видатки місцевого та державного бюджетів, а також створить справедливі конкурентні умови в цій сфері, що дозволить підвищити якість медичних послуг та доступність медичного обслуговування.

Доведено, що впровадження «E-Health» є перспективним напрямом для закладів сфери охорони здоров'я, яке дозволить фахівцям швидко отримувати наявну статистичну та клінічну інформацію, доступ до медичних даних хворих,

пацієнтам – якісні та зручні медичні послуги, керівникам – максимальну аналітичну інформацію для прийняття управлінських рішень.

ВИСНОВКИ

Отримані у процесі написання кваліфікаційної роботи результати дають можливість дійти наступних висновків:

1. Публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається політикою держави, яка орієнтується на забезпечення населення доступним медичним обслуговуванням. Дослідження змісту публічного управління в сфері охорони здоров'я в умовах сьогодення є перспективним напрямом, оскільки даною проблематикою займаються представники різних наук (публічного та державного управління, соціологами, політологами, юристами тощо).

2. Реалізація Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 рр. призвела до позитивних змін у механізмі фінансування медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу. Створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка є єдиним національним замовником медичних послуг. За 2019 р. уклали договір з НСЗУ 1466 закладів охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги, з них 248 – індивідуальної практики (сімейних лікарів) та 168 приватних. Підписали декларації з лікарем первинної медичної допомоги більше 30 млн. 610 тис. населення.

Спостерігається зростання видатків державного бюджету на первинну медичну допомогу за 2017-2019 рр. з 10,6 % до 14,6 % від витрат на охорону здоров'я. Планується збільшення асигнувань на Національну службу здоров'я України до 15,8 млрд грн (0,4 % ВВП) та в статтю видатків 64,7 млрд грн у вигляді нового Фонду боротьби з COVID-19 (1,6 % ВВП).

3. Аналіз розвитку системи публічного управління на регіональному рівні є обов'язковою складовою дослідження в сфері публічного управління, яка зможе виявити проблеми розвитку та визначити пріоритетні напрями запровадження процесу трансформації системи охорони здоров'я на прикладі окремого.

Проведений аналіз механізму публічного управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні показав, що економічні чинники механізму

публічного управління здійснюються в скрутному фінансовому становищі країни, тому для їх ефективної реалізації необхідні розвиток процесів децентралізації та трансформація системи охорони здоров'я, які дозволять акумулювати кошти на рівні регіону. Мотиваційні чинники реалізуються як на традиційних підходах, так і на сучасних ринкових відносинах в середині системи охорони здоров'я, на нових методах стимулювання медичного персоналу. Організаційні – базуються на вдосконаленні менеджменту управлінської діяльності органів управління регіону.

4. Досліджено, що зростання конкуренції в сфері охорони здоров'я впливає на якість медичних послуг, як результат, установи розпочнуть орієнтуватися на потреби пацієнта. На даний час, лише на рівні первинної ланки виникає конкуренція за пацієнта. Заклади приватного сектору є більш розвиненими у медичних спеціалізаціях, у яких державна медицина має найслабші позиції, наприклад, діагностичні послуги, лабораторні та інструментальні дослідження, репродуктивна медицина тощо. Тому платоспроможне населення обирає приватну медицину, оскільки витрати на більш якісні медичні послуги, в кінцевому результаті, будуть більш економічними через меншу захворюваність.

5. Нестача керівних кадрів у сфері охорони здоров'я, які можуть приймати відповідальні, самостійні й ефективні рішення стратегічного характеру, обумовила формування ефективної системи підготовки управлінців для сфери охорони здоров'я, яка залежить від органів публічного управління, оскільки органи державної влади виконують функцію реалізації та формування публічної політики з підготовки керівних кадрів.

Стратегія формування публічної політики з підготовки керівних кадрів медичної галузі повинна базуватися на фактичних потребах та прогнозі на перспективу. Враховуючи українські реалії та міжнародний досвід системи охорони здоров'я, для удосконалення системи підготовки керівних кадрів потрібно використовувати такі види навчання: додаткова управлінська освіта; безперервний професійний розвиток, підвищення кваліфікації. Саме додаткова

професійна управлінська освіта дасть можливість підвищити якість підготовки керівних кадрів сфери охорони здоров'я.

Враховуючи зарубіжний досвід та сучасний стан розвитку публічної політики з професійної підготовки керівників медичної галузі, перспективним напрямом може стати створення спеціального Центру формування та оцінки рівня управлінської компетентності керівників даної сфери, який розробив би єдиний стандарт професійних компетенцій для управлінських кадрів медицини, провів би статистичний аналіз управлінців задля володіння органами публічного управління повної медичної кадрової статистики професійної управлінської компетенції керівників.

6. З'ясовано, що для сучасного розвитку сфери охорони здоров'я України потрібно у повному обсязі використовувати потенціал державно-приватних партнерств, який дасть змогу удосконалити систему сфери охорони здоров'я за допомогою залучення додаткових ресурсів, інвестицій, оптимізує видатки місцевого та державного бюджетів, а також створить справедливі конкурентні умови в цій сфері, що дозволить підвищити якість медичних послуг та доступність медичного обслуговування.

7. Доведено, що впровадження e-Health є перспективним напрямом для закладів сфери охорони здоров'я, яке дозволить фахівцям швидко отримувати наявну статистичну та клінічну інформацію, доступ до медичних даних хворих, пацієнтам – якісні та зручні медичні послуги, керівникам – максимальну аналітичну інформацію для прийняття управлінських рішень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т. П. Державна політика щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні. *Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я*: матеріали наук.-практ. конф., 22 квіт. 2015 р. Київ: ТОВ «ДКС-Центр», 2015. С. 3–6.
2. Авраменко Т. П., Дмитрук І. В. Державна політика щодо підвищення якості професійної підготовки медичних працівників. *Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні*: матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю, 23 берез. 2016 р. Київ: ТОВ «ДКС-Центр», 2016. С. 11–14.
3. EZdorovua. Адміністратор Центральної бази даних eHealth України. URL: <https://ehealth.gov.ua/>
4. Васюк Н. О. Механізми державного управління підготовкою керівних кадрів для системи охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2013. 230 с.
5. Галузевий бриф. Охорона здоров'я. Ukraine Reform Conference / Vilnius, 2020. URL: <https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2020/02/Healthcare-reform.pdf>.
6. Гладун З. С. Концептуальні засади державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку*: матеріали I всеукр. наук.-практ. конф. 19–20 квітня 2007 р. Львів. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_073_11.pdf.
7. Гомон Д. О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: спец. 12.00.07. Одеса, 2018. 215 с.

8. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер. Юридичні науки*. 2016. № 4. С. 120–131.

9. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

10. Державна служба статистики України: веб-сайт. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

11. Державне управління охорони здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: монографія / упоряд. проф. Я. Ф. Радиш. Київ: НАДУ, 2013. 310 с.

12. Дмитрук О. В., Круковська І. М., Свінцицька О. М. Маркетинговий менеджмент як дієвий інструмент формування та реалізації кадрової політики медичних організацій. *Економіка та управління підприємствами*. 2018. № 15. С. 290–295.

13. Князевич В. М., Васюк Н. О., Савіна Т. В. Публічна служба у сфері охорони здоров'я в Україні та світі: нормативно-правовий аспект. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 14. С. 74–78.

14. Корнійчук О. П. Нова система охорони здоров'я України та перспективи кадрової політики. *Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України: матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю, 23 березня 2017 р. Київ : ТОВ «ДСК-Центр», 2017. С. 67–70.*

15. Костенко Н. І., Марцінковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Подільський науковий вісник. Сер. Економіка, педагогіка*. 2018. № 3. С. 170.

16. Котляревський Ю. О. Організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичних послуг в Україні: автореф. дис. ... к.держ.упр.: спец. 25.00.02. Харків, 2009. 18 с.

17. Левківський С. О. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні. *Механізми управління розвитком територій*: зб. наукових праць. Житомир: Поліський нац. ун-т, 2020. С. 354–358.
18. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії. *Медицина світу*. 2013. № 11. URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php>.
19. Медяник Г. Є. Формування механізмів державного регулювання в системі фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності: автореф. дис. ... д. держ. упр.: спец. 25.00.02. Запоріжжя, 2010. 23 с.
20. Мельник В. М., Левківський С. О. Електронна система охорони здоров'я як складова публічного управління сфери охорони здоров'я *Наукові читання – 2020*: матеріали наук.-практ. конф. науково-педагогічних працівників, докторантів, аспірантів та молодих вчених ННІ економіки та агробізнесу Поліського національного університету. Житомир: Поліський нац. ун-т, 2020. С. 236–239.
21. Мельник В. М., Левківський С. О. Особливості механізму публічного управління розвитком ринку стоматологічних послуг. *Інструменти і практики публічного управління в контексті децентралізації*: матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю, 23 червня 2020 р. Житомир: Поліський нац. ун-т, 2020. С. 439–442.
22. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток: електронне наукове фахове видання*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1336>.
23. Мельниченко О. А. Якість публічного управління як запорука добробуту населення країни. *Актуальні проблеми державного управління*: зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. Харків: ХарPI НАДУ «Магістр», 2017. № 1. С. 8–14.
24. Миколенко О. М. Ефективність публічного управління в сфері охорони здоров'я. *Правова держава*. 2019. №. 35. С. 44-53.

25. Огнєв В. А., Чухно І. А. До питання професійної кваліфікації керівних кадрів закладів охорони здоров'я в сучасних умовах. *Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України*: матеріали Всеук. наук.-практ. конф. за міжнар. участю, 23 березня 2017 р. Київ: ТОВ ДКС-Центр, 2017. С. 120.

26. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

27. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7.

28. Погоріляк Р. Ю., Гульчій О. П. Вивчення проблеми підготовки сучасних керівних кадрів охорони здоров'я в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 4 (36). С. 76–80.

29. Положення про Міністерство охорони здоров'я України від 25 березня 2015 р. № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF?find=1&text=%F4%F3%ED%EA%F6#w11>.

30. Попченко Т. П. Державна політика щодо реформування системи охорони здоров'я як шлях до збереження та зміцнення здоров'я населення. *Держава та регіони. Сер. Державне управління*. 2011. № 1. С. 252–255.

31. Портал Дія. Про портал. URL: <https://plan2.diiia.gov.ua/>

32. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Вип. 78 «Охорона здоров'я» : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 р. № 1977. URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977pro-vnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikivvipusk-78-ohorona-zdorovja>.

33. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000?find=1&am p;text=%E4%E5%EC%EE%E3%F0%E0%F4#w11>.

34. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади: Постанова Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 442. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/442-2014-%D0%BF?find=1&text=%E5%EF%B3%E4%E5%EC#w11>.

35. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»: розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787>.

36. Савіна Т. В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 15. С. 94–98.

37. Савіна Т. В. Керівні кадри системи охорони здоров'я: нормативноправовий аспект. *Взаємозв'язок політики і управління: теоретичний і прикладний аспект*: матеріали кругл. столу, 2 черв. 2017 р. Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2017. С. 149–151.

38. Савіна Т. В. Формування публічної політики з підготовки керівних кадрів для системи охорони здоров'я України: дис. ... доктора філософії за спеціальністю 281 – публічне управління та адміністрування. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2020. 272 с.

39. Савчук О. В. Комплексне медико-соціальне обґрунтування реструктуризації муніципальної системи стоматологічної допомоги із залученням сучасних клінічних інноваційних технологій та менеджменту: автореф. дис. ... докт. медичних наук; спеціальність 14.01.22; 14.02.03. Ужгород, 2019. 46 с.

40. Телешун С. О., Ситник С. В., Рейтерович І. В. Сутність публічної політики: контекст політики та публічного управління. *Відкриті очі*. 2016. URL: http://www.vidkryti-ochi.org.ua/2016/05/blog-post_30.html.

41. Трансформація. Як працює система охорони здоров'я в США. Блог Уляни Супрун. URL: <https://suprun.doctor/transformacziya/yak-praczuyesistema-oxoroni-zdorovu-a-v-ssha.html?=&page408> (дата звернення: 28.01.19).

42. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019: Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf?ua=1&fbclid=IwAR0eDvwjxXIbgAXft2Feoudw1oNTaidzV6vRXn4y-X9AAUrjhOpYBtX1nUs.

43. Як працює система охорони здоров'я Канади. Український медичний портал. URL: <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-praczuue-sistemaohoroni-zdorov-ya-kanadi-535> (дата звернення: 28.05.19).

44. Budaeus D. Public Private Partnerships: Innovative Organisations Form. Neue Märkte, neue Medien, neue Methoden: Roadmap zur agilen Organisation. Heidelberg: Physica-Verlag, 1998.

45. Iakovidis, I., Wilson, P., & Healy, J. C. (Eds.). E-health: current situation and examples of Implemented and Beneficial E-Health Applications. IOSPress Amsterdam. Retrieved. 2004. URL: <https://www.iospress.nl/book/e-health>.