

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

**РУДНІЦЬКИЙ ЯРОСЛАВ ЛЕОНІДОВИЧ**  
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 351.82  
(індекс)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**МУНІЦИПАЛЬНЕ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я**  
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»  
(шифр і назва спеціальності)

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

Я. Л. РУДНІЦЬКИЙ  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи  
**ЗОЛОТНИЦЬКА Юлія Вікторівна**  
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук  
(науковий ступінь, вчене звання)

**Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління**

за результатами попереднього захисту: **РУДНІЦЬКИЙ Ярослав Леонідович**  
допущений до захисту

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № \_\_\_\_ від « \_\_\_\_ » грудня 2022 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор  
(науковий ступінь, вчене звання) \_\_\_\_\_ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК  
(власне ім'я та прізвище)

« \_\_\_\_ » грудня 2022 р.

### **Результати захисту кваліфікаційної роботи**

Здобувач вищої освіти **РУДНІЦЬКИЙ Ярослав Леонідович** захистив  
(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)

Настасія ПУГАЧОВА  
(власне ім'я та прізвище)

## АНОТАЦІЯ

РУДНІЦЬКИЙ Я. Л.. Муніципальне управління системою 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, 2022.

Всесвітня організація охорони здоров'я вважає, що здоров'я людини на 75% визначається способом життя та системою харчування, на 10% – спадковістю, на 10% – умовами навколишнього середовища, на 5% діяльністю служби охорони здоров'я. Здоров'я людини найбільше залежить від способу життя. Природні та духовні процеси та здоровий спосіб життя допомагають людині і суспільству бути здоровими. Громадська культура здорового способу життя та соціальна інфраструктура є основою охорони здоров'я. Соціальна інфраструктура переходу населення до здорового способу життя має значення для формування здорових людських ресурсів різного віку і всіх верств населення. Якщо сімейна та громадська культура здорового способу життя буде передаватися з покоління в покоління, то буде створено громадську систему охорону здоров'я.

*Ключові слова: державне регулювання, природні та духовні аспекти здоров'я, сімейна культура здорового способу життя, інфраструктура громадського здоров'я, духовні процеси суспільства, глобальне здоров'я та добробут, національна політика, публічне управління.*

## SUMMARY

RUDNITSKYI Ya. Municipal Management Of The Healthcare System. – Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 – Public administration and administration. – Polissia national university, 2022.

The World Health Organization believes that human health is 75% determined by lifestyle and Nutrition System, 10% by heredity, 10% by environmental conditions, and 5% by the health service's breathing rate. Natural and spiritual processes and a healthy lifestyle help people and society to be healthy. A public culture of healthy lifestyles and social infrastructure are the foundation of healthcare. The social infrastructure of the population's transition to a healthy lifestyle is important for the formation of healthy human resources of all ages and all segments of the population. If the family and social culture of a healthy lifestyle is passed down from generation to generation, then a public health system will be created.

*Keywords: state regulation, natural and spiritual aspects of Health, Family culture of healthy lifestyle, public health infrastructure, spiritual processes of society, Global Health and well-being, National Policy, Public Administration.*

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ МУНІЦИПАЛЬНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я.....	7
Висновки до розділу 1 .....	15
РОЗДІЛ 2. ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	17
Висновки до розділу 2 .....	23
РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАННЯ ГРОМАДСЬКОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ .....	24
Висновки до розділу 3 .....	34
ВИСНОВКИ.....	36
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	39
ДОДАТКИ.....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми.** В медичному співтоваристві сформувалися різні підходи до поняття здоров'я: гігієнічний, адаптивний, генетичний, донозологічний, безпечний, рівноважний, фізіологічний, психологічний, відповідає здоров'ю, життєздатний, саморегулюючий, ендоекологічний, резонансний, духовний, натуралістичний і комбіновані підходи. Ми розглянемо духовно-натуралістичний підхід до поняття здоров'я. Підхід заснований на процесах природи і духовної сутності людини. У зв'язку з цим інтерес до питання муніципального управління системою охорони здоров'я є вкрай актуальною та знаходиться у сфері інтересів як державних органів влади, міжнародних організацій та науковців. Серед дослідників у цій сфері варто відмітити доробок Р. Левчук, Т. Пискливець, Г. Сатурської, А. Шульгай та ін.

Процеси децентралізації, запущені в Україні 2015 р., відкрили нову сторінку вітчизняного досвіду по цій темі, що потребує додаткового розгляду, зокрема таким є досвід формування системи охорони здоров'я на рівні громад. Процеси децентралізації визначили якісно новий підхід до управління системою охорони здоров'я з боку місцевої влади (на неї покладено завдання – створення можливостей надання доступних та якісних послуги на місцях без додаткового збільшення навантаження на людей, у тому числі податкового. В якості основного регулятора регуляторів економічних процесів на місцевому рівні обрано систему муніципального замовлення. Вона передбачає застосування Тому актуальним є питання розробки, обґрунтування та впровадження ефективного розподілу ресурсів, у тому числі фінансових у системі охорони здоров'я, що, в свою чергу дозволить максимізувати делеговані закладам охорони здоров'я повноваження щодо доступної медичної допомоги населенню.

**Мета і завдання дослідження.** Метою дослідження є розгляд практики організації ефективної системи муніципальної охорони здоров'я та виявлення дієвих механізмів управління нею, у тому числі шляхом запровадження муніципального замовлення, інформаційно-роз'яснювальної роботи та формування

стійких спроможних спільнот. Досягнення вказаних цілей передбачило постановку завдань: 1) узагальнення сутності муніципальної системи управління охороною здоров'я; 2) вивчення вітчизняної практики та зарубіжного досвіду управління закладами охорони здоров'я на місцевому рівні; 3) запропонувати механізми удосконалення управління системи охорони здоров'я в умовах сучасних викликів. *Об'єктом дослідження* є процеси публічного регулювання системою охорони здоров'я на рівні муніципалітетів. *Предметом дослідження* є *теоретико-методичні*, організаційно-правові та практичні засади управління системою охорони здоров'я.

**Метою дослідження** є узагальнення набутих знань на основі вивчення методичних та теоретичних положень щодо розвитку підприємств аграрної сфери. Матеріалами дослідження сформовані на основі принципів управління та фінансування системи охорони здоров'я України, роботі місцевих медичних закладів, а методами стали – опис, аналіз, синтез, узагальнення, графічний дизайн. *Джерелами інформації* були наступні: закони України, постанови Верховної Ради України, Президента України, Кабінету Міністрів України, дані статистичної звітності, монографії вітчизняних та зарубіжних вчених, первинна та зведена бухгалтерська звітність.

**Апробація результатів дослідження.** Дослідження представлені на Міжнародній науково-практичній конференції «Механізми управління розвитком територій» (м. Житомир, 26–28.10.2022 р.); Науково-практичних конференцій «Студентські наукові читання – 2022» (м. Житомир, 15.12.2022 р.); «Без коріння саду не цвісти» (Житомир, 14.10.2022 року).

**Обсяг і структура кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційна магістерська робота здобувача освітнього ступеня магістр спеціальності «Публічне управління та адміністрування» містить у собі відомості такого характеру: анотація українською та англійською, висновки, вступ, розділи (теоретичний, аналітичний, пропозиції та удосконалення), список використаних джерел (42 найменування), додатки (1 додаток). Обсяг кваліфікаційної роботи – 36 сторінок. Кваліфікаційна праця містить 1 рисунок та 3 таблиці.

## РОЗДІЛ 1.

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ МУНІЦИПАЛЬНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

Процеси децентралізації визначили якісно новий підхід до управління системою охорони здоров'я з боку місцевої влади (на неї покладено завдання – створення можливостей надання доступних та якісних послуги на місцях без додаткового збільшення навантаження на людей, у тому числі податкового. В якості основного регулятора регуляторів економічних процесів на місцевому рівні обрано систему муніципального замовлення. Вона передбачає застосування розподілу фінансових ресурсів за адміністративно-територіальні ланки [10].

До муніципальної системи охорони здоров'я відносяться муніципальні органи управління охороною здоров'я і знаходяться в муніципальній власності лікувально-профілактичні та науково-дослідні установи, фармацевтичні підприємства та організації, аптечні установи, установи судово-медичної експертизи, освітні установи, які є юридичними особами і здійснюють свою діяльність відповідно до законодавства, нормативними актами Міністерства охорони мздоров'я та органів місцевого самоврядування.

Муніципальні органи управління охороною здоров'я несуть відповідальність за санітарно-гігієнічне освіта населення, забезпечення доступності населенню гарантованого обсягу медико-соціальної допомоги, розвиток муніципальної системи охорони здоров'я на підвідомчій території, здійснюють контроль за якістю надання медико-соціальної та лікарської допомоги підприємствами, установами та організаціями державної, муніципальної, приватної систем охорони здоров'я, а також особами, які займаються приватною медичною практикою [12]. Фінансування діяльності підприємств, установ і організацій муніципальної системи охорони здоров'я здійснюється за рахунок коштів бюджетів усіх рівнів, цільових фондів, призначених для охорони здоров'я громадян, та інших джерел, не заборонених законодавством [24].

На муніципальному рівні управління забезпечує основний обсяг масових видів медичної допомоги населенню. Правовою основою діяльності органів міського та місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення є Конституція, Закони України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», «Про лікарські засоби», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» тощо [1–12]. Муніципальна система охорони здоров'я на рівні міста включає в себе муніципальні лікувально-профілактичні та інші установи системи охорони здоров'я, відомчі установи (як передані, так і не передані у муніципальну власність), фармацевтичні установи, розміщені на території міста, а також органи міського та муніципального управління охороною здоров'я населення. У невеликих містах і муніципалітетах може виділятися ставка фахівця з питань охорони здоров'я в комплексному відділі соціальної політики, або повноваження з управління охороною здоров'я покладаються на головного лікаря територіального медичного об'єднання (ТМО), [28].

Суб'єктами охорони здоров'я на муніципальному рівні управління в основному є муніципальні установи, номенклатура яких затверджується органом виконавчої влади в сфері охорони здоров'я. Джерела фінансування муніципальної охорони здоров'я: бюджетні кошти; фонд обов'язкового медичного страхування; добровільне медичне страхування; платні медичні послуги. Для здійснення власної та переданої компетенції в сфері охорони здоров'я населення органи місцевого самоврядування створюють управлінські структури у формі відділів (комітетів, управлінь) охорони здоров'я [17].

Основами національного законодавства «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначені державні повноваження в сфері охорони здоров'я, які можуть передаватися органам місцевого самоврядування з відповідним фінансуванням: 1) контроль за дотриманням законодавства в сфері охорони здоров'я громадян; 2) захист прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я; 3) формування органів управління муніципальною системою охорони здоров'я; 4) координація і контроль за діяльністю підприємств, установ і організацій державної і муніципальної



системи охорони здоров'я в межах своїх повноважень, контроль за якістю наданої медико-соціальної допомоги в приватній системі охорони здоров'я; 5) здійснення заходів з обов'язкового медичного страхування громадян; 6) ліцензування медичної та фармацевтичної діяльності на підвідомчій території за дорученням органу державного управління охороною здоров'я; 7) регулярне інформування населення про поширеність соціально-значущих захворювань; 8) створення та забезпечення діяльності установ для проведення реабілітації інвалідів та осіб, які страждають психічними розладами; 9) санітарно-гігієнічна освіта населення тощо [25].

Динаміка показників захворюваності, смертності, середньої тривалості життя за останнє десятиліття свідчить про погіршення стану здоров'я населення [21]. Факторами зростання потреби в медичній допомозі на найближчу перспективу стануть збільшення частки осіб похилого віку з більш високими потребами у лікуванні, ускладнення перебігу традиційних захворювань (ГРЗ, пневмонія тощо), викликане вірусними мутаціями, зростання інформованості населення про нові ефективні лікувально-діагностичні технології та лікарські засоби [27]. Разом з тим скорочення фінансування охорони здоров'я приблизно на третину порівняно з рівнем 2015 р. призвело до зменшення масштабів профілактики захворювань та зростання платності медичного обслуговування, що істотно знижує доступність медичної допомоги. Незбалансованість державних гарантій у сфері охорони здоров'я та їх фінансування становить 40–50%, що обумовлює зростання кількості наданих платних послуг та породжує приховану комерціалізацію державних і муніципальних лікувально-профілактичних закладів [14].

Наявні ресурси системи охорони здоров'я витрачаються з низькою ефективністю. Це пояснюється невпорядкованістю багатоканальної системи державного фінансування охорони здоров'я за рахунок коштів фонду обов'язкового медичного страхування (ОМС) і бюджетів усіх рівнів; незадовільною координацією дій органів управління охороною здоров'я всіх суб'єктів ОМС, ослабленням функцій стратегічного і поточного планування їх діяльності; збереженням принципу фінансування лікувально-профілактичних

установ з бюджету за ресурсними показниками (ліжковий фонд, штат тощо) з неповною мірою пов'язано з реальною роботою медичних організацій, внаслідок чого консервуються їх зайві потужності; відсутні стимули (включаючи страхові) до проведення реструктуризації охорони здоров'я і більш раціонального використання наявних ресурсів [23].

Водночас стратегічна мета державної політики у сфері охорони здоров'я – поліпшення стану здоров'я населення – покликана забезпечити підвищення доступності медичної допомоги для широких верств населення за рахунок: 1) забезпечення збалансованості обсягів державних гарантій надання населенню безкоштовної медичної допомоги з фінансовими можливостями держави; 2) забезпечення стійкості та прозорості багатоканальної системи фінансування сфери охорони здоров'я, створення єдиної системи медико-соціального страхування та узгодженої політики органів управління охороною здоров'я; 3) впровадження механізмів фінансового планування та механізмів оплати медичної допомоги, які стимулюють зростання ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я за рахунок переходу на поособовий принцип фінансування охорони здоров'я; 4) посилення державного регулювання платної медичної допомоги, яка надається в державних і муніципальних медичних установах і поступової легалізації співучасті населення в оплаті медичної допомоги; 5) розвитку наукових досліджень і технологічних розробок для поліпшення якості наданих медичних послуг і лікарських засобів; 6) зміцнення інститутів захисту прав пацієнтів і медичних працівників; 7) створення умов і стимулів для максимально можливого запобігання захворювань і травматизму населення тощо [31]. Наразі потреба в об'єктах охорони здоров'я визначається відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я та медичної науки, програмою державних гарантій забезпечення громадян безкоштовною медичною допомогою.

Для планування мережі лікарень за програмою державних гарантій встановлено розрахункові нормативи ліжок на 1000 мешканців, диференційовані за профілем (наприклад, терапевтичні – 2,55, хірургічні – 1,93), [12]. Для планування мережі амбулаторно-поліклінічних установ нормативна кількість

відвідувань на 1000 осіб множитья на чисельність населення. Стан і ефективність охорони здоров'я визначаються комплексом як проміжних, так і результативних показників, які характеризують забезпеченість населення медичними установами і персоналом, спеціалізованою медичною допомогою; діяльність поліклінік і стаціонарів; динаміку захворюваності, народжуваності, смертності тощо. Забезпеченість населення медичними установами і персоналом розраховується, як правило, на 10 000, а захворюваність – на 100 000 осіб населення (Додаток А). Забезпеченість спеціалізованою медичною допомогою можна розраховувати за гендерними та віковими категоріями [33]. Важливим, але досить складним завданням удосконалення сфери охорони здоров'я є зміна пріоритетів в оцінці стану галузі, яка охоплює показники, що характеризують кількість ліжко-місць, обсяг витрат на придбання лікарських засобів, товарів медичного призначення, ремонт діючих і будівництво нових медичних установ, до цільових (кінцевих) показників, які характеризують динаміку рівня здоров'я населення.

Під час розробки індикативних показників для оцінки стану і динаміки розвитку системи охорони здоров'я на регіональному і місцевому рівнях доцільно враховувати не лише показники, які характеризують сучасний рівень (якість) життя населення, а й показники, що відображають тенденції подолання кризової ситуації в охороні здоров'я [33]. Так, до індикативних показників, які характеризують подолання кризових явищ в системі охорони здоров'я, відносяться максимальне охоплення населення профілактичними оглядами (перш за все в системі освіти, в установах і на підприємствах); дотримання гарантій надання безкоштовної медичної допомоги всім категоріям населення, які цього потребують; зростання добробуту медперсоналу медичних установ (перш за все в бюджетній сфері) тощо.

До цільових показників можна також віднести ті, які стосуються ефективності функціонування системи держзамовлення товарів і послуг медичного призначення: 1) точність виконання встановлених нормативів і планів замовлення по необхідних обсягах, асортименту, оптимальному співвідношенню «витрати – результат», дотримання періодичності поставок (з усуненням «мерт-

вих зон», нерідко виникають на початку бюджетного року); 2) мінімізація витрат фінансових коштів (витрати на оплату послуг посередницьких структур, нецільові витрати, придбання товарів і послуг за більш дорогою ціною, порівняно з наявними аналогами, придбання фальсифікованих лікарських засобів тощо). Приклад структури фінансування системи муніципальної охорони здоров'я наведено на рис. 1.1 (загальний бюджет громади на сферу охорони здоров'я коливався в межах 300 млн грн).

Таблиця 1.1

### Структура фінансування галузі охорони здоров'я м. Тернопіль, %

Найменування видатків	Структура фінансування, %				Темпи зростання фінансування, %		
	2019 р.	2020 р.	2021 р.		2019 р.	2020 р.	2021 р.
			разом	місто*			
Виплата заробітної плати з нарахуваннями	74,87	81,89	75,91	51,33	131,14	154,45	107,84
Медикаменти	5,26	2,88	4,86	3,32	136,84	77,19	196,49
Продукти харчування	1,69	1,25	1,19		107,47	104,53	110,42
Пільгове зубопротезування пенсіонерів за віком та іншими пільговими категоріями	0,46	0,41	0,41		120,91	126,67	115,16
Пільгове зубопротезування для реабілітованих осіб	0,16	0,17	0,18	0,74	138,03	155,88	120,18
Пільгове зубопротезування для учасників АТО	0,35	0,36	0,35	1,43	128,88	144,39	113,38
Оплата за постачання енергоносіїв	9,28	7,52	7,60	31,30	115,97	114,48	117,46
Інші видатки	8,43	6,05	9,51	11,88	142,10	101,32	182,88
Всього	100,00	100,00	100,00	100,00	128,77	141,22	116,32

\* у тому числі з міського бюджету

Джерело: сформовано на основі [1–33].

Типово для всіх міст України автоматизовано проведено реорганізацію закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства з фінансуванням за змішаним принципом: державні субвенції, фінансування з місцевого бюджету, кошти Національної служби охорони здоров'я, внески фізичних та юридичних осіб. Проблема недофінансування з державного бюджету (щорічно компенсується коштами місцевого бюджету, зокрема за статтею оплата праці, надання медичної допомоги учасникам АТО, ЗСУ, купівлю медикаментів, проведення капітальних ремонтів та еркоменструкцій) пов'язана як з ситуацією

в країні та, відповідно, недонаповненістю державного бюджету, так і методичним підходом до визначення розміру фінансування. Мова йде також про соціально значимі напрями, зокрема такі як орфанні захворювання, забезпечення пацієнтів із цукровим діабетом інсуліном, матеріали для догляду за людьми з додатковими потребами тощо [12–23]. Враховуючи, що бюджет муніципальних закладів охорони здоров'я є соціально спрямованим (зокрема безкоштовні рецепти та зубопротезування для пільгових категорій громадян, медична допомога учасникам АТО, ЗСУ, чорнобильцям тощо – табл. 1.1–1.2), то великою є роль муніципального замовлення.

Таблиця 1.1

### Соціальна складова фінансування галузі охорони здоров'я м. Тернопіль

Найменування видатків	Структура розподілу коштів, %				Темпи зростання, %		
	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2001 р. до 2019 р. (+/-)	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Безкоштовні рецепти для пільгових категорій громадян	0,00	68,58	79,31	79,31			2,02
Безкоштовне протезування для пільгових категорій громадян	47,17	14,56	9,61	-37,56	1,21	1,27	1,15
Надання медичної допомоги учасникам АТО, ЗСУ тощо	52,83	16,86	11,08	-41,75	1,23	1,31	1,15

Джерело: сформовано на основі [1–33].

Таблиця 1.2

### Капітальних видатків на матеріально-технічну базу м. Тернопіль

Найменування видатків	Структура розподілу коштів, %				Темпи зростання, %		
	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2001 р. до 2019 р. (+/-)	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Придбання обладнання	34,37	66,03	59,48	25,11	2,38	3,99	0,76
Капітальний ремонт	43,30	14,89	15,49	-27,81	0,80	0,71	0,88
реконструкція	22,33	19,07	25,03	2,70	1,44	1,77	1,11

Джерело: сформовано на основі [1–33].

Запровадження рейтингової системи оцінювання якості та доступності наданих послуг демонструє загальну стабільність ситуації за одночасного збільшення кількості населення внаслідок військових дій (ВПО та природного приросту – 5,1% [18–21]). Позитивним наслідком реформування системи муніципального охорони здоров'я (реалізація регіональної Програми «Здоров'я

громади на 2019–2021 роки») став ріст інтегрального показника «очікувана тривалість життя» та підвищення рівня комфорту у лікарнях (оновлено меблі, туалети, придбано м'який інвентар, виконано планові ремонти, здійснюється закупівля високотехнологічного обладнання – оновлено парк рентген—апаратури лікувальної та діагностичної). Хронічне недофінансування, дисбаланс надходжень та потреб, а також інші чинники вимагають пошуку оптимальної моделі функціонування та фінансування сфери охорони громадського здоров'я, зокрема за рахунок спеціалізації закладів, ліквідації дублювання функцій муніципального управління, уникнення неефективного використання ресурсів, усунення дерегуляції діяльності комунальних підприємств охорони здоров'я, забезпечення їх фінансової та господарської незалежності.

Слід зазначити, що цільові показники 1-ї групи мають певною мірою універсальний характер і вимагають лише своєчасного і точного збору та аналізу даних. Показники 2-ї групи характеризуються динамічністю, вони повинні постійно уточнюватися, застосовуватися з урахуванням особливостей розвитку ситуації в окремих регіонах [33]. На основі системи індикативних показників можна встановлювати конкретизовану відповідальність посадових осіб різного рангу як за кінцеві результати діяльності, так і за результати проведення реформи, виконання відповідних проектів, програм і планів.

Пріоритет повинен віддаватися реальним запитам ринку споживачів медичних препаратів і послуг безпосередньо і опосередковано – через потреби установ системи охорони здоров'я (в ліках, обладнанні, будівельних, ремонтних роботах тощо). Під час аналізу ринку слід виходити як з поточних потреб, так і з особливостей конкретного адміністративно-територіального утворення, а також специфічних умов життя.

Розглядаючи завдання підтримки вітчизняних підприємств як найважливішої ланки обігу послуг медичного призначення, доцільно диференціювати систему держзамовлення (на відміну від муніципального) на поточне (оперативне) замовлення, орієнтоване на покриття поточних потреб в ліках, послугах і товарах медичного профілю, і на перспективне замовлення,

яке дозволяє стимулювати розвиток вітчизняної промисловості і НДДКР. Інакше кажучи, має сенс об'єднати в межах стратегічного партнерства систему державних і муніципальних замовлень з системою інвестиційної підтримки. В межах такої системи, заснованої на конкурсних процедурах можна забезпечити зростання інвестиційної привабливості вітчизняних територіально-галузевих комплексів, що забезпечить прийнятну вартість поставок ліків і виробів медичного призначення.

## **Висновки до розділу 1**

1. Першооснову муніципального управління сферою охорони здоров'я складають нормативні документи (Конституція, Закони України, підзаконні нормативні акти), які визначають сутність, умови, підпорядкованість та порядок функціонування закладів. Наявність об'єктів спільного відання (національних та регіональних) дозволяє назвати вітчизняну систему охорони здоров'я ієрархічною. Населення, головним чином, отримує медичну допомогу на муніципальному рівні. До сфери муніципального охорони здоров'я відносять муніципальні лікувально-профілактичні та інші медичні заклади, заклади відомчого характеру як у муніципальній, так і не у муніципальній власності, заклади фармації на території, органи управління охороною здоров'я.

2. Головною метою муніципального управління сферою охорони здоров'я є забезпечення умов для задоволення потреб мешканців муніципального утворення. Також можуть досягатися локальні цілі, наприклад, забезпечення загальної доступності медичних послуг, контроль їх якості тощо. До муніципального рівня медичного обслуговування віднесено організаційні аспекти: 1) невідкладної медичної допомоги, 2) первинної медико-санітарної допомоги, яка надається амбулаторно та лікувальними закладами, 3) медичної допомоги вагітним та породіллям, також у післяродовий період. Більш складні питання медичної допомоги віднесено на національний рівень, які надають повноваження муніципальним органам влади одночасно з фінансуванням.

3. До повноважень держави у сфері управління охороною здоров'я віднесено: 1) здійснення контролю за законодавством у сфері охорона здоров'я; 2) забезпечення захисту прав населення у сфері охорони здоров'я; 3) формування системи органів муніципального управління системою охорони здоров'я; 4) координаційна та контрольна діяльність муніципальних медичних закладів; 5) контроль якості наданих послуг; 6) організація обов'язкового медичного страхування; 7) організація ліцензування медичної та пов'язаною з нею діяльності; 8) організація інформування населення про соціально значущі захворювання та їх розповсюдження; 9) організація освіти населення у санітарно-гігієнічній сфері; 10) формування системи закладів для психічно хворих, інвалідів, невиліковних хворих.

4. До повноважень державного рівня у сфері охорони здоров'я, які передано на муніципальний рівень відносять оптову закупівлю лікувальних препаратів для медичних закладів, які діють на території муніципального утворення; організація муніципальних медичних закладів за номенклатурою, визначеною на державному рівні; часткове фінансування безкоштовно наданих соціально значущих ліків; формування муніципального замовлення на лікарське обслуговування населення; формування системи муніципальних пілг щодо надання лікувальних препаратів; забезпечення функціонування системи соціального добробуту населення муніципального рівня; здійснення інформаційного повідомлення населення про соціально значимі хвороби та їх розповсюдження. Муніципальне управління сферою охорони здоров'я здійснюється у відповідності до планів регіонального розвитку та ресурсів населення, які розміщені



## РОЗДІЛ 2.

### ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Багато жителів більшості країн світу не мають можливості користуватися сучасною кваліфікованою медичною допомогою. Уряди не спроможні надати безкоштовну медичну допомогу всім, а значна частина жителів не може купити медичні послуги через бідність [29]. У цих країнах поряд з державними секторами (установами) охорони здоров'я є приватні, позабюджетні медичні установи, якими користуються заможні громадяни.

У більшості економічно розвинених країн витрати на охорону здоров'я зростають швидше за інших і становлять 7–14% ВВП [15]. Часом таку ж частку складають витрати і в країнах, що розвиваються. В економічно менш розвинених країнах всі основні показники матеріально-технічної бази охорони здоров'я також в десятки разів менше, ніж в розвинених: в лікарнях 10–30 ліжок на 10000 населення проти 60–120 в економічно розвинених; на одного лікаря припадає 5000–50 000 населення проти 500–1500 в розвинених тощо.

*Державна служба охорони здоров'я зарубіжних країн. Німеччина.* Страхова медицина розвивається з 1883 р., з прийняття відповідних страхових законів («законів Бісмарка»). Медичне страхування є частиною загальнодержавної системи соціального страхування і забезпечує медичну допомогу при хвороби, догляду, профілактики, нещасний випадок, пологодопомозі, лікування у лікарів загальної практики, фахівців, в амбулаторіях, на дому, в стаціонарах, стоматологічну допомогу, забезпечення медикаментами тощо. На медичне страхування йде понад 8% валового продукту (з 13% усіх витрат на охорону здоров'я). Кошти на медичне страхування надходять з трьох джерел: 6,5% фонду оплати праці сплачують застраховані, стільки ж роботодавці, решту коштів дотує держава з бюджету. Фінансування охорони здоров'я, таким чином, забезпечується на 60% за

рахунок соціального страхування, на 10% – з коштів приватного (добровільного) страхування, на 15% – державними асигнуваннями, на 15% – особистими коштами громадян. Таким чином, на одну людину з усіх джерел на охорону здоров'я витрачається понад 2000 доларів на рік [18].

Всі операції зі страхування здоров'я здійснюють понад 1200 страхових (лікарняних, як їх називали)об'єднаних в асоціації, які контролюють діяльність як витрачання коштів лікарями. Традиційно зберігається кілька видів (форм): місцеві (переважно для непрацюючих, членів сімей застрахованих), розташовані за місцем проживання; виробничі (за місцем роботи); морські, гірницькі, сільськогосподарські, ерзац каси (головним чином для службовців). Таким чином, страхуванням охоплено понад 90% населення. Заможні громадяни зазвичай користуються добровільним страхуванням, хоча вони можуть бути застрахованими і системою соціального, державного страхування (таких приблизно 3%).

Структура управління охороною здоров'я та організації медичної допомоги в Німеччині характерна для економічно розвинених країн. Загальнонаціональний контроль здійснює Федеральне міністерство охорони здоров'я та соціальної допомоги. У регіонах («землях») є відповідні міністерства, їх органи та установи. Муніципальні установи підвідомчі місцевим органам влади, відповідним радам, комітетам тощо. Всі медичні установи працюють на національному, регіональному, місцевому адміністративних рівнях. Медична адміністрація не поширює свою юрисдикцію на страхові каси та їх асоціації, хоча працює в тісному контакті з ними. Більш того, крім профспілок, лікарських асоціацій, асоціацій страхових касового контроль , контроль над страховими\* організаціями здійснюють міністерства праці, науки, охорони здоров'я тощо.

**Чеська Республіка.** Основні особливості чеської охорони здоров'я такі: соціальне медичне страхування (охоплює все населення і фінансується з внесків громадян, роботодавців і держави); різноманіття форм обслуговування (амбулаторна допомога – в основному приватна, а лікарні Державні; в обох

випадках постачальники послуг укладають контракти зі страховим фондом); спільне обговорення фінансових питань основними зацікавленими сторонами. Уряд стежить за обговоренням і повинен схвалити кінцевий результат; якщо зацікавлені сторони неспроможні дійти згоди, він може сам прийняти рішення. Медична допомога в Чеській Республіці надається головним чином на основі державного медичного страхування. В країні існує дев'ять страхових фондів. Найбільший з них — ФВМС – має 77 філій. Право на медичне страхування мають всі, хто постійно проживає в Чеській Республіці, а також ті, хто не живе постійно, якщо їх роботодавець зареєстрував своє підприємство в Чехії. Кожен страховий фонд зобов'язаний приймати будь-якого клієнта, що задовольняє критеріям державного медичного страхування. Інші можуть укласти страховий контракт. Будь-який застрахований може раз на рік змінити страховий фонд. Ті, хто не має права на державне страхування, можуть оформити в ФВМС добровільну додаткову медичну страховку.

Процес переходу від фінансування за рахунок податків до системи медичного страхування прискорив тиск з боку працівників охорони здоров'я, які чекали, що за страхової системи будуть більше заробляти. Система обов'язкового медичного страхування введена 1 січня 1993 р. Наразі до неї входять дев'ять страхових фондів. Система заснована на принципах рівності і єдності суспільства. Вона фінансується страховими внесками фізичних осіб, роботодавців і держави (яка платить за безробітних, пенсіонерів, дітей та утриманців до 26 років, студентів, жінок у декретній відпустці, військовослужбовців, ув'язнених і тих, хто отримує соціальну допомогу – близько 56% населення). Держава є гарантом страхової системи.

Страхові внески стягуються як частка заробітку (до оподаткування): 4,5% платять працівники та 9% роботодавці (загалом 13,5%). Верхня межа внеску в шість разів перевищує рівень середнього заробітку в країні. Завдяки цьому система фінансування носить регресивний характер. Працюючі самостійно платять 13,5%, лише від 35% прибутку. Для них встановлено мінімальний внесок з урахуванням рівня інфляції. За непрацюючих Міністерство фінансів

відраховує щомісяця 13,5% від мінімального місячного заробітку, встановленого державою. Медична страховка повністю або частково покриває: профілактичні послуги (огляди, вакцинації згідно з календарем щеплень тощо); діагностичні процедури; амбулаторне та стаціонарне лікування, в тому числі реабілітація та догляд за хронічними хворими; забезпечення лікарськими засобами та медичними пристосуваннями; перевезення хворих; санаторно-курортне лікування за приписом лікаря; безрецептурні лікарські засоби (якщо їх прописав лікар), що не оплачується в багатьох інших країнах. З державної системи охорони здоров'я виключені косметична хірургія, якщо немає медичних показань, і деякі послуги за запитом клієнта (головним чином різні медичні огляди). Окремі послуги, включаючи деякі види стоматологічної допомоги (наприклад, протезування), частково оплачуються споживачем. Протези, окуляри і слухові апарати можуть частково або повністю оплачуватися державою.

**Словацька Республіка.** Сучасна система охорони здоров'я Словаччини базується на державному фінансуванні і реалізується через обов'язкове для громадян країни Медичне страхування. Медичне обслуговування контролюється Міністерством охорони Здоров'я Словаччини та Бюро з нагляду за охороною здоров'я. Всього в Словаччині п'ять страхових компаній, які займаються медичним страхуванням, дві найбільші з них є державними. Застраховані можуть в будь-який момент змінити страхову компанію, але між страховими компаніями практично немає конкуренції. Сплата страхових внесків є зобов'язанням всіх працюючих громадян. Є пільгові категорії громадян, за них страхові внески сплачує держава. До них відносять: безробітні та тих, хто шукає роботу, пенсіонери, інваліди, тимчасово непрацездатні за станом здоров'я, військові запасу, жінки, які перебувають у відпустці по вагітності та догляду за дитиною.

Роботодавець зобов'язаний зареєструвати кожного нового співробітника в одній із страхових компаній. При цьому для працівника страховий внесок становить 4% від базового окладу, роботодавець сплачує 10%. Працюючі

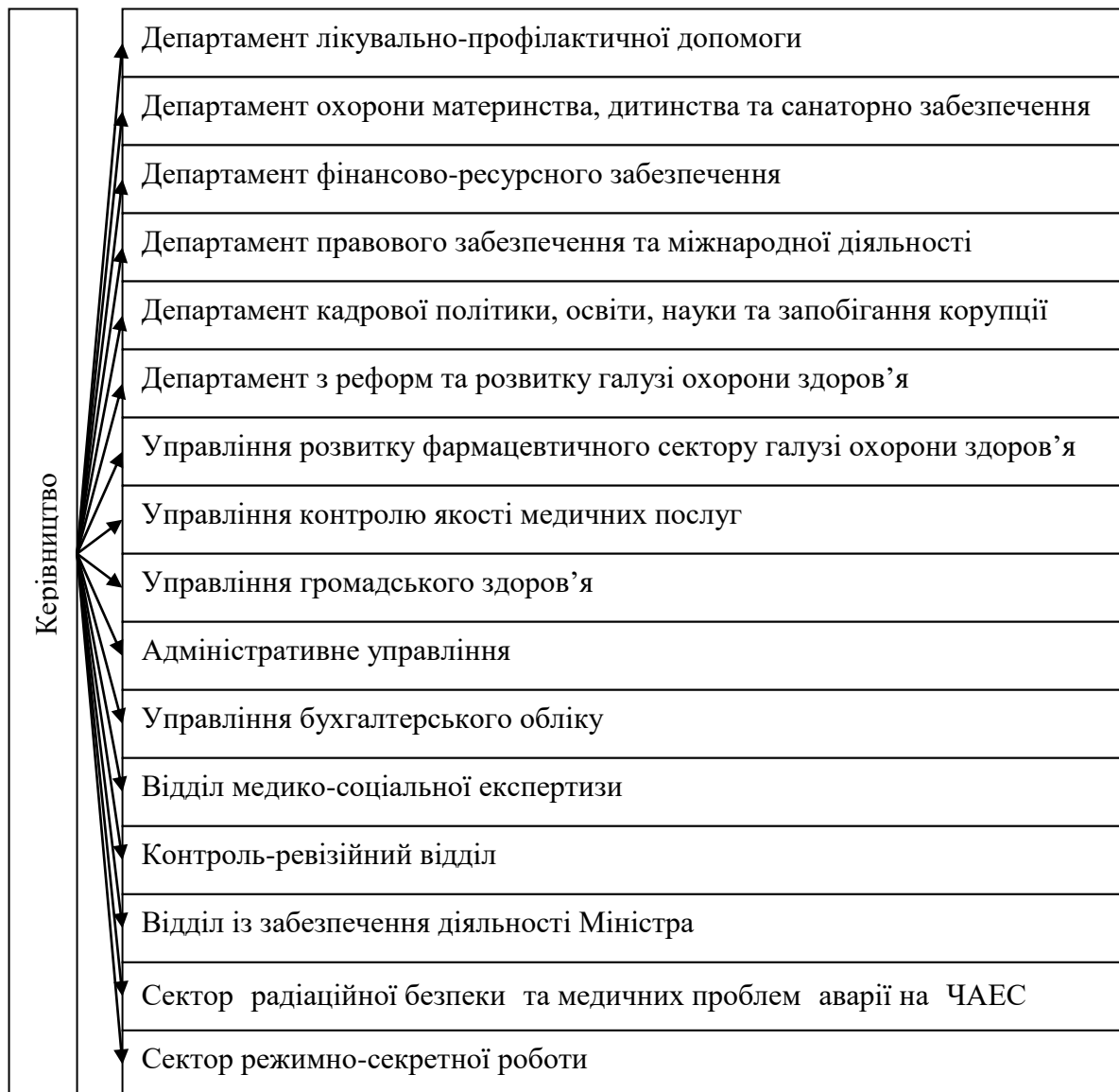
інваліди платять лише 2,6%, решту субсидує держава. Індивідуальні підприємці виплачують повністю 14%. Мінімальна зарплата, з якої віднімається страховий внесок, становить 91 Євро.

Страхування покриває більшість медичних послуг, таких як огляд фахівцями, госпіталізація і всі види операцій, ведення вагітності, спостереження за новонародженими, реабілітація. Велика частина медичних послуг в Словаччині надається безкоштовно. Доплата здійснюється за деякі рецептурні ліки, стоматологічні послуги та медичні апарати. Необов'язкові медичні процедури, такі як косметична хірургія, стерилізація, лікування за кордоном не покриваються страховкою. Всі ліки діляться на три категорії: безкоштовні ліки першої необхідності, частково субсидовані, платні. На отримання безкоштовних лікарських препаратів мають право: 1) особи, які страждають хронічними захворюваннями; 2) вагітна жінки; 3) ветерани війни.

Умовно всіх лікарів Словаччини можна розділити на категорії: лікарі загального профілю (терапевти), дитячі лікарі загального профілю (педіатри), акушери-гінекологи, вузькі фахівці. Терапевти проводять базовий огляд, ставлять діагноз, здійснюють профілактичне лікування, виписують рецепти, відвідують на дому, надають екстрену допомогу. Пацієнти самі вибирають собі лікаря, змінити його можна один раз на півроку. У Словаччині в кожному селищі є медичний центр, а в кожному місті, принаймні, одна лікарня і кілька медичних центрів. У медичних центрах працюють кваліфіковані вузькі фахівці. Тут надаються такі послуги як: ведення вагітності, стоматологія, терапія, педіатрія, також можна отримати необхідну екстрену допомогу і діагностичні послуги. У Словаччині налічується всього 44 клініки. Великі багатопрофільні клініки знаходяться у великих містах: Братиславі, Кошице. Прийом хворих здійснюється через відділення невідкладної допомоги або за направленням лікаря. У ситуаціях, коли не потрібна невідкладна допомога, прийом до лікарні здійснюється за так званим листом очікування.

Невідкладна допомога в Словаччині безкоштовна навіть для тих, у кого немає медичної страховки, і здійснюється у всіх лікарнях в будь-який час. Сто-

матологічна допомога в Словаччині не покривається страховкою. Через державну систему охорони здоров'я доступні лише профілактичні огляди, – лікування, установка коронок і мостів здійснюється за плату. Ліки в аптеках продаються лише за рецептом лікаря. Безрецептурні ліки мають більш високу ціну. Для порівняння наведемо структуру Міністерства охорони здоров'я України (рис. 2.1), яка демонструє змішану схему управління галуззю (вітчизняний та зарубіжний досвід, зокрема сильно відчувається вплив англійської моделі).



**Рис. 2.1. структура організації системи охорони здоров'я України**

Джерело: сформовано за даними Міністерства охорони здоров'я України.

## Висновки до розділу 2

Сучасна практика управління системою охорони здоров'я, закладами як приватної, державної та муніципальної форми власності в Україні та світі демонструє глибоку модернізацію як медичних установ і закладів, так і системи комунікації, адміністрування, контролю та стимулювання з боку органів державної влади, місцевого самоврядування та напрацювання нового досвіду, головним завданням якого є реалізація делегованих державою повноважень з надання доступної якісної медичної допомоги мешканцям громади. Встановлення нових прав гри, наявність вибору у виборі інструментів реалізації місцевої політики охорони здоров'я як з боку органів влади, так і населення з позиції обрання схеми, в першу чергу, фінансування послуг з охорони здоров'я виявило регіональні особливості цього процесу. Водночас для всіх регіонів України та світу залишається актуальним питання подолання негативних наслідків реформування галузі та виявлення нових правових, організаційних, економічних та технологічних підходів до формування самодостатньої якісної медичної допомоги шляхом автоматизованої реорганізації в комунальних некомерційних підприємств та приватної медицини, у тому числі за рахунок механізмів ліцензування діяльності, надання субсидій та субвенцій, ведення регуляторної політики.

### РОЗДІЛ 3.

## ФОРМУВАННЯ ГРОМАДСЬКОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Здоров'я людини – це психофізіологічний стан зі збалансованою психікою і функціонуванням організму при електромагнітній частоті клітин 8 Герц і з довжина хвилі 8 метрів в резонансному режимі в екологічно чистих приміщеннях і навколишньому середовищі [26].

В середині минулого століття професор Мюнхенського технічного університету Вінфрід Отто Шуман встановив, що Земля і її іоносфера утворюють величезний резонатор, куди поширюються хвилі наднизьких частот. Вони багаторазово огинають Землю. Протягом 60 років після численних досліджень і повторних перевірок була визначена частота землі 8 Гц. Відтоді у науці ця частота називається частотою резонансу Шумана [16].

Утворення хвиль в такому резонаторі згодом було названо резонансом Шумана. Доктор Роберт Беккер, вимірюючи мозкові хвилі під час сеансів дистанційного впливу, встановив, що ці хвилі збігаються з хвилями Шумана. Крім того, хвилі правої і лівої півкуль головного мозку в такі моменти, рівні за частотою і протилежні за амплітудою, що призводить до утворення стоячих хвиль. Стоячі хвилі мозку здатні вступати у взаємодію з хвилями Шумана. Доктор Роберт Беккер переконаний, що в основі світобудови лежить єдина частота вібрації, здатна впливати на живі навколишні об'єкти, у тому числі і на воду. Він вимірював хвилі мозку багатьох духовно здорових людей. Він виявив, що всі вони мають однакові частоти – 8 Гц, не залежить від їх релігійних і духовних традицій, і синхронізовані з хвилями Шумана як за частотою, так і за фазою. Здорові люди мають збалансовану психіку і резонанс клітин в біополі при частоті вібрації 8 Герц [11–15].

У США (НАСА) і Німеччині (інститут м. Планка) були проведені тривалі експерименти, в результаті яких встановлено, що хвилі Шумана необхідні для синхронізації біологічних ритмів і нормального існування всього живого на



Землі. Сьогодні електромагнітний фон планети в результаті діяльності людини зазнав істотних змін і забруднений не чує «хвиль Шумана». З цієї причини NASA використовує генератори хвиль Шумана для забезпечення нормальної життєдіяльності персоналу. Хвилі Шумана – це дійсно життєво важливий фактор [36].

У 50-ті роки ХХ ст. доведено, що інтенсивність резонансу Шумана безпосередньо впливає на вищу нервову діяльність людини та її розумові здібності. Завдяки резонансу хвиль Шумана, що мають природне походження, і стоячих хвиль мозку, духовні люди, у яких півкулі головного мозку працюють в синхронному ритмі, мають здоровий стан. Наука підтвердила це експериментально. Медицина розвивається, а здоров'я суспільства погіршується. Цього і ліків щороку стає більше; все більше хірургічних втручань; це все більше і більше високотехнологічних пристроїв – і хвороби просувають медицину. Ми стали жити довше, але якість нашого життя погіршилася, ми гірше себе відчуваємо. Медицина не керується духовними принципами і критеріями здоров'я, тому вона не бореться за здоров'я, а воює з хворобами. У суспільстві накопичується більше знань про те, як позбутися від хвороб, і менше про те, як бути здоровим.

Людське життя має духовну природу, в основі якої лежать духовні процеси. Духовні процеси життєдіяльності людини і суспільства тісно пов'язані. Вони допоможуть придбати і зберегти здоров'я людству у глобальному масштабі [6]. Духовна інфраструктура суспільства впливає глобально і визначальним чином на здоров'я кожної людини. Щоб відновити і зберегти здоров'я, необхідно розуміння духовних процесів здоров'я, вивчати духовне, чого не бачать, не відчувають, не сприймають органи чуття і мозок. Існує глобальний взаємозв'язок між духовними процесами людини і його фізичним здоров'ям. Духовні якості, так само як і фізичні, піддаються тренуванню. Перехід від духовного стану до здорового стану буде повільнішим. Взаємозв'язок між духовними процесами людини і її фізичним здоров'ям, а також станом всього суспільства, фундаментальний. Людина

підтримує свій здоровий стан духовною психічною енергією, яка генерується духовним шляхом мислення, етичним чином слова, добрими побажаннями, здоровим чином діяльності в екологічно чистому середовищі, духовними зв'язками з суспільством, любов'ю до видимого і невидимого навколишнього середовища. Накопичуючи духовну психічну енергію, людина підвищує і здоров'я, і творчу працездатність.

Людина зі здоровою творчою працездатністю може бути захищена духовною психічною енергією від інфекційних захворювань, звільнитися від раку, діабету та інших захворювань, що підтверджується практикою на основі духовного знання. Духовне знання – це дійсне здорове життя: "Сину мій! Прислухайтеся до моїх слів, і до моїх промов приклоніть вухо; так, вони не Відійди від очей твоїх; бережи їх в серці твоєму: тому що вони життя для того, хто знайшов їх, і здоров'я для всього тіла його (Притча 4:20-22). Дослідники експериментально підтвердили позитивний профілактичний вплив духовних навчань і процесів на оздоровлення людини і всієї живої природи . духовні процеси складної сутності людини і суспільства пов'язані з природними процесами вдосконалення. В кінці ХХ ст. Науковий світ був розбурханий результатами експериментів японського вченого Масару Емото, який наочно довів, що вода під впливом наших думок, емоцій, слів змінює свою структуру. Експерименти Масару Емото переконливо доводять, що духовне слово робить благотворний вплив в резонансі з хвилею Шумана [6].

Необхідно активізувати процеси підтримки духовного здоров'я: 1) У педагогіці: виховати соціального і духовного громадянина зі здоровим творчим світоглядом: У мистецтві: підняти людину на творчу позицію духовного і фізичного здоров'я. У медицині: створювати здоров'язберігаючі ліки. На виробництві: реалізувати програми активізації здорових духовних колективних процесів, що дозволяють працівникам сфери виробництва налаштовуватися на оптимальні умови високопродуктивної і високоякісної роботи. У сфері освіти: реалізувати програми духовного здоров'я та здорового способу життя. У

суспільстві: створити суспільну традицію здорового способу життя. У сім'ї: створити сімейну традицію здорового способу життя.

Сімейна культура здорового способу життя це здоров'язберігаюча практика за допомогою дій, що підтримують здоров'я, які свідомо закріплюються в корисних звичках. Сімейна культура здорового способу життя включає в себе формування здорового творчого світогляду, мотивацію до здорового способу життя і освоєння здорового способу життя батьками і дітьми в домашніх умовах. Мотивація здорового способу життя займає центральне місце у формуванні та збереженні здоров'я кожної людини. Мотивація здорового способу життя розуміється як усвідомлення людиною необхідності збереження здоров'я як основи для прояву в різних сферах діяльності як основи гармонійного розвитку. При відсутності мотивації у людини будь-які програми і дії по збереженню здоров'я будуть малоефективні або взагалі не продуктивні. Сімейна культура здорового способу життя призведе до відродження культу здорової і повноцінної сім'ї як основи суспільства і держави. Прислів'я говорить: "Сім'я міцна – влада сильна". Поряд з мотивацією на здоровий спосіб життя діти повинні придбати певний комплекс знань, навичок збереження і зміцнення свого здоров'я. Здоровий спосіб життя це найбільш оптимальна система поведінки людини в повсякденному житті, що дозволяє йому максимально реалізувати свої духовні та фізичні якості для досягнення психічного, фізичного та соціального благополуччя. Це цілісна, логічно взаємопов'язана, продумана і спланована система поведінки людини, яку він виконує не з примусу, а з задоволенням і впевненістю в тому, що це підтримує здоровий стан.

Здоровий стан досягається і підтримується в екологічно чистому природному і духовному соціальному середовищі здоровим способом життя, що включає профілактичні оздоровчі підтримують духовні і тілесні очищення, а також фізичні вправи нормалізації, по-перше, фізіологічних ритмів гімнастики, по-друге, зарядки енергосистеми, по-третє, тонусу м'язів тіла. фізична культура організму. «Людина, помірно і своєчасно займається

фізичними вправами, не потребують лікування" (Наука про збереження здоров'я (частина 2), вчений, лікар Авіценна). Також необхідно займатися фізичною культурою з метою підтримки на належному рівні свого біологічного тіла все життя, інакше тканини і органи, які використовуються, трохи атрофуються і навіть відмирають. Передача сімейної культури здорового способу життя з покоління в покоління, з покоління в покоління створить сімейну традицію здорового способу життя.

Перехід до здорового способу життя здійснюється в чотири етапи формування корисних звичок [7–10].

Етап 1. Формування корисних звичок підтримки гігієнічної та ендоекологічної чистоти організму. Звички формуються по виконанню гігієни та ендоекології. Чисте середовище організму і клітин є одним з необхідних умов хвильового резонансу клітин. Чистота – запорука здоров'я.

Етап 2. Вироблення корисних звичок досягнення духовної та енергетичної чистоти і здорового стану. Духовна та енергетична чистота є необхідними умовами хвильового резонансу клітин.

Етап 3. Придбання корисних звичок здоров'язбереження для збереження здорового стану.

Етап 4. Накопичення досвіду збереження здорового стану корисними звичками протягом року. Накопичення досвіду здійснюється шляхом корисних звичок збереження здоров'я в різних домашніх, тварин, соціальних і природних сезонних умовах (навесні, влітку, восени і взимку).

Здоровий спосіб життя-це ключ до здорової нації. Першою і найважливішою умовою для впровадження здорового способу життя, є зміна світоглядної свідомості населення. Свідомість людей має звертати увагу на здоров'я, здоровий спосіб життя. Головна мета здорового способу життя-реалізація духовного, професійного і фізичного розвитку людини. Потенціал духовного і фізично. Розвиток людини, полягають в єдності добрих думок, слів і справ. І це добро має бути спрямоване на весь навколишній світ: на близьких і далеких, на сім'ю, рід, народ, Вітчизну, цивілізацію, на людство і всю біосферу.

Тому необхідно, щоб людина отримувала підтримку ззовні. Якщо винн піклується про свою сім'ю, то отримає підтримку від сім'ї, якщо про рід від роду, якщо про народ від народу тощо і робити це необхідно протягом усього свого дорослого життя. Це має бути нормальний стан людини. Перехід людей до здорового і справедливого способу життя призведе до зниження соціальної напруженості в суспільстві, до прискорення процесу переходу до стійкого курсу розвитку, до зміцнення економічної і оборонної могутності, до розквіту науки, культури, до зниження витрат на охорону здоров'я, скорочення людські і матеріальні втрати внаслідок зниження рівня аварій соціального і технічного характеру. Якщо велика частина людей на землі буде вести здоровий спосіб життя, то буде вирішена велика частина інших проблем не тільки демографічних, а й: а.) екологія навколишнього середовища значно покращиться; б). влада всіх рівнів буде керувати на благо здорового суспільства; в). на планеті Земля буде відновлений здоровий клімат; г) людство знайде гармонію з природою; д) буде створена громадська культура здорового способу життя .

Громадська культура здорового способу життя складається з безлічі здоров'язберігаючих практик, які формуються на основі морально-релігійних і національних культур і традицій, які забезпечують людині фізичний здоровий стан і психічне, духовне і Соціальне благополуччя в реальному середовищі [4]. Здоров'я зберігає практикою громадської культури здорового способу життя є сімейна культура. Вона активізує населення по масовому освоєнню здорового способу життя. Передача громадської культури здорового способу життя від покоління до покоління створить суспільну традицію здорового способу життя [11]. Для реалізації поставлених здоров'язберігаючих практик громадської культури здорового способу життя необхідно створити соціальну інфраструктуру громадської охорони здоров'я.

Соціальна інфраструктура охорони здоров'я включає освітню, професійну, підтримуючу охорону здоров'я, сервісну, пропагандистську та законодавчу підструктури [12–16]. Соціальна інфраструктура спрямована на

підвищення знань з питань здоров'я та його охорони, на формування навичок зміцнення здоров'я, створення умов для підтримки здорового способу життя, як окремих людей, так і суспільства в цілому. Дитячий садок, школа, вищі навчальні заклади, центри здоров'я, об'єкти фізичної культури, здоров'язберігаюча медицина навчають навичкам здорового способу життя. Пропагандистська структура виконує функцію інформаційного поширення знань для всіх категорій населення, населення про здоров'я і здоровий спосіб життя. Сервісна структура здійснює здорове харчування, організацію активного відпочинку, масову ранкову зарядку, створення велосипедних і бігових доріжок, танцмайданчиків, зелених зон, використовуваних для ігор на свіжому повітрі тощо. Підтримуюча структура охорони здоров'я включає дитячі оздоровчі табори для формування навичок здорового способу життя у підростаючого покоління, центри здоров'я для розвитку здорового способу життя, гігієнічні та ендоекологічні комплекси. Освітня структура готує фахівців з навчання населення переходу до здорового способу життя:

1. Фахівці для центрів здоров'я та санаторно-курортних установ для проведення консультацій, практичного тренінгу з переходу до здорового способу життя.

2. Лектори з формування здорового творчого світогляду, освіти і мотивації населення до здорового способу життя.

3. Педагогічні працівники для університетів і шкіл по формуванню здорового творчого світогляду, вихованню здорового способу життя підростаючого покоління.

4. Соціальні працівники для проведення практичного тренінгу з населенням щодо переходу до здорового способу життя та формування сімейної та культурної суспільної традиції здорового способу життя.

5. Ігри для навчання підростаючого покоління управлінню життєво важливими системами для здорового функціонування організму.

Професійна структура реалізує організаційні заходи щодо збереження здоров'я працюючого населення. Здоров'я впливає на якість робочої сили, про-

дуктивність соціальної діяльності і тим самим на динаміку економічного розвитку суспільства. Протягом життя 1/3 загального разу професійна людина бере участь в роботі. Тому важливо, щоб під впливом роботи не відбулося погіршення здоров'я. Для цього необхідно звести несприятливі виробничі фактори до мінімуму. Здоров'я робочого ресурсу-це область взаємних інтересів держави, суспільства, бізнесу та особистості. Відповідальність за здоров'я нації лежить на кожному з названих суб'єктів. Здоров'язберігаюче середовище має принципове значення для збереження здоров'я трудового ресурсу. Повинні бути завдання раціональної організації діяльності щодо професійного статусу людини, по-перше, забезпечення високого рівня професійної працездатності, а по друге-мінімізація несприятливих факторів професійної діяльності, що впливають на здоров'я людини. Законодавчо необхідно передбачити організацію фізичної активності: а) доступне відвідування басейну, тренажерного залу, різних секцій, щомісячне проведення заходів щодо здорового способу життя в приміщенні і на відкритому повітрі; б) створення матеріально-технічних ресурсів: інвентарю та обладнання для фізичної культури та активного відпочинку; в) створення сервісу для відновлення здорового функціонування організму.

Людське життя має духовну природу, в основі якої лежать духовні процеси. Духовні процеси життєдіяльності людини і суспільства необхідно свідомо культивувати в суспільстві [2]. Вони допоможуть знайти здоров'я людству в глобальному масштабі. Заклади освіти, оздоровчі заклади, мистецтво, духовні конфесії, Засоби масової інформації повинні проводити інформаційну активізацію духовних процесів. Духовна інфраструктура суспільства впливає глобальним і визначальним чином на здоров'я кожної людини. Швидко необхідно відновлювати, зберігати і покращувати здоров'я, духовну і фізичну форму людини і розуміння суспільством духовних процесів здоров'я. Існує глобальний взаємозв'язок між духовними процесами людини і його фізичним здоров'ям. Ми руйнуємо себе шкідливими пристрастями зсередини. Ми всі один на одного впливаємо все до Єдиного.

Духовний стан, як і фізичний, піддається тренуванню. З духовного стану набагато швидше можна перейти в здоров'я. Взаємозв'язок між духовними процесами людини і її фізичним здоров'ям (а також станом всього суспільства) більш значний, ніж вважалося до цього часу. Більш того, він є фундаментальним. Поліпшення людини відбувається позитивною психічною енергією, яка генерується духовним шляхом мислення, в етичному сенсі слова, добрими побажаннями, здоровим чином діяльності в екологічно чистому середовищі, духовними узами з суспільством і Богом, любов'ю до навколишнього видимого і невидимого.

Структура духовних процесів людини – найважливіший фактор впливу на здоров'я. Наша культура (театр, кіно, телебачення, радіо, естрада, інші ЗМІ) впливають на наше фізичне і духовне здоров'я: або гармонізують нас, або руйнують. Наразі, величезна кількість засобів суспільної комунікації (телебачення, кіно, інтернет настільки духовно руйнує, що діти теж хворіють.

Акцентоване розуміння духовних процесів, також важливо для людини, як і оволодіння мовою і письмом. Стан суспільства катастрофічний: з кожним роком збільшуються функціональні захворювання, вроджені патології у дітей, наркоманія. Медицина розвивається, а здоров'я суспільства погіршується. Все більше і більше прекрасних ліків ви дивитеся, скільки їх; все більше і більше розумних хірургічних втручань; все більше і більше розумних пристроїв-і хвороби просувають людство вперед. Медицина не керується принципами і критеріями здоров'я Творця, тому вона не бореться за здоров'я, а воює з хворобами. Ми стали жити довше, але якість нашого життя погіршився, ми гірше себе відчуваємо. Необхідно з'єднати воедино глобальні проблеми охорони здоров'я, засобів масової інформації, педагогіки, мистецтва; побачити принципово новий шлях розвитку людської спільноти, знайти свідомий баланс духовної інфраструктури суспільства. Відновити здоров'я, і дітям в першу чергу, можна лише таким чином, немає іншого шляху.

Всі ми інтуїтивно відчуваємо, що щось зараз відбувається не так, як повинно бути-і ми цього не розуміємо. Ми посилили в собі бездуховні процеси.



Ми, перш за все, руйнуємо себе зсередини. Всі рекомендації науки, психології, медицини вже не допомагають. Глобальний обсяг інформації корисне, необхідне ми чуємо. Але нам більше нічого не допомагає! – зазначали теорію. Духовні процеси, загалом на 95%, лежать поза сферою свідомості людини. Людина усвідомлює лише заключний етап роботи функціональної програми – стимул, який, як раз і повинен спонукати його щось робити. Ми не відчуваємо, коли наближаємося до хвороби, ми лише відчуваємо хворобу. Ми не знаємо, який у нас стан: здорове або схильне воно і лежить поза свідомістю. Необхідно вивчати духовне, чого ви не бачите, не відчуваєте, не усвідомлюєте.

Духовні процеси здоров'я побудовані на гармонії природних процесів складної сутності людини. Ми знаємо, що існує фізична культура. Якщо людина регулярно робить фізичні вправи на м'яз, то м'яз починає рости, ставати сильнішими. І ми знаємо, що є люди, які роблять фізичні вправи спеціально для тренування м'язів деякі щодня. Також ми знаємо, що є люди, які кожен день роблять фізичні вправи не спеціально, а в процесі роботи: піднімають тяжкості, роблять розтяжки. І ці настільки ефективні вправи також призводять до фізичної форми. Але ми не помічаємо, що виконуємо духовні вправи кожен день-де б ми не працювали і навіть залишаючись вдома! Ми не помічаємо, що духовне, як і фізичне, піддається тренуванню. І ми щодня робимо духовні вправи: по-перше, прокручуючи звичні думки і почуття; по-друге, несвідомо співпереживаючи всьому, що нас оточує. Про що ви думаєте-тому і тренуєтеся!

Несвідомо співпереживаючи всьому, що нас оточує, ми виконуємо духовні вправи. О, і погані – це вправи. В основному це прояви хвороби і патології. Навколо нас дуже багато хворих взаємин. І ми повертаємося додому втомлені і спустошені. І тренуючись кожен день, поступово ми накопичуємо хворі взаємини, а також несемо їх всім, хто нас оточує, особливо дітям, оскільки вони відкриті і довіряють нам і вчаться у нас. І виходить, що наразі більшу частину часу, самі того не усвідомлюючи, посилюємо духовні процеси хвороби і патології. Ми, спілкуючись, нерідко доставляємо болячки один

одному. Тому що людська спільнота хвора. Ми всі один на одного впливаємо все без жодного винятку!

Ми не співчуваємо здоров'ю! Щодня включаючись в духовні процеси оздоровлення, кожен може значно поліпшити своє здоров'я і оточуючих і зберегти його. Хвороби йдуть, людина і оточуючі починають відчувати себе краще фізично і духовно, жити стає легше. Люди на духовному рівні починають розуміти, як здоров'я залежить від навколишнього середовища, суспільства і починають працювати вибірково, відповідно до свого розуміння: брати те, що потрібно, і розповідати дітям те, що потрібно їм. У суспільстві іншого способу відновити здоров'я, у людства немає!

Потрібно робити так, щоб, співпереживаючи, люди отримували здоровий заряд, активізувалися здорові процеси, і вони почнуть виношувати здорові взаємини. І ми почнемо розуміти, хто нам що несе, в процесі своєї діяльності і вітати здорові процеси. Якби це сталося, то людство відновило б здоров'я за місяці! Відносини в суспільстві змінилися б, і особисто кожному стало б набагато легше жити і відчувати себе психологічно. Виявляється, можна отримати реорганізацію від людина, що володіє високим здоров'ям, дуже швидко приходить в творчу форму. Людство використовувало його тисячоліття. Духовні процеси здоров'я призводять до здорового самопочуття.

### **Висновки до розділу 3**

1. Необхідно виділити Засоби масової інформації, педагогіку, медицину і мистецтво для глобалізації охорони здоров'я, щоб продемонструвати принципово новий шлях розвитку людства і, по справжньому, побудувати інфраструктуру громадської охорони здоров'я.

2. Реалізація практики публічного управління в Україні та світі ілюструє такі причини зниження якості та доступності надання медичних послуг: недосконалість вітчизняної нормативно-правової бази, регуляторної політики (в

державі та на місцях), застосовуваних методів та механізмів мотивування та адміністрування діяльністю закладів, потреби оптимізації та удосконалення наявної системи моніторингу та контролю результатів їх діяльності, у тому числі у відповідності до міжнародних стандартів; потреба посилення ролі публічно-приватного партнерства, зокрема на локальному рівні, у тому числі з громадськими організаціями; проведення ефективної кадрової політики; більш широке впровадження інноваційно-інвестиційних систем забезпечення доступності та якості медичних послуг; нестача фахівців та недостатній рівень їх кваліфікації, недостатня кількість медичного обладнання, низка вмотивованість фахівців внаслідок відсутності дієвої моделі мотивування та стимулювання до праці у медичній сфері, а також внаслідок низького рівня заробітної плати, брак фінансових коштів як на національному, регіональному, так і муніципальному рівнях, неспроможність надання якісної та доступної медичної допомоги населенню внаслідок вищезгаданих причин та постійного зростання цін на медикаменти, послуги охорони здоров'я тощо.

3. Основним напрямом покращення наявної ситуації є впровадження інноваційно-комунікаційних механізмів взаємодії лікарів та пацієнтів, впровадження гнучкого державного нагляду та громадського контролю за роботою медичних установ, головним чином з позиції створення оптимальних умов їх роботи та сприяння якісному наданню їх послуг у системі державно-приватного партнерства, оптимізація системи медичного страхування. Ставка при цьому робиться на розвиток людського капіталу (як медичних працівників, так і населення територіальної громади, активізацію здорового способу життя як пріоритетного вектору розвитку особистості, оптимізацію систем виробництва та споживання на рівні мінімальному та достатньому, сприяння постійному розвитку світогляду та духовного зростання як запоруки забезпечення реалізації довгострокової стратегії розвитку здоров'я).

## ВИСНОВКИ

1. Наявність чіткої позитивної тенденції функціонування та фінансування муніципальних закладів охорони здоров'я як результат децентралізації та реалізації регіональних програм охорони здоров'я, зокрема на рівні міст, оптимізація використання коштів місцевих бюджетів (відповідно до статті 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»), є наслідком реалізації англійської моделі медичної галузі в Україні, зокрема враховуючи практику законотворчу, розвиток приватної та сімейної медицини, багатоджерельність фінансування, страховий характер фінансування діяльності закладів охорони здоров'я, високі соціальні стандарти.

2. Управління системою муніципальної охорони здоров'я базується на підпорядкованості закладів ієрархічно, починаючи із Міністерства охорони здоров'я України, діють центральні органи виконавчої влади (їм підпорядковані Академія медичних наук України, відомчі заклади охорони здоров'я, також місцеві державні адміністрації, органи місцевого самоврядування). Система охорони здоров'я функціонує завдяки контрольно-управлінським функціям, зокрема таких державних інституцій, які безпосередньо не є прямо пов'язані з охороною здоров'я (наприклад, Президента України, зокрема, крізь призму діяльності Ради національної безпеки і оборони України, Адміністрації Президента України, Верховна Рада України, у тому числі шляхом функціонування Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, Уповноважений ВРУ з прав людини, Кабінет Міністрів України, зокрема, у питаннях та через діяльність профільних міністерств та центральних органів виконавчої влади, Генеральна прокуратура України, її органи та органи судової системи на місцях тощо).

3. Суб'єктами надання консультативно-дорадчих повноважень у сфері охорони здоров'я є Дорадча рада при Комітеті ВРУ з питань охорони здоров'я; Громадська гуманітарна рада при Президентові України, Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції / СНІДу при КМУ, Національна

координаційна рада боротьби з наркоманією при КМУ; Громадська рада при Міністерстві охорони здоров'я України (постійно діючий центральний громадський колегіальний консультативно-дорадчий і наглядово-експертний орган), Міжвідомча координаційна рада при Міністерстві охорони здоров'я України з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я; Громадська рада при Міністерстві охорони здоров'я України з питань співпраці з Всеукраїнською Радою Церков і релігійних організацій (постійно діючий дорадчо-консультативний орган), Рада молодих вчених при Міністерстві охорони здоров'я України (постійно діючий дорадчий орган); Колегія МОЗ України (постійний консультативно-дорадчий орган); Вчена медична рада МОЗ України (постійно діючий консультативний орган, що розглядає питання розвитку медичної науки в Україні); Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги МОЗ України (постійно діючий консультативно-дорадчий орган); Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги МОЗ АРК управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я областей, Київської Севастопольської міських державних адміністрацій; Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування; Клініко-експертні комісії МОЗ України (постійно діючий орган, що виконує координаційну, консультативну та дорадчу функції з питань організації роботи, клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги); Клініко-експертні комісії МОЗ АРК, управлінь охорони здоров'я, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (постійно діючий орган для колегіального розгляду клініко-експертних питань діагностики, лікування та реабілітації, скарг громадян та інших осіб, яким надавалась на відповідній адміністративній території України медична допомога, питань якості медичної допомоги, а також звернень підприємств, організацій, установ, фондів соціального страхування, судових органів, прокуратури з цих питань за дорученням керівника органу охорону здоров'я); Клініко-експертні комісії управлінь (відділів) охорони здоров'я міських,

районних органів місцевого самоврядування; Медична рада закладу охорони здоров'я (постійно діючий консультативно-дорадчий орган); Рада для здійснення координації заходів, пов'язаних із забезпеченням консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

4. Ефективний розподіл ресурсів, зокрема фінансування, головним чином, за рахунок коштів місцевих бюджетів є механізмом управління системою охорони здоров'я на місцях. Він дозволяє поліпшувати умови функціонування медичних закладів та надавати більш якісні послуги. Загальна позитивна динаміка показників оцінювання діяльності медичних закладів свідчить про обрання вірного вектору розвитку галузі. Перспективні напрями подальшого удосконалення системи управління медичною сферою на регіональному рівні пов'язані з вивченням ефективних механізмів муніципального замовлення з використанням зарубіжного досвіду та пілотної вітчизняної практики медичної галузі.

5. З метою усунення хронічного недофінансування з боку державного бюджету, дисбалансу між потребами та надходженнями коштів закладів охорони здоров'я здійснено оптимізацію моделі функціонування галузі охорони здоров'я на муніципальному рівні за рахунок діяння громадського сектору, системних незалежних моніторингу та аудиту діяльності медичних закладів, виявлення на локальному рівні пріоритетного вектору муніципального розвитку закладів охорони здоров'я, усунення дублювання функцій органів управління та контролю за діяльністю закладів, посилення спеціалізації останніх, забезпечення їх господарської та фінансової незалежності, проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення щодо забезпечення здорового способу життя як способу життя та соціальної моделі життя громади.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Збірник постанов Уряду України. – 1996. № 21. – Ст. 596.
2. Звіт про роботу відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення: рішення виконавчого комітету Тернопільської міської ради від 28.11.2018 р. № 911. URL : <https://rada.te.ua/vikonavchiy-komitet/rishennya-vikonavchogo-komitetu/24920.html>.
3. Малиновський В. Я. Державне управління: Навчальний посібник. – Вид. 2-ге, доп. та перероб. – К.: Атіка, 2003. – С. 556–557.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я ЗАКОН УКРАЇНИ. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19. Документ 2801-ХІІ у редакції від 27.10.2022, підстава 2438-ІХ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
5. Про бюджет міста Тернополя на 2018 рік: рішення сесії Тернопільської міської ради від 15.12.17 № 7/21/42. URL: <https://rada.te.ua/byudget-ternopolya/rishennya-ternopilskoi-miskoi-radi-z-pitan-byudgetu/>
6. Про внесення змін і доповнень до Основ законодавства України про охорону здоров'я. Законопроект № 3270 від 21 вересня 2004 р. [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
7. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Закон України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1994, №27, ст.218. Документ 4004-ХІІ у редакції від 20.11.2022, підстава 2718-ІХ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>
8. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування. Закон України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1999, № 46-47, ст.403. Документ 1105-ХІV у редакції від 02.04.2022, підстава 2153-ІХ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14#Text>
9. Про затвердження дорожньої карти реорганізації галузі охорони здоров'я міста на 2018–2020 рр.: рішення сесії Тернопільської міської ради від 19.12.19 № 7/31/13. URL: <https://rada.te.ua/sesiya/rishennya-sesii/22273.html>
10. Про затвердження комплексної програми «Здоров'я тернополян» на 2019–2021 роки: рішення сесії Тернопільської міської ради від 19.12.19 № 7/31/13. URL: <https://rada.te.ua/ekonomika/galuzevi-programi/galuzevi-programi->

chinni-u-2019-rotsi/26469.html

11. Про лікарські засоби. Закон України. Документ 123/96-ВР у редакції від 08.06.2022, підстава 2271-ІХ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text>

12. Про матеріали і предмети, призначені для контакту з харчовими продуктами. Закон України. Документ 2718-ІХ, від 03.11.2022. Набрання чинності, відбудеться 19.11.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2718-20#Text>

13. Про схвалення концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. №1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249626689>.

14. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади : розпорядження КМУ від 01.04.2014 р. № 333-р. – Урядовий кур'єр. – 2014. – 11 квітня.

15. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова КМУ від 27.12.2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>.

16. Статистичний довідник інформаційно-аналітичного центру медичної статистики відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради. – 2017. – С. 6–28.

17. Статистичний довідник інформаційно-аналітичного центру медичної статистики відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради. – 2018. – С. 8–29.

18. Тропіна В. Б. Бюджетне забезпечення соціальної функції держави в Україні/ *Фінанси України*. 2008. № 5. – С. 15–31.

19. Біленчук П.Д., Качур П.С., Кравченко В.В. та ін. Соціальне партнерство та муніципальний розвиток: перші кроки. – К.: Влад і Влада, 1999. – 198 с.

20. Бойко М.Д. Право соціального забезпечення України. Навчальний посібник. – К.: Атіка, 2006. – 380 с. 3

21. Борецька Н.П. Соціальний захист населення на сучасному етапі: стан і перспективи. – Донецьк, 2001. – 351 с.



22. Бланк И.А. Торговый менеджмент. - К.: УФИМБ, 1997. - 408 с.
23. Величко В. В. Економіко-організаційне забезпечення міського пасажирського транспорту як функції міста: Автореф. дис... канд. екон. наук. – Х., 2000. — 18с.
24. Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. №2801. – XII // ВВР, 1993, №4, ст.19.
25. Законодавство України про соціальний захист населення: Зб. законів. За станом на 5 липня 2003 року / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – К. : Парламентське видавництво, 2003. – 380с.
26. Ключниченко Є.Є. Управління містом. Навчальний посібник. - К.: КНУБА, 2003. - 260 с.
27. Кравченко В.І. Місцеві фінанси України. Навчальний посібник. - К.: Знання, 1999. - 487 с.
28. Куйбіда В.С. Муніципальне управління. Аспект інформатизації. - 260 с.
29. Иванов В.В., Коробова А.Н. Муниципальный менеджмент. Справочное пособие. – М., 2002. - 465 с.
30. Малиновський В. Муніципальне управління. Сфера діяльності і науки // Віче. – 2004. - №7. – С.57-60.
31. Мельник А.Ф., Оболенський О.Ю., Васіна А.Ю., Гордієнко Л.Ю. Державне управління. – К.: Знання, 2004. – 342С.
32. Мельник А.Ф., Монастирський Г.Л., Дудкіна О.П. Муніципальний менеджмент. Навчальний посібник. За редакцією доктора економічних наук професора А.Ф. Мельник. – К.: «Знання», 2006. – 420 с.
33. Право людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та відповідальність закладів охорони здоров'я і медичного персоналу за його порушення: Зб. нормат.-правових актів України. – Л., 2004. — 152с.
34. Приходський О.О., Морарь Л.М., Голяченко А.О. Управління охороною здоров'я (вступ до теорій, концептів, технологій). Т. : Лілея, 2001. 65с.
35. Салій І. Українські міста: питання власності і муніципального управління. ., 2001. 415 с.
36. Галацан О. В. Організаційно-економічний механізм управління охо-

роною здоров'я: Автореф.дис...канд. наук з держ. управління. Х., 004. 17с.

37.Корнійчук В.П., Хом'як К.Д. Стратегічний муніципальний менеджмент(інноваційний підхід до розвитку сучасного міста).К.: Денеб,2005.40 с.

38. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: Автореферат дис... д-ра наук з держ. упр. – К., 2003. — 455 с.

39.Arrow K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*. 1963. № 53. p. 941–973.

40.Dolgich M. Regularities of reforming public administration mechanisms of the health care system in ukraine in the context of the european dimension. *Public Administration and Law Review*. 2020. № 1. P. 67-78.

41.Fayol Henri. Administration industrielle et générale; prévoyance, organisation, commandement, coordination, controle, Paris, H. Dunod et E. Pinat, 1916. URL: <https://www.worldcat.org/title/administration-industrielle-et-generalprevoyance-organisation-commandement-coordinationcontrole/oclc/927892525?referer=br&ht=edition> /

42.Health as International Politics: Combating Communicable Diseases in the Baltic Sea Region / G. Hønneland and L. Rowe. Aldershot : Ashgate Publishing Limited; Burlington : Ashgate Publishing Company, 2004. 119 p.