

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

ФІЛОНЕНКО МАРІЯ ВАСИЛІВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 336.131:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ
ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ В СФЕРІ 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

М. В. ФІЛОНЕНКО
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
ХОДАКІВСЬКИЙ Євгеній Іванович
(прізвище, ім'я, по батькові)

доктор економічних наук, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Житомир – 2023

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: ФІЛОНЕНКО Марію Василівну допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» грудня 2023 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)

«_____» _____ 2023 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти ФІЛОНЕНКО Марія Василівна захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

ФІЛОНЕНКО М. В. Імплементация європейського досвіду публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, 2023.

Досліджено теоретичні та історичні фактори державного управління. Розглянуто зростання ролі державного управління протягом історії, а також його розвиток за різних політичних систем. Проаналізовано кращий європейський досвід публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я та перспективи його імплементції в Україні. Запропоновано основні напрями впровадження, а також визначено фактори, що сприяють та перешкоджають цьому процесу.

Ключові слова: історичні аспекти державного управління, публічне адміністрування охорони здоров'я, проблеми державного управління сфери громадського здоров'я, європейський досвід, напрями імплементції.

SUMMARY

FILONENKO M. Implementation of the European experience of public administration in the healthcare sector. - Manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 «Public Administration». - Polissia National University, 2023.

The theoretical and historical factors of public administration are investigated. The author considers the growing role of public administration throughout history, as well as its development under different political systems. The best European experience of public administration in the field of health care and the prospects for its implementation in Ukraine are analyzed. The main directions of implementation are proposed, and the factors that facilitate and impede this process are identified.

Tags: historical aspects of public administration, public health administration, problems of public administration in the field of public health, European experience, directions of implementation.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ІСТОРИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ІНСТРУМЕНТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЛІТИКИ ДЕРЖАВНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	19
РОЗДІЛ 2. ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО СУЧАСНИЙ СТАН В УКРАЇНІ	21
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	31
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	32
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	39
ВИСНОВКИ	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	42
ДОДАТКИ	48

ВСТУП

Ситуація з охороною здоров'я в Україні не є обнадійливою. За оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), очікувана тривалість здорового життя при народженні в Україні залишається низькою.

Охорони здоров'я, очікувана тривалість здорового життя при народженні в Україні залишається низькою порівняно з іншими європейськими країнами.

Справжньою проблемою, з якою стикається Україна, є епідемія туберкульозу. Поганий стан здоров'я українців можна пояснити кількома факторами, серед яких - недоліки системи охорони здоров'я.

В основному, український сектор охорони здоров'я був досить недоторканим з часів розпаду Радянського Союзу, в той час як сусідні країни проводили різноманітні медичні реформи. Хоча згідно з Конституцією, охорона здоров'я декларується як безоплатна, приватні платежі, як формальні, так і неформальні, є поширеним явищем в Україні. Недостатнє державне фінансування створило ситуацію, яка сприяла сегрегації населення за рівнем доходу, місцем проживання та іншими ознаками, таким чином, суперечить конституційній гарантії надання безоплатної медичної допомоги для всіх. Як наслідок, існуюча система охорони здоров'я є малоефективною та несправедливою. Беручи до уваги соціальні та враховуючи соціальні та економічні перетворення останнього десятиліття, український сектор охорони здоров'я потребує реформування та впровадження нового типу відносин як на національному, так і на місцевому рівнях.

Останніми роками в Україні точаться палкі дискусії щодо запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування. Однак численні законопроекти так і не були ухвалені парламентом [1].

Актуальність роботи. Фундаментальні соціально-політичні, соціально-економічні та соціокультурні характеристики сучасних людських суспільств формують те, як люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють, що в кінцевому підсумку впливає на здоров'я людей та його соціальний

розподіл. Тут маються на увазі два рівні «соціальних детермінант» - структурні рушійні сили, які генерують і розподіляють владу, доходи, товари і послуги на глобальному, національному та місцевому рівнях, а також більш безпосередні умови повсякденного життя [2, 3].

Багато соціальних детермінант здоров'я (СДЗ) існують поза межами сектору охорони здоров'я, у різних сферах діяльності уряду та інших основних інституцій, включаючи неурядові організації та приватний сектор [4-5].

Тому дослідженню факторам публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я з метою їх постійної корекції з метою найбільш тривалого позитивного впливу на здоров'я населення надається так багато уваги у всіх країнах світу. Це і визначило доцільність нашої кваліфікаційної роботи з метою імплементації кращого європейського досвіду у багатофакторне публічне адміністрування сфери охорони здоров'я України.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження кращого європейського досвіду і потенційних можливостей та інструментів реалізації можливого впровадження його форм і принципів в систему охорони здоров'я України.

Об'єктом є процес формування та реалізації політики держави, спрямованої на покращення діяльності сфери охорони здоров'я.

Предметом нашого дослідження є поєднання теоретико-методологічних та науково-прикладних аспектів удосконалення механізмів державного регулювання індустрії охорони здоров'я нашої країни.

Завданнями дослідження є:

- визначення історичної еволюції концептуальної основи політики держави щодо адміністрування медичною галуззю;
- вивчення теоретичних та методологічних даних досвіду провідних країн світу з питань функціонування систем охорони здоров'я;
- дослідження механізмів, інструментів та детермінант впливу на державне регулювання сферою громадського здоров'я;
- аналіз пріоритетних проблем адміністрування державою індустрії охорони здоров'я;

– пошук напрямів модернізації державної політики України спільно з міжнародними партнерами на підставі європейського досвіду публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я;

– обґрунтування пропозицій щодо прийняттого європейського досвіду для імплементації у царині публічного адміністрування в Україні.

Елементами наукової новизни представленого дослідження є спроба обґрунтувати пріоритетні напрями побудови ефективної моделі сфери охорони здоров'я на кращому досвіді країн ЄС.

Методи дослідження. Використані наукові методи системного аналізу та синтезу. Для більш повного розкриття актуальних проблем регуляторного впливу державного менеджменту застосовувались інструменти експерименту, аналогічного порівняння, діалектики, аналізу, єдності логічного і історичного. Було поєднано загальнонаукові та спеціальні методики оцінки результативності дій уряду за допомогою наукового абстрагування, монографічного підходу, використання бібліографічних даних, структурно-логічні тощо.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи доповідались на трьох науково-практичних конференціях в Поліському національному університеті, що найшло відображення в трьох наукових публікаціях.

Обсяг і структура. Кваліфікаційну роботу викладено на 49 сторінках. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку 57 використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-ІСТОРИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ІНСТРУМЕНТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЛІТИКИ ДЕРЖАВНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Державне управління має давні витоки. В античності єгиптяни та греки організовували державні справи за посадами, а головні посадові особи вважалися відповідальними за відправлення правосуддя, підтримання правопорядку та забезпечення достатку. Римляни розробили більш досконалу систему у своїй імперії, створивши окремі адміністративні ієрархії для правосуддя, військових справ, фінансів і податків, закордонних і внутрішніх справ, кожна з яких мала своїх головних посадових осіб. Складна структура адміністрування, яку пізніше наслідувала Римо-католицька конфесія, охоплювала всю імперію, з ієрархією чиновників, які підпорядковувалися через своїх начальників імператорові. Ця складна будова скасована при падінні Західної Римської імперії в V столітті, але багато її практик продовжували існувати у Візантійській імперії на сході, де панування державної служби знайшло відображення в принизливому використанні слова «візантинізм».

Перші адміністративні структури у Європі розвинулися з королівських домашніх господарств Середньовіччя. На початок кінця XIII століття посадові обов'язки в королівських дворах були нечітко визначені, часто одну й ту саму посаду обіймали кілька осіб. Винятком були більш чітко визначені посади дворецького (відповідального за постачання вина), стюарда (відповідального за організацію бенкетів), камергера (часто відповідального за отримання і виплату грошей, що зберігалися в королівській спальній кімнаті) і канцлера (зазвичай священика, відповідального за написання і накладення печатки від імені монарха). З XIII століття почався поділ між суто побутовими функціями королівського дому та функціями, пов'язаними з управлінням державою. Старі господарські посади мали тенденцію до зникнення, перетворення на синекури або зниження їхньої важливості. Посада канцлера, який завжди займався

державними справами, вижила і стала найважливішою сполучною ланкою між старими придворними канцеляріями й міністерствами сучасного устрою, а розвиток сучасного казначейства або міністерства фінансів можна прослідкувати до посади камергера в королівському дворі.

З середини XIII століття три інституції почали формуватися як головні органи управління державними справами: Високий суд (що розвинувся в основному з канцелярії), казначейство і колегіальна королівська рада. Однак у Франції та Англії, такі органи з'явилися лише на початку XIV століття. У Бранденбурзі, під керуванням курфюрста (князь, що мав право вибирати імператора Священної Римської імперії) і який пізніше став основою Пруської держави, ці структури стали відокремленими структурами лише на початку XVII століття.

Окрім міністерств юстиції та казначейства, які виникли на базі старих придворних канцелярій, сучасні міністерські структури в Європі розвинулися з королівських рад, які були впливовими органами знаті, що призначалися монархом. Завдяки розподілу праці в цих органах секретарі монархів, які спочатку мали низький статус у раді, стали чи не першими професійними державними службовцями в Європі в сучасному розумінні цього слова. Близькість секретарів до монарха давала їм більше інформації про наміри монарха, а їхня відносна постійність давала їм більший досвід у конкретних державних справах, ніж у більш швидкоплинних дворян, що входили до складу ради. Їм також допомагали співробітники. Значення секретарів зросло в XV-XVI століттях, коли вони стали більш-менш повноправними членами ради.

Державне управління, реалізація державної політики. Сьогодні державне управління нерідко аналізується як подібне тому, що вміщує в собі також певну відповідальність за визначення політики та програм урядів. зокрема, це планування, організація, спрямування, координація та контроль за діяльністю уряду.

Державне управління є характерною рисою всіх країн, незалежно від їхнього державного устрою у межах країн державне управління здійснюється

на центральному, проміжному та місцевому рівнях. взаємовідносини між різними рівнями влади в межах однієї країни становлять зростаючу проблему державного управління.

У більшості країн світу створення висококваліфікованих адміністративних, виконавчих або директивних класів зробило державне управління окремою професією. сукупність державних адміністраторів зазвичай називають державною службою. у сполучених штатах від елітарних класових конотацій, які історично були притаманні державній службі, свідомо відмовилися або з початку ХХ століття, в результаті чого державних службовців визнали професіоналами і цінують за їхні знання та досвід.

Традиційно державну службу протиставляють іншим органам, які служать державі повний робочий день, таким як армія, судова система та поліція. спеціалізовані служби, які іноді називають науковими або професійними державними службами, надають технічну, а не загальну адміністративну підтримку. традиційно в більшості країн розрізняють також національну державну службу і тих осіб, які працюють за кордоном на дипломатичних посадах. таким чином, державний службовець - це одна з груп осіб, які безпосередньо зайняті в управлінні внутрішніми справами держави і чия позиція і статус не є політичними, урядовими, військовими або поліцейськими.

У більшості країн до державної служби не належать органи місцевого самоврядування або державні корпорації. однак у деяких країнах, особливо в унітарних державах, де провінційна адміністрація є частиною центрального уряду, деякі провінційні працівники є державними службовцями. у сполучених штатах на всіх рівнях влади існують власні державні служби - федеральні, штатні та місцеві, а державна служба - це саме та частина державної служби, на яку вступають за результатами іспитів і яка передбачає постійну роботу.

Певні характеристики є спільними для всіх державних служб. Вищі державні службовці вважаються професійними радниками тих, хто формує державну політику. у деяких країнах при вступі на вищу державну службу

особлива увага приділяється кваліфікації в технічних галузях, таких як бухгалтерський облік, економіка, медицина та інженерія. в інших країнах вважається доречною юридична освіта, а в третій від кандидатів на вищі посади не вимагають знання певних технічних чи академічних дисциплін. незалежно від їхньої точної кваліфікації, вищі державні службовці є професіоналами в тому сенсі, що їхній досвід у державних справах, як вважається, дає їм знання про межі, в яких державна політика може бути ефективною, а також про ймовірні адміністративні результати різних курсів дій. очікується, що державні службовці в кожній країні консультуватимуть, попереджатимуть і допомагатимуть тим, хто відповідає за державну політику, а коли рішення вже прийнято, забезпечуватимуть організацію для його реалізації. відповідальність за політичні рішення лежить на політичних членах виконавчої влади (тих членах, які були обрані або призначені для політичного керівництва урядом і, як правило, є кар'єрними державними службовцями). зазвичай, державні службовці захищені від громадського осуду за свої поради. однак їхні адміністративні дії можуть підлягати спеціальному судовому контролю, від якого жоден член виконавчої влади не може їх захистити.

Державна служба організована за стандартною ієрархічною схемою, в якій командна структура піднімається пірамідою від найнижчих посад до найвищих. таке підпорядкування передбачає підкорення законним наказам керівника, і для підтримки цієї системи ієрархія посад позначена фіксованими позиціями, з чітко визначеними обов'язками, конкретними повноваженнями та об'єктивно оціненими зарплатами і привілеями. у деяких країнах можливе пряме призначення на вищі посади осіб, які раніше не працювали на державній службі, але навіть у цьому випадку визнана система внутрішнього просування підкреслює характер ієрархічної піраміди.

Впродовж XX століття дослідження і практика державного управління були, по суті, прагматичними і нормативними, а не теоретичними і вільними від цінностей. Це пояснює те, чому публічне управління, на відмінність від певних соціальних наук, розгорталось без особливого занепокоєння щодо

всеохоплюючої теорії. Лише в середині ХХ століття, з поширенням теорії бюрократії німецького соціолога Макса Вебера, з'явився інтерес до теорії державного управління. Більшість подальших бюрократичних теорій, однак, були адресовані приватному сектору, і було мало зусиль для того, щоб пов'язати організаційну теорію з політичною теорією.

Основним принципом державного управління завжди була економія та ефективність – тобто надання державних послуг за мінімальних витрат. Зазвичай це було проголошеною метою адміністративної реформи. Незважаючи на зростаюче занепокоєння щодо інших цінностей – таких, як реагування на суспільні потреби, справедливість і рівне ставлення, участь громадян у прийнятті урядових рішень – ефективність продовжує залишатися головною метою [7].

З'являється все більше доказів того, які заходи можна вжити для покращення соціальних детермінантів здоров'я (Social Determinants of Health – SDH) та забезпечення справедливості у сфері охорони здоров'я, часто зосереджуючись на формулюванні державної політики. Однак, хоча важливо розробляти політику, спрямовану на подолання несправедливості у сфері охорони здоров'я, дуже важливо, щоб ця політика була фактично реалізованою [8].

З точки зору здоров'я населення та справедливості у сфері охорони здоров'я, існує відносно мало досліджень складних політичних структур та адміністративних рівнів, через які здійснюється управління та реалізація державної політики. У цій статті ми надаємо огляд наукової галузі державного управління та висвітлюємо її роль у сприянні кращому розумінню викликів і можливостей для впровадження політик і програм, спрямованих на покращення справедливості у сфері охорони здоров'я.

Поєднання державного управління та громадського здоров'я.

Сфера державного управління.

Державне управління відноситься до «організаційних структур, управлінських практик та інституціоналізованих цінностей, які впроваджують

посадові особи» в процесі реалізації політики та втілення в життя волі урядів [9].

Таким чином, державне управління не існує окремо від питань політики, але, як стверджують Майєр та Хілл, «викуване в кузні політики» [10]. Де Леув корисно проводить різницю між «політикою» і «діями» у сфері громадського здоров'я. Тут «політика» виникає з політики, але є здебільшого статичною; «дія» політики з'являється через її адміністрування та впровадження і включає «переговори і торги між тими, хто прагне втілити політику в життя, і тими, від кого залежать дії» [11, 12].

Це обов'язково передбачає залучення до політичних процесів і втручання з їхнього боку, особливо при розгляді складних і часто ідеологічно складних питань, таких як більш справедливий розподіл ресурсів для досягнення цілей соціальної справедливості та рівності в охороні здоров'я [13].

У широкому розумінні, державне управління стосується того, як ефективно досягати цілей політики через багаторівневі адміністративні системи, що складаються з державних і недержавних структур. Центральними сферами дослідження, які перетинаються з сучасними проблемами громадського здоров'я, є наступні:

«Об'єднання»: Як створити інтеграцію між різними частинами уряду, які повинні працювати разом для вирішення складних проблем і реалізації багатогранної політики (тобто тієї, яка може охоплювати такі сфери, як соціальне забезпечення, освіта і охорона здоров'я) [14, 15].

«Перетин кордонів»: як ефективно працювати з тими, хто не входить до складу уряду, але є невід'ємною частиною впровадження політики. До них відносяться все більш різноманітні мережі неурядових і приватних організацій, яким уряд «підряджає» функції з надання послуг (або реалізації політики) [16].

«Партнерства»: З двома попередніми пунктами пов'язані питання про те, як забезпечити ефективну роботу організацій та уряду в партнерстві один з одним для досягнення найкращих результатів [17].

Державне управління та громадське здоров'я.

Ці напрямки досліджень і способи роботи в державному управлінні перегукуються з підходами, прийнятими в рамках ЦУР, а також з діями і дослідженнями в галузі справедливості у сфері охорони здоров'я. Міжсекторальна діяльність посідає центральне місце в охороні здоров'я з 1970-х і 1980-х років, що було визначено Алма-Атинською декларацією та Оттавською хартією зміцнення здоров'я [18-20].

Ця міжсекторальна діяльність у сфері охорони здоров'я особливо стосується питань «перетину кордонів» в державному управлінні. Тут література з державного управління пропонує нові концептуальні та емпіричні ідеї, досліджуючи «об'єкти», що перетинають кордони, в різних адміністративних контекстах (тобто, не тільки в сфері охорони здоров'я). Ці межові об'єкти - це групи або колективи суб'єктів, які створюють різні способи пізнання з метою просування міжсекторальної співпраці [21, 22].

Вони діють як «структурні маяки «...будують, спрямовують і підтримують міжсекторальну співпрацю: «Граничні об'єкти та їх розвиток допомагають учасникам осмислити свій світ, зрозуміти, що вони хочуть з ним зробити і чому, і, таким чином, вони... допомагають об'єднати людей, ідеї та інших учасників для просування вперед».

Зовсім недавно «Здоров'я у всіх політиках» (Health in All Policies - HiAP) з'явилося як набір інституційних механізмів для забезпечення кращого здоров'я та справедливості у сфері охорони здоров'я через міжвідомчу координацію (тобто «об'єднання») [23-26].

Нещодавній документ, який намагався перенести уроки з літератури з державного управління на HiAP та пов'язані з ним заходи, продемонстрував, що об'єднані ініціативи вимагають складної архітектури підтримки для забезпечення їх впровадження.⁷ Наразі в деяких інтервенціях у сфері громадського здоров'я вона не настільки добре розвинена, як могла б бути.

Тут література з державного управління пропонує важливу інформацію про те, як розробити таку архітектуру [27-29].

Це включає сильні лінії підзвітності, численні «важелі» для змін і готовність змінювати інструменти та механізми впровадження з часом.

Якщо розглядати сферу державного управління ширше, то, починаючи з 1980-х років, дослідження і практика державного управління пройшли через три парадигми (хоча жодна з цих парадигм не була «повною», тобто на практиці ми бачимо цілу низку підходів, що застосовуються):

Державне управління – де основна увага приділялася адмініструванню встановлених ролей і керівних принципів [30].

Новий державний менеджмент – увага до міжсекторального управління, пошук підприємницького лідерства в державному секторі, зростання і використання ринків, конкуренції та контрактів для розподілу ресурсів і надання послуг [31-33].

Нове державне управління (нова парадигма) (New Public Governance – NPG) – прихильність до політичних мереж і відносин співпраці між організаціями, фокус на інституційних відносинах у суспільстві та уряді [34].

Нове державне управління (НГУ) продовжує попередні ітерації реформи державного управління, намагаючись охопити дедалі складніші мережі суб'єктів, які сьогодні беруть участь у державній політиці – як пояснюють Кікерт і Коппенджан, «політичні мережі – це контекст, в якому відбуваються політичні процеси» [35].

Вони варіюються від «політики» і політиків, через численні адміністративні рівні уряду (департаменти, робочі групи, комітети, консультативні ради тощо) до недержавних суб'єктів, включаючи комерційні (наприклад, корпоративні) і неприбуткові організації. Варто, однак, зазначити, що різні елементи різних парадигм (або тенденцій) державного управління залишаються на місці. У будь-якому місці ми, як правило, бачимо поєднання різних підходів у дії.

Управління різноманітними мережами змусило практиків і науковців у сфері державного управління зосередити увагу на тому, як створювати

адміністративні архітектури та механізми управління, які підтримують комунікацію, підзвітність і сталі послуги (і результати політики).

Ця сфера діяльності є потенційно дуже плідною для дослідників громадського здоров'я, які зацікавлені в заходах щодо SDH на «висхідному» рівні. Дослідження в галузі державного управління показали, що необхідно приділяти більше уваги обговоренню цінностей, смислів і взаємовідносин між організаціями (і всередині них). Наприклад, які суперечливі цінності можуть існувати між різними частинами систем державного управління (наприклад, між охороною здоров'я та освітою або іншими сферами) і як ними можна ефективно управляти? Це також висунуло на перший план навички взаємовідносин. Дослідження в галузі державного управління все частіше підкреслюють важливість «м'яких навичок» для лідерів державної служби і тих, хто намагається працювати без кордонів у державній політиці, оскільки вони важливі для роботи в мережевому середовищі [36].

До них відносяться: навички вирішення проблем, навички координації (об'єднання людей за столом переговорів), посередницькі навички (бачення того, що має відбутися) і гнучкість. Можливо, ці ж навички є критично важливими для дослідників у сфері громадського здоров'я, які працюють над змінами в державному управлінні.

Погляд на політичний процес, запропонований новим державним управлінням, виходить за рамки картезіанської евристики (тобто політичних циклів, моделей і рамок), які раніше були сформульовані як в політології, так і в сфері громадського здоров'я. Він підкреслює той факт, що «робота над політикою» зараз відбувається в різних сферах і під різними прикриттями, і що ми повинні усвідомлювати це, працюючи в політичній сфері [37].

Без усвідомлення цієї зміни зусилля, спрямовані на проактивну і продуктивну участь у покращенні політики і надання послуг у сфері охорони здоров'я, будуть більш обмеженими. Як показали дослідження втручань на рівні громад, знання контексту є критично важливим для ефективного втручання та змін. Важливо, що дослідження в галузі державного управління

показують, що цей контекст не є статичним. Бюрократичні структури змінюються, але вони також зазнають впливу тенденцій і культурних змін, коли певні підходи до управління політикою (і подальшими програмами) отримують перевагу над іншими. Таким чином, залучення до передових досліджень у сфері державного управління допоможе дослідникам громадського здоров'я бути в курсі контекстуальних змін, які впливатимуть на ефективність таких зусиль, як HiAP (Health in All Policies – HiAP).

В даний час сфери громадського здоров'я і державного управління залишаються в значній мірі відокремленими, хоча варто відзначити, що зростаючий інтерес до «політики охорони здоров'я» призводить до зближення цих сфер.^{10,41,42} Ми стверджуємо, що багато чого можна отримати від більш тісної взаємодії з літературою з питань державного управління. Нове державне управління описує «контексти», в яких прихильники громадського здоров'я намагаються втрутитися для створення змін [38].

При цьому воно також розширює їх, розкриваючи більш різноманітні сфери «політичної роботи», в яких громадське здоров'я може ефективно брати участь. Більше того, нещодавня робота в цій галузі показала, що якщо ми не залучаємо суб'єктів політики через мережі, наші зусилля зі створення змін, швидше за все, будуть менш ефективними або «змиються» з часом. Таким чином, завдяки кращому розумінню суб'єктів політики і контекстів у різних сферах політики, захисники і практики громадського здоров'я матимуть більше можливостей для втручання у висхідні структурні детермінанти несправедливості у сфері охорони здоров'я, які знаходяться у сфері політики, інституційної інерції та макроекономічної і соціальної політики, цілі якої не узгоджуються зі справедливістю у сфері охорони здоров'я [39].

Державні установи відіграють величезну роль у забезпеченні громадського здоров'я для населення держави як на мікро-, так і на макрорівні. Доступність громадської охорони здоров'я є питанням фундаментальної потреби. Всі люди в суспільстві повинні мати доступ до послуг і закладів, незалежно від їхнього соціального та фінансового статусу. Державне

управління тісно пов'язане з організаційними структурами, управлінськими практиками та стандартизованими цінностями, які посадовці впроваджують у життя, реалізуючи різноманітні політики.

Коли ми думаємо про покращення стану здоров'я та прогрес у сфері охорони здоров'я, на думку спадають, насамперед, лікарі та інші допоміжні медичні працівники. Але мало хто знає, що в охороні здоров'я є менш відома і ключова сторона, яка критично впливає на пацієнта, результати лікування і весь фармацевтичний сектор в цілому – це державне управління. Вони є найвпливовішими професіоналами у сфері державного управління. Люди, які займають таку високу посаду, відіграють незамінну роль у формуванні та розвитку всього медичного сектору.

Тому зміцнення здоров'я та якості життя, а також зменшення впливу інфекційних хвороб на суспільство – найважливіша роль, яку відіграє адміністратор системи охорони здоров'я, – продиктована виключно державним управлінням. Загальне здоров'я населення є життєво важливим для майбутнього країни настільки, що ми можемо оцінити загальний розвиток країни за якістю здоров'я мас, а отже, і за втручанням посадових осіб органів державного управління.

Наприклад, нами досліджено державне управління Ботсвани і Зімбабве після здобуття незалежності. Ці дві південноафриканські країни, з різним ступенем успіху активно вдосконалювали свою політику в галузі охорони здоров'я і стали прикладом для багатьох африканських країн, які борються з проблемами громадського здоров'я, що завдають шкоди здоров'ю населення. Порівняння філософії охорони здоров'я цих двох країн, пояснює нам важливість державного управління у сфері громадського здоров'я.

А аналіз системи державного управління цих двох країн, в рамках яких здійснюється управління громадським здоров'ям, забезпечує нас подальшою оцінкою їх ефективності для громадськості з моменту здобуття незалежності. Управління громадським здоров'ям у цих країнах надає, як приклад,

порівняння з ідеологією державного управління, якої дотримується кожна з цих країн [40].

Функціонування системи менеджменту і робота адміністратора системи громадського здоров'я одночасно схожа і відрізняється від роботи осіб, які займаються адмініструванням в інших сферах. Адміністративні елементи схожі. До них відносяться нагляд за працівниками, координація програм, підготовка бюджетів, моніторинг програм, оцінка результатів і підсумків. Інші аспекти, що мають відношення до сфери громадського здоров'я, відрізняються від інших сфер. Адміністратори громадського здоров'я займаються програмами охорони здоров'я та профілактики захворювань. Вони керують освітніми кампаніями і намагаються зберегти здоров'я людей, яким вони служать. Інші медичні працівники мають схожі цілі щодо підтримки здоров'я, але часто вони займаються відновленням або лікуванням, а не профілактикою.

Існує 10 основних функцій громадського здоров'я, з якими адміністратор повинен бути знайомий. Існує спеціалізований орган з питань права громадського здоров'я. Дані постійно генеруються. Їх потрібно сортувати, класифікувати, зберігати та інтерпретувати. Існують системи для відстеження захворювань, життєво важливих подій, відходів, комах та багатьох інших аспектів громадського здоров'я. Отримані дані повинні бути організовані і представлені таким різним групам, як представники громадськості, урядові установи і фахівці. Необхідно періодично оцінювати загальний стан здоров'я населення, яке обслуговується. Необхідно створювати, впроваджувати та оцінювати програми втручання. Проводяться інші форми досліджень.

ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ

Адміністрування громадського здоров'я – це компонент галузі охорони здоров'я, який зосереджується на управлінні людьми та програмами. Щоденно адміністрування необхідне для того, щоб організації працювали ефективно та

успішно. Програми повинні бути керованими. Сфера адміністрування пов'язана з теорією і методами, що походять з різних галузей, головним чином з менеджменту.

РОЗДІЛ 2.

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО СУЧАСНИЙ СТАН В УКРАЇНІ

Сьогодні, як ніколи, очевидна потреба в медичній реформі що є не лише «дозрілим», а й певною мірою «перезрілим». Реалізація права людини в якісних медичних послугах повинні визначати напрям громадськості політики в Україні щодо реформації наявного ладу охорони здоров'я та утворення продуктивної української системи керівництва своїми механізмами державного управління.

Вирішенню цього завдання допоможе аналіз досвіду організації галузі охорони здоров'я в країнах Європи, чиї системи охорони здоров'я були визнано успішним. Уряди багатьох країн європейського регіону в межах ВООЗ постійно переглядає свої системи охорони здоров'я, оцінка доцільності своїх підходів до фінансування організації процесу та надання послуг охорони здоров'я. Тим часом, на нашу думку, має бути здійснена модернізація системи охорони здоров'я за змістом як в нормативно-економічному, так і в організаційному напрямках. Зрештою, ефективність заходів щодо реформації системи охорони здоров'я не оцінюється лише в частині короткострокової економії коштів державного бюджету на розвиток с медичної промисловості, а й з точки зору здатності, у довгостроковій перспективі, вдосконалюватися здоров'я всього населення. Ці нормативні показники однакові важливі для трансформування системи охорони здоров'я в Україні та за її кордоном.

Процеси трансформаційних змін у вітчизняній охороні здоров'я системи в європейських країнах, здебільшого, пов'язані з організаційно-нормативні та економічні аспекти охорони здоров'я. Переоцінка існуючих механізмів державного управління охороною здоров'я система повинна в першу чергу вирішувати питання фінансування, економічного регулювання, та нормативне забезпечення лікування та контролю якості медичних послуг надається. Все це робиться для підвищення результативності та ефективності боротьби для охорони здоров'я, дотримуючись при цьому етичних імперативів розвитку

медицини в загальному. Різні країни роблять це по-різному, враховуючи свої демографічний, соціально-економічний, національний, медичний, організаційний, територіальний й інші особливості розвитку. Вивчення основних аспектів європейського виміру реформування механізмів державного управління системою охорони здоров'я дозволяє не тільки аналізувати окремі сучасні моделі медичних систем, але також обґрунтувати їх ефективність та актуальність впровадження в Українська національна система охорони здоров'я [41, с. 91].

Аналіз світового досвіду свідчить, що останніми десятиліттями спостерігається активний розвиток державно-приватного партнерства, що віддзеркалює процеси розширення і побудови нової форми відносин держави і бізнесу в щоб забезпечити конкурентне середовище для соціально-економічного прогресу. Світовий досвід показав, що найбільш поширені форми залучення в приватні особи в партнерствах у сфері охорони здоров'я включають:

- контракти, що надаються державою приватним компаніям з метою виконання робіт і послуг, а також постачання продукції на виконання державних потреб та ін. Найбільш поширена договірна форма державно-приватне партнерство, що використовується в масштабних проектах, у міжнародній практиці є концесія Угода;

- система орендних відносин, яка виникає при передачі державою свого майна в оренду приватних осіб: будівлі, виробниче обладнання та ін., а за них сплачується орендна плата використання державного майна компаніями приватної форми власності;

- утворення державно-приватних сполучень. Залучення приватного сектору до реалізації капіталу державного підприємства не виключає корпоратизацію й утворення спільних закладів. Ступінь свободи приватного сектора, але у випадку прийняття адміністративних та господарських рішень означається розмір його частки у статутному капіталі. Чим менше приватна

частка порівняно з державними інвестиціями, тим менше має приватний сектор здатність приймати рішення, в які держава не втручається.

На цьому тлі слід зазначити, що повне моделювання, запозиченого світового досвіду щодо шляхів реалізації «дизайн» державно-приватного симбіозу у галузі охорони здоров'я нашої країни не завжди дасть очікуваний результат. Окрім того, прогрес здоров'я системи опіки пов'язаний з високими соціальними і значними комерційно-політичними ризиками. Швидке, незбалансоване впровадження проєкту державно-приватного партнерства. Проєкт у цій сфері в Україні наразі можливо створити економічні втрати для держави і приватного сектора, а також до зростання соціальних втрат для людей в цілому [42, с. 147].

Тому, на нашу думку, його необхідно розробити та впровадити інструменти інституційного, нормативно-методичного забезпечення в потенціал впровадження проєктів державно-приватного партнерства в індустрії охорони здоров'я в нашій державі.

Розглянемо докладніше досвід яких європейських країн можуть бути використані Урядом України при реформуванні існуючої громадськості механізми керування системою охорони здоров'я. Система охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки має цінність для обох, роботодавців і громадян, що утворює складнощі надання медичної допомоги всьому населенню. Але, в той же час, ця система за багатьма є світовим лідером позиції: якість послуг медицини, кваліфікованість медперсоналу, терапія окремих хвороб, базові дослідження у сфері медицини, застосування новітні технології та інше. Сполучені Штати Америки заснували а система охорони здоров'я, заснована на високій конкуренції та орієнтована на споживача підходи, які сприяють високому рівню надання медичної допомоги та покращують професіоналізм лікарів. Це, у свою чергу, можна використовувати для створення ефективного системи охорони здоров'я в Україні [43].

В Україні, як і у Великій Британії, уряд продукує угоди для продуктивного і загальнодоступного лікарського сервісу всім громадянам.

Медична допомога надається безкоштовно в державні та комунальні заклади охорони здоров'я; існуючу мережу таких установ не можна скорочувати. Держава сприяє розвитку закладів охорони здоров'я і догляду усіх форм власності [44].

Крім того, Законом України «Про Державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» громадянам на отримання необхідних медичних послуг та ліків за рахунок Державного бюджету України, спрямованих на виконання програми про медичні гарантії від медичних працівників [45].

Проте згідно з ч. 3 ст. 4 цього Закону медичні послуги та лікарські засоби, не включені до програми медичних гарантій не підлягають оплаті за рахунок коштів державного бюджету України, що передбачила реалізацію програми медичних гарантій. Відповідно до ст. 10 Закону України «Про державні фінансові гарантії охорони здоров'я, єдині тарифи оплати медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення», що надаються пацієнтам під програму медичних гарантій встановлена для всієї території України оплата за єдиним тарифом гарантується всім закладам охорони здоров'я відповідно до договорів про охорону здоров'я [47].

Однак цей закон встановлює часткову оплату медичних послуг. Отже, окрім таких цін, слідувало б установити найбільші тарифи на медпослуги, що пропонуються установами охорони здоров'я приватної форми власності. Подібні ціни, в Японії ладнають на урядовому щаблі, того пацієнти не почувають розбіжності при звертанні до закладу охорони здоров'я державної чи приватної форми власності.

Вирішальне значення має досвід європейських країн, зокрема Великобританії, де є механізми державного управління для захисту прав людини, особливо незахищені верстви населення: неповнолітні, інваліди, пенсіонери та інші. На цій основі доцільно розробляти та впроваджувати державну медичну програму підтримки пенсіонерів з метою збільшення тривалості життя в Україні, а також для підтримки активності українського населення «третього віку» [6]. Реформування охорони здоров'я в Україні

практично неможливе без пріоритетність державного управління своєю системою. Виходячи з досвіду британської системи охорони здоров'я, а також, враховуючи досвід і помилки інших розвинутих країн, можна виділити такі пріоритети: запровадження механізму оплати медичних послуг на принцип «гроші ходять за пацієнтом», доступність ліків та підвищення обізнаності громадськості про дії влади, спрямовані на реформування громадські механізми управління системою охорони здоров'я в Україні в контексті європейського виміру. Держава, зі свого боку, повинна змінити підходи до фінансування охорони здоров'я і системи догляду: не зосереджуватися, перш за все, на виділенні коштів на оплату «стін» закладів охорони здоров'я та комунального господарства, але на забезпеченні медичних послуг, яких потребують пацієнти. Зазвичай це первинна та екстрена медична допомога. Це має бути «двигун» змін на вторинній і третинній ланці надання медичної допомоги [46].

Стратегія «охорони здоров'я, орієнтованої на людину» реалізується в Європейському регіоні. Комплексний характер допомоги забезпечується через існуючі широкий спектр послуг з лікування, реабілітації та профілактики безпосередньо лікарями первинної ланки або спеціально організовані в інших закладах. Суть цієї стратегії в кінцевому підсумку зводиться до таких напрямів, як:

- формування ринку медичних послуг і передача на нього основні регулятивні функції з поступовим відходом держави від адміністрування процеси діяльності медичних установ;

- підсилення регулювальних позицій уряду у стані прогресування ринкових процесів публічного керівництва системою охорони здоров'я, що є винятково важливим для створення перепон негативної дії на ринок доступу до меддопомоги;

- створення сполучних конструкцій, що сприятимуть зросту медичної промисловості в економічному сенсі тощо.

Стратегія «охорони здоров'я, орієнтованої на людину» в основному реалізується в країнах, що здійснюють ринкові реформи соціальної сфери в

цілому, як це відбувається в сучасній Україні. У контексті таких реформ це надзвичайно важливо щоб посилити регулюючу роль держави як основного гаранта доступності і безпеки медичної допомоги. Забезпечення якості залишається ключовим викликом для постачальників медичних послуг та як показник їх конкурентоспроможності. Роль органів управління в забезпеченні якості системи медичної допомоги полягає в створенні ситуації для того, щоб сформувати та раціонально вжити відповідний потенціальний ресурс (матеріальний, технічний, кадровий тощо), а також щоб стимулювати інноваційні моделі управління якістю. Необхідність зміцнення влади основою для реалізації стало регулювання у сфері охорони здоров'я таких конкретних стратегій, у тому числі формування «регульованих конкуренція» між закладами охорони здоров'я, а також між охороною здоров'я страховики. Для нашої країни актуальна проблема інтеграції об'єктів зі страхуванням організацій не є актуальною через обмежений розвиток страхування бізнесу та фактична відсутність конкуренції на ринку медичних послуг [47, с. 82].

Впродовж 2012-2019 рр. валові витрати на систему охорону здоров'я в Україні враховують 7,7 % ВВП на рік (приблизно 4,1% державного бюджету та близько 3,6 % приватного сектора, головним чином домогосподарств та його складових витрат), які насправді мало чим відрізняється від світових та європейських тенденцій у фінансуванні медичної промисловості. Загальні видатки країн Європейського альянсу на медицину становлять 8,9 % і в цілому – 8,6 % у всьому світі. Однак через низький ВВП на душу населення вартість становить лише близько 200 доларів США, що значно нижче середнього показника в Європейському Союзі (3340 доларів США). Для вирішення цієї проблеми у нас впроваджується новітня система солідарного медичного страхування, враховуючи передові сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я в світі, особливо країн Центральної та Східної Європи. Основним джерелом фінансування в оновлену систему охорони здоров'я є Державний бюджет України, переважно за рахунок національних податків.

Проте оплата за терапію людини не є пов'язаними з сумою індивідуального внеску особи [48].

Слід зазначити, що в останні роки відбувається поступовий перехід від національної моделі здравоохранення до страхової системи її створення. Проте кількість захворювань зростає, рівень і якість медичних послуг істотно не покращується, фінансовий стан медичного персоналу залишає бажати кращого, що вимагає реформування системи медичного страхування в Україні, а також вивчення зарубіжного досвіду з її впровадження в нашій країні [49].

Високий рівень розвитку загальнообов'язкового соціального медичного страхування, за винятком Німеччини, характерна для таких країн, як Франція, Республіка Чехія, Нідерланди та деякі інші країни, де частка витрат цього виду страхування в загальній сумі витрат на охорону здоров'я, становить приблизно 90%. Відмінність Франції від Німеччини полягає у тому, що страховиком у ній є Національна Страхова організація, відтак неодмінне медичне страхування набирає централізованої форми. Всі першорядні французькі платформи медичного страхування здійснюються на досвіді НСЗУ та відповідними місцевими структурами [50, с. 63].

Таким чином, підбиваючи проміжні підсумки вивчення європейського досвіду реформування механізмів державного управління охороною здоров'я системи, слід зазначити, що в усіх країнах застосовуються різні форми і види медичного страхування такі, як добровільне, так і обов'язкове, і тільки такі економічно розвинені країни, такі як Великобританія, Швеція, Канада, можуть собі це дозволити мати державну систему фінансування охорони здоров'я, організацію якої висвітлено більш детально в попередньому пункті, але навіть у цих економічно передових країнах існують системи медичного страхування. [51].

В Україні страховий ринок не настільки розвинений, як в інших країнах Європи, тому що в останні кілька років економіка нашої країни знаходиться в дуже крихкому і невизначеному стані. Тому громадяни України стараються сконцентрувати більш коштів натомість, щоб зробити довготривалі внески, і

навіть коли це обходить їхнє здоров'я. Утім не дивлячись на вказане, страховий медичний ринок в Україні живе і намагається завзято підноситися хоч і в подібному трудному становищі. Найширше застосовується страхування особи, коли клієнт укладає особисто з страховою компанією. Іноді медичне страхування є частиною соціального пакету великі компанії, але вона має відносно невелику ринкову частку. Позаяк нехай у нас в країні медичне страхування є чималою прерогативою для клієнтів компаній із страхування. У випадку настання страхового інциденту, це надає громадянину змогу не турбуватися про вартість ліків і необхідного обстеження. В додаток, клієнт точно знає суму, на яку він може розраховувати і заплатити за певне здоров'я та послуги догляду. Якщо заклад охорони здоров'я порушує стандарти охорони здоров'я, то страхова компанія може відмовити в їх виплаті повністю або частково.

На нашу думку, існує два основних недоліки медичного страхування. Перший, якщо через рік (або інший термін, зазначений у страховому полісі) страхова подія не станеться з вами або вам не потрібна медична допомога, тоді ніхто не стане повертати гроші. По-друге, потрібно чітко розуміти, якими будуть страхові виплати зроблено відповідно до умов вашої політики. Якщо ви чимось захворіли що не зазначено у вашому договорі страхування, компанія не буде компенсувати оплату медичних послуг. Наприклад, часто страхування здоров'я не включає пакет надання стоматологічних послуг, або вони є дуже обмеженими [52].

Тому, виходячи з наведеного огляду, ми можемо лише зробити висновок, що немає альтернативи медичному страхуванню. Медичне страхування – єдиний вихід із ситуації системи охорони здоров'я України від глибокої економічної та соціальної кризи [11]. Світовий досвід показує, що оптимальний варіант для практики – це реалізація домінант медико-економічної доцільності діяльності системи охорони здоров'я де є інституція сімейної медицини – лікаря загальної практики. Його завдання – сформулювати найбільш оптимальний спосіб обстеження і лікування пацієнтів і, таким чином,

управління всім обсягом і процесом догляду допомогу. Переваги інституту сімейного лікаря ще й у тому, що він дає змогу існуючому фонду охорони здоров'я чітко розмежувати функції та фінансові потоки первинної медичної допомоги, вторинної амбулаторної медичної допомоги та лікарняної допомоги, тобто до досягнення ефекту керованого догляду. Крім того, ця нова концепція передбачає використання сучасних інформаційних та управлінських технологій [3]. Що стосується України, то загальновідомо, що сімейна медицина існує вже більше 15 років, проте, вона не була повністю реалізована через ряд факторів, таких як:

- несполучність урядової політики стандартам європейського розвитку;
- нерозвинутість нормативної бази, несистемний підхід до неї організація;
- недостатня підготовка медичного персоналу;
- невизначеність щодо обсягу та рівня медичної допомоги розробка маршруту або процедури направлення хворого в сім'ю лікар та ін. [53, с. 6].

У реальних прикладах ми надаємо відгук про досвід використання медичних послуг для пацієнтів-українців, які проживають у США, Німеччині, Британії та Франції. Усі респонденти відзначили величезну різницю, порівняно з Україною, у відношенні лікаря до хворого як до клієнта. Утім це частина сформована культурою соціального спілкування в усіх сферах суспільного життя в розвинених країнах – в групі, у сфері послуг, у приватному спілкуванні. Тому в поліклініках, незалежно від їх форми володіння, відношення прихильне, розпочинаючи з мед- та іншого персоналу із будь-якого низького щабля і кінчаючи найвищими управлінськими працівниками. Всі давним-давно втямили, що існують у загальному просторі і це не є причиною створювати собі додаткові проблеми. Тому ніякого жорстокого поводження чи хамства. Як наслідок, лікарям довіряють, тому що, законодавство в галузі медицини дуже розвинене, є уповноважені органи, що постійно контролюють рівень надання послуг, дотримання вимог професійної етики, а корупція як така взагалі відсутня. В додаток, лікарі витримують вимоги стандартів і клінічних протоколів під час діагностики та при визначенні терапії, відтак і впливовість

фармкомпаній на рішення лікарів в державах Євросоюзу згорнуто, на відміну від України. Ось чому імплементація обов'язкових протоколів в Україні має велике значення для усунення негативного впливу лікарських засобів на лікарів. В Україні, крім загальних засад відшкодування шкоди викликаної лікарем, спеціального медичного законодавства немає. Рудиментарні залишки Радянського Союзу – це підрозділ, в якому діагностує один лікар, інший оперує, а інший – лікує. Лікар відповідальний за встановлення непідтвердженого діагнозу, виписування рецептів, неправильне лікування або допущення хірургічної помилки [13]. Респондентів, які поділилися своїм досвідом пацієнтів в інших країнах просили висловити свої побажання та пропозиції, які вони вважають необхідними для реалізації в Україні. Переважна більшість людей закликала:

- впровадження державної страхової медицини;
- затвердження базового пакета
- доступність медичних послуг для всіх громадян;
- прийняття низки законів до посилення відповідальності лікарів за корупцію, недбалість і етику;
- перш за все, зміна ставлення лікаря до пацієнта як клієнта.

Як виявилось, жодна країна, крім Данії, не має єдиної системи медичних карт пацієнтів, хоча існують електронні картки для ідентифікації пацієнтів в порядку доступності до медичної допомоги, послуг і страхування, але немає повного паперового або електронного запису пацієнтів у будь-якому місці. Але зараз всі перелічені країни рухаються в цьому напрямку.

Поки що особливе занепокоєння викликає реформа медичної політики в Україні проблема доступності населення України, що мешкає на периферічних територіях, до висококваліфікованих послуг медицини з діагностики та лікування. Більшість людей у Європі та США мають власні авто. Тому навіть ті, хто живе у віддалених районах, адже для них своя машина не така розкіш як для нас, можуть доїхати до найближчої лікарні. Серед інших проблем додається проблема нестачі коштів на медичні державні спецавтомобілі – дороги, вартість пального,

комплектуючих і самих автомобілів, ціна яких в Україні перебільшує тарифи європейських країні та американських штатах. Не говорячи вже про інші проблеми - якість обладнання лікарні, яке буде передано місцевим бюджетам, труднощі з приватизацією та створенням професійної та конкурентоспроможного ринку медичних працівників, перепідготовка та моральна етика перетворюються на корумповану систему закладів охорони здоров'я, до бізнес-лікарів, які легко можуть шукати лазівки, наприклад, у подальшій співпраці з фармацевтикою компаній, незважаючи на клінічні протоколи. Найголовніше, що бракує позитивного досвіду реформ, які реалізуються в багатьох сферах державного управління та ефективної громадськості інституцій, які б забезпечували послідовність і незворотність цих реформ. Більш того, можна без перебільшення сказати, що успіх в реформі залежить від суспільства в цілому, і перш за все від запиту громадян України на чесну, прозору та професійну медицину [54, 55].

ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ

На основі аналізу ефективної практики в функціонуванні систем охорони здоров'я в європейських країнах можна визначити принципи, важливі для формування національної системи громадських механізмів управління системою охорони здоров'я в Україні, в тому числі:

- налагоджений процес взаємодії держави, приватного сектору та самих громадян;
- збалансований розподіл обов'язків з охорони здоров'я між центральними та місцевими владними органами;
- створення моделі здоровоохорони на підставі панівного суперництва та пацієнтоорієнтованості;
- гарантований доступ до медичної допомоги, зручність їх отримання через ефективне використання наявних ресурсів;
- створення та розвиток системи медичного страхування.

РОЗДІЛ 3.

ШЛЯХИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Виклики, що стоять перед Україною сьогодні, стираються через протиріччя подальшого розвитку, а саме: глобалізацію, трансформацію ринків праці та розвитку, а саме: глобалізація, трансформація ринків праці, використання якісно нових технологій у промисловості та посилення конкуренції на державному та глобальному щаблях. На практиці це виражається в покращенні роботи органів публічної влади задля підвищення ефективності їх функціонування. Результатом цих процесів є розвиток змішаної системи процесів змішаної системи державного управління, одним з недоліком якої є відсутність цілісності та узгодженості в діяльності всіх рівнів публічної влади.

Досягнути поставленої мети значить передбачити рішення для виконання наступних задач:

- аналіз можливих проблем, які можуть виникнути під час використання зарубіжного досвіду у вітчизняному публічному управлінні;
- пошук та дослідження можливих шляхів подолання проблем, які виникають при використанні зарубіжного досвіду публічного адміністрування в Україні.

Концепція публічного адміністрування передбачає інтеграцію не тільки національних але й універсальних принципів функціонування управлінських систем. Наразі, завдяки системним інтеграційним процесам, правила і процедури функціонування національних систем державного управління набувають ознак інтегрованих управлінських систем. За таких умов раціоналізація державного управління передбачає впровадження зарубіжного досвіду формування механізмів державного керування, створення на цій основі

управління, життєздатних моделей функціонування публічних інституцій, насамперед.

Основними проблемами використання європейського досвіду публічного управління в Україні є такі:

- зарубіжний досвід часто запозичується без обов'язкової оцінки його застосовності до конкретних умов та особливостей країни. У такому випадку позитивний досвід може перетворитися на свою протилежність;

- іноземний досвід іноді приймається еkleктично, тобто часто використовуються взаємовиключні фрагменти. Аналогічна ситуація виникає при використанні досвіду кількох зарубіжних країн або моделей державного управління;

З метою пристосування України до передового світового досвіду відносно здоров'я громадян України держава повинна:

Створити мотиваційний простір для населення про відповідальність за своє здоров'я. Це можна зробити шляхом опрацювання і здійснення інформаційних заходів про важливість здорового способу життя, а також запровадження економічних стимулів для громадян, які піклуються про своє здоров'я.

Утворити мережу закладів відновлювального лікування та паліативних закладів. Це дозволить забезпечити якісну медичну допомогу пацієнтам з хронічними захворюваннями та онкологічними хворими.

Запровадити нову тендерну політику в системі охорони здоров'я. Це дозволить забезпечити прозорість та ефективність закупівель медичних послуг і препаратів.

Надавати психологічну допомогу хронічним хворим не тільки у спеціалізованих закладах охорони здоров'я, але і у центрах благодійних та громадських організацій. Це дозволить забезпечити доступність психологічної допомоги для всіх, хто її потребує.

Запровадити Стандарт реабілітації хворих. Це дозволить забезпечити якість та доступність реабілітаційних послуг для всіх пацієнтів, які потребують їх.

Конкретні заходи, які можна вжити для реалізації цих завдань, включають:

Розробка та впровадження програми державного фінансування пропаганди здорового способу життя.

Запровадження пілг для громадян, які займаються спортом, дотримуються здорового харчування та не палять.

Створення мережі реабілітаційних центрів та паліативних закладів у всіх регіонах України.

Впровадження електронних механізмів закупівель медичних послуг і препаратів.

Розвиток мережі психологічних центрів, які надають допомогу тяжко хворим.

Розробка та затвердження Стандарту реабілітації хворих.

Реалізація цих заходів дозволить поліпшити стан здоров'я населення України та забезпечити доступність якісної медичної допомоги для всіх громадян [56].

Слід також відзначити досвід Сполучених Штатів Америки можуть бути застосовані в Україні для удосконалення законодавчої бази стосовно:

- забезпечення коштами планів подання меддопомоги малозабезпеченим фізичним особам;
- розширення мережі охорони здоров'я в регіонах;
- розробка оптимального механізму стимулювання роботи здоров'я робітників;
- покриття витрат на виконання державних програм, для превенції хвороб та ін.

Вищезгадані переміни можуть стати важливим із етапів послідовного втілення змішаної системи асигнування на сферу охорони здоров'я України та

подальшого охоплення медичним страхуванням усього працездатного віку населення. Також необхідно оптимізувати національні програми профілактики захворювань України, яка включатиме оптимізацію загальної гігієнічної освіти, обов'язкові медичні огляди та спостереження за певними видами захворювань, наслідки вакцинації тощо. Це має знизити рівень захворюваності населення та витрати на охорону здоров'я без шкоди для якості здоров'я і догляду в цілому. Приклад позитивного впровадження профілактики захворювань програми є Японія, яка стала однією з небагатьох країн з високим життям очікувана тривалість (86 років для жінок і 79 років для чоловіків) [57].

Ми погоджуємося з думкою, що серед позитивних сторін в організації системи обов'язкового медичного страхування в Німеччині, яка має бути використана в Україні при реформуванні механізмів державного управління системи охорони здоров'я є такі:

- оплата медичних послуг, що надаються лікарями, здійснюється на підставі бальної системи оцінки рівня наданих ними послуг, яка унеможливорює зловживання персоналу медичного закладу
- спроможність людей, статки якої перевищують фіксовану суму, залишити систему обов'язкового страхування та перейти до приватного страхового сектора;
- можливість працівника забезпечити медичне страхування непрацюючих членів сім'ї;
- можливість вільного вибору страхової компанії, лікаря, об'єкту охорони здоров'я тощо;
- збалансований розподіл повноважень у сфері охорони здоров'я між державними та місцевими;
- опрацювання галузі охорони здоров'я на основах панівного змагання з огляду на пацієнта;
- позитивний доступ до медичної допомоги і послуг, зручність в їх одержанні напрямом результативного вживання існуючих можливостей;
- впровадження та розріст моделі медичного страхування.

Важливим є і освітній фактор з управління охороною здоров'я в галузі державного управління. Отримавши ступінь магістра з управління охороною здоров'я в галузі державного управління, випускники готові розпочати кар'єру, яка пропонує можливості змінити на краще життя цілих громад та суспільства в цілому. Ця спеціалізована програма призначена для формування майбутніх лідерів організацій охорони здоров'я та інших суміжних сфер з метою формування політики, створення та розробки нових політик і методів, а також підтримки прагнення до високої якості в галузі охорони здоров'я та медичної індустрії.

Магістерська програма з адміністрування охороною здоров'я в галузі державного управління часто є необхідним кроком для здобуття професійної кваліфікації, необхідної для того, щоб змінити ситуацію в цій сфері.

Світ - це місце, яке швидко змінюється та розвивається. Щоб наздогнати галузь, що стрімко розвивається, потрібні нові рішення, які б відповідали потребам суспільства. Пропонуємо ідеї стартапів для глобального сектору охорони здоров'я;

1. Телемедичні платформи для дистанційних консультацій та діагностики - особливо в районах з недостатнім рівнем обслуговування або в ситуаціях, коли пацієнти не можуть фізично відвідати клініку, телемедицина може надати цінну послугу.

2. Носимі пристрої для моніторингу здоров'я та аналітика на основі штучного інтелекту – вони можуть допомогти людям більш ефективно відстежувати показники свого здоров'я, що дозволить на ранніх стадіях виявляти потенційні проблеми зі здоров'ям.

3. Платформи для дотримання режиму прийому ліків – Існує значна потреба в більш досконалих інструментах, які допоможуть людям не забувати приймати ліки за призначенням, особливо тим, хто має складні схеми прийому ліків або хронічні захворювання.

4. Віртуальна реальність для лікування болю – віртуальна реальність показала себе як немедикаментозна альтернатива знеболюванню, і стартапи

можуть дослідити, як зробити цю технологію більш доступною та ефективною для пацієнтів.

5. Персоналізоване харчування на основі даних – зростає інтерес до персоналізованих планів харчування на основі унікальних даних про стан здоров'я людини. Стартапи можуть розробити платформи, які використовують алгоритми машинного навчання для створення індивідуальних планів харчування для людей на основі їхніх медичних цілей та біомаркерів.

6. Платформи психічного здоров'я для дистанційної терапії та консультування – оскільки проблеми психічного здоров'я продовжують викликати серйозну стурбованість у всьому світі, стартапи можуть розробити платформи, які полегшують людям доступ до терапії та консультування в Інтернеті.

7. Соціальні мережі, орієнтовані на охорону здоров'я. Ці платформи можуть об'єднати людей зі схожими проблемами зі здоров'ям і дозволити їм обмінюватися інформацією та ресурсами у сприятливому середовищі.

8. Платформи для оптимізації ланцюгів постачання медичних послуг – пандемія COVID-19 висвітлила потребу в більш стійких та ефективних ланцюгах постачання медичних послуг. Стартапи можуть розробити інструменти для відстеження та оптимізації постачання критично важливого медичного обладнання та витратних матеріалів у режимі реального часу.

9. Управління медичною документацією на основі блокчейну – технологія блокчейн може забезпечити безпечний і децентралізований спосіб управління медичною документацією, дозволяючи пацієнтам володіти і контролювати свої дані, забезпечуючи при цьому конфіденційність і безпеку.

10. Платформи медичної грамотності та освіти - існує значна потреба в покращенні медичної освіти та грамотності, особливо в громадах з недостатнім рівнем обслуговування. Стартапи можуть розробити платформи, які використовують гейміфікацію та інші цікаві методи для навчання людей про здоров'я і благополуччя.

Ми всі знаємо, що медичні заклади потребують ефективного управління, щоб забезпечити успіх бізнесу. Сьогодні недостатньо просто добре функціонувати, потрібно ще й добре управляти закладом. Фактично, вони повинні управлятися таким чином, щоб конкурувати з іншими медичними установами на рівних умовах.

Ось кілька порад щодо того, як можна покращити роботу та управління в закладах охорони здоров'я:

1) Встановити належну субординацію: Належна субординація допоможе вам керувати закладом більш ефективно та результативно. Це також допоможе вам контролювати ефективність роботи співробітників і підтримувати їхню мотивацію, щоб вони могли забезпечити найкращі результати для клієнтів компанії.

2) Створити ефективне робоче середовище: Ефективне робоче середовище – це середовище, в якому працівники відчують, що їх цінують і підтримують їхні керівники, а також один одного в рамках корпоративної культури. Це допоможе їм краще працювати, оскільки вони відчуватимуть, що їхній внесок цінують, а не залишатимуть позаду, тому що хтось має вищий статус, ніж вони, або тому що когось іншого підвищили, бо він потребує більше уваги з боку начальства.

3) Проводити час зі своїми пацієнтами: Це може здатися контрінтуїтивним, але один з найкращих способів для вашого закладу покращити свою діяльність та управління – це проводити час зі своїми пацієнтами! Вони не завжди можуть сказати найкраще про своє перебування у вашому закладі, але у них є думки про те, як можна було б покращити роботу – і вони, як правило, влучні. Виділяючи час на відвідування пацієнтів щодня, ви зможете почути, чого вони хочуть від перебування у вашому закладі, а потім працювати разом з ними над втіленням цих змін у життя. Ви також можете використати цю можливість для навчання персоналу, щоб усі знали, наскільки важливо для кожного з них відволіктися від своїх звичайних обов'язків, щоб зустрітися з пацієнтами в цей (або будь-який інший) період часу.

ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ

Таким чином, нагальною проблемою сьогодення є трансформація та пошук новітніх застосунків в конструкції публічного керування що призвело до відмови від звичайного способу управлінської діяльності та актуалізації механізмів самоорганізації та самоврядності систем соціуму, поряд з підвищенням соціальної ефективності публічного управління. Сучасні концепції модерного державного менеджменту та врядування зосереджуються на високій ефективності публічного управління, політичному плюралізмі в державного управління, політичний плюралізм у прийнятті рішень, передача повноважних завдань і функцій на підлягаючий рівень ієрархії керування, більш збалансований розподіл владних повноважень, відповідальності та підзвітності, розвитку та розширенню участі громадськості.

ВИСНОВКИ

На основі аналізу європейського досвіду реформування громадськості механізми управління системою охорони здоров'я, які можуть бути використані в Україні, можна зробити таке заключення:

1. Практика Сполучених Штатів Америки та країн Європейського Союзу свідчить про позитивні та негативні сторони формування організаційних структур в системах охорони здоров'я. Здається, ключ до впровадження реформ в Україні такий. Слід підкреслити послідовність змін і гнучкість у розшукуванні щонайкращих шляхів піднесення національної галузі охорони здоров'я. Україні варто звернути увагу на можливість створення повноцінної Державного фонду обов'язкового медичного страхування замість посередницької послуги.

2. Встановлена змішана модель організації системи охорони здоров'я в Україні поступово запроваджується, що уможливить державі юридично надати гарантії кожній людині привілей на безкоштовну медичну допомогу, впровадити довершені інструменти грошових видатків меддопомоги потребуючим, без збільшення витрати на охорону здоров'я з державного бюджету. У цьому контексті німецький досвід є корисним для демонстрації доцільності створення недержавних страхових фондів (наприклад, німецьких фондів медичного страхування), які будуть придбувати медичні послуги у державних або приватних закладах охорони здоров'я, що посилить конкуренцію між ними.

3. Дотримання відповідних ритмів розвою охорони здоров'я в Україні та апроксимації її до європейських шаблонів потребує шукання сучасних поглядів на діяльність цієї сфери, грошового забезпечення курсом диверсифікації джерела фінансування як альтернатива бюджетному фінансуванню.

По-перше, незалежно від правових та організаційних форм охорони здоров'я які використовуються, справа продуктивного діяльності галузі

медичного страхування у переважній кількості світових держав є терміноюю і потребує реформування та вдосконалення.

По-друге, світовий досвід підтверджує, що найбільш незахищені верстви населення в першу чергу потребує трансформаційних змін у медичному секторі для забезпечення ефективного соціального захисту.

По-третє, необхідно запровадити обов'язкове соціальне медичне страхування, що розроблено для вирішення соціальних проблем суспільства та досягнення соціальних стандартів.

По-четверте, для підвищення якості необхідно добровільне медичне страхування і догляд.

Будь-яка країна намагається утворити таку модель охорони здоров'я, котра найбільше ідеологічно, економічно та ментально прийнятна, тому сліпе запозичення окремих ідей і копіювання успішних світових систем для її розвитку не завжди мають ствердний наслідок. Ціль успіху найбільшого ступеня доступу та якості допомоги по догляду мають бути визначальними для України. При цьому необхідно врахувати та збалансувати державні та приватні інтереси.

У цьому контексті розглядаємо прийняття Закону України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування», в якому мають бути чітко визначені суб'єкти страхування, інструментарій його грошового постачання, основи утворення та шляхи вживання фінансових ресурсів та реєстр і категорії осіб, які мають бути охоплені цим видом страхування. Слід зазначити, що організація фінансування медичного страхування значить, як доводить краща практика других держав, дійову кооперацію у цьому порядку між державою, яка забезпечує обов'язкове медичне страхування, і приватним страховим агентом, який створює послуги і забезпечує ними медичного страхування надобровільній основі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. The evaluation of health care system in Ukraine in the context of structural and quality-enhancing reforms. URL: http://www.ier.com.ua/files/Projects/Projects_2005/2005_08_eerc%20russia/Project%20output/2005_08_eng.pdf (дата звернення 23.11.2023).
2. Friel S, Marmot M. Social determinants of global health equity. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:225–236. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 23.11.2023).
3. Marmot M, Friel S, Bell R. et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661–1669. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 23.11.2023).
4. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Closing the Gap in a Generation*. Geneva: WHO; 2008. [PubMed] (дата звернення 29.11.2023).
5. Marmot M. *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. London; 2010.
6. Marmot M. Social Determinants of Health Inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–1104. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 30.11.2023).
7. Public administration. URL: <https://www.britannica.com/topic/public-administration>. (дата звернення 23.11.2023).
8. Hill M, Hupe P. *Implementing Public Policy*. 2nd ed. London: Sage; 2009.
10. Meier K, Hill G. Bureaucracy in the Twenty-First Century. In: Ferlie E, Lynn L, Pollit C, eds. *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford: Oxford University Press; 2007:51-71.
9. Lynn L. Public Management: A Concise History of the Field. In: Ferlie E, Lynn L, Pollit C, eds. *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
10. Meier K, Hill G. Bureaucracy in the Twenty-First Century. In: Ferlie E, Lynn L, Pollit C, eds. *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford: Oxford University Press; 2007:51-71.

11. de Leeuw E, Clavier C, Breton E. Health policy—why research it and how: health political science. *Health Res Policy Syst.* 2014;12:55. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 15.11.2023).

12. Barrett SM. Implementation studies: time for a revival? *Public Adm.* 2014;82:249–262. [Google Scholar] (дата звернення 17.11.2023).

13. Matland RE. Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *J Public Adm Res Theory.* 1995;5:145–174. [Google Scholar] (дата звернення 13.11.2023).

14. Pollitt C. Joined-up Government: a Survey. *Political Studies Review.* 2003;1:34–49. [Google Scholar] (дата звернення 13.11.2023).

15. 6 P. Holistic government. London: Demos; 1997.

16. O’Flynn J. Crossing boundaries: The fundamental questions in public management, In: O’Flynn J, Blackman D, Halligan J, eds. *Crossing Boundaries in Public Management and Policy: The International Experience.* London: Routledge; 2013:11-44.

17. O’Flynn J. The cult of collaboration in public policy. *Australian Journal of Public Administration.* 2009;68:112–116. doi: 10.1111/j.1467-8500.2009.00616.x. [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення 23.11.2023).

18. Baum F, Lawless A, Williams C. Health in All Policies from International Ideas to Local Implementation: Policies, Systems and Organizations. In: Clavier C, de Leeuw E, eds. *Health Promotion and the Policy Process.* London: Oxford University Press; 2013:188-217.

19. Алма-Атинська декларація. Алма-Ата; 1978.

20. Оттавська хартія зміцнення здоров'я. Оттава; 1986.

21. Williams P. The Competent Boundary Spanner. *Public Adm.* 2002;80:103–124. [Google Scholar] (дата звернення 29.11.2023).

22. Crosby B, Mclaughlin K, Chew C. Leading across frontiers. In: Osborne S, ed. *The New Public Governance.* New York: Routledge; 2010:200-222.

23. Baum F. Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promot Educ.* 2007;14:90–95. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення 19.11.2023).

24. Carey G, Crammond B, Keast R. Creating change in government to address the social determinants of health: how can efforts be improved? *BMC Public Health.* 2014;14:1087. doi: 10.1186/1471-2458-14-1087. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення 27.11.2023).

25. Friel S, Harris P, Simpson S, Bhushan A, Baer B. Health in All Policies Approaches: Pearls from the Western Pacific Region: Health in All Policies in the Pacific. *Asia Pac Policy Stud.* 2015;2:324–337. doi: 10.1002/app5.89. [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення 22.11.2023).

26. Kickbusch I. *Policy Innovation for Health.* New York: Springer; 2009.

27. Keast R. Joined-Up Governance in Australia: How the Past Can Inform the Future. *Int J Public Adm.* 2011;34:221–231. doi: 10.1080/01900692.2010.549799. [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення 27.11.2023).

28. Carey G, Crammond B. What Works in Joined-Up Government? An Evidence Synthesis. *Int J Public Adm.* 2015 doi: 10.1080/01900692.2014.982292. [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення 27.11.2023).

29. O’Flynn J, Buick F, Blackman D, Halligan J. You Win Some, You Lose Some: Experiments with Joined-Up Government. *Int J Public Adm.* 2011;34:244–254. doi: 10.1080/01900692.2010.540703. [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення 23.11.2023).

30. Osborne SP. The New Public Governance? *Public Management Review.* 2006;8:377–387. [Google Scholar] (дата звернення 09.11.2023).

31. Fusarelli LD, Johnson B. Educational governance and the new public management. *Public Administration and Management: An Interactive Journal.* 2004;9(2):118–127. [Google Scholar] (дата звернення 07.11.2023).

32. Blackman D, Buick F, O’Donnell M, O’Flynn J, West D. Developing High Performance: Performance Management in the Australian Public Service. Strengthening the Performance Framework Project’: a joint research program of The

Australian National University, The Australian Public Service Commission, The University of Canberra and The University of New South Wales; 2012.

33. Reddel T. Beyond participation, hierarchies, management and markets: “New” governance and place policies. *Australian Journal of Public Administration*. 2002;61:50–63. doi: 10.1111/1467-8500.00258. [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення 07.11.2023).

34. Osborne S, ed. *The New Public Governance*. New York: Routledge; 2010.

35. Kickert W, Koppenjan J. *Public Management and Network Management: An Overview*. In: Kickert W, Klijn EH, Koppenjan J, eds. *Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector*. London: Sage; 1997:35-60.

36. Dickinson H, Sullivan H. *Imagining the 21st Century Public Service Workforce*. Melbourne: School of Government, University of Melbourne; 2014.

37. Colebatch H. *Beyond the Policy Cycle: The Policy Process in Australia*. New South Wales: Allen and Unwin; 2006.

38. Pollitt C. *Context in Public Policy and Management: the Missing Link?* Edward Elgar Pub; 2013.

39. *Understanding the Role of Public Administration in Implementing Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities*. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4663081/> (дата звернення 12.11.2023).

40. *Public Administration and Public Health Management*. URL: <https://dblp.ucnedu.org/blog/impact-of-public-administration-in-the-public-health-management/> (дата звернення 27.11.2023).

41. Вовк, С. М. «Механізми державного управління системними змінами в охороні здоров'я», автореферат докторської дисертації, механізми державного управління, 2019, Донецький державний університет управління, Маріуполь, Україна, 610 с.

42. Турчак, Д. В. «Механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я», автореферат кандидатської дисертації, механізми державного управління, Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України, Київ, Україна, 2019, 315 с.

43. Литвиненко, М. В. (2015), «Принципи побудови національної системи охорони здоров'я в Україні», Теорія та практика державного управління, №2, URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trpdu_2015_2_33. (дата звернення 15.11.2023).

44. Гончарова, О. (2017), «Медична реформа - панацея чи остаточне знищення?», Право охорони здоров'я. URL: <http://khpg.org/index.php?id=1484060362>. (дата звернення 14.11.2023).

45. Верховна Рада України (2018), Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>. (дата звернення 13.11.2023).

46. Костюк, В. С. (2017), «Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації», Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка та управління, №24(2), URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%28%29__11. (дата звернення 06.11.2023).

47. Карлаш, В. В. «Механізми державного регулювання громадського здоров'я в Україні», автореферат докторської дисертації, механізми державного управління, Національний університет цивільного захисту України, Харків, Україна, 2020, 307 с.

48. The official site of health care (2020), Newsletter «What was and will be», URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_health_care.pdf. (дата звернення 23.11.2023).

49. Сокирко, О. С. Кобзар, І. А. и Ханалієва, І. С. «Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні», Економіка та суспільство, 2018, №19, URL: http://economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/171.pdf. (дата звернення 28.11.2023).

50. Пархета, Л. В. «Медичне страхування та його роль у фінансуванні системи охорони здоров'я в Україні», автореферат дисертації кандидата економічних наук, гроші, фінанси і кредит, Державний вищий навчальний заклад «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана», Київ, Україна, 2018, 287 с.

51. Нонко, В. «Зарубіжний досвід медичного страхування», Форіншурерне страхування в Україні. Новини страхування, URL: <https://forinsurer.com/public/>. 02/12/12/155. 2020, (дата звернення 14.11.2023).

52. Health Insurance in Ukraine: Do You Really Need How to Choose a Package and Prices (2020). URL: https://zik.ua/news/2018/08/24/medychna_strahovka_v_ukraini_chy_diysno_potribna_yak_obraty_paket_i_tsiny_1392845. (дата звернення 16.11.2023).

53. Яремчук, О. В. «Кращі зарубіжні практики сімейної медицини: досвід для України», Державне управління: удосконалення та розвиток, 2018, № 11, URL:http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2018/101.pdf. (дата звернення 24.11.2023).

54. Панченко, І. (2017), «Пацієнти про медицину. Світовий досвід», Тиждень. Україна, URL: <https://tyzhden.ua/Society/197814> (дата звернення 23.11.2023).

55. Ткачова, Н. М. «Напрями реформування політики громадського здоров'я», Інвестиції: практика та наука, 2018, №8, URL:http://www.investplan.com.ua/pdf/8_2018/19.pdf (дата звернення 23.11.2023).

56. Східна політика європейського союзу: здобутки, виклики та перспективи. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/30320/1/Adapting%20to%20the%20conditions%20of%20Ukraine%20the%20best%20world%20experience%20in%20the%20health%20of%20the%20nation.pdf> (дата звернення 24.10.2023).