

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

ПАРФЕНЮК ТЕТЯНА МИКОЛАЇВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 338
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: АДАПТАЦІЯ ДО УМОВ УКРАЇНИ**
(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

Т. М. ПАРФЕНЮК
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
ПЛОТНІКОВА Марія Федорівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук, доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

за результатами попереднього захисту: **ПАРФЕНЮК Тетяни Миколаївни**
допущена 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)

«__» грудня 2023 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **ПАРФЕНЮК Тетяна Миколаївна** захистив
(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

ПАРФЕНЮК Т. М. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я: адаптація до умов України. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

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

Визначено основні риси розвитку системи охорони здоров'я провідних країн світу з позиції можливості його залучення в Україні. Встановлено, що управління галуззю системно відрізняється від регіону до регіону, від країни до країни, що впливає на становлення системи охорони здоров'я, її вплив на середовища та врахування інтересів соціуму й публічного управління. Визначено, стан України з урахуванням її позицій у світових рейтингах. Визначено обсяги й джерела фінансування галузі, основні напрями витрат та пріоритетні компоненти щодо активізації діяльності та підвищення якості наданих послуг. Окреслено динаміку видатків на лікувальні заклади у розвинених країнах. Встановлено структуру витрат та перспективні напрями розвитку системи охорони здоров'я на всіх рівнях. Позитивні тренди щодо фінансування й впровадження інновацій у галузі дозволить підвищити ефективність її функціонування, що вплине на поліпшення якості надання медичних послуг.

Ключові слова: публічне адміністрування, державне регулювання, охорона здоров'я, політика, зарубіжний досвід, якість послуг.

SUMMARY

PARFENIUK T. Foreign Experience of Public Administration in the Healthcare Sector: Adaptation to the Conditions of Ukraine. – 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, 2023.

The main features of the development of the healthcare system in Western countries are identified the world from the position of opportunities for its involvement in Ukraine. It is established that the management of the industry systematically differs from region to region, from country to country, which affects the formation of the healthcare system, its impact on the environment and taking into account the interests of society and public administration. The state of Ukraine is determined, taking into account its positions in world rankings. The volumes and sources of financing for the industry, the main directions of expenditures and priority components for activating activities and improving the quality of services provided are determined. The structure of expenditures and promising directions for the development of the healthcare system at all levels are established. Positive trends in financing and introducing innovations in the industry will increase the efficiency of its functioning; it will affect the improvement of the quality of medical services.

Keywords: public administration, state regulation, healthcare, politics, foreign experience, quality of services.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН.....	7
1.1. Підходи до реформування системи державного управління	7
1.2. Моделі управління системою охорони здоров'я зарубіжних країн....	12
Висновки до розділу 1	16
РОЗДІЛ 2. СТАНОВЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПЕРЕДОВИЙ ДОСВІД.....	18
2.1. Проведення реформ участі органів державної влади в управлінні системою охорони здоров'я	18
2.2. Соціальна політика як пріоритетний напрям в управлінні системою охорони здоров'я	22
Висновки до розділу 2	27
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	31
3.1. Напрями управління системою охорони здоров'я з урахуванням найкращих світових практик.....	31
3.2. Перспективи впровадження закордонного досвіду публічного управління закладами охорони здоров'я	39
Висновки до розділу 3	43
ВИСНОВКИ.....	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	47

ВСТУП

Актуальність теми. Ефективна публічного управлінська у сфері охорони здоров'я з позиції діяльності виконавчої влади як запорука соціально-економічного розвитку. Трансформація держави часів, пандемія на covid-19, війна та процеси глобалізації призвели до значних змін у сфері виконавчої влади, взаємовідносинах між владою і народом, нових формах управління, соціальних інститутах і структурах. Однак нинішній стан функціонування системи охорони здоров'я змушує констатувати необхідність їх системного та комплексного реформування. Проблема реформування системи охорони здоров'я як закономірного процесу трансформації держави та органів влади як складного багатовимірного процесу, оскільки обрана тема містить інноваційну складову. Вона вимагає об'єктивного висвітлення з урахуванням кращих вітчизняних практик та передового, зокрема європейського досвіду, який ілюструє вектор подальших змін політичної, економічної, соціальної складових.

Дослідження основних шляхів реформування системи охорони здоров'я в Україні є особливо актуальним і значущим. Як засвідчує світова практика, в сучасну епоху інновацій рівень соціально-економічного розвитку держав залежить не лише від наявних економічних ресурсів, а й від ефективної системи управління як на галузевому, так і на національному рівні. Тому на перше місце виходять питання раціонального і високопрофесійного управління, ефективної організації системи охорони здоров'я і збалансованості міждержавних відносин.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання розвитку системи охорони здоров'я, механізмів, інструментарію, методів та засобів їх державного та публічного управління, вирішення питань становлення лікувальних закладів на місцях представлені у працях Воробйова В., Глушаниця О., Р. Ісаєнка, Н. Коба, Короленка В., В. Лазоришинеця, Г. Муляра, О. Ременника, В. Слабкого та інших. Водночас динаміка глобальних процесів потребує

додаткового вивчення цього питання, зокрема на локальному та регіональному рівні.

Метою дослідження є перспективи вивчення та застосування зарубіжного досвіду у системі охорони здоров'я України. Досягнення мети забезпечене вирішенням таких завдань: 1) дослідити зарубіжний досвід публічного управління системою охорони здоров'я; 2) розкрити наявні проблеми розвитку лікувальних закладів в Україні; 3) запропонувати інструменти та механізми удосконалення національної системи охорони здоров'я з урахуванням світового досвіду.

Об'єктом дослідження є процес публічного управління та адміністрування закладами охорони здоров'я України на основі передового світового досвіду. *Предметом дослідження* є практичні та організаційно-правові механізми публічного управління системою охорони здоров'я.

Методи дослідження. Дослідження базується на системних та діалектичних підходах, інструментах системи менеджменту та публічного управління. Методами дослідження обрано спеціальні та загальнонаукові методи, зокрема статистичний, системно-структурного, ретроспективний, ретроспективний та трендовий аналізи, монографічний, соціологічний, графічний, табличний методи. *Джерелами інформації* виступила наявна нормативно-правова база України та світу, монографії та статті науковців, дані відкритих джерел – міністерств, відомств, уряду, служби статистики, мережі Інтернет, закладів охорони здоров'я, результати власних спостережень та досліджень.

Апробація результатів дослідження. Дослідження представлені на таких науково-практичних конференціях «Студентські наукові читання – 2022» (15 грудня 2022 р.) на тему «Публічна соціальна політика управління сферою охорони здоров'я зарубіжних країн», «Без коріння саду не цвісти» (Житомир, 14.10.2022 р.) на тему «Авторитет і роль державного службовця в суспільстві», «Механізми управління розвитком територій» (м. Житомир, 26–28.10.2022 р.) на тему «Державна служба як правовий і соціальний інститут».

Обсяг і структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота представлена відповідно до наказу про затвердження тем кваліфікаційних робіт спеціальності «Публічне управління та адміністрування». Основна частина роботи розміщена на 48 сторінках. Вона має анотацію, вступ, висновки, три розділи, 3 додатки та список літератури з 55 найменувань. У змісті роботи представлено 2 рисунки та 3 таблиці.

РОЗДІЛ 1.

ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН

1.1. Підходи до реформування системи державного управління

На початку ХХІ ст. уряди країн зіткнулися з проблемами продовження реформування суспільного сектору та адаптації до процесів глобалізації. Вочевидь, необхідність удосконалення досвіду європейських країн, які здебільшого провели реформи суспільного сектора є вартими уваги, що дозволить Україні уникнути чужих помилок. Питання формування стійкої моделі системи охорони здоров'я та завершення реформи наразі залишається актуальною. Відповідно, необхідно враховувати світові тенденції реформування управління системою охорони здоров'я, оскільки вона є важливим пріоритетом і стратегічним сектором України з позиції забезпечення розвитку спроможного суспільства та модернізації уряду [12]. Характерною рисою сучасної світової науки і практики державного управління є концептуальний і методологічний плюралізм, який, зокрема, відображений в концепціях нового державного управління, соціальних мереж і соціальної модернізації. Тому реформування системи охорони здоров'я в Україні на засадах концепції сталого державотворення зможе розширити можливості для адекватного реагування на виклики глобалізації та сприятиме відродженню людського капіталу [1, с. 28].

Наразі кадрові, організаційні та структурно-функціональні перетворення в Україні повинні торкнутися, в першу чергу, органів місцевого самоврядування та виконавчої влади [29], які забезпечують реальне виконання законів і підзаконних актів держави [51]. Органи державної влади впливають на найважливіші процеси суспільного розвитку, при реалізації своєї влади безпосередньо взаємодіють з населенням, і тому кожній людині має бути

гарантовано ефективний захист цих свобод і прав у випадках їх порушення, реальне дотримання і захист її прав і свобод у сфері державної влади [52].

Вивчення досвіду зарубіжних країн у реформуванні органів виконавчої влади, визначення політичного контексту, етапів і особливостей його реалізації є необхідною умовою ефективної реформи державного управління в нашій країні. Необхідно визначити, чи можливе досягнення поставлених цілей, які умови повинні бути створені для цього, проведення реформ в системі виконавчої влади, як долати бар'єри і конфлікти на різних етапах трансформації [38]. Враховуючи вирішальну роль органів виконавчої влади у забезпеченні верховенства закону та пріоритету прав і свобод людини і громадянина, необхідно визначити основні передумови для реформування органів виконавчої влади в Україні, встановити зміст і необхідність такої реформи з урахуванням інтеграції України в ЄС а також сучасна політична та соціально-економічна ситуація в країні. Проблема організації, здійснення реформ, де акцент робиться на причинах, результатах і наслідках перетворень, розкривається в працях зарубіжних авторів М. Бевіра, А. Коула, Джона Дж. Гаргана, С. Кельмана [2–5]. Ми звертаємося до їх розслідування, тому що проблеми реформування виконавчої влади в зарубіжних країнах схожі на українські. Це дозволяє нам проаналізувати причини, умови, основні реформи в цих порівнюваних країнах, систематизуючи і підтверджуючи позитивні і негативні тенденції в їх реалізації.

Мова йде про баланс витрат державного, місцевого та інших бюджетів за одночасного надання якісних послуг охорони здоров'я, що є основою стійкої національної соціально-економічної системи. Традиційно показниками її ефективності визнано рівень смертності, тривалість життя, ефективність боротьби з хронічними та інфекційними захворюваннями, частка ВВП, спрямованого на медичні послуги, відповідність світовим стандартам охорони здоров'я, реалізація гуманітарної, людиноцетричної соціально орієнтованої політики економічного та суспільного розвитку. Велику роль у цих процесах відіграє практика публічного управління, зокрема на регіональному та локальному рівні. Так, у Японії, де діє чотири рівні управління охороною

здоров'я (національний – уряд, регіональний – префектури, спеціалізований – медичні центри – обслуговують в середньому 100 тисяч мешканців, локальний – міські та сільські органи влади та, зокрема їх структурні підрозділи – департаменти охорони здоров'я які опікуються відповідними місцевими програмами [6]) за координуючої ролі Міністерства охорони здоров'я та соціального захисту. Висока вартість послуг (понад 7 тис. доларів на рік [37]) на 90% покривається коштом державної системи медичного страхування. Обмеження на оплату праці медичного персоналу та доходи для страхових компаній не допускає зловживання (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Ключові позиції системи охорони здоров'я провідних країн світу

Країна	Система	Фінансування	Витрати (частка у ВВП), %
Фінляндія	Через громадську систему ОЗ та М. вони як універсальними, фінансованими через податки. Управління на національному рівні належить Міністерству соціальної допомоги та охорони здоров'я	М	9,2
Франція	Поєднання приватного та державного секторів, фінансованих державною програмою та добровільним страхуванням. Регулюється Урядом.	М	11,3
Німеччина	Базується на принципах соціальної солідарності, саморегуляції та децентралізації. Уряд формує законодавчу та нормативну базу, здійснює контроль наукової експертизи, а землі – адмініструють надання медичних послуг	М	11,2
Нідерланди	Управління – Міністерством громадського здоров'я, добробуту і спорту, яке визначає політику у сфері, затверджує Програми соціального страхування	М	10,1
Об'єднане Королівство	Центральним органом управління є Національна служба охорони здоров'я, фінансованої коштом податків. Послуги – всім верствам населення переважно безоплатно.	Д	9,6
Італія	Національна служба охорони здоров'я сприяє загальному безоплатному доступу до медичних послуг. система є фрагментованою, децентралізованою, управління трирівневе забюрократизоване	Д	8,8
США	Це мережа програм та фрагментованих систем, фінансованих державою та приватними особами. Надання послуг здійснюється коштом програм	З	17,1

*М – медичне страхування, Д – державне фінансування, З – змішане фінансування, ОЗ – охорони здоров'я.

Джерело: сформовано на основі [43].

Незастраховані особи, зазвичай, використовують послуги некомерційних медичних центрів та лікарень швидкої допомоги. Щоправда, такі заклади не лікують, а лише діагностують захворювання. Аналогічна система діє у США з варіацією у кожному штаті. Забезпечення рівних умов та якості медичних послуг покликана диференційована система фінансування: державного та приватного страхування, державні програми, фондів пенсійного страхування, страхування від нещасних випадків, лікарняних фондів, державної скарбниці, які покривають витрати на стаціонарне та амбулаторне лікування, ліки за рецептом, проїзд до медичного закладу, забезпечення медичним обладнанням, обирати медичний заклад і лікаря тощо.

Сучасний етап реформування характеризується продовженням змін у системі охорони здоров'я. Так, в США, реформа охорони здоров'я, яка була започаткована під час президентства Барака Обами, мала на меті забезпечити доступне та якісне медичне обслуговування для всіх американців, зменшити витрати на охорону здоров'я, покращити результати та безпеку пацієнтів, а також зміцнити громадське здоров'я. Основними елементами реформи були створення ринків страхування охорони здоров'я, розширення програми Medicaid, встановлення мінімальних стандартів покриття, надання субсидій та податкових кредитів для покупки страховки, введення обов'язкового страхування для фізичних осіб та компаній, а також реформування системи оплати та якості послуг. За даними Конгресу США, реформа охорони здоров'я збільшила кількість американців, які мають страхування охорони здоров'я, на 20 мільйонів осіб, знизила рівень незастрахованості з 16% до 9%, зменшила витрати на охорону здоров'я на 2,6 трильйона доларів, покращила доступність та якість послуг, а також збільшила фінансування громадського здоров'я на 15 мільярдів доларів.

В Англії, реформа охорони здоров'я, запроваджена під час уряду Девіда Кемерона, мала на меті забезпечити більшу автономію, конкуренцію, вибір та ефективність в системі охорони здоров'я, а також зміцнити роль громадського здоров'я. Основними елементами реформи були передача відповідальності за планування та закупівлю послуг охорони здоров'я від первинної доглядової комісії до клінічних груп комісіонування, створення Національного органу здоров'я та догляду, який мав наглядати за якістю, безпекою та ефективністю послуг, створення публічного органу здоров'я Англії, який мав займатися охороною здоров'я населення, запобіганням захворювань та надзвичайними ситуаціями, а також розширення ролі приватних та добродійних постачальників послуг охорони здоров'я. За даними Національного аудиторського офісу, реформа охорони здоров'я призвела до збільшення кількості постачальників послуг охорони здоров'я з 101 до 211, зниження витрат на адміністрування на 1,2 мільярда фунтів стерлінгів, покращення доступності та якості послуг, а також збільшення фінансування громадського здоров'я на 5,4%.

В Канаді, реформа охорони здоров'я, ініційована під час уряду Джастіна Трюдо, мала на меті покращити доступність, якість, ефективність та стійкість системи охорони здоров'я, а також зміцнити громадське здоров'я. Основними елементами реформи були збільшення фінансування охорони здоров'я від федерального уряду до провінцій та територій, встановлення національних стандартів та цілей для покращення послуг первинної доглядової, психічної, домашньої та паліативної доглядової, створення національної стратегії з протидії опіоїдній кризі, створення національної системи фармацевтичного страхування, а також розширення ролі цифрових та віртуальних технологій в охороні здоров'я. За даними Канадського інституту інформації про здоров'я, реформа охорони здоров'я призвела до збільшення кількості канадців, які мають доступ до первинної доглядової, психічної, домашньої та паліативної доглядової, зниження смертності від передозування опіоїдами, зменшення

витрат на ліки, покращення результатів та безпеки пацієнтів, а також збільшення фінансування громадського здоров'я на 6% .

1.2. Моделі управління системою охорони здоров'я зарубіжних країн

Охорона здоров'я як найважливіший компонент соціальної політики держави створює умови для здорового способу життя, забезпечує добробут людини і стійкість соціально-економічного розвитку. Залежно від способів фінансування, форм і методів контролю обсягу і якості медичної допомоги, механізмів стимулювання постачальників і споживачів медичних послуг виділяють наступні моделі системи охорони здоров'я: Бісмарка (німецька); Беверіджа (Англійська); приватна (наприклад, США). Найбільшим інформаційним індикатором стану здоров'я є очікувана тривалість життя чоловіків і жінок в аналізованих країнах (табл. 1.2), хоча істотними залишаються відмінності у фінансових та організаційних механізмах та інструментах реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я визначає стану здоров'я населення.

Таблиця 1.2

Динаміка очікуваної тривалості життя при народженні, років

Країна	1990 р.		2003 р.		2017 р.		2020 р.		Темп приросту, %	
	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
Німеччина	71,9	78,4	75,1	80,8	78,3	83,1	80,8	85,5	8,8	7,1
Об'єднане Королівство	72,9	78,3	75,8	80,4	78,6	82,5	80,4	84,6	7,5	6,3
США	71,7	78,6	74,1	80,0	76,5	81,3	80,0	82,7	8,2	4,1
Україна	63,2	73,9	64,9	75,9	66,5	77,9	75,9	79,9	12,7	6,0

*чол. – чоловіків, жін. – жінок.

Джерело: сформовано на основі [3].

Відповідно проаналізуємо причини вказаних процесів. Так, найбільш широко використовується в світовій практиці страхова система охорони здоров'я (Бісмарка). Для неї характерні такі ознаки: публічно-правовий орган самоврядування здійснює страхування; роботодавець звільняється від відповідальності; фінансування медичного обслуговування здійснюють за рахунок внесків до системи соціального страхування; є розмежування між страховим бюджетом і загальнонаціональним бюджетом.

Страхову систему охорони здоров'я застосовують багато зарубіжних країн, в тому числі країни Європейського Союзу. Вона представлена Німеччиною, Австрією, Бельгією, Нідерландами і Францією. Фінансова основа системи охорони здоров'я в Німеччині включає фонди соціального страхування. Принцип функціонування системи – взаємодопомога застрахованих, розподіл навантаження між усіма, за допомогою спільного фінансування страхових послуг. Виплату страхових внесків здійснюють спільно найманий працівник і його роботодавець у рівному співвідношенні. Величина обов'язкового страхового внеску залежить від їх доходів. Винятком є внесок на страхування від нещасного випадку на виробництві. Цей страховий внесок виплачується повністю роботодавцем. Відповідальність за щомісячне перерахування всіх внесків до лікарняних кас між відповідними соціальними фондами і Федеральним агентством з праці несе також роботодавець. Величини вступних внесків, як правило, недостатньо для покриття витрат медичних організацій, тому сферу обов'язкового соціального страхування субсидує держава [42]. Умовами функціонування системи охорони здоров'я Німеччини є такі:

1. Кожен регіон (земля) має розроблені стратегічний (на кілька років) і річний плани розвитку лікарняної мережі. Їх основою є оцінка потреб населення та визначення потужності лікарень, необхідних для їх задоволення. Також компетенцією органів управління охороною здоров'я є візування великих інвестицій, в тому числі проектів будівництва нових установ, закупівлі дорогої медичної та іншої техніки.

2. Лікарняна допомога надається відповідно до жорсткої системи правил, визначених німецьким соціальним кодексом. Для укладення договору на надання медичної допомоги ОМС лікарні повинні обов'язково брати участь у програмах забезпечення якості. Набір критеріїв якості та проведення моніторингу за їх виконанням встановлюється федеральними і регіональними органами державного управління.

3. Обов'язковим елементом системи охорони здоров'я Німеччини є сукупність програм надання медичної допомоги особам, які не беруть участі у схемі обов'язкового медичного страхування у зв'язку внаслідок недостатнього рівня доходів і фінансованих на рівні земель.

4. За обов'язкового страхування без внесення додаткових внесків всі члени сім'ї застрахованого є спільно застрахованими [48] за умови, що дохід кожного з них не перевищує встановлений мінімум (327 євро в старих і 322 євро в нових землях). Тому систему ОМС розглядають як формат надання медичної допомоги людям з низьким рівнем доходу, літніх людей або сімей, які мають єдине джерело доходу.

5. Всі практикуючі лікарі зобов'язані застрахувати свою професійну відповідальність. У цьому випадку з'являється ще одне джерело фінансування (в разі здійснення лікарської помилки) – страхова компанія лікаря [2].

Іншим прикладом механізму організації функціонування охорони здоров'я є система Беверіджа. Це державна система охорони здоров'я, представлена такими країнами як Великобританія, Канада. Її основними характеристиками є такі: 1) наявність центрального та регіонального планування (за планування медичної допомоги перевагу має центральне планування); наявність вищого органу управління системою охорони здоров'я, яка здійснює свою функцію централізовано; 3) фінансування охорони здоров'я здійснюють за допомогою прямого оподаткування (кошти формуються у федеральному бюджеті і розподіляються зверху вниз по управлінській вертикалі); 4) централізоване фінансування забезпечує контроль зростання вартості медичних послуг, реалізується державний контроль медичних послуг;

5) основну частину медичних установ створює держава з метою охоплення медичними послугами всього населення [1]. Також на державу покладено наступні повноваження: підготовка медичних кадрів, планування розвитку мережі медичних організацій, фінансування поточних та інвестиційних витрат системи охорони здоров'я, розвиток медичної науки, проведення профілактичних заходів та забезпечення безкоштовної медичної допомоги населенню [2]. Так, у Великобританії домінує бюджетне страхування, головним принципом функціонування якого є загальнодоступність медичних послуг для всіх жителів країни. Основна риса системи охорони здоров'я Великобританії – фінансування медичної допомоги населенню за кошти державного бюджету і частково за рахунок частини соціального податку, що виплачується найманими працівниками і роботодавцями.

Головним прикладом приватної системи охорони здоров'я є США. Джерелом коштів для оплати медичної допомоги в системі приватного фінансування виступають індивідуальні доходи громадян і кошти роботодавців. наразі США – єдина країна, в якій надання медичного обслуговування здійснюється переважно на платній основі, тобто за рахунок приватного страхування. Роботодавець купує страховку для всіх працівників. Умови страховки (набір медичних послуг) залежать від її вартості. Відповідно, проблемами приватної системи охорони здоров'я є висока вартість медичної допомоги, різний рівень доступності, недостатня увага до пацієнтів, низький пріоритет профілактичної роботи для населення різних соціальних груп за рахунок державного фінансування [13]. Вказані проблеми визначили напрям реформування системи охорони здоров'я, починаючи з 2010 р. [22].

Поточна реформа охорони здоров'я США, реалізована відповідно до закону «Про захист пацієнтів і доступності медичної допомоги» включає такі напрями перетворень. 1) Введення обов'язкового медичного страхування для всього населення (до початку реформ страхування було необов'язковим, обсяг наданих медичних послуг визначався доходом людини або бажанням роботодавця оплатити страхування в певному обсязі, наразі кожен житель

США зобов'язаний бути застрахованим, – з цією метою введена система пільг різних груп населення, зокрема незаможних, молоді тощо), а також пільги для роботодавців. 2) Введено обсягів медичної допомоги за страховкою та регулювання страхових тарифів, що передбачає встановлення пріоритетів для різних груп населення (за вартістю) як обов'язок страхових компаній [49]. Базовий пакет страхування (довготривалого догляду, лікарського забезпечення в поліклініці, стаціонарного лікування [37]) складається з діагностики та профілактики захворювань і визначається державою [23]. 3) Іншим напрямом реформи є регулювання цін на медичні послуги та підвищення їх якості – створюються комісії з оцінки ефективності способів лікування, а також страхових компаній і приватних лікарів [2]. Незважаючи на високу вартість реформи, уряд США оцінює її як економічно ефективну за рівнем прямих та непрямих витратах. Загальна вартість реформи становить 940 млрд дол. [45].

Висновки до розділу 1

1. Основні моделі систем охорони здоров'я є приватна (США), страхова (Німеччина), регульована (Об'єднане Королівство). Принципова відмінність між ними полягає у функції держави: контролю (у регульованій), розподілу відповідальності між регіонами, роботодавцями та населенням (страхова) та особистостях (приватна), а також фінансуванні. Однак, загальною залишається тенденція до охоплення всіх верств населення та підтримка незахищеної його частини – дітей, літніх людей та малозабезпечених.

2. Основним критерієм ефективності системи охорони здоров'я традиційно визнається очікувана тривалість життя чоловіків та жінок. Темпи зростання цього параметру мають загальносвітове значення – зросла у всіх аналізованих країнах. Однак, навіть за позитивних темпів цього параметра в Україні цей показник значно відстає від усіх інших країн. Тому необхідно застосовувати успішний досвід функціонування охорони здоров'я, окремі його

елементи Німеччини і Великобританії. Лише формат приватної системи охорони здоров'я в Україні наразі не є можливим в силу військового стану, кризи в економіці та відсутність достатнього рівня доходів населення.

РОЗДІЛ 2.

СТАНОВЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПЕРЕДОВИЙ ДОСВІД

2.1. Проведення реформ участі органів державної влади в управлінні системою охорони здоров'я

В багатьох країнах реформи органів виконавчої влади є радикальними [18] (повна реорганізація системи органів влади, «нове державне управління» – Австралія, Нова Зеландія, Великобританія [7]), в той час як інші характеризуються вираженим прагматизмом і поступовістю – Німеччина [8], Фінляндія [47], Нідерланди [50]. У той же час слід зазначити, що як у держав з радикальними підходами, так і у тих, хто йде по шляху поступових реформ, є бажання запозичувати у приватного сектора модель і методи управління (повністю або більш цілеспрямовано). Це незважаючи на те, що існують суттєві відмінності між відносно простими результатами приватного сектора та надзвичайно складними результатами державного апарату. Таке побажання пов'язане з необхідністю відмови від бюрократичних методів, форм і принципів як основи державного управління [9].

Орієнтація реформ у сфері державного управління на гуманізм зумовили природний перехід в цю область передових досягнень бізнес-менеджменту з адаптацією останнього до специфіки державного управління. Досвід адміністративних реформ у провідних країнах [17] Заходу свідчить про спроби застосувати в управлінні бізнесом підходи бізнес-менеджменту з метою вирішення, зокрема, однієї з ключових адміністративних проблем – оцінки якості управління з позиції досягнення кінцевого результату. Для цієї мети використовується узагальнений підхід до оцінки управлінського успіху, визнаний в менеджменті. Вона передбачає виділення трьох компонентів (трьох букв «е»): результативність, дієвість і економія [33].

У ряді раїн (Австралія, Нова Зеландія, Великобританія) програми реформ були сформульовані та впроваджені державними службами й політичними елітами [51]. В інших країнах, хоча фундаментальна основа реформи державного управління була розроблена політичною елітою і центральним Урядом, багато заходів здійснювалися знизу вгору за допомогою експериментів і різноманітних інновацій (деякі аспекти реформ в Сполучених Штатах, Німеччині, Фінляндії тощо). У Канаді, наприклад, були використані обидва підходи. Ключовими факторами тут є державний устрій, його політична система і конституційний лад. Досвід реалізації реформ в органах виконавчої влади інших країн свідчить про важливість своєчасної підготовки нормативних актів, особливої потреби в правових нормах для стабільного функціонування адміністративних інститутів. Нормативно-правове забезпечення реформи даного сектора, як правило, реалізується в двох напрямках: аналіз (інвентаризація) правових актів на предмет їх відповідності потребам реформи; підготовка нових нормативних актів; виконання правил, незалежно від їх змісту. Так, у Франції в 1997 р. для всіх адміністративних органів була розроблена «Хартія якості обслуговування», яка визначала параметри надаваних послуг і права громадян, зокрема їх право брати участь в оцінці досягнутих результатів.

Найбільш радикальні структурні реформи здійснюються в країнах англосаксонської правової сім'ї (насамперед у Великобританії, Австралії, Новій Зеландії). Створено трирівневу систему централізованого управління: Міністерства-департаменти-децентралізовані структури. На Міністерства покладено функції стратегічного управління у відповідній сфері. Відомства, які укладають угоди, організовують реалізацію конкретних програм з міністерствами [52]. Децентралізовані структури, які можуть бути як державними, так і приватними установами, безпосередньо надають державні послуги громадянам та юридичним особам. Таким чином, після перегляду міністерської системи англосаксонські країни відмовилися від класичного централізованого вертикального бюрократичного типу. Наразі загально визнано, що адміністративні традиції країн сприяють формуванню ефективних та більш

гнучких форм управління [24]. Країни континентальної правової сім'ї, як правило, проводять реформи тієї ж спрямованості, але менш кардинальні за своєю природою і консервативні за формою [47]. Однак система взаємного співробітництва формується централізованими і децентралізованими, державними і приватними інститутами, що перерозподіляють свою роль в рамках єдиної системи державного управління.

Структурним реформам цих держав передував тривалий період змін у взаємозв'язках уряду, суспільства і приватних осіб. Структурні реформи стали наступним етапом трансформації державного апарату після успішних процедурних і функціональних реформ. У цих країнах до кінця ХХ ст. змінився підхід до розуміння державних реформ [13]. Реформа виконавчої влади усвідомлюється як одна з найбільш важливих, що проводиться з метою модернізації всіх основних і значущих компонентів державного управління. У багатьох країнах триває коригування структури, функцій і кадрів державного управління [6, с. 87]. Формування нових інститутів, організаційних структур та інструментів для здійснення державного управління у сфері державної влади стає критично важливим напрямком реформування системи органів державної влади в Україні. Цей напрямок представляється центральним, оскільки воно передбачає необхідність підвищення ефективності та впорядкування системи центральних органів виконавчої влади, їх функціонування за допомогою «реформи державного управління» [7].

Зарубіжні автори часто заявляють, що сучасна державна влада розвалюється. Це означає, що всі країни можуть менше залежати від влади (авторитетів) у здійсненні соціального контролю. В окремих випадках це призводить до виникнення правових криз, викликаних процесами глобалізації, культурними змінами, які підривають основи ієрархічних владних відносин [15]. Країни шукають нові форми управління, які можуть виникнути, як тільки державна влада буде передана зверху – наднаціонально, вниз – субнаціонально або зовні – в приватні сфери [2, с. 41–42]. Відповідно до цього реформа

виконавчої влади в Україні має бути спрямована на відновлення високого статусу державної влади на міжнародному й національному рівнях [19].

У цьому сенсі досвід європейських країн корисний при реформуванні виконавчої влади та реалізації ефективної регіональної політики. Добре відомо, що в повоєнні роки вони почали шукати свою власну формулу децентралізації влади. Слід також зазначити, що в Україні існують проблеми з впровадженням різних елементів зарубіжного досвіду в систему державного управління, які не враховують національні особливості України. Необхідно критично проаналізувати надмірний ентузіазм політиків і вчених посткомуністичних країн методом подібності і аналогії, який вже був відзначений вченими як «найважливіша методологічна слабкість внутрішнього реформізму».

Часто предметом дослідження і порівняння є Державне управління розвинених країн, де увага концентрується тільки на новизні, закладеної у власну парадигму цього механізму, що не зовсім коректно. За словами М. Бебель, у країнах Східної Європи реформа виконавчого банкрутства стикається з зовсім іншими умовами, ніж у розвинених країнах. Зокрема, загальна масштаби і актуальність змін не мають прецеденту, оскільки реформа передбачає повну економічну й політичну трансформацію [20]. У цих країнах реформа влади розвивається в умовах безпрецедентної кризи управління і значного звуження спектру послуг, гарантованих державою. Це реалізується через невизначеність кордонів державного сектора, ослаблення верховенства закону і дуже високий ступінь невизначеності в законодавстві. Реформа заснована на вкрай низькому адміністративному потенціалі для існування нових держав і їх нездатності змінюватися. [8, с. 38].

Польща і країни Балтії – Естонія, Литва і Латвія – є хорошим прикладом для вивчення досвіду реформування виконавчої системи банківської системи, оскільки вони є державами з адміністративно-командним минулим України, і в той же час вони перейшли від декларування своїх проєвропейських намірів до конкретних дій [9].

2.2. Соціальна політика як пріоритетний напрям в управлінні системою охорони здоров'я

Світовий досвід вирішення завдань підвищення рівня громадського здоров'я основну роль відводить державі. Здоров'я розглядається як основна умова належної якості життя, показник зменшення бідності, зміцнення соціальної згуртованості та ліквідації дискримінації. Здоров'я людини розглядається як трудовий ресурс та капітальний актив. Отже, і охорона здоров'я розглядається як основна складова формування людського капіталу [1–8]. Такі принципи формування та реалізації політики у сфері охорони здоров'я характерні для більшості європейських країн і найбільшою мірою – для країн Скандинавського півострова, де основною метою політики у сфері охорони здоров'я є досягнення реалізації всіма людьми їх «потенціалу здоров'я». Узагальнення політики в сфері охорони здоров'я представлені в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Соціалізація політики в сфері охорони здоров'я північних країн

Країна	Північні регіони	Адміністративні о-територіальні одиниці	Законодавче регулювання та спеціальні нормативні правові акти	Напрями впливу	Джерела фінансування	Ініціативи соціальної політики та додаткові інститути
			4			
Канада	Північні провінції Юкон, Північно-Західні території Нунавут	Муніципалітети	Конституція Національне законодавство Акт про охорону здоров'я населення Канади Medicare (1984) муніципальні нормативні правові акти	профілактика та захист здоров'я населення пропаганда здорового способу життя медична допомога населенню, яке потребує додаткових медичних послуг (люди похилого віку, діти, безробітні)	державне (70%), коштом місцевих податків, державних податків на дохід та податків на прибуток через трансферти: 1) модель фінансування північних територій, 2) цільовий трансферт на розвиток охорони здоров'я та соціального забезпечення та додаткового фінансування служб охорони здоров'я корінних народів, 3) програма міжбюджетного вирівнювання приватне страхове приватне	Політика у сфері охорони здоров'я реалізується структурами охорони здоров'я та громадськими організаціями

Продовження таблиці 2.1

1	2	3	4	5	6	7
США	Штат Аляска	Бороу та міста	Конституція штату, Акт про невідкладну медичну допомогу та працю (1986), Акт МакКарена-Фергюсона Державна програма Medicaid (1966), Державна програма (1967), муніципальні нормативні акти	невідкладна медична допомога (незалежно від наявності страховки) медико-соціальна допомога за програмою Medicaid (жителі з низьким рівнем доходів) медико-соціальна допомога за програмою Medicare (пацієнти похилого віку) медико-соціальна допомога за програмою TRICARE (ветерани та їх родини)	державне (70% на Алясці, 54% – в середньому в країні) приватне страхове (індивідуальне страхування та страхування роботодавцями) приватне	Медичний центр корінних народів Аляски Проект доступу до національної системи охорони здоров'я та телемедицини AFHCAN Консорціуму з охорони здоров'я корінних народів
Норвегія	Північні регіони Фінмарк, Тромс, Норланд	Комуни (муніципалітети)	Закон про місцеве самоврядування галузеве законодавство муніципальні нормативні акти	медико-соціальна допомога забезпечення доступу до висококваліфікованого медичного обслуговування підвищення ефективності міжсекторальної діяльності впровадження нових технологій	державне, коштом місцевих державних податків страхове (всі витрати, понад 187 \$/рік, повернення жителям з Фонду соціального страхування) – приватне (до 187 \$/рік)	Університетська лікарня північної Норвегії (UNN): висококваліфікована та спеціалізована медична допомога північним регіонам Національний центр телемедицини
Фінляндія	Північні регіони Лапландія, Північна Остроботнія, Кайнуу	Комуни (муніципалітети) та міста	Конституція Закон про місцеве самоврядування Закон про народну охорону здоров'я (1972)	медико-соціальна допомога підвищення ефективності міжсекторальної діяльності підвищення ефективності медико-соціальних служб підвищення якості послуг	страхове (від 65% до 75%) державне приватне (надання медичної допомоги працівникам у медичних центрах роботодавців або оплата ними послуг приватних чи муніципальних медичних закладів)	Міжмуніципальні спільні структури, відповідальні за спеціалізоване медичне обслуговування

Продовження таблиці 2.1

1	2	3	4	5	6	7
Швеція	Північні регіони Норрботтен, Вестерботтен	Комуни (муніципалітети) та міста	Конституція Закон про місцеве самоврядування муніципальні нормативні акти Закон про обов'язкове медичне страхування (1955)	обслуговування людей похилого віку вдома медична допомога людям з фізичними або психічними вадами медична допомога у школах	державне (95%) коштом податків на дохід, які отримано в ленах та громадах та національних трансфертів приватне	системи електронного охорони здоров'я (Health) кожного регіону телемедицина
Данія	Автономії Гренландія та Фарерські острови	Муніципалітети	Конституція Закон про місцеве самоврядування галузеве законодавство муніципальні нормативні акти	медична допомога соціальне забезпечення реабілітаційне лікування профілактика захворювань зміцнення здоров'я лікування алкоголізму лікування наркоманії	державні грантові субсидії (80%), коштом пропорційно цільових податків спільні платежі муніципалітетів (20%) спільні платежі населення (частка зростає)	Асоціації пацієнтів, які беруть участь в реалізації й формуванні політики охорони здоров'я

Джерело: сформовано за даними [11–18].

Розглянемо більш детально основні складові муніципальної політики в сфері охорони здоров'я зарубіжних північних країн як перспективний напрям віддалених від центральних адміністративних центрів громад. У Фінляндії політика в сфері охорони здоров'я сконцентрована на двох основних рівнях – національному та місцевому. Політика в сфері охорони здоров'я є у компетенції Міністерства соціального забезпечення та охорони здоров'я, реалізацією муніципальної політики реалізують муніципальні комітети охорони здоров'я, рада і виконавчий комітет, підзвітні населенню [21–24]. Реалізація муніципальної політики в сфері охорони здоров'я здійснюється за участю місцевих багатопрофільних центрів і центральних лікарень. Невеликі муніципалітети утворюють для цих цілей спільні міжмуніципальні структури. Кожен з 448 муніципалітетів відноситься до одного з 20 лікарняних округів (об'єднання муніципалітетів, відповідальні за спеціалізоване медичне

обслуговування) [6]. Основне завдання лікарняних округів – забезпечити рентабельність, якість та загальнодоступність медичного обслуговування [10]. Особливістю політики в сфері охорони здоров'я Фінляндії є законодавчо закріплена в Законі Про охорону праці (1979) обов'язок роботодавців забезпечувати профілактику професійних захворювань і виробничих травм, надання медичної допомоги або у власних медичних центрах, або за допомогою оплати послуг приватних або муніципальних медичних установ [14–16].

У Норвегії система охорони здоров'я побудована на поділі відповідальності між місцевою владою і центральним урядом, але формування і реалізація політики у сфері охорони здоров'я здійснюються переважно на регіональному рівні. Центральними напрямками політики в цій сфері в Норвегії є забезпечення рівного доступу всіх громадян, незалежно від їх місця проживання до висококваліфікованого медичного обслуговування, підвищення ефективності міжсекторної діяльності з метою поліпшення здоров'я, розширення застосування нових світових і власних технологій в медицині [23–28]. Університетська лікарня Північної Норвегії (UNN) надає висококваліфіковану і спеціалізовану медичну допомогу трьом північним областям: Норланд, Тромс і Фіннмарк, – де на 1500 жителів в середньому припадає один лікар [4–11].

Політика в сфері охорони здоров'я в Швеції здійснюється на національному та регіональному рівнях. На національному рівні формуються загальна стратегія і принципи політики у сфері охорони здоров'я, здійснюються контроль і регулювання роботи місцевих органів влади. Консультативним та контролюючим органом є Державна рада з питань охорони здоров'я та соціального забезпечення. Адміністративні ради провінцій відповідають за розробку, реалізацію та координацію політики охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях. Муніципалітети (їх в країні 290) відповідальні за обслуговування людей похилого віку на дому, надання медичної допомоги людям з фізичними або психічними вадами, забезпечення медичної допомоги в школах [17–24]. Незважаючи на те, що E-Health-стратегія

є національною, медичні системи розвиваються незалежно на регіональному рівні на основі тісної взаємодії муніципалітетів. Основними складовими e-Health є: муніципальна система інформування пацієнтів засобами телефонного та Інтернет-зв'язку про найближчі лікарні та пункти медичної допомоги, час очікування в них тощо; персоніфіковані електронні сервіси для пацієнтів щодо запису до лікаря, листуватися з сімейними лікарями тощо; система єдиної консультаційної медичної допомоги [33–37]. За даними соціологічних опитувань, проведених компанією Ipsos і агентством Reuters наслідком такої політики є те, що 75% шведів (в Україні – 30% жителів) задоволені рівнем медичної допомоги [9].

У Данії політика в сфері охорони здоров'я здійснюється на трьох рівнях: національному, регіональному і муніципальному [9]. До сфери відповідальності муніципалітетів (в Данії їх 98) відносяться організація медичної допомоги та соціального забезпечення (догляд за літніми людьми, соціальна психіатрія, стоматологічна допомога для дітей та інвалідів тощо [15]), організація реабілітаційного лікування, профілактика захворювань, зміцнення здоров'я і лікування алкоголізму і наркоманії.

Політика в сфері охорони здоров'я Канади повністю знаходиться у відомстві місцевих і провінційних властей. Роль уряду в системі охорони здоров'я (Medicare) обмежується встановленням і контролем за дотриманням загальних принципів, частковим фінансуванням медичних програм провінцій або територій. До національного рівня відноситься забезпечення медичного догляду за особливими групами громадян, у тому числі корінних жителів, профілактики та захисту здоров'я населення та пропаганди здорового способу життя [10–20]. Провінції і території надають медичне обслуговування населенню, яке потребує додаткових медичних послуг, – літнім людям, дітям і безробітним. Більше 95% лікарень у Канаді працюють як некомерційні приватні організації, керовані місцевою радою директорів, організаціями добровольців або муніципалітетами [15–20].

США єдина в світі країна, яка не має універсальної системи охорони здоров'я. Тут реалізуються державні програми Medicare і Medicaid, а також програми штату (наприклад, для ветеранів та їх сімей – програма TRICARE) і місцевої влади [1]. Відповідальність за систему медичного страхування несуть центральний уряд, уряди штатів та департаменти охорони здоров'я Штатів [11]. З метою поліпшення здоров'я корінних жителів працює медичний центр корінних народів Аляски, телемедицини AFHCAN3 (Alaska Federal Health care Access Network), об'єднує 248 медичних пунктів штатів [2–13] (в системі охорони здоров'я в США надається за рахунок держави в середньому 54%, а на Алясці – 70%).

Наразі для зарубіжного півночі характерна відсутність однаковості щодо реалізації та формування політики у сфері охорони здоров'я [18]: політика в цій сфері здійснюється системою державного управління та структурами організації систем охорони здоров'я тощо [21]. Однак, є загальна тенденція посилення ролі держави у цій сфері в північних регіонах (тенденція характерна в тому числі і для США). Основними принципами формування та реалізації політики у сфері охорони здоров'я на зарубіжній півночі є справедливість і солідарність у питаннях здоров'я та його охорони.

Висновки до розділу 2

1. Основні напрями державної політики Фінляндії є забезпечення всіх груп населення рівним доступом до послуг соціальних і медичних служб, підвищення ефективності міжсекторальних дій у сфері охорони здоров'я, діяльності соціальних і медичних служб та якості наданих послуг; розвиток співробітництва між службами первинної та спеціалізованої допомоги, медичних та соціальних служб тощо. Муніципальна політика охорони здоров'я спрямована на зменшення передчасної смертності, продовження активного та здорового життя людей, забезпечення кращої якості життя для всіх та усунення

відмінностей у здоров'ї різних верств населення на основі дій щодо зміцнення здоров'я населення, профілактики та забезпечення лікування захворювань та реабілітації. Система наразі переживає кризу, пов'язану з загальноекономічними проблемами фінансування громадського сектора, а також з тим, що структура охорони здоров'я, що має в своїй основі міжмуніципальні центри, слабо прив'язана до реальних потреб населення, а транспортна доступність центрів занадто низька для значної частини жителів віддалених територій.

2. Першочерговим завданням норвезької політики визнано розвиток телемедицини, яка дозволяє підвищити рівень медичного обслуговування пацієнтів і більш ефективно використовувати бюджетні кошти, що актуально для північних територій. Особливістю реалізації норвезької муніципальної політики у сфері охорони здоров'я є те, що безпосередній контроль над її реалізацією здійснює інспекція охорони Здоров'я Норвегії (яка є національним урядовим агентством, що знаходиться в адміністративному підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я і соціального забезпечення). Інспекція здійснює нагляд за всіма послугами, незалежно від того, чи представлені вони державними лікувальними установами, муніципальними установами, приватними компаніями або медичними працівниками, що мають власну лікарську практику.

3. Основні напрямки шведської політики у сфері охорони здоров'я полягають у підвищенні ефективності соціальних і медичних служб, забезпеченні рівного доступу до їх послуг усіх верств населення, а також у досягненні прозорості та безпеки охорони здоров'я, у формуванні шанобливого ставлення до пацієнта, наданні свободи вибору шляхом інформування населення про доступність і якість лікування, у розвитку міжсекторальних дій у сфері охорони здоров'я. Виходячи з необхідності врахування специфічних особливостей північних територій та вирішення проблеми забезпечення населення північних муніципалітетів доступною та якісною медичною допомогою, у Швеції активно розвиваються два напрямки: телемедицина

(аналогічно норвезькій) та Електронна охорона здоров'я (e-Health). Обидва напрямки наразі розвиваються в масштабах країни, проте передумовою їх реалізації є проблема доступності висококваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги північних територій.

4. Національною радою Данії охорони здоров'я та Міністерством охорони здоров'я здійснюється розробка загальної нормативної правової бази охорони здоров'я, визначаються головні напрямки діяльності в цій сфері (але загальнонаціонального плану розвитку сфери охорони здоров'я в Данії немає). На регіональному рівні здійснюються контроль і координація медичного обслуговування. У Данії діє близько 200 асоціацій пацієнтів, які активно і успішно беруть участь у формуванні та реалізації політики та обговоренні питань, що стосуються охорони здоров'я, надають необхідну інформацію, допомогу і підтримку пацієнтам, а також підтримують діалог з органами влади всіх рівнів.

5. Муніципальна політика в сфері охорони здоров'я Канади реалізується відповідними структурами та громадськими організаціями з надання соціальної підтримки, пропаганди здорового способу життя і вирішення проблем довкілля. Система охорони здоров'я США дозволяє отримати медичну допомогу дітям, інвалідам, особам похилого віку, ветеранам, малозабезпеченим, здійснити невідкладну допомогу всім жителям країни. Регулювання та нагляд у системі охорони здоров'я здійснює Центр контролю та запобігання захворюванням, діяльність якого спрямована на виявлення та усунення загроз суспільному здоров'ю. Основними напрямками данської політики в сфері охорони здоров'я є забезпечення рівного вільного доступу до лікування, високої якості медичної допомоги, оптимізація маршруту пацієнта в системі охорони здоров'я, облік різноманітності потреб і переваг пацієнтів, ефективне використання ресурсів, демократичний макроекономічний контроль витрат. Основною метою політики є підвищення рівня громадського здоров'я на основі вдосконалення системи охорони здоров'я, підвищення ефективності Міжвідомчої та міжсекторної діяльності на національному, регіональному та місцевому рівні. У зарубіжних

північних країнах, як правило, враховуються специфічні особливості північних територій і реалізуються розрізнені ініціативи в сфері охорони здоров'я різних рівнів влади, місцевих спільнот і є спрямованими на підвищення доступності та якості медичної допомоги, поліпшення здоров'я населення.

РОЗДІЛ 3.

ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Напрями управління системою охорони здоров'я з урахуванням найкращих світових практик

Характеристика сфери охорони здоров'я за кордоном має такі тенденції [30]: 1) завершення процесу децентралізація управління (у багатьох країнах світу відбувається процес децентралізації управління в сфері охорони здоров'я, що передбачає передачу повноважень та ресурсів від центрального уряду до місцевих органів влади, як процес спрямований на підвищення ефективності та якості надання медичних послуг, а також на забезпечення більшої підзвітності органів влади перед громадянами; 2) підвищена роль приватного сектору (зростання ролі приватного сектору в сфері охорони здоров'я пов'язане, зокрема, з розвитком технологій та з підвищенням попиту на медичні послуги, у тому числі шляхом створення умов для розвитку приватного сектору в сфері охорони здоров'я та забезпечення доступності медичних послуг для всіх громадян); 3) зосередження на якості та ефективності надання послуг (громадяни вимагають більш якісних та доступних медичних послуг); 4) інноваційні підходи до управління (такі як електронне здоров'я, управління за результатами та охорона здоров'я, орієнтована на пацієнта) [40]. Ці тенденції можуть бути адаптовані до умов України з урахуванням таких факторів: 1) рівень економічного розвитку (з врахуванням обмеженості державних ресурсів, економічного розвитку регіонів та їх особливості); 2) історія та культура (Україна має власну унікальну історію та культуру, які необхідно враховувати при адаптації зарубіжного досвіду); 3) система охорони здоров'я, які мають бути враховані. Аналізуючи зарубіжний досвід, можна виділити кілька ключових аспектів, які можуть бути корисними для України [50].

1. Фінансування. В багатьох розвинених країнах, таких як Німеччина, Велика Британія та Нідерланди, державні видатки на охорону здоров'я зросли за останні роки. Збільшення фінансування допомагає покращити систему охорони здоров'я та ефективність лікувальних закладів [6].

2. Реформування. Реформування системи охорони здоров'я є одним з пріоритетів для України. Вивчення зарубіжного досвіду може допомогти визначити ефективні підходи та моделі для реформування, враховуючи національні особливості та потреби [28].

3. Технологічний розвиток. Сучасні технології відіграють важливу роль у покращенні якості медичних послуг. Адаптація новітніх технологій та інноваційних практик може сприяти розвитку охорони здоров'я в Україні.

4. Демографічні та епідеміологічні зміни. Багато країн стикаються з проблемами, пов'язаними зі змінами в демографії та епідеміології. Україні необхідно враховувати ці зміни при плануванні та реалізації реформ.

5. Соціально-економічна нерівність. Нерівність у доступі до медичних послуг є важливою проблемою. Зарубіжний досвід може надати приклади ефективних стратегій з метою забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги та зменшення нерівності [6].

6. Інституціоналізація реформ. Реформа охорони здоров'я є складним процесом, який включає планування, впровадження та інституціоналізацію. Зарубіжний досвід показує, що успішне реформування вимагає чіткої стратегії та довгострокового планування.

7. Умови для ефективної організації реформ: Для успішного реформування необхідно створити умови, які включають формування нових інститутів, організаційних структур та інструментів для реалізації державного управління [28]. Ці аспекти можуть використовуватись як основу розробки та адаптації реформ в країні з урахуванням національного контексту та потреб населення.

Подальше підвищення ефективності системи державного управління системою охорони здоров'я залежить від низки чинників, головним серед яких

визнається забезпечення необхідного обсягу фінансування. В цілому механізм державного управління в сфері охорони здоров'я складається відповідно до характерних особливостей та традицій державного устрою. Діапазон «інструментів» управління, які забезпечують функціонування сфери охорони здоров'я громадян, має яскраву приналежність до країни [16, 18]. Загальними, як правило, є цілі, як ціннісні орієнтири розвитку системи охорони здоров'я, до яких можна віднести наступні: 1) вдосконалення та покращення догляду за пацієнтами (хворими); 2) поліпшення профілактики і лікування в рамках конкретної людини і населення в цілому; 3) підвищення якості та доступності медичних послуг населенню. Для досягнення вищевказаних цілей необхідно існування певної структури, кожен елемент якої знаходиться у взаємозв'язку з іншим.

Перспективна система охорони здоров'я України має складну структуру і здійснюється на двох рівнях [12]: 1) національний, 2) регіональний (на рівні області). На національному рівні завданнями в сфері управління охороною здоров'я можуть бути названі такі [25]: 1) напрацювання політики у сфері охорони здоров'я громадян; 2) здійснення фінансування [6–7]; 3) охорона громадського здоров'я населення, профілактики та лікування; 4) збір та аналіз даних про функціонування системи охорони здоров'я; 5) безпосереднє регулювання надання послуг. Регіони проводять безпосередню роботу щодо реалізації вищевказаних цілей і завдань. Однак, володіючи певною часткою самостійності, часто діють по-різному, що призводить до неузгодженості і ускладнює розвиток системи охорони здоров'я, заснованої на принципі «доступності». Так, наприклад, неоднозначною залишається система ліцензування діяльності в галузі охорони здоров'я, акредитація установ, функціонування програм охорони здоров'я регіонів. Більшість процесів наразі здійснюється централізовано, зокрема ліцензування та відшкодування витрат на надання послуг діагностики й лікування, а на всіх закладах лікувальних організаціях лежить обов'язок забезпечення доступну та якісну медичну допомогу.

Говорячи про державне управління охороною здоров'я окремої уваги заслуговує питання системи органів влади, покликаних здійснювати управлінські та контрольні функції у сфері охорони здоров'я. Так, центральним виконавчим органом у сфері охорони здоров'я та соціальної служби є – Міністерство охорони здоров'я України United States Department of Health and Human Services (далі – HHS) [51]. Очолює HHS секретар Департаменту охорони здоров'я (міністр), який входить до складу Кабінету Міністрів. Керівник HHS підзвітний Сенату [48]. HHS має територіальні органи в кожному штаті, уповноважені проводити державну політику охорони здоров'я, а також здійснювати зворотний зв'язок з федеральним органом. Іншими словами, територіальні підрозділи HHS зобов'язані надавати інформацію про поточний стан справ у регіонах щодо добробуту здоров'я населення та рівня соціального забезпечення. У HHS безпосереднім завданням щодо забезпечення медичної допомоги займається United States Public Health Service (USPHS) [45].



Рис. 3.3. Концептуальна схема функціонування електронної системи охорони здоров'я

Джерело: сформовано за даними МОЗ [37–44].

НHS реалізує масштабні державні програми щодо забезпечення якості та доступності медичної допомоги особам, які проживають в США, такі як Medicare (страхування здоров'я літніх і інвалідів), Medicaid (страхування здоров'я малозабезпечених), Nurse Home Visitation (захист здоров'я матері і дитини), Head Start (Дошкільна освіта). Крім цього, НHS реалізує більше трьохсот програм в області здоров'я громадян, таких як наукові та соціальні дослідження в області громадського здоров'я і охорони здоров'я, профілактика різних захворювань, імунізація населення, забезпечення безпеки харчових продуктів, контроль за якістю лікарських засобів, вдосконалення інформаційних технологій [40–42], телемедицини, лікування і профілактика хвороб залежності (наркоманія, алкоголізм, лудоманія тощо), превенція агресивної поведінки щодо дітей в побуті (неповнолітніх), соціальне забезпечення літнього населення (в т. ч. забезпечення продуктами харчування – доставка, покупка), медичне обслуговування корінного населення (індіанці), підготовка за надзвичайних ситуацій, а так само проводить релігійні та громадські ініціативи [14].

Аналогічна структура в Україні, підвідомча Мережі охорони здоров'я, сформована з науково-дослідних інститутів охорони здоров'я спроможна виконувати функцію розвитку і контролю медичної науки, а відповідний підрозділ управління та контролю системою харчування – здійснюватиме управління якістю продуктів харчування і медикаментів, виконуватиме наглядову функцію і державні госпіталю, які надають медичну допомогу населенню. Взаємодіючи з міністерствами (департаментами, агентствами), які мають суміжні функції, вони можуть здійснювати моніторинг певного сектор у медичної (гігієнічної) служби [36], зокрема, виконуючи функції служби з громадського здоров'я (public health) та профілактики неінфекційних захворювань (non-communicable diseases – NCD), на яку покладено функцію нагляду над екологічно-епідеміологічною обстановкою; служби планової амбулаторної допомоги, що спеціалізується на наданні медичної допомоги щодо запобігання невідкладних і екстрених випадків, а також комунікації з

пацієнтами після лікування у лікарнях, служби короткострокової стаціонарної допомоги; служби з високотехнологічної (висококваліфікованої) в технічному плані медичної допомоги в умовах стаціонару, служби швидкої медичної допомоги тощо.

Дослідження системи державного управління, неможливе в разі відсутності відомостей про рівні надання медичної допомоги. Перш за все, мова йде про рівень лікарів загальної практики (general practitioner – GP), де пацієнти «спілкуються» в лікарням першого контакту (first line). На цьому рівні надається первинна медико-санітарна допомога (primary health care) в амбулаторних умовах. За необхідності (спеціалізоване лікування, консультація "вузького" спеціаліста, дообстеження, верифікація діагнозу) пацієнт направляється на наступний рівень (second level), де допомога надається в стаціонарних умовах.

Різноманітність типів медичних організацій залежно від джерел їх фінансування можна дозволяє розширити спектр послуг відповідно до інтересів та запиту пацієнта. Наведемо приклад такої класифікації за аналогією американської системи охорони здоров'я:

1. Government hospitals (державні лікарні), де основним джерелом бюджетів є середовище державного бюджету [12–13]. Такі установи діють відносно соціально значущих хвороб (туберкульоз, онкологія, психіатрія тощо) для таких категорій громадян: інвалідів, ветеранів, військових і службовців.

2. Non-profit hospitals (некомерційні лікарні), створювані за рішенням органів влади штатів або місцевою владою з метою максимального охоплення і забезпечення населення медичною допомогою [15–17]. З боку держави такі типи установ підтримуються виключно непрямими формами фінансування, такими як, наприклад, надання податкових пільг і преференцій.

3. Privately owned for-profit hospitals (комерційні лікарні) є комерційними організаціями, націленими на систематичне отримання прибутку. Основним джерелом фінансування, відповідно, може бути названий дохід від підприємницької діяльності – надання медичних послуг.

Не менш важливим є питання створення системи і забезпечення її належного функціонування – підготовки кваліфікованих кадрів. У США досить складна, багатоетапна система освіти-підготовки кадрів-у сфері охорони здоров'я [18–42]. Перш за все, відзначимо «Pre-med», як першу «сходинку» навчання за програмою бакалаврату в напрямку природничих наук (хімія, біологія, фізика). Навчальні заклади, що здійснюють підготовку відповідних фахівців, підлягають обов'язковій акредитації з боку держави. Наступним етапом є Medical School (загальна лікарська підготовка), яка включає теоретичну і практичну підготовку, тривалістю чотири роки. При вступі передбачений іспит-Medical College Admission Test (MCAT). Крім іспиту враховується участь у волонтерських організаціях, досвід роботи, особистий внесок у соціальний захист населення і багато іншого. Підготовка (навчання) складається з двох етапів тривалість кожного два роки: «доклінічний» етап, що включає вивчення базових предметів медицини і підсумковий іспит і «клінічний» етап, що включає навчання на базі госпіталів за різними напрямками [17–25]. За підсумками загального навчання випускники отримують M. D. (Medicinae Doctor), яка не дає права ведення самостійної лікувальної діяльності, проте дозволяє продовжити навчання в рамках «Residency» (практика), яка включає практичну підготовку у великих шпиталях країни (навчальні лікарні). Тривалість курсу може варіюватися залежно від програми від трьох до шести років [9–18]. По закінченню резидентури відбувається здача іспиту, видача ліцензії (State License) і робоча віза для ведення медичної практики. Крім резидентури існує інтернатура як традиційна постдипломна лікарська освіта в США поступово втрачає популярність. Програма триває рік і дозволяє отримати ліцензію практикуючого лікаря в більшості штатів. Нерідко в інтернатуру йдуть ті, хто не пройшов в резидентуру, використовуючи цей рік для додаткової підготовки [14–15].

Стратегія вступу в резидентуру починається у відправці заявок (включаючи CV) від вступників в госпіталь. Далі, госпіталь самостійно проводить відбір резидентів і запрошує їх на співбесіду. Цікаво відзначити, що

в США передбачена деяка «освітня квота» в обсязі 25% для іноземних студентів, тому можна говорити про наявність механізмів для розвитку висококваліфікованої міграції [21–26]. Адже подібні пільги передбачаються лише на третьому етапі освіти. Таким чином, приймаються учні, які отримали медичну освіту в своїй країні і готові продовжити навчання в США. Враховуючи високі вимоги для абітурієнтів, подібна система дозволяє залучити найбільш підготовлених і кваліфікованих людей. Fellowship (клінічна аспірантура) включає заключний етап медичної освіти – отримання «вузької» спеціальності (геріатрія, онкологія, пульмонологія, кардіологія тощо).

Administrative command system and di-rect control» (прямий адміністративно-командний контроль) є стратегією державного управління в сфері охорони здоров'я. Вона передбачає відведення головної ролі державі в регулюванні суспільних відносин у сфері надання медичних послуг населенню. Формами такого регулювання виступає: ліцензування, контроль за дотриманням стандартів лікування, атестація медичних працівників та інше. Metaregulation (метарегуляція) як стратегія полягає в контролі над сферою охорони здоров'я, ініційованої, наприклад, за скаргами громадян. За результатами перевірок можуть застосовуватися заходи юридичної відповідальності [20–24]. Self-regulation and voluntariness (добровільна саморегуляція) є елементом саморегуляції членів добровільно організованих груп на рівні професійних асоціацій шляхом стандартизації, прийняття кодексів і правил участі. Основний принцип участі в даних об'єднаннях – бажання слідувати загальним зобов'язанням добровільна в ім'я «загального блага». Цей механізм реалізується через добровільну акредитацію закладів медичного профілю, експертизу, використання протоколів, цільових та контрольних критеріїв ефективної роботи.

«Market-based mechanisms» (ринковий підхід) – стратегія, заснована на загальних принципах ринкової конкуренції, який можна застосувати до державного сектору. Механізм її реалізації полягає в стандартизації, фінансовому заохоченні, управління через укладення контрактів, впровадження

показників ефективності. Зазначені механізми не виключають один одного і використовуються в США з достатньою часткою ефективності в залежності від видів медичної допомоги, адміністративно-територіального розташування установи, законодавство штату і релігійно-расового аспекту [20].

Зазначені стратегії не можна віднести до взаємовиключних категорій. Частіше зустрічаються змішані види з акцентом на один компонент [18–20]. Кожна країна, зазвичай, має власні особливості формування та розвитку цього процесу. Так, галузь охорони здоров'я громадян і соціальний захист населення в США адмініструють механізмами саморегуляції – вільної участі з обов'язковою акредитацію медичних установ, використанням стандартизації у лікувальному та освітньому процесі, контролюючи діяльність за цільовими індикаторами та показниками. Вважаємо, що такі інструменти як метарегуляція у форматі зовнішнього контролю, ревізії, оцінки інцидентів та скарг, залучення омбудсменів, а також використання ринкових механізмів, хоча й не у «чистому» вигляді уможливить окупність управління подібними засобами у разі застосування під час контактування або у форматі компенсаційних (додаткових) фінансових виплат. Також цілком доцільним є прямий адміністративно-командний механізм у вигляді видачі ліцензій на професійний вид діяльності та контроль над професійною практикою у вигляді сертифікації та експертизи (експертної оцінки) [20]. Щодо України, то вибір того чи іншого виду управлінського механізму залежить від культурно-управлінського контексту.

3.2. Перспективи впровадження закордонного досвіду публічного управління закладами охорони здоров'я

Напрямами управління системою охорони здоров'я з урахуванням найкращих світових практик вартими уваги для впровадження в Україні є такі.

1) Розширення доступності, якості, ефективності та стійкості системи охорони

здоров'я, а також зміцнення громадського здоров'я. Цей напрямок передбачає збільшення фінансування охорони здоров'я від національного уряду до провінцій та територій, встановлення національних стандартів та цілей для покращення послуг первинної доглядової, психічної, домашньої та паліативної доглядової, створення національної стратегії з протидії опіоїдній кризі, створення національної системи фармацевтичного страхування, а також розширення ролі цифрових та віртуальних технологій в охороні здоров'я.

2) Забезпечення більшої автономії, конкуренції, вибору та ефективності в системі охорони здоров'я, а також зміцнення ролі громадського здоров'я. Цей напрямок передбачає передачу відповідальності за планування та закупівлю послуг охорони здоров'я від первинної доглядової комісії до клінічних груп комісіонування, створення Національного органу здоров'я та догляду, який мав наглядати за якістю, безпекою та ефективністю послуг, створення публічного органу здоров'я, який займається охороною здоров'я населення, запобіганням захворювань та надзвичайними ситуаціями, а також розширення ролі приватних та добровільних постачальників послуг охорони здоров'я.

3) Забезпечення доступного та якісного медичного обслуговування для всіх громадян, зменшення витрат на охорону здоров'я, покращення результатів та безпеки пацієнтів, а також зміцнення громадського здоров'я. Цей напрямок передбачає створення ринків страхування охорони здоров'я, розширення програми Medicaid, встановлення мінімальних стандартів покриття, надання субсидій та податкових кредитів для покупки страховки, введення обов'язкового страхування для фізичних осіб та компаній, а також реформування системи оплати та якості послуг.

Серед інноваційних технологій охорони здоров'я, які можуть бути доцільними для впровадження в Україні з урахуванням найкращих світових практик, зокрема, 1) віртуальна реальність (VR), яка дозволяє лікарям працювати віддалено, консультувати пацієнтів, діагностувати захворювання, а також переглядати рентгенівські та КТ-знімки в високій роздільній здатності, часто співпрацюючи з іншими експертами в віддалених місцях; 2) штучний

інтелект (AI), який допомагає аналізувати великі обсяги даних, виявляти закономірності, прогнозувати результати, підтримувати прийняття рішень, оптимізувати ресурси, покращувати якість та безпеку послуг, а також надавати персоналізовану доглядову; 3) носимі пристрої (wearables), які дозволяють вимірювати різні показники здоров'я, такі як пульс, тиск, температура, рівень цукру в крові, рухова активність тощо, а також передавати ці дані лікарям або іншим додаткам для моніторингу, аналізу, нагадування, заохочення та інтервенції; 4) цифрові та віртуальні технології в охороні здоров'я, які дозволяють надавати послуги охорони здоров'я на відстані, забезпечувати доступ до медичної інформації та ресурсів, підвищувати ефективність та зручність для пацієнтів та лікарів, а також зменшувати ризик інфікування та поширення інфекцій; 5) нові технології для діагностики, лікування та профілактики COVID-19 та інших пріоритетних захворювань, які включають швидкі та точні тести, вакцини, ліки, апарати штучної вентиляції легень, захисне обладнання, а також інструменти для збору, обробки та обміну даними про епідемію. Зарубіжні науковці та практики надають великого значення інформаційно-цифровим технологіям, які можуть використовуватися для широких комунікацій з громадськістю, пацієнтами та лікарями. До таких технологій належать телемедичні та телеметричні консультації, які дозволяють налагодити зв'язок між пацієнтом та всіма учасниками медичного процесу.

Українські науковці також наголошують на високому впливі комунікації на результати лікування та на якості публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я та громадського здоров'я. Наукові дослідження з цих питань класифіковані за такими напрямками: роль ефективних процедур участі громадськості під час формування та реалізації державної політики; участь громадськості, принципи та організація процесу прийняття рішень; запровадження міжнародних стандартів публічних консультацій. Таким чином капітальні інвестиції сталого розвитку можна узагальнити (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Інвестиції сталого розвитку системи охорони здоров'я

Джерело: сформовано на основі [21–29].

Сучасна наука пропонує різні моделі комунікації, які можуть бути застосовані в сфері публічного адміністрування. Більшість з них базуються на класичних моделях комунікації, які розглядають комунікацію як процес передавання, обміну, створення та впливу інформації між різними суб'єктами в різних контекстах. До таких моделей належать трансакційна, інтерактивна, лінійна, Дака, Фішера, Де Флера, SMCR Берло, Лассвелла, Ф. Денса, Гербнера, Шеннона і Вівера, Райлі і Райлі, Осгуда-Шрама, відносин Дака, Ньюкомба. А., Джохарі, пропаганди Герман і Хомський, Пула, Кнаппа, спілкування Вестлі та Макліна [40–52]. Ці моделі враховують різні аспекти комунікації та комунікативної діяльності, такі як: інформаційний, інтерактивний, реляційний, груповий, соціальний, культурний, переконання, роз'яснювальний, ефективний, зворотнзв'язний, двосторонній, каналний, перцептивний, невербальний, динамічний, міжособистісний, конфліктний, функціональний, когнітивний, ситуативний, рішення, масовий, довірчий, балансний тощо [49].

Складові є основою для розробки моделей комунікації в системі публічного адміністрування охороною здоров'я, які мають на меті покращення

якості життя суспільства, збереження та раціональне використання природних ресурсів, підвищення продуктивності та конкурентоспроможності сільськогосподарської галузі, а також інтеграцію сільських територій у національні та глобальні процеси . Моделі комунікації в системі публічного адміністрування охороною здоров'я повинні відповідати сучасним викликам та можливостям XXI ст., таким як зміна клімату, демографічні зрушення, міжнародна конкуренція та швидкі технологічні зміни . Моделі комунікації в системі публічного адміністрування охороною здоров'я вимагають нових підходів до політики, практики та теорії, які б враховували специфіку сільських контекстів, різноманітність їх інтересів, а також потенціал сільських інновацій та мереж .

Висновки до розділу 3

1. Пріоритетними механізмами публічного управління системою охорони здоров'я є орієнтація на споживачів послуг, з урахуванням таких індикаторів як тривалість життя, частка ВВП, спрямована у медичну сферу, рівень захворюваності населення. Збалансований характер надання послуг у секторі приватної (комерційної) медицини, сфери охорони здоров'я державних та комунальних закладів, а також системи невідкладної допомоги.

2. Кризові ситуації у сфері охорони здоров'я є серйозною загрозою для здоров'я населення та стійкості системи охорони здоров'я. Для успішного виконання функцій охорони здоров'я публічне управління має забезпечити: 1) організацію міжвідомчої та внутрішньовідомчої взаємодії органів влади, закладів охорони здоров'я та громадських організацій; 2) розробку та впровадження комплексної програми запобігання кризам; 3) підготовку кваліфікованого персоналу, який володіє знаннями та навичками у сфері кризової комунікації; 4) надання інформації та юридичної підтримки закладам охорони здоров'я у разі виникнення кризових ситуацій.

ВИСНОВКИ

1. Публічне адміністрування в Україні потребує подальшого наукового та практичного вдосконалення, оскільки воно стикається з рядом проблем та викликів. Серед них можна виділити такі: а) невизначеність сутності та змісту поняття публічного адміністрування, а також його відмінності від державного управління, адміністративних та публічних послуг, публічних функцій тощо. Це ускладнює формування єдиної теоретичної та методологічної бази для дослідження та розвитку публічного адміністрування в Україні; б) недостатність законодавчого регулювання публічного адміністрування, а також його відповідності міжнародним стандартам та найкращим світовим практикам. Це вимагає прийняття ряду законів, які б визначили статус, повноваження, цілі, форми та методи діяльності публічних адміністрацій на різних рівнях, а також процедури надання публічних адміністративних послуг громадянам; в) необхідність адаптації та впровадження інноваційних технологій охорони здоров'я, які дозволяють покращити доступність, якість, ефективність та стійкість системи охорони здоров'я, а також зміцнити громадське здоров'я. Це передбачає використання таких технологій, як віртуальна реальність, штучний інтелект, носимі пристрої, цифрові та віртуальні технології, а також нові технології для діагностики, лікування та профілактики COVID-19 та інших пріоритетних захворювань; г) необхідність забезпечення оптимального балансу між централізацією та децентралізацією, раціональною ієрархією відносин, розподілом влади та відповідальності між державою та органами самоврядування, ефективністю та якістю державного управління, а також використанням світового досвіду, накопиченого теорією та практикою публічного адміністрування: д) необхідність створення науково-дослідного центру публічного адміністрування при Кабінеті Міністрів України, який би займався дослідженням та розробкою нових підходів, що базуються на принципах комплексності та системності, використанні світового досвіду, запровадженні напрацьованих теорії та практики менеджменту базових структур;

ж) необхідність створення загальнодержавного інформаційного банку даних про соціальний капітал, а також сприяння найбільш ефективному використанню показників цього ресурсу; з) необхідність розробки цілісного комплексу критеріїв, програм та механізмів для оцінки та покращання якості адміністративних послуг, які надаються органами влади.

2. Для покращання публічного управління сферою охорони здоров'я необхідно: розробити національну політику, яка має базуватися на національній доктрині здоров'я; включити до завдань такої політики такі пункти, як підвищення рівня культури здоров'я населення, збереження та зміцнення здоров'я населення, подальше вдосконалення національної охорони здоров'я, поліпшення медико-демографічної ситуації, оптимізація структури та мережі закладів охорони здоров'я, формування здорового способу життя, посилення ролі первинної медичної допомоги. Таким чином, ефективне публічне управління є важливим фактором забезпечення стабільності системи охорони здоров'я та захисту здоров'я населення у разі виникнення кризових ситуацій.

3. Проблема розвитку публічних адміністрацій в Україні є однією з найважливіших сучасних політичних і соціальних проблем. Вона пов'язана з необхідністю формування ефективної системи державного управління, яка здатна забезпечити відповідність потреб і інтересів громадян, суспільства та держави. До основних проблем розвитку публічних адміністрацій в Україні можна віднести наступні: а) недостатня теоретична і нормативна розробленість основ публічного адміністрування, а нормативно-правові документи не містять чіткого визначення цього поняття; б) недосконалість системи управління адміністративними послугами. В Україні існує певна система управління якістю адміністративних послуг органів влади, однак вона потребує суттєвого вдосконалення; в) недостатній кадровий потенціал публічних адміністрацій. У публічному секторі працює велика кількість непрофесійних кадрів, які не мають належної підготовки та мотивації до роботи. Водночас, в Україні вже зроблено певні кроки на шляху реформування публічних адміністрацій. Зокрема, прийнято Закон України "Про адміністративні послуги" визначає

організаційні та правові засади надання адміністративних послуг органами місцевого самоврядування та органами державної влади.

4. Для подальшого розвитку публічних адміністрацій в Україні необхідна розробка цілісного комплексу критеріїв, програм щодо забезпечення підтримки оцінної системи управління якістю адміністративних послуг, сформуванню ефективної системи публічних адміністрацій, яка відповідатиме потребам сучасної України. Особливу увагу слід приділити наступним напрямкам розвитку публічних адміністрацій в Україні. Це передбачає розвиток демократичних принципів управління, залучення громадськості до процесу прийняття рішень, а також створення умов для ефективної взаємодії держави, бізнесу та громадянського суспільства; б) використання сучасних методів і інструментів управління, таких як стратегічне планування, адміністративний реінжиніринг, маркетинг тощо; в) розвиток системи кадрового забезпечення публічних адміністрацій, а також підвищення мотивації працівників публічних адміністрацій. Реалізація цих заходів дозволить створити ефективну систему публічних адміністрацій, яка буде здатна забезпечити відповідність потреб і інтересів громадян, суспільства та держави.

5. Забезпечення мешканців муніципалітетів віддалених районів якісною та доступною медичною допомогою здійснюється на основі телекомунікаційних технологій та новітнього обладнання. Такий підхід допомагає вирішувати кілька завдань: контролювати медико-демографічну ситуацію; поліпшити взаємодію між лікарнями та медичними центрами; підвищити рівень медичного обслуговування; ефективно використовувати фінансові ресурси охорони здоров'я і забезпечувати розвиток пріоритетних напрямків у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Верховна Рада України ухвалила держбюджет на 2023 рік. Київ: Кабінет Міністрів України; 2022. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/verhovna-rada-ukrayini-uhvalila-derzhbyudzheth-na-2023-rik>
2. Войтенко А. Б., Присяжнюк О. Ф., Плотнікова М. Ф. Адміністрування та проєктування фінансово-економічної спроможності закладів охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2021. № 7. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=9061>.
3. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. *Форум права*. 2011. № 2. С. 139–146. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2011-2/11vvvcoz.pdf>
4. Гомон Д., Денисова А. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник ХДУ. Серія : Юридичні науки*. 2016. № 4. С. 123.
5. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. URL: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf
6. Камінська Т. О. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія та право*. 2015. № 1(20). URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf>
7. Коба Н., Ісаєнко Р. М., Короленко В. В., Глушаниця О. Ф., Ременник О. І., Лазоришинець В. В. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2012. № 2. С. 16–22. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unmmj_2012_2_5
8. Костюк В. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного*

університету. Серія: Економіка і менеджмент. 2017. Вип. 24(2). С. 40. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11

9. Лазоришинець В. та ін. Державне управління охороною здоров'я України: монограф. К., 2014. 312 с.

10. Медичні закупівлі України. URL: <https://medzakupivli.com/uk/promzu/pro-nas>.

11. Мотайло О. В. Зарубіжний досвід державного управління у сфері охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. №9 URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/9_2020/60.pdf

12. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. №1–2. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf

13. НБУ зафіксував офіційний курс гривні до долара США на новому рівні та вжив низку додаткових заходів для збалансування валютного ринку та підтримання стійкості економіки в умовах війни 21 липня 2022 року. Джерело: Новини. Київ: Національний банк України; 2022. URL: <https://bank.gov.ua/ua/news/all/nbu-zafiksuvav-ofitsiyniy-kurs-grivni-do-dolara-ssha-na-novomu-rivni-ta-vjiv-nizku-dodatkovih-zahodiv-dlya-zbalansuvannya-valyutnogo-rinku-ta-pidtrimannya-stiykosti-ekonomiki-v-umovah-viyni>.

14. План відновлення України. Конференція з питань відновлення України 2022. 4-5 липня, Лугано, Швейцарія. URL: <https://ua.urc2022.com/plan-vidnovlennya-ukrayini>.

15. Плотнікова М. Ф. Ноосферна освіта як системний підхід гармонізації людини та природи. *«Європу єднає здорове майбутнє» крос-форум в межах програми Президента України «Здорова Україна»: зб. наук. праць / за заг. ред. проф. Бойчука Ю. Д.* – Харків : ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2022. С. 86–87.

16. Плотнікова М.Ф., Мусейчук Н.Ю., Москаленко О.І. Система здорового харчування в управлінні персоналом підприємств. *Трофологія (вчення про закономірності живлення біоти та правильного харчування людей)* – новітній

міждисциплінарний напрям в Україні: матеріали I Всеукр. наук.-освітньо-практ. конф. (Житомир, 25–26 квітня 2019 р.), Житомир: Х Житомирський національний агроекологічний університет, 2019. С. 20–24.

17. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2022. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/361136>.

18. Присяжнюк О. Ф., Плотнікова М. Ф., Муренко Я. А. Роль проєкт-менеджменту у формуванні корпоративної культури безконфліктного середовища фармацевтичних компаній та оздоровчого туризму. *Підприємництво та Інновації*. 2022. № 22. С. 26–30. URL: <http://www.ei-journal.in.ua/index.php/journal/article/view/478/464>

19. Струве А. Медична реформа: уроки французької системи охорони здоров'я. *Ваше здоров'я*. 2015. №11–13. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medichna-reforma-uroki-francuzkoyi-sistemi-oxoroni-zdorovya/>

20. Фінансування охорони здоров'я в Україні: стійкість в умовах війни. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВОЗ; 2022. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362077>.

21. Ходаківський Є.І., Присяжнюк О.Ф., Плотнікова М.Ф., Суботенко О.О. Інвестиційно-проєктне управління розвитком первинної медичної допомоги: адміністративні та соціально-психологічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 13–14. С. 14–19.

22. Якобчук В., Присяжнюк О., Плотнікова М. Ефективність публічного управління фінансово-економічним забезпеченням проєктної діяльності в сфері надання медичних послуг. *Наукові перспективи (Naukovì perspektivi)*. 2021. №7 (13). URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/349>

23. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=1337>

24. Ukraine internal displacement report: general population survey, round 9, 26 September 2022. Geneva: International Organization for Migration; 2022. URL:

<https://dtm.iom.int/reports/ukraine-%E2%80%94internal-displacement-report-%E2%80%94general-population-survey-round-9-17-26-september>.

25. Ukraine internal displacement report: general population survey, round 8, 23 August 2022. Geneva: International Organization for Migration; 2022. URL: <https://dtm.iom.int/reports/ukraine-%E2%80%94internal-displacement-report-%E2%80%94general-population-survey-round-8-17-23-august>.

26. Stopping attacks on health care [вебсайт]. Geneva: World Health Organization; 2022. URL: <https://www.who.int/activities/stopping-attacks-on-health-care>.

27. World Bank. Україна: Швидка оцінка завданої шкоди та потреб на відновлення Washington, D.C.: World Bank Group. URL: <http://documents.worldbank.org/curated/en/099445109072232395/P1788430c59f110920ae4d04bd31d82c530>

28. Social protection for recovery: Europe and central Asia economic update, fall 2022. Washington (DC): World Bank; 2022. URL: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/38098>.

29. Abysova M. Medicalization of public life in a pandemic situation. *Вісн. Нац. авіац. ун-ту*. 2020. № 2. С. 22–29.

30. Alan S. Klinger The Role of Medical Directors in Dialysis Facilities. *MEDICAL DIRECTOR: ROLE IN QUALITY*. 2007. Vol. 4. P. 260–267.

31. Ayaad O, Alloubani A, Abu ALhajaa E, Farhan M, Abuseif S, AlHroub A, Akhu-Zaheya L The Role of Electronic Medical Recording Improving the Quality of Health Care Services: Comparative Study, *International Journal of Medical Informatics*. 2019. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.014>

32. Bevir, M. *Encyclopedia of governance*. London: SAGE Reference Publications, 2007. Vol. 1.

33. Cole A. *Governing and Governance in France*. New York: Cambridge University Press, 2008.

34. Garrison H. G, Foltin G. L, Becker L. R, Chew J. L, Johnson M, Madsen G. M, Miller D. R, Ozmar B. H. The role of emergency medical services in primary injury prevention: consensus workshop, Arlington, *Annals of emergency medicine*. 1997. Vol. 30(1). P. 84–91.

35. Health Care Systems in Transition: Norway. *WHO Regional Voice for Europe*. – Copenhagen. – 2000. URL: <http://www.euro.who.int>
36. Heyse L., Resodihardjo, S., Lantink, T., & Lettinga, B. (Eds.). *Reform in Europe. Breaking the Barriers in Government*. Hampshire: Ashgate, 2006.
37. Highlights of Health in Finland, 1996. *WHO Regional Voice for Europe*. – Copenhagen. – 1996. URL: <http://www.euro.who.int>
38. Hrin O. Medical law basics : book of diagrams: learning guide for foreign students of med. univ. Uzhgorod: PE Sabov A. M., 2021.
39. Kelman S. *Unleashing change: A Study of Organizational Renewal in Government*. Washington: Brookings institution press, 2005.
40. Keon S. Chi. Administration of Innovations in State Government. *Handbook of State Government Administration*. John J. Gargan (Ed.). Kent: Kent State University, 2000. P. 289–307.
41. Kingdon J.W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2-nd edition. New York: Longman, 2002.
42. Levy A. *Organizational Transformation: Approaches, Strategies, Theories*. New York; London: Praeger, 1986.
43. Mohannad Abu Daqar and Milan Constantinovits The role of total qualitymanagement in enhancing the quality of private healthcare services.
44. Onyshchenko S.V., Kulchii I.O., Pasichna I.O. Foreign experience in public administration reforming and its adaptation in Ukraine. *Social and legal aspects of the development of civil society institutions*: collective monograph. Warsaw: BMT Erida Sp.z o.o., 2019. Part I. P. 251–263.
45. Panchenko O. Medical insurance in the financial provision of public medical service. *Problems and Prospects of Economics and Management*. 2018. № 2. P. 15–27.
46. Perkhulyn O. M. Medical aspects of the pregnant women with cervical insufficiency and infertility in anamnesis. *Women's Health*. 2020. № 3. P. 17–25.

47. Radziyevsky I. Modern Trends in the Development of the Public Administration System: Conceptual Dimension. *Bulletin of the Civil Service of Ukraine*. 2008. Vol. 4. P. 24–28.

48. Roman Sonkin, M. D., Evan Avraham Alpert, M. D., David Katz, M. D., Eli Jaffe. Maximizing the Role of Emergency Medical Services in COVID-19 Response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. Vol. 36 (90). P. 22–45. 2023. DOI: 10.1017/dmp.202

49. Selznick P. *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation*. Berkeley: University of California, 1984.

50. Strandberg-Larsen M., Nielsen M., Vallgarda S., Krasnik A., Vrangbaek K. and Mossialos E. Denmark: Health System review. *Health Systems in Transition*. 2007. Vol. 9. Is. 6. 164 p.

51. Vijn, T et al. Improving the quality of care and medical education by involving medical students in providing patient education: a scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 2017 17(5). A281, pp. 1-8, DOI: [dx.doi.org/10.5334/ijic.3594](https://doi.org/10.5334/ijic.3594)

52. Vitkova Tsv. Medical evaluation of hazard analysis and critical control point systems effectiveness in the production of high-risk foods. *Journal of Clinical and Experimental Medical Research*. 2018. Vol. 6(1). P. 33–42.

53. William L. Kissick, M.D. Public Management in Health Care. Medical Care. 2017. (Vol. 1, No. 1 – Vol. 55, No. 12)

54. Ukraine refugee situation: 19 October 2022. In: Operational Data Portal. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2022. URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>.

55. Ukraine: civilian casualty update 24 October 2022. In: News [вебсайт]. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2022. URL: <https://www.ohchr.org/en/news/2022/10/ukraine-civilian-casualty-update-24-october-2022.00>