

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»
ЦЕНТР ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ПУБЛІЧНОЇ СЛУЖБИ І ПРОФЕСІЙНИХ
СУДДІВ

КАФЕДРА АДМІНІСТРАТИВНОГО І ФІНАНСОВОГО ПРАВА

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
на тему:
**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
В УКРАЇНІ**

Виконала: здобувач вищої освіти 2
курсу кваліфікація магістр
Галузь знань 28 «Публічне управління
та адміністрування»
Спеціальність 281 «Публічне
управління та адміністрування»
Шакура Юлія Олександрівна
Керівник: к.ю.н., доцент Козачук Д.А.
Рецензент: к.ю.н., доцент Фролова Є.І.

Одеса – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
 РОЗДІЛ 1. Становлення охорони здоров'я як об'єкта публічного управління	
1.1. Світові історичні передумови виникнення публічного управління сферою охорони здоров'я.....	7
1.2. Охорона здоров'я в Україні як об'єкт публічного управління.....	16
1.3. Поняття та особливості публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні.....	29
 РОЗДІЛ 2.Механізм публічного управління в сфері охорони здоров'я	
2.1. Система органів публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні.....	34
2.2. Методи управління сферою охорони здоров'я в Україні.....	46
2.3. Зарубіжний досвід організації системи публічного управління сферою охорони здоров'я.....	48
 РОЗДІЛ 3. Перспективи розвитку публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні	
3.1. Сучасні проблеми публічного управління сферою охорони здоров'я.....	60
3.2. Особливості публічного управління сферою охорони здоров'я в період воєнного стану.....	66
3.3. Основні напрямки реформування публічного управління сферою охорони здоров'я.....	70
 ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	82

ВСТУП

Спрямованість України до Євросоюзу сприяє значній кількості державно-управлінських реформ, унаслідок яких відбувається трансформація багатьох сфер. Не є винятком трансформація системи державно-владного впливу на сфери суспільного життя, що здійснюється в руслі зміни парадигми взаємовідносин держави і суспільства. Сучасний концепт публічного управління, в цілому, відображає специфіку такої трансформації, передбачає оновлення методів та інструментів державного впливу на суспільні відносини, зокрема і сферу охорони здоров'я. Нові взаємовідносини держави і суспільства зумовлюють не лише зміни механізму владного впливу. Вони виступають каталізатором змін і самого об'єкта - сфери охорони здоров'я, перформатування його системи, нові цілі і завдання, напрямки розвитку тощо. Отже, взаємообумовлюючий вплив суб'єкта і об'єкта публічного управління в сфері охорони здоров'я вимагає детального аналізу світового досвіду й сучасних тенденцій реформування у зазначеній сфері, врахування динаміки розвитку суспільних відносин в Україні і технологічних інновацій, визначення перспектив подальшого розвитку цієї специфічної сфери.

Важливість такого дослідження визначається не лише у зв'язку із загальною актуальністю оновлення механізму публічного управління, але й безперечною цінністю охорони здоров'я та забезпечення високого рівня працездатності населення, яку слід визнати однією з головних соціальних гарантій держави. Відтак, вивчення особливостей публічного управління в сфері охорони здоров'я в контексті проблем сьогодення та напрямків суспільного розвитку України дозволяє сформувати довгострокову концепцію сталого розвитку системи охорони здоров'я, ґрунтуючись на постійному моніторингу існуючих та прогнозованих проблем у цій сфері. Саме системний підхід, стратегічне прогнозування та планування заходів при здійсненні публічного управління у сфері охорони здоров'я є умовою для

гарантування формування системи якісних медичних послуг населенню, їхню доступність та підтримки здоров'я населення як важливої соціальної цінності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Зважаючи на важливість проблематики владного впливу на сферу охорони здоров'я, різні аспекти цього питання в різні часи були предметом ґрунтовних наукових досліджень. Так, фундаментом наукових розробок у цій сфері є праці, присвячені публічному управлінню (Л. Гонюкова, В. Голубь, В. Козаков, В. Ребкало) й публічному адмініструванню (І. Грицяк, В. Коваленко, А. Колодій, Н. Мельтюхова). Вагомий внесок у формуванні теоретико-правових засад публічного управління у сфері охорони здоров'я зроблено В. Борщ, Н. Авраменко, О. Ігнатюк, В. Горачук, М. Білинською, З. Гладун, Д. Карамішева, З. Надюк, С. Петров, О. Поживілова, які зосередили свої зусилля на дослідженні державної політики України у сфері охорони здоров'я.

Слід відзначити важливі здобутки у дослідуваний сфері, сформульовані дослідниками проблем публічного управління медичною справою (Л. Жаліло, Я. Радиш, І. Рожкова, Н. Солоненко, Д. Горбатова П. Берман, В. Долот, Р. Буссе, О. Мартинюк, Е. Моссіалос, М. Рейч, М. Робертс, В. Рудий, Р. Солтман та інші). Окремо слід відзначити фундаментальну працю Г. Сарибасєвої, в якій розкрито особливості адміністративно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я.

Наявні праці можна вважати фундаментальною базою, яка, тим не менш, потребує постійної уваги та врахування суспільно-політичних й економічних змін, розвитку технологій і диджиталізації публічного управління.

Метою магістерської роботи є визначення особливостей та перспектив подальшого розвитку публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні, ґрунтуючись на дослідженні його теоретичних засад, вітчизняного правового регулювання та сучасних світових тенденцій.

Для досягнення поставленої мети, були поставлені такі **завдання**:

- 1) дослідити історичні передумови виникнення публічного управління сферою охорони здоров'я;
- 2) з'ясувати особливості сфери охорони здоров'я як об'єкта публічного управління;
- 3) визначити поняття, зміст та особливості публічного управління сферою охорони здоров'я;
- 4) систематизувати органи публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- 5) проаналізувати методи публічного управління сферою охорони здоров'я, визначити можливості їх удосконалення;
- 6) дослідити зарубіжний досвід організації системи публічного управління сферою охорони здоров'я;
- 7) визначити основні проблеми публічного управління сферою охорони здоров'я та запропонувати шляхи його удосконалення.

Об'єктом дослідження магістерської роботи є правові відносини в сфері публічного управління охороною здоров'я.

Предметом дослідження магістерської роботи є публічне управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є сукупність підходів та методів наукового пізнання. Зокрема, у роботі використано метод системного аналізу, завдяки якому нам вдалося розглянути систему охорони здоров'я як сукупність суб'єктів, об'єктів управління та ресурсів, а також дослідити зовнішні фактори, які впливають на систему в цілому та забезпечують надання своєчасних та якісних медичних послуг громадянам України (п. 1.2., 1.3.). Застосування історико-правового методу дало змогу з'ясувати генезу систематизації публічного управління сферою охорони здоров'я в її розвитку, виявити зв'язок минулого та сьогодення (п. 1.1.). Метод структурно-функціонального аналізу дозволив оцінити ефективність управління ресурсами (кадровими, фінансовими, матеріально-технічними

тощо) (п. 2.1., 2.2). Логіко-семантичний метод використано для дослідження дефініцій адміністративного права, які у сукупності допомагають розкрити сутність публічного адміністрування системою охорони здоров'я (п. 1.1., 1.2.). За допомогою методу контент-аналізу ми проаналізували нормативно-правові документи у сфері публічного управління охороною здоров'я (п. 2.2., 3.2). Метод порівняння використано у роботі під час вивчення зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я; порівняння існуючих медичних інформаційних систем, переваг і ризиків (п. 2.3). Аксіологічний метод застосовувався для формування розуміння суспільного прогресу в системі публічного управління сферою охорони здоров'я (п. 3.2., 3.3.). Основним методом дослідження став загальнонауковий діалектичний метод, який дозволив проаналізувати законодавчі документи щодо регулювання системи публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні (п. 2.1., 2.2.).

У роботі також використовувались такі загальнонаукові методи, як метод аналізу та синтезу, метод індукції та дедукції.

Структура магістерської роботи побудована відповідно до поставлених завдань і складається із трьох розділів, висновків, списку використаних джерел.

Розділ 1. СТАНОВЛЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ОБ'ЄКТА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

1.1. Світові історичні передумови виникнення публічного управління в сфері охорони здоров'я

Історичні передумови виникнення публічного управління в сфері охорони здоров'я пов'язані з розвитком суспільних інститутів, необхідністю підтримання громадського здоров'я та боротьби з епідеміями. Світовими ключовими етапами цього процесу можна виділити добу Античності та Середньовіччя. Поняття медицини та охорони здоров'я не існувало в сучасному його розумінні. Виникнення перших державних інституцій, які почали відповідати за певні аспекти здоров'я населення держави, стали основою для майбутніх систем охорони здоров'я.

У древньому Єгипті медицина була тісно пов'язана з релігійними віруваннями. Жерці мали не тільки духовні, але й лікувальні функції. Храми стали осередками медичної допомоги, де накопичувалася важлива інформація. Важливим є те, що єгиптяни надавали великого значення чистоті та гігієні тіла. Це спонукало державу встановлювати правила та порядки (наприклад, обов'язкові омовіння для жерців).

Медицина була доступною не тільки для еліти, а й для широких верств населення. Держава почала систематизувати знання в цій сфері.

У давній Греції філософ-мислитель Гіппократ започаткував науковий підхід до медицини, відокремлюючи її від магії та релігії. Він розробив систему медичних знань і етичні принципи, які стали базовими для медичних професій.

У грецьких містах-державах існувала певна організація охорони здоров'я, зокрема, публічні лікарі, які забезпечували медичну допомогу громадянам.

Древні римляни будували акведуки для забезпечення міст чистою водою, громадські лазні, каналізацію. Римські легіони мали організовану медичну допомогу, що передбачало лікування та догляд за пораненими солдатами. Це спонукало державу до розвитку медичних знань та установ. Також у Римській імперії почали з'являтися перші лікарі, які обслуговували громадян за кошти держави, що стало основою для розвитку державних інститутів охорони здоров'я.

У Середньовіччі охорона здоров'я значною мірою перебувала під впливом церкви. Монастирі стали центрами медичних знань і догляду за хворими, де монахи і священники надавали допомогу, іноді створюючи лікарні [30, с. 173]. Християнська мораль підкреслювала необхідність милосердя і догляду за хворими. Це стало основою для виникнення перших шпиталів (особливо в Візантії) та доглядових закладів для хворих, бідних і старих.

Під час хрестових походів з'явилася необхідність організації медичної допомоги воїнам, що призвело до створення системи шпиталів і розвитку військової медицини. Пандемія чуми XIV століття стала поштовхом для розвитку системи охорони здоров'я. У відповідь на загрозу уряди європейських міст і країн почали запроваджувати карантинні заходи, створювати спеціальні органи для боротьби з епідеміями та впроваджувати заходи для стримування поширення хвороб [1]. У містах почали з'являтися перші карантинні станції для ізоляції хворих, що було одним із перших організованих заходів з боку державних органів для захисту громадського здоров'я.

У середньовічній Європі феодали та королівська влада почали брати на себе часткову відповідальність за здоров'я своїх підданих, зокрема через встановлення лікарень та систем допомоги бідним і хворим. У зв'язку зі збільшенням кількості міст у середньовіччі місцеві органи влади почали впроваджувати перші елементи публічного управління в сфері охорони здоров'я, зокрема контролю за громадською гігієною, водопостачанням та

прибиранням сміття. Створення медичних гільдій і корпорацій лікарів сприяло впорядкуванню медичної діяльності. Ці організації встановлювали професійні стандарти та здійснювали контроль за якістю медичних послуг для населення.

У XVII–XVIII століттях в Європі утверджується абсолютизм. При ньому монархи мали значний вплив на всі сфери життя держави, включаючи охорону здоров'я. Центральні уряди почали активно втручатися в організацію медичної допомоги, оскільки ефективне управління населенням передбачало турботу про його здоров'я. Згодом виникає необхідність у спеціалізованих органах управління, які відповідали за різні аспекти соціального життя, зокрема за охорону здоров'я. У цей період виникла необхідність більш структурованого підходу до охорони здоров'я, оскільки зростаючі соціальні, політичні та економічні зміни вимагали нового підходу до управління населенням і захисту його здоров'я [10, с. 124]. Держави починають централізувати управління у цій галузі через створення медичних департаментів, призначення державних лікарів та розвиток медичних установ. Важливими факторами були епідемії, війни, розвиток науки і зміна політичних систем.

У важкий період епідемії чуми, віспи, тифу та холери Європа страждала від численних демографічних та економічних збитків. Держави почали усвідомлювати необхідність централізованого контролю за епідеміями та впровадження санітарних заходів для запобігання їх поширенню. У XVII–XVIII століттях багато країн Європи, зокрема Італія, Франція та Англія, запроваджували карантин для ізоляції хворих, контроль над портами і пересуванням людей [10]. Це був один із перших прикладів централізованого втручання держави в охорону здоров'я.

З часом медицина почала відходити від релігійно-містичних уявлень і спиратися на наукові досягнення. Такі вчені, як Вільям Гарвей (який відкрив циркуляцію крові), та Антоні ван Левенгук (який відкрив мікроорганізми), зробили значний внесок у розвиток медичних знань. Зростає кількість

медичних навчальних закладів, зокрема університетів, де готували лікарів. Лікарні перетворюються з благодійних закладів для бідних на більш структуровані установи для надання медичної допомоги та навчання майбутніх медиків. У XVII–XVIII століттях з'являються нові медичні практики, такі як щеплення від віспи (вперше застосоване у Великобританії Едвардом Дженнером), що вимагають державного втручання для організації масових вакцинацій. Саме в цей період відбувається активне управління державними органами системою охорони здоров'я, медичними установами та зокрема профілактичними заходами [1].

Війни в Європі, зокрема Тридцятирічна війна (1618–1648), Семилітня війна (1756–1763) та Наполеонівські війни, зумовили потребу в організації медичних служб для військових. Армії стали одними з перших інституцій, де централізовано впроваджували медичну допомогу на постійній основі. Шпиталі для солдатів були створені з ініціативи держави, а після закінчення воєн досвід військової медицини використовувався для розвитку публічної охорони здоров'я [30, с. 172].

Пізніше, паралельно з процесами індустріалізації та урбанізації, виникли нові проблеми з гігієною, водопостачанням та накопиченням сміття. Погані санітарні умови були основною причиною поширення хвороб. У багатьох містах уряди почали впроваджувати програми щодо покращення громадської гігієни, зокрема будівництво систем водопостачання та каналізації, впровадження законів про чистоту вулиць та вивезення сміття, облаштування спеціалізованих місць тощо.

Держави починають впроваджувати перші санітарні інспекції для контролю за дотриманням гігієнічних норм у містах. Це стало початком розвитку публічних систем управління охороною здоров'я.

У Європі починають активно розвиватися благодійні організації, що опікувалися будівництвом лікарень для бідних, особливо у Франції та Англії [10, с. 123]. Багаті меценати фінансували створення лікарень та шпиталів, що доповнювало державні ініціативи, а іноді й започатковувало їх.

У багатьох країнах (Франція, Великобританія) державна влада починає регулювати медичну практику через ліцензування лікарів і хірургів. З'являються перші медичні кодекси, що визначають вимоги до медичної практики. Уряди створюють спеціальні органи для нагляду за санітарними умовами, ліцензуванням лікарів та контролем за якістю послуг.

В умовах зростання ролі торгівлі та промисловості держави почали більше уваги приділяти демографічним питанням. Здорове населення було важливим для забезпечення економічного зростання та військової потужності. Державна політика була спрямована на зменшення дитячої смертності, покращення умов життя населення та збільшення народжуваності, що також впливало на розвиток системи охорони здоров'я.

Таким чином, початок централізованого управління в XVII–XVIII століттях заклав основу для розвитку публічного управління в сфері охорони здоров'я. Соціально-економічні виклики, епідемії, війни, розвиток медичних знань та зростання міст змусили держави взяти на себе відповідальність за здоров'я населення [30, с. 171]. Формування перших інституцій охорони здоров'я, санітарних служб і систем медичної допомоги стало початком публічних структур, які пізніше еволюціонували в сучасні системи охорони здоров'я.

У XIX столітті відбувся значний прогрес у розвитку державних систем охорони здоров'я, що стало результатом поєднання соціальних, політичних, наукових і економічних факторів. Це століття ознаменувалося стрімким розвитком промисловості, урбанізації, медичних наукових відкриттів та зміцненням ролі держави у забезпеченні добробуту своїх громадян.

Одним із найважливіших етапів у розвитку державної системи охорони здоров'я став закон про соціальне страхування, який вперше запровадив канцлер Німецької імперії Отто фон Бісмарк у 1883 році. Він увів систему обов'язкового медичного страхування для робітників, що покривало медичне обслуговування, лікарняні витрати та забезпечення лікарськими засобами. Цей підхід пізніше став моделлю для багатьох європейських країн.

Після успіху Німеччини, інші країни, такі як Австро-Угорщина, Франція та Великобританія, почали впроваджувати подібні моделі соціального страхування, спрямовані на захист здоров'я робітників і зниження рівня захворюваності [10].

Відкриття мікробів як збудників інфекційних хвороб у середині XIX століття Луї Пастером і Робертом Кохом призвело до фундаментальної зміни в розумінні причин захворювань. Це відкрило можливості для розробки вакцин та інших методів боротьби з хворобами, таких як стерилізація, дезінфекція та антисептика, започаткована Джозефом Лістером.

У XIX столітті була розроблена також вакцинація проти віспи, яку активно застосовували в багатьох країнах, що вимагало централізованої організації процесу вакцинації на державному рівні. Застосування наркозу та антисептичних методів дозволило значно розширити можливості хірургії, що також потребувало систематизації медичних послуг та розвитку лікарень.

Один із найважливіших аспектів державного управління охороною здоров'я у XIX столітті був пов'язаний з рухом за покращення громадської гігієни. У Великобританії в 1848 році був прийнятий перший закон про громадське здоров'я, який запровадив системи санітарного контролю, каналізаційні системи, чисте водопостачання та вивезення сміття [10]. Місцеві органи влади почали брати на себе відповідальність за забезпечення гігієни в містах, створення та підтримання лікарень, а також контроль за умовами праці на фабриках, заводах та підприємствах. Численні спалахи холери змусили держави впроваджувати карантинні заходи та вдосконалювати системи водопостачання й каналізації для запобігання поширенню хвороб. Джон Сноу, британський лікар, першим встановив зв'язок між забрудненою водою та епідеміями холери, що стало поштовхом для розвитку санітарних заходів.

Багато країн Європи почали створювати державні медичні ради, які відповідали за регулювання медичної практики, навчання лікарів та контроль за медичними закладами. У Великобританії у 1858 році була створена

Загальна медична рада, яка займалася ліцензуванням лікарів та регулюванням медичної діяльності.

У XIX столітті лікарні перестають бути винятково благодійними установами і стають основними осередками надання медичної допомоги. Держави починають активно фінансувати будівництво лікарень, щоб забезпечити доступ до медичних послуг для всіх верств населення. Робітничий рух почав вимагати від урядів впровадження соціальних гарантій. Профспілки вимагали покращення умов праці, доступу до медичних послуг та страхування на випадок хвороби. Уряди багатьох країн приймають закони про страхування від хвороб, інвалідності та нещасних випадків на виробництві, що стає основою для розвитку державних систем соціального та медичного страхування [10].

У другій половині XIX століття в Європі відбувається поступове усвідомлення того, що держава повинна відігравати важливу роль у забезпеченні добробуту своїх громадян. Це включало не лише захист від зовнішніх загроз, але й турботу про здоров'я населення. Ідеї соціальної рівності і соціального захисту, поширені в соціалістичних і соціал-демократичних рухах, сприяли розвитку державних систем охорони здоров'я, адже ці ідеї підкреслювали важливість загального доступу до медичних послуг. У цей період з'являються перші міжнародні форуми та конгреси з гігієни та демографії, які сприяли обміну досвідом і кращими практиками між країнами [10].

Таким чином, у XIX столітті формуються перші елементи сучасних державних систем охорони здоров'я, які поєднували соціальне страхування, громадську гігієну, державний контроль за медичною практикою та розвиток лікарняних установ. Основними факторами, які сприяли їх розвитку, стали індустріалізація, урбанізація, епідемії, наукові відкриття, а також соціальні реформи, які зробили медичні послуги доступнішими для всіх верств населення.

Створення міжнародних організацій з охорони здоров'я в Європі у XX

столітті було результатом глобалізації, розвитку медичних наук, а також усвідомлення того, що охорона здоров'я є не лише внутрішньою справою окремих держав, але й глобальним питанням, що потребує міжнародної співпраці.

Після Першої і Другої світових воєн зросла потреба в координації міжнародних зусиль для подолання епідемій, покращення санітарних умов та боротьби з інфекційними захворюваннями. Ліга Націй, заснована у 1919 році, стала першою міжнародною організацією, що спрямовувала свої зусилля на підтримання миру та співробітництва між країнами, а також почала впроваджувати систематичний підхід до питань охорони здоров'я.

У 1920 році була створена Гігієнічна організація Ліги Націй (League of Nations Health Organization), яка займалася переважно боротьбою з інфекційними захворюваннями, такими як тиф, холера та малярія, що поширювались після Першої світової війни [10]. Вона займалася міжнародною координацією санітарних заходів, сприяла обміну медичними даними між країнами, а також запроваджувала наукові дослідження у сфері охорони здоров'я. Організація досягла значних успіхів у боротьбі з епідеміями через впровадження систем епідеміологічного моніторингу та міжнародного співробітництва з карантинних заходів. Вона також сприяла стандартизації медичних препаратів та проведенню досліджень у галузі охорони здоров'я.

Катастрофічні наслідки Другої світової війни, такі як масова міграція, гуманітарні кризи та руйнування медичних систем, спонукали до створення нової, більш ефективної міжнародної організації з охорони здоров'я. У 1948 році, як спеціалізована агенція ООН, була заснована Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization). Її головна мета — досягнення найвищого рівня здоров'я для всіх людей. ВООЗ зайняла центральне місце у координації міжнародних зусиль із боротьби з захворюваннями, покращення медичних послуг та розробки стандартів охорони здоров'я. ВООЗ активно займалася питаннями профілактики та ліквідації епідемій, зокрема віспи,

малярії, СНІДу, поліомієліту та інших хвороб. Організація працювала над створенням міжнародних стандартів у галузі громадської гігієни, водопостачання та санітарії, координувала глобальні програми вакцинації, що призвело до значного зниження дитячої смертності та повного викорінення деяких хвороб. Організація розробляла міжнародні медичні протоколи, клінічні стандарти та рекомендації для лікування різних захворювань.

Міжнародний комітет Червоного Хреста та Червоний Півмісяць, які були засновані ще у XIX столітті, відігравали важливу роль у гуманітарній допомозі під час конфліктів та криз. У XX столітті ці організації стали активними учасниками міжнародних програм з охорони здоров'я, допомагаючи жертвам катастроф, війни, епідемій та біженцям.

Одразу після створення ВООЗ було організовано регіональні офіси, зокрема Європейське регіональне бюро (1949 р.), яке координувало діяльність країн Європи щодо охорони здоров'я. Основні напрямки діяльності включають профілактику захворювань, санітарно-гігієнічні заходи, розвиток національних систем охорони здоров'я та підвищення якості медичних послуг.

Окрім ВООЗ, ООН запустила кілька інших ініціатив, таких як Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), який зосереджений на охороні здоров'я дітей, і Програма ООН з боротьби зі СНІДом (UNAIDS), що бореться з поширенням ВІЛ/СНІДу.

Рада Європи також відіграє важливу роль у розвитку міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я, зокрема у питаннях біоетики, трансплантації органів, а також захисту прав пацієнтів.

У XX столітті було створено механізми для міжнародного моніторингу інфекційних захворювань. Це включало збір даних із різних країн, обмін інформацією про спалахи хвороб та розробку спільних стратегій для їх стримування.

Міжнародні організації, зокрема ВООЗ, почали впроваджувати спільні

програми для боротьби з конкретними захворюваннями на глобальному рівні. Наприклад, програми з ліквідації поліомієліту, малярії, туберкульозу, а також ВІЛ/СНІДу, що стали зразками міжнародної координації [11, с. 168].

Отже, публічне управління в сфері охорони здоров'я розвивалося під впливом епідемій, урбанізації та загального підвищення значення здоров'я для соціально-економічного розвитку. Ці процеси призвели до поступового формування системи державного управління охороною здоров'я на міжнародному рівні.

1.2. Охорона здоров'я в Україні як об'єкт публічного управління

«Під час реформування та модернізації системи охорони здоров'я України повинні бути окреслені цілі та завдання, виконання яких допоможе реалізувати соціальні цінності та прагнення в дусі традицій сучасної, демократичної Європи. Право людини на здоров'я повинно базуватися на економічному та соціальному розвитку і політичній стабільності. Україна потребує ефективного функціонування юридичних, фінансових, економічних, структурних, управлінських, організаційних, інформаційних і комунікаційних інститутів із метою досягнення найкращих результатів для здоров'я (його рівня та рівності в ньому), фінансової захищеності при отриманні медичної допомоги, оперативного задоволення вимог та очікувань громадян і загальної ефективності галузі» [68]. Про це йдеться в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні до 2030 року. Особливостями системи охорони здоров'я як об'єкту державного управління є наступні:

1) *багатогалузевість*: система охорона здоров'я включає в себе сукупність галузей економіки як власне надання медичних послуг, виробництва медичних технологій та фармацевтичну галузь, навчання медичних працівників тощо;

2) *стейкхолдери*: зацікавленість більшості суб'єктів соціально-економічних відносин та державного управління в розвитку системи охорони здоров'я як фактору формування людського капіталу країни, що є основою розвитку інших соціально-економічних систем;

3) *взаємозалежність*: система взаємопов'язана із соціально-економічними та політичними системами та природно-кліматичними умовами.

Відповідно система охорони здоров'я як об'єкт державного управління є нестабільною та складною, що визначає складність та багатофункціональність державно-управлінських рішень та державної політики. Сучасна система охорони здоров'я держави ще не наповнена чітким необхідним потенціалом механізмів управління і не зовсім адаптована до реальних умов життя, що викликано також суперечностями в поглядах до механізмів управління, фінансування, медичного страхування тощо [67]. Система охорони здоров'я створена з метою подолання наслідків надмірної децентралізації управління, яка спричиняє порушення єдності місцевого, регіонального та національного рівнів. Її функціонування базується на формуванні та реалізації політики в галузі охорони здоров'я з урахуванням системного підходу. Цей підхід об'єднує методологічні принципи й теоретичні положення, що дозволяють аналізувати кожен елемент системи у взаємодії з іншими складовими, визначати зміни, які відбуваються внаслідок перетворень окремих елементів, та формувати цілісне бачення функціонування системи.

Застосування системного підходу дає можливість досліджувати специфічні властивості системи, виявляти закономірності її розвитку та визначати оптимальні режими функціонування. Такий підхід дозволяє враховувати складність структури та управління, забезпечуючи узгодженість між різними рівнями організації охорони здоров'я.

Поняття «система охорони здоров'я», «медична система» або «медична діяльність» у науковій літературі часто ототожнюються. Однак ці дефініції мають принципову відмінність.

Тож, поняття «охорона здоров'я» – це система організаційних, правових, економічних, соціальних і медико-біологічних заходів, спрямованих на підтримання та поліпшення здоров'я населення, запобігання хворобам і забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя суспільства.

Суб'єктами системи охорони здоров'я є органи державної влади, установи охорони здоров'я, міжнародні організації (наприклад, ВООЗ).

Об'єктами ж системи виступають демографічні показники, інфекційні хвороби, фактори ризику, соціальні детермінанти здоров'я.

Медична система — це сукупність організаційних структур, установ, ресурсів, правових норм і механізмів, що забезпечують надання медичних послуг, здійснення профілактики захворювань, діагностики, лікування, реабілітації та підтримки громадського здоров'я на рівні окремих осіб і всього населення.

Суб'єктами медичної системи є всі фізичні та юридичні особи, а також організації, які беруть участь у функціонуванні, управлінні та забезпеченні діяльності медичної системи.

Об'єктом медичної системи є здоров'я населення як ключовий елемент соціального добробуту.

Медична діяльність – це професійна діяльність, що включає проведення діагностичних, лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів, які базуються на досягненнях медичної науки та практики, спрямованих на збереження чи відновлення здоров'я окремих осіб.

Суб'єктами медичної діяльності є медичні працівники (лікарі, медсестри, фармацевти), медичні установи (лікарні, клініки, лабораторії).

Об'єктами медичної діяльності є процеси та системи, на які спрямована професійна діяльність медичних працівників з метю збереження, підтримки, відновлення та покращення здоров'я людини.

Таке розмежування дозволяє більш чітко розуміти взаємозв'язки та сферу відповідальності кожного з цих понять у структурі системи охорони здоров'я.

У класичному розумінні система охорони здоров'я визначається як сукупність взаємодії між суб'єктами та об'єктами управління, що забезпечується через методологічну діяльність і зворотній зв'язок. Однак складність системи зростає, коли мова йде про державне управління, оскільки взаємозв'язки між суб'єктами й об'єктами можуть змінюватися залежно від рівня системи — від місцевого до національного. Ця складність вимагає вдосконалення механізмів управління, зокрема інтеграції різних рівнів, гармонізації повноважень та відповідальності, а також постійного моніторингу для ефективного реагування на зміни [60].

В Україні функціонує багаторівнева система охорони здоров'я, зокрема виділяють:

- національний (Міністерство охорони здоров'я – *суб'єкт управління* та заклади охорони здоров'я державної форми власності, підпорядковані МОЗ, науково-дослідним інститутам, закладам вищої освіти, підпорядкованим Академії медичних наук України – *об'єкт управління*);

- регіональний (системи охорони здоров'я, представлені МОЗ АРК, управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях – *суб'єкт управління* та державними закладами охорони здоров'я, предані їм в управління або перебувають у спільній власності територіальних громад – *об'єкт управління*);

- субрегіональний (системи охорони здоров'я представляють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні, сільські органи місцевого самоврядування – *суб'єкт управління* та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності – *об'єкт управління*) [54].

Кожен нижчий рівень можна вважати об'єктом управління вищого рівня, а цілому уся система є об'єктом державного управління.

Об'єктом державного управління в цілому є система охорони здоров'я, яка має наступні складові:

- медична послуга (екстрена медична допомога, первинна медична допомога, вторинна (спеціалізована) медична допомога, третинна (високоспеціалізована) медична допомога, паліативна медична допомога, реабілітація, медична допомога у зв'язку з вагітністю і пологами, медична допомога дітям до 16 років);
- медична освіта (підготовка лікарів різни спеціалізацій, підготовка медичних сестер, перепідготовка керівних кадрів);
- забезпечення громадського здоров'я;
- виробництво та постачання ліків.

Варто зазначити, що система фінансування та реалізації медичних послуг трансформувалася відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Особливості системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління визначаються низкою специфічних рис:

- *міждисциплінарність дослідження*. Система охорони здоров'я охоплює численні сфери наукового пізнання, такі як медицина, економіка, право, психологія, соціологія, державне управління, технології тощо. Це дозволяє комплексно вивчати процеси, що впливають на громадське здоров'я та діяльність системи охорони здоров'я.

- *багатофакторність впливу*. На громадське здоров'я та систему охорони здоров'я впливає безліч факторів, серед яких демографічні, соціальні, економічні, екологічні та технологічні аспекти.

Громадське здоров'я, як об'єкт уваги, та система охорони здоров'я, як інструмент його забезпечення, перебувають у єдиному об'єктному полі. Їхнє поєднання реалізується через інтеграцію до наукового простору державного управління, яке покликане врахувати всі властивості суспільного явища, яким є громадське здоров'я. Система охорони здоров'я виступає результатом

державно-управлінських рішень, що враховують різносторонні інтереси та забезпечують розвиток суспільного добробуту.

У сфері юридичних наук громадське здоров'я та система охорони здоров'я аналізуються з різних позицій:

Забезпечення права людини на здоров'я. Право на здоров'я визнається фундаментальним і закріплюється в конституціях більшості країн, включаючи Конституцію України.

Правове регулювання медичних послуг. Важливе місце займає регулювання порядку надання медичної допомоги, включаючи права пацієнтів та обов'язки медичних установ.

Державна політика і правові механізми. Ефективність політики в сфері охорони здоров'я залежить від розробки та реалізації правових механізмів, які забезпечують її цілісність і послідовність.

Усі ці аспекти взаємопов'язані, формуючи єдину концепцію правового та управлінського забезпечення здоров'я громадян. Це об'єднання спрямоване на досягнення головної мети — забезпечення доступного, якісного та ефективного медичного обслуговування в рамках державної політики [55].

«Коли пацієнт вступає в договірні відносини щодо здоров'я, він передає закладу охорони здоров'я (працівнику) контроль за своїм організмом». Забезпечення права на охорону здоров'я можливе лише через належний механізм державного управління, що підкреслює тісний взаємозв'язок між правом і державним управлінням. Ця взаємодія має двосторонній характер:

1. Право як регулятор державного управління. Право встановлює межі, принципи та основні положення, які визначають діяльність органів державного управління у сфері охорони здоров'я.

2. Державне управління як інструмент реалізації права. Державне управління в сфері охорони здоров'я виступає практичним інструментом, що забезпечує реалізацію конституційного права кожної людини на охорону здоров'я.

Крім того, предметом уваги юридичних наук є не лише право на здоров'я, а й сама система охорони здоров'я як об'єкт правового регулювання. До 1990-х років регулювання системи охорони здоров'я здебільшого стосувалося двох аспектів:

- *незаконна лікарська практика*. Основна увага приділялася захисту пацієнтів від несертифікованих медичних послуг.

- *лікарська помилка*. Вирішувалися питання відповідальності лікарів у випадках професійних недоліків чи недбалості.

Однак розвиток ринку медичних послуг в Україні в кінці XX століття значно змінив уявлення про роль медицини в суспільстві. Це викликало потребу у нових системних підходах до юридичного забезпечення діяльності системи охорони здоров'я.

Формування медичного права стало одним із ключових напрямів правового регулювання. Ця галузь національного права охоплює комплекс правових норм, які регулюють: права та обов'язки медичних працівників; відносини між пацієнтами, закладами охорони здоров'я та органами державної влади; відповідальність за порушення стандартів надання послуг у сфері охорони здоров'я; ліцензування та акредитацію закладів охорони здоров'я.

Розвиток медичного права спрямований на створення ефективної правової бази, яка забезпечує баланс між інтересами пацієнтів, медичних установ та держави, а також сприяє сталому розвитку системи охорони здоров'я. Таким чином, «міждисциплінарність громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в контексті права та державного управління проявляється на об'єктному рівні та власне функціональному, зокрема: – об'єктом права та державного управління виступає один і той же об'єкт: громадське здоров'я чи система охорони здоров'я;

- виступає об'єктом правового регулювання;

- може реалізуватися через правовий механізм;

– є інструментом забезпечення виконання конституційного права людини на здоров'я. Усі ці властивості мають бути враховані при формуванні та реалізації державної політики, що дозволить концептуально підійти до нових викликів у системі охорони здоров'я та врахувати інтереси різних учасників суспільних відносин» [58].

Громадське здоров'я є об'єктом дослідження соціології, а також характеристикою інших об'єктів цієї науки, таких як складові суспільства або суспільні відносини загалом. Відповідно до теорії соціальних систем Талкотта Парсонса, усі функції системи спрямовані на забезпечення її стабільного функціонування та збереження балансу взаємодії із зовнішнім середовищем.

Для соціальних систем зовнішнє середовище визначається як соціальне, тобто воно включає інші соціальні системи, з якими взаємодіє конкретна система. З цього випливає, що ефективність роботи будь-якої соціальної системи залежить від її здатності узгоджувати свої дії та функції з іншими системами.

У контексті громадського здоров'я ця взаємодія вимагає скоординованості між різними соціальними інститутами, такими як система охорони здоров'я, економічна система, система освіти, а також політичні та правові структури. Такий підхід забезпечує комплексне розуміння зв'язків і впливів між окремими соціальними підсистемами, що сприяє підвищенню ефективності заходів, спрямованих на збереження та покращення громадського здоров'я [53].

Систему охорони здоров'я як об'єкт соціологічних досліджень можна розглядати в кількох ключових аспектах:

Громадське здоров'я як показник розвитку суспільства.

Соціологія характеризує громадське здоров'я як інтегральний показник, що відображає рівень соціального, економічного, культурного, демографічного та біологічного розвитку суспільства. Це комплексний соціально-гігієнічний і економічний показник, який включає в себе

інформацію про якість медичної допомоги, доступність соціальних послуг і рівень загального добробуту населення. Таким чином, стан громадського здоров'я є дзеркалом економічного й культурного стану суспільства.

Громадське здоров'я як соціально-демографічний показник.

У цьому контексті соціологія оцінює стан здоров'я членів соціальних спільнот за допомогою таких демографічних показників, як народжуваність, смертність, середня тривалість життя, захворюваність, а також рівень фізичного розвитку населення. Ці параметри дозволяють визначити демографічну стабільність і якість життя в суспільстві.

Громадське здоров'я як стан людини і суспільства в цілому.

Соціологічні дослідження допомагають оцінити стан життєздатності суспільства як соціального організму. Вивчення громадського здоров'я у цьому аспекті дозволяє оцінити ступінь імовірності для кожної людини досягнення оптимального рівня здоров'я і працездатності протягом свого життя. Одночасно це також є характеристикою суспільної життєздатності та соціально-економічного розвитку в цілому.

Соціологія, розглядаючи систему охорони здоров'я, допомагає встановлювати зв'язок між медичними, демографічними, соціальними та економічними показниками, що забезпечує комплексний підхід до вивчення й удосконалення цієї сфери. На основі соціологічних досліджень формується державна політика та механізми її реалізації, а також вивчає систему охорони здоров'я, яка формується через прийняття державно-управлінських рішень

Система охорони здоров'я є й невід'ємною складовою економічного розвитку. Рівень громадського здоров'я є індикатором результативності економічних відносин. І навпаки, «рівень соціального економічного розвитку суспільства впливає на якість життя населення, а отже і на стан здоров'я через можливості забезпечення його підвищення. Все це проявляється в сукупності взаємозв'язків та різних об'єктів економічних наук. У свою чергу рівень здоров'я, як характеристика людського капіталу держави, є об'єктом системи економічних наук. Саме людський капітал є працездатністю, яка

визначається віком, освітою і, головне, здоров'ям не залежно від соціального стану» [73].

У всьому світі особлива роль відведена здоров'ю населення. Оскільки цей показник є основою розвитку економіки і людського капіталу, індикатором соціального добробуту суспільства, показником успішного функціонування держави в здійсненні ефективно побудованої соціальної політики. «Інвестиції в здоров'ї населення виражаються в збереженні працездатності за рахунок зменшення захворюваності і збільшення продуктивного періоду життя. Все це залежить від якості послуг у сфері охорони здоров'я. Сучасна система охорони здоров'я максимально сфокусована на забезпечення розвитку і збереження всіх функцій людини через запровадження профілактичних та лікувальних заходів для досягнення нею максимальної та ефективної тривалості життя» [82, с. 153].

Крім того, здоров'я суспільства з позицій характеристики людського капіталу держави визначає вплив на національну безпеку. Рівень системи охорони здоров'я є фактором впливу на рівень національної економічної безпеки. Адже, національна безпека характеризує «стан національної соціально-економічної системи, при якому забезпечені захист інтересів людини, соціуму, держави, перебіг процесів сталого соціально-економічного розвитку при своєчасному виявленні і нейтралізації наявних та ймовірних загроз національним інтересам» [82, с. 154].

Низький рівень системи охорони здоров'я знижує економічні показники, а з іншого низькі показники економічного розвитку не дозволяють в повній мірі фінансувати систему охорони здоров'я для підвищення рівня життя населення і як результати громадського здоров'я.

Здоров'я нації є ключовим показником якості життя та соціально-економічного розвитку країни, впливаючи на її місце в міжнародних рейтингах. Погіршення здоров'я населення веде до економічних втрат через додаткові витрати, соціальні виплати, втрати продуктивності та зниження

податкових надходжень. Ціпоказники впливають на систему охорони здоров'я як об'єкту економічних наук за таких умов:

1. Медицина виступає системою економічного управління на всіх рівнях (державному, регіональному, місцевому);
2. Об'єктом фінансування державного та місцевого бюджетів є охорона здоров'я;
3. Система охорони здоров'я розглядається економічними науками як ринок медичних послуг, які можуть втілюватися державними та приватними закладами;
4. Заклади охорони здоров'я є об'єктом менеджменту як окремий суб'єкт господарювання в сфері медичних послуг.

Систематизуючи міждисциплінарний прояв системи охорони здоров'я Л. Криничко пропонує таку матрицю (табл. 1) [35].

Таблиця 1

**Матриця міждисциплінарної взаємодії
в сфері державного управління системою охорони здоров'я**

Об'єкти	Громадське здоров'я	Система охорони здоров'я
Характеристики	<i>Юридичні</i>	
Об'єкт	Конституційне право людини на здоров'я	-Система охорони здоров'я є об'єктом правового регулювання
Прояв в державному управлінні	Державне управління має забезпечити виконання конституційного права людини на здоров'я	Державне управління системою охорони здоров'я може реалізуватися через правовий механізм
Характеристика	<i>Соціологічні</i>	
Об'єкт	Громадське здоров'я є об'єктом соціального дослідження як за якісними так і кількісними показниками, що характеризує стан суспільства	Соціологія вивчає вплив системи охорони здоров'я на стан громадського здоров'я
Прояв в державному управлінні	Державно-управлінські рішення в сфері охорони здоров'я приймаються на основі соціологічних досліджень якісних та кількісних показників громадського здоров'я	Соціологічні дослідження дозволяють оцінити ефективність державно-управлінських рішень щодо охорони здоров'я
Характеристика	<i>Економічні</i>	
Об'єкт	Громадське здоров'я виступає складовою людського капіталу та трудового потенціалу як об'єктів економічних систем та фактором їх розвитку	Система охорони здоров'я є об'єктом фінансування, а діяльність суб'єктів системи є об'єктом менеджменту
Прояв в державному управлінні	Громадське здоров'я може виступати фактором, що впливають на державно-управлінські рішення, а також визначальним детермінантом в формуванні системи охорони здоров'я	Система охорони здоров'я формується та управляється державним управлінням, а державно-управлінські рішення приймаються органами центральної виконавчої влади

Важливо, що «сучасна система охорони здоров'я в Україні знаходиться в системній кризі, що обумовлена стрімкою інтеграцією країни в глобальне співтовариство, з супутньою їй модернізацією традиційних соціальних інститутів і соціальних відносин. Це створює перешкоди для її стратегічного розвитку та економічного зростання» [35].

Дослідники публічного управління зазначають, що причини такої системної кризи охорони здоров'я можна згрупувати за двома основними рівнями. На політичному рівні: «пастка гібридності» політичного режиму, у яку потрапила держава через прерогативу неформальних інститутів (корупція, клієнтилізм) над формальними, що актуалізувалося небажанням політичної еліти змінювати систему з середини.

«Пастки гібридності – це поняття вперше застосував політолог Ю. Мацієвський у значенні сукупності стійких, але неефективних інститутів, що заважають елітам рухатися у бік демократії, але дозволяють зберігати монополію на політичну владу та ренту, не вдаючись до відвертого авторитаризму» [41]. Він стверджує, що Україна є прикладом країни з таким гібридним режимом, де формальні інститути, а це - закони, законодавчі акти нівелюються неформальними інститутами (клієнтелізмом, непотизмом і корупцією), що є деякою мірою сильнішими. Таке домінування неформальних інститутів над формальними спровокувало неможливість елітам домовитися про так звану «гру за правилами».

У більшості пострадянських країн спостерігається домінування неформальних інститутів над формальними, що зумовлює різні політичні траєкторії. Одні з цих країн повернулися до авторитаризму, інші стали демократичними, а деякі, зокрема Україна, залишаються в статусі «гібридних» режимів. Водночас демократичний перехід у країнах Балтії та більшості країн Східної Європи завершився. Тому важливим питанням для України є те, чи зможе вона стати ліберальною демократією, чи залишиться «гібридним» режимом або, можливо, повернеться до авторитаризму. Такий політичний контекст спричинив відсутність інтересу з боку політичної еліти до розвитку системи охорони здоров'я, що є ключовим елементом для формування людського капіталу країни та забезпечення національних інтересів.

«Низький рівень економічної системи спричинив відсутність достатнього фінансування системи охорони здоров'я, і як результат

відсутність будь-яких інвестицій в досліджувану сферу. Це в цілому знизило рівень ефективності системи охорони здоров'я та стану громадського здоров'я як фактору розвитку людського капіталу країни» [58].

Політична нестабільність в Україні стала причиною того, що перехід до ринкової економіки та впровадження ефективних механізмів регулювання соціальної сфери не відбувся належним чином. Це сприяло формуванню гібридних ринків приватних послуг, де державні інституції та ринкові механізми не спрацювали так, як було необхідно для забезпечення сталого розвитку.

У результаті, система державного управління охоплює всі аспекти об'єкта, де державна політика має бути реалізована через комплексні правові та економічні механізми, які повинні взаємодіяти для досягнення бажаних результатів. Державно-управлінські рішення проявляються через систему правових норм і економічних відносин, що визначають загальний напрямок розвитку.

Таким чином, для того, щоб ефективно формувати та реалізовувати політику у сфері охорони здоров'я, необхідно мати комплексний і всебічний погляд на досліджуваний об'єкт, що дозволить зрозуміти всі аспекти функціонування цієї сфери.

Криза в публічному управлінні охорони здоров'я, що була наслідком політичних і економічних труднощів, призвела до серйозних проблем. Серед них — зниження якості медичних послуг, що, в свою чергу, викликає соціальні конфлікти в контексті відносин між лікарем та пацієнтом, а також зниження рівня громадського здоров'я. Це відображається на зниженні показників на ринку праці та погіршенні життєвого рівня громадян. Додатково, криза спричинила зниження медичного, кадрового, фінансового та репутаційного капіталу державних установ охорони здоров'я, що ускладнює їх здатність ефективно функціонувати і надавати необхідні послуги для населення.

1.3. Поняття та особливості публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні

Становлення публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні є складним і багатогранним процесом, що охоплює різні аспекти державної політики, правового регулювання, адміністративних реформ та інтеграції з європейськими стандартами.

Основною ознакою державного управління є авторитарність врядування, яка реалізується через формування та реалізацію системи державних органів виконавчої влади на всіх рівнях адміністративно-територіального поділу держави. Вони використовують різноманітні способи, механізми та методи владного впливу на суспільство.

Сучасний Енциклопедичний словник з державного управління пропонує таке поняття «державне управління – це діяльність органів державної влади, спрямована на створення умов для найповнішої реалізації функцій держави, основних прав і свобод громадян, узгодження різноманітних груп інтересів у суспільстві та між державою і суспільством, забезпечення суспільного розвитку відповідними ресурсами» [22].

Однак у науці донині відсутнє єдине уніфіковане визначення поняття «публічне адміністрування».

Н. Максименцева, спираючись на аналіз значної кількості досліджень у галузях публічного управління та правових наук, визначає «публічне адміністрування» як специфічну форму публічно-управлінської діяльності. Вона підкреслює, що це діяльність органів державної влади, місцевого самоврядування та громадських організацій як суб'єктів публічної адміністрації, спрямована на реалізацію політики у відповідній сфері [32, с. 16].

Такі поняття як «державне управління», «публічне управління» та «публічне адміністрування» також мають деякі відмінності. Так, Н. Філіпова зазначає, що публічне управління – це «щось більше, ніж просто набір

загальних інструментів управління, публічне управління вивчає взаємодію між політичною системою, державним сектором, співвідношення муніципальних, державних та суспільних інтересів із залученням до механізму контролю всіх органів влади» [32, с. 16].

Професор М. Бліхар досліджує «публічне адміністрування як форму реалізації публічної влади. Публічне адміністрування вона інтерпретує з позиції розширення кількості зацікавлених суб'єктів в адмініструванні, зокрема, це стосується органів місцевого самоврядування, які, на думку науковиці, «активно залучаються» до процесу публічного адміністрування» [35, с. 82].

У системі охорони здоров'я є своє тлумачення поняття публічне адміністрування визначається у контексті сфери охорони здоров'я. У деяких термінологічних словниках з публічного управління використовується термін «публічне адміністрування в охороні здоров'я», який визначається як процес діяльності суб'єктів публічного адміністрування, спрямований на забезпечення інтересів і прав фізичних та юридичних осіб. Цей процес здійснюється в межах законодавчо визначених процедур реалізації повноважень через прийняття адміністративних рішень та надання адміністративних послуг у сфері медицини. До таких послуг належать: державна акредитація закладів охорони здоров'я, атестація лікарів, ліцензування господарської діяльності у сфері медичної практики, переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення препаратів із них; ліцензування дезінфекційних, дезінсекційних і дератизаційних робіт (за винятком робіт на об'єктах ветеринарного контролю); ліцензування виробництва лікарських засобів; підтвердження державної реєстрації медичної техніки та виробів медичного призначення; реєстрація оптово-відпускних цін на лікарські засоби й вироби медичного призначення, закуплені за кошти державного та місцевих бюджетів [35].

А. Неугодніков розглядає розвиток і функціонування публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я в контексті впливу на нього

наслідків суспільного розвитку. Він вважає важливим розробку концепції сталого розвитку системи охорони здоров'я. Науковець характеризує сутність публічного адміністрування сфери охорони здоров'я на «основі поєднання загальної теорії адміністративного права та специфіки сфери охорони здоров'я як регламентованої законами та іншими нормативно-правовими актами виконавчо-розпорядчої діяльності щодо охорони та забезпечення належного стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя шляхом прийняття адміністративних рішень та надання встановлених законами послуг у сфері охорони здоров'я [48, с. 65].

До інституційного механізму публічного адміністрування А. Неугодіков відносить центральні органи державної влади (Міністерство, служби сфери охорони здоров'я), органи охорони здоров'я на місцевому рівні (місцеві державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, органи представницької влади на місцевому рівні), заклади охорони здоров'я, громадські об'єднання [48].

На думку дослідника Д. Горбатова, державне регулювання є поняттям ширшим ніж публічне адміністрування, яке має технічне значення. Охорона здоров'я в цьому контексті розглядається з позицій державного управління та регулювання. Вона охоплює різні форми управлінської діяльності і поділяється на відповідні сфери, зокрема: санітарно епідеміологічна, надання допомоги у сфері охорони здоров'я, економічна, координуюча, організаційна тощо.

До суб'єктів державного управління сфери охорони здоров'я відносять органи державної влади, уповноважені на здійснення цієї діяльності. Форми державного управління в сфері охорони здоров'я розглядаються як

- зовнішні (взаємодія з державними органами для забезпечення виконання завдань і функцій з державного управління в охороні здоров'я);
- внутрішні (організація внутрішньої роботи відповідного органу тощо), де виконують свої повноваження органи місцевого самоврядування та

виконавчої влади з охорони здоров'я, які мають підзаконний, виконавчо-розпорядчий і юридично-владний характер [48].

Основною формою державного управління у сфері охорони здоров'я визначається вироблення загальнообов'язкових норм і видання правових управлінських актів, які регламентують відносини та організаційні процеси в сфері охорони здоров'я.

До суб'єктів публічної політики в сфері охорони здоров'я дослідник О. Сіделковський відносить: органи владних повноважень; органи державної влади та місцевого самоврядування [62, с. 117].

В Україні побутує думка про існування трьох типів суб'єктів публічного адміністрування, які:

- 1) визначають та розробляють стратегію діяльності з публічного адміністрування сферою охорони здоров'я;
- 2) втілюють у життя та забезпечують публічне адміністрування цією сферою;
- 3) сприяють публічному адмініструванню сферою охорони здоров'я.

При цьому публічна адміністрація розглядається як конгломерат державних і недержавних структур, уповноважених осіб, які покликані виконувати функції держави. А центральними елементами публічної адміністрації є органи виконавчої влади, адміністративний апарат та виконавчі органи місцевого самоврядування».

Суб'єкти державного управління системою охорони здоров'я можна умовно розділити за рівнями:

➤ *загальнодержавний рівень* предствлений суб'єктами центральної виконавчої влади. Вони формують та реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я, приймають державно-управлінські рішення, які окреслюють вектор розвитку усієї системи в державі. Державний рівень управління охороною здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України та Комітетом з питань охорони здоров'я Верховної Ради України. Ці органи формують політику в системі охорони здоров'я,

розробляють і реалізують цільові комплексні програми загальнодержавного значення.

➤ *регіональний рівень* суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я представлений обласними управліннями. При державних обласних адміністраціях діють управління охорони здоров'я. Функціональними обов'язками таких управлінь є реалізація державної політики.

➤ *місцевий рівень*— це районні адміністрації, міські та селищні ради, об'єднані територіальні громади. Питання реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я значно трансформувалося в умовах децентралізації влади. Наразі триває процес трансформації усієї системи охорони здоров'я в Україні.

Таким чином, публічне управління у сфері охорони здоров'я є однією з основних складових реалізації внутрішньої політики держави. Воно забезпечує формування, ухвалення та впровадження державно-управлінських рішень, спрямованих на створення умов для надання доступної, якісної та своєчасної медичної допомоги всім громадянам. Цей процес охоплює організацію ефективної системи фінансування, регулювання медичних послуг, впровадження сучасних технологій та підходів, удосконалення нормативно-правової бази, а також забезпечення прозорості та підзвітності суб'єктів управління. Публічне управління охороною здоров'я також виконує стратегічну роль у зміцненні національної системи охорони здоров'я, підвищенні рівня захисту здоров'я населення та сприянні сталому розвитку суспільства.

Розділ 2. МЕХАНІЗМ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Система органів публічного управління закладами охорони здоров'я в Україні

«Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, піклується про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя» стаття 49 Конституції України [29].

Саме тому, одним із першочергових завдань уряду є вирішення питань державного управління у сфері охорони здоров'я. Кабінет Міністрів України працює над розробкою та здійсненням державних цільових програм, створенням економічних, правових та організаційних механізмів, які стимулюють ефективну діяльність у системі охорони здоров'я, забезпеченням розвитку мережі закладів, укладанням міжурядових угод і координацією міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я. Поряд з цим КабМін у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.

Органи управління системою охорони здоров'я — це структури та інституції, які відповідають за регулювання, нагляд, координацію та впровадження політики у сфері охорони здоров'я [29]. Вони забезпечують функціонування закладів охорони здоров'я, розробляють стандарти

медичних послуг, здійснюють контроль за якістю надання медичної допомоги та займаються кадровими питаннями в галузі охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) – центральний орган виконавчої влади, який формує державну політику у сфері охорони здоров'я. МОЗ координує роботу закладів охорони здоров'я, встановлює стандарти надання медичних послуг, відповідає за профілактику захворювань, надає ліцензії, розробляє програми розвитку охорони здоров'я. Система роботи МОЗ включає кілька основних функцій та напрямків діяльності:

1. Розробка політики та нормативно-правових актів: МОЗ розробляє і впроваджує державну політику у сфері охорони здоров'я; займається підготовкою законопроектів, нормативних актів, які регулюють питання надання послуг, лікарських засобів, медичних технологій, встановленням стандартів медичних послуг і якості лікування.

2. Координація роботи закладів охорони здоров'я: координує діяльність державних, комунальних та приватних закладів охорони здоров'я; затверджує нормативи щодо кадрового забезпечення, умов праці медичних працівників та функціонування установ в системі охорони здоров'я; приймає рішення щодо утворення, ліквідації, реорганізації закладів охорони здоров'я, затвердження їх положень (статутів) тощо.

3. Контроль якості та безпеки медичних послуг: здійснює нагляд за якістю надання медичної допомоги в установах охорони здоров'я; займається встановленням стандартів і протоколів лікування для різних захворювань, ліцензуванням та акредитацією закладів.

4. Профілактика захворювань та громадське здоров'я: здійснює проведення національних програм з вакцинації, профілактики інфекційних і неінфекційних захворювань, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя, контроль за інфекційними захворюваннями.

5. Регулювання ринку лікарських засобів та медичних виробів: контролює доступ на ринок лікарських засобів, їхню сертифікацію та

реєстрацію; встановлює правил обігу лікарських засобів, контроль за їхньою якістю та безпекою.

6. *Організація медичної освіти та науки:* регулювання підготовки медичних кадрів: затвердження освітніх стандартів для медичних спеціальностей; координація роботи науково-дослідних медичних інститутів, підтримка медичної науки.

7. *Фінансування системи охорони здоров'я:* планування та розподіл бюджетних коштів для фінансування медичних послуг, підтримка медичних програм та ініціатив; співпраця з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) для забезпечення фінансування закладів охорони здоров'я за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

8. *Міжнародна співпраця:* співпрацює з міжнародними організаціями, такими як ВООЗ, ЮНІСЕФ, для впровадження кращих практик у сфері охорони здоров'я, отримання міжнародної допомоги та реалізації спільних проєктів [27, с. 17].

Міністерство охорони здоров'я складається з міністерських підрозділів, які займаються окремими напрямками публічного управління у сфері охорони здоров'я. Серед ключових підрозділів: Департамент охорони здоров'я – займається загальним управлінням сферою охорони здоров'я. Департамент громадського здоров'я – відповідає за профілактику хвороб і пропаганду здорового способу життя. Департамент фармацевтичного забезпечення – контролює ліцензування та обіг лікарських засобів. Юридичний департамент – розробляє нормативно-правову базу. Департамент фінансів – планує та контролює розподіл бюджетних коштів.

Таким чином, Міністерство охорони здоров'я України відіграє ключову роль у забезпеченні публічного управління у сфері охорони здоров'я, підтримки здоров'я нації, формуючи політику, яка орієнтована на якісну медичну допомогу та попередження хвороб.

Державні агенції та служби у сфері охорони здоров'я України відіграють важливу роль у забезпеченні належного функціонування системи

охорони здоров'я. Державні агенції та служби – це спеціалізовані установи, що здійснюють контроль та нагляд у певних сферах охорони здоров'я. Вони спеціалізуються на різних напрямках діяльності, таких як контроль за обігом лікарських засобів, медичним обладнанням, інспекція закладів охорони здоров'я, профілактика захворювань, а також регулювання окремих аспектів охорони здоров'я. Ці органи працюють під координацією Міністерства охорони здоров'я та здійснюють наглядові, контрольні та регуляторні функції[18]. За своєю структурою вони розподілились за функціональним призначенням та управлінням таким чином:

1. *Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужба):* відповідає за регулювання ринку лікарських засобів та медичних виробів; контролює реєстрацію, якість, сертифікацію і обіг лікарських засобів; наглядає за дотриманням законодавства у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; проводить інспекцію аптек, виробництв ліків та медичних препаратів; забезпечує ліцензування діяльності, пов'язаної з виробництвом, торгівлею та зберіганням ліків.

2. *Центр громадського здоров'я України (ЦГЗ):* виконує функції в сфері охорони громадського здоров'я та профілактики захворювань; займається моніторингом та попередженням поширення інфекційних хвороб, включно з епідеміологічними дослідженнями; розробляє національні програми з профілактики захворювань, вакцинації та здорового способу життя; проводить кампанії з пропаганди здоров'я та зниження рівня захворюваності на інфекційні та неінфекційні хвороби; співпрацює з міжнародними організаціями, такими як ВООЗ тощо.

3. *Національна служба здоров'я України (НСЗУ):* відповідає за фінансове забезпечення системи охорони здоров'я, зокрема фінансування закладів охорони здоров'я та програм за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»; укладає договори з установами охорони здоров'я для надання медичних послуг населенню, відслідковує якість послуг та розраховує їх

вартість; забезпечує моніторинг виконання державних медичних програм, таких як Програма медичних гарантій, і проводить виплати установам охорони здоров'я за лікування пацієнтів; контролює ефективність витрачання коштів і відповідність стандартам лікування.

4. *Державна санітарно-епідеміологічна служба України (СЕС)*: здійснює нагляд за дотриманням санітарно-епідеміологічних норм та правил у різних сферах; контролює епідеміологічну ситуацію, профілактику та реагування на спалахи інфекційних захворювань; інспектує заклади охорони здоров'я, підприємства харчової промисловості, навчальні заклади та інші об'єкти на предмет дотримання санітарних норм; проводить санітарно-освітню роботу серед населення.

5. *Державне підприємство “Державний експертний центр МОЗ України”*: відповідає за експертизу та реєстрацію лікарських засобів, медичних виробів і технік; оцінює якість, ефективність та безпеку ліків і медичних препаратів перед їхнім допуском на ринок; проводить фармаконагляд — контроль за побічними реакціями та ефективністю ліків, які вже знаходяться на ринку; здійснює експертизу клінічних випробувань лікарських засобів [17].

Усі державні агенції та служби співпрацюють між собою під загальною координацією Міністерства охорони здоров'я. Вони мають чітко розподілені функції та повноваження, але працюють у тісній взаємодії для досягнення спільних цілей. Важливим аспектом роботи цих служб є міжнародна співпраця. Наприклад, Центр громадського здоров'я України співпрацює з ВООЗ, ЮНІСЕФ та іншими міжнародними організаціями для впровадження світових стандартів у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, державні агенції та служби відіграють важливу роль у забезпеченні нагляду, контролю та координації різних аспектів охорони здоров'я, що сприяє підвищенню ефективності надання медичних послуг та охороні здоров'я населення України.

Місцеві органи влади – на рівні областей, районів та міст управління охороною здоров'я може здійснюватися департаментами чи управліннями охорони здоров'я. Вони контролюють роботу місцевих закладів охорони здоров'я, розподіл фінансування та кадрові питання.

Місцеві департаменти та управління охорони здоров'я є ключовими ланками в системі управління охороною здоров'я на регіональному рівні. Вони забезпечують реалізацію державної політики в галузі охорони здоров'я в областях, районах, містах та громадах. Також вони контролюють та організовують роботу закладів охорони здоров'я на місцях.

«Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я можуть здійснювати і ради, і їх виконавчі органи, і сільські, селищні, міські голови. Проте те, що стосується управління закладами охорони здоров'я, то віднесено до компетенції виконавчих органів місцевого самоврядування. Зокрема, у статті 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» об'єднані повноваження у сфері освіти, охорони здоров'я, культури, молодіжної політики, фізкультури і спорту, утвердження української національної та громадянської ідентичності» [20]. Тих, які стосуються досліджуваного нами питання, є не багато: управління закладами охорони здоров'я та внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері медицини.

Основна мета — забезпечення доступності, якості та безперервності медичної допомоги для населення відповідних регіонів. Серед основних функцій місцевих департаментів та управлінь охорони здоров'я:

1. Реалізація державної політики охорони здоров'я на місцевому рівні: місцеві управління та департаменти охорони здоров'я відповідають за впровадження політики, розробленої на національному рівні МОЗ, у відповідних регіонах; координують роботу закладів охорони здоров'я, враховуючи місцеві потреби, ресурси та умови.

2. Фінансування та розподіл бюджетних коштів: відповідальні за розподіл коштів, виділених з державного та місцевих бюджетів, на

утримання закладів охорони здоров'я, закупівлю медичних препаратів, обладнання та оплату праці персоналу; контролюють ефективність використання цих коштів та їхнє цільове призначення.

3. Управління закладами охорони здоров'я та кадрами: координують діяльність лікарень, поліклінік, амбулаторій та інших установ, що працюють у регіоні; займаються кадровими питаннями: призначенням і звільненням керівників закладів охорони здоров'я, забезпеченням належних умов праці для медичного персоналу; розробляють та реалізують програми підвищення кваліфікації медичних працівників.

4. Контроль якості медичних послуг: проводять моніторинг якості медичних послуг, що надаються місцевими закладами охорони здоров'я; забезпечують дотримання стандартів лікування, санітарних норм і протоколів надання медичної допомоги.

5. Організація профілактичних заходів: відповідають за реалізацію програм профілактики захворювань на місцевому рівні, включаючи кампанії з вакцинації, боротьби з епідеміями, пропаганду здорового способу життя; координують дії під час епідемій та інших надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.

6. Взаємодія з громадськістю та громадськими організаціями: залучають місцеві громади до процесу ухвалення рішень у сфері охорони здоров'я, організовують громадські слухання, опитування та інші форми комунікації з населенням; співпрацюють з місцевими громадськими організаціями, які працюють у галузі охорони здоров'я, для розширення доступу до медичних послуг та проведення інформаційних кампаній.

7. Моніторинг епідеміологічної ситуації: вживають відповідні заходи для її контролю; співпрацюють з місцевими санітарно-епідеміологічними службами для запобігання поширенню інфекційних захворювань.

8. Організація надзвичайних заходів: відповідають за організацію медичної допомоги під час надзвичайних ситуацій, таких як природні

катастрофи, аварії або епідемії; планують та координують евакуацію пацієнтів, розподіл медичних ресурсів та надання швидкої допомоги.

9. Інновації та розвиток місцевої медицини: впроваджують нові методи діагностики, лікування і управління закладами охорони здоров'я на місцевому рівні; працюють над залученням додаткових ресурсів через місцеві та міжнародні гранти для покращення якості медичних послуг [35].

Департаменти охорони здоров'я діють на рівні областей і міст обласного значення. Вони підпорядковуються місцевим органам виконавчої влади та здійснюють загальне керівництво закладами охорони здоров'я регіону.

Управління охорони здоров'я — це підрозділи в районах і об'єднаних територіальних громадах, які виконують аналогічні функції на нижчому рівні управління.

На районному та обласному рівнях в Україні органи місцевого самоврядування не мають виконавчих органів, що ускладнює їх безпосереднє управління на місцях. У цьому контексті місцеві державні адміністрації виконують роль посередника між органами місцевого самоврядування та державними структурами, виконуючи делеговані їм відповідними радами повноваження в різних сферах, зокрема у сфері охорони здоров'я. Вони забезпечують взаємодію між різними рівнями управління і здійснюють контроль за виконанням завдань, що були делеговані органами місцевого самоврядування, на основі законодавства та відповідних нормативних актів.

Управління закладами охорони здоров'я на місцевому рівні здійснюється через керівників медичних установ, які можуть бути призначені органами публічної влади або самостійно обраними в межах закладу. Для державних та комунальних закладів охорони здоров'я це управління також має публічний характер, оскільки керівники медичних установ виконують функції, що мають публічну спрямованість, забезпечуючи надання медичних послуг на основі державних стандартів та політики охорони здоров'я [34].

Місцеві департаменти та управління охорони здоров'я адаптують національну політику до потреб і можливостей місцевих громад.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – це центральний орган виконавчої влади, який відповідає за реалізацію державної політики у сфері фінансування охорони здоров'я, координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Серед основних функцій та напрямків роботи НСЗУ:

1. Фінансування медичних послуг: НСЗУ забезпечує оплату медичних послуг, що надаються за Програмою медичних гарантій (ПМГ). Це включає первинну, спеціалізовану та екстрену медичну допомогу. Програма медичних гарантій покриває певний обсяг медичних послуг, які надаються пацієнтам безкоштовно, а НСЗУ здійснює фінансування цих послуг закладам охорони здоров'я на основі договірних відносин.

2. Укладання договорів із закладами охорони здоров'я: укладає договори із державними, комунальними та приватними закладами, що надають послуги населенню за Програмою медичних гарантій. Заклади, які відповідають критеріям НСЗУ, отримують фінансування залежно від кількості та якості наданих послуг.

3. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом»: за цим принципом установи отримують фінансування на основі фактично наданих послуг пацієнтам, що стимулює конкуренцію та підвищує якість медичної допомоги. Пацієнт самостійно обирає заклад або лікаря, до якого звертається за допомогою, а НСЗУ оплачує цю допомогу згідно з тарифами ПМГ.

4. Програма медичних гарантій (ПМГ): Це основний механізм, через який НСЗУ фінансує медичні послуги. ПМГ включає різні види послуг, такі як первинна медична допомога (сімейні лікарі, терапевти), спеціалізована допомога (лікування в лікарнях), екстрена допомога та паліативна допомога.

5. Моніторинг якості та ефективності медичних послуг: НСЗУ здійснює контроль за якістю наданих медичних послуг. Це включає моніторинг виконання договорів із закладами охорони здоров'я, аналіз даних про медичні послуги та їх відповідність затвердженим стандартам. Здійснюється

контроль за обсягом та якістю послуг через електронну систему охорони здоров'я (eHealth), де реєструються всі послуги, надані пацієнтам [31].

6. Захист прав пацієнтів: НСЗУ сприяє доступу громадян до безкоштовних медичних послуг, включених до ПМГ, і забезпечує належне інформування населення про ці послуги. Пацієнти можуть звертатися до НСЗУ з питаннями щодо якості або доступності медичних послуг, а також щодо захисту їхніх прав у сфері охорони здоров'я.

7. Планування та розподіл коштів: отримує бюджетні кошти для реалізації Програми медичних гарантій та здійснює їх розподіл між закладами охорони здоров'я. Планування здійснюється на основі прогнозів потреб населення у медичних послугах та доступних ресурсів [31].

8. Робота з електронною системою охорони здоров'я (eHealth): інтегрує дані з електронної системи охорони здоров'я, що дає змогу автоматизувати процес укладання договорів, моніторингу послуг і контролю витрат. Пацієнти мають можливість реєструватися в системі eHealth, обирати сімейних лікарів, а також отримувати доступ до своїх медичних записів [34, с. 189-193].

За структурою та організацією управління НСЗУ можна розділити на:

1. Центральний апарат НСЗУ: відповідає за стратегічне планування, укладання договорів з закладами охорони здоров'я, розподіл бюджетних коштів, контроль за їхнім використанням, а моніторинг та аналіз даних.

2. Регіональні представництва НСЗУ: на місцях НСЗУ представлена регіональними підрозділами, які забезпечують взаємодію з закладами охорони здоров'я в областях та регіонах. Вони надають підтримку медичним установам щодо укладання договорів, контролюють виконання договірних зобов'язань, здійснюють моніторинг якості послуг [34, с. 194].

Аналізуючи зміни в системі управління закладами охорони здоров'я, перевагами діяльності НСЗУ можна визнати пацієнтоорієнтованість, прозорість, покращення якості медичних послуг.

Національна академія медичних наук України (НАМН України) – це вища наукова установа, яка здійснює координацію наукових досліджень у галузі медицини, розробляє нові методи діагностики, лікування та профілактики захворювань, а також бере активну участь у підготовці наукових кадрів та впровадженні наукових досягнень у практику охорони здоров'я. Академія об'єднує науково-дослідні інститути, клінічні заклади, а також медичні наукові школи [42]. Основними завданнями та функціями НАМН України можна виділити:

1. Наукові дослідження: НАМН України організовує та проводить фундаментальні й прикладні наукові дослідження у галузі медицини, зокрема у сферах генетики, онкології, кардіології, хірургії, епідеміології, фармакології та інших. Розробляє новітні методи діагностики, лікування та профілактики захворювань, зокрема складних і рідкісних патологій.

У рамках своєї діяльності співпрацює з іншими науковими установами України та світу, бере участь у міжнародних дослідницьких програмах.

2. Координація наукових програм у галузі медицини: Академія координує наукові дослідження, що проводяться у її наукових установах, а також бере участь у визначенні пріоритетних напрямів розвитку медичної науки в Україні. Співпрацює з Міністерством охорони здоров'я України та іншими державними органами для впровадження результатів наукових досліджень у систему охорони здоров'я.

3. Розробка стандартів та клінічних протоколів: НАМН бере участь у розробці національних стандартів та клінічних протоколів, заснованих на доказовій медицині. Вона забезпечує розробку нових підходів до лікування та управління пацієнтами, особливо у складних випадках.

Науково-дослідні інститути академії розробляють сучасні методи лікування та діагностики, які впроваджуються у закладах охорони здоров'я країни.

4. Клінічна діяльність: У складі НАМН є власні клінічні заклади, де пацієнти можуть отримати висококваліфіковану медичну допомогу на основі

сучасних наукових досягнень. Це, зокрема, інститути кардіології, онкології, хірургії, педіатрії та інші. Ці заклади надають не тільки лікування, але й проводять клінічні випробування нових методів лікування та лікарських засобів.

НАМН проводить навчання лікарів та підготовку наукових кадрів у клініках, а також організовує стажування та підвищення кваліфікації медичних працівників.

5. Підготовка наукових кадрів: Академія є провідним центром підготовки наукових і медичних кадрів вищої кваліфікації, зокрема аспірантів і докторантів.

Навчання проводиться в аспірантурі та докторантурі інститутів НАМН, де молоді вчені отримують можливість займатися дослідженнями під керівництвом провідних фахівців у своїх галузях. Академія також організовує наукові конференції, семінари та симпозиуми для обміну досвідом та навчання медичних фахівців.

6. Видавнича діяльність: НАМН займається науково-видавничою діяльністю, публікуючи результати досліджень у медичних журналах, монографіях, підручниках і посібниках для лікарів та науковців.

Вона публікує матеріали конференцій, наукових збірників, а також бере участь у міжнародних наукових публікаціях.

7. Міжнародна співпраця: Академія активно співпрацює з міжнародними науковими організаціями, університетами та клініками для обміну досвідом та залучення передових технологій. Вона бере участь у міжнародних наукових проєктах, які сприяють розвитку медичної науки та впровадженню новітніх медичних технологій в Україні [49].

За структурою управління НАМН України складається з:

1. Науково-дослідних інститутів. У складі НАМН є понад 30 науково-дослідних інститутів, які займаються різними галузями медичної науки, такими як кардіологія, педіатрія, ендокринологія, трансплантологія, генетика, неврологія тощо.

2. Клінічних баз. Багато інститутів мають клінічні відділення, де проводяться лікувальні заходи та тестуються нові методики діагностики та лікування. Базы займаються підготовкою майбутніх фахівців та проводять клінічні дослідження.

3. Науково-методичних центрів. НАМН координує роботу науково-методичних центрів, які розробляють рекомендації щодо застосування новітніх методів лікування, діагностики та профілактики.

Академія забезпечує інновації у медицині, оскільки є лідером у розробці нових методів лікування та діагностики, що дозволяє українській медицині відповідати сучасним міжнародним стандартам; підвищення кваліфікації медиків, так як займається навчанням і підготовкою медичних кадрів вищої кваліфікації, що сприяє покращенню якості медичних послуг; проведення досліджень, спрямованих на розробку нових ліків, технологій і підходів у лікуванні захворювань.

Таким чином, всі ці органи спільно працюють для забезпечення ефективності публічного управління системою охорони здоров'я та забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою.

2.2. Методи управління системою охорони здоров'я в Україні

Управління системою охорони здоров'я в Україні здійснюється через низку методів, які спрямовані на забезпечення ефективності, доступності та якості медичних послуг. Основні методи включають адміністративні, економічні, соціально-психологічні, нормативно-правові та інформаційні.

Серед адміністративних методів управління системою охорони здоров'я виділяють: планування, організація та координація, контроль та нагляд [55].

Прикладом стратегічного планування функціонування та розвитку системи є розробка «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року». Це документ, розроблений Міністерством охорони здоров'я України, який визначає напрямки, пріоритети та цілі розвитку охорони здоров'я на

найближче десятиріччя. Головною метою є побудова стійкої та ефективної системи охорони здоров'я, орієнтованої на потреби пацієнта [67].

Основними напрямками та пріоритетами стратегії є підвищення доступності та якості медичних послуг шляхом забезпечення доступу до послуг у всіх регіонах, особливо у віддалених і сільських районах, розвитку первинної медичної допомоги та впровадження стандартів медичних послуг; фінансова стійкість системи охорони здоров'я через запровадження ефективних механізмів фінансування (НСЗУ), яка укладає договори з закладами охорони здоров'я на оплату за результатами, розширення моделі “гроші ходять за пацієнтом” та оптимізацію бюджетного фінансування, залучення додаткових ресурсів через приватне партнерство; покращення профілактики та громадського здоров'я та впровадження цифрових технологій та інновацій. Також Стратегія передбачає розвиток медичних кадрів шляхом підвищення рівня підготовки та кваліфікації медичних працівників, забезпечення умов для постійного професійного розвитку, забезпечення конкурентної оплати праці для медичних працівників, щоб знизити рівень трудової міграції та утримати висококваліфіковані кадри та залучення молодих спеціалістів [67].

Адміністративними методами організації та координації системи охорони здоров'я є діяльність Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ), Національна служба здоров'я України (НСЗУ) та регіональні органи управління охороною здоров'я. Вони здійснюють координацію між установами охорони здоров'я та регулюють їхню діяльність.

Контроль та нагляд, як адміністративний метод управління, включає моніторинг якості медичних послуг та дотримання закладів охорони здоров'я встановлених стандартів і нормативів. Контроль здійснюється з боку МОЗ, НСЗУ та інших регулюючих органів.

До економічних методів публічного управління системою охорони здоров'я відносять: фінансування та бюджетування, тарифікацію та оплату послуг, розробку та регулювання тарифів на медичні послуги, що дозволяє

зкладам отримувати стабільне фінансування. НСЗУ укладає контракти з закладами охорони здоров'я та забезпечує їх фінансування відповідно до наданих послуг [76, с. 175].

До нормативно-правових методів публічного управління відносять розробку законодавства та регулювання, ліцензування та акредитацію та стандартизацію медичних послуг.

Серед соціально-психологічних методів публічного управління можна виділити: підвищення рівня обізнаності через організацію освітніх програм і кампаній, спрямованих на підвищення рівня знань населення щодо здорового способу життя, профілактики захворювань; мотивацію персоналу шляхом створення сприятливих умов праці, гідної зарплати та додаткових соціальних гарантій, які сприяють залученню та утриманню медичних фахівців; комунікації та роботі з громадськістю. Цей метод забезпечує зворотній зв'язок з населенням, організацію громадських обговорень, що дозволяє враховувати потреби населення в процесі прийняття рішень [76].

Інформаційні методи передбачають упровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth), моніторинг та аналіз даних та інформаційні кампанії, які покликані інформувати населення про реформу охорони здоров'я, доступні послуги, права пацієнтів.

Таким чином, методи управління системою охорони здоров'я в Україні спрямовані на підвищення якості послуг, ефективності фінансування та доступності медичної допомоги. Вони активно розвиваються в рамках медичної реформи, яка впроваджує сучасні підходи до фінансування, адміністрування та контролю якості медичних послуг.

2.3. Зарубіжний досвід організації системи публічного управління сферою охорони здоров'я

Зарубіжний досвід організації надання медичних послуг свідчить про те, що «реалізація гуманітарної, людино-орієнтованої парадигми глобального

економічного розвитку та соціального прогресу, заснованої на якості людських ресурсів, має сприяти реалізації основного права людини на життя і здоров'я. Міжнародні організації, такі як: Організація Об'єднаних Націй, Європейський Союз, Світовий банк, Європейський банк реконструкції та розвитку, Всесвітня організація охорони здоров'я, останнім часом, приділяють значну увагу показникам ефективності формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, оцінюючи згідно них рівень розвитку різних країн світу» [52].

Першочерговою та найефективнішою складовою розвитку держави є, беззаперечно, підтримка соціальної сфери та формування існуючої в країні системи охорони здоров'я. Тривалість життя та дитяча смертність є ключовими показниками здоров'я нації. Аналіз цього показника дає підстави стверджувати, що країнами-лідерами у цій сфері є Японія, Німеччина та США. Очевидно, що найвищу тривалість життя зазвичай мають країни з високим рівнем життя, розвинутою системою охорони здоров'я та потужним рівнем соціального захисту населення.

На першому місці за рівнем здоров'я нації є Японія. У цій країні середня тривалість життя становить близько 84-85 років. У Японії якісна система управління закладами охорони здоров'я, активна пропаганда здорового харчування та активного способу життя, особливо серед літніх людей [40].

Не відстають від Японії Швейцарія з Сінгапуром. Середня тривалість життя в цих країнах становить близько 83-84 років. У цих країнах високий рівень медичних послуг, стабільна економіка, чисте довкілля та здоровий спосіб життя сприяють довготривалості життя.

Швейцарська система охорони здоров'я базується на обов'язковому медичному страхуванні і кожен громадянин зобов'язаний купувати поліс у приватній страховій компанії. У цій країні існує мінімальний обсяг покриття, встановлений урядом, але приватні страхові компанії пропонують різні плани з додатковими послугами. Система фінансується через страхові внески

громадян і це дає можливість частково покривати субсидіями медичні послуги для малозабезпечених [52].

Система охорони здоров'я у Швейцарії є децентралізованою, і кожен кантон (регіон) відповідальний за організацію медичних послуг. Уряд країни та незалежні організації здійснюють контроль якості медичних послуг.

Цікавою є Сінгапурська система охорони здоров'я, яка фінансується через систему, що поєднує особисті заощадження громадян, страхування та урядову підтримку. Основним механізмом є Medisave – обов'язковий медичний заощаджувальний рахунок, куди громадяни відраховують частину свого доходу.

Сінгапур має змішану систему, яка об'єднує державні та приватні лікарні, але уряд чітко регулює вартість послуг у державних закладах, щоб забезпечити доступність медичної допомоги [52]. Уряд активно контролює якість медичних послуг через Міністерство охорони здоров'я, яке встановлює стандарти та слідкує за дотриманням протоколів.

Середня тривалість життя іспанців становить близько 83 років. Вони мають здорову середземноморську дієту та доступ до якісної медичної допомоги. Третє місце разом з Іспанією розділяють Італія, Австралія та Ізраїль. Середня тривалість життя в цих країнах становить також близько 83 років. Висока якість життя, розвинена інфраструктура системи охорони здоров'я та здоровий спосіб життя забезпечують довготривалість життя в цих країнах.

Інші країни, такі як Норвегія, Швеція, Франція, Південна Корея та Канада, також мають високі показники тривалості життя, які варіюються в межах 82-83 років. Важливою передумовою ефективної системи охорони здоров'я є налагоджений механізм публічного управління у цій галузі [43].

Спробуємо з'ясувати, які особливості системи публічного управління сферою охорони здоров'я в країнах з високим рівнем якості життя. Так, у Японії система управління охороною здоров'я має чітку багаторівневу структуру, яка включає чотири основні рівні: уряд, префектури, медичні

центри та місцеві органи влади (міські та сільські). Координація їхньої діяльності здійснюється через Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту населення, яке виступає як головний орган, що визначає політику і контроль за реалізацією медичних програм у країні.

На місцевому рівні функціонують департаменти охорони здоров'я в органах місцевого самоврядування, які відповідають за розробку та управління програмами охорони здоров'я в межах своїх територій. Префектури та великі муніципалітети створюють медичні центри, кожен з яких обслуговує приблизно 100 000 жителів. Ці медичні центри фінансуються спільно державними та місцевими органами влади, що забезпечує ефективне фінансування та реалізацію медичних послуг.

Особливою рисою японської системи є її “сильний” підхід до публічного управління у сфері фінансування охорони здоров'я та медичного страхування. Система медичного страхування в Японії є обов'язковою і включає як державне, так і приватне страхування, що забезпечує доступність медичних послуг для населення та сприяє фінансовій стабільності системи охорони здоров'я [43].

«Основними установами, пов'язаними з системою охорони здоров'я Японії, є: Бюро політики у сфері охорони здоров'я, Бюро медичних послуг, Бюро фармацевтичної продукції і продовольчої безпеки, Бюро трудових стандартів, Соціальне забезпечення і Бюро жертв війни, Бюро здоров'я і добробуту для літніх людей, Бюро медичного страхування і Бюро пенсійного забезпечення. Японія є капіталістичною країною, саме тому охорона здоров'я у ній обходиться недешево. Однак, близько 90% витрат громадян покриває державна система медичного страхування» [52].

Цікаво, що Японія ввела обмеження на оплату праці лікарів, які допускають лікарські помилки в обслуговуванні хворих. Ця ініціатива підтримується такими організаціями як: Синій хрест і Синій щит, які зобов'язані страхувати всіх бажаючих.

Система публічного управління у сфері охорони здоров'я в США є складною та багаторівневою, з активною участю федерального, штатного та місцевого урядів [52]. Вона спрямована на забезпечення доступу до медичних послуг для громадян, а також на регулювання якості медичної допомоги.

1. Федеральний рівень. Міністерство охорони здоров'я і соціальних служб США (HHS) – головне агентство, яке відповідає за нагляд та координацію системи охорони здоров'я. Його підрозділи включають:

Центри Medicare і Medicaid (CMS) – керують двома великими програмами державного медичного страхування: Medicare для людей старше 65 років та деяких осіб з інвалідністю і Medicaid для осіб із низьким рівнем доходу. «Medicaid – це державна програма страхування, доступна для деяких бідних та майже бідних верств населення. Державна програма медичного страхування дітей (CHIP) страхує дітей віком до 19 років із сімей з доходом, надто високим, щоб претендувати на Medicaid. Залежно від штату, цей дохід може досягати або перевищувати 300 відсотків федерального рівня бідності (FPL). Можна сказати, що охоплення Medicaid трохи ширше, ніж Medicare, але всеодно слід констатувати, що Medicaid не задовольняє потреби кожного, лише 23% американців використовують цю програму» [87].

Центри контролю та профілактики захворювань (CDC) – національне агентство, яке займається запобіганням та контролем інфекційних і хронічних захворювань.

Управління з контролю за продуктами і ліками США (FDA) – регулює якість продуктів харчування, ліків і медичних пристроїв.

2. Штатовий рівень. Штати мають власні департаменти охорони здоров'я, які відповідають за реалізацію державних програм та політик охорони здоров'я. Кожен штат має свої власні закони та правила щодо медичних послуг, інфраструктури та ліцензування медичних працівників.

Деякі штати розробляють власні системи державного страхування, додаткові до федеральних програм, або створюють особливі ініціативи щодо охорони здоров'я [87].

3. Місцевий рівень. Місцеві органи влади, такі як муніципальні та окружні департаменти охорони здоров'я, реалізують програми профілактики, імунізації, а також надають базову медичну допомогу, зокрема для малозабезпечених верств населення.

4. Приватний сектор. Хоча в системі охорони здоров'я США важливу роль відіграє державне управління, приватні страхові компанії, лікарні та інші установи охорони здоров'я також є ключовими гравцями. Багато громадян мають приватну медичну страховку, яка часто надається через роботодавців.

США мають одну з найдорожчих систем охорони здоров'я в світі, що створює фінансовий тягар як для держави, так і для громадян. Хоча існує державна підтримка у вигляді Medicare та Medicaid, значна частина населення залишається без страхування або має обмежений доступ до медичних послуг.

Таким чином, система публічного управління охороною здоров'я в США – це поєднання державних та приватних ініціатив, які разом спрямовані на забезпечення доступу до медичних послуг та їх якості.

Цікаво, що у Сполучених Штатах Америки первинну медичну допомогу надають, як правило, лікарі первинної ланки, які працюють окремо або в групах. Лікарі загальної практики становлять третину від загальної кількості лікарів країни. Більшість приватних терапевтів працюють у невеликих клініках із менш ніж 5 співробітниками. Пацієнти можуть обрати лікаря з електронної мережі зареєстрованих постачальників послуг.

Однак американці не задоволені системою освіти, і тому деякі дослідники вважають, що існуюча система механізмів управління сферою охорони здоров'я США потребує кардинальних змін. Основним недоліком

публічного управління сферою охорони здоров'я є висока вартість медичної допомоги.

Німецька система управління у сфері охорони здоров'я є однією з найстаріших і найефективніших у світі. Вона базується на принципах соціального страхування, солідарності та субсидіарності, що означає колективну відповідальність за здоров'я громадян і залучення різних рівнів управління та медичних установ. Німецька система охорони здоров'я відзначається поєднанням державного регулювання і приватної ініціативи, що дозволяє підтримувати баланс між доступністю і якістю медичних послуг. Близько 89% населення має державне страхування; приватне страхування – 9% німців; за спеціальними державними програмами (військові, поліцейські), а це близько 2% населення, отримують медичну допомогу [87]. Основними складовими цієї системи є:

1. Соціальне медичне страхування. Близько 90% населення Німеччини застраховане в системі соціального медичного страхування. Всі працівники з доходами нижче певного рівня зобов'язані мати це страхування, а внески сплачують як працівники, так і роботодавці.

Фонди медичного страхування є неприбутковими організаціями, що адмініструють страхові платежі і покривають витрати на медичні послуги. У німеччині існує понад 100 страхових фондів, а громадяни мають право вибирати, до якого фонду приєднатися.

2. Приватне медичне страхування. Особи з вищими доходами, можуть обрати приватне медичне страхування. Приватні страхувальники можуть отримувати більш швидкий доступ до медичних послуг і ширший вибір лікарів.

3. Федеральна структура управління: Федеральне міністерство охорони здоров'я – головне організаційне тіло, що розробляє загальні політики та стандарти охорони здоров'я. Міністерство несе відповідальність за загальнонаціональне планування, законодавство, регулювання фармацевтичного ринку та управління медичними кадрами [52].

Оскільки Німеччина є федерацією, кожен з 16 федеральних земель відповідає за власну систему охорони здоров'я. Штати організовують місцеву інфраструктуру, планують лікарняну мережу, фінансують лікарні і контролюють якість медичних послуг на своїй території.

Німеччина має добре розвинену систему амбулаторної допомоги, що надається приватними лікарями та спеціалістами, а також стаціонарної допомоги в лікарнях, більшість з яких фінансуються державою.

Відсоток доходу громадян йде на фінансування системи охорони здоров'я. Наразі внески становлять близько 14-15% від заробітної плати, з яких половину сплачує роботодавець. Незважаючи на ефективність системи, витрати на медичне обслуговування є високими і продовжують зростати через старіння населення.

Цікаво, що у Німеччині основним джерелом фінансування охорони здоров'я є регіональні та федеральні лікарняні фонди, які отримують внески від громадян та фінансують медичні послуги через систему державного соціального забезпечення. Лікарні в Німеччині є неприбутковими організаціями, зобов'язаними сплачувати членські внески до цих фондів, і мають право визначати розміри внесків для покриття своїх витрат.

Переваги німецької системи охорони здоров'я включають високу якість медичних послуг, використання сучасного медичного обладнання в лікувальних та профілактичних установах, а також високий рівень кваліфікації медичного персоналу. Важливим аспектом є доступність медичної допомоги для всіх громадян, що забезпечується завдяки системі загальнообов'язкового медичного страхування. Це робить медичні послуги доступними для широких верств населення, зберігаючи при цьому високі стандарти якості.

Система охорони здоров'я Великобританії є однією з найбільш розвинутих і ефективних у світі. Її структура складна, із різними органами, що відповідають за управління, фінансування та надання медичних послуг. Основною організацією, яка координує діяльність системи, є Національна

служба охорони здоров'я – це центральний орган управління медичної сферою, який займається плануванням, контролем і фінансуванням надання медичних послуг. Національна служба співпрацює з місцевими органами охорони здоров'я, визначає пріоритети та спрямовує ресурси для ефективного функціонування системи охорони здоров'я.

Другим управлінським органом у цій ієрархії є департамент охорони здоров'я і соціального забезпечення – це міністерство, яке розробляє національну політику в галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення в Англії.

Комісія з якості медичного обслуговування (CQC) – це незалежний орган, який займається наглядом і регулюванням якості медичних і соціальних послуг. CQC проводить інспекції лікарень, клінік, будинків престарілих та інших установ охорони здоров'я, щоб забезпечити відповідність послуг національним стандартам [52]. Вони також мають право карати установи за порушення або неякісне надання послуг.

Національний інститут здоров'я та досконалості догляду - розробляє рекомендації щодо стандартів лікування і догляду. Це агенція, яка займається оцінкою ефективності медичних послуг, нових лікарських засобів, процедур і методів лікування. Рішення Національного інституту здоров'я мають вагомe значення для впровадження нових технологій та медикаментів.

Ще одним важливим органом управління закладами охорони здоров'я, який займається охороною громадського здоров'я, включаючи профілактику захворювань, кампанії з вакцинації, освітні програми щодо здорового способу життя та реагування на надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я є управління Громадської охорони здоров'я Англії (PHE).

Групи клінічного введення в експлуатацію (CCGs) – це місцеві органи, що відповідають за планування і надання медичних послуг на регіональному рівні в Англії. Вони складаються з лікарів загальної практики, медичних фахівців і представників громадськості, які вирішують, які послуги необхідно надавати та як розподіляти фінанси на місцевому рівні.

Також в Англії є заклади, які займаються питаннями освіти і навчання медичного персоналу, планують і координують програми підготовки лікарів, медсестер та інших фахівців охорони здоров'я, щоб задовольнити потреби лікарень у кваліфікованих кадрах. У цій країні є орган, який відповідає за цифрову інфраструктуру та інформаційні технології, займається збором, зберіганням і аналізом даних пацієнтів, а також забезпечує кібербезпеку, упроваджує цифрові рішення для покращення надання медичних послуг [87].

Таким чином, дослідники стверджують, що Великобританія змогла створити одну з найефективніших систем охорони здоров'я у світі, обійшовшись без посередництва страхових компаній. Ключовим елементом успіху є централізоване управління медичними послугами через Національну службу охорони здоров'я (NHS), яка забезпечує доступність медичних послуг для всіх громадян незалежно від їхнього фінансового становища. Система орієнтована на надання якісної медичної допомоги за принципом універсальності, що включає безкоштовний доступ до медичних послуг на всіх етапах лікування. Вдало реалізована концепція безперебійного фінансування та ефективного використання ресурсів робить цю систему однією з найуспішніших у світі.

Для реформування механізмів державного управління охороною здоров'я в Україні можна використовувати переваги британської системи, такі як максимальна доступність медичних послуг для населення, їхня простота у наданні та орієнтація на економію ресурсів через централізоване управління. Ці елементи допомогли Великобританії досягти високого рівня ефективності, і вони можуть бути корисними для удосконалення української системи охорони здоров'я.

Франція, з іншого боку, також є одним із лідерів у галузі охорони здоров'я, що підтверджується її високими позиціями у світових рейтингах Всесвітньої організації охорони здоров'я. Країна займає провідні місця завдяки доступності та ефективності медичних послуг, що відповідає вимогам міжнародних стандартів. Система медичного страхування у Франції

побудована на базі загального обов'язкового соціального страхування, яке забезпечується через систему страхових фондів. Ці фонди, хоча і є приватними юридичними особами, знаходяться під суворим державним контролем і регулюванням, що дозволяє підтримувати високий рівень якості медичних послуг.

Основною перевагою французької моделі є комбінація приватного і державного секторів у сфері медичного страхування, що дає змогу забезпечити фінансову стабільність і доступність медичних послуг для всіх громадян. Регулювання і контроль з боку держави застраховують від зловживань і гарантують, що система буде ефективно виконувати свої функції в інтересах населення.

З огляду на досвід Великобританії та Франції, Україна може використовувати їхні підходи для реорганізації своєї системи охорони здоров'я, запровадивши механізми, що забезпечать доступність і ефективність медичних послуг, водночас підтримуючи стабільність і фінансову прозорість в галузі.

Лікарні у Франції поділяються на державні та приватні, причому останні можуть бути комерційними або некомерційними. Завдяки високорозвиненій системі медичного страхування доступність медичних послуг залишається рівною для всіх категорій громадян, хоча типи послуг можуть варіюватися. Наприклад, клінічні лікарні є державними установами, проте медичні послуги часто надаються приватними провайдерами. У Франції існує велика кількість науково-дослідних установ охорони здоров'я, які займаються лікуванням і дослідженнями одночасно. Більшість лікарень перебуває у муніципальній власності і підпорядковується адміністративним радам, очолюваним мерами міст.

Цей досвід європейських систем охорони здоров'я може бути надзвичайно корисним для України після відповідної адаптації до національних умов. Для цього необхідно стратегічно спланувати розвиток системи охорони здоров'я в Україні, зокрема сімейної медицини,

ґрунтуючись на міжнародному досвіді та аналізі результатів пілотних проєктів у конкретних напрямках.

У процесі визначення стратегій розвитку національних систем охорони здоров'я враховуються показники Всесвітньої організації охорони здоров'я, такі як тривалість життя, витрати на охорону здоров'я у відсотках від ВВП, а також щорічні зміни в цих показниках [87].

Моделі медичних послуг у різних країнах можуть орієнтуватися на споживача, що характерно для приватних систем охорони здоров'я з високим рівнем конкуренції, комерціалізації, позабюджетного фінансування медичних послуг і домінування платного сегмента. У таких системах заклади охорони здоров'я часто мають фінансову автономію.

Інші системи охорони здоров'я орієнтуються на солідарність і корпоративність, де державне гарантування мінімального пакету медичних послуг, унормоване ціноутворення та встановлені державні стандарти якості медичних послуг є основними принципами. У цих системах поєднуються державне регулювання та ринкові механізми, зберігаючи баланс між державним контролем і фінансуванням через ринок, а також передбачена децентралізація управління.

Отже, досвід влаштування системи охорони здоров'я в європейських країнах може слугувати прикладом для України і може бути застосована після адаптації до українських реалій. Така реформа потребує стратегічного планування розвитку механізмів управління системою охорони здоров'я України, особливо сімейної медицини, надання вузькопрофільної медичної допомоги з урахуванням міжнародного досвіду та аналізу результатів його впровадження в пілотних проєктах за конкретними напрямками.

Розділ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Сучасні проблеми публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні

Наразі підвищення якості медичних послуг в Україні практично неможливе через обмеженість бюджету, який виділяється на ефективне функціонування системи охорони здоров'я, що тягне за собою високе навантаження на лікарів, відсутність спеціального обладнання або наявність застарілого. Така ситуація спонукає до створення приватних закладів охорони здоров'я. І ця медична допомога відбувається на більш високому рівні, оскільки приватні заклади мають сучасне обладнання для діагностики та лікування захворювань у пацієнтів. Це однозначно підвищує ступінь ефективності та результативності лікувального процесу.

Щодо державних закладів охорони здоров'я, то під час реформування галузі спостерігається недофінансування установ охорони здоров'я, і саме тому, вони не можуть в повному обсязі надавати гарантовані державою безкоштовні медичні послуги. Бюджет, що виділяється на охорону здоров'я, часто не покриває всіх потреб закладів охорони здоров'я, що призводить до низької якості послуг і надмірного навантаження на пацієнтів [17]. Це є основною проблемою сучасної системи охорони здоров'я в Україні. Але наразі таких викликів у цій галузі значно більше. Зокрема:

- **низькі зарплати та відтік кадрів.** Багато кваліфікованих медичних працівників емігрують в інші країни через низькі зарплати та погані умови праці в Україні. Це призводить до дефіциту кадрів і зниження рівня медичних послуг. Особливо важко знайти фахівців у сільській місцевості та маленьких містах;

- **корупція.** Корупційні схеми, особливо в закупівлях ліків та медичного обладнання, ведуть до неефективного використання коштів. Це збільшує витрати на лікування для пацієнтів і знижує доступність необхідних ресурсів;

- **недосконалість реформ.** Попри впровадження медичної реформи, яка покликана поліпшити доступ до медичних послуг, багато аспектів залишаються недосконалими. Пацієнти та лікарі часто стикаються з проблемами у реалізації нових механізмів, таких як система медичного страхування або електронні медичні записи;

- **нерівний доступ до медичних послуг.** Жителі сільських районів мають значно обмежений доступ до медичних послуг через нестачу лікарів і відсутність сучасної інфраструктури, обладнання. Більшість якісних закладів охорони здоров'я розташовані в великих містах, що створює диспропорцію у рівні охорони здоров'я між містом і селом;

- **слабка профілактика захворювань.** Українська система охорони здоров'я зосереджена здебільшого на лікуванні захворювань, а не на їх профілактиці. Це призводить до зростання кількості хронічних захворювань серед населення, яке потребує більше ресурсів для лікування в довгостроковій перспективі;

- **низька якість інфраструктури.** Багато лікарень не відповідають сучасним стандартам через застарілу інфраструктуру, що ускладнює ефективну роботу медичного персоналу та надання допомоги пацієнтам. Особливо ця проблема гостро постає в сільські місцевості, де іноді відсутнє навіть приміщення, придатне для надання медичних послуг;

- **проблеми з доступом до ліків.** Вартість багатьох ліків залишається високою, що створює фінансовий тягар для пацієнтів. Крім того, у державних закладах часто бракує важливих препаратів;

- **відсутність правового та фізичного захисту від дій неадекватних пацієнтів;**

- **відсутність кваліфікованих спеціалістів у публічному адмініструванні закладами охорони здоров'я.** Наразі публічне

адміністрування сферою охорони здоров'я інколи здійснюють представники державної влади, які не мають відповідної підготовки, освіти, досвіду роботи та необхідного рівня знань у галузі охорони здоров'я.

Нормативно-правове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні також має ряд проблем, що обмежують ефективність системи та знижують якість медичних послуг.

Законодавча база охорони здоров'я в Україні часто не узгоджується з іншими нормативними актами або має суперечливі положення. Це ускладнює практичне застосування законів і створює правову невизначеність для установ охорони здоров'я та працівників. Багато законів та регламентів залишаються незмінними ще з радянських часів і не відповідають сучасним потребам та міжнародним стандартам [27, с. 14]. До прикладу, стандарти лікування деяких захворювань та протоколи часто не оновлюються, що знижує ефективність надання медичної допомоги.

Медична реформа в Україні, що передбачає зміни у фінансуванні та наданні послуг, потребує чіткішого правового забезпечення. Багато положень, особливо щодо первинної та вторинної ланок медичної допомоги, викликають труднощі у практичному застосуванні, що призводить до неоднозначного тлумачення та ускладнень у роботі закладів охорони здоров'я. Це тягне за собою неякісне надання медичних послуг.

Також існують значні прогалини у законодавстві, які регулюють права та обов'язки пацієнтів і лікарів. Зокрема, існують прогалини у визначенні прав пацієнтів на вибір лікаря, отримання інформації про стан здоров'я, а також прав медичних працівників на належні умови праці та захист від професійних ризиків.

Тоді як вся Європа побудувала законодавство в сфері охорони здоров'я навколо медичного страхування, в Україні воно залишається недосконалим, майже недіючим. Відсутність обов'язкового медичного страхування або чіткої системи соціального страхування обмежує фінансову підтримку пацієнтів і не забезпечує стійкого фінансування закладів охорони здоров'я.

У сфері публічного управління також залишається проблемною процедура ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я. Вона досі є складною, бюрократичною та не завжди прозорою. Це стримує розвиток нових закладів і знижує рівень конкуренції у сфері охорони здоров'я [27, с. 16].

Через складність і неоднозначність процесу ліцензування існують значні корупційні ризики. Деякі заклади можуть отримати ліцензії за допомогою неофіційних платежів або завдяки впливу.

Хоча акредитація повинна гарантувати відповідність закладів стандартам якості, в Україні часто бракує єдиних, чітко визначених стандартів, які б відповідали сучасним медичним вимогам. Відсутність єдиної системи вимог означає, що різні заклади охорони здоров'я можуть піддаватися різним критеріям оцінки, що призводить до нерівності у підходах до оцінки якості медичних послуг.

Багато закладів охорони здоров'я, особливо у сільській місцевості та маленьких містах, не мають акредитації або працюють без оновлених ліцензій через складність та високі вимоги процесу, адже не всі заклади охорони здоров'я можуть виконати вимоги для акредитації через фінансові обмеження або нестачу персоналу.

В Україні також не розроблена єдина електронна система подачі документів для ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я, що спрощувало б процес і підвищувало його прозорість. Використання цифрової платформи також дозволило б відстежувати етапи процесу та здійснювати моніторинг за дотриманням стандартів після акредитації.

Норми ліцензування та акредитації українських закладів охорони здоров'я часто не відповідають міжнародним стандартам, що створює перешкоди для інтеграції в міжнародну медичну спільноту і знижує конкурентоспроможність

Відсутність належного законодавства щодо нових медичних технологій в Україні є суттєвою проблемою, яка обмежує можливості для розвитку та

впровадження інновацій у сфері охорони здоров'я. Це призводить до ускладнень у наданні якісної медичної допомоги, впровадженні сучасних послуг та забезпеченні безпеки пацієнтів. Наприклад, телемедицина передбачає дистанційні консультації лікарів, моніторинг стану здоров'я пацієнтів за допомогою спеціальних пристроїв та надання інших медичних послуг у віддаленому режимі. Проте в Україні відсутні чіткі законодавчі норми щодо використання телемедицини: відсутні стандарти і протоколи, які б регулювали, в яких випадках можна використовувати телемедичні консультації і як вони мають бути організовані; чітких вимог до збереження та обробки персональних даних пацієнтів при дистанційних консультаціях, що створює ризики витоку інформації; неврегульований механізм відповідальності за результати дистанційного консультування, особливо в разі помилок, які можуть виникнути через відсутність безпосереднього контакту з пацієнтом.

Ще однією медичною технологією є електронні медичні записи. Це дозволяє зберігати всю інформацію про пацієнта в цифровому вигляді. Проте в Україні цей напрямок розвивається повільно через законодавчі бар'єри [34, с. 7]. Так, наприклад, у нашій державі відсутні єдині вимоги до створення, ведення та зберігання електронних медичних записів. Це ускладнює їх інтеграцію між різними установами.

Не визначено порядок доступу до електронних медичних записів для різних фахівців та прав пацієнтів на контроль за своїми даними. Це може призвести до зловживань і порушення конфіденційності, кібератак та втрати інформації, що створює ризики для захисту персональних даних.

Однією з найпрогресивніших медичних технологій XXI століття став штучний інтелект. Він має потенціал значно покращити діагностику, прогнозування та лікування захворювань [42]. Проте відсутність нормативного регулювання використання штучного інтелекту у сфері охорони здоров'я в Україні унеможлиблює його використання в практичній діяльності.

Технології дистанційного моніторингу дозволяють пацієнтам контролювати свій стан за допомогою спеціальних пристроїв (наприклад, датчиків), які передають дані лікарям у режимі реального часу. Проте ця сфера також має законодавчі прогалини, оскільки неврегульованість обробки та зберігання даних, отриманих за допомогою дистанційного моніторингу, ставить під загрозу конфіденційність і безпеку персональної інформації.

Використання медичних ІТ програм та застосунків значно спрощує та пришвидшує надання послуг у сфері охорони здоров'я. Однак їх застосування потребує ліцензування і сертифікації для забезпечення їхньої якості та безпеки. Наразі в Україні немає чітких вимог до сертифікації медичних ІТ-продуктів та ліцензування медичних застосунків. Це створює ризик для користувачів через можливу низьку якість та ненадійність програмного забезпечення.

Новітні медичні технології, особливо ті, що працюють дистанційно, потребують правового регулювання для захисту прав пацієнтів. Адже пацієнти не завжди поінформовані про особливості нових технологій та можливі ризики, пов'язані з їх використанням, що створює проблеми для свідомого вибору пацієнта. Немає законодавчих вимог щодо надання пацієнтам детальної інформації про використання їхніх даних під час телемедичних консультацій або за допомогою систем ШІ [42]. А також відсутні механізми відшкодування шкоди у випадку негативних наслідків від використання нових технологій, що обмежує захист прав пацієнтів.

Отже, для забезпечення ефективного та безпечного впровадження нових медичних технологій в Україні необхідно розробити чітке та комплексне законодавство, яке встановить єдині стандарти для використання новітніх технологій в установах охорони здоров'я, забезпечить захист персональних даних та конфіденційність, гарантуватиме права пацієнтів та визначить відповідальність медичних працівників і виробників технологій.

Таким чином, для розв'язання проблем у сфері охорони здоров'я необхідно розробляти та впроваджувати нові нормативно-правові акти, які

відповідатимуть міжнародним стандартам, сучасним медичним технологіям і потребам населення.

3.2. Особливості публічного управління сферою охорони здоров'я в період воєнного стану

Під час воєнного стану в Україні система охорони здоров'я, як і інші сектори економіки, перебуває у складному становищі. До лютого 2022 року система охорони здоров'я була пріоритетною галуззю у реалізації соціально-економічного потенціалу країни. Особливо гостро ця функція медицини постала в період війни. На жаль, сучасна система охорони здоров'я перебуває в кризовому стані через руйнування її інфраструктури, знищення технічного обладнання, загибель лікарів та медичного персоналу, міграцію медиків з окупованих територій не лише в Україні, а й за кордон. Саме тому деякі регіони потерпають від катастрофічної нестачі вузькопрофільних фахівців та відповідної матеріально-технічної бази для відновлення роботи, вартісних медичних обладнань та препаратів особливо на деокупованих територіях.

Саме під час воєнного стану органам публічної влади в системі охорони здоров'я доводиться на добровільній основі підбирати медичний персонал для роботи. Кожен медичний працівник, лікар, навіть з малим досвідом роботи або перервою в роботі змушений виконувати надскладні медичні маніпуляції. Адже використання окупантами забороненого Женевською конвенцією озброєння призводить до тяжких поранень, каліцтв, летальних втрат серед військовослужбовців та мирного населення. Медики іноді працюють у надскладних умовах, розгортаючи військові шпиталі, мобільні медичні пункти у небезпечних районах, ризикуючи потрапити під бомбардування. Органи публічної влади, які приймають рішення про створення військового госпіталю, проводять ревізію матеріально-технічних та професійних ресурсів, забезпечують його функціонування, беруть на себе відповідальність за життя лікарів, медичного персоналу, тим самим

забезпечуючи пораненим надання в короткі терміни медичної допомоги, що часто рятує їм життя.

Важливою складовою діяльності публічної влади стало налагодження співпраці з міжнародними благодійними організаціями, фондами та волонтерами. Завдяки цій співпраці госпіталі та лікарні продовжують отримувати лікарські засоби, медичні вироби, обладнання та транспортні засоби. МОЗ створило інформаційно-аналітичну систему MedData, яка використовується лікарями для подання запитів на отримання необхідної гуманітарної допомоги.

Така злагоджена робота органів публічної влади в системі охорони здоров'я дала можливість організувати ефективну медичну підтримку під час евакуації із зони бойових дій задля збереження життя та здоров'я постраждалих у складних і небезпечних умовах. Лікарі та медичні працівники мають можливість оперативно провести скринінг стану здоров'я цивільних, які підлягають евакуації (виявлення поранених, тяжкохворих, вагітних), розподіляють людей на категорії за станом здоров'я для визначення порядку надання допомоги та залучають на допомогу вузькопрофільних спеціалістів, парамедиків, психологів та ін.

Під час транспортування людей та перевезення їх у безпечніші місця лікарі розгортають роботу мобільних медичних станцій у ключових точках маршруту, що є небезпечним для їх життя і життя людей, яких евакуюють. Під час руху евакуаційного транспорту у медиків є можливість надавати невідкладну допомогу завдяки оснащеним апаратами ШВЛ, дефібриляторами, носилками автомобілям швидкої допомоги, евакуаційним автобусам з базовими наборами першої допомоги.

Медична підтримка під час евакуації – це організований багаторівневий складний процес, який поєднує екстрену допомогу, стабілізацію стану пацієнтів та організацію довгострокового лікування. Вона потребує злагодженої роботи медиків, рятувальників, військових, волонтерів та

органів публічної влади для забезпечення максимального збереження життя та здоров'я людей у надзвичайних умовах.

Наразі найактуальнішою та важливою умовою ефективного функціонування системи охорони здоров'я є «розроблення антикризового публічного управління в умовах війни. Механізми антикризового публічного управління системою охорони здоров'я України є окремими її компонентами» [59, с. 543-545]. Це принципи, методи та інструменти правового, соціально-мотиваційного, адміністративного та економічного характеру, що здійснюються публічною владою з метою забезпечення якісного медичного обслуговування пацієнтів.

Одним із завдань антикризового публічного управління сферою охорони здоров'я є забезпечення якісними безкоштовними медичними послугами не тільки захисників на війні, а й всіх громадян. Низький рівень платоспроможності людей щодо оплати медичного обслуговування спонукає «до збільшення витрат бюджетних коштів та обсягів використання матеріально-технічних ресурсів. Тенденція соціально-економічної кризи, зумовленої дефіцитом енергоносіїв та їх здорожчанням, запустила механізм підвищення вартості медичного обслуговування та забезпечення відповідними лікарськими засобами» [82, с. 153]. Отже, темпи збільшення витрат на медичне обслуговування громадян України, постраждалих від воєнної агресії російської федерації, переважають над темпами підвищення рівня ВВП держави. Антикризове публічне управління покликане віднайти найефективніші шляхи зниження рівня таких витрат та раціонального використання наявних фінансових та матеріально-технічних ресурсів.

Воєнні дії в Україні дали можливість спеціалістам з антикризового публічного управління сферою охорони здоров'я виявити ряд слабких сторін у цій галузі, зокрема у роботі багатопрофільних закладів.

Так, до прикладу, одним із найдієвіших інструментів є збільшення кількості команд лікарів-хірургів, які б змогли надавати необхідну допомогу пораненим (наказ МОЗ від 24.02.2022 р. № 374 «Про тимчасові заходи

у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим від воєнної агресії»). Для збільшення кількості надання медичної допомоги МОЗ рекомендувало застосовувати телемедицину. Це рішення дало можливість не зупиняти проведення термінових і невідкладних планових госпіталізацій, операцій пацієнтам. Планові госпіталізації можуть припинитися лише тоді, якщо ліжковий фонд терапевтичного профілю завантажується на 70%, а хірургічного профілю - на 50%. Таким чином, багатопрофільні лікарні отримали резерв ліжок для прийняття поранених і це суттєво знизило навантаження на медичних працівників.

Ще одним важливим інструментом антикризового управління у медичній сфері стало внесення змін до Програми державних гарантій медичного обслуговування населення, що дало можливість фінансувати заклади охорони здоров'я безперебійно. Заклади охорони здоров'я, які не перебувають на окупованих територіях, отримують кошти з НСЗУ за фактично надані послуги та звітують про них в електронному вигляді, окрім окупованих територій. Тут фінансування здійснюється за старою схемою.

МОЗ також врегулювало питання доступу до безоплатної первинної медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам, тим самим дотримуючись гарантій, передбачених Конституцією України. Внутрішньо переміщені особи мають можливість самостійно обрати будь-який багатопрофільний заклад охорони здоров'я без необхідності переукладати декларацію з іншим сімейним лікарем.

Попри воєнний стан, в Україні триває інфраструктурний етап медичної реформи, яка розпочалася ще у 2017 році. Він передбачений Законом України і набув чинності 19 липня 2022 року. Завдяки реформі замість міських, районних та обласних лікарень з'являться загальні, кластерні та надкластерні заклади охорони здоров'я. Таким чином, у кожній області заклади охорони здоров'я об'єднуються в госпітальні округи. МОЗ вважає, що таке рішення

допоможе організувати більш якісне надання медичної допомоги та зекономить використання державних ресурсів.

Завдяки впровадженню ряду управлінських антикризових інструментів у публічному управлінні сферою охорони здоров'я, держава здатна підтримувати стабільну та ефективну роботу багатoproфільних закладів охорони здоров'я навіть в умовах воєнного стану. Це включає не лише забезпечення фінансування установ охорони здоров'я та виплату заробітних плат медичним працівникам, але й надання медичних послуг усім громадянам, включаючи тих, хто постраждав через бойові дії. Система антикризового управління дозволяє оперативно реагувати на зміни в обставинах, зберігаючи при цьому доступність і якість медичних послуг.

Таким чином, державне управління та антикризова політика займають ключову роль у підтримці стійкості системи охорони здоров'я. Вони сприяють ефективному використанню обмежених ресурсів, оптимізації процесів в установах охорони здоров'я та забезпеченню безперервності надання медичної допомоги на всіх рівнях — від первинної медико-санітарної допомоги до лікування в умовах великих стаціонарів. В умовах воєнного стану це особливо важливо, адже забезпечення медичними послугами є не тільки питанням здоров'я, але й національної безпеки, адже ефективна система охорони здоров'я сприяє збереженню життів і підтримці працездатності населення.

3.3. Основні напрямки реформування публічного управління сферою охорони здоров'я

Основу державної політики в сфері охорони здоров'я в Україні визначає Верховна Рада, виходячи з чинного законодавства. Формування такої політики включає не лише закріплення конституційних і законодавчих основ охорони здоров'я, але й визначення стратегічних цілей і завдань, пріоритетних напрямів розвитку, а також принципів і підходів, що мають

лежати в основі державної політики в цій сфері. Важливим аспектом є також регулювання фінансування охорони здоров'я, що включає встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, формування механізмів державного кредитування, податкової та митної політики, а також створення загальнодержавних програм, спрямованих на покращення стану здоров'я населення.

Реалізація політики охорони здоров'я в Україні покладається на органи державної виконавчої влади, під контролем Президента України, що забезпечує узгодженість та ефективність дій на всіх рівнях управління. На місцевому рівні, система охорони здоров'я регулюється як загальнодержавними нормативними актами, так і підзаконними документами, що приймаються місцевими органами влади для забезпечення належного функціонування закладів охорони здоров'я на рівні конкретного регіону.

Визначення чіткої нормативної бази є важливим для того, щоб гарантувати стабільне фінансування і належну організацію медичних послуг. Це дозволяє здійснювати ефективне управління, забезпечуючи високий рівень медичних послуг, а також належне фінансування закладів охорони здоров'я. Стратегічне планування в цій сфері є важливим для розвитку національної системи охорони здоров'я, що включає не лише медичні послуги, а й управлінські механізми, які повинні бути адаптовані до постійно змінюваних соціальних, економічних і технологічних умов.

Отже, для досягнення цілей розвитку охорони здоров'я на національному рівні необхідно чітко визначити мету та завдання публічного управління, спрямовані на покращення доступності та якості медичних послуг, підвищення рівня здоров'я населення, а також на забезпечення ефективного використання бюджетних коштів і ресурсів.

Мета – оптимізація системи публічного управління в сфері охорони здоров'я.

Цілі: забезпечення ефективного використання ресурсів; підвищення доступності та якості надання медичних послуг.

Завдання: моніторинг і усунення адміністративних та бюрократичних перешкод у роботі закладів охорони здоров'я; впровадження ефективних систем оцінки результативності; розробка та впровадження стратегій оптимізації і балансу витрат та ресурсів.

Мета – підвищення ефективності надання медичних послуг.

Цілі: зменшення рівня захворюваності та смертності; збільшення тривалості та якості життя населення.

Завдання: розробка та впровадження превентивних програм та кампаній з попередження захворювань; підтримка наукових досліджень для вдосконалення методів лікування.

Мета – забезпечення належних умов для функціонування системи охорони здоров'я.

Цілі: забезпечення доступності та рівномірного розподілу медичних ресурсів; забезпечення доступу до сучасних технологій у лікування та діагностиці.

Завдання: оптимізація системи постачання медичних препаратів та обладнання; розвиток інфраструктури та технологічних рішень для поліпшення діагностики та лікування.

Виходячи з цих цілей та завдань, можна виокремити стратегічні напрями покращення публічного управління у сфері охорони здоров'я:

- травматологічно-ортопедичний напрям характеризується необхідністю організації надання послуг інтенсивної терапії, ортопедичних та травматологічних послуг за різними рівнями в рамках госпітального кластера; створення національної мережі центрів реконструктивної хірургії та опікових центрів;

- воєнний напрям характеризується необхідністю вдосконалення пакетів ПМГ для врахування першочергових проблем ветеранів та постраждалих в наслідок бойових дій;

- напрям психічного здоров'я передбачає впровадження проміжних послуг, як альтернативи психоневрологічним інтернатам; покращення умов перебування в стаціонарних відділеннях психіатричної допомоги; забезпечення надання послуг на рівні ПМД;

- реабілітаційний напрям передбачає функціонування мультидисциплінарних реабілітаційних команд; аудит потреб пацієнта; синхронізацію дій надавачів медичних послуг; концепцію реабілітації.

Для розвитку реабілітаційної допомоги та її інтеграції на всі рівні медичної та реабілітаційної допомоги в Україні необхідно впровадити кілька ключових заходів:

1. Створення мультидисциплінарних реабілітаційних команд, які б надавали стаціонарну реабілітаційну допомогу. Це дозволить забезпечити всебічний підхід до лікування пацієнтів та покращити якість медичних послуг на всіх етапах реабілітації.

2. Проведення аналізу потреб пацієнтів у реабілітаційній допомозі, з урахуванням інфраструктурних та демографічних змін, викликаних або можливих через активні бойові дії. Такий аудит дозволить краще розуміти реальні потреби та спрогнозувати майбутні тенденції в реабілітації.

3. Синхронізація розвитку мережі надавачів реабілітаційної допомоги з системою госпітальних округів. Це дозволить організувати більш ефективне надання реабілітаційних послуг на всіх рівнях та зробити їх доступнішими для населення.

4. Розробка додаткових пакетів реабілітаційних послуг в рамках Програми медичних гарантій (ПМГ) для забезпечення допомоги пацієнтам, чиє здоров'я було порушено в умовах війни. Це дозволить своєчасно й ефективно реагувати на специфічні потреби, що виникають унаслідок бойових дій.

5. Створення спеціалізованих реабілітаційних відділень та закладів для пацієнтів з комплексними потребами, що потребують більш інтенсивної та

тривалої реабілітації. Це підвищить якість лікування і дасть можливість лікувати складні випадки.

6. Розробка багаторівневої інтегрованої моделі надання реабілітаційної допомоги та її фінансового забезпечення. Така модель дозволить чітко визначити рівні надання послуг та забезпечити їх сталість за рахунок ефективного фінансування.

Ці заходи спрямовані на удосконалення системи охорони здоров'я та реабілітації в Україні в умовах змін, що відбуваються, та війни. Вони мають на меті забезпечити доступність та ефективність медичних послуг на всіх рівнях, покращити якість реабілітаційної допомоги і забезпечити громадянам необхідні умови для відновлення здоров'я. Розвиток публічного управління у сфері охорони здоров'я має великий потенціал для поліпшення доступності, якості та ефективності медичних послуг. Основні перспективи розвитку:

Цифровізація і використання сучасних технологій. Однією з найбільших перспектив є впровадження електронних систем охорони здоров'я, таких як електронні медичні картки, телемедицина та автоматизація процесів у лікарнях. Це сприятиме зниженню бюрократичного навантаження, покращенню координації між установами охорони здоров'я та забезпеченню більш точного моніторингу здоров'я пацієнтів.

Розвиток аналітики даних і доказового управління. Використання даних і аналітики може покращити прийняття рішень у сфері охорони здоров'я. На основі великих масивів даних про здоров'я населення можна виявляти епідеміологічні загрози, вдосконалювати профілактичні заходи та оптимізувати розподіл ресурсів [82, с. 153].

Орієнтація на профілактику та здоровий спосіб життя. Переорієнтація з лікування на профілактику може допомогти знизити рівень хронічних захворювань, а також зменшити навантаження на систему охорони здоров'я. Публічне управління може сприяти розробці програм популяризації здорового способу життя, регулярних обстежень та вакцинації.

Децентралізація управління. Передача повноважень на місцевий рівень дозволяє враховувати специфіку кожного регіону, що підвищує ефективність рішень та надає громадам більше можливостей для забезпечення потреб своїх мешканців. Децентралізація також сприяє більшому залученню громадян до ухвалення рішень.

Забезпечення фінансової стійкості. Оптимізація фінансування охорони здоров'я, перехід на принципи співоплати, залучення приватного сектору і міжнародної допомоги можуть зміцнити систему фінансово. Це забезпечить стабільність і безперебійне надання медичних послуг.

Покращення якості медичних послуг і зменшення корупції. Застосування стандартів контролю якості, посилення нагляду та впровадження антикорупційних ініціатив допоможуть зробити медичні послуги більш прозорими й ефективними.

Підвищення професіоналізму кадрів: Публічне управління повинно підтримувати розвиток медичних кадрів через навчання, підвищення кваліфікації, міжнародний обмін досвідом, а також мотивувати фахівців до роботи в системі охорони здоров'я.

Перспективи розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я спрямовані на впровадження сучасних технологій, покращення управлінської культури, зниження корупції, фінансову стійкість і підвищення якості послуг, що в кінцевому підсумку сприятиме підвищенню загального рівня здоров'я населення.

Отже, перспективи розвитку публічного управління в сфері охорони здоров'я є важливим аспектом у забезпеченні доступності, якості та ефективності медичних послуг для всіх громадян. У сучасному світі галузь охорони здоров'я переживає суттєві зміни, зокрема в контексті глобалізації, технологічних інновацій, демографічних викликів та зміни соціальних потреб. Тому розвиток публічного управління охороною здоров'я має бути орієнтований на інновації, адаптацію до нових викликів і створення сталих та ефективних моделей управління.

Інтеграція цифрових технологій дасть можливість значно підвищити ефективність управління. Система електронного здоров'я, телемедицина, платформи для моніторингу стану здоров'я пацієнтів та використання великих даних дозволять знизити адміністративні витрати, покращити доступ до медичних послуг, а також створити ефективніші системи прогнозування та реагування на епідемії.

Пошук ефективних моделей децентралізації управління охороною здоров'я вимагає створення системи, яка враховує особливості різних регіонів і дозволяє місцевим органам влади більш гнучко реагувати на потреби населення. В Україні виникає необхідність посилення автономії лікарень та установ охорони здоров'я, що дасть можливість покращити якість послуг та сприятиме розвитку регіональних медичних мереж.

Важливим є пошук нових механізмів фінансування, включаючи публічно-приватне партнерство, розвиток медичного страхування та оптимізацію використання бюджетних коштів. Зокрема, на державному рівні має бути розроблена чітка стратегія фінансування установ охорони здоров'я, щоб забезпечити доступність послуг для всіх верств населення, незалежно від їхнього соціального статусу чи рівня доходів.

Розвиток кадрового потенціалу також є важливим чинником у підвищенні якості медичних послуг. Для цього необхідно впроваджувати сучасні програми навчання та тренінгів, зокрема в області цифрових технологій і управлінських навичок, що дозволить медичним працівникам ефективно реагувати на нові виклики та працювати в сучасних умовах.

Україна може значною мірою використати міжнародний досвід у сфері охорони здоров'я для вдосконалення власної системи управління. Однак необхідно враховувати специфіку української реальності, зокрема наявність нестабільної економічної ситуації, різницю в доступі до послуг в містах і сільській місцевості, а також демографічні проблеми.

Для забезпечення високої якості медичних послуг важливо створювати ефективні механізми моніторингу та контролю якості медичних послуг,

посилюючи відповідальність установ охорони здоров'я за якість надання послуг. Важливим також є забезпечення доступу до медичних послуг у віддалених регіонах через розвиток телемедицини та мобільних медичних клінік.

Створення прозорих механізмів для зворотного зв'язку з пацієнтами, залучення громадських організацій та волонтерських рухів до підтримки сфери охорони здоров'я допоможе зміцнити довіру до системи охорони здоров'я.

Загалом, перспективи розвитку публічного управління в охороні здоров'я залежать від комплексного підходу, інтеграції інновацій, розвитку людського потенціалу та постійного вдосконалення нормативно-правової бази, що забезпечить ефективне функціонування установ охорони здоров'я та надання доступних і якісних послуг для всіх верств населення.

ВИСНОВКИ

У процесі побудови в Україні політично-стабільної та соціально-захищеної моделі суспільства важливе місце займає реалізація реформ у всіх сферах життєдіяльності людства. А однією з найважливіших реформ є реформа в галузі охорони здоров'я, яка представляє собою основу для збереження людських ресурсів держави, її потенціалу. Функціонування системи охорони здоров'я є пріоритетним напрямком розвитку держави, а результати її досліджень мають забезпечити дієвий механізм прийняття ефективних публічних управлінських рішень та використання адміністративних інструментів і технологій, які сприятимуть удосконаленню роботи усіх елементів системи.

Сучасне функціонування системи охорони здоров'я в Україні характеризується низкою проблемних питань у технологічній, демографічній, соціальній та екологічній сферах. Кожен громадянин країни хоче отримувати високоякісну медичну допомогу, що спричиняє попит і тенденцію до зростання вартості медичних послуг шляхом підвищення рівня кваліфікації лікарів та впровадження інноваційних технологій у практику.

Держава змушена збільшувати видатки бюджету та обсяги ресурсів. Темпи зростання витрат на охорону здоров'я перевищують темпи зростання валового внутрішнього продукту держави. Але в пріоритеті України зберегти та збільшити чисельність населення шляхом надання якісних медичних послуг, популяризації здорового способу життя тощо. Такі умови породжують конфлікт інтересів з усіх сторін, що полягає в відмінностях між обмеженістю фінансових ресурсів держави та необхідністю підвищення якості та доступності медичних послуг для громадян. Зрушень і позитивних результатів можна досягти лише через грамотно побудовану систему публічного управління в сфері охорони здоров'я. Саме тому Уряд країни працює над розробкою та здійсненням державних цільових програм, створенням економічних, правових та організаційних механізмів, які

стимулюють ефективну діяльність у медичній сфері, забезпеченням розвитку мережі закладів охорони здоров'я, укладанням міжурядових угод і координацією міжнародного співробітництва.

Охорони здоров'я як об'єкт публічного управління є нестабільною та складною системою, яка представляє собою специфічну конструкцію. Її ядром, системоотворюючою цінністю, є здоров'я нації – ключовий показник якості життя та соціально-економічного розвитку країни. Навколо цієї цінності формуються і розвиваються такі аспекти охорони здоров'я, як демографічні показники, інфекційні хвороби, фактори ризику, соціальні детермінанти здоров'я тощо, що у своїй сукупності характеризують цей об'єкт публічного управління. Саме така специфіка охорони здоров'я зумовлює розгалуженість і багаторівневність публічного управління охороною здоров'я.

Враховуючи оновлення концепту державно-владного впливу на суспільні відносини, можна запропонувати таку дифініцію публічного управління охороною здоров'я – це діяльності суб'єктів публічного управління, спрямована на забезпечення інтересів і прав фізичних та юридичних осіб з використанням спеціальних методів та інструментів владного впливу на суспільні відносини з метою зміцнення здоров'я нації, сталого розвитку медичної системи України.

Органами управління системою охорони здоров'я є інституції, які відповідають за регулювання, нагляд, координацію та впровадження політики у цій сфері.

До них належать: Міністерство охорони здоров'я, яке складається з міністерських підрозділів (департаментів), державних агенцій та служб. На обласному, районному та рівні громад питаннями контролю, розподілу фінансування та кадрової політики займаються регіональні департаменти. Їхньою основною метою є забезпечення доступності, якості та безперервності медичної допомоги для населення відповідних регіонів. Управління охорони здоров'я – це підрозділи в районах і об'єднаних

територіальних громадах, які виконують аналогічні функції на нижчому рівні управління.

Фінансуванням медичних послуг, програмами медичних гарантій та моніторингом якості та ефективності медичних послуг на місцях, захистом прав і гарантій пацієнтів займається Національна служба здоров'я України. Отже, ця служба відіграє ключову роль у реформуванні системи охорони здоров'я, забезпечуючи справедливий та ефективний розподіл коштів, прозорість у наданні медичних послуг та підвищення якості медичної допомоги для всіх громадян.

Рушієм, який здійснює координацію наукових досліджень у галузі медицини, розробляє нові методи діагностики, лікування та профілактики захворювань, бере активну участь у підготовці наукових кадрів та впровадженні наукових досягнень у практику є наукова установа - Національна академія медичних наук України. Завдяки академії в нашій державі проводяться фундаментальні й прикладні наукові дослідження у галузі медицини, зокрема у сферах генетики, онкології, кардіології, хірургії, епідеміології, фармакології тощо.

Управління такою складною системою в Україні здійснюється через низку методів, які спрямовані на забезпечення ефективності, доступності та якості медичних послуг. Основні методи включають адміністративні (планування, організація та координація, контроль та нагляд), економічні (фінансування та бюджетування, тарифікацію та оплату послуг, розробку та регулювання тарифів на медичні послуги), соціально-психологічні (превентивна робота, комунікація з громадськістю, мотивація медичних кадрів), нормативно-правові (законодавче регулювання діяльності сфери охорони здоров'я) та інформаційні (електронна система охорони здоров'я (eHealth), моніторинг та аналіз даних, інформаційні кампанії).

Складовою реформи галузі публічного управління сферою охорони здоров'я є вивчення найкращих зарубіжних практик, особливо в тих країнах, де середня тривалість життя населення набагато вища ніж в Україні, що є

найголовнішим показником якості медичних послуг. Серед таких країн можна виділити Японію, Швейцарію, Сингапур, Іспанію, Австралію, Ізраїль, Норвегію, Швецію, Францію, Південну Корею, Канаду та США.

Наша держава стикнулася з низкою проблем на шляху до реформування медичної сфери за зразком європейських країн та Америки. І насамперед, це військові дії в Україні з лютого 2022 року, низькі зарплати та відтік кадрів, корупція, нерівний доступ до медичних послуг серед міського та сільського населення, слабка профілактика захворювань, низька якість інфраструктури, проблеми з доступом до ліків, відсутність кваліфікованих спеціалістів у публічному адмініструванні закладами охорони здоров'я. Багато нормативно-правових колізій, особливо щодо первинної та вторинної ланок медичної допомоги, викликають труднощі у практичному застосуванні, що призводить до неоднозначного тлумачення та ускладнень у роботі медичних закладів. У сфері публічного управління також залишається проблемною процедура ліцензування та акредитації медичних закладів, що стримує розвиток нових медичних закладів і знижує рівень конкуренції у сфері охорони здоров'я. Всі ці проблеми негативно впливають на стан медичної галузі в Україні.

Однак управління в галузі охорони здоров'я виконує надважливу роль у втіленні державної реформи, спрямованої на забезпечення доступної медичної допомоги всім громадянам країни. Це досягається через прийняття державно-управлінських рішень та реалізацію концепції медичного обслуговування. Саме тому для оптимізації публічного управління у сфері охорони здоров'я необхідно розробити систему єдиного стандарту підготовки фахівців з публічного управління, розробити нові підходи до публічного управління в рамках вироблених світовою практикою форм, використовувати на практиці поєднання організаційних, фінансових та інноваційних ресурсів управління системою та головне - інтегрувати медичну справу в соціальні процеси держави.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Алексі Струве. Медична реформа: уроки французької системи охорони здоров'я. Ваше здоров'я. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medichna-reforma-uroki-francuzkoyi-sistemi-oxoroni-zdorovya/>
2. Барзилович А. Фінансовий механізм державного регулювання розвитку охорони здоров'я України. Державне управління, 2020. № 3. С. 34–48. DOI: [https://doi.org/10.32689/2618-0065-2020-3\(5\)-34-47](https://doi.org/10.32689/2618-0065-2020-3(5)-34-47)
3. Бінько І. Публічне управління і публічне адміністрування: співвідношення понять. Вісник АПСВТ. 2020. № 3-4. С. 41–47.
4. Борщ В. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. 2020. Т. 19. Вип. 1 (44). 140 с.
5. Вітенко І. Психологічні проблеми підготовки медичних кадрів в Україні. Журнал психіатрії і медичної психології. 1995. № 1. С. 22-26.
6. Вовк С. Інституційна трансформація сучасних механізмів державного управління охороною здоров'я. Вісник національного університету цивільного захисту. Серія: Державне управління. 2017. URL: [https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol7\(17\)/28.pdf](https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol7(17)/28.pdf)
7. Вовк С., Половян Н., Вовк Т. Особливості трансформації механізмів управління якістю надання медичних послуг. Публічне управління та митне адміністрування. 2020. № 3. С. 33-37.
8. Волосовець О., Заболотько В., Волосовець А. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. Українські медичні вісті. 2020. № 1(84). Т. 2. С. 20-26.
9. Гавриченко Д., Козирєва О., Попова Т., Сергієнко Л. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформації. Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії і практики. 2022. № 1. С. 125-133.

10. Гомон Д., Денисова А. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Юридичні науки, 2016. № 4. С. 123-126.
11. Горбатова Д. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я. Право і суспільство. № 4. 2019. С. 166-173.
12. Граціотова Г., Ясіновська М. Управління персоналом та підвищення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції. ECONOMICS: time realities. 2020. № 6 (52). С. 25-34
13. Державне управління охороною здоров'я України: монографія. Київ. Вид-во ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». 2014. 312 с.
14. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / авт. кол.: М. Білинська, Я. Радиш, І. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. Білинської. Київ: Львів: НАДУ, 2012. 240 с.
15. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / кол. Авт. ; упоряд . проф. Я. Радиш, передм. Т. Бахтеєвої; за заг. ред . проф. М. Білинської, проф. Я. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. 424 с.
16. Долгіх М. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: дис. докт. філос. за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». Київ. 2021. 255 с.
17. Долот В. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. Державне управління: удосконалення та розвиток, 2013. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2013_2_11
18. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 294-IX від 14.11.2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
19. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів

охорони здоров'я» № 2002-VIII від 06.04.2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>

20. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

21. Електронна система охорони здоров'я в Україні. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я. URL: <https://ehealth.gov.ua/>

22. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад.: Ю. Сурмін, В. Бакуменко, А. Михненко та ін.; за ред. Ю. Ковбасюка, В. Трощинського, Ю. Сурміна. Київ: НАДУ, 2010. 820 с.

23. Ігнатюк О., Горачук В. Основні засади публічного адміністрування в правовому полі українського законодавства. Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 8. С. 98-104.

24. Камінська Т. 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>

25. Карлаш В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. Національний університет цивільного захисту України. Харків. 2020. 202 с.

26. Клапатий Д. Законодавче регулювання провадження господарської діяльності з медичної практики фізичними особами-підприємцями. Медичне право. 2017. № 3. С. 41-47.

27. Книш С. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра юрид наук зі спеціальності 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право Тернопіль. 2019. 39 с.

28. Колісніченко Н. Сучасні зарубіжні практики управління розвитком кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я. Державне управління, 2021. № 1 (13). С. 42-53.

29. Конституція України: Основний закон України. № 254к/96-ВР від 28.06.1996р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

30. Костенко Н., Марцинковський В. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. Подільський науковий вісник. Науки: економіка, педагогіка, 2018. № 3. С. 170.

31. 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.

32. Кошелева Л. Основні теоретичні підходи до визначення публічного адміністрування. Public Administration and Local Government, 2018, issue 2 (37), С. 13–19. URL: [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2018/2018_02\(37\)/4.pdf7](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2018/2018_02(37)/4.pdf7).

33. Кузьменко Г. Проблеми реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. Публічне урядування. 2022. № 2 (30). 47-54. [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-2\(30\)-6](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-2(30)-6)

34. Кулікова Л., Сорока, М. Реформування охорони здоров'я в Україні: проблеми та перспективи розвитку. Вісник економіки охорони здоров'я. 2023. № 1. С. 5-9.

35. Криничко Л. Теорія та методологія державного управління в сфері охорони здоров'я: монографія. Житомир: Вид. О. Євенок, 2020. 348 с.

36. Крупський О., Стасюк Ю. Особливості антикризового управління розвитком діяльності суб'єктів підприємництва у сфері охорони здоров'я. Організаційно-економічні аспекти розвитку підприємницьких структур в Україні та світі: моногр. за заг. ред. Т. Гринько. Київ. 2020. 318 с.

37. Лісовська О. Теоретичні засади функціонування моделей фінансування системи охорони здоров'я. Економічний вісник. Серія «Фінанси, облік, оподаткування». 2020. Вип. 4. С. 96-103.

38. Лялюк О. Територіальні органи центральних органів виконавчої влади в системі територіальної організації влади в Україні. Державне будівництво та місцеве самоврядування. 2015. Вип. 30. С. 28-38.

39. Мартиненко В. Демократичне врядування: проблеми теорії та практики. Публічне управління: теорія та практика. Харків: «ДокНаукДержУпр», 2010. № 1. С. 16-22.

40. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії. URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php?print=1>

41. Миронов А. Адміністративно-правове забезпечення державного контролю в сфері охорони здоров'я: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра філософії, Запоріжжя, 2020. 188 с.

42. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>

43. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Вісник АПСВТ. 2020. № 1-2. С. 163-167.

44. Мусіна Д., Корнєєв В. Проблеми розвитку страхових компаній в Україні. Теоретичні аспекти та практичні проблеми управління, економіки та природокористування в Україні: зб. матеріалів учасн. II Міжнар. наук.-практ. конф. Київ: Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського, 2018. С. 276-278.

45. Наumenко Р. Публічне адміністрування Публічне управління: термінол. слов. / уклад.: В. Куйбіда, М. Білинська, О. Петроє та ін.; за заг. ред. В. Куйбіди, М. Білинської, О. Петроє. Київ: НАДУ, 2018. 285 с.

46. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>

47. Ніколюк, О., Бондар, В., Цветкова, Н. Напрями удосконалення системи публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я України. Food Industry Economics. 2021. № 13(3). URL: <https://doi.org/10.15673/fie.v13i3.2137>

48. Неугодніков А. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. Юридичний вісник. № 3. 2019. С. 63-69. DOI <https://doi.org/10.32837/yuv.v0i3.940>.

49. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>

50. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України № 2801-XII від 19.11.1992 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

51. Основи публічного адміністрування: навч. посіб. за заг. ред. Н. Матюхіної. Харків: Право. 2018. 182 с.

52. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційнодослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>

53. Піхоцька О., Хомякова І. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах її реформування. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 12. С. 37-41.

54. Пономаренко, В., Гайдабрус, Н., Колеснікова, О. Управління охороною здоров'я в Україні: проблеми та перспективи. Харків: Вид-во НФАУ, 2020. 248 с.

55. Поворозник М. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. Причорноморські економічні студії, 2017. Вип. 14. С. 25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7

56. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» № 391 від 28.03.2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-п#Text>

57. Прасол В. Механізми публічного управління розвитком недержавного сектора охорони суспільного здоров'я в Україні: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з державного управління 25.00.02 – механізми державного управління. Харків. 2021. 194 с.

58. Приятельчук О. А. Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в скандинавському регіоні. Економіка та суспільство: електронне наукове фахове видання. 2018. № 19. С. 913. URL: http://www.economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/137.pdf

59. Руснак Л. М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 / Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна». Київ, 2016. 207 с.

60. Рудий В. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. наук з держ. управління: 25.00.02. Київ, 2006. 200 с.

61. Самофалов Д. Дефініції «публічне адміністрування» та «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я». Теорія та історія публічного управління. 2021. Вип. 25. С. 7-12.

62. Сарibaєва Г. Адміністративно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я: теоретико-правові засади систематизації нормативно-правових актів: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра юрид. наук: URL: 12.00.07 - Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право, Запоріжжя, 2019. 477 с.

63. Сарибаєва Г. Адміністративно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я: телеологічний підхід та систематизація. Національний юридичний журнал. 2018. Вип. 53. С. 72-75.

64. Сарибаєва Г. Систематизація адміністративного законодавства України: проблеми визначення. Прикарпатський юридичний вісник, 2016, Вип. 6 (15). С. 135–138.

65. Сіделковський О. Суб'єкти формування та реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. Публічне право. № 1 (37). 2020. С. 116-123.

66. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uk/strategija>

67. Стратегія розвитку медичної освіти. zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-%D1%80#Text.

68. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: навч. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. / за ред.. В. Москаленко, О. Процек та ін. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 680 с.

69. Статистика охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. для самост. вивч. дисц. / Г. С. Столяров, , М. В. Голубчиков. Київ. КНЕУ, 2000. 187 с.

70. Таран Є. Співвідношення понять «державне управління», «публічне адміністрування» та «публічне управління» у трансформаційних процесах України. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Державне управління. . 2020. Т. 31. № 2. С. 33-37.

71. Устимчук О. Аналіз нормативно-правових засад регулювання сфери надання медичних послуг в Україні. Аспекти публічного правління, 2018. Т. 6. № 10. С. 5-13.

72. Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід: навч. посіб / Л. Жаліло та ін. Київ: Асоціація міст України та громад, 2007. 191 с.

73. Цивільний кодекс України: Закон України № 435-IV від 16.01.2003 р. URL: [Цивільний кодекс України | від 16.01.2003 № 435-IV](#)

74. Хуторна К. Медицина в умовах війни: як змінилася система охорони здоров'я. 2022. URL: [mind.ua. mind.ua/ publications/20245779-medicina-v-umovah-vijni-yak-zminilasya-sistema-ohoroni-zdorov-ya](http://mind.ua/publications/20245779-medicina-v-umovah-vijni-yak-zminilasya-sistema-ohoroni-zdorov-ya)

75. Чурпій І., Мельник І., Чурпій Н. Теоретико-правові аспекти реформування системи охорони здоров'я. *Art of Medicine*. 1(13) січень – березень, 2020. С. 174-179.

76. Федоренко Т. Міжнародні стандарти партисипаторної демократії як підґрунтя забезпечення участі громадськості в державному управлінні у сфері охорони здоров'я в Україні. *Вісник Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Серія: Державне управління*, 2017. № 3. С. 95-102.

77. Філіпова Н. Аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні. *Проблеми і перспективи економіки та управління*, 2021. № 1. С. 151-158.

78. Швець Ю. Реалізація особою конституційного права на охорону здоров'я: порівняльно-правове дослідження: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра юрид. наук за спеціальністю 12.00.02 – конституційне право; муніципальне право. Ужгород, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2019. 416 с. URL: <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/19675>

79. Шевченко С., Бутковська Н. Особливості реформування системи охорони здоров'я України в умовах децентралізації. *Проблеми формування громадянського суспільства в Україні: виклики та колізії: матер. Всеукраїнської науково-практичної конференції. ДДУВС*. 2020. С. 284-288.

80. Шелєміна Н. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. *Економіка та суспільство*. 2023. № 53. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80>

81. Шевчук В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02. Миколаїв, 2017. 219 с.

82. Шлях до результатів: планування та проведення ефективних оцінювань розвитку /за ред. Морра Імас Л.Дж., Ріст Р.К. Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», 2015. 580 с.

83. Шкільняк М., Кривокульська Н. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022. № 1 (91). С. 64-69.

84. Шкільняк М., Кривокульська Н. Теорії лідерства та їх застосування в публічних організаціях. Менеджмент ХХІ століття: глобалізаційні виклики: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції: зб. наук. пр. Полтава, 2021. 319 с.

85. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2(19). С. 151-159.

86. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. Державне управління: удосконалення та розвиток: електрон. 2018. № 11. URL: [http://www. dy. nauka. com. ua/ index. php?op=1&z=1337](http://www.dy.nauka.com.ua/index.php?op=1&z=1337)

87. Янг Е., Куїнн Л. Як написати дієвий аналітичний документ у галузі державної політики: практ. посіб. для радників з державної політики у Центральній і Східній Європі: наук. ред. пер. О. Кілієвич. Київ. К.І.С., 2003. 217 с.

88. Baral, P., "Health Systems and Services During COVID-19: Lessons and Evidence From Previous Crises: A Rapid Scoping Review to Inform the United Nations Research Roadmap for the COVID-19 Recovery". International Journal of Health Services.2021. vol. 51(4). pp. 474-493.

89. Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. 220 p.

90. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity / M. J. Roberts, W. Hsaio, P. Berman, M. Reich. New York: Oxford University Press, 2004. URL: <http://www.hsph.harvard.edu/health.../publications/>.

91. Health Care Systems – Four Basic Models: URL: https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.ph

92. Collins, T., Tello, J., Van Hilten, M., Mahy, L., etc. Addressing the double burden of the COVID-19 and noncommunicable disease pandemics: a new global governance challenge. International Journal of Health Governance. 2021. vol. 4, URL: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJHG-09-2020-0100/full/pdf?title=addressing-the-double-burden-of-the-covid-19-and-noncommunicable-disease-pandemics-a-new-global-governance-challenge>

93. Costa C., Freitas A., Stefanik I., Krafft T., Pilot E., Morrison J., Santana P. Evaluation of data availability on population health indicators at the regional level across the European Union. Population health metrics. 2019. vol. 17 (1), p. 11.

94. The human right to adequate housing. Special Rapporteur on the right to adequate housing. UN. URL: www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-housing/human-right-adequate-housing/.

95. Dubych K.V., Danylyuk K.V. The system of social services of Ukraine amidst transformation: modern trends and challenges: Scientific monograph. 2022. 220 p.