

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІОЛОГІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФІЛОСОФІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

**Кваліфікаційна робота
магістра**

**ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКИЙ МЕХАНІЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ СПРАВИ У РЕГІОНІ**

Виконав: магістрант 2-го курсу, групи 8.2818-з
спеціальності 281 «Публічне управління та
адміністрування»
освітньо-професійної програми «Публічне
управління та адміністрування»
М.Є. Геращенко

Керівник: професор кафедри соціальної філософії
та управління, доцент,
д.філос.н. Краснокутський О.В.

Рецензент: професор кафедри соціальної
філософії та управління, доцент,
д.філос.н. Глазунов В.В.

Запоріжжя – 2019

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота складається з 75 сторінок, 79 позицій у списку літератури, 1 додатку.

ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКИЙ МЕХАНІЗМ, МЕДИЧНА СПРАВА, РЕГІОН, ЕФЕКТИВНІСТЬ

Мета дослідження. Визначити реальний стан та шляхи оптимізації публічно-управлінського механізму в забезпеченні ефективності медичної справи в регіоні.

Об'єктом дослідження є ефективність медичної справи в регіоні.

Предметом дослідження є публічно-управлінський механізм забезпечення ефективності медичної справи в регіоні.

Методи дослідження: метод функціонально-структурного аналізу та метод описового моделювання, узагальнення і наукової абстракції.

Наукова новизна: полягає у тому, що в ньому пропонуються заходи щодо оптимізації розвитку публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні сучасної України.

Гіпотези: одним з найважливіших аспектів який впливає на якість медичної справи в регіоні є застосування дієвого та ефективного публічно-управлінського механізму.

Висновки:

1. Аналізуючи сучасний стан публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у Запорізькій області встановлено, що він характеризується з одного боку успішним реформуванням системи охорони здоров'я, а з іншого боку – незадовільним станом ефективності надання медичної допомоги.

2. Ґрунтуючись на аналізі стану публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у Запорізькій області визначено такі чинники його оптимізації: розробка системи єдиного стандарту підготовки фахівців з публічного управління; реалізація нових підходів до публічного управління в рамках вироблених світовою практикою формах та інші.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКОГО МЕХАНІЗМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ СПРАВИ У РЕГІОНІ.....	9
1.1. Історія дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні.....	9
1.2. Уточнення змісту основних понять дослідження: «публічно-управлінський механізм», «медична справа», «регіон», «ефективність».....	15
1.3. Принципи та методи дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні.....	24
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКОГО МЕХАНІЗМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ СПРАВИ У РЕГІОНІ.....	29
2.1. Сутність, зміст, структура, принципи та різновиди публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні.....	29
2.2. Становлення й розвиток публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні: досвід кращих світових практик.....	37
2.3. Публічно-управлінська система забезпечення ефективності медичної справи у регіоні.....	43
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКОГО МЕХАНІЗМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ СПРАВИ У РЕГІОНІ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ.....	50
3.1. Сучасний стан публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні сучасної України (на прикладі діяльності департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації).....	50
3.2. Основні чинники оптимізації розвитку публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні сучасної України (на прикладі діяльності департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації).....	56
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	68
ДОДАТКИ.....	76

ВСТУП

Актуальність дослідження. Важливим компонентом сучасної соціальної політики України є охорона здоров'я. Саме ефективність медичної справи в країні впливає на її економічний розвиток. Публічне управління медичною справою в Україні не відповідає суспільним потребам. Це відображається в недостатньому задоволенні потреб громадян в послугах медичної допомоги, в недосконалому механізмі управління медичною справою та незадовільному стані громадського здоров'я населення України.

Отже, актуальність дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи зумовлюється тим, що проблема застосування системного підходу, стратегічного прогнозування та планування до надання медичної допомоги населенню та підтримки здоров'я населення в цілому поки що не набула достатнього значення у сфері публічного управління медичною справою регіону та не визначена в комплексному дослідженні як предмет.

Проблемна ситуація полягає у тому, що громадян не задовільняє рівень надання послуг медичної допомоги та механізм управління медичною справою.

Дослідження державної політики України у сфері охорони здоров'я відображено в роботах Н. Авраменко, М. Білинської, З. Гладун, Д. Карамішева, З. Надюк, С. Петрова, О. Поживілова та інших.

Проблеми публічного управління медичною справою та шляхи реформування медичної справи та галузі охорони здоров'я в цілому знайшли своє відображення в роботах таких дослідників як Л. Жаліло, Я. Радиш, І. Рожкова, Н. Солоненко.

Значний внесок у розробку механізмів публічного управління медичною справою внесли – П. Берман, Р. Буссе, О. Мартинюк, Е. Моссіалос, М. Рейч, М. Робертс, В. Рудий, Р. Солтман та інші.

Незважаючи на велику кількість досліджень стосовно управління в сфері охорони здоров'я, досі невирішеною є проблема удосконалення публічно-

управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи на регіональному рівні з урахуванням викликів сьогодення.

Об'єкт дослідження – ефективність медичної справи в регіоні.

Предмет дослідження – публічно-управлінський механізм забезпечення ефективності медичної справи в регіоні.

Мета дослідження – визначити реальний стан та шляхи оптимізації публічно-управлінського механізму в забезпеченні ефективності медичної справи в регіоні.

У зв'язку з поставленою метою необхідно виконати наступні *завдання*:

- проаналізувати історію дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні;

- надати характеристику головним поняттям дослідження: «публічно-управлінський механізм», «медична справа», «регіон», «ефективність»;

- визначити основні принципи та методи дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні;

- проаналізувати сутність, зміст, структуру, принципи та різновиди публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні;

- дослідити становлення й розвиток публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні: досвід кращих світових практик;

- проаналізувати публічно-управлінську систему забезпечення ефективності медичної справи у регіоні;

- дослідити сучасний стан публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні сучасної України (на прикладі діяльності департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації);

- визначити чинники оптимізації розвитку публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні сучасної

України (на прикладі діяльності департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації).

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що в ньому пропонуються заходи щодо оптимізації розвитку публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні сучасної України.

В якості *гіпотези* дослідження виступає наступне припущення: одним з найважливіших аспектів який впливає на якість медичної справи в регіоні є застосування дієвого та ефективного публічно-управлінського механізму.

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку літератури і додатків.

РОЗДІЛ 1

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКОГО МЕХАНІЗМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ СПРАВИ У РЕГІОНІ

1.1. Історія дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні

Аналіз історії дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи доцільно розпочати з розгляду основних етапів становлення державного управління охороною здоров'я. Так, колектив авторів на чолі з М. Білинською вважає, що доцільно виокремити в становленні державного управління охороною здоров'я в Україні п'ять основних періодів: зародження, формування, позбавлення України самостійності в державному управлінні, відродження та міжгалузеву й міжнародну інтеграцію.

Перший етап зародження державного управління охороною здоров'я охоплює кінець XVIII ст. – 1917 р. «В цей період лікарі-українці на теренах колишньої Російської та Австро-Угорської імперій відігравали важливу роль в охороні здоров'я населення та розвитку медичної справи» [27, с. 42]. Цей етап характеризується професіоналізмом лікарів та їх вкладом в розбудову державних організацій та медичних шкіл в інших державах.

До прибічників державницького підходу до проблем медичного забезпечення в Україні в ті роки, можна віднести Я. Чаруківського. Саме він вперше сформулював ідею про необхідність та ефективність розподілення пацієнтів на поранених і хворих. «Він також уперше запропонував створити у війську батальйонні медичні пункти, намагаючись тим самим приблизити медичну допомогу до переднього краю. Зазначені ідеї в 1836-1837 рр. висвітлені ним у капітальній праці «Военно-походная медицина», яку можна вважати першою друкованою спробою наукового обґрунтування управління

медичним забезпеченням під час війни» [27, с. 43]. Отже, перший етап характеризується зародженням державницького підходу до проблем управління медичною справою, і хоча управлінський механізм ще не був сформований, саме на цьому етапі було створено підґрунтя для його розвитку.

Другий період – випав на період визвольної боротьби українського народу за державну незалежність (1917-1920 рр.). «Особливістю державного управління на цьому етапі є створення спеціальних владних структур для керівництва охороною здоров'я та практичне здійснення медичного забезпечення легіону Українських січових стрільців і Української Галицької Армії» [27, с. 43]. Саме на цьому етапі відбулося формування державного управління медичною справою, що робило її більш ефективною.

Період позбавлення України самостійності у державному управлінні охороною здоров'я – це радянський період становлення України (1921-1991 рр.). «Тенденції розвитку державного управління охороною здоров'я впродовж цього періоду відповідають трьом його основним етапам: 1921-1941 рр. – формування адміністративно-командної системи управління; 1941-1945 рр. – підпорядкування діяльності органів державної влади законам воєнного часу; 1945-1991 рр. – зміцнення, застій та занепад командно-адміністративної форми державного управління» [27, с. 44]. В цей період управління охороною здоров'я характеризується адміністративно-командною системою, яка являла собою повну протилежність науковому управлінню. Державно-політичний механізм управління КПРС, який існував в умовах неринкового господарства та авторитарно-бюрократичної організації, характеризувався управлінням згори й донизу в усіх сферах суспільства. Саме в наслідок такого управління, сформований на початку ХХ ст. професіоналізм державного управління був повністю ліквідований. Тим не менш, під час Великої Вітчизняної війни (1941-1945 рр.) великий подвиг зробили саме лікарі – вихідці з України. Серед лікарів були начальники військово-санітарних управлінь фронтів і флотів, головні хірурги та головні терапевти фронтів і флотів. Саме вони та їх професіоналізм сприяли поверненню великого відсотка

поранених у бойові ряди. Багато хто зазначав, що такого відсотка повернутих поранених не було в жодній армії світу.

Четвертий період, який розпочався з відновленням та утвердженням незалежності України (1991-2001 рр.) та скасуванням на її територіях радянських законодавчих актів, отримав назву відродження державного управління охороною здоров'я.

«У цьому періоді розвитку системи державного управління охороною здоров'я в Україні виділяють три етапи: формування (1991-1994 рр.); стабілізації (1995-1998 рр.); сталого розвитку (1999-2001 рр.)» [27, с. 44-45]. Таким чином, державна політика в галузі охорони здоров'я, на цьому етапі, мала першочерговим завданням сприяти законодавчому забезпеченню діяльності галузі охорони здоров'я. Це завдання включало в себе підготовку та затвердження, а в подальшому – впровадження законодавчих актів. Підґрунтям для розробки таких законодавчих актів стали Конституція України (1996 р.) та Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.) Отже, цей період характеризується законодавчим оформленням принципів здійснення та управління медичною справою, саме це сприяло виходу управління в сфері охорони здоров'я на вищий рівень.

П'ятий період міжгалузевої та міжнародної інтеграції розпочинається з 2002 року. «Це пояснюється передусім тим, що практично кожне з міністерств і державних комітетів, які нині діють в Україні, тією чи іншою мірою займаються здійсненням державного управління охороною здоров'я людей. Разом з тим розширюється діяльність Міністерства охорони здоров'я України у міжнародному співробітництві. Зазначена діяльність спрямовується на забезпечення інтеграції України до Європейського Союзу як основи стратегії розвитку держави. Реалізація курсу на європейську інтеграцію є невід'ємним елементом внутрішніх реформ в Україні, у тому числі й реформи державного управління охороною здоров'я» [27, с. 45]. На цьому етапі стає зрозумілим, що на ефективність медичної справи впливає не тільки діяльність Міністерства охорони здоров'я, а ще і інших відомств. Окрім цього важливим здобутком є

дослідження управління медичною справою і інших країнах та пристосування їх позитивного досвіду в управління медичною справою в Україні.

Розглянувши основні періоди становлення державного управління медичною справою, перейдемо до аналізу основних досліджень публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи.

На думку Л. Бондаревої «вітчизняними дослідниками останнім часом накопичено значний досвід щодо державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню, які є важливими критеріями оцінювання діяльності сфери охорони здоров'я. Проте, незважаючи на широкий спектр досліджень у цьому напрямку, слід зазначити, що основні проблеми із забезпеченням доступної якісної медичної допомоги для громадян – нерівність у доступності до медичної допомоги різних верств населення; необхідність оплачувати медичні послуги з особистих коштів громадян; низька якість медичного обслуговування залишаються на сьогоднішній день невирішеними» [10, с. 15-16]. З цього випливає необхідність дослідити здобутки вітчизняних та зарубіжних науковців, для того, щоб надати їм оцінку та окреслити перспективи подальших досліджень.

Дослідження, присвячені проблемам державного управління, були започатковані в 90-х рр. такими українськими науковцями, як: В. Бакуменко, О. Дем'янчук, В. Тертичка [69] та ін., які сформулювали та розробили базові наукові підходи до державного управління, теоретичні та методологічні засади прийняття державних рішень, досліджують середовище вироблення і впровадження державного управління.

Так, В. Бакуменко вважає, що «безліч управлінських рішень вимагає від дослідників їх систематизації, виділення певних класів та форм прийняття рішень, розробки відповідної методології їх формування та механізмів їх реалізації» [7, с. 5]. Саме дослідженню цих проблем і присвячена його монографія.

Проблеми та необхідність переходу від «державного» до «публічного» досліджує в своїх роботах О. Дем'янчук. На його думку «науковість,

послідовність і чіткість аналізу управлінських дій як на замовлення урядових органів, так і в контексті вільного наукового пошуку підвищить життєвість численних програм, планів і політик на всіх рівнях державного управління, а залучення відповідних експертів до їх розробки та оцінювання неодмінно розширить і коло учасників реалізації політик, залучивши до нього великі громадські сили і тим самим збільшивши шанси публічної політики на успіх» [22, с. 35]. З цього виходить, що в умовах становлення демократичного суспільства саме термін «публічне управління» є більш доречним за «державне управління». Що в свою чергу визначає напрям наших подальших наукових досліджень саме публічного управління медичною справою.

Слід зауважити, що за останні роки в Україні чітко простежується тенденція підвищення інтересу до проблем публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Про доцільність публічного регулювання у сфері охорони здоров'я в своїх дослідженнях стверджують Н. Солоненко та С. Пак.

Так, Н. Солоненко вважає, що «важливість регулювання охорони здоров'я зумовлена тим, що: 1) соціально незахищені верстви населення не завжди можуть отримати адекватну медичну допомогу, а тому державні інвестиції у їх здоров'я можуть знизити рівень бідності та послабити її наслідки; 2) деякі заходи, що сприяють здоров'ю, належать до суто суспільних благ, а тому приватний ринок неспроможний виробляти їх або може виробляти в обмеженому обсязі; 3) ринкова неспроможність охорони здоров'я і приватного страхування здоров'я означає, що урядове втручання може підвищити добробут через поліпшення функціонування ринку» [65, с. 240].

На думку С. Пака доцільно, у системі регулювання організації надання медичної допомоги населенню виділяти наступні типи ієрархій: «ієрархія державного регулювання на базовому рівні – сільський район, місто; на регіональному рівні – область; на національному рівні – держава; технологічна ієрархія (ієрархія надання медичної допомоги): екстрена медична допомога, первинна медична допомога, вторинна (спеціалізована) медична допомога,

третинна (високоспеціалізована) медична допомога, паліативна допомога; ієрархія управлінського персоналу в організації» [48]. Важливим здобутком такого дослідження є розмежування управління медичною справою за рівнями, проте при цьому важливо не втратити саме зв'язок та координацію між цими рівнями управління.

Дослідженню функцій публічного управління в сфері охорони здоров'я присвячені роботи Б. Логвиненко, який вважає, що «функції публічного адміністрування медичною галуззю зводяться до конкретних напрямів управлінської діяльності органів та установ охорони здоров'я громадян. Від реального наповнення й реалізації вказаних функцій залежить сприйняття суспільством ролі та значення держави в налагодженні дієвої системи охорони здоров'я і, як наслідок, поваги до самої держави» [40, с. 58].

Проблема ефективності публічного управління медичною справою розглянута в роботах Д. Карамішева. На його думку «удосконалення процесу управління системою охорони здоров'я має означати, насамперед, пошук відповідних критеріїв ефективності управління. Ефективність управління належить до найменш опрацьованих питань теорії державного управління. Не можна постійно говорити про вдосконалення управління й не мати достатньої інформації про його ефективність» [32]. Таким чином, саме розробка критеріїв ефективності управління медичною справою повинна бути початковим етапом в удосконаленні самого процесу управління медичною справою.

Важливим аспектом в дослідженні публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи є застосування позитивного міжнародного досвіду в сучасній Україні. Саме цьому напряму дослідження присвячені роботи М. Білинської, Л. Жаліло, І. Рожкової та І. Солоненко.

В колективній монографії, за редакцією М. Білинської досліджуються «важливі в державному управлінні організаційно-правові та нормативні аспекти управління реформами в галузі охорони здоров'я в Україні. Досліджено аналіз зарубіжного досвіду країн, передусім тих, де реформування сфери охорони здоров'я є успішним та розглянуто можливість його використання в Україні»

[27, с. 9]. Таким чином, в роботі розглянуто можливість міжнародної інтеграції в сфері публічного управління медичною справою.

Спираючись на зарубіжний досвід, І. Рожкова, І. Солоненко та Л. Жаліло зазначають, що «органи місцевої виконавчої влади або місцевого самоврядування, будучи в ролі платника чи замовника, практично є посередником між споживачами й надавачами медичної допомоги, який контролює діяльність надавачів з метою оптимізації витрат, відповідає за управління фінансовим ризиком, пов'язаним із купівлею медичних послуг» [70, с. 60].

Таким чином, історія дослідження публічного управління галуззю охорони здоров'я в Україні нараховує п'ять основних періодів: зародження, формування, позбавлення України самостійності в державному управлінні, відродження та міжгалузевої й міжнародної інтеграції. Сучасний етап розвитку публічного управління характеризується міжгалузевою та міжнародною інтеграцією. Історія дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи складається з декількох напрямків: доцільність публічного регулювання у сфері охорони здоров'я (Н. Солоненко та С. Пак); дослідження функцій публічного управління в сфері охорони здоров'я (Б. Логвиненко); проблема ефективності публічного управління медичною справою (Д. Карамішев); дослідження та застосування позитивного міжнародного досвіду публічного управління медичною справою в сучасній Україні (М. Білинська, І. Рожкова, І. Солоненко та Л. Жаліло). Проте, незважаючи на це, в науковій літературі досі не має однозначного визначення понять «публічно-управлінський механізм» та «медична справа» – саме це і визначає напрям подальшої наукової розвідки.

1.2. Уточнення змісту основних понять дослідження: «публічно-управлінський механізм», «медична справа», «регіон», «ефективність»

Перш ніж перейти до розгляду теми диплому, необхідно ознайомитись з

головними поняттями дослідження та різноманітними трактуваннями цих понять. Під час розгляду історії дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи, ми зосередили увагу на тому, що одночасно використовується термін «державне управління» та «публічне управління», саме тому уточнення змісту основних понять доречно розпочати з розгляду цих двох термінів.

Отже, в енциклопедії державного управління зазначається, що «категорія державне управління – це діяльність держави (органів державної влади), спрямована на створення умов для як 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» [28, с. 157]. Тобто, під державним управлінням доречно розуміти діяльність органів влади щодо реалізації функцій держави.

Прибічником такої ж точки зору є В. Авер'янов, який вважає, що «під державним управлінням потрібно розуміти особливий та самостійний різновид діяльності держави, що здійснює окрема система спеціальних державних органів – органів виконавчої влади» [24, с. 6]. В даному визначенні є уточнення стосовно того, хто здійснює цю діяльність – а саме органи виконавчої влади.

Дещо відмінною точкою зору на визначення поняття «державне управління» є трактування його як діяльності всіх державних органів з врегулювання суспільних відносин, організацію всіх сторін життя суспільства [3]. Або визначення державного управління «як специфічної діяльності держави, що дістає вияв у функціонуванні її органів, які безперервно, планомірно, владно і в рамках правових установлень, впливають на суспільну систему з метою її вдосконалення відповідно до державних інтересів» [50].

Стосовно поняття «публічне управління», слід зазначити, що вперше його використав Д. Кілінг, визначивши його як «пошук у найкращий спосіб використання ресурсів задля досягнення пріоритетних цілей державної політики» [78, с. 15]. Проте яким чином здійснюється досягнення зазначених цілей в даному визначенні не вказано.

Дж. М. Пріфінер та Р. Пристюс вважають, що «публічне управління – це управління організацією та напрямком людських і матеріальних ресурсів для досягнення бажаних цілей» [79, с. 3]. Слід зауважити, що проблеми світової політики та внутрішньої політики певної держави завжди суттєво впливали на публічне управління. Воно не може бути ізольованим від суспільства, оскільки є його невід’ємною частиною, тому публічне управління завжди здійснюється в контексті подій, які відбуваються в реальних соціально-економічних, політичних і культурних умовах.

Проаналізувавши відмінність між «державним управлінням» та «публічним управлінням» Н. Філіпова вважає, 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 народних інтересів із залучення суспільства до механізму контролю всіх органів влади» [72]. Таким чином, публічне управління тісно пов’язане з державним, яке є його складовою. Публічне управління забезпечує взаємодію інтересів держави та народу, спирається на державну владу, сприяє залученню суспільства до участі в соціально-економічних, політичних, громадських процесах.

Основним поняттям нашого дослідження є поняття «публічно-управлінського механізму». Процес публічного управління реалізується за допомогою розробки та впровадження певних управлінських механізмів. Саме ці механізми створюють необхідні умови задля ефективного і своєчасного подолання суперечностей в сфері публічного управління. Таким чином, механізмом публічного управління є сукупність спеціальних засобів, які забезпечують регулювання та вплив адміністрацій на територіальні системи різних рівнів (від районів міста, сіл до усієї країни). Основною метою такого впливу є забезпечення гідних умов життя та діяльності громадян країни, які проживають в ній або тимчасово проживають за її межами.

Провідні вітчизняні та зарубіжні вчені досліджували поняття «механізмів публічного управління». На основі проведеного аналізу цих визначень можна

зробити висновок, нині не існує спільної думки щодо визначення поняття «механізм публічного управління».

Д. Дуков визначає, що «поняття механізму публічного управління розглядається в декількох етапах:

- як система державних органів, організованих відповідно до визначених принципів для здійснення завдань державного управління;
- як складова системи управління, що забезпечує здійснення впливу на фактори, від стану яких залежить результат діяльності управлінського об'єкта;
- як демократична державну організацію управлінського впливу на суспільні процеси;
- як спосіб організації та функціонування управління, що базується на висуненні обґрунтованих цілей;
- як сукупність практичних заходів, засобів, важелів та стимулів, за допомогою яких органи державної влади впливають на будь-які суспільні відносини з метою досягнення поставлених цілей тощо» [39]. З цього виходить, що механізм публічного управління в своєму змісті пройшов розвиток від розуміння його як просто системи державних органів, до розуміння його як сукупності практичних засобів впливу.

В свою чергу, М. Круглов визначає публічно управлінський механізм як «сукупність економічних, мотиваційних, організаційних, правових способів цілеспрямованої взаємодії суб'єктів господарювання» [36]. З цього випливає, що публічно-управлінський механізм є сукупністю засобів впливу.

Деяко відмінну точку зору представляє група авторів в складі В. Буркова , В. Кондратьєва, В. Циганова – на їх думку публічно-управлінський механізм – це «набір правил (процедур, інструкцій, законів), які регламентують функціонування системи та її окремих елементів [68]. Отже, з цього визначення виходить, що публічно-управлінський механізм – це сукупність правил. Тобто механізм не тільки забезпечує вплив, але цей вплив здійснюється відповідно до встановленого набору правил.

Зовсім відмінною є точка зору А. Ільїна, який визначив публічно-управлінський механізм як внутрішній устрій системи управління» [31]. Таким чином, публічно-управлінський механізм можна визначити як взаємодію соціальних структур, норм і інститутів, за допомогою яких забезпечується функціонування соціальної системи на основі узгодження і реалізації громадських інтересів при прийнятті рішень.

Публічне управління у медичній галузі розглядається як вид діяльності держави, що полягає в здійсненні нею управлінського впливу у сфері охорони здоров'я шляхом використання повноважень виконавчої влади [21]. Таким чином для подальшого дослідження теми, необхідно уточнити зміст поняття «медична справа».

Публічне управління медичною справою визначається державною політикою у сфері охорони громадського здоров'я, яка спрямована на збереження рівноправності кожної людини і окремих громад у доступі до медичного обслуговування. «Громадське здоров'я – комплексна політична, економічна, соціальна і медична категорія, що інтегрує індивідуальне здоров'я громадян, обумовлене дією сукупності політичних, економічних, соціальних і біологічних чинників, визначає демографічний, соціальний, економічний потенціал суспільства, є фактором національної безпеки та об'єктом соціальної політики держави» [25, с. 14]. У сфері публічного управління єдиного узагальнюючого поняття «медична справа» як окремої категорії не сформульовано і термін «медична справа», зважаючи на це, має різні визначення в літературі.

Найчастіше в науковій літературі зустрічаються поняття «медична допомога» та «медична послуга». Так, Л. Бондарева зазначає, що «поняття медичної допомоги має багато визначень у літературі, проте на теперішній час відсутнє єдине загальноприйнятне тлумачення цього терміну. В одних джерелах медична допомога розглядається як комплекс спеціальних заходів, направлених на запобігання, ранню діагностику та лікування гострих і хронічних захворювань; як комплекс заходів спрямованих на своєчасне

виявлення хвороб та відновлення втраченого здоров'я людини; як лікувально-профілактичні і реабілітаційні заходи, здійснювані при виношуванні вагітності, пологах, хворобах, травмах та ушкодженнях. Інші трактують цей термін, як діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами; комплекс заходів, спрямованих на запобігання та ліквідацію страждань, пов'язаних з розладом здоров'я людей у випадках, визначених законодавством, - працівниками інших професій на яких покладено цей обов'язок» [10, с. 20]. В цілому під медичною допомогою слід розуміти діяльність спеціальних працівників медичної сфери, яка спрямована на запобігання, ранню діагностику та лікування гострих і хронічних захворювань.

Медична послуга в науковій літературі визначається як «будь-який вид кваліфікованих медичних дій, спрямованих на лікування і профілактику при захворюваннях, пологах та інших випадках» [33, с. 8]. Тобто це вид дій спеціальних працівників медичних закладів спрямованих на здійснення медичної допомоги.

З. Герасимчук та І. Шевчук під медичною послугою розуміють «діяльність медичних підприємств, організацій та окремих осіб, спрямовану на задоволення потреби особи, групи людей, суспільства пов'язаного зі збереженням та примноженням індивідуального і суспільного здоров'я, що в кінцевому підсумку сприятиме підвищенню рівня якості життя [14, с. 18]. Таке визначення вже більш характеризує зміст медичної справи в цілому.

Отже, відмінність медичної допомоги від медичної послуги Л. Бондарева вбачає в тому, що медична допомога – несе в собі соціальне значення, а медична послуга – економічне.

Враховуючи вищезазначене, ми пропонуємо під медичною справою розуміти частина системи охорони здоров'я, що включає діяльність медичних закладів різного типу спрямовану на задоволення потреби особи, групи людей, суспільства пов'язаного зі збереженням та примноженням індивідуального і суспільного здоров'я.

Ще одним важливим поняттям дослідження, яке потребує уточнення є «регіон». Поняття «регіон» походить від латинського «regio» – країна, область, простір. Згідно із словником, регіон – «одна з основних ланок соціально-територіальної організації суспільства, яка має історичну визначеність генезису, внутрішню структурну системність, функціональну специфіку» [67, с. 388]. Отже, з цього виходить, що під регіоном доцільно розуміти певну територіальну одиницю, яка має специфічні риси (політичні, економічні, історичні, географічні тощо).

Поняття «регіон» використовують різні науки для виокремлення територіальних частин держави за певною ознакою. Регіон розглядається як відкрита, складна, цілісна і специфічна система, на яку впливають фактори внутрішнього середовища, порушуючи цілісність і рівновагу, та фактори зовнішнього середовища (органи державної влади та місцевого самоврядування, інші регіональні системи управління). Цей вплив змінює принципи і механізми управління, які склалися, та виникає потреба розробки нових способів взаємодії між елементами системи.

Так, З. Герасимчук визначає регіон як «відносно цілісну відтворювальну соціо-еколого-економічну систему господарської території, самостійну в адміністративно-правовому відношенні, яка є складовою частиною країни, виділяється своїм економіко-географічним положенням, комплексом природних, матеріальних, трудових і фінансових ресурсів, спеціалізацією і структурою господарства, спільністю екологічних проблем, а також високим рівнем внутрішніх соціально-економічних зв'язків» [15, с. 29-30]. В цьому визначенні регіон представлено як систему яка має свої характерні ознаки та виявляється високим рівнем внутрішніх зв'язків.

Схожу точку зору, висловлює Ю. Горященко, який вважає, що регіон – «це певна територія, яка характеризується цілісністю, та взаємозв'язком елементів, які входять до неї, а також відрізняється від інших територій за певними ознаками» [19, с. 50]. В даному визначенні розкрита головна особливість регіону – це його цілісність.

В словнику з регіональної політики під поняттям «регіон» розуміється територія, яка відрізняється від інших територій за рядом ознак і характеризується певною цілісністю та взаємопов'язаністю її складових елементів» [64]. Більш з політичної точки зору, регіон характеризує С. Романюк – як «найбільшу адміністративно-територіальну одиницю субнаціонального рівня, яка має виборну владу, юридичну незалежність та власний бюджет» [60].

Таким чином, під регіоном, в нашому дослідженні, ми будемо розуміти територію, яка характеризується своїм економіко-географічним положенням, комплексом ресурсів, спеціалізацією і структурою господарства є цілісною системою з високим рівнем внутрішніх соціально-економічних зв'язків.

Дослідники державного управління у сфері охорони здоров'я Д. Карамішев, З. Надюк, Ю. Вороненко та В. Москаленко стверджують, що ефективність державного забезпечення доступності медичного обслуговування різних категорій населення визначається також якістю медичних послуг. Зокрема, З. Надюк поняття «якості медичного забезпечення населення розуміє як сукупність взаємопов'язаних властивостей, які всебічно характеризують рівень надання медичної допомоги» [45, с. 265].

Таким чином, визначення ефективної структури системи управління є одним із найважливіших завдань, оскільки вона має враховувати всю складність зв'язків та специфіку взаємодії між різними об'єктами і суб'єктами управління, узгодженість національних та індивідуальних інтересів, багатоманітність і навіть суперечливість, цілей, досягнення яких покликана забезпечувати система управління. Ефективність структури управління визначається не стільки самою структурою, скільки тим організаційним механізмом, що діє в межах цієї структури [53]. Таким чином, перш ніж перейти до розгляду теми необхідно уточнити ще одне важливе поняття – «ефективність».

Ю. Сурмін визначає ефективність як «показник успішності функціонування системи для досягнення встановлених цілей» [56]. Якщо ми

беремо до уваги медичну справу, то її ефективність визначається рівнем задоволення потреб населення в галузі охорони здоров'я.

На думку П. Орлова «ефективність – це співвідношення результату або ефекту будь-якої діяльності і витрат, пов'язаних з її виконанням. Причому це може бути як співвідношення результату і витрат, так і співвідношення і результатів діяльності [74]. В цьому визначенні важливе місце займає саме фінансова складова визначення ефективності будь-якої діяльності.

З вищенаведених визначень можна зробити висновок, що ефективність – це показник співвідношення ефекту та витрат на його виконання, що показує певний результат діяльності. Тобто це співвідношеннями між затратами на медичну сферу та результатом діяльності медичних установ та організацій.

Досліджуючи наукову літературу, можна побачити, що не існує єдиного підходу до сутності такої складної категорії як «ефективність». Спираючись на дослідження А. Куценко, можна виокремити три підходи до визначення поняття «ефективність»: цільовий, системний пасивний та вибіркового.

«Цільовий визначає ефективність системи як здатність суб'єкта досягати визначених цілей за допомогою раціональних дій її складових. Раціоналізм полягає у виборі такого варіанту використання ресурсів, який би дав досягти встановлених цілей з найменшими витратами. Системний пасивний підхід, який передбачає концентрацію уваги підприємства на його виживанні завдяки пристосуванню до зовнішнього середовища, акцентується увага на внутрішніх характеристиках підприємства, що робить його більш придатним для оцінки діяльності бюджетних організацій. Вибірковий передбачає забезпечення мінімального рівня задоволення усіх складових організації, мотиви діяльності та цілі яких відрізняються. Важливим є ідентифікація стратегічних складових, а також визначення ступеня їх впливу на діяльність підприємства в цілому» [38, с. 8-10].

Таким чином, проаналізувавши різноманітні визначення основних понять дослідження ми встановили, що існує проблема у визначенні змісту понять «публічне управління» та «державне управління». Встановивши їх

співвідношення ми прийшли до висновку, що під публічно-управлінським механізмом ми будемо розуміти взаємодію соціальних структур, норм і інститутів, за допомогою яких забезпечується функціонування соціальної системи на основі узгодження і реалізації громадських інтересів при прийнятті рішень. В свою чергу медична справа в нашому дослідженні розуміється як частина системи охорони здоров'я, що включає діяльність медичних закладів різного типу спрямовану на задоволення потреби особи, групи людей, суспільства пов'язаного зі збереженням та примноженням індивідуального і суспільного здоров'я.

Уточнивши сутність основних понять дослідження, необхідно з'ясувати принципи та методи на яких побудовано дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні.

1.3. Принципи та методи дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні

Послідовність викладення дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні ґрунтується на методологічній основі, яку складає комплекс методологічних підходів та принципів. Так, діалектичний підхід надає змогу дослідити діалектичну взаємодію публічного та державного управління.

Діалектичний підхід ґрунтується на декількох принципах. Сходження від абстрактного до конкретного – «абстрактне – це вихідний і найпростіший («бідний») стан, початкова клітинка знання, конкретне – це розгорнуте, змістовне («багате») знання» [35, с. 4]. Цей принцип в нашому дослідженні застосовувався у русі від розгляду теоретичних концепцій публічного управління до розгляду публічного управління саме медичною справою.

Єдності історичного та логічного – «історичний аналіз можливий лише з позиції певної наукової концепції, на основі уявлень про структуру та функції тих чи інших елементів та відносин, а теоретичний аналіз неможливий без

вивчення генезису (походження, становлення) об'єкта» [47, с. 112]. Принцип єдності історичного та логічного застосовувався нами при дослідженні історії становлення публічного управління в галузі охорони здоров'я.

«Принцип всезагального зв'язку ґрунтується на розумінні того, що уся доступна нам дійсність є сукупністю предметів та явищ, які перебувають в різних відношеннях та зв'язків один з одним. Принцип розвитку витікає з того, що матерії притаманний абсолютний рух та відносний спокій» [13, с. 75]. Принцип всезагального зв'язку ми застосовували при дослідженні взаємодії держави та суспільства у вирішенні проблеми забезпечення ефективності медичної справи; принцип розвитку – у дослідженні розвитку ефективності публічно-управлінського механізму.

Окрім цього, дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи ґрунтується на принципі об'єктивності. «Принцип об'єктивності – об'єктивність є для кожної розсудливої людини аксіомою і найважливішою установкою пізнання. Необхідно лише свідомо керуватися цією установкою, свідомо орієнтуватися на об'єктивність, адже в повсякденній діяльності постійно доводиться стикатися з думками, посиланнями на думки інших людей, на достовірні (часом навіть наукові дані), проте ця інформація часто виявляється неперевіреною, нерідко помилковою» [4, с. 388]. Цей принцип є базовим, та використовувався нами при розгляді стану публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи в регіоні сучасної України.

Розглядаючи ефективність медичної справи в регіоні, ми розуміємо регіон як систему, саме тому ефективним було застосування системного підходу. Цей підхід розробляли і застосовували Л. фон Берталанфі, Р. Акофф, В. Садовський, Дж. Клір, О. Уйомов, Ю. Плотинський та інші.

Сутність його полягає у комплексному дослідженні складних об'єктів (систем), вивчення яких не обмежується особливостями складових їх елементів, а пов'язане, перш за все, з акцентуванням уваги дослідника на характер

взаємодії між елементами. Так, В. Артюхов досліджував систему як певну єдність, а «не будь-яку сукупність змінних» [5, с. 13].

Основу системного методу складає система і структура, які можна визначити таким чином. «Система – це загальнонаукове положення, що виражає сукупність елементів, взаємозв'язаних як між собою, так і з середовищем і утворюючих певну цілісність, єдність об'єкту, що вивчається. Структура – це відносно стійкий спосіб (закон) зв'язку елементів об'єкту, який забезпечує цілісність тієї або іншої складної системи. Специфіка системного підходу визначається тим, що він орієнтує дослідження на розкриття цілісності об'єкту і механізмів, що забезпечують її, на виявлення багатобразних типів зв'язків складного об'єкту і зведення їх в єдину теоретичну картину» [8, с. 108].

Г. Кунц і С. О'Доннел зазначають: «Системний підхід змушує вчених і практиків у конкретній сфері постійно пам'ятати, що не можна підходити до жодного елемента, явища або проблеми без урахування його наступних взаємодій з іншими елементами» [41].

Синергетичний підхід визначає дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи регіону в умовах нелінійності, невизначеності, нерівноважності, багатфакторності соціального розвитку. Основоположником теорії синергетики Г. Хакен, також цей підхід отримав свій розвиток в роботах І. Пригожина, В. Стюпіна, О. Князевої та інших.

Синергетичний підхід, що пояснює самоорганізаційну природу економічного розвитку регіону, є першопочатком, який спрямовує методологічні засади інших підходів на утворення певних характеристик зовнішнього середовища, відповідь на які з боку економічної системи регіону, що самоорганізується, втілюється у формуванні структури, функціонально найбільш ефективної в контрактних умовах. Враховуючи стан в якому наразі знаходиться Україна, то будь-яке дослідження повинно ґрунтуватись на синергетичному підході.

Враховуючи специфіку теми дослідження, також було застосовано причинно-наслідковий аналіз, метод функціонально-структурного аналізу та метод описового моделювання, узагальнення і наукової абстракції.

За допомогою причинно-наслідкового аналізу було виявлено проблеми які стають на заваді забезпечення ефективності медичної справи. Метод функціонально-структурного аналізу дав змогу дослідити структуру та функції публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи в регіоні.

Методи наукової абстракції, описового моделювання й узагальнення були застосовані нами при формулювання висновків та рекомендацій і пропозицій органам державної влади та органам місцевого самоврядування щодо обґрунтування чинників оптимізації та удосконалення публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи в регіоні.

Таким чином дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні ґрунтується на комплексі принципів та підходів, серед яких принципи – сходження від абстрактного до конкретного, єдності історичного та логічного, принцип всезагального зв'язку та принцип розвитку і об'єктивності; підходи – системний та синергетичний; методи – причинно-наслідковий аналіз, метод функціонально-структурного аналізу та метод описового моделювання, узагальнення і наукової абстракції.

Таким чином, історія дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи в Україні нараховує п'ять основних періодів: зародження, формування, позбавлення України самостійності в державному управлінні, відродження та міжгалузеву й міжнародну інтеграцію. Сучасний етап розвитку публічного управління характеризується міжгалузеву та міжнародною інтеграцією. Дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи можливо розподілити за напрямками: доцільність публічного регулювання у сфері охорони здоров'я (Н. Солоненко та С. Пак); дослідження функцій публічного управління в сфері охорони здоров'я (Б. Логвиненко);

проблема ефективності публічного управління медичною справою (Д. Карамішев); дослідження та застосування позитивного міжнародного досвіду публічного управління медичною справою в сучасній Україні (М. Білинська, І. Рожкова, І. Солоненко та Л. Жаліло).

Дослідивши різноманітні визначення основних понять дослідження, ми встановили, що публічно-управлінський механізм можна визначити як взаємодію соціальних структур, норм і інститутів, за допомогою яких забезпечується функціонування соціальної системи на основі узгодження і реалізації громадських інтересів при прийнятті рішень.

Під медичною справою доречно розуміти частину системи охорони здоров'я, що включає діяльність медичних закладів різного типу спрямовану на задоволення потреби особи, групи людей, суспільства пов'язаного зі збереженням та примноженням індивідуального і суспільного здоров'я.

Поняття «регіон» в нашому дослідженні, ми визначили як територію, яка характеризується своїм економіко-географічним положенням, комплексом ресурсів, спеціалізацією і структурою господарства є цілісною системою з високим рівнем внутрішніх соціально-економічних зв'язків.

Розглянувши різноманітні визначення поняття «ефективність», ми встановили, що ефективність – це показник співвідношення ефекту та витрат на його виконання, що показує певний результат діяльності. Тобто це співвідношеннями між затратами на медичну сферу та результатом діяльності медичних установ та організацій.

В цілому дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні ґрунтується на комплексі принципів (сходження від абстрактного до конкретного, єдності історичного та логічного, принцип всезагального зв'язку та принцип розвитку і об'єктивності), підходів (системний та синергетичний) та методів (причинно-наслідковий аналіз, метод функціонально-структурного аналізу та метод описового моделювання, узагальнення і наукової абстракції).

РОЗДІЛ 2

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКОГО МЕХАНІЗМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ СПРАВИ У РЕГІОНІ

2.1. Сутність, зміст, структура, принципи та різновиди публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні

В попередньому розділі ми встановили, що публічно-управлінський механізм можна визначити як взаємодію соціальних структур, норм і інститутів, за допомогою яких забезпечується функціонування соціальної системи на основі узгодження і реалізації громадських інтересів при прийнятті рішень. З цього виходить необхідність докладніше дослідити сутність публічно-управлінського механізму та його структуру, принципи, різновиди в забезпеченні ефективності медичної справи.

Так, Н. Солоненко наголошує, що важливість публічного управління медичною справою зумовлена тим, що:

«– соціально незахищені верстви населення не завжди можуть отримати адекватну медичну допомогу, а тому державні інвестиції у їх здоров'я можуть знизити рівень бідності та послабити її наслідки;

– деякі заходи, що сприяють здоров'ю, належать до суто суспільних благ, а тому приватний ринок неспроможний виробляти їх або може виробляти в обмеженому обсязі;

– ринкова неспроможність охорони здоров'я і приватного страхування здоров'я означає, що урядове втручання може підвищити добробут через поліпшення функціонування ринку» [65, с. 240]. З цього виходить, що сутність публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи полягає в сприянні зниженню рівня бідності, підвищенню якості медичної допомоги та поліпшенню функціонування ринку охорони здоров'я.

В свою чергу, досліджуючи зміст публічно-управлінського механізму, Б. Логвиненко зауважує, що «специфіка конкретної моделі публічного адміністрування сферою охорони здоров'я може визначатися за допомогою трьох складників: типу організації (форми) національної системи охорони здоров'я; методу адміністрування (управлінського впливу) сферою охорони здоров'я; джерел фінансування національної системи охорони здоров'я» [40, с. 56]. Тобто, держава формує систему органів публічної адміністрації, які забезпечують адміністрування сфери охорони здоров'я. В процесі адміністрування використовуються різноманітні методи обираються найбільш ефективні їх комбінації в наслідок чого, визначається головне спрямування управлінського впливу. Третій складник – джерела фінансування сфери охорони здоров'я опосередковано впливають на кількість суб'єктів владних повноважень та обсяг їхньої правосуб'єктності.

Також дослідник пропонує виокремлювати такі «базові функції публічного адміністрування сферою охорони здоров'я України:

- визначення конкретних шляхів реалізації приписів чинного медичного законодавства;
- захист прав пацієнтів;
- інтенсифікація електронного обміну даними в медичній діяльності;
- забезпечення загальнодоступності ресурсів державної та комунальної охорони здоров'я;
- сприяння формуванню єдиного медичного простору України» [40, с. 56]. Слід зауважити, що ці функції є базовими та не демонструють увесь спектр діяльності в сфері публічного управління медичною справою.

Для того, щоб визначити зміст публічно-управлінського механізму в цілому, необхідно проаналізувати його структуру та зміст основних структурних елементів.

С. Бочаров та І. Бушмин пропонують визначати в структурі публічно-управлінського механізму такі основні елементи: «мета механізму, завдання,

процедури, критерії оцінки, учасники, ресурси, методи та інструменти впливу, система контролю та нормативно-правове забезпечення» [11, с. 38].

Під метою механізму доцільно розуміти певний результат, який виражається кількісними чи якісними показниками або описом бажаного стану об'єкту управління. Досягнення мети реалізується через конкретні завдання, які визначаються термінами, виконавцями, ресурсами і методами. Завдання реалізуються через процедури, тобто певну сукупність дій, що визначається як послідовність кроків в досягненні мети. Успішність вирішення поставлених завдань та загальну ефективність публічно-управлінського механізму демонструють критерії оцінки.

Також, важливим складником будь-якого управлінського механізму є учасники – це «фізична або юридична особа, яка виконує певну роль, необхідну для функціонування механізму і вирішальне поставлені завдання. Одна особа може виконувати різні ролі. Можна виділити, як мінімум, наступні ролі: особа, яка приймає рішення, виконавець, контролер, арбітр)» [11, с. 38]. За допомогою ресурсів учасники маніпулюють один одним. В процесі реалізації публічно-управлінського механізму ресурси можуть змінюватись, в цілому вони включають матеріальні, фінансові, людські ресурси та інформацію.

За допомогою методів та інструментів здійснюється вплив на ресурси та на учасників, їх розподіляють на адміністративні, правові, мотиваційні, технологічні методи і інструменти.

Важливим елементом публічно-управлінського механізму є система контролю, адже саме вона забезпечує своєчасність і повноту виконання процедур. А нормативно-правове забезпечення механізму узгоджує дії учасників механізму та правила використання методів та інструментів.

Для більш детального дослідження структури публічно-управлінського механізму саме в медичній справі доцільно звернутись до роботи Л. Бондаревої, яка пропонує виділяти в механізмі такі складові: правова, організаційна, економічна та інформаційна.

«Правова складова (правовий механізм) формується з урахуванням того, що на створення та розвиток нормативно-правової бази реалізації державної політики щодо організації надання населенню доступної і якісної медичної допомоги, безумовно, впливають різноманітні чинники, до яких відносять: особливості вихідного правового поля; розвиток політичної системи України; особливості стану соціально-економічних умов країни; розширення міжнародної співпраці та прагнення України до Європейської інтеграції тощо» [10, с. 51]. З цього виходить, що основними властивостями правового механізму є його зв'язок з конкретною ціллю та системна природа – тобто не автоматичне об'єднання певних нормативно-правових актів медичної сфери, а їх взаємопов'язана сукупність, яка дозволяє досягти мети законним шляхом.

Під організаційним механізмом Н. Нижник та О. Машков розуміють «сукупність різних за своєю природою конкретних організаційних елементів у механізмі, що повинні організувати регулювання, управління в інтересах державної влади, ефективну діяльність державно-управлінської системи» [63, с. 39]. Отже організаційна складова механізму являє собою сукупність правил і процедур щодо регулювання проектування функціональної структури управління системою державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги та регламентації взаємодії її учасників, упорядкування їх повноважень, розмежування та уникнення дублювання їх функцій, процесів організації державного та громадського контролю, процесів забезпечення матеріальними і технічними ресурсами.

Економічна складова публічно-управлінського механізму – це «сукупність економічних методів, інструментів та стимулів, за допомогою яких держава регулює економічні процеси та забезпечує реалізацію соціально-економічних функцій» [29, с. 376]. Слід зауважити, що розробка такої складової публічно-управлінського механізму потребує детального аналізу медичної справи та соціально-економічної ситуації в регіоні, адже науково обґрунтована та правильно сформована економічна складова такого механізму є запорукою

результативності публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я.

Інформаційна складова публічно-управлінського механізму пов'язана із становленням системи інформаційно-аналітичного забезпечення організації надання медичної допомоги населенню. «Вона має бути рушійним елементом науко-технічного прогресу у сфері охорони здоров'я і направлена на донесення до учасників публічного управління медичною справою нових знань та актуальної інформації, зокрема про перелік всіх державних стандартів медичної допомоги та стандартів у сфері надання соціальних послуг, які можна отримати у медичних закладах на кожному рівні надання медичної допомоги; перелік закладів охорони здоров'я на адміністративній території; необхідних консультативних послуг з питання організації надання медичної допомоги а також про досягнення науки, техніки та запровадження новітніх медичних діагностичних та лікувальних технологій, організацій та установ, здійснення практичної взаємодії МОЗ України та всіх відомчих медичних підрозділів щодо вирішення питань організації надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях, координація роботи організацій та установ іншої сфери підпорядкування, діяльність яких направлена на максимальне забезпечення населення своєчасною необхідною медичною допомогою» [10, с. 52].

Таким чином, комплексний механізм публічного управління медичною справою доцільно розглядати як інтегральний результат взаємодії правових, організаційних, економічних, інформаційних механізмів публічного регулювання, який ґрунтується на базових принципах забезпечуючи досягнення поставленої мети та оптимальних умов організації надання доступної і якісної медичної допомоги, за допомогою певних методів та інструментів.

З цього виходить, що публічно-управлінський механізм забезпечення ефективності медичної справи ґрунтуються на певних принципах – «фундаментальних, науково обґрунтованих, а в певних випадках і законодавчо закріплених положеннях, відповідно до яких будується і функціонує система державного регулювання» [29, с. 491]. До основних таких принципів належать:

– цілісність, яка дає змогу розглядати систему державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню як єдине ціле;

– ієрархічність і багаторівневість побудови, наявність великої кількості елементів та взаємодії керуючої та керованої підсистем, кожна з яких має свої локальні напрямки прямого і зворотнього зв'язку;

– послідовне вертикальне розташування підсистем, що складають дану систему: організація надання доступної і якісної медичної допомоги населенню на рівні держави; на рівні області; на рівні району; на рівні окремого населеного пункту (міста, селища, села) так звана вертикальна декомпозиція, пріоритет дій або право втручання підсистеми верхнього рівня; залежність дій підсистеми верхнього рівня від фактичного виконання нижчими рівнями своїх функцій;

– значний вплив горизонтальних зв'язків на успішну діяльність системи організації надання медичної допомоги населенню як між іншими системами, так і між підсистемами самої системи організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню;

– структуризація, за допомогою якої можна аналізувати елементи досліджуваної системи та їх взаємозв'язків у форматі конкретної організаційної структури.

Систематизувавши різні наукові погляди, Л. Бондарева пропонує власне бачення «принципів державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню:

– принцип законності означає, що державне регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню має ґрунтуватися на законі та відповідати нормам міжнародного права;

– принцип правової упорядкованості полягає у створенні правових гарантій видів та обсягів надання медичної допомоги (наприклад державні гарантії безоплатної охорони здоров'я населення), передбачає стабільність

правового регулювання, виключає можливість неоднозначної трактовки норм права, а також усвідомлення наявних прав та обов'язків;

– принцип системності означає що державне забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню має носити системний та комплексний характер з використанням усього арсеналу наявних методів, важелів та інструментів державного регулювання;

– принцип пріоритетності означає, що забезпечення всіх верств населення доступною і якісною медичною допомогою є пріоритетом реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

– принцип рівності забезпечує кожному громадянину рівні можливості в отриманні медичної допомоги безвідносно до будь-яких його статусних характеристик – доходу, місця проживання, релігійної або етнічної приналежності, гендеру. Рівність досягається через урахування особливостей цільової групи, методів забезпечення організаційного та територіального доступу;

– принцип наукової обґрунтованості базується на дослідженні тих чи інших закономірностей та тенденцій щодо забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою, необхідних структурних зрушень, тенденцій до трансформації, виявлення початкових потреб, їх масштабу та наявного розв'язання;

– принцип публічності забезпечує доступ до достовірної інформації всім учасникам системи державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги;

– принцип проблемно-цільової орієнтації регулювання, який передбачає вирішення проблем із доступом до якісних медичних послуг конкретних соціальних груп і категорій населення з урахуванням можливостей держави» [10, с. 40-41].

В науковій літературі існує багато підходів щодо класифікації публічно-управлінського механізму. Так, Н. Брюховецька зазначає, що «від переваги

акцентів на ті чи інші сфери управління механізм управління буде мати свою назву» [12, с. 9].

О. Федорчак зазначає, що «комплексний механізм державного управління може складатися із таких видів механізмів:

- економічного (механізми державного управління банківською, грошово-валютною, інвестиційною, інноваційною, кредитною, податковою, страховою діяльністю тощо);

- мотиваційного (сукупність командно-адміністративних та соціально-економічних стимулів, що спонукають державних службовців до високо-ефективної роботи);

- організаційного (об'єкти, суб'єкти державного управління, їх цілі, завдання, функції, методи управління та організаційні структури, а також результати їх функціонування);

- політичного (механізми формування економічної, соціальної, фінансової, промислової політики тощо);

- правового (нормативно-правове забезпечення: закони і постанови Верховної Ради України, укази Президента, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, а також методичні рекомендації та інструкції тощо)» [71]. Запропонована класифікація ґрунтуються на розподілі за функціональним призначенням, тобто в залежності від того, яку функцію забезпечує механізм визначається його зміст.

На противагу такій класифікації О. Коротич виокремлює класифікацію публічного управління залежно від суб'єктів управління на прикладі України.

Таким чином механізми публічного управління поділяються на «такі, які здійснюються органами управління:

- вищого рівня (ВРУ, Президент, КМУ);

- обласного рівня (обласними радами, обласними державними адміністраціями);

- районного рівня (районними радами, районними державними адміністраціями);

– місцевого рівня (міськими, селищними, сільськими радами)» [34].

З цього виходить, що сутність публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи залежить від того, який орган управління його здійснює та яке функціональне призначення він виконує.

Таким чином, сутність публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи полягає в сприянні зниженню рівня бідності, підвищенню якості медичної допомоги та поліпшенню функціонування ринку охорони здоров'я. Структура публічно-управлінського механізму складається з таких елементів як мета механізму, завдання, процедури, критерії оцінки, учасники, ресурси, методи та інструменти впливу, система контролю та нормативно-правове забезпечення. Основними принципами публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи є цілісність, ієрархічність і багаторівневність, послідовне вертикальне розташування підсистем, значний вплив горизонтальних зв'язків, структуризація та інші. Було встановлено, що існує декілька класифікацій публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи (за функціональним призначенням, за суб'єктами управління).

Перш ніж перейти до аналізу стану публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи в Запорізькому регіоні необхідно дослідити досвід кращих світових практик у становленні та розвитку публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи.

2.2. Становлення й розвиток публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні: досвід кращих світових практик

Проголосивши курс на європейську інтеграцію, Україна прагне подолати існуючі розбіжності в соціальній сфері та економіці порівняно з країнами Європейського Союзу, підтримати гідний рівень життя та соціального захисту своїх громадян. Саме тому не менш важливим є подолання розбіжностей і в

медичній сфері, що потребує вивчення досвіду забезпечення ефективного публічно-управлінського механізму в медичній справі провідних країн світу.

Одним з кращих прикладів публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи є Японія, адже здоров'я її населення оцінюється як найкраще серед інших країн світу: там найдовша тривалість життя та найнижча дитяча смертність.

Основною характеристикою японської системи охорони здоров'я є те, що вона «тісно пов'язана з місцевими урядами. Більшістю послуг охорони здоров'я, крім карантину, управляють місцеві органи влади (префектура і муніципалітет), а надаються вони центрами охорони здоров'я на рівні префектури та на муніципальному рівні – муніципальними поліклініками. Система має універсальне покриття встановленим законом про медичне страхування, однак система медичного страхування організована для надання медичних послуг і не відшкодовує профілактичних послуг» [25, с. 106-107].

Адміністративну систему, що управляє охороною здоров'я, представляють: адміністративна структура Міністерства охорони здоров'я, праці й добробуту. «Головними інституціями, пов'язаними із забезпеченням здоров'я населення й системою охорони здоров'я, є: Бюро політики у сфері охорони здоров'я, Служба охорони здоров'я, 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» [37]. Кожна з цих інституцій виконує певні функції, так наприклад, Бюро політики у сфері охорони здоров'я відповідальне за адміністративне і стратегічне управління системою охорони здоров'я, Бюро трудових стандартів контролює безпеку і гігієну підприємств та компенсації за пов'язані із працею збитки.

В цілому уряд Японії забезпечує рекомендаціями щодо регіонального планування послуг з охорони здоров'я префектури і субпрефектури. «Префектури відповідальні за розвиток регіональних програм здоров'я медичного страхування, ліцензуючи лікарні й контролюючи юридичні угоди

постачальників відповідно до вказівок міністерств. Окремі великі міста уповноважені ліцензувати клініки й аптеки. У медичних працівників є розпорядження з їхнього управління, за винятком платіжних систем, стандартів і керівних вказівок, наданих урядом» [25, с. 108]. Тому японська система охорони здоров'я достатньо децентралізована і диверсифікована на рівні менеджменту.

«Сьогодні витрати на охорону здоров'я в Японії становлять 8,1% ВВП. На цьому тлі показники медичного обслуговування набагато кращі, ніж у США, які витрачають на ці цілі майже в 2 рази більше. Країна домоглася такого успіху шляхом заборони на прибуток страхових компаній, а також уведенням обмежень на оплату лікарів, котрі допускають серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів» [42].

Наприклад у США забезпечення доступності якісної медичної допомоги населенню організоване за ринковою моделлю охорони здоров'я, як наслідок, в цій країні найвищі у світі витрати на охорону здоров'я – понад 16% ВВП [43].

Публічно-управлінський механізм забезпечення ефективності медичної справи в США характеризується «децентралізацією, високим розвитком інфраструктури страхових організацій і відсутністю державного регулювання. Для більшості населення страхування здоров'я є приватною справою кожного. Медичне обслуговування під впливом орієнтованих на ринок концепцій розглядається як товар, який може вільно купуватися і продаватися в умовах відкритого ринку. Основним джерелом фінансування медичної допомоги є приватні кошти громадян і прибуток (дохід) юридичних осіб» [10, с. 111-112].

Перевагами такої системи є: розгалуженість медичних установ, що сприяє відсутності черг, різноманітності медичних послуг для населення, якості цих медичних послуг, високим доходам медичних працівників.

Проте, ця система має і такі серйозні недоліки, як висока вартість медичних послуг, а отже відсутність або низька економічна або фінансова доступність медичної допомоги; перевантаження витратних механізмів і неефективне використання наявних ресурсів; часте використання дорогих

процедур і необґрунтованих медичних втручань, відсутність державного регулювання і контролю за якістю медичних технологій.

Для приватної системи характерні вільне, нерегульоване ціноутворення на медичні послуги і значна частка національного доходу, що виділяється на охорону здоров'я.

Разом з тим, незважаючи на найвищі витрати у світі на охорону здоров'я, певну роль держави у регулюванні потреб населення у медичній допомозі близько 16% громадян США (47 млн. осіб за даними 2007 року) не мають медичної страховки, тобто система охорони здоров'я, яка ґрунтується на ринкових засадах не має такої властивості, як доступність медичної допомоги для всіх верств населення [44].

У Великобританії забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню організоване за принципами системи Беверіджа. «Така система державного регулювання доступності якісної медичної допомоги населенню отримала розвиток також у Греції, Данії, Ірландії, Канаді, Норвегії, Швеції та інших країнах. Характерними рисами цієї моделі є: централізований цільовий податок на охорону здоров'я; значна роль держави в розподілі медичних ресурсів; розподіл державою коштів між регіональними та центральними програмами; територіальні управління (відділи) охорони здоров'я є покупцями медичних послуг; наявність державних стандартів надання медичної допомоги; хворі частково сплачують медичні послуги, що не входять до гарантій держави; наявність приватних страхових компаній для до страхування окремих випадків медичної допомоги; видатки переважно з державного або місцевого бюджетів.

У Великій Британії надається безкоштовна медична допомога всім, хто її потребує, незалежно від рівня доходів та громадянства. Система охорони здоров'я ґрунтується на концепції NPSM (New Public Sector Management), основним принципом якої є впровадження спільних засад управління державним та приватним секторами охорони здоров'я» [10, с. 114].

Таким чином, у Великобританії запроваджено специфічний механізм забезпечення доступності і якості медичної допомоги населенню, в основу

якого покладено державний принцип регулювання організації надання медичної допомоги.

Д. Гомон та А. Денисова, говорячи про охорону здоров'я в Німеччині, вважають за необхідне зазначити, що «саме там уперше було запроваджено обов'язкове соціальне медичне страхування, яке, за оцінками європейських дослідників, відповідає найвищим міжнародним стандартам якості. У сучасній Німеччині одним із головних принципів державного устрою й системи охорони здоров'я є, зокрема, розподіл повноважень між землями, федеральним урядом і створеними в законному порядку організаціями громадянського суспільства. У сфері охорони здоров'я органи влади передають повноваження самоврядним організаціям платників і виробників послуг, тобто структурам, які безпосередньо зацікавлені та мають відповідний рівень професійних знань у цій сфері. Насамперед це лікарняні каси, їх об'єднання, об'єднання лікарів лікарняних кас, які є квазідержавними організаціями й мають органи управління, що здійснюють управління фінансуванням, надання послуг в обсязі, гарантованому Законом про обов'язкове медичне страхування. На федеральному рівні систему охорони здоров'я очолює Федеральне Міністерство охорони здоров'я й соціального забезпечення, до повноважень якого належить і загальна політика у сфері державного медичного страхування (передусім це питання рівності, повноти, порядку надання та фінансування соціальних послуг)» [18, с. 124-125].

Фінансування сфери охорони здоров'я в Німеччині здійснюється переважно (57%) за рахунок коштів обов'язкового державного медичного страхування. Близько 10,5% надходить від інших складників державної страхової системи; інші кошти надходять від приватних страховиків (8,4%), від безпосередніх особистих платежів населення (12,2%). Отже, головним джерелом фінансування охорони здоров'я Німеччини є самоврядні регіональні та федеральні лікарняні каси, які збирають внески й забезпечують фінансування медичних послуг на рівні соціальних гарантій держави. Усі лікарняні каси є

некомерційними організаціями, які зобов'язані збирати членські внески й мають право встановлювати ставку внеску, що необхідна для покриття витрат.

«Позитивною особливістю системи обов'язкового медичного страхування Німеччини є те, що внески працівників забезпечують страхування як його самого, так і членів його сім'ї, які не працюють, без будь-яких доплат. Внески стягуються із заробітної плати, пенсій, допомоги на випадок безробіття, при цьому встановлюється максимальний рівень доходу, з якого утримуються внески» [18, с. 105].

Таким чином, до переваг німецької системи охорони здоров'я, безумовно, варто зарахувати високий якісний рівень надання медичної допомоги, оснащеність медичним обладнанням лікувально-профілактичних установ, кваліфікацію медичних працівників і, найголовніше, доступність медичного обслуговування для всіх. Система медичного страхування забезпечує населення широким спектром безоплатних послуг, включаючи амбулаторне і стаціонарне лікування, рецептурні лікарські засоби, медичні устаткування, оплату проїзду до медичного закладу тощо.

Таким чином, зарубіжний досвід країн із розвинутими системами охорони здоров'я доводить той факт, що медична галузь може ефективно та якісно функціонувати за умови існування медичного страхування. Саме тому Україна повинна створити власну модель публічного управління медичною справою з урахуванням національної специфіки, тенденцій і особливостей свого соціально-економічного розвитку, що сприятиме зростанню сильної та здорової нації, як наслідок, побудові сильної й ефективної економіки. Така модель наблизить нас до європейських стандартів надання медичної допомоги та забезпечить рівність і справедливість у її доступності та якості для всіх прошарків українського суспільства.

2.3. Публічно-управлінська система забезпечення ефективності медичної справи у регіоні

Для того, щоб управління відбулося, повинна бути сформована система управління, яка повинна мати структуру, яка б визначала сталі зв'язки і відносини всередині нього, а також основні напрями управлінських впливів, що забезпечувало б цілісність механізму. Отже, цілісна система публічного управління органічно поєднує у своєму складі: суб'єкт управління (керуючу систему); об'єкт управління (керовану систему); всю сукупність різноманітних зв'язків, які при цьому здійснюються (систему управлінських відносин щодо їх взаємодії).

Н. Нижник та О. Машков розглядають механізм публічного управління як «складову частину системи управління, що забезпечує вплив на фактори, від стану яких залежить результат діяльності управлінського об'єкта» [63, с. 37]. Саме тому, доцільним є розглянути публічно-управлінську систему забезпечення ефективності медичної справи в Україні перш ніж перейти до дослідження публічно-управлінського механізму медичної справи в Запорізькому регіоні.

Як ми вже розглядали в попередніх підрозділах управління медичною справою в Україні здійснюються на різних рівнях: вищого рівня (ВРУ, Президент, КМУ); обласного рівня (обласними радами, обласними державними адміністраціями); районного рівня (районними радами, районними державними адміністраціями); місцевого рівня (міськими, селищними, сільськими радами). Таким чином, в нашому дослідженні, ми пропонуємо розглянути функції різних органів управління в сфері медичної справи як єдиної публічно-управлінської системи забезпечення ефективності медичної справи в Україні.

Ми розглянемо, систему управління медичною справою в Україні на трьох основних рівнях: національному, регіональному та субрегіональному (місцевому).

Національний рівень включає в себе суб'єкт управління – Міністерство охорони здоров'я України та об'єкт управління, який представлений закладами охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані МОЗ.

Регіональний рівень управлінської системи медичною справою включає в себе суб'єкт управління – управління охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях та об'єкти управління, які представлені державними закладами охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, та закладами охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад. До таких закладів відносяться обласні лікарні, діагностичні центри, тощо.

Субрегіональний (місцевий) рівень системи включає в себе суб'єкт управління, а саме районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування та об'єкт управління, який представлений закладами охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності.

Розглянемо детальніше суб'єкти та об'єкти управління на кожному з цих рівнів. Отже, організація та управління охороною здоров'я України визначається «Основами законодавства України про охорону здоров'я», Законом України «Про місцеве самоврядування», іншими законами, а також підзаконними актами, до яких передовсім належать положення про органи, заклади та окремі посадові особи системи охорони здоров'я, затверджені Постановами Уряду і наказами Міністерства охорони здоров'я.

Основним завданням Президента України є забезпечення виконання законодавства про охорону здоров'я за допомогою системи органів державної виконавчої влади, таким чином він виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я.

Згідно Положення про КМУ, орган державної виконавчої влади «організовує розробку та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм; створює економічні, правові та організаційні механізми, що забезпечують ефективну діяльність системи охорони здоров'я

України; забезпечує розвиток мережі медичних закладів та установ; укладає міжурядові угоди та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також використовує всі інші механізми, що допомагають створенню оптимальних умов реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я» [6, с. 203].

«Кабінет Міністрів України, як вищий орган виконавчої влади, забезпечує досягнення цілей державної політики у сфері охорони здоров'я шляхом реалізації конституційних повноважень, спрямування, координування і контролю діяльності органів виконавчої влади нижчих рівнів щодо збереження, укріплення та відновлення здоров'я населення» [30, с. 469].

Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я відповідно до статей 15, 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [46] є МОЗ України, компетенція якого визначається Положенням, затвердженим Указом Президента України, а діяльність спрямовується і координується КМУ. МОЗ України є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони громадського здоров'я, розробляє стратегію розвитку і функціонування національної системи охорони здоров'я.

Отже, загальне управління охороною здоров'я як галуззю народного господарства і державного управління здійснює Міністерство охорони здоров'я, яке очолює Міністр охорони здоров'я – член Уряду України (Кабінету Міністрів). Відповідно до існуючих галузей і служб охорони здоров'я до його структури входять головні управління лікувально-профілактичної роботи, медичної допомоги дітям і матерям, санітарно-епідеміологічне, санаторіїв, медико-соціальної експертизи, з медичних проблем аварії на Чорнобильській АЕС і радіаційного захисту, економіки, медичного страхування, ліцензування та акредитації Закладів охорони здоров'я, державної служби і медичних кадрів, закладів медичної освіти, науки, міжнародних зв'язків, експлуатації і капітального будівництва, медичної промисловості, науково-виробничі

об'єднання «Укрфармація», «Політехмед», «Укрмедпостач», центр медичної статистики, центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, тощо.

В областях, м. Києві працюють управління охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій, начальники яких призначаються цими адміністраціями за погодженнями з МОЗ України. Вони здійснюють адміністративне і фінансово-господарське управління медичними закладами. У складі цих управлінь функціонують відділення лікувально-профілактичної роботи, медичної допомоги дітям і матерям, фінансово-економічне, медичних кадрів, тощо.

Обласна державна адміністрація є органом виконавчої влади на рівні області, формує її голова, і вона діє на підставі Закону України «Про місцеві державні адміністрації». Відповідно до ст. 13 вказаного Закону до відання обласної державної адміністрації у межах і формах, визначених Конституцією і законами України, належить вирішення питань охорони здоров'я та споріднених з ним питань – фізичної культури і спорту, неповнолітніх, жінок і молоді та ін.

До повноважень обласної державної адміністрації в галузі охорони здоров'я, як це впливає із змісту ст. 22 Закону України «Про місцеві державні адміністрації» належить «вжиття заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я, розробляє прогнози її розвитку, враховує їх при розробці проектів програм соціально-економічного розвитку, заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації, організація роботи медичних закладів по поданню допомоги населенню, надає встановлені пільги і допомогу, пов'язані з охороною материнства і дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей. Керівництво з цих питань забезпечує один із заступників голови обласної державної адміністрації» [16, с. 272].

Обласна державна адміністрація здійснює загальне керівництво у галузі охорони здоров'я населення області, де її керівний вплив поширюється на заклади охорони здоров'я державної форми власності, а через механізм

делегування повноважень з боку обласної ради – також на вказані заклади обласної комунальної власності: обласні лікарні, диспансери, спеціалізовані центри, санаторії та ін. «Це керівництво вона здійснює, як правило, через спеціально утворюваний нею галузевий орган виконавчої влади – управління (Департамент) охорони здоров'я обласної державної адміністрації, начальника (директора) призначають розпорядженням голови обласної державної адміністрації за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України, а заступників - розпорядженням голови обласної державної адміністрації за поданням начальника (директора)» [16, с. 272].

У системі державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги управління (департаменти) охорони здоров'я (далі – УОЗ) покликані своїми управлінськими засобами забезпечувати виконання багатогранних і складних завдань, що стоять перед усією сферою охорони здоров'я. Від досконалості їх організаційної структури, чіткості функціонування і злагодженості в роботі значною мірою залежить сила організуючого і мобілізуючого впливу на керовані об'єкти, ефективність управління. Характерними рисами УОЗ є:

- самостійність у здійсненні управління підлеглими об'єктами, якими виступають системи організації надання доступної та якісної медичної допомоги населенню міст і районів області й заклади охорони здоров'я обласного підпорядкування;

- чітко окреслена ієрархічна структура влади, яка має форму піраміди;

- розподіл праці працівників апарату на робочих місцях;

- затверджені правила і процедури, які визначають права, обов'язки і функції працівників апарату, а також правила і процедури, що стосуються самої роботи;

- відбір, прийняття на роботу і просування по службі осіб залежно від їх кваліфікаційних і особистих даних [16, с. 322].

У містах управління охороною здоров'я здійснюють відділи охорони здоров'я виконавчих комітетів міських Рад народних депутатів, в сільських

районах – головні лікарі центральних районних лікарень, в районах великих міст – генеральні директори територіальних медичних об'єднань, які призначаються відповідними Радами за погодженням з вищими органами управління охорони здоров'я.

Керівництво окремими медичними закладами одноособово здійснюють головні лікарі які призначаються відповідними органами управління охороною здоров'я з числа лікарів, що мають проходити спеціальну підготовку з соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я. Хоча відбуваються зміни в управлінні, зокрема у порядку фінансування медичних закладів, воно залишається централізованим, а адміністративно-командні методи мають перевагу над економічними.

Таким чином публічно-управлінська система забезпечення ефективності медичної справи в Україні представлена на декількох рівнях: національному, регіональному та місцевому. Суб'єкти управління кожного з цих рівнів виконують специфічні функції та саме від їх взаємодії та взаємовідносин залежить ефективність медичної справи в цілому.

Публічно-управлінський механізм забезпечення ефективності медичної справи складається з таких елементів як мета механізму, завдання, процедури, критерії оцінки, учасники, ресурси, методи та інструменти впливу, система контролю та нормативно-правове забезпечення.

Також в публічно-управлінському механізмі доцільно виділити такі складові як правова (зв'язок з конкретною ціллю та системна природа – тобто не автоматичне об'єднання певних нормативно-правових актів медичної сфери, а їх взаємопов'язана сукупність, яка дозволяє досягти мети законним шляхом); організаційна (сукупність правил і процедур щодо регулювання проектування функціональної структури управління системою державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги та регламентації взаємодії її учасників, упорядкування їх повноважень); економічна (сукупність економічних методів, інструментів та стимулів, за допомогою яких держава регулює економічні процеси та забезпечує реалізацію соціально-економічних

функцій) та інформаційна (пов'язана із становленням системи інформаційно-аналітичного забезпечення організації надання медичної допомоги населенню).

Основні принципи на яких ґрунтується публічно-управлінський механізм забезпечення ефективності медичної справи: цілісність, ієрархічність і багаторівневість, послідовне вертикальне розташування підсистем, значний вплив горизонтальних зв'язків, структуризація ті інші. До різновидів публічно-управлінського механізму дослідники відносять: економічний, мотиваційний, організаційний, політичний та правовий.

Дослідивши зарубіжний досвід в становленні й розвитку публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи на прикладі Японії, США, Великобританії та Німеччини, нами було встановлено, що використовуючи здобутки цих країн, Україна повинна створити власну модель публічного управління медичною справою з урахуванням національної специфіки, тенденцій і особливостей свого соціально-економічного розвитку.

Система управління медичною справою в Україні була розглянута на трьох основних рівнях: національному, регіональному та субрегіональному (місцевому). Таким чином було встановлено, що суб'єкти управління кожного з цих рівнів виконують специфічні функції та саме від їх взаємодії та взаємовідносин залежить ефективність медичної справи в цілому.

Отже, проаналізувавши зарубіжний досвід забезпечення ефективності медичної справи публічно-управлінським механізмом та дослідивши управлінську систему медичної справи в Україні, доцільно перейти до аналізу стану публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у Запорізькій області.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКОГО МЕХАНІЗМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ СПРАВИ У РЕГІОНІ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ

3.1. Сучасний стан публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні сучасної України (на прикладі діяльності департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації)

В попередньому розділі ми розглянули публічно-управлінську систему медичної справи та визначили, що саме від взаємодії між рівнями цієї системи залежить забезпечення ефективності медичної справи. Взаємодія і міжсуб'єктна координація мають стати провідною ланкою публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи. Головним акцентом концепції публічного управління в сфері охорони здоров'я є інтегрування суб'єктів державного регулювання, галузевих суб'єктів, спеціалізованих ринкових суб'єктів та суб'єктів соціального саморегулювання у складній системі взаємодії виробництва (надання медичної допомоги) та споживання (отримання медичної допомоги). Провідна роль в організації взаємодії виробництва та споживання належить суб'єктам державної влади спеціальної компетенції.

Отже, перейдемо до розгляду сучасного стану публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні сучасної України. Стан розглянемо на прикладі діяльності департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації та його взаємодії з іншими рівнями публічно-управлінської системи охорони здоров'я.

Для того, щоб краще зрозуміти діяльність департаменту, звернемося до «Положення про Департамент охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації». Згідно якого, «Департамент охорони здоров'я Запорізької

обласної державної адміністрації (далі – Департамент) – структурний підрозділ облдержадміністрації зі статусом юридичної особи публічного права, що утворюється головою облдержадміністрації, який входить до її складу і в межах Запорізької області забезпечує виконання покладених завдань» [52]. Слід зауважити, що Департамент підпорядкований голові обласної державної адміністрації, а також підзвітний і підконтрольний Міністерству охорони здоров'я України.

В Положенні (див. Додаток А) визначено основні завдання та види діяльності Департаменту і його керівника. Департамент здійснює свою діяльність відповідно до покладених на нього завдань, основними з яких є забезпечення державної політики в галузі охорони здоров'я в Запорізькій області, управління закладами охорони здоров'я, нормативне забезпечення надання цими закладами медичної допомоги населенню та здійснення заходів, спрямованих на запобігання та ліквідацію небезпечних інфекційних захворювань.

Для того, щоб оцінити ефективність діяльності Департаменту охорони здоров'я необхідно оцінити стан задоволеності медичною справи взагалі.

Н. Авраменко, використовуючи SWOT-аналіз, дослідила стан системи охорони здоров'я Запорізької області. «Проведений аналіз показав, що сучасний стан системи охорони здоров'я Запорізької області характеризується такими показниками: низьким рівнем тривалості життя людей; від'ємним природним приростом населення; низьким рівнем здоров'я населення; зростанням і поширеністю інфекційної захворюваності; недостатнім розвитком інституту сімейної медицини; наданням первинної медичної допомоги сільському населенню переважно молодшими спеціалістами з медичною освітою, а не лікарями (в області функціонує 398 ФАПів та ФП, 120 лікарських амбулаторій); нормативно закріпленою надмірною кількістю ліжок і лікарень, що не відповідає реальним потребам населення та призводить до завищеного рівня госпіталізації; відсутністю функціональної диференціації лікарень для надання різних рівнів допомоги (окремі лікарні загального профілю працюють

як установи соціального захисту або надають послуги первинної медико-санітарної допомоги; деякі обласні лікувальні заклади поряд з високоспеціалізованим лікуванням надають послуги другого рівня надання медичної допомоги; розпорошеністю ресурсів через надмірну децентралізацію системи (на рівень малих міст, селищ).

Гострі проблеми в системі охорони здоров'я виникли через неефективність фінансування системи, її планування та регулювання. Встановлено причини такої ситуації: недостатність бюджетного фінансування, бюджетні видатки покривають мінімальні фінансові потреби галузі охорони здоров'я на 52-54%, а суми збільшення бюджету спрямовані практично на підвищення заробітної плати та енергоносіїв; недосконалість чинного законодавства (Бюджетний кодекс України, Основи законодавства про охорону здоров'я України, закони про місцеві державні адміністрації, про місцеве самоврядування в частині повноважень органів охорони здоров'я, мережі закладів охорони здоров'я), що, в свою чергу, стримує проведення радикальних змін; нестабільність і невідпрацьованість методів фінансування первинної медико-санітарної допомоги; відсутність чіткого розподілу на служби первинної та вторинної медичної допомоги; низький рівень кадрового забезпечення кваліфікованими медичними працівниками закладів первинної медико-санітарної допомоги сільської місцевості; відсутність економічної мотивації медичних працівників закладів охорони здоров'я, що, у свою чергу, призводить до відсутності зацікавленості в пацієнтах» [1, с. 18-19].

Для цього звернемося до результатів соціологічного дослідження. Так, «Соціологічною групою «Рейтинг» у рамках проекту «Портрети регіонів» з 16 листопада по 9 грудня 2018 було проведено опитування серед жителів Запорізької області. Всього в дослідженні, проведеному методом особистого інтерв'ю, взяло участь 1600 респондентів» [55].

Під час опитування респонденти повинні були визначити які проблеми є найбільш важливими для України та для них особисто. З відповідей респондентів на рис.1, можемо побачити, що проблема неотримання якісного

медичного обслуговування для респондентів на четвертому місці з 14, та для України в цілому – на 8 місці. І хоча вона не є першочерговою, проте значна кількість респондентів зазначили її як таку, що потребує вирішення.



Рис. 3.1. Найбільш важливі проблеми для населення Запоріжжя

Аналізуючи діяльність Департаменту за останні роки, можна прийти до висновку, що певне реформування все ж таки відбувається. Одним із здобутків цього реформування є впровадження електронного запису до лікаря, необхідність вибору сімейного лікаря та підписання декларації з ним, впровадження програми «доступні ліки» та інше. Все це дещо сприяло покращенню стану медичної галузі в Запорізькій області, проте публічно-управлінський механізм забезпечення ефективності медичної справи в Запорізькому регіоні має певні недоліки, що стають перешкодою для підвищення рівня ефективності медичної справи.

Слід зауважити, що «у більшості закладів охорони здоров'я в недостатній мірі використовуються медико-технологічні стандарти та регламенти надання медичних послуг, зокрема: відсутні локальні протоколи надання медичної допомоги, організатори системи охорони здоров'я основним своїм

функціональним обов'язком вбачають забезпечення закладів охорони здоров'я фінансовими та матеріально-технічними ресурсами, і лише деякі з організаторів зазначають, що їх основною функцією є організація умов для надання якісної медичної допомоги» [54, с. 169].

З цього виходить, що неможливе ефективне реформування галузі охорони здоров'я без створення належного публічно-управлінського механізму в цій галузі. Ще в 2016 році в Запорізькій області почалась співпраця з німецькими фахівцями, яка спрямована на покращення управління в медичній справі. Так, у рамках трьохстороннього меморандуму між німецьким товариством міжнародного співробітництва (GIZ), Міністерством охорони здоров'я України, Департаментом охорони здоров'я Запорізької облдержадміністрації та Запорізьким державним медичним університетом відбулась реалізація програми тематичного вдосконалення для керівників закладів охорони здоров'я «Сучасні аспекти менеджменту в охороні здоров'я» (з 22.09.2016 по 18.01.2017).

Німецькі експерти відвідали в обласному центрі низку медичних закладів та на їх прикладі проаналізували стан сучасної медицини і надали експертну оцінку діяльності медичних закладів Запорізької області [58].

Основні недоліки на які звернули німецькі експерти увагу, це:

1. Відсутність знання іноземних мов в медичних закладах Запорізької області.
2. Відсутність системи обліку помилок, помилок поведінки в умовах швидкого реагування та подій, важливих для безпеки.
3. Відсутність поняття безперервної медичної освіти на все життя.
4. Фахове підвищення кваліфікації необхідно проходити лише один раз на 5 років.
5. Відсутність менеджерських тренінгів ані для лікарів, ані для середнього та молодшого медичного персоналу.
6. Відсутність аналізу статистики про строки перебування пацієнтів у лікарні, завантаження лікарні тощо.

7. Менеджмент виписування з лікарні представлений лише частково.

З цього виходить, що на фоні відносної забезпеченості лікарськими засобами, медичним обладнанням та ін. незадовільне публічне управління медичною справою стає перешкодою для забезпечення її ефективності в Запорізькому регіоні.

Німецьким експертом К. Ріхтером було запропоновані такі рекомендації для покращення стану публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи в регіоні:

1. Впровадити систему управління пацієнтами (або інформаційну систему).
2. Навчання адміністративного персоналу з ІТ.
3. Тренінги для лікарів та медичних сестер з базових реанімаційних заходів (БРЗ) та спеціалізованих реанімаційних заходів (СРЗ).
4. Скласти журнали лікування (менеджмент процесів) та навчання лікарів.
5. Ефективний менеджмент пацієнтів за рахунок впровадження відповідних індикаторів, наприклад: - строк перебування у лікарні, -кількість клінічних випадків на лікаря за рік.
6. Регулярне підвищення кваліфікації з боку головних лікарів і завідуючих відділень, а також шляхом обговорення клінічних випадків і проведення міждисциплінарних конференцій.
7. Тренінги з комунікації та співпраці між відділеннями (менеджмент процесів).
8. Чітко визначені процеси при прийманні на роботу.
9. Повні особові справи – збирати та підтримувати.
10. Щорічне фахове підвищення кваліфікації.
11. Проводити менеджерських тренінгів.
12. Впровадити безперервну медичну освіту на все життя.
13. Навчання менеджерів з персоналу.

14. Впровадження системи обліку помилок, помилок поведінки в умовах швидкого реагування та подій, важливих для безпеки.

15. Впровадження єдиної системи менеджменту якості на рівні області.

Отже, дослідивши сучасний стан публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні сучасної України (на прикладі діяльності департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації), ми встановили, що головна проблема забезпечення ефективної медичної справи в регіоні – це розробка дієвого публічно-управлінського механізму та забезпечення належної комунікації та взаємодії між різними рівнями управління охороною здоров'я. Яскравим прикладом такої ефективної взаємодії є проект «Сучасні аспекти менеджменту в охороні здоров'я», який відбувся у рамках трьохстороннього меморандуму між німецьким товариством міжнародного співробітництва (GIZ), Міністерством охорони здоров'я України, Департаментом охорони здоров'я Запорізької облдержадміністрації та Запорізьким державним медичним університетом. Результатом впровадження якого стала експертна оцінка стану медичної справи в Запорізькій області, виявлення в ній слабких місць та надання експертами рекомендацій, щодо подолання цих недоліків.

Розглянувши стан публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи в Запорізькому регіоні та його оцінку німецькими експертами перейдемо до визначення основних чинників оптимізації розвитку цього публічно-управлінського механізму.

3.2. Основні чинники оптимізації розвитку публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні сучасної України (на прикладі діяльності департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації)

Аналіз, проведений у попередніх розділах, свідчить про певний рівень незадоволення сучасним станом медичної справи, який висловлюють основні

групи зацікавлених сторін: пацієнти, оскільки не одержують доступної і якісної медичної допомоги; медичні працівники, праця яких стала однією з найменш престижних і низькооплачуваних; держава, яка не зважаючи на збільшення бюджетного фінансування медичної галузі, не одержує ефективного результату від інвестованих ресурсів.

На основі аналізу нормативно-правової бази, статистичних джерел, було виявлено інституційну проблему низької ефективності механізму публічного управління медичної справи – труднощі виконання управліннями (департаментами) охорони здоров'я окремих функцій на базовому рівні. Також, проблемними є питання недостатності і неефективності ресурсного забезпечення медичної допомоги на базовому рівні та низького рівня розвитку інфраструктури (діапазон медичних установ, страхові організації, наявність достатньої кількості громадського транспорту тощо). Зазначені причини істотно впливають на ефективність забезпечення медичної справи.

Але, «для отримання комплексної оцінки ефективності механізму публічного управління надання населенню медичної допомоги на базовому рівні важливим є виявлення очікувань та межі задоволення потреб у медичних послугах першочергових зацікавлених сторін – мешканців сільських населених пунктів. Саме ця інформація для органів влади є індикатором соціальних потреб й інтересів, які треба знати, враховувати й задовольняти» [10, с 126].

Так, В. Григорович зазначає, що «урахування основних наукових результатів дослідження, вітчизняного і зарубіжного досвіду, потреб сучасного розвитку охорони здоров'я населення дає змогу з метою покращання публічного управління галуззю запропонувати впровадити в діяльність галузі охорони здоров'я України практичні рекомендації щодо:

– удосконалення нормативно-правової бази стосовно переходу центральних міських (районних) лікарень на інноваційні організаційно-правові засади – некомерційні комунальні підприємства та фінансування їх з районних бюджетів протягом часу до запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;

- розробки програми з поступового впровадження персоналізованої медицини та лікування рідкісних захворювань у медичних закладах системи охорони здоров'я;
- використання механізму науково-методичної підтримки діяльності, розвитку та реформування роботи закладів охорони здоров'я України на різних рівнях їхньої організації за результатами вже існуючих і перспективних досліджень;
- вивчення можливостей для запровадження постійного соціологічного моніторингу суспільного здоров'я в різного підпорядкування закладах охорони здоров'я для підвищення ефективності їхньої роботи та в галузі охорони здоров'я в цілому» [20, с 16].

Слід зауважити, що реформування сфери охорони здоров'я України неможливе без активної участі громадськості у цих процесах. «Основними технологіями залучення громадських організацій до процесів реформування сфери охорони здоров'я можуть бути такі:

- розробка та впровадження ефективної науково та юридично обґрунтованої методології створення й діяльності відповідних громадських структур;
- стимулювання громадських організацій до участі у процесах прийняття рішень суб'єктами управління галуззю з метою забезпечення їх прозорості;
- підвищення компетентності усіх зацікавлених сторін у питаннях консолідованого прийняття рішень;
- сприяння запровадженню в Україні національного та міжнародного досвіду роботи громадських рад, організацій пацієнтів і професіоналів у сфері охорони здоров'я на усіх рівнях надання медичної допомоги» [25, с. 230].

В. Пономаренко вважає, що «головною метою державної політики України в галузі охорони здоров'я на сучасному етапі має бути досягненням позитивних змін в існуючій ситуації, а саме – збереження і поліпшення здоров'я усіх верств населення, підвищення якості та ефективності медико-

санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на її одержання в умовах трансформації соціально-економічних відносин за рахунок удосконалення організації і фінансування галузі та раціонального використання ресурсів» [54].

На думку колективу українських дослідників галузеві заходи реформування медичної справи мають передбачати:

- розроблення державних комплексних та цільових програм охорони здоров'я населення;
- визначення пріоритетів медичної допомоги та обґрунтування переліку і обсягу гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;
- проведення реструктуризації галузі з метою ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги, раціоналізації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, упорядкування мережі, структури і функцій закладів охорони здоров'я;
- удосконалення системи інформаційного забезпечення галузі охорони здоров'я на основі широкого розвитку інформаційних мереж, реорганізації медико-статистичної служби;
- створення системи забезпечення і контролю якості надання медичної допомоги на основі розроблених стандартів якості;
- запровадження системи ліцензійних інтегрованих іспитів у вищих медичних навчальних закладах, незалежно від їх підпорядкування, для уніфікованого контролю за якістю підготовки фахівців для сфери охорони здоров'я;
- удосконалення порядку акредитації закладів охорони здоров'я та атестації медичних і фармацевтичних працівників;
- удосконалення форм і методів управління галуззю, залучення до вирішення проблем охорони здоров'я медичної та широкої громадськості;

– створення системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я на основі широкого використання комп'ютерної техніки, уніфікації методів і засобів інформації, розвитку інформаційних мереж, удосконалення медико-статистичної служби» [26, с. 34-35].

На думку В. Шевчук важливим етапом в забезпеченні публічно-управлінського механізму медичної справи є кадрове питання та його якість. «Можна виокремити декілька напрямків діяльності на шляху до досягнення цієї мети:

– сприяння виконанню науково-дослідних проєктів, що є безпосередньо пов'язані з тематикою соціально-економічного розвитку сфери охорони здоров'я;

– постійне підвищення кваліфікації державних службовців, що займаються питаннями охорони здоров'я і жорсткий контроль за рівнем ефективності їх діяльності;

– створення умов для працевлаштування випускників медичних навчальних закладів, їх закріплення в медичних установах, професійної перепідготовки і забезпечення сектору висококваліфікованими кадрами» [73, с. 141].

Проаналізувавши здобутки попередніх досліджень щодо оптимізації управління медичною сферою, перейдемо до визначення основних чинників оптимізації розвитку публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у Запорізькій області.

По-перше, необхідно розробити систему єдиного стандарту підготовки фахівців з публічного управління для забезпечення ефективності медичної сфери. В умовах постійних трансформацій при управлінні медичною справою потрібні ґрунтовні знання технологій управління ресурсами, в тому числі людськими; новітнього інструментарію стратегічного управління та управління результативністю, ефективністю, ризиками діяльності; навички володіння методами моніторингу, діагностування та оцінювання якості роботи; здатності

застосовувати ефективні комунікативні техніки та сучасні технології контролю; навички альтернативних підходів у прийнятті управлінських рішень тощо.

По-друге, реалізація нових підходів до публічного управління в інтересах здоров'я повинна здійснюватися в рамках вироблених світовою практикою формах: керівництво через співпрацю; керівництво через залучення громадян; керівництво через регламентування і переконання; керівництво через незалежні установи та експертні органи; керівництво за допомогою адаптивних стратегій, стійких структур і передбачення.

По-третє, стратегічний підхід в публічному управлінні медичною справою в регіоні, а саме розробка політики управління та її подальша реалізація на регіональному рівні, аналіз навколишнього середовища, прогнозування бажаних результатів.

При цьому, визначальними показниками такого управління є «стан економічної ситуації в регіоні (національний дохід на душу населення, рівень споживання матеріальних благ, вплив економічної нестабільності в країні, дефіцит робочої сили); ступінь науково-технічного прогресу; можливість розвитку демографічної ситуації (загальна чисельність населення в регіоні, параметри показників здоров'я населення: показники дитячої смертності, статеві-вікова структура населення та ін.); показники екологічної ситуації в регіоні (наявність забруднюючих речовин в атмосфері, ультрафіолетове випромінювання, наявність пестицидів в продуктах та ін.); ступінь соціальної вразливості населення» [73, с. 138].

По-четверте – комплексність. Єдність всіх важливих елементів управління: організаційних, фінансових, інноваційних, метою яких я є виконання та досягнення певного єдиного результату втілюється саме в принципі комплексності, що передбачає врахування всіх факторів системи охорони здоров'я. Одним із стратегічних завдань управління системою охорони здоров'я є усунення протиріч між ключовими елементами управління.

Окрім цього, не менш важливими чинниками в оптимізації публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичною справою в Запорізькій області є:

- Готовність змінювати параметри системи медичної справи у відповідності до змін зовнішнього середовища і характеру внутрішнього середовища.

- Для зменшення управлінських та економічних витрат – використання поєднання організаційних, фінансових та інноваційних ресурсів управління системою.

- Сприяння стабільному розвитку медичної справи в регіоні в цілому та окремих підсистем та установ зокрема. Безперервність процесів розриву і відновлення зв'язків, їх стійка повторюваність, постійне відтворення основних заданих процесів є характерними для динамічного розвитку системи управління і обумовлюють її стабільність.

- Інтегрованість медичної справи в соціальні процеси. Тобто ефективність публічного управління медичною справою залежить від того, наскільки вона орієнтована на активну участь у формуванні соціальних потреб, наскільки вона сприяє спрямуванню суспільного розвитку в правильний бік. Окрім цього, цей чинник відображає відповідність медичної справи потребам та запитам населення Запорізького регіону.

- Формування договірної бази між різними структурними одиницями регіональної медичної системи, враховуючи благодійні фонди, в сфері безкоштовного медичного обслуговування і надання медичної допомоги пільговим категоріям населення.

Таким чином, саме створення єдиного стандарту підготовки фахівців з публічного управління, реалізація нових підходів до публічного управління в рамках вироблених світовою практикою форм, використання стратегічного підходу в публічному управлінні та комплексність елементів управління є основними чинниками оптимізації розвитку публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у Запорізькій області.

Отже, ми розглянули стан публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні сучасної України на прикладі діяльності департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації.

Департамент охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації – це структурний підрозділ облдержадміністрації зі статусом юридичної особи публічного права, що утворюється головою облдержадміністрації, який входить до її складу і в межах Запорізької області забезпечує виконання покладених завдань, а саме:

- забезпечення реалізації на відповідній території державної політики в галузі охорони здоров'я;

- управління в межах наданих чинним законодавством повноважень закладами охорони здоров'я, які утримуються за рахунок коштів обласного бюджету, організація їх кадрового, матеріально-технічного і методичного забезпечення;

- організація роботи та нормативне забезпечення закладів охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги населенню на відповідній адміністративно-територіальній одиниці;

- здійснення заходів, спрямованих на запобігання та ліквідацію небезпечних інфекційних захворювань»

Проте, аналізуючи стан управління медичною справою в Запорізькій області, можливо виділити такі недоліки: відсутність системи обліку помилок, помилок поведінки в умовах швидкого реагування та подій, важливих для безпеки; відсутність поняття безперервної медичної освіти на все життя; відсутність менеджерських тренінгів для лікарів та для середнього та молодшого медичного персоналу та інші.

Подолання зазначених недоліків, можливо за умов створення єдиного стандарту підготовки фахівців з публічного управління, реалізації нових підходів до публічного управління в рамках вироблених світовою практикою

форм, використання стратегічного підходу в публічному управлінні та комплексності елементів управління.

ВИСНОВКИ

За результатами дослідження визначено реальний стан та шляхи оптимізації публічно-управлінського механізму в забезпеченні ефективності медичної справи в Запорізькому регіоні.

Досліджено, що в становленні державного управління охороною здоров'я можна виокремити п'ять етапів: зародження державного управління, формування державного управління – створення структур для керівництва галуззю, втрата самостійності України в управлінні охороною здоров'я (адміністративно-командна система), відродження державного управління охороною здоров'я, міжгалузева та міжнародна інтеграція. Історію дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи можна розділити на декілька напрямів: дослідження державної політики у сфері охорони здоров'я, дослідження шляхів реформування медичної справи та галузі охорони здоров'я в цілому, дослідження присвячені розробці механізмів публічного управління медичною справою.

Подальше дослідження потребувало уточнення основних понять. Публічно-управлінський механізм ми визначили як сукупність спеціальних засобів, які забезпечують регулювання та вплив адміністрацій на територіальні системи різних рівнів, метою якого є забезпечення гідних умов життя та діяльності громадян країни. Медична справа – це частина системи охорони здоров'я, що включає діяльність медичних закладів різного типу спрямовану на задоволення потреби особи, групи людей, суспільства пов'язаного зі збереженням та примноженням індивідуального і суспільного здоров'я. Встановлено, що послідовність викладення дослідження публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні ґрунтується на методологічній основі, яку складає комплекс методологічних підходів (системний та синергетичний), методів (причинно-наслідковий аналіз, метод функціонально-структурного аналізу та метод описового моделювання, узагальнення і наукової абстракції) та принципів (сходження від абстрактного

до конкретного, єдності історичного та логічного, принцип всезагального зв'язку та принцип розвитку і об'єктивності).

Досліджуючи сутність та зміст публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи, було встановлено, що він складається з таких елементів: мета механізму, завдання, процедури, критерії оцінки, учасники, ресурси, методи та інструменти впливу, система контролю та нормативно-правове забезпечення. Публічно-управлінський механізм забезпечення ефективності медичної справи ґрунтується на принципах цілісності, ієрархічності, структуризації, законності, системності, пріоритетності, рівності та наукової обґрунтованості. Спираючись на дослідження науковців, було встановлено, що комплексний механізм публічного управління медичною справою може складатися із таких видів механізмів: економічного, мотиваційного, організаційного, політичного, правового.

Дослідження кращих світових практик в становленні і розвитку публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи дозволило припустити, що медична галузь може ефективно та якісно функціонувати за умови існування медичного страхування.

Цілісна система публічного управління забезпечення ефективності медичною справою органічно поєднує у своєму складі: суб'єкт управління (керуючу систему); об'єкт управління (керовану систему); всю сукупність різноманітних зв'язків, які при цьому здійснюються (систему управлінських відносин щодо їх взаємодії). Система публічного управління медичною справою в Україні складається з декількох рівнів: національний (суб'єкт управління – Міністерство охорони здоров'я України, об'єкт управління – заклади охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані МОЗ), регіональний (суб'єкт управління – управління охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях, об'єкти управління – державні заклади охорони здоров'я – обласні лікарні, діагностичні центри) та субрегіональний або місцевий (суб'єкт управління – районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування,

об'єкт управління – заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності).

Аналізуючи сучасний стан публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у регіоні сучасної України (на прикладі діяльності департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації) ми встановили, що він характеризується з одного боку успішним реформуванням системи охорони здоров'я (впровадження електронного запису до лікаря, програма «доступні ліки», співпраця з міжнародним співтовариством щодо підвищення рівня менеджменту в медичній справі) з іншого боку – незадовільним станом ефективності надання медичної допомоги, що викликана низьким рівнем кадрового забезпечення кваліфікованими медичними працівниками закладів первинної медико-санітарної допомоги сільської місцевості, відсутністю економічної мотивації медичних працівників закладів охорони здоров'я та інше.

Грунтуючись на аналізі стану публічно-управлінського механізму забезпечення ефективності медичної справи у Запорізькій області було визначено такі чинники його оптимізації: розробка системи єдиного стандарту підготовки фахівців з публічного управління; реалізація нових підходів до публічного управління в рамках вироблених світовою практикою форм; розробка політики управління та її подальша реалізація на регіональному рівні з урахуванням аналізу навколишнього середовища; використання поєднання організаційних, фінансових та інноваційних ресурсів управління системою; інтегрованість медичної справи в соціальні процеси; формування договірної бази між закладами регіональної медичної системи, враховуючи благодійні фонди, в сфері безкоштовного медичного обслуговування і надання медичної допомоги пільговим категоріям населення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні : автореф. дис. ... докт. наук з держ. упр. : 25.00.02. Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2011. 40 с.
2. Авраменко Н. В. Розвиток механізмів державного управління охороною здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Серія. Державне управління*. 2010. № 4. С. 38–43.
3. Административное право : учебник / под ред. Ю. М. Козлова, Л. Л. Попова. Москва : Юрист, 1999. 728 с.
4. Алексеев П. В., Панин А. В. Философия. Москва : ТК Велби Прспект, 2005. 608 с.
5. Артюхов В. Общая теория систем: самоорганизация, устойчивость, разнообразие, кризисы. Москва : ЛИБРОКОМ, 2009. 224 с.
6. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. Київ : Центр учбової л-ри, 2008. 680 с.
7. Бакуменко В. Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики : монографія. Київ : Вид-во УАДУ, 2000. 328 с.
8. Баскаков А. Я., Туленков Н. В. Методология научного исследования : учеб. пособие. Киев : МАУП, 2004. 216 с.
9. Білинська М., Виноградов О. Термінологічні аспекти державного управління в охороні здоров'я: медична допомога та медична послуга. *Вісник НАДУ при Президентіві України*. 2006. № 2. С. 382–390.
10. Бондарева Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання : дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Івано-Франківськ, 2014. 263 с.
11. Бочаров С. Н., Бушмин С. Н. Особенности проектирования управленческих механизмов. *Ползуновский вестник*. 2005. № 2. С. 35–40.

12. Брюховецька Н. Ю. Економічний механізм підприємства в ринковій економіці : методологія і практика / НАН України. Ін-т економіки пром-сті. Донецьк, 1999. 275 с.
13. Воловик В. И. Введение в философию : учебное пособие. Запорожъе : Просвіта, 2002. 176 с.
14. Герасимчук З. В., Шевчук І. Б. Регіональна політика розвитку ринків медичних послуг: напрямки формування і реалізації. Луцьк : Надстир'я, 2009. 200 с.
15. Герасимчук З. В., Вахович І. М., Каменська І. М. Фінансова політика сталого розвитку регіону : монографія. Луцьк : Надстир'я, 2006. 220 с.
16. Гладун З. В. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія. Тернопіль : Економічна думка. 2005. 460 с.
17. Гладун З. В. Державне управління в галузі охорони здоров'я. Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. 312 с.
18. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія. Юридичні науки*. 2016. Вип. 4(1). С. 123–126.
19. Горященко Ю. Г. Оцінка ефективності соціально-економічного розвитку регіону. *Економічний простір*. 2014. № 81. С. 48–55.
20. Григорович В. Р. Державне управління процесами підготовки та прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2011. 20 с.
21. Гурне Б. Державне управління / пер. з фр. В. Шовкуна. Київ : Основи, 1993. 165 с.
22. Дем'янчук О. «Державна політика» та «публічна політика»: варіант перехідного періоду. *Наукові записки НаУКМА. Т. 18 : Політ. науки*. 2000. С. 31–36.

23. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр : у 2 ч. / упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
24. Державне управління в Україні : навч. посіб. / заг. ред. В. Б. Аверянова. Київ : Вид-во ТОВ «СОМІ», 1999. 265 с.
25. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку / упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.
26. Державне управління охороною здоров'я України : монографія / В. В. Лазоришинець та ін. Київ, 2014. 312 с.
27. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. Київ : НАДУ, 2012. 240 с.
28. Енциклопедія державного управління / ред. В. С. Загорський та ін. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2011. Т. 8: Публічне врядування. 712 с.
29. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. ; наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 2 : Методологія державного управління. 692 с.
30. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. Колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. ; наук.-ред. Колегія : М. М. Іжа (співголова), В. Г. Бодров (співголова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 4 : Галузеве управління. 648 с.
31. Ильин А. И. Управление предприятием. Минск : Высшая школа, 1997. 275 с.
32. Карамішев Д., Радиш Я., Радиш Л. Якість медичної допомоги – інтегральний показник соціальної ефективності управління системою охорони здоров'я. *Вісник НАДУ при Президентові України*. 2005. № 4. С. 415–420.

33. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000. *Офіційний вісник України*. 2000. № 49. Ч.1. С. 5–18.
34. Коротич О. Б. Державне управління регіональним розвитком країни: теоретико-методологічні засади. *Державне будівництво*. 2010. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVu_2010_1_4. (дата звернення 16.09.2019).
35. Краткий философский словарь / ред. В. И. Воловик, Г. В. Воловик. Запорожье : Просвіта, 2004. 140 с.
36. Круглов М. И. Стратегическое управление компанией : учеб. для ВУЗов. Москва : Русская Деловая Литература, 1998. 768 с.
37. Кубеев Р. Д. Специфические черты системы здравоохранения Японии. URL: http://www.rusnauka.com/23_WP_2009/Politologia/50443.doc.htm. (дата звернення 26.09.2019).
38. Куценко А. В. Організаційно-економічний механізм управління ефективністю діяльності підприємств споживчої кооперації України : монографія. Полтава : РВВ ПУСКУ, 2008. 205 с.
39. Лебединська О. Державне регулювання розвитку регіону: проблеми та перспективи. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2010. № 3. С. 151–156.
40. Логвиненко Б. Основні функції публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні. *Національний юридический журнал: теорія і практика*. 2017. С. 55–58.
41. Макарейко Н. В. Административное право. Москва : Высшее образование, 2009. 189 с.
42. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії. URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php?print=1>. (дата звернення 23.09.2019).
43. Москаленко В. Ф. До питання класифікації систем охорони здоров'я. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2012. № 2–3 (18–19). С. 10–19.

44. Москаленко В. Ф., Грузєва Т. С., Іншакова Г. В. Право на здоров'я в міжнародному, регіональному та національному законодавстві країн. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2012. № 2–3 (18–19). С. 258–263.
45. Надюк З. Державне управління якістю надання медичної допомоги на сучасному етапі розвитку українського суспільства. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2005. № 4. С. 263–269.
46. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України № 2802-ХІІ від 19.11.1992 р. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>. (дата звернення 02.09.2019).
47. Основи наукових досліджень у соціальній роботі / за ред. М. М. Букача. Миколаїв : ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. 284 с.
48. Пак С. Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівні в Україні: сучасний стан та перспективи. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>. (дата звернення 18.09.2019).
49. Петрова С. В. Розвиток і узагальнення механізмів державного управління в системі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр.* Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2008. Вип. 4 (36). С. 81–87.
50. Пилипишин В. П. Щодо сутності мети та завдань державного управління в Україні. *Форум права*. 2010. № 2. С. 377–381.
51. Поживілова О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: стан та перспективи розвитку. *Державне управління та місцеве самоврядування: зб. наук. пр.* Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2011. Вип. 1 (8). С. 122–132.
52. Положення про Департамент охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації : Розпорядження голови обласної державної

адміністрації від 31.10.2018 р. № 569. URL: <http://doz.zoda.gov.ua/pologennya>. (дата звернення 02.09.2019).

53. Понеделков А., Старостин А. Проблемы эффективности государственной службы современной России в условиях административной реформы. *Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр.* Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2005. № 2 (25). С. 275–284.

54. Пономаренко В. М. Основні проблеми реформування системи охорони здоров'я України. *Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України.* 1999. № 1. С. 7–10.

55. Портреты регионов. Запорожская область. URL: http://ratinggroup.ua/ru/research/regions/portrety_regionov_zaporozhskaya_oblast.html. (дата звернення 12.10.2019).

56. Рац О. М. Визначення сутності поняття «ефективність функціонування підприємства». *Економічний простір: зб. наук. праць.* № 15. Дніпропетровськ : ПДАБА. 2008. С. 275–285.

57. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран / под ред. Р. Б. Солтмана, Р. Буссе, З. Моссиалоса; пер. с англ. Москва: Весь мир, 2002. 272 с.

58. Ріхтер К. Оцінка якості та стану досліджених лікарень Запорізької області від 22 вересня 2016 р. URL: <http://doz.zoda.gov.ua/news-deialnist/1153-v-vprovadzhuetsya-progr22-09-16>. (дата звернення 28.09.2019).

59. Рожкова І. В., Солоненко Н. Д. Удосконалення державного та регіонального управління охороною громадського здоров'я в Україні. *Статистика України.* 2008. № 4. С. 90–94.

60. Романюк С. А. Політика регіонального розвитку в Україні: сучасний стан і нові можливості: Регіональні дослідження. Київ: УАДУ, 2001. 112 с.

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

62. Рудий В. М. Систематизація медико-санітарного законодавства України. *Систематизація законодавства в Україні: проблеми теорії і практики* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Київ : Ін-т законодавства Верховної Ради України, 1999. С. 542–545.

63. Системний підхід в організації державного управління : навч. посіб. / за заг. ред. Н. Р. Нижник. Київ : Вид-во УАДУ, 1998. 160 с.

64. Словник з регіональної політики. *Інститут регіональних та євроінтеграційних досліджень ЄвроРеґіон Україна*. URL: <http://eu.prostir.ua/library/1405.html>. (дата звернення 15.10.2019).

65. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : Вид-во НАДУ, 2005. 416 с.

66. Солоненко Н. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних. *Державне управління в Україні: реалії та перспективи* : зб. наук. пр. Київ : Вид-во НАДУ, 2005. С. 424–431.

67. Социологический словарь / отв. ред. Г. В. Осипов, Л. Н. Москвичев. Москва : ИНФРА-М, 2014. 608 с.

68. Теория активных систем и совершенствование хозяйственного механизма / В. Н. Бурков та ін. Москва : Наука, 1984. 270 с.

69. Тертичка В. Державна політика як фактор життєдіяльності суспільства. *Командор*. 2000. № 2–3. С. 20–22.

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

71. Федорчак О. В. Класифікація механізмів державного управління. *Демократичне врядування*. 2008. № 1. URL: <http://www.nbu.gov.ua>. (дата звернення 21.10.2019).

72. Філіпова Н. В. Зміна співвідношення понять «державне управління», «публічне адміністрування», «публічне управління» в системі суспільно-політичної трансформації. *Державне управління: удосконалення та*

розвиток. 2015. № 6. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2015_6_5. (дата звернення 05.10.2019).

73. Шевчук В. В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України : дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Миколаїв, 2017. 219 с.

74. Яценко О. І., Романюк О. П. Економічні та соціальні аспекти оцінки ефективності. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2008. Вип. 18.6. С. 237–238.

75. Baldwin R., Cave M. *Understanding Regulation: Theory, Strategy and Practice*. Oxford : Oxford University Press, 1999. 384 p.

76. 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.

77. *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/>. (date of the application: 15.09.2019).

78. Keeling D. *Management in Government*. London : Allen&Unwin, 1972. 216 p.

79. Pfifner J. M., Presthus R. *Public Administration*. New York : The Ronald Press Co., 1960. 262 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

ЗАТВЕРДЖЕНО

Розпорядження голови обласної

державної адміністрації

31.10.2018 № 569

ПОЛОЖЕННЯ

про Департамент охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації

1. Департамент охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації (далі – Департамент) – структурний підрозділ облдержадміністрації зі статусом юридичної особи публічного права, що утворюється головою облдержадміністрації, який входить до її складу і в межах Запорізької області забезпечує виконання покладених завдань.

Департамент охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації є неприбутковим, має самостійний баланс, реєстраційні рахунки в органах Державного казначейства, печатку із зображенням Державного Герба України і своїм найменуванням, власні бланки.

2. Департамент підпорядкований голові облдержадміністрації, а також підзвітний і підконтрольний Міністерству охорони здоров'я України.

3. Департамент у своїй діяльності керується Конституцією і законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, розпорядженнями голови облдержадміністрації, а також Положенням про Департамент.

4. Основними завданнями Департаменту є:

1) забезпечення реалізації на відповідній території державної політики в галузі охорони здоров'я;

2) управління в межах наданих чинним законодавством повноважень закладами охорони здоров'я, які утримуються за рахунок коштів обласного

бюджету, організація їх кадрового, матеріально-технічного і методичного забезпечення;

3) організація роботи та нормативне забезпечення закладів охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги населенню на відповідній адміністративно-територіальній одиниці;

4) здійснення заходів, спрямованих на запобігання та ліквідацію небезпечних інфекційних захворювань.

5. Департамент відповідно до покладених на нього завдань:

1) організовує виконання Конституції і законів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я України та здійснює контроль за їх реалізацією;

2) забезпечує у межах своїх повноважень захист прав і законних інтересів фізичних та юридичних осіб;

3) здійснює на основі галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я контроль за якістю та обсягом надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я всіх форм власності та фізичними особами – підприємцями, які зареєстровані у встановленому порядку та одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики на відповідній території;

4) аналізує стан та тенденції соціально-економічного і культурного розвитку у відповідній галузі у межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці та вживає заходів до усунення недоліків;

5) бере участь у підготовці пропозицій до проектів програм соціально-економічного та культурного розвитку відповідної адміністративно-територіальної одиниці;

6) вносить пропозиції щодо проекту обласного бюджету;

7) забезпечує ефективне і цільове використання відповідних бюджетних коштів;

8) бере участь у підготовці заходів щодо регіонального розвитку;

9) розробляє проекти розпоряджень голови обласної державної адміністрації, у визначених законом випадках - проекти нормативно-правових актів з питань реалізації галузевих повноважень;

- 10) бере участь у погодженні проектів нормативно-правових актів, розроблених іншими органами виконавчої влади;
- 11) бере участь у розробленні проектів розпоряджень голови обласної державної адміністрації, проектів нормативно-правових актів, головними розробниками яких є інші структурні підрозділи;
- 12) бере участь у підготовці звітів голови обласної державної адміністрації для їх розгляду на сесії обласної ради;
- 13) готує самостійно або разом з іншими структурними підрозділами інформаційні та аналітичні матеріали для подання голові обласної державної адміністрації;
- 14) забезпечує здійснення заходів щодо запобігання і протидії корупції;
- 15) бере участь у підготовці проектів угод, договорів, меморандумів, протоколів зустрічей делегацій і робочих груп у межах своїх повноважень;
- 16) розглядає в установленому законодавством порядку звернення громадян;
- 17) опрацьовує запити і звернення народних депутатів України та депутатів відповідних місцевих рад;
- 18) забезпечує доступ до публічної інформації, розпорядником якої він є;
- 19) постійно інформує населення про стан здійснення визначених законом повноважень;
- 20) контролює органи місцевого самоврядування та надає методичну допомогу з питань здійснення наданих їм законом повноважень органів виконавчої влади;
- 21) здійснює повноваження, делеговані органами місцевого самоврядування;
- 22) забезпечує у межах своїх повноважень виконання завдань мобілізаційної підготовки, цивільного захисту населення, дотримання вимог законодавства з охорони праці, пожежної безпеки;
- 23) організовує роботу з укомплектування, зберігання, обліку та використання архівних документів;

- 24) забезпечує у межах своїх повноважень реалізацію державної політики стосовно захисту інформації з обмеженим доступом;
- 25) бере участь у вирішенні відповідно до законодавства колективних трудових спорів;
- 26) забезпечує захист персональних даних;
- 27) вивчає стан здоров'я населення, забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я та вживає інших заходів щодо запобігання і зниження захворюваності та втрати працездатності, а також збільшення тривалості життя людей;
- 28) у встановленому законодавством порядку та відповідно до визначених термінів надає до Міністерства охорони здоров'я України необхідну інформацію, документи та матеріали;
- 29) готує пропозиції та забезпечує організацію виконання заходів щодо проведення реформування у сфері охорони здоров'я відповідно до поставлених завдань та подає їх на розгляд обласної державної адміністрації; здійснює моніторинг та інформаційний супровід процесів реформування;
- 30) організовує роботу з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства;
- 31) організовує проведення медичного обстеження та лікування осіб, які брали участь у ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи, учасників бойових дій та тимчасово переміщених осіб;
- 32) бере участь в агітації та пропаганді донорства крові та її компонентів;
- 33) здійснює роботу згідно з наданими повноваженнями Міністерства охорони здоров'я України на відповідній адміністративно-територіальній одиниці;
- 34) сприяє розвитку медичної науки і техніки, передового досвіду у сфері охорони здоров'я;
- 35) співпрацює із закладами охорони здоров'я IV рівня щодо медичного обслуговування населення області;
- 36) організовує санітарно-освітню роботу серед населення області щодо здорового способу життя та профілактики захворювань;

37) сприяє реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я, взаємодіє з громадськими організаціями;

38) проводить моніторинг, аналіз громадської думки щодо якості та доступності медичного обслуговування населення області, забезпечує підготовку пропозицій для врахування зазначеної інформації під час формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

39) приймає участь у реалізації міжнародних програм з питань організації охорони здоров'я в області;

40) здійснює організаційно-методичне керівництво діяльності вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів, що належать до сфери його управління;

41) сприяє в наданні першого робочого місця випускникам вищих медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації, які навчалися за державним (регіональним) замовленням;

42) організовує і здійснює медико-санітарне забезпечення під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;

43) сприяє розвитку міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я;

44) розглядає питання та вносить відповідне подання до Міністра охорони здоров'я України щодо відзначення працівників закладів охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці відомчими заохочувальними відзнаками Міністерства охорони здоров'я України, запроваджує інші форми заохочення їх праці;

45) здійснює інші передбачені законом повноваження.

6. Департамент для здійснення повноважень та виконання завдань, що визначені, має право:

1) одержувати в установленому законодавством порядку від інших структурних підрозділів обласної державної адміністрації, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій незалежно від форми

власності та їх посадових осіб інформацію, документи і матеріали, необхідні для виконання покладених на нього завдань;

2) залучати до виконання окремих робіт, участі у вивченні окремих питань спеціалістів, фахівців інших структурних підрозділів обласної державної адміністрації, підприємств, установ та організацій (за погодженням з їх керівниками), представників громадських об'єднань (за згодою);

3) вносити в установленому порядку пропозиції з удосконалення роботи обласної державної адміністрації щодо галузі охорони здоров'я;

4) користуватися в установленому порядку інформаційними базами органів виконавчої влади, системами зв'язку і комунікацій, мережами спеціального зв'язку та іншими технічними засобами;

5) скликати в установленому порядку наради, проводити семінари та конференції з питань, що належать до його компетенції.

7. Департамент в установленому законодавством порядку та у межах повноважень взаємодіє з іншими структурними підрозділами, апаратом обласної державної адміністрації, органами місцевого самоврядування, територіальними органами міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, а також підприємствами, установами та організаціями з метою створення умов для провадження послідовної та узгодженої діяльності щодо строків, періодичності одержання і передачі інформації, необхідної для належного виконання покладених на нього завдань та здійснення запланованих заходів.

8. Департамент очолює директор, який призначається на посаду і звільняється з посади головою облдержадміністрації згідно з законодавством про державну службу за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України. Директор Департаменту здійснює визначені Законом України «Про державну службу» повноваження керівника державної служби у Департаменті та виконує функції роботодавця щодо працівників Департаменту, які не є державними службовцями.

9. Директор Департаменту:

- 1) здійснює керівництво Департаментом, несе персональну відповідальність за організацію та результати його діяльності, сприяє створенню належних умов праці у підрозділі;
- 2) подає на затвердження голові облдержадміністрації Положення про Департамент;
- 3) затверджує посадові інструкції працівників Департаменту та розподіляє обов'язки між ними;
- 4) планує роботу Департаменту, вносить пропозиції щодо формування планів роботи облдержадміністрації;
- 5) вживає заходів до удосконалення організації та підвищення ефективності роботи;
- 6) звітує перед головою облдержадміністрації про виконання покладених на Департамент завдань та затверджених планів роботи;
- 7) вносить пропозиції щодо розгляду на засіданнях колегії питань, що належать до компетенції Департаменту, та розробляє проекти відповідних рішень;
- 8) бере участь у засіданнях органів місцевого самоврядування;
- 9) представляє інтереси Департаменту у взаємовідносинах з іншими структурними підрозділами облдержадміністрації, з міністерствами, іншими центральними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями - за дорученням керівництва облдержадміністрації;
- 10) видає у межах своїх повноважень накази, організовує контроль за їх виконанням.

Накази нормативно-правового характеру, які зачіпають права, свободи та законні інтереси громадян або мають міжвідомчий характер, підлягають державній реєстрації в територіальних органах Мін'юсту України;

- 11) подає на затвердження голови облдержадміністрації кошторис та штатний розпис Департаменту в межах визначеної граничної чисельності та фонду оплати праці його працівників;

12) розпоряджається коштами у межах затвердженого головою облдержадміністрації кошторису Департаменту;

13) здійснює добір кадрів, призначення на посаду та звільнення з посади у порядку, передбаченому законодавством про державну службу, державних службовців Департаменту, присвоєння їм рангів державних службовців, їх заохочення та притягнення до дисциплінарної відповідальності;

14) здійснює прийняття на роботу та звільнення з роботи у порядку, передбаченому законодавством про працю, працівників Департаменту, які не є державними службовцями, їх заохочення та притягнення до дисциплінарної відповідальності;

15) організовує роботу з підвищення рівня професійної компетентності державних службовців Департаменту;

16) проводить особистий прийом громадян з питань, що належать до повноважень Департаменту;

17) забезпечує дотримання працівниками структурного підрозділу правил внутрішнього службового розпорядку та виконавської дисципліни;

18) укладає договори, видає довіреності;

19) розглядає і затверджує кошториси доходів і видатків, штатні розписи та баланси підвідомчих закладів охорони здоров'я, освіти та культури, забезпечує своєчасне подання фінансовим органам бухгалтерської та статистичної звітності;

20) готує клопотання та надає пропозиції щодо подальшого використання майна підприємств, установ та закладів охорони здоров'я спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Запорізької області;

21) здійснює інші повноваження, визначені законом.

10. Накази директора Департаменту, що суперечать Конституції та законам України, актам Президента України, Кабінету Міністрів України, міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, можуть бути скасовані головою облдержадміністрації, Міністерством охорони здоров'я України, іншим центральним органом виконавчої влади.

11. Директор Департаменту може мати заступників, які призначаються на посаду та звільняються з посади директором відповідно до законодавства про державну службу.

12. Для погодженого вирішення питань, що належать до компетенції Департаменту, в ньому може утворюватися колегія у складі директора Департаменту (голова колегії), його заступників за посадою, а також інших працівників Департаменту.

Склад колегії затверджується головою облдержадміністрації за поданням директора Департаменту.

Рішення колегії затверджуються відповідними наказами директора Департаменту.

13. Для розгляду пропозицій щодо розвитку галузі та вирішення інших питань у Департаменті можуть утворюватися комісії.

Склад комісій та Положення про них затверджує директор Департаменту.

14. Департамент утримується за рахунок коштів державного бюджету та інших коштів, не заборонених законодавством.

Граничну чисельність, фонд оплати праці працівників Департаменту та видатки на їх утримання визначає голова облдержадміністрації у межах відповідних бюджетних призначень.

Штатний розпис та кошторис Департаменту затверджує голова обласної державної адміністрації за пропозицією директора Департаменту відповідно до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2002 року № 228.

15. Департамент охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації ліквідується розпорядженням голови облдержадміністрації.