

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

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІОЛОГІЇ ТА УПРАВЛІННЯ**

**КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФІЛОСОФІЇ ТА УПРАВЛІННЯ**

**Кваліфікаційна робота  
магістра**

**МОДЕРНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ  
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Виконав: магістрант 2-го курсу, групи 8.2819-з  
спеціальності 281»Публічне управління та  
адміністрування»  
освітньо-професійної програми  
«Публічне управління та адміністрування»  
О.О.Доновський

Керівник: доцент кафедри соціальної філософії  
та управління, к. філос. н. Цапліна І.С.

Рецензент: доцент кафедри соціальної філософії  
та управління, к.філос.н. Ель Гуессаб К.

Запоріжжя – 2020

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

Факультет соціології та управління  
Кафедра соціальної філософії та управління  
Рівень вищої освіти магістр  
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»  
Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування»

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри соціальної філософії  
та управління

\_\_\_\_\_ Т.І.Бутченко  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020  
року

**З А В Д А Н Н Я**

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТОВІ

Доновському Олександрю Олександровичу

(прізвище, ім'я, по-батькові)

1. Тема роботи Модернізація системи публічного управління у сфері охорони здоров'я

керівник роботи Цапліна Ірина Сергіївна, к. філос. н., доцент,

(прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом ЗНУ від «25» травня 2020 року № 606

2. Строк подання студентом роботи 4 грудня 2020 року

3. Вихідні дані до роботи Августин Р., Апостолук О., Артимович А., Бречко О. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я : монографія. Тернопіль : «Крок», 2020. 559 с., Білинська М., Радиш Я., Рожкова І. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. Львів : НАДУ, 2012. 240 с., Білинська М. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку. Київ : НАДУ, 2013. 424 с., Баєва О. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 640 с.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) 1. Дослідити сучасний стан вивчення модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я України. 2. Уточнити зміст основних понять дослідження: «модернізація», «система публічного управління», «публічне управління у сфері охорони здоров'я». 3. Визначити основні принципи та методи, дослідження проблеми модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я, що використовуються у даній праці. 4. Сформулювати мету, завдання та принципи модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я. 5. Дослідити нормативно-законодавчу базу, яка стосується модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я. 6. Визначити особливості механізму модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я. 7. Дослідити особливості модернізації системи публічного управління у сфері охорони

здоров'я на прикладі Запорізької області. 8. Сформулювати детермінанти оптимізації модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

---

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада Консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	Завдання Прийняв
Розділ 1	Цапліна І.С., доцент кафедри соціальної філософії та управління	26.06.2020	26.06.2020
Розділ 2	Цапліна І.С., доцент кафедри соціальної філософії та управління	12.10.2020	12.10.2020
Розділ 3	Цапліна І.С., доцент кафедри соціальної філософії та управління	03.11.2020	03.11.2020

7. Дата видачі завдання 25 травня 2020 року

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми кваліфікаційної роботи	Березень –квітень 2020	<i>Виконано</i>
2.	Бібліографічний пошук	Травень 2020	<i>Виконано</i>
3.	Розробка основних положень роботи	Травень 2020	<i>Виконано</i>
4.	I розділ	Червень 2020	<i>Виконано</i>
5.	II розділ	Жовтень 2020	<i>Виконано</i>
6.	III розділ	Листопад 2020	<i>Виконано</i>
7.	Систематизація висновків	Листопад 2020	<i>Виконано</i>
8.	Нормоконтроль	Листопад – грудень 2020	<i>Виконано</i>

Студент \_\_\_\_\_ О.О. Доновський  
(підпис) (ініціали та прізвище)

Керівник роботи \_\_\_\_\_ І.С. Цапліна  
(підпис) (ініціали та прізвище)

**Нормоконтроль пройдено**

Нормоконтролер \_\_\_\_\_ О.В. Заїка  
(підпис) (ініціали та прізвище)

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота складається з 103 сторінок, 79 позицій у списку літератури.

МОДЕРНІЗАЦІЯ, ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, АВТОНОМІЗАЦІЯ, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО.

*Мета дослідження:* вивчення теоретичних і практичних засад модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я.

*Об'єкт дослідження:* публічне управління в сфері охорони здоров'я.

*Предмет дослідження:* модернізація системи публічного управління в сфері охорони здоров'я.

*Методи дослідження:* конкретно-історичний, системного аналізу, порівняння, аналізу, синтезу, дедукції, індукції.

*Новизна дослідження* полягає у теоретичному обґрунтуванні головних положень дослідження та у формуванні практичних рекомендацій щодо підвищення доступності та якості медичної допомоги.

*Гіпотеза:* модернізація системи публічного управління у сфері охорони здоров'я, передбачаючи побудову структурованого та злагодженого механізму управління, що охоплює всю вертикальну та горизонтальну площину зв'язків між його суб'єктами, дозволить обмежити сторонній вплив на галузь, у тому числі і з боку держави, визначити чітку зону відповідальності кожного суб'єкта управління з виключенням невластивих йому функцій та сформувати чіткий алгоритм управлінських дій для кожного суб'єкта управління, спрямований на забезпечення ефективної діяльності мережі закладів охорони здоров'я, підвищення доступності та якості медичних послуг та стратегічного розвитку медичної галузі.

*Висновки:* Фінансово-структурні та організаційні зміни у сфері охорони здоров'я вимагають розподілу адміністративних та медичних функцій та введення у закладах охорони здоров'я посад генерального та медичного директора задля покращення діяльності автономізованих закладів охорони здоров'я

## SUMMARY

Qualification work consists of 103 pages, 79 literature sources.

MODERNIZATION, PUBLIC ADMINISTRATION, HEALTHCARE, AUTONOMIZATION, MUNICIPAL NON-COMMERCIAL ENTERPRISE.

*Research purpose* is to study the theoretical and practical principles of modernization of the public health management system.

*Research object* is the public health management system.

*Research subject* is modernization of the public health management system.

*Research methods* are concrete-historical, systemic analysis, comparison, analysis, synthesis, deduction, induction.

*Research novelty* lies in theoretical substantiation of the main provisions of the study and in the formation of practical recommendations for improving the availability and quality of medical care.

*Research hypothesis* is that modernization of the public health management system, providing for the construction of a structured and coordinated management mechanism, covering the entire vertical and horizontal plane of relations between its subjects, will limit external influence on the industry, including state, to define a clear area of responsibility of each subject of management with the exception of its uncharacteristic functions and to form a clear algorithm of management actions for each subject of management, aimed at ensuring effective operation of the healthcare facilities network, improving accessibility and quality of medical services and strategic development of medical industry.

*Conclusions:* Financial, structural and organizational changes in the field of healthcare require the separation of administrative and medical functions and introduction of the general and medical directors' positions in healthcare institutions in order to improve the activity of autonomous healthcare institutions.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МОДЕРНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	
10	10
1.1 Сучасний стан вивчення проблеми модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	10
1.2 Уточнення основних понять дослідження: «модернізація», «система публічного управління», «публічне управління у сфері охорони здоров'я».....	18
1.3 Принципи та методи дослідження модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	23
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ МОДЕРНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	
30	30
2.1 Мета, завдання та принципи модернізації системи публічного управління в сфері охорони здоров'я .....	30
2.2 Нормативно-законодавча база системи публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	42
2.3 Особливості механізму модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	58
РОЗДІЛ 3. ПРАКСЕОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ МОДЕРНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	
68	68
3.1 Особливості модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я на прикладі Запорізької області.....	68
3.2 Детермінанти оптимізації модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	81
ВИСНОВКИ.....	90
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	94

## ВСТУП

*Актуальність дослідження.* Фінансово-структурні та організаційні зміни у сфері охорони здоров'я України, передбачені медичною реформою, стали викликом для вітчизняної системи управління медичною галуззю. Це зумовлено тим, що традиційна система управління, сформована протягом попередніх років, виявилася неспроможною на практиці адекватно сприймати та реагувати на потреби реорганізованої медичної системи через жорстку централізацію та відсутність гнучкості в прийнятті управлінських рішень, а також значного контролю з боку держави. І, якщо на рівні центральних органів державної влади проблеми та шляхи їх вирішення більш-менш зрозумілі, то на регіональному та місцевому рівнях ситуація залишається більш напруженою. Особлива неготовність до нових умов існування відчутна на рівні адміністрації закладів охорони здоров'я, де професіоналізму керівників майже ніколи не приділялося достатньо уваги, що невідворотно призведе до зниження ефективності управління в умовах нової моделі функціонування галузі. Таким чином, модернізація системи публічного управління у сфері охорони здоров'я на сьогоднішній день є актуальним питанням, та повинна передбачати інноваційні підходи на всіх рівнях управління з чітким розмежуванням повноважень між суб'єктами управління, уникненням дублювання управлінських функцій, делегуванням повноважень та розширення управлінської самостійності суб'єктів управління нижчих рівнів, провадження дієвої кадрової політики з підготовкою керівників-професіоналів, менеджерів у сфері охорони здоров'я системі та широкого залучення громадськості до участі в управлінні, задля спільної діяльності, метою якої має стати примноження здоров'я населення.

*Проблемна ситуація* полягає у випереджальному темпі розвитку змін, передбачених медичною реформою, у порівнянні з рівнем професійної готовності до сприйняття їх керівним апаратом не тільки закладів охорони здоров'я, а й відповідних структур органів місцевого самоврядування,

державних адміністрацій та населення в цілому. Так, зміни у системі фінансування закладів охорони здоров'я, зміни внесені до бюджетного кодексу України, зміна організаційно-правової форми державних та комунальних закладів охорони здоров'я на неприбуткові підприємства тощо, розпочаті у 2016 р., «впали» на плечі головних лікарів, більшість з яких, не має відповідної професійної обізнаності для адекватного реагування та ефективного управління закладами у нових умовах.

Перш за все, це зумовлено відсутністю відповідних знань з менеджменту, економіки та стратегічного управління. Негативні наслідки неефективного управління в одних закладах призводять до несправедливого розподілу оплати праці, який не враховує якість та обсяг наданих медичних послуг, в інших – до скорочення штатного розпису медичних працівників, значного скорочення відділень, а подекуди, їхнього повного закриття, що в цілому відображається на зниженні якості та доступності медичних послуг.

Натомість, оновлені вимоги щодо професійної підготовки керівників закладів охорони здоров'я, відповідно до чинного законодавства, вступають у дію лише з 2022 р., та не стосуються первинної ланки надання медичної допомоги, що на нашу думку не є правильним. З певними проблемами спіткнулись і органи місцевого самоврядування, у віданні яких перебувають заклади охорони здоров'я. Знову ж таки проблеми пов'язані з фінансуванням, утриманням ЗОЗ, а, головне, з залученням медичних працівників до роботи у відповідних медичних установах, що особливо гостро відчутно у сільській місцевості. Це лише невелика частина питань, для вирішення яких необхідно удосконалювати, осучаснювати систему управління в сфері охорони здоров'я, при чому модернізація управління повинна відбуватися на всіх його рівнях.

Дослідженням проблеми державного та публічного управління у сфері охорони здоров'я, медичного менеджменту, маркетингу займаються вітчизняні та закордонні науковці у сфері управління, медицини, економіки, права, зокрема М. М. Білинська, В. М. Лехан, С.О. Назарко, В.С. Загорський,



Л.А. Мельник, Я.Ф. Радиш, Ю.В. Вороненко, Н.Г. Гойда, О.В. Баєва, О.В. Поживілова, О.А. Мартинюк, Н.Ф. Курдибанська, Ю.Е. Одегов, Л.С. Стефанишина та інші.

*Об'єктом дослідження* є публічне управління в сфері охорони здоров'я.

*Предмет дослідження:* модернізація системи публічного управління в сфері охорони здоров'я.

*Метою дослідження* є вивчення теоретичних і практичних засад модернізації системи публічного управління в сфері охорони здоров'я.

Відповідно до мети наукової роботи маємо наступні *завдання*:

- дослідити сучасний стан вивчення модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я України;
- уточнити зміст основних понять дослідження: «модернізація», «система публічного управління», «публічне управління у сфері охорони здоров'я»;
- визначити основні принципи та методи, дослідження проблеми модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я, що використовуються у даній праці;
- сформулювати мету, завдання та принципи модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- дослідити нормативно-законодавчу базу, яка стосується модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- визначити особливості механізму модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- дослідити особливості модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я на прикладі Запорізької області;
- сформулювати детермінанти оптимізації модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

*Новизна дослідження* полягає у теоретичному обґрунтуванні головних положень дослідження та у формуванні практичних рекомендацій щодо підвищення доступності та якості медичної допомоги.

*Гіпотеза:* модернізація системи публічного управління у сфері охорони здоров'я, передбачаючи побудову структурованого та злагодженого механізму управління, що охоплює всю вертикальну та горизонтальну площину зв'язків між його суб'єктами, дозволить обмежити сторонній вплив на галузь, у тому числі і з боку держави, визначити чітку зону відповідальності кожного суб'єкта управління з виключенням невласивих йому функцій та сформувані чіткий алгоритм управлінських дій для кожного суб'єкта управління, спрямований на забезпечення ефективної діяльності мережі закладів охорони здоров'я, підвищення доступності та якості медичних послуг та стратегічного розвитку медичної галузі.

*Структура роботи:* кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку літератури.

# РОЗДІЛ 1

## МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МОДЕРНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1 Сучасний стан вивчення проблеми модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я

Стан сфери охорони здоров'я, на думку багатьох авторів, є маркером розвитку суспільства та відображає економічний розвиток та управлінську ефективність держави, оскільки здорова нація є її надбанням та стратегічним ресурсом. Більшість розвинених країн визнають пріоритетним розвиток медичної сфери та інвестують у галузь значні кошти. Так, у 2018 р. загальні витрати на охорону здоров'я у США оцінювались на рівні більш ніж 10 тис. дол. США у перерахунку на душу населення. Ця сума витрат (скоригована на різну купівельну спроможність у різних країнах) була значно більшою, ніж в усіх інших країнах – членах ОЕСД (Організація економічного співробітництва та розвитку). Швейцарія, що займає другу позицію за рівнем витрат на охорону здоров'я серед країн, витратила менше 70 % цієї суми, тоді як середній показник витрат на душу населення для всіх країн ОЕСД становив менше 40 % (3994 дол.) аналогічного показника в США. Багато країн – членів ОЕСД з високим рівнем доходу, таких як Німеччина, Франція, Канада та Японія, витрачають лише близько половини або менше суми, яку витрачає США на душу населення у сфері охорони здоров'я, тоді як видатки Великобританії та Італії близькі до показника середнього для країн ОЕСД. Найменше серед країн – членів ОЕСД на охорону здоров'я витратили Мексика та Туреччина, видатки в яких становлять близько чверті середнього показника для країн ОЕСД та є аналогічними показникам країн, що розвиваються, таких як Південна Африка та Бразилія [1, с. 16]. Видатки України на сферу охорони здоров'я у 2019 р. становили 3,8 % ВВП.

Розвиток сфери охорони здоров'я в Україні також визнається пріоритетним, проте, здебільшого лише формально. Успадкована від держави-попередника система охорони здоров'я за часів державної незалежності не зазнавала відчутних перетворень тривалий час. Відсутність змін та реакцій на вплив зовнішнього середовища, в умовах зростання світового науково-технологічного прогресу з одного боку, та хронічного недофінансування, з іншого боку, призвело до гальмування розвитку вітчизняної медицини та зниження ефективності її безпосередньої діяльності. Основним чинником, який визначає стан та темпи розвитку системи охорони здоров'я є провадження дієвої державної політики, налагоджена система публічного управління нею та підготовка відповідних кадрів у системі управління медичною галуззю.

Управління у сфері охорони здоров'я – це продукт спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівні держави (парламент, міністерства, відомства, державні та комунальні органи та установи), суспільства (підприємства, профспілки та інші громадські організації, у тому числі лікарів, страхові компанії, окремі громадяни, засоби масової інформації) та на міжнародному рівні (Організація Об'єднаних націй, Європейський Союз, Всесвітня організація охорони здоров'я та інші).

Державна політика України в галузі охорони здоров'я, за визначенням М.М. Білінської, – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я населення України як найважливішої складової її національного багатства, шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому [10, с.27]. М.І. Мороз висловлює думку, що механізм розробки та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я передбачає і

функціонує на засадах тісної взаємодії Верховної Ради України, яка формує основи політики стосовно охорони здоров'я, та органів державної виконавчої влади, які реалізують таку політику, а саме: Президент України, Кабінет Міністрів України, міністерства і відомства, які здійснюють політику в охороні здоров'я у межах своєї компетенції, та органів державної влади на місцях [12, с. 294]. Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. У Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я України на період 2015 – 2020 років зазначено, що МОЗ повинно позбавитися невластивих управлінських функцій, таких як закупівлі, управління лікарнями, обслуговування та ремонт закладів, і зосередитись в першу чергу на розробці політики і плануванні. У Стратегії зазначені три основні функції МОЗ: 1) управління системою охорони здоров'я через політичне лідерство та розробку стратегій, координацію генерального плану лікарень, визначення пріоритетності національних програм у сфері охорони здоров'я і обговорення пріоритетів з основними зацікавленими сторонами; 2) регуляторний нагляд за усіма видами діяльності, які пов'язані з охороною здоров'я, у тому числі й закупівлю послуг; 3) забезпечення інформації у сфері охорони здоров'я, епідеміологічного нагляду, екстреного реагування [33, с. 29]. У 2018 р. заснована Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ). За визначенням пресслужби МОЗ НСЗУ – центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Вони ж вказують на те, що НСЗУ є оператором, який укладатиме договори з медичними закладами і лікарями-ФОП та виконуватиме функції замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

На регіональному рівні загальне керівництво закладами охорони здоров'я здійснюється місцевими державними адміністраціями, в сфері управління яких перебувають підпорядковані їм медичні заклади. Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування здійснюють

регулювання у сфері охорони здоров'я через наявні у їхній структурі обласні та районні управління або відділи охорони здоров'я та відповідні структури виконавчих комітетів рад [11, с. 173]. Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» передбачена безпосередня участь виконавчих органів сільських, селищних, міських рад в управлінні підпорядкованих їм закладами охорони здоров'я, організації медичного обслуговування, сприянні роботи громадських та неприбуткових організацій, зокрема, і у сфері охорони здоров'я, забезпеченні відповідно до закону розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконаленню мережі лікувальних закладів усіх форм власності, внесенні пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я [63].

В управлінні системою охорони здоров'я важливою складовою є участь громадськості, як елементу публічного управління. На сьогоднішній день залучення громадськості до управління у нашій державі, ще не є досить поширеною практикою, попри затверджені нормативно-правові акти, що регулюють це питання, зокрема, ст. 24 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». О.Л. Сіделковський у статті «Участь громадськості як елемент формування публічної політики у сфері охорони здоров'я України: адміністративно-правовий вимір» виділяє правотворчий, організаційно-управлінський, правопросвітній, та правозахисний вимір участі громадськості у формуванні публічної політики у сфері охорони здоров'я [70, с. 105-106]. А.В. Саверський стверджує, що створення державно-громадських організацій у сфері прав громадян на охорону здоров'я допоможе знизити рівень соціальної напруги в сфері охорони здоров'я шляхом контролю за виконанням законів, норм права тощо; сприятиме підвищенню якості та своєчасності медичної допомоги за рахунок інтенсивного впровадження правових норм та галузевих стандартів; дозволить зробити систему охорони здоров'я більш прозорою з точки зору управління та фінансування; допоможе адаптувати нинішню модель охорони

здоров'я до умов ринкової економіки, де ключовими є поняття послуги, її якості і гарантованості, конкурентноспроможності; дасть можливість створити між лікарем та пацієнтом нову культуру відносин на партнерській основі [69, с. 47].

Отже, система управління у сфері охорони здоров'я має складну, багаторівневу організацію, яка складається з державного та недержавного секторів з численними вертикальними та горизонтальними управлінськими зв'язками.

У зв'язку з автономізацією закладів охорони здоров'я, зміною їхньої організаційно-правової форми та системи фінансування, гостро постало питання щодо відповідності кадрової системи та ефективності управління реорганізованими медичними установами. Адже, тривалий час кадрова політика у системі охорони здоров'я залишалась поза увагою. У 2018 р. Наказом МОЗ України № 1977 були внесені зміни до довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», які стали своєрідним початком реформування кадрової політики у медичній галузі. М.М. Білинська зазначає, що, реформування системи управління, яке є повсякчасним процесом у прогресивних державах, стратегічно і тактично, зазвичай, базується на наукових розробках, які адаптують об'єктивні закономірності управління до відповідних національних умов. Реформування управління охороною здоров'я, як показав досвід багатьох країн, відзначається найбільшою складністю у зв'язку з тим, що воно повинне узгоджувати інтереси населення і галузі, особливо у сфері фінансових відносин [10, с.38].

Проведення кадрової політики та підготовка професіоналів у системі управління в умовах медичної реформи є головною умовою її практичної спроможності.

Ю.Е. Одегов головну мету кадрової політики вбачає у створенні системи управління кадрами, яка базується в основному не на

адміністративних методах, а на економічних стимулах та соціальних гарантіях [2, с. 47].

В свою чергу С.Г. Бойко зазначає, що проблеми кадрового забезпечення в галузі охорони здоров'я мають глобальний характер. Міжнародні експерти зазначають, що будь-які найпереводовіші технології й досягнення у галузі медицини не зможуть позитивно вплинути на здоров'я населення за відсутності належно підготовлених кадрів у системі охорони здоров'я [4, с. 15].

Враховуючі управлінську ієрархічність та відмінності у компетенціях управлінців у сфері охорони здоров'я розрізняють поняття «спеціаліст з державного управління охороною здоров'я», «менеджер в охороні здоров'я», «керівник медичного закладу». Визначення цим поняттям у своїх працях дають вітчизняні науковці. Так, Т.М. Курило зазначає, що: «спеціаліст з державного управління охороною здоров'я – це державний службовець, як правило, лікар за фахом, який обіймає ту чи іншу посаду на державній службі у сфері охорони здоров'я (наприклад, очолює районне чи працює в обласному управлінні охороною здоров'я) [23, с. 19]; Б.П. Криштопа, І.М. Андрєєва говорять, що «менеджер в охороні здоров'я – це, насамперед, не державний службовець, часто і не лікар, який працює в лікувально-профілактичному закладі чи очолює його та виконує організаційну роботу щодо реалізації замовлення на контрактних засадах. Як правило, менеджер може мати юридичну чи економічну освіту [22]; М.В. Банчук, В.П. Марценюк дають наступне визначення керівнику медичного закладу: «керівник медичного закладу – це менеджер технологічного профілю, який здійснює загальне керівництво тими чи іншими медичними технологічними процесами, координує дії окремих її ланок і об'єднує зусилля колективу для досягнення мети й отримання високого результату [3, с. 3].

Л. А. Мельник зазначає, що слід звернути увагу на те, що управлінці в розвинених країнах світу – це фахівці з економічною чи юридичною освітою, так звані медичні менеджери, а в Україні велика частка управлінців у галузі



охорони здоров'я – фахівці без досвіду та навичок з державного управління, які мають медичну освіту (лікарі практики), і більшість з яких не мають правової чи економічної підготовки [27 с. 4]. «Наразі усі функції як і адміністративні, так і медичні в українських медичних закладах виконує головний лікар. Це величезний масив роботи, який у багатьох розвинених країнах світу виконує два фахівця – генеральний директор займається ключовими адміністративними питаннями, а медичний директор курірує всі медичні процеси» пише Л.А. Мельник [27. с. 5]. Такий підхід не може не впливати на якість медичних послуг та стратегічний розвиток закладу охорони здоров'я, оскільки основна діяльність головного лікаря спрямована на вирішення поточних проблем закладу та, здебільшого, позбавлена управлінської самостійності і зводиться до виконання наказів згори.

Для ефективного управління закладами охорони здоров'я необхідною умовою є високий управлінський потенціал керівників медичних установ та керівників органів управління у системі охорони здоров'я. В.Я. Маречик, С.М. Невмержицька розглядають управлінський потенціал «як сукупність ділових та особистісних якостей і можливостей керівника, які можуть бути приведені в дію й використані для вирішення управлінських завдань, досягнення поставлених цілей» [1, с. 334]. В.М. Лехан, Л.В. Крячкова та Е.В. Борвінок стверджують, що для ефективної управлінської діяльності в сучасних умовах необхідна наявність у керівників закладів охорони здоров'я наступних якостей: 1) галузевих компетенцій (знання системи охорони здоров'я; управління медичними процесами; управління якістю медичної допомоги; збір та аналіз даних; аналітичне мислення); 2) менеджерських (фахових) компетенцій (системне мислення; організування; делегування; стратегічне планування; контроль, прийняття рішень; кадрова робота, лідерство; управління конфліктами); 3) підприємницьких (ділових) компетенцій (управління змінами, ресурсами, витратами; фінансова обізнаність; бюджетування); 4) особистісних та міжособистісних

компетенцій (створення команди, мотивація, комунікації; інтелект, етичні цінності; особистісний розвиток) [1, с. 347].

За думкою Я.Ф. Радиша, О.В. Поживілової організаційно-управлінська складова в діяльності сучасних керівників охоплює найширше коло їх інтересів та включає: загальне керівництво організацією, здійснення стратегічного управління, забезпечення ефективності, управління прийняттям рішень, контроль, правові аспекти та безпеку діяльності організації. При цьому основними критеріями оцінки організаційно-управлінського виду діяльності керівника є його професійна управлінська компетентність, організаційні якості, діловитість, моральні якості, політична культура, працездатність [43, с. 77]. Таким чином вдосконалення компетенцій керівників закладів охорони здоров'я та розподілення функцій між керівниками різних ланок дасть змогу підвищити якість надаваних медичних послуг та повною мірою задовольнити потреби населення у медичній допомозі. На думку автора, саме якість медичних послуг є показником ефективності управління лікувальним процесом.

О.А. Мартинюк та Н.Ф. Курдибанська пишуть, що процеси системи управління якістю, згідно з міжнародними стандартами в адаптації до медичного закладу, можна розподілити на чотири групи: процеси, пов'язані з відповідальністю керівництва у сфері якості; з управлінням ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичного процесу; процеси надання медичної допомоги (профілактичний, лікувальний, діагностичний, реабілітаційний, догляду за хворими та ін.); процеси моніторингу, вимірів, оцінки, аналізу та поліпшення кожного виду діяльності. Зауважимо, що зазначені групи процесів у певних межах відбуваються на кожному рівні управління: керівника закладу, його заступників, керівників структурних підрозділів, безпосередніх виконавців (рівень самоуправління) [25, с. 76].

Ми погоджуємось з думкою Л.С. Стефанишина, який зазначає, що реформування вітчизняної медицини, обмежене фінансування закладів охорони здоров'я, поширення прогресивних методик лікування та

діагностування, зростання захворюваності населення та підвищення вимог пацієнтів до якості медичних послуг – чинники, які формують нові виклики до всіх учасників взаємовідносин у медичній галузі [71, с.160-166].

## **1.2 Уточнення основних понять дослідження: «модернізація», «система публічного управління», «публічне управління у сфері охорони здоров'я»**

Термін «модернізація» використовується у науці з 50-х років ХХ ст. За етимологією він пов'язаний з французьким словом *moderne*, що перекладається як сучасний, новітній, а також з однокоріневими англійськими словами *modern*, *modernity*, *modernization*. Останні мають два варіанти перекладу на українську мову: 1) буквальний – коли ці терміни перекладаються спорідненими словами: модерний, модернізація; 2) українські синоніми – сучасний, сучасність, осучаснення [5, с. 218].

П. Штомпка виділяє три значення цього поняття:

– модернізація – синонім всіх прогресивних соціально-економічних змін, коли суспільство рухається уперед;

– поняття «модернізація» тотожно поняттю «сучасність» та означає комплекс політичних, економічних, соціальних, культурних та інтелектуальних трансформацій. Сюди включаються процеси індустріалізації, раціоналізації, урбанізації, розповсюдження індивідуалізму і мотивацій успіху, утвердження науки та розуму;

– термін «модернізація» відноситься до відсталих або слаборозвинених суспільств та характеризує їхні зусилля, спрямовані на те, щоб догнати найбільш розвинені країни, що існують в одному й тому ж історичному часі, в рамках єдиного глобального суспільства, тобто «модернізація» описує рух від периферії до центру сучасного суспільства [75, с. 10].

На думку В.Г. Федотової «модернізація» визначається як перехід від традиційного суспільства до сучасного та передбачає орієнтацію на інновації,

переважання інновацій над традицією, світський характер соціального життя, поступовий (нециклічний) розвиток, відокремлену персональність, переважну орієнтацію на інструментальні цінності, масову освіту, індустріальний характер, активний дійовий психологічний склад [76, с. 8].

К.О. Бужимська під «модернізацією» розуміє сукупність різного роду економічних, політичних, державно-правових, психологічних, культурологічних перетворень та зрушень конкретної соціально-економічної системи у напрямі її осучаснення і постійного вдосконалення, а також наближення соціально-економічних систем та їхніх фрагментів до максимально можливого рівня розвиненості [5, с. 219].

М. Михальченко стверджує, що «трансформація, зміна, розвиток можуть бути орієнтовані на зміну реалій куди завгодно: уперед, назад, убік, по колу і т. д. Модернізація ж орієнтує суспільство і його структури, сфери на вдосконалення, просування вперед, на розроблення й реалізацію нових цілей, завдань, пріоритетів, стратегій. Модернізація – це творчо-перетворювальна функція розвитку. Але специфічна – як засіб оновлення суспільства. Модернізація дійсно є незавершеним проєктом та проєктом, що ніколи не завершується в глобальному вимірі. Суспільство, яке завершило модернізаційний проєкт, може вирушати на історичний смітник» [34, с. 55]

Спираючись на думку науковців можна дати наступне визначення поняттю «модернізація» у контексті публічного управління у сфері охорони здоров'я України: «модернізація публічного управління у сфері охорони здоров'я – це комплекс державно-правових, соціально-економічних, інтелектуальних та культурологічних удосконалень, відповідно до міжнародних стандартів та з урахуванням національних особливостей, всіх суб'єктів управління спрямований на забезпечення дієвості сфери охорони здоров'я в межах соціально-ринкової моделі».

Наведені значення «модернізації» рівнозначно можна застосувати описуючи зміни, що відбуваються в управлінні системою охорони здоров'я в Україні. Так, медична реформа, передбачає комплекс економічних,

соціальних, політичних, управлінських, кадрових змін у медичній галузі, за допомогою яких ми намагаємося збудувати національну модель охорони здоров'я, спираючись на досвід розвинених країн Європи.

Даючи визначення словосполученню «система публічного управління» доцільно розглянути значення кожного слова у контексті української мови. Академічний тлумачний словник української мови дає наступні визначення слову «система»: 1) порядок, зумовлений правильним, планомірним розташуванням та взаємним зв'язком частин чого-небудь; 2) форма організації, будова чого-небудь (державних, політичних, господарських одиниць, установ і т.ін.). Слово «публіка» відповідно до академічного тлумачного словника української мови має декілька значень: 1) люди, що перебувають де-небудь як глядачі, слухачі, відвідувачі; 2) люди, народ, товариство. Слово «управління» у цьому ж джерелі теж має декілька значень, та трактується як: 1) дія, за значенням управляти (спрямовувати діяльність, роботу кого-, чого-небудь; бути на чолі когось, чогось, керувати); 2) адміністративна установа або відділ якоїсь установи, організації, що відає певною галуззю господарської, наукової т.ін. діяльності.

Вперше термін «публічне управління» застосував у своїй науковій праці «Management in Government» англійський державний службовець Д. Кілінг у 1972 р., та дав йому наступне визначення: «публічне управління – це пошук у найкращий спосіб використання ресурсів задля досягнення пріоритетних цілей державної політики [35, с. 54]. На думку дослідника публічного управління Г. Букерта «публічне управління не є певним нейтральним, технічним процесом, а є діяльністю, яка тісно пов'язана з політикою, законом і громадянським суспільством» [35, с. 54].

У глосарії Програми розвитку ООН дається визначення терміну «публічне управління» запропоноване американським вченим Д.М. Шавріцом: «Публічне управління – це галузь практики та теорії, яка є ключовою для публічного адміністрування та зосереджена на внутрішній діяльності державних установ, зокрема на вирішенні таких управлінських

питань, як контроль, керівництво, планування, організаційне забезпечення, забезпечення інформаційними технологіями, управління персоналом та оцінка ефективності» [7]. Професор з публічного управління Крістофер Полліт говорить, що термін «публічне управління» може вживатися у його трьох основних значеннях: 1) діяльність державних службовців і політиків; 2) структури і процедури органів державної влади; 3) системне вчення чи то діяльності, чи то процедур та структур [35, с.54].

Публічне управління не є тотожним державному управлінню, тому є доцільним дати визначення останньому: «державне управління – вид діяльності держави, здійснення управлінського організуючого впливу шляхом використання повноважень виконавчої влади через організацію виконання законів, здійснення управлінських функцій з метою комплексного соціально-економічного та культурного розвитку держави, її окремих територій, а також забезпечення реалізації державної політики у відповідних сферах суспільного життя, створення умов для реалізації громадянами їх прав і свобод». Отже, публічне управління, у порівнянні з державним управлінням, має свої характерні особливості та функції й охоплює більше коло суб'єктів управління. Публічне управління поєднує функціонування таких структур, як механізм держави, державний апарат, державну службу і публічні прояви суспільства, чому, в цілому становить систему публічного управління. На думку автора, «система публічного управління – це функціонально структурована організація суб'єктів управління, пов'язаних вертикальними та горизонтальними зв'язками, об'єднаних визначеною метою та рівноцінно відповідальними за досягнення цієї мети».

Визначення терміну «охорона здоров'я» достатньо повно наведено у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», відповідно до якого «охорона здоров'я – це система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані в установленому

законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [36].

Вже у самому визначені передбачається участь в управлінні та організації системи охорони здоров'я державних та недержавних організацій, установ тощо, тобто окреслені ознаки публічності управління медичною галуззю. Управління у сфері охорони здоров'я здійснюють:

- органи охорони здоров'я загальнодержавного значення: Міністерство охорони здоров'я України та Національна служба здоров'я України;
- органи охорони здоров'я місцевого значення: місцеві державні адміністрації, сільські, селищні, міські ради та їхні виконавчі органи;
- заклади охорони здоров'я не залежно від форм власності;
- громадські об'єднання та організації, діяльність яких пов'язана з питаннями охорони здоров'я.

Як відомо сфера охорони здоров'я є найважливішою соціальною сферою. Вона має складну організацію, що передбачає взаємодію різних галузевих та міжгалузевих підсистем, влади та народу, тому управління медичною галуззю апріорі не може здійснюватися лише державою чи державними органами, а передбачає тісну взаємодію держави та суспільства.

Узагальнюючи думки науковців, на думку автора «публічне управління у сфері охорони здоров'я – це комплекс управлінських, економічних, соціальних заходів, які об'єднаними зусиллями органів державної влади, місцевого самоврядування та громадськості повинні сприяти розвитку та вдосконаленню медичної галузі та забезпечувати її діяльність відповідно до потреб населення».

### **1.3 Принципи та методи дослідження модернізації системи публічного управління в сфері охорони здоров'я**

Модернізація публічного управління в сфері охорони здоров'я у нашій державі на сьогоднішній день є темою актуальною, доречною та дискусійною, темою, дослідженням, якої займаються багато науковців як у медичній галузі так і у сфері державного управління, економіці, фінансів, кадрової політики тощо. Цій темі присвячена значна кількість наукових статей, монографій, посібників. Так, лише у пошуковій системі Google на запит «Модернізація системи публічного управління в сфері охорони здоров'я» нараховується приблизно 325 000 відповідей, що свідчить у першу чергу про актуальність та широту проблеми. Опрацювати такий об'єм інформації, виділити головне від другорядного та систематизувати досліджуваний матеріал у нову форму не просто. Для цього знадобиться багато часу та сил. З метою підвищення продуктивності роботи, надання системності, організованості, науковості дослідженню застосовуються певні засоби пізнання. Основними засобами наукового пізнання є принципи та методи теоретичних досліджень.

Принцип – це основне вихідне положення якої-небудь наукової системи, теорії, ідеологічного напрямку та ін., який повинен задовольняти наукові припущення, гіпотези або теорії [30, с. 52].

У даній кваліфікаційній роботі застосовуються наступні принципи пізнання:

1. Принцип об'єктивності – визначає пізнання речі, явища як частини об'єктивної реальності незалежно від свідомості людини. Передбачає вивчення не суб'єктивного переживання відносно конкретного об'єкта, а сам об'єкт [30, с. 54]. Об'єктом даного дослідження є система публічного управління в сфері охорони здоров'я. Завдання полягає в тому, щоб неупереджено дослідити об'єкт пізнання, дати об'єктивну оцінку стану системи публічного управління в медичній галузі станом на сьогоднішній день та окреслити перспективи її розвитку у майбутньому.



2. Принцип конкретності визначає, що істина завжди конкретна, абстрактної істини немає, та передбачає дослідження теми у конкретний історичний час та у конкретних умовах [30, с. 73]. Система публічного управління у сфері охорони здоров'я досліджується у сучасних умовах, враховуючи провадження державної політики у сфері охорони здоров'я, особливості структурної організації медичної галузі, її системи управління, проведення медичної реформи та потреби населення.

3. Принцип історизму виступає як один з основоположних способів пізнання дійсності. Важливо дотримуватись цього принципу під час дослідження складного об'єкта, що історично розвивається [30, с. 57]. Система публічного управління у сфері охорони здоров'я України має свою історію, сформовані попередніми десятиліттями устрій та принципи функціонування, традиції, проте, як і будь-який об'єкт вона також змінюється, осучаснюється, формуючи нову історію для майбутніх поколінь.

4. Принцип теорії і практики означає, що вони є нерозривно пов'язаними і взаємообумовлюють один одного в процесі людської діяльності. Практика має особливе значення у пізнавальному процесі, оскільки вона є вирішальним критерієм істини, джерелом та основою пізнання. Адже, усі пізнання продиктовані здебільшого є вимогами практики. Пізнання будь-якого процесу або явища не здійснюється заради звичайної цікавості, його метою є використати отриманні знання на практиці для задоволення духовних та/або матеріальних потреб людства [30, с. 72]. Необхідність модернізації публічного управління у сфері охорони здоров'я спровокована змінами у медичній галузі та управлінні, які відбуваються у межах медичної реформи. Тому дослідження цього питання не є суто теоретичним, і знання отримані під час дослідження неодмінно будуть використані на практиці.

5. Принцип діалектики – розкриває існування в середині предмета дослідження особливості та специфічні риси його елементів, протиріч, протилежностей, а також дозволяє виявити коло відмінностей або конфліктів,

які існують між предметом пізнання та його зовнішнім середовищем. Під час пізнання використовуються певні категорії, закони та принципи діалектики, що сприяє дотриманню логіки пізнання [30, с. 56]. Під час дослідження спираючись на цей принцип, освітлюються структурні елементи системи публічного управління, їх взаємодія, та дотримується логічність дослідження.

6. Принцип відображення, або визначеності, визначає, що сутність процесу пізнання є цілеспрямованим творчим відображенням об'єктивної реальності у свідомості людини. Однак мається на увазі не дзеркальне відображення дійсності, а передбачення на основі існуючої дійсності можливого подальшого розвитку явищ, процесів, тощо [30, с. 73]. Принцип відображення у даному дослідженні висвітлює предмет та об'єкт дослідження у реальному часі та дає можливість передбачити можливості, які відкриваються після вдосконалення системи публічного управління у сфері охорони здоров'я України.

7. Принцип всебічного розгляду або розвитку. Кожен предмет не може існувати ізольовано від навколишнього світу, а в різній мірі взаємодіє з оточуючими предметами, явищами, на котрі впливає, змінюючи їх, та від яких відчуває вплив на собі з відповідною реакцією у відповідь. В процесі наукового пізнання об'єкт пізнання повинен бути розкритий всесторонньо для глибокого розуміння його сутності [30, с. 73]. Сфера охорони здоров'я це відкрита система, яка не може існувати ізольовано від інших галузей діяльності, вона впливає на їхній розвиток та відчуває вплив їхнього розвитку на собі. Принцип всебічного розгляду у дослідженні використовується для всебічного розгляду системи управління та її вплив на формування, розвиток та діяльність сфери охорони здоров'я.

Метод пізнання – це певний спосіб дослідження конкретного питання, що представляє собою систему інтелектуальних і практичних операцій, що застосовуються для вивчення закономірностей розвитку явищ та процесів у природі, суспільстві та їхнього впливу на навколишній світ [30, с. 64].

У кваліфікаційній роботі використані наступні методи дослідження:

1. Конкретно-історичний метод. За цим методом об'єкт досліджується у хронологічному порядку від моменту його виникнення до сучасного стану [38, с. 38] За допомогою цього методу досліджувався розвиток сфери охорони здоров'я та системи її управління від радянських часів до сьогодення, та окреслювались головні моменти стану системи управління медичною галуззю у продовж зазначеного періоду.

2. Метод системного аналізу. Системний аналіз – це сукупність прийомів і методів, що використовуються для вивчення об'єктів-систем зі складною організацією та сукупністю взаємодіючих між собою елементів. Системний аналіз складається з чотирьох етапів: 1) визначити об'єкт, мету й завдання дослідження, та виділити критерії для вивчення об'єкту; 2) окреслення границь досліджуваної системи та визначення її структури, виділені процесів та об'єктів, що мають відношення до поставленої мети та встановлення взаємодії між ними та зовнішнім середовищем; 3) складання математичної моделі досліджуваної системи; 4) застосування результатів отриманих на попередніх етапах на практиці [38, с. 48]. Метод системного аналізу покладено у структуру кваліфікаційної роботи та застосовується під час розкриття теми, оскільки сфера охорони здоров'я та система публічного управління – це об'ємні складні системи, які нерозривно між собою пов'язані.

3. Метод аналізу та синтезу. Аналіз – це метод пізнання, шляхом якого досліджуваний предмет подумки або практично розкладається на складові елементи, котрі потім вивчаються окремо як частина одного цілого. Мета цього методу полягає у вивченні сутності, отриманих у результаті розкладання частин, елементів, встановленні взаємозв'язків між ними, що не можливо зробити в умовах цілісності предмету. Синтез – метод дослідження, за допомогою якого відбувається уявне поєднання складених елементів предмету, який досліджується, та його властивостей, встановлення зв'язків та взаємодій між ними та вивчення предмета в цілому [38, с. 43]. Метод аналізу у кваліфікаційній роботі використовується для дослідження складових

елементів системи публічного управління у сфері охорони здоров'я. Метод синтезу використовувався у написанні поточних та заключних висновків.

4. Метод порівняння. Суть методу порівняння полягає в співставленні певних соціальних процесів та явищ, а мета – виявленні схожості та відмінності між ними. На основі проведеного аналізу робляться відповідні висновки. Так, при схожості процесів та явищ на основі розвитку одного можна передбачити хід розвитку подібного явища, і навпаки розходження досліджуваних явищ говорить про їхню специфічність, та, можливо, унікальність [31, с. 80]. У роботі метод порівняння використовується для дослідження моделі національної системи охорони здоров'я порівнюючи її з світовими моделями.

5. Метод індукції та дедукції. Індукція – це метод наукового пізнання за допомогою якого на основі формально-логічного умовиводу можна зробити загальний висновок про властивості предмета чи явища, що притаманні всім одиночним предметам певного класу, виду. У науковому пізнанні індукція реалізується у вигляді таких методів: а) метод єдиної подібності (у всіх випадках при дослідженні якогось явища виявляється лише одна спільна ознака); б) метод єдиної відмінності (протилежний вище вказаному методу); в) з'єднаний метод подібності й відмінності (комбінація двох попередніх методів); г) метод супровідних змін (коли певні зміни одного явища кожного разу призводять до певних змін іншого явища, в даному випадку можна зробити висновок про причинні зв'язки між даними явищами); д) метод залишків (використовується при вивченні складних явищ зумовлених багатофакторною причиною). Дедукція – метод, який дозволяє одержати часткові висновки на основі знань певних загальних положень. Дедукція – це процес виведення заключного ствердження з одного або декількох вихідних стверджень, спираючись на певні закономірності. Індукція та дедукція в процесі наукового пізнання не використовуються ізольовано один від одного, а є взаємодоповнюючими методами і нерозривно пов'язані між собою, представляючи діалектичну єдність [38, с. 49-54]. Під

час дослідження модернізації публічного управління у сфері охорони здоров'я України цей метод використовувався для побудови умовиводів, шляхом вивчення взаємного впливу елементів системи управління на функціональну спроможність та розвиток у майбутньому системи охорони здоров'я і навпаки.

В процесі дослідження принципи та методи наукового пізнання не можуть використовуватися ізольовано, а завжди поєднуються між собою для глибокого аналізу теми дослідження.

Резюмуючи викладений матеріал, можна сказати, що питання модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я не є новим для України. Його дослідженням тривалий час займаються вітчизняні науковці у сфері медицини, управління, права, економіки, соціології, менеджменту тощо. Існує достатня кількість наукових статей, посібників, монографій присвячених проблематиці державного та публічного управління медичною галуззю та менеджменту закладів охорони здоров'я. Оскільки раніше у сфері охорони здоров'я не провадилися ґрунтовні перетворення проблематика управління галуззю залишалась переважно на вустах серед вузьких кіл спеціалістів. Та, як нам усім відомо, медична реформа, розпочата у 2016 р., передбачає побудову нової моделі національної системи охорони здоров'я, що, відповідно, диктує необхідність модернізації публічного управління у медичній галузі задля забезпечення її практичної спроможності, стійкості та стратегічного розвитку.

Ми ознайомились з існуючими визначеннями основних понять, що використовуються у кваліфікаційній роботі, та на основі їх, дали власні визначення у контексті теми дослідження:

– «модернізація публічного управління у сфері охорони здоров'я – це комплекс державно-правових, соціально-економічних, інтелектуальних та культурологічних удосконалень, відповідно до міжнародних стандартів та з урахуванням національних особливостей, всіх суб'єктів управління,

спрямований на забезпечення дієвості сфери охорони здоров'я в межах соціально-ринкової моделі».

– «система публічного управління – це функціонально структурована організація суб'єктів управління, пов'язаних вертикальними та горизонтальними зв'язками, об'єднаних визначеною метою та рівноцінно відповідальними за досягнення цієї мети»;

– «публічне управління у сфері охорони здоров'я – це комплекс управлінських, економічних, соціальних заходів, які об'єднаними зусиллями органів державної влади, місцевого самоврядування та громадськості повинні сприяти розвитку та вдосконаленню медичної галузі та забезпечувати її діяльність відповідно до потреб населення».

Визначили та коротко охарактеризували основні принципи та методи, які використовуються під час дослідження теми.

## РОЗДІЛ 2

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ МОДЕРНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **2.1 Мета, принципи та завдання модернізації системи публічного управління в сфері охорони здоров'я**

Сфера охорони здоров'я – це відкрита система, яка має складну організацію та постійно й неупинно змінюється, вдосконалюється, набуває нових форм організації. Тому, управління охороною здоров'я це досить складний процес, який також має динамічний характер і повинен вчасно реагувати та вдосконалюватись відповідно до змін у сфері охорони здоров'я. Тобто, система «охорона здоров'я – управління» має вигляд взаємопов'язаних складових одного цілого, кожен з яких може як стримувати так і пришвидшувати розвиток іншого. Оскільки, останні роки ми спостерігаємо кардинальні зміни у сфері охорони здоров'я, то цілком логічне, що вони не могли оминати систему управління та викликати в ній певні перетворення.

Модернізація системи публічного управління у сфері охорони здоров'я має визначену мету та низку завдань, під час виконання яких необхідно дотримуватись певних принципів.

Проаналізувавши наукові джерела та з точки зору автора модернізація системи публічного управління у сфері охорони здоров'я має наступну мету – враховуючи стан розвитку вітчизняної економіки, особливості інфраструктури, забезпечуючи права громадян на медичну допомогу, передбачені Конституцією України, спираючись на управлінський досвід розвинених країн та власні надбання створити національну модель охорони здоров'я, яка б відповідала вимогам міжнародних стандартів у сфері охорони

здоров'я та управління, та в повній мірі задовольняла потреби населення у медичних послугах, а гарантом медичної допомоги залишалася б держава.

У світі існує декілька моделей, на засадах яких ґрунтується медична діяльність. Основні відмінності між ними полягають переважно у джерелах фінансування здравооохоронної сфери та силі управлінського впливу на неї з боку держави. Для більшого розуміння проблеми маємо за необхідність коротко ознайомитись з існуючими моделями систем охорони здоров'я.

Ринкова модель передбачає приватне фінансування медичної галузі та обмеження ролі держави у фінансуванні. За цієї моделі фінансування здійснюється за рахунок приватних страхових фондів охорони здоров'я, прямих виплат виробнику медичних послуг, внесків з приватних джерел. Медичне страхування здійснюється на приватних засадах. Країни з ринковою моделлю здебільшого застосовують комбінацію приватного та суспільного фінансування. До переваг ринкової моделі належить стимуляція розвитку медичних технологій, забезпечується покращення діяльності медичних працівників, підвищується якість медичних послуг. Недоліки – висока ціна на медичні послуги, великі громадські витрати. До країн з переважно ринковою моделлю організації ОЗ належать США [28, с. 131].

Соціальна модель охорони здоров'я. Система фінансування базується на збиранні коштів до громадського фонду медичного забезпечення та використанні податків з громадських фондів, внесків громадських фондів медичного страхування, змішану систему фінансування.

За рахунок податків фінансуються сфери охорони здоров'я Великобританії, Швеції, Канади, Іспанії, а за рахунок суспільного страхування – Бельгії, Франції, Німеччини, Японії.

До соціальної моделі відносяться системи організації охорони здоров'я Бісмарка, Беверіджа та Семашко.

Система Бісмарка передбачає фінансування переважно шляхом обов'язкового соціального страхування на випадок захворювання. Держава на законодавчому рівні зобов'язує роботодавців приймати участь в оплаті



медичної допомоги працівникам через лікарняні каси. Частина вартості медичних послуг оплачують роботодавці, іншу частину – працівники. Зібрані кошти використовуються страховими компаніями тільки на оплату медичної допомоги. Діяльність страхових компаній суворо регламентується державою. Переваги системи Бісмарка – доступність медичної допомоги для населення та принцип солідарної оплати медичної допомоги. Недоліки – необхідність великого адміністративного апарату, складна система розрахунків з надавачами медичних послуг, значні витрати на утримання страхової інфраструктури. Система Бісмарка функціонує в Нідерландах, Австрії, Люксембурзі [28, с. 133].

Система Беверіджа заснована на фінансуванні сфери охорони здоров'я з державного бюджету та значно обмежує ринкові відносини між лікарем та пацієнтом. Медична допомога гарантується державою всім громадянам незалежно від соціального статусу та рівня доходів. Між лікарями відбувається конкуренція за державні кошти, а оплата праці медичним працівникам залежить від наданих медичних послуг та кваліфікації медичного персоналу. Переваги системи - доступність медичної допомоги, нескладна процедура фінансування ЗОЗ, проста система оплати праці. Недоліки - відсутні ринкові стимули економічної ефективності, значні фінансові витрати з державного бюджету.

Характерна для Італії, Ірландії, Португалії [28, с. 133-134]. Суспільно-приватна модель організації охорони здоров'я поєднує в різних відношеннях ринкову та соціальну моделі.

Система охорони здоров'я дісталась у спадок Україні від Радянського Союзу. Її діяльність побудована на принципах заснованих О. Семашко (1874-1949 рр.. Москва. Партійний та державний діяч, лікар, один з організаторів системи охорони здоров'я СРСР). Система Семашко була впроваджена на початку заснування СРСР та більшою мірою задовольняла вимоги і виконувала завдання, які поставали того часу перед державою, та стала своєрідним відкриттям свого часу. Основна ідея системи - доступність

медичної допомоги не залежно від соціального статусу та доходів громадян. Першочергова увага приділялась боротьбі з епідеміями та профілактиці інфекційних захворювань таких як туберкульоз, сифіліс та ін., які на той час були однією з головних причин смертності населення; охороні здоров'я дітей та материнства; диспансеризації хворих. Для досягнення мети була збудована значна кількість багатопрофільних лікарень, госпіталів, вузькопрофільних диспансерів, санаторіїв тощо. Система охорони здоров'я мала державно-адміністративний тип організації та централізоване управління, а відповідно жорсткий контроль з боку держави, мала чітку ієрархію медичних закладів. Фінансування здійснювалось за рахунок державного бюджету, а надавані медичні послуги були безоплатними. Завдяки такій організації охорони здоров'я вдалося досягти значних успіхів у боротьбі з інфекційними та хронічними неінфекційними хворобами, покращити рівень здоров'я та значно збільшити тривалість життя населення. Проте система мала й певні недоліки: екстенсивне будівництво лікарень, велика кількість лікарів (в 1,5 -2 рази більше на відсоток населення у порівнянні з країнами Європи), орієнтація на кількість ліжок в лікарнях, а не на якість медичних послуг, що призводило до нераціонального використання ресурсів; фінансування закладів охорони здоров'я відбувався за залишковим принципом відповідно до потужності медичного закладу, а не кількості наданих послуг. Зарплата лікарів залежала від спеціалізації, кваліфікації тощо, а не від виконаного об'єму роботи та її якості. Важливим моментом було обслуговування населення за територіальним принципом, що позбавляло людей можливості вільно обирати лікаря [28, с. 134-135].

Однак зміни, які відбулися наприкінці існування СРСР і продовжують відбуватися у нашій країні зараз, а саме зниження темпів економічного розвитку, тіньова економіка, корупція, позитивні зміни такі як децентралізація, науковий розвиток, інтернет, новітні технології тощо обмежують можливості держави у повному фінансовому забезпеченні

медичної галузі, з одного боку, та спонукають до розвитку і вдосконалення сфери охорони здоров'я, з іншого боку.

Модернізація системи публічного управління у сфері охорони здоров'я повинна базуватися на певних принципах.

Принципи управління – це головні, вихідні положення теорії, вчення, науки, до яких належать: об'єктивність і конкретність, науковість, системність, комплексність, плановість, оптимальність і ефективність, раціональне поєднання централізму з демократизмом та єдиного керівництва з колегіальністю, галузевого та територіального управління, стимулювання праці; постійне вдосконалення форм і методів роботи, обліку та контролю [37, с. 13]

Принцип науковості (головний принцип на думку автора). Наука управління – це види діяльності, організаційно-технологічні та технічні заходи керівництва окремими виробничими системами та колективами, спрямовані на досягнення максимально повного ефекту за мінімальних витрат часу, людської праці й енергії, в основу яких покладено вивчення та застосування законів і принципів, залежності між причинами та наслідками [37, с. 13]. На сьогоднішній день, коли вже відбулася реформа на первинній ланці надання медичної допомоги, завершилась реорганізація комунальних закладів на первинному рівні та триває на другому та третьому рівні надання медичної допомоги, управління ними здійснюється на рівні оперативного керування, яке передбачає вирішення поточних проблем і не передбачає плану стратегічного розвитку закладу. Нажаль, в багатьох випадках недоліки оперативного управління призводять до неякісного використання людських, фінансових, технічних ресурсів, що позначається на діяльності закладу та знижує якість медичних послуг. Принцип науковості передбачає управління закладом охорони здоров'я, яке ґрунтується на сучасних наукових знаннях у сфері економіки, менеджменту, фінансів, права, психології управління тощо, що дозволить в умовах обмежених ресурсів досягти максимального результату.

Принцип децентралізації управління та розвиток самоврядності закладів охорони здоров'я. В основу принципу покладено забезпечення органів місцевого самоврядування власними та делегованими повноваженнями, що стосуються утримання та фінансування закладів охорони здоров'я, розробка органами місцевого самоврядування регіональної політики у медичній сфері, розробка та реалізація місцевих програм медичного забезпечення певних категорій населення, надання послуг громадського здоров'я, створення гідних умов для взаємодії лікаря та пацієнта з метою отримання якісної медичної допомоги, розробка місцевих стимулів для залучення медичних працівників до роботи у підпорядкованих медичних установах [15]. Самоврядність закладів охорони здоров'я передбачає розширення їхніх управлінських функцій зумовлених зміною організаційно-правової форми медичного закладу, можливість змінювати внутрішню організацію, штатний розпис, укладати договори з іншими медичними закладами, з метою покращення діяльності та максимального забезпечення потреб населення у медичних послугах.

Принцип рівності прав та доступності медичної допомоги. Дотримання та забезпечення прав і свобод людини під час отримання медичних або інших послуг в закладах охорони здоров'я є невід'ємною умовою діяльності закладу та системи публічного управління. Право на отримання медичних послуг не залежно від статі, віку, соціального статусу, віросповідання, гендерної ідентичності тощо, визначається ст. 49 Конституції України, а також низкою нормативно-правових актів, зокрема стаття 6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає право людини на кваліфіковану медичну допомогу та вільний вибір лікаря. На міжнародному рівні право людини на медичну допомог передбачено ст. 35 Хартії основних прав Європейського Союзу [77] та Загальною декларацією прав людини ООН [14]. Досить часто права пацієнта на вільний вибір лікаря та лікувального закладу порушуються через «територіальну прив'язаність» пацієнта до певної лікарні, наявність хронічних захворювань, матеріального

статку, що є неприпустимим та, на нашу думку, є недоліком саме системи управління як на рівні медичного закладу та і на рівні місцевої влади. Модернізації системи управління має забезпечити дотримання цього принципу.

Принцип пацієнторієнтованого підходу. З провадженням медичної реформи робиться акцент на пацієнта. Пацієнт-орієнтований підхід ґрунтується на наступних принципах: 1) повага до пацієнта і переконань пацієнта., тобто використовується підхід, який передбачає уподобання, цінності та потреби пацієнта; 2) координація та інтеграція догляду, має на увазі максимально ефективне використання ресурсів через координацію допомоги та співробітництво з вузькими спеціалістами; 3) комунікація, інформація, навчання – передбачає надання повної інформації пацієнту про його стан на зрозумілому для пацієнта рівні; 4) емоційна підтримка, зменшення страху, тобто підтримка пацієнта, зменшення його емоційної напруги; 5) фізичний комфорт, зменшення болю; 6) залучення сім'ї та друзів. Цей принцип передбачає врахування думки сім'ї пацієнта під час вибору методів та засобів лікування; 7) безперервність та наступність догляду передбачає нагляд за пацієнтом на протязі його життя; 8) своєчасний та безперешкодний доступ до медичної допомоги. Принцип пацієнторієнтованої моделі застосовується у найбільш відомих та успішних клініках світу. Так, керівництво клініки Мейо визначають 6 основних умов, які необхідні для успіху медичного закладу: 1) безперервне прагнення до ідеальної якості послуг та дотримання некомерційних принципів; 2) постійне щире бажання допомогти кожному клієнту; 3) постійна зацікавленість у професіональному розвитку кожного працівника; 4) прагнення змінюватись у відповідь на зміни потреб суспільства; 5) постійне прагнення досягти найвищих результатів, щоб ти не робив; 6) абсолютна чесність у всіх вчинках [16].

Принцип орієнтованості на якість. Найважливішою умовою успіху підприємства незалежно від виду діяльності та форми власності є високий рівень задоволення очікувань та запитів споживачів. Якість є головним

інструментом конкуренції та найважливішим чинником покращення рівня життя. Визначення якості офіційно закріплено в стандартах ISO (Міжнародної організації зі стандартизації на базі ООН). Стандарти ISO серії 9000 встановили єдиний підхід стосовно оцінки систем якості та регламентували відносини між виробниками та споживачами продукції та послуг [6]. Міжнародною організацією зі стандартизації сформульовано 8 принципів менеджменту якості: 1) орієнтація на споживача – організація повинна розуміти дійсні та майбутні потреби споживачів, задовольняти їхні вимоги й намагатися перевершити їхні очікування; 2) лідерство – лідери визначають напрями дій і створюють середовище, у якому люди можуть бути цілком задіяні для досягнення цілей; 3) залучення персоналу – основою організації є люди, максимальне залучення їхніх можливостей сприятиме досягненню цілей; 4) процесний підхід – система управління організацією будується на основі управління мережею процесів; 5) системний підхід – означає ідентифікацію, розуміння та керування системою взаємозалежних процесів за їхніми внесками в досягнення встановлених цілей; 6) постійне поліпшення – виступає стратегічною метою діяльності організації; 7) прийняття рішень на основі фактів – ефективні рішення базуються на логічному аналізі й раціональній оцінці інформації та первинних даних; 8) взаємовигідні відносини з постачальниками – такі відносини посилюють можливості обох сторін у створенні цінності [17, с. 9].

Оскільки, реорганізовані заклади охорони здоров'я стали підприємствами, то їхня діяльність цілком підпорядковується законам менеджменту, а якість, як зазначалось вище є передумовою успішної діяльності підприємства. Результати опитування проведені соціологічною групою «Рейтинг» у травні 2019 року свідчать, що 20 % опитаних зазначили, що за останні два роки загальна якість державних медичних послуг покращилася, 37 % говорять про погіршення якості, 32 % не бачать різниці в якості медичних послуг, 12 % не змогли дати відповідь. Зазвичай, при проведенні соціологічних опитувань враховується не лише якість медичної

послуги, а й доброзичливість персоналу, час проведений в чергах до лікаря, повнота отриманої від лікаря інформації, можливість спілкуватися з лікарем по телефону тощо [39]. В умовах соціально-ринкової моделі існування медичної галузі якості медичних послуг та якості управління відводиться головна роль.

Принцип урахування інтересів. Зазвичай, в більшості державних медичних закладах працівники мають низьку мотивацію до праці, що обумовлено недостатньою увагою керівництва до їхніх інтересів та проблем. Основні чинники низької вмотивованості: низька заробітна плата, відсутністю своєрідної професійної справедливості (наприклад, два лікарі терапевти в одному медичному закладу отримують однакову заробітну плату, але надають різний об'єм медичних послуг), надто великий об'єм паперової роботи у лікарів, незадовільний соціально-психологічний клімат у колективі тощо. Професійні управлінці повинні мотивувати працівників шляхом розумного поєднання матеріальної, соціальної та владної мотивації. Матеріальна мотивація, або економічний метод впливу передбачає матеріальну винагороду за результати діяльності. На цей метод впливу в ефективних системах припадає 40-50% від застосованих методів управління. Соціальна мотивація, або соціально-психологічний метод впливу здійснюється шляхом використання моральних, духовних, естетичних потреб людини як соціальної істоти, її потреб в повазі, самореалізації, безпеці тощо. Оптимальним вважається коли на цю групу припадає 30-45%. Владна мотивація або адміністративні методи управління ґрунтується на праві керівника віддавати розпорядження, накази та обов'язковості їх виконання працівником. На цей метод повинно припадати не більше 15-20%. Однак, зазвичай цей метод управління є основним в більшості закладів охорони здоров'я [37, с. 20].

Модернізація системи публічного управління у сфері охорони здоров'я, на думку автора, має передбачати виконання наступних завдань.

Забезпечити управління закладом охорони здоров'я управлінцем-професіоналом професійну підготовку керівників закладів охорони здоров'я. З метою вдосконалення управління ЗОЗ МОЗ України видало наказ № 1977 від 31.10.2018 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»». Наказ набрав чинності 01 січня 2019 року, а деякі пункти набирають чинності з 01 січня 2022 року (більш детально наказ буде розглянутий в підрозділі 2.2). У наказі зазначаються нові кваліфікаційні вимоги до керівників закладів охорони здоров'я, зокрема наявність вищої освіти II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Публічне управління та адміністрування». Однак, відсутні рекомендації на яких засадах та за чий рахунок буде здійснюватися навчання потенційних керівників закладів охорони здоров'я. На сьогоднішній день здобувачі освіти навчається здебільшого за власний кошт, при цьому часто відсутня чітка впевненість у зайнятті керівної посади в майбутньому, що може знизити вмотивованість до здобуття відповідної освіти. Тому для стабільного забезпечення системи управління в сфері охорони здоров'я кваліфікованими управлінцями було б цілком доцільно покласти відповідальність за організацію навчання на органи місцевого самоврядування, які повинні бути зацікавлені у професіоналізмі та компетентності працівників підпорядкованих їм закладів охорони здоров'я та приймати активну участь, в тому числі у професійному розвитку адміністрації медичного закладу.

Удосконалити кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я. У зв'язку з реорганізацією медичних закладів та перетворення їх з бюджетної установи на комунальне некомерційне підприємство та керуючись ч. 3 ст. 64 Господарського кодексу України керівники підприємств мають право самостійно визначати свою організаційну структуру, визначати кількість працівників та затверджувати штатний розпис з відповідними окладами. Такий підхід дає можливість керівнику організувати кадровий склад підприємства відповідно до обсягу фінансування, кількості та виду



надаваних медичних та інших послуг з огляду на потреби населення. Керівник закладу охорони здоров'я повинен мати зацікавленість в підвищенні кваліфікації та безперервному професійному розвитку своїх підлеглих, створюючи для цього належні умови. Особливо це стосується закладів, які надають первинну медичну допомогу. На сьогоднішній день, відповідно до чинного законодавства заклади первинного рівня надають дуже обмежену кількість медичних послуг, перелік яких повністю не може задовольнити потреби населення. Для отримання більшості простих послуг пацієнта доводиться скеровувати на другий рівень надання медичної допомоги. Це, по-перше викликає незадоволеність пацієнтів, а по-друге негативно впливає на імідж закладу ПМСД та призводить до фінансових втрат. Такими послугами є ультразвукове дослідження, певна когорта лабораторних досліджень, реабілітаційні заходи, що в більшості розвинених країн є буденними послугами, які надають центри первинної допомоги. Тому у перспективі розвитку закладів охорони здоров'я, особливо первинки, лікарі повинні оволодівати додатковими вміннями, а мотивацією для цього мають стати матеріальні стимули. У цьому процесі зацікавленість та активну участь, на нашу думку, та відповідно до чинного законодавства, повинні приймати органи місцевого самоврядування, у власності яких знаходяться заклади охорони здоров'я, задля задоволення потреб населення громади шляхом розширення об'єму медичних послуг.

Забезпечити економічну ефективність та стабільність підприємства. Відповідно до листа МОЗ України від 02.02.2018 №19.1-04-158-2823 [24] відбулися зміни в фінансуванні комунальних некомерційних підприємств. На сьогоднішній день фінансування КНП на первинному рівні надання медичної допомоги відбувається подушно за рахунок відрахувань з Національної служби здоров'я України, яка є замовником медичних послуг. Дещо складнішим є фінансування КНП вторинного та третинного рівня, яке включає окрім коштів НСЗУ фінансування з державного та місцевого бюджетів. У зв'язку з автономізацією закладів охорони здоров'я зросли

фінансові ризики, які без урахування законів економіки, можуть призвести до серйозних наслідків і, навіть, до банкрутства підприємства. Таким чином керівництво повинне забезпечити економічну стабільність підприємства шляхом залучення додаткових коштів, не заборонених законодавством, зокрема впровадженням додаткових платних послуг. Так, ч. 8 ст. 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [36]. визначено, що заклади охорони здоров'я можуть надавати платні послуги, які не входять до програми медичних гарантій, однак відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» ч. 11 ст. 10 обсяг платних послуг не може перевищувати 20% від загальної кількості надаваних послуг до 31 грудня 2024 року [51].

Створити єдиний інформаційний медичний простір. З 2018 р. в Україні працює електронна система охорони здоров'я, ведеться електронний документообіг. Однак, на думку автора, система потребує вдосконалення, а саме захисту персональних даних пацієнта та його медичної інформації. Крім того, виникає необхідність у створенні єдиної електронної медичної карти пацієнта, яка б відображала записи лікарів всіх рівнів надання медичної допомоги, що б дало можливість містити всю медичну інформацію про пацієнта у одній картці. Наприклад, на сьогоднішній день, у електронній картці пацієнта, сімейний лікар не може бачити записи лікаря другого чи третього рівня надання медичної допомоги і навпаки.

Забезпечити широку участь громадськості в охороні здоров'я. Участь громадськості в охороні здоров'я часто недооцінюється, а часом і взагалі не береться до уваги, хоча передбачена ст. 24 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [36] та викладена в методичних рекомендаціях МОЗ з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Утворення відповідних спостережних, наглядових, опікунських рад при ЗОЗ та участь громадськості у діяльності медичних установ передбачає виконання низки завдань, а саме: дотримання закладом охорони здоров'я прав пацієнта,

належного розгляду скарг пацієнтів, та відповідної реакції на них (доречно приймати відповідні міри і по відношенню до пацієнтів, за необрунтовані скарги на медичний персонал), участь у підготовці пропозицій стосовно розвитку матеріально-технічної бази закладу охорони здоров'я, висвітлення своєї діяльності на зборах, конференціях, засобах масової інформації та ін.. Значний вклад громадські організації можуть внести у пропаганду серед населення здорового способу життя, вакцинації, охорону дітей та підлітків, охорону материнства тощо.

## **2.2 Нормативно-законодавча база модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я**

Сфера охорони здоров'я є комплексною у відношенні правового регулювання. Вона включає правові норми різної галузевої приналежності: конституційного, адміністративного, цивільного, фінансового, трудового, кримінального, господарського права тощо.

Базисом українського законодавства про охорону здоров'я є Конституція України [20]. Так, у ст. 3 Конституції України говориться зокрема про те, що життя і здоров'я людини визначається в Україні найвищою соціальною цінністю. Ст. 27 передбачено невідемне право кожної людини на життя, право на захист свого життя і здоров'я, а також життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань. Ст. 49 говорить про те, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Ефективне та доступне для всіх громадян медичне страхування створюється державою. Медична допомога у комунальних та державних закладах охорони здоров'я надається безоплатно, а існуюча мережа цих закладів не може бути скорочена. Ст. 50 Конституції України передбачає право кожного на безпечне для здоров'я і життя довкілля та на відшкодування шкоди завданої порушенням цього права.

Відповідно до Конституції України головна роль у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я належить державі. Держава повинна забезпечувати пріоритетність розвитку охорони здоров'я, поліпшувати умови праці, побуту, навчання та відпочинку населення, покращувати якість медичної допомоги та сприяти здоровому способу життя.

Управління сферою охорони здоров'я має певну структурну організацію відповідно до специфіки функцій та зони управлінського впливу та поділяється на центральний, регіональний та субрегіональний рівень [28, с. 211].

Національний рівень представлений Міністерством охорони здоров'я України, який є суб'єктом управління та закладами охорони здоров'я державної форми власності, котрі безпосередньо підпорядковані МОЗ – об'єкт управління. Міністерство охорони здоров'я України є спеціально уповноваженим виконавчим органом центральної влади у сфері охорони здоров'я, що відображено у положенні про МОЗ, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 р. № 90) [47]. Діяльність МОЗ визначається та керується Кабінетом Міністрів України, до завдань якого належать організація розробки та здійснення комплексу цільових програм; створення організаційних, правових, економічних механізмів діяльності МОЗ; координація міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я. Крім Кабінету Міністрів України діяльність МОЗ визначають Конституція України, укази Президента України, постанови Верховної Ради України. МОЗ, як центральний орган виконавчої влади, формує та забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. До основних завдань МОЗ належать: епідеміологічний нагляд; забезпечення імунопрофілактики; реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в системі охорони здоров'я; забезпечення формування державної політики в сферах санітарного та епідеміологічного обслуговування населення; профілактика та попередження неінфекційних

захворювань; протидія ВІЛ/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням; забезпечення розвитку медичних послуг; впровадження електронної системи охорони здоров'я; забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; сприяння забезпеченню населення ефективними та безпечними лікарськими засобами, та засобами медичного призначення; забезпечення кадрового розвитку системи охорони здоров'я, вищої медичної, фармацевтичної освіти та науки.

Регіональний рівень системи управління у сфері охорони здоров'я представлений обласними державними адміністраціями (управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій), які є суб'єктом управління, та державними закладами охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними органами у межах чинного законодавства, та заклади охорони здоров'я у спільній власності територіальних громад – об'єкти управління.

Обласна державна адміністрація представляє собою місцевий державний орган виконавчої влади. До складу обласної державної адміністрації входить департамент охорони здоров'я, діяльність якого визначається Положенням про департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації, що затверджується головою ОДА. Департамент підпорядкований голові ОДА та підзвітний і підконтрольний Міністерству охорони здоров'я України. Основні завдання департаменту полягають у: забезпеченні реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я на відповідній території; управлінні в межах наданих чинним законодавством повноважень закладами охорони здоров'я, які утримується за рахунок обласного бюджету, організації їхнього кадрового, методичного та матеріально-технічного забезпечення; здійсненні заходів, які спрямовані на запобігання та ліквідацію небезпечних інфекційних захворювань тощо. Управління сферою охорони здоров'я місцевими державними адміністраціями визначається низкою нормативно-правових актів, одним з яких є Закон України «Про місцеві державні адміністрації» [62].

Статтею 16 Закону передбачено здійснення місцевими державними адміністраціями, в межах чинного законодавства, на відповідній території державного контролю за дотриманням законодавства з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства. Стаття 17 Закону зобов'язує місцеві державні адміністрації створювати проекти програм соціально-економічного розвитку відповідної території, затверджувати їх у відповідній раді, та реалізовувати їх виконання. У ст. 18, вказано, що фінансування підприємств, закладів охорони здоров'я здійснюють місцеві державні адміністрації, яким, у встановленому Законом порядку, передані в управління відповідні медичні установи. Статтею 22 передбачена реалізація місцевими державними адміністраціями державної політики у сфері охорони здоров'я, відповідальність за матеріально-фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я; відповідальність за збереження мережі закладів охорони здоров'я та їхній розвиток з урахуванням проєктів соціально-економічного розвитку; місцеві державні адміністрації в межах своїх повноважень можуть видавати пільги та допомогу, які пов'язані з охороною материнства та дитинства, а також на покращення умов життя багатодітних сімей.

Субрегіональний або місцевий рівень управління системи охорони здоров'я представлений районними державними адміністраціями, районними, міськими, районними у містах, селищними та сільськими органами місцевого самоврядування, які виступають суб'єктами управління та закладами охорони здоров'я, які, на правах комунальної власності, підпорядковані цим органам – об'єкти управління.

Повноваження та функції місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування згідно з чинним законодавством базуються на засадах галузевої компетенції. В свою чергу галузеву компетенцію можна розділити на три типи: виключна компетенція місцевих державних адміністрацій; виключна компетенція органів місцевого самоврядування; суміжна компетенція. Через наявність суміжної компетенції відбувається дублювання функцій та взаємне втручання в управління місцевих державних

адміністрацій та органів місцевого самоврядування, що часом призводить до непорозумінь та перекладання обов'язків один на одного.

Засади управління сферою охорони здоров'я на рівні села, селища, міста зокрема визначені Законом України «Про місцеве самоврядування» [63]. Так, ст. 32 вказує, що до відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад відноситься управління закладами охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам або передані їм державою. Органи місцевого самоврядування повинні забезпечувати організацію матеріально-технічного та фінансового забезпечення підпорядкованих їм закладів охорони здоров'я. Виконавчим органам сільських, селищних, міських рад делеговані повноваження у забезпеченні доступності медичних послуг; розвитку мережі лікувальних закладів; участі у кадровому забезпеченні закладів охорони здоров'я спеціалістами; забезпеченні певних категорій населення, які мають пільги в медичній галузі медикаментами та засобами медичного призначення та ін.. Сільські, селищні, міські голови мають право призначати та звільняти з посад керівників закладів охорони здоров'я, які належать до власності відповідних громад. Стаття 44 цього Закону передбачає забезпечення органами місцевого самоврядування відповідно до законодавства розвиток охорони здоров'я на відповідній території. Відповідно до статті 5 Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [65] органи місцевого самоврядування повинні приймати додаткові дії та впроваджувати додаткові стимули для залучення на роботу медичних працівників у сільську місцевість.

Управлінські функції у сфері охорони здоров'я здійснюють також інші органи, які мають у своєму підпорядкуванні установи охорони здоров'я. До таких органів, зокрема, належать Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України, Мінтранс України. Ці установи визначають структуру управління відомчими установами охорони здоров'я

Одним з основних нормативно-правових актів у системі охорони здоров'я, який регламентує її діяльність та управління нею є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який був прийнятий 19 листопада 1992 року (далі – Основи)[36] Стаття 5 Основ говорить про те, що охорона здоров'я – це загальний обов'язок держави та суспільства. Держава, підприємства, установи, громадські та інші організації повинні забезпечувати пріоритетність охорони здоров'я у своїй діяльності. Пріоритетність державної діяльності у сфері охорони здоров'я зазначено і у ст. 12 Основ. Формування державної політики у сфері охорони здоров'я передбачено ст. 13, у якій йдеться мова про те, що основу державної політики формує Верховна Рада України. Верховна Рада України визначає мету, головні завдання, принципи розвитку охорони здоров'я, встановлює нормативи та обсяг фінансування галузі, затверджує загальнодержавні програми, шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад у сфері охорони здоров'я. У ст. 14 цього Закону йдеться мова про шляхи реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Так, Кабінет Міністрів України несе відповідальність за організацію розробок та здійснення державних цільових програм, створення належних економічних, правових та організаційних механізмів за для ефективної діяльності сфери охорони здоров'я, сприяє розвитку мережі закладів охорони здоров'я, відповідає за міжнародне співробітництво у питаннях охорони здоров'я. Міністерства та інші центральні органи виконавчої влади в межах своїх повноважень та компетенцій розробляють програми у сфері охорони здоров'я, розробляють єдині науково обґрунтовані державні стандарти, вимоги та критерії, які сприяють охороні здоров'я населення, а також здійснюють контроль за діяльністю підпорядкованих їм медичних установ. Управління комунальними закладами охорони здоров'я, організацію їх кадрового, фінансового, матеріально-технічного забезпечення у межах передбачених законодавством здійснюють виконавчі органи сільських, селищних, міських рад. Стаття 16 дає роз'яснення стосовно закладів охорони здоров'я, їх утворення,



реорганізацію та управління ними. Так, у ч. 8 цієї статті зазначається, що керівником закладу охорони здоров'я будь-якої форми власності може бути лише особа, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам встановленим органом центральної влади, який забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я; ч. 10 визначає умови та терміни призначення особи на керівну посаду закладу охорони здоров'я; у ч. 14 зазначається, що за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Фінансове забезпечення охорони здоров'я передбачене ст. 18 Основ. Відповідно до неї фінансове забезпечення може здійснюватися за рахунок коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів, коштів фізичних та юридичних осіб, а також коштів з інших джерел не заборонених законодавством.

30 листопада 2016 р. Кабінет Міністрів України ухвалив розпорядження № 1013-р про Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я [21]. У документі йдеться мова про необхідність проведення кардинальних змін усіх функцій сфери охорони здоров'я, зокрема системи управління, забезпеченні сфери охорони здоров'я відповідними ресурсами, фінансуванні та наданні вироблених послуг медичною галуззю. Головним завданням, яке має вирішити Концепція – це проведення реформи у фінансуванні сфери охорони здоров'я. Окреслені основні проблеми у фінансуванні медичної галузі, які необхідно вирішити: катастрофічна фінансова незахищеність пацієнтів; низька якість та ефективність надаваних медичних послуг; неефективне витрачання бюджетних коштів, яке передбачає фінансування закладів охорони здоров'я за постатейним кошторисним принципом; сувора та неефективна управлінська дисципліна отримана від попередньої системи Семашка. Метою реформи фінансування сфери охорони здоров'я у Концепції є створення нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, покращення фінансового

захисту населення, ефективний розподіл публічних коштів, створення стимулів для покращення якості надання медичної допомоги населенню.

Завдання реформи полягає у:

- впровадженні державного гарантованого пакета медичної допомоги,
- створенні єдиного національного замовника медичних послуг (окремого органу центральної виконавчої влади, а не структурного підрозділу МОЗ);
- створенні нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я, що передбачено ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування»;
- автономізації постачальників медичних послуг (реорганізація державних та комунальних закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства);
- розбудові сучасної системи управління медичною інформацією (створення електронної системи охорони здоров'я та інформатизація закладів охорони здоров'я);
- запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом» (перехід від фінансування за постатейним кошторисом державних та комунальних закладів охорони здоров'я до оплати за фактично надані ними медичні послуги пацієнтам).

З метою реалізації завдань Концепції прийнята низка нормативно-правових актів та внесені певні зміни до чинного законодавства.

19 жовтня 2017 р. прийнято Закон України № 2168 – VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [51]. Закон почав вводитися в дію поетапно з 1 січня 2018 року. У Законі зокрема йдеться мова про те, що держава гарантує повну оплату згідно з тарифами наданих населенню медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій, за рахунок коштів Державного бюджету

України (ст. 3). Стаття 7, під назвою «Уповноважений орган» зазначає, що уповноважений орган реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення в межах програми державних гарантій; виконує функції замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; розроблює проекти програми медичних гарантій, встановлює тарифи на медичні послуги; контролює ефективність використання коштів надавачами медичних послуг; укладає, змінює та припиняє договори про медичне обслуговування населення та реімбурсацію; забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я, тощо. У ст. 8 цього Закону передбачена співпраця закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та фізичними особами-підприємцями, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики з Уповноваженим органом на основі договору. Договір укладається на користь третіх осіб – пацієнтів. Стаття 10 містить основні засади оплати надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

Цим Уповноваженим органом стала Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ), яка утворена Положенням про Національну службу здоров'я України, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» [68]. 30 березня 2018 р. в Міністерстві юстиції України зареєстровано новий орган – Національна служба здоров'я України.

НСЗУ – центральний орган виконавчої влади, завданням якого є реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. НСЗУ – єдиний національний замовник медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій. Діяльність НСЗУ спрямовується та координується кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я та визначається Конституцією України, указами Президента України, актами Верховної Ради України. Основні завдання НСЗУ полягають у: реалізації державної політики

у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; виконання функції замовника медичних послуг і лікарських засобів, що входять до програми медичних гарантій; внесення на розгляд Міністерства охорони здоров'я пропозиції відносно забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; забезпечення функціонування та розвитку електронної системи охорони здоров'я; здійснення оплати за надані пацієнтам медичні послуги відповідно до тарифів за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій; відшкодуванні вартості лікарських засобів за договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій тощо.

До компетенції НСЗУ належать наступні нормативно-правові акти: [32]

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»;
- Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я»;
- Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років;
- Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного

обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення»;

– Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»;

– Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»;

– Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»;

– Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2018 № 148 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу»;

– Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2016 р. № 246 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посад державної служби»;

– Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я»;

– Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1073 «Деякі питання договорів медичного обслуговування населення»;

– Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1119 «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік»;

– Постанова Кабінету Міністрів України від 24.12.2019 № 1086 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення»;

– Постанова Кабінету Міністрів України від 05.02.2020 № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році»;

– Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.12.2019 № 2559 «Про затвердження Методики розрахунку тарифів».

Окремої уваги заслуговує Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України №178/24 від 06.02.2018 р. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги (далі – ПМД) [58]. Відповідно до Порядку одним з критеріїв спроможності мережі ПМД є задоволення запитів населення на послуги ПМД, що визначаються спираючись на соціально-демографічний склад, поточні та прогнозовані показники міграційного та природного руху, показники захворюваності та інші статистичні дані щодо населення відповідної території планування. Доступність для мешканців населених пунктів до визначених територіальних ділянок враховує фактичну наявність, фізичну доступність для людей з інвалідністю, фінансову доступність, зручність графіка роботи, комунікаційної прийнятності, транспортну доступність, яка враховує наявність транспорту загального користування, фінансова стійкість спроможності мережі надання ПМД, що визначається здатністю мережі ефективно та постійно надавати медичні послуги належної якості мешканцям відповідної території. Спираючись на критерії спроможності Порядком визначена наступна типологія надання ПМД, які потрібно враховувати та використовувати при розробці перспективного плану спроможності мережі ПМД: а) центр ПМД – регулярне місце надання ПМД не менше ніж сімома лікарями, розташоване в межах центральної території доступності (визначення та характеристика територій доступності наводяться у Порядку); б) амбулаторія групової практики – регулярне місце надання ПМД не менше ніж двома лікарями, розташоване в межах центральної території доступності або периферійної

території доступності першого порядку ; в) амбулаторія моно-практики – регулярне місце надання ПМД одним лікарем, розташоване в межах периферійної території доступності другого порядку; г) пункт здоров'я – нерегулярне місце надання ПМД, розташоване на території периферійної території доступності першого або другого порядку як додаткова інфраструктура. У Порядку зазначено, що центри ПМД створюються в населених пунктах з понад 15000 населення, амбулаторії групової практики – понад 3000 населення, амбулаторії моно-практики – орієнтовно 1500 населення, пункти здоров'я – у місцевості з кількістю населення недостатнім для регулярного місця надання ПМД. Пункти здоров'я можуть розташовуватися у місцях де чисельність населення менше 750 осіб, та передбачають графік роботи не менше двох повних робочих змін лікаря на тиждень, крім того медичну допомогу населенню у пунктах здоров'я може надавати середній медичний персонал (фельдшер, медсестра) у межах своїх компетенцій. У підпункті 5 пункту 11 порядку зазначено наступне: «для визначення економічної доцільності утримання нерегулярних місць надання ПМД здійснюється порівняння вартості утримання конкретного нерегулярного місця надання ПМД у відповідному населеному пункті із вартістю транспортування пацієнтів з цього населеного пункту до найближчих регулярних місць надання ПМД в інших населених пунктах», відповідно, у підпункті 7 цього ж пункту зазначається «якщо в результаті порівняння сукупні витрати на утримання нерегулярного місця надання ПМД в певному населеному пункті перевищують сукупні витрати на транспортування пацієнтів з цього населеного пункту до регулярного місця надання ПМД в іншому населеному пункті, то з метою забезпечення доступності ПМД перевага надається транспортуванню пацієнтів до регулярних місць надання ПМД». У V розділі Порядку зазначено наступне: п. 1 «Формування спроможних мереж надання ПМД здійснюється з урахуванням наявних мереж надання ПМД шляхом: розроблення відповідно до цього Порядку... обласними державними адміністраціями планів

спроможних мереж надання ПМД та їх затвердження за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України...», п. 2 «З метою врахування інтересів територіальних громад під час розроблення планів спроможних мереж надання ПМД... обласні державні адміністрації проводять обговорення з органами місцевого самоврядування та їх асоціаціями, громадськими об'єднаннями, суб'єктами господарювання», п. 3 «З метою забезпечення відкритості та прозорості роботи з розроблення планів спроможних мереж надання ПМД може утворюватися робоча група, до складу якої можуть за згодою входити представники... облдержадміністрації, відповідних органів місцевого самоврядування та їх асоціацій, громадськості».

Цікавими є критерії укомплектованості медичним персоналом зазначені у даному документі. Так, стосовно центрів ПМД та амбулаторій групової практики зазначено наступне «укомплектованість медичним персоналом з урахуванням 5-річної перспективи (вік лікарів і медсестер, наявність лікарів-інтернів, забезпеченість житлом, плани керівництва з покращення кадрової ситуації)», для амбулаторій моно-практики – «укомплектованість медичним персоналом з урахуванням 5-річної перспективи (вік лікаря і медсестер, забезпеченість житлом, життєві плани медичних працівників)». Стосовно реорганізації закладів охорони здоров'я 6 квітня 2017 р. прийнято, а 6 листопада 2017 р. введено в дію Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002 – VIII [44]. Цим Законом були внесені зміни до частини першої ст. 76 «Казенне підприємство» Господарського кодексу України [8], а саме вона доповнена фразою «здійснює медичне обслуговування населення». Внесені зміни до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» до статті 3, 16, 18 (зазначені вище), та статті 24 «Участь громадськості в охороні здоров'я», у якій зазначено, що з метою реалізації прав громадян у охороні здоров'я при закладах охорони здоров'я, що



надають вторинну та третинну медичну допомогу, а при бажанні й на первинній ланці, повинні обов'язково створюватись спостережні, наглядові та опікунські ради, які забезпечать дотримання прав пацієнта, покращення роботи закладу, участь у матеріально-технічному забезпеченні закладу, тощо .У Постанові Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. №391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головним розпорядникам бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [53] окреслені вимоги до надавача медичних послуг: наявність ліцензії на провадження господарської діяльності та інших дозвільних документів; наявність у надавача матеріально-технічної бази відповідно до вимог галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я; реєстрація надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної установи) або як фізичної особи – підприємця.

У 2018 р. МОЗ України підготувало методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства [29, с. 24-26]. Рекомендації містять стислі роз'яснення стосовно механізмів створення комунального некомерційного підприємства, правового регулювання його діяльності, його фінансування, утворення спостережних, опікунських рад та ін. Відповідно до методичних рекомендацій управління комунальним некомерційним підприємством (далі – КНП) здійснює рада територіальної громади, яка є власником майна медичного закладу. Власник майна здійснює контроль за використанням належного йому майна без втручання в господарську діяльність підприємства. Повноваження керівника визначаються статутом закладу, який необхідно детально та продумано складати під час реорганізації закладу у КНП. Керівник КНП здійснює оперативне управління підприємством та призначається на посаду уповноваженим виконавчим органом управління власника закладу охорони здоров'я на конкурсній основі шляхом укладання з ним контракту на строк від трьох до п'яти років. Порядок проведення конкурсу та порядок укладання контракту з керівником

комунального/державного закладу охорони здоров'я затверджений Кабінетом Міністрів України «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я» від 27.12.2017 р. №1094 [57].

З метою вдосконалення управління закладами охорони здоров'я МОЗ України видало Наказ № 1977 від 31.10.2018 «Про внесення змін до довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»» [46], в якому зазначаються оновлені вимоги щодо кваліфікаційних характеристик осіб на керівні посади у заклади охорони здоров'я. У наказі зазначено наступне: «З Випуску виключено кваліфікаційні характеристики посад для нових призначень після 01 січня 2019 року: головний лікар лікувально-профілактичного закладу, головний лікар обласної, центральної міської, міської, центральної районної та районної лікарень, заступник головного лікаря обласної, центральної міської, міської, центральної районної та районної лікарень; заступник головного лікаря з медсестринства» До розділу «КЕРІВНИКИ» внесені наступні зміни:

– Генеральний директор (директор)/начальник(завідувач) закладу охорони здоров'я. Кваліфікаційні вимоги: До 01 січня 2022 року – вища освіта II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування» або «Право» або «Соціальні та поведінкові науки» або «Гуманітарні науки» або «Охорона здоров'я» та спеціалізацією «Організація і управління охороною здоров'я». З 01 січня 2022 року вища освіта II рівня за ступенем магістра у галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування» є головною умовою для того щоб займати посаду генерального директора. Ця умова не стосується керівників закладів охорони здоров'я, які надають лише первинну медичну допомогу;

– Заступник генерального директора (директора)/ начальник (завідувач) закладу охорони здоров'я. Відповідно до кваліфікаційних вимог повинен мати вищу освіту II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі

знань «Публічне управління та адміністрування» або «Публічне управління» або «Право» або за спеціальністю «Економіка» галузі знань «Соціальні та поведінкові науки»;

– Медичний директор. Кваліфікаційні вимоги: вища освіта II рівня за ступенем магістра за спеціальністю галузі знань «Охорона здоров'я» з наступною спеціалізацією з «Організації і управління охорони здоров'я»;

– Начальник (завідувач, керівник) структурного підрозділу закладу охорони здоров'я. Кваліфікаційні вимоги: вища освіта II рівня за ступенем магістра у галузі знань «Охорона здоров'я», проходження інтернатури за однією зі спеціальностей медичного профілю з наступною спеціалізацією за профілем структурного підрозділу».

Відповідно до вищевказаних змін проводиться від'єднання адміністративних функцій від медичних. Генеральний директор закладу охорони здоров'я – управлінець, без обов'язкової медичної освіти, повинен займатися стратегічним плануванням, формуванням бюджету, аналізом економічної ефективності, координацією роботи закладу, забезпечувати залучення коштів на потреби закладу. У сферу відповідальності медичного директора входить організація надання пацієнт-орієнтованих послуг, безперервне удосконалення якості послуг, впровадження сучасних методів діагностики та лікування, організація медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях, оцінка якості надання медичних послуг тощо.

### **2.3 Особливості механізму модернізації системи публічного управління в сфері охорони здоров'я**

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [44] та з метою реалізації державної програми медичних гарантій з 1 січня 2018 року розпочато реорганізацію державних та комунальних медичних закладів та зміна їхньої організаційно-

правової форми на комунальне некомерційне підприємство. Рішення про зміну закладом охорони здоров'я організаційно-правової форми покладено на ради територіальних громад сіл, селищ, міст, районів, областей, у комунальній власності яких знаходяться відповідні заклади охорони здоров'я. Підставою для прийняття такого рішення є п. 30 ст. 26 та ст. 43 Закону України «Про місцеве самоврядування»[63], у яких зазначено, що до компетенції сільських, селищних, міських, районних, обласних рад належить створення, реорганізація, ліквідація та перепрофілювання організацій комунальної власності. Відповідно до ст. 104 – 108 Цивільного Кодексу України [78] у разі перетворення, як виду реорганізації, має місце правонаступництво майна, прав та обов'язків юридичної особи-попередника – комунальної бюджетної установи до юридичної особи- правонаступника – комунального некомерційного підприємства. Управління майном комунального некомерційного підприємства здійснюється на правах оперативного управління, що зазначено у ст. 78 Господарського Кодексу України [8] та ст. 16 Основ [36]. Назва реорганізованого закладу охорони здоров'я, спираючись на п. 5 ст. 78 Господарського Кодексу України, повинна містити слова «комунальне підприємство» та вказівку на орган місцевого самоврядування, до сфери управління якого входить дане підприємство. Чинним податковим законодавством передбачено звільнення від оподаткування ПДВ операцій щодо постачання товарів (робіт, послуг) закладами охорони здоров'я окрім винятків передбачених статтею 197.1.5. Податкового кодексу України. Комунальне некомерційне підприємство за власним бажанням може бути зареєстровано платником податків на додану вартість та відповідно мати взаємовідносини з іншими платниками цього податку [40].

Реорганізований заклад охорони здоров'я, відповідно до ч. 3 ст. 64 Господарського Кодексу України [8], має право самостійно визначати свою організаційну структуру, визначати чисельність працівників, штатний розпис, що повинно бути відображено положенням у статуті КНП. Оплата

праці працівникам, після перетворення бюджетних закладів охорони здоров'я у комунальне некомерційне підприємство, здійснюється на засадах договірної регуляції, що передбачено ст. 97 КЗпП України [19] ст. 15, 16 Закону «Про оплату праці» [64], Законом України «Про колективні договори і угоди» [60], а у разі отримання ЗОЗ дотацій із бюджету, оплата праці також здійснюється на підставі постанови Кабінету Міністрів України від 31.08.1997 р. № 948 «Про умови і розміри оплати праці працівників підприємств і організацій, що дотуються з бюджету» [67]. Система оплати праці, доплат, надбавок, премій тощо має бути відображена у колективному договорі та статуті підприємства з дотриманням норм передбачених законодавством.

З метою врегулювання правових та трудових відносин на комунальному некомерційному підприємстві в умовах нової системи фінансування рекомендується розроблення та прийняття колективного договору. Колективний договір – є угодою між трудовим колективом та адміністрацією КНП – власником або уповноваженим ним органом (особою). У колективному договорі визначається результат домовленостей між роботодавцем та працівниками щодо найсуттєвіших аспектів діяльності КНП. Укладання колективного договору починається коли одна з сторін письмово повідомляє іншу про початок колективних переговорів. Сторонами колективних переговорів є роботодавець і трудовий колектив, який представлений одним або декількома профспілковими органами. У разі відсутності останнього, стороною є представники працівників обрані та уповноважені трудовим колективом (ч. 1 ст. 3 Закону України «Про колективні договори та угоди» [60]). У разі, якщо особи, які представляють інтереси адміністрації або трудового колективу КНП, ухиляються від участі у переговорах або чинять будь-який опір щодо укладання колективного договору, внесення змін чи доповнень до нього, не дотримуються графіку роботи комісії тощо, таких осіб може бути притягнуто до адміністративної відповідальності (ст. 41-1 Кодексу України про адміністративні порушення

[18]). Другим кроком є створення робочої комісії з підготовки проєкту колективного договору, визначення складу комісії, встановлення термінів розробки проєкту колективного договору та подання його на затвердження загальними зборами трудового колективу. Необхідними документами на даному етапі є наказ керівника КНП про початок колективних переговорів щодо розробки колективного договору та протокол засідання робочої комісії. На наступному етапі відбувається затвердження робочою комісією розробленого проєкту колективного договору та приймається рішення про винесення його на розгляд загальних зборів трудового колективу. Необхідними документами є протокол засідання робочої комісії та протокол розбіжностей. Далі відбувається схвалення колективного договору загальними зборами трудового колективу підприємства.

Рішення затверджується протоколом зборів трудового колективу з рішенням про схвалення колективного договору. Наступним кроком є підписання колективного договору сторонами в редакції, схваленої загальними зборами трудового колективу. Підписаний колективний договір подається на повідомну реєстрацію до органу реєстрації. На завершальному етапі колективний договір доводиться до всіх працівників підприємства під особистий підпис. Нормативно-правовою базою питань пов'язаних з укладанням колективних договорів є, зокрема, Закон України «Про колективні договори і угоди», Постанова Кабінету Міністрів України від 13.02.2013 № 115 «Про Порядок повідомної реєстрації галузевих (міжгалузевих) і територіальних угод, колективних договорів» [66], Кодекс законів про працю України.

Таким чином комунальне некомерційне підприємство отримало господарську самостійність, самофінансування, розрахунковий та інші рахунки в установах банків. Свої кошти КНП використовує для забезпечення основної діяльності, виконання робіт, надання послуг, оплати праці працівникам, вирішення певних соціальних питань та ін.. Виходячи з цього заклад охорони здоров'я має мати гнучку систему управління, бути здатним

своєчасно адаптуватися до зовнішніх змін та адекватно на них реагувати, а також ефективно взаємодіяти з іншими державними та недержавними структурами. Управління закладом охорони здоров'я має носити стратегічний характер. Перед керівником виникають складні проблеми, для вирішення яких необхідно володіти певними здібностями, знаннями та вміннями, зокрема у сфері економіки, права, менеджменту, маркетингу, психології управління тощо.

Для провадження господарської діяльності з медичної практики заклад охорони здоров'я повинен отримати ліцензію, що передбачено Законом про ліцензування [61] та постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.03.2016 р. № 285 [54]. Відповідно до п. 4 ст. 15 Закону про ліцензування реорганізації закладу охорони здоров'я його правонаступник має право продовжувати господарську діяльність у рамках попередньої ліцензії не більше трьох місяців. Після закінчення цього періоду правонаступник повинен отримати нову ліцензію. Також після отримання ліцензії реорганізованому закладу охорони здоров'я необхідно отримати акредитаційний сертифікат, оскільки у чинному законодавстві не містяться положення про можливість користуватись попереднім. З 30.01.2018 р. акредитація є правом, а не обов'язком ЗОЗ, що вказано у ст. 16 Основ. Проте, відсутність акредитаційного сертифікату може обмежити заклад охорони здоров'я у провадженні певних видів діяльності.

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо управління об'єктами державної та комунальної власності» від 02.06.2016 р. [45] до складу органів управління державних та комунальних підприємств повинна входити наглядова рада як орган корпоративного управління. Умови та порядок створення наглядових рад при комунальних некомерційних підприємствах має розробити територіальна громада, яка є власником відповідного закладу охорони здоров'я. У ст. 24 Основ передбачена реалізація прав громадян на участь в управлінні

діяльністю закладу, тому за рішенням власника закладу охорони здоров'я вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги, та за бажанням власника закладу охорони здоров'я, який надає первинну медичну допомогу може створюватись спостережна рада. До складу спостережної ради входить, зазвичай, не більше 15 осіб, які представлені представником власника ЗОЗ, представниками структурних підрозділів із питань охорони здоров'я та соціального захисту населення місцевої державної адміністрації або виконавчого органу місцевого самоврядування, депутатів місцевих рад (за згодою) та представників громадськості та громадських об'єднань. Строк повноважень – 2 роки. Спостережна рада створюється з метою забезпечення прав пацієнтів під час отримання медичного обслуговування, вносить пропозиції з питань діяльності закладу охорони здоров'я, розвитку матеріально-технічної бази та інфраструктури тощо [29, с. 18].

Для реалізації можливості обслуговувати населення за програмою медичних гарантій заклад охорони здоров'я незалежно від форми власності повинен укласти договір з єдиним державним замовником медичних послуг – Національною службою здоров'я України. Вимоги, яким повинен відповідати заклад охорони здоров'я окреслені у Постанові Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. №391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головним розпорядником бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [53], а саме наявність ліцензії на провадження господарської діяльності та інших дозвільних документів; наявність у надавача матеріально-технічної бази відповідно до вимог галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я; реєстрація надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної установи) або як фізичної особи – підприємця. Порядок укладання, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [52].



Необхідною вимогою до ЗОЗ є комп'ютеризація та його підключення до електронної системи охорони здоров'я. Порядок роботи, завдання та функції електронної системи охорони здоров'я викладені у Постанові Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 Деякі питання електронної системи охорони здоров'я [13]. Відповідно до Постанови завдання електронної системи охорони здоров'я полягає у: реалізації можливостей використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації власних прав, зокрема за програмою державних медичних гарантій; автоматизації ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією; запровадженні електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення.

З метою реалізації прав пацієнтів, вільно обирати лікаря, який надає первинну медичну допомогу шляхом передбачено укладання декларації з лікарем ПМД. Такий підхід з одного боку реалізує конституційне право людини на вільний вибір лікаря та закладу охорони здоров'я, а з іншого – створює конкуренцію за пацієнта між лікарями та закладами охорони здоров'я і спонукає лікарів та керівників останніх всебічно розвивати та покращувати якість наданих медичних послуг з метою підвищення конкурентноспроможності. Створюється конкуренція на ринку медичних послуг та набуває широкого розповсюдження теза «гроші ходять за пацієнтом». Наведене зазначено у наказі МОЗ № 503 від 19 березня 2018 р. «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [56]. Відповідно до вказаного Наказу пацієнт або його законний представник має право обрати лікаря, який надає ПМД, незалежно від місця проживання пацієнта. Надавачам ПМД, з метою забезпечення прав пацієнта на отримання медичного обслуговування, заборонено відмовляти пацієнту в укладанні декларації спираючись на наявність хронічного захворювання, статі, віку, соціального або матеріального становища, зареєстрованого місця проживання, у тому разі коли не перевищено навантаження на лікаря, визначене цим законом. Таким чином втрачається

прив'язаність пацієнта до лікарні за територіальним принципом. На вторинному та третинному рівнях пацієнти отримують медичні послуги за скеруванням сімейного лікаря або лікуючого лікаря, яке забезпечує права пацієнта відповідно до державної програми медичних гарантій, або шляхом самозвернення, однак у такий спосіб пацієнт отримує медичні послуги за які сплачує власноруч.

З метою покращення ситуації щодо надання медичної допомоги сільському населенню прийнято Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [65], який регулює відносини пов'язані з підвищенням доступності, якості та ефективності медичного обслуговування у сільській місцевості, що знаходяться за межами міст обласного значення. У п. 6 ст. 4 Закону запропоновані механізми залучення кваліфікованих медичних та фармацевтичних працівників у сільську місцевість; п. 7 даної статті передбачений розвиток телекомунікаційної інфраструктури з метою забезпечення пацієнтам доступу до вузькопрофільних спеціалістів не залежно від відстані до закладів охорони здоров'я. Статтею. 5 передбачені повноваження органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування щодо забезпечення підвищення та доступності медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема у п. 5 зазначено, що до повноважень органів місцевого самоврядування належить: забезпечення розвитку і вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я; вирішення в установленому порядку питання про забезпечення медичних працівників житлом, службовим транспортом, належними умовами праці, мобільним зв'язком, комп'ютерною технікою та програмними продуктами, професійною літературою; визначення потреб територіальних громад у медичних працівників, формують замовлення на підготовку, підвищення кваліфікації таких фахівців; укладення договори щодо підготовки фахівців медичного профілю з урахуванням потреби в таких фахівцях у територіальних громадах. Стаття 6 Закону говорить про необхідність взаємодії органів державної влади, органів

місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я з громадськістю з метою поліпшення медичного обслуговування у сільській місцевості, вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я, поліпшення матеріально-технічної бази таких закладів. Статтею. 7 передбачено організаційне та матеріально-технічне забезпечення медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема сучасними комп'ютерними та телекомунікаційними технологіями, медичним обладнанням для первинного обстеження, портативними телемедичними діагностичними засобами для дистанційного збору та передачі інформації про показники діяльності організму пацієнта, тощо. Отже, ми можемо бачити, що на органи місцевого самоврядування покладена головна роль у забезпеченні доступності медичних послуг для населення відповідних громад. Громада повинна бути зацікавлена у надавачу медичних послуг та створювати всі необхідні умови для залучення медичного персоналу.

З метою покращення здоров'я населення шляхом створення рівного доступу до медичних послуг належної якості в Україні набирає актуальності телемедицина. 19.10.2015 р. був виданий Наказ МОЗ № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» [55]. Відповідно до Наказу основними завданнями телемедицини є: забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником її надання; збереження медичної таємниці та конфіденційності, цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта; створення єдиного медичного простору; сприяння підвищення якості допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я; формування системних підходів до впровадження та розвитку телемедицини в системі охорони здоров'я. Таким чином застосування телемедицини дасть змогу забезпечити права пацієнта на доступну та кваліфіковану медичну допомогу, сприятиме поліпшення здоров'я населення, дозволить отримати кращі результати у лікуванні, при цьому раціонально використовувати ресурси як системи охорони здоров'я так і пацієнтів, а

також дозволить зберегти безперервність надання медичної допомоги в умовах епідемій, технологічних або природних лих.

Для закладів охорони здоров'я застосовувати телемедицину у своїй діяльності – це можливість надавати додаткові медичні послуги, а відповідно підняти свій статус та підвищити конкурентоспроможність закладу на ринку медичних послуг.

У другому розділі ми визначили мету модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я, яка звучить наступним чином «враховуючи стан розвитку вітчизняної економіки, особливості інфраструктури, забезпечуючи права громадян на медичну допомогу, передбачені Конституцією України, спираючись на управлінський досвід у сфері охорони здоров'я розвинених країн та власні надбання створити національну модель охорони здоров'я, яка б відповідала вимогам міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я та управлінні, та в повній мірі задовольняла потреби населення у медичних послугах, а гарантом медичної допомоги залишалася б держава». Зазначили основні принципи, яких потрібно дотримуватись при виконанні завдань модернізації публічного управління, а саме: принцип науковості, принцип децентралізації та розвитку самоврядності закладів охорони здоров'я, принцип рівності прав та доступності медичної допомоги, принцип поцієнторієнтованого підходу, принцип орієнтованості на якість, принцип урахування інтересів. Сформулювали основні завдання модернізації системи публічного управління: забезпечити управління закладами охорони здоров'я професійними управлінцями, удосконалити кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я, забезпечити їх економічну ефективність та стабільність, створити єдиний інформаційний медичний простір, забезпечити широку участь громадськості в охороні здоров'я.

Ознайомились з структурною організацією системи управління у сфері охорони здоров'я, а також основною галузевою та міжгалузевою

нормативно-правовою базою, що регламентує систему публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Визначили особливості механізму модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я, який передбачає: 1) реорганізацію державних та комунальних закладів охорони здоров'я та зміну їхньої організаційно-правової форми на комунальне некомерційне підприємство, з відповідними змінами у кадровій політиці, системі фінансування, розширенні управлінської самостійності та надбанні нових функцій і повноважень закладами охорони здоров'я; 2) забезпечення прав пацієнта на вільний вибір лікаря та лікувального закладу, що не було реалізовано за попередньої моделі системи управління у сфері охорони здоров'я; 3) підвищення доступності до якісної медичної допомоги, зокрема сільському населенню, шляхом прийняття відповідних законів та використанням новітніх технологій у сфері охорони здоров'я на кшталт телемедицини.

## РОЗДІЛ 3

### ПРАКСЕОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ МОДЕРНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1 Особливості модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я на прикладі Запорізької області**

Управління охороною здоров'я на регіональному рівні у Запорізькій області здійснюється департаментом охорони здоров'я Запорізької державної адміністрації до основних завдань, якого, відповідно до положення про департамент, належать: забезпечення реалізації на відповідній території державної політики у 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 тощо [50]. Департамент охорони здоров'я Запорізької ОДА для виконання своїх завдань та в межах своїх повноважень взаємодіє з іншими структурними підрозділами, районними державними адміністраціями, органами місцевого самоврядування, іншими центральними органами виконавчої влади, установами, організаціями та підприємствами з метою всебічного забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою. Потужність системи охорони здоров'я регіону визначається мережею лікувально-профілактичних закладів, штатом посад медичного персоналу та його укомплектованістю, кількістю ліжок, а ефективність діяльності, на думку автора, визначається, перш за все, показниками захворюваності,

інвалідності та керованої смертності. Мережа лікувально-профілактичних закладів та штатних лікарських посад регіону повинна організовуватись відповідно до чинного законодавства, відповідати кількості та структури населення та врахуванням інфраструктури регіону. По місту Запоріжжю та області станом на 2019 – 2020 роки демографічні показники та їхня динаміка відповідно до даних Центру медичної статистики МОЗ України [42, с. 9] наступні (таблиця 1,2):

Таблиця 1

## Порівняння

Станом на 01.01.2019 р.		Станом на 01.01.2020 р.	
Загальна кількість міського та сільського населення: 1 705 047		Загальна кількість міського та сільського населення: 1 686 612	
міські поселення	сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість
1 315 149	389 898	1 302 188	384 424

За минулий рік загальна кількість населення у Запорізькій області зменшилась на 0,98 %, кількість міського населення зменшилась на 0,99 %, а сільського – на 0,98 %. Це відображає від’ємну демографічну динаміку регіону.

Як видно з наведених даних показник народжуваності по області за останні три роки постійно знижується та є нижчим відповідного по Україні на 0,84 %, загальний показник смертності за останні три роки по області вище на 1,04 % у порівнянні з аналогічним по Україні, те саме стосується й показника природного приросту, який за зазначений період по області перевищує загальнодержавний на -1,1 %. Показники народжуваності прогресивно зменшуються як серед міського так і серед сільського населення області. Показник загальної смертність по області за попередні три роки залишається більш-менш стабільним. Стосовно проаналізованої ситуації можна сказати, що сфера охорони здоров’я не може прямо впливати на показник народжуваності, оскільки народжуваність, перш за все, залежить

від економічного стану, політичної ситуації в країні, а також освіти, забезпеченості роботою, доходів тощо конкретної родини.

Таблиця 2.

## Природний рух населення [42, с. 10]

Природний рух населення (на 1000 всього населення)								
народжуваність			Смертність			природний приріст		
2017р.	2018р.	2019р.	2017р.	2018р.	2019р.	2017р.	2018р.	2019р.
<b>показник по Україні (міське та сільське населення)*</b>								
Відносні показники народжуваності, смертності, загального коефіцієнта природного приросту(скорочення) по Україні за 2017 - 2019 роки розраховано без урахування відповідних даних по Донецькій та Луганській областях. Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м.Севастополя								
9,9	8,7	8,1	17,3	14,8	14,7	- 7,4	- 6,1	- 6,6
<b>показник по Запорізькій області (загальний)</b>								
8,2	7,4	6,8	16,0	16,4	16,4	- 7,8	- 8,9	- 9,6
<b>міське населення</b>								
7,9	7,2	6,7	15,3	15,6	15,8	- 7,4	- 8,4	- 9,1
<b>сільське населення</b>								
9,0	8,0	7,2	18,5	18,5	18,4	- 9,5	- 10,5	- 11,2

Проте, сфера охорони здоров'я може і повинна впливати на показник загальної, і, особливо, керованої смертності, тому необхідно прикласти максимум зусиль як в управлінні так і в організації медичної допомоги населенню регіону задля підвищення результативності регіональної системи охорони здоров'я.

За останні роки у м. Запоріжжі та області проведено низку заходів спрямованих на оптимізацію медичної допомоги місцевому населенню. З метою забезпечення населення у медичних послугах та медичній допомозі всіх рівнів, шляхом організації мережі закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців створені госпітальні округи. Однією з цілей створення госпітального округу є доступ до спеціалізованої медичної допомоги у проміжок часу 60 хвилин проїзду автомобільним транспортом.



Перелік госпітальних округів в області затверджений Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 201-р від 22.03.2017 р. «Про затвердження та склад госпітальних округів Запорізької області» [59]. Відповідно до нього маємо:

- Запорізький госпітальний округ, до складу якого входять всі заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (далі – заклади), розміщені на території м. Запоріжжя, Вільнянського, Новомиколаївського, Запорізького району;
- Пологівський госпітальний округ. Заклади, які розміщені на території м. Токмака, Пологівського, Токмацького, Орхівського, Гуляйпільського, Більмацького, Розівського районів;
- Бердянський госпітальний округ. Заклади, які розміщені на території м. Бердянськ, Бердянського, Приморського, Чернігівського районів;
- Мелітопольський госпітальний округ. Заклади, які розміщені на території м. Мелітополя, Мелітопольського, Якимівського, Веселівського, Приазовського районів;
- Василівський госпітальний округ. Заклади, які розміщені на території м. Енергодара, Василівського, Великобілозерського, Михайлівського, Кам'янсько-Дніпровського районів.

За даними офіційного сайту Департаменту охорони здоров'я м. Запоріжжя [9] станом на 2019 р. мережа закладів охорони здоров'я області складалася зі 154 закладів охорони здоров'я з кількістю ліжок 13097, а на перше півріччя 2020 р. – 127 та 11506 відповідно.

Обласних закладів охорони здоров'я – 24, центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі ЦПСМД) – 40 , з них ЦПСМД по містах – 12, ЦПСМД по районах – 28. Мережа міських закладів охорони здоров'я м. Запоріжжя нараховує всього 30 закладів, з них ЦПСМД – 8, міські лікарні – 9, Комунальне некомерційне підприємство «Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» Запорізької міської ради – 1, дитячі міські

лікарні – 2, пологові будинки – 3, стоматологічні поліклініки – 6, Комунальний заклад «Інформаційно-аналітичний центр медичної статистики департаменту охорони здоров'я Запорізької міської ради» - 1. Лікарські кадри системи МОЗ України по Запорізькій області наступні: % укомплектованості штатних посад з урахуванням сумісництва у 2019 році склав 85,82 (87,8 % у 2016 р.); % укомплектованості штатних посад фізичними особами – 77,06 (76,3% у 2016 р.); забезпеченість лікарями на 10 000 населення – 43,40 (43,5 у 2016 р.). Забезпеченість лікарями сільських адміністративних районів у 2019 р. становить число лікарів (абсолютні дані) – 1190 (1398 у 2016 р.), забезпеченість на 10 000 населення – 19,32 (21,95 у 2016 р.) [42, 94-96]. Мережа закладів, які мають відділення (кабінети) сімейного лікаря (на 31.12.2019 р.): самостійні заклади ЗПСМ – 5 (1 станом на 31.12.2016 р.); заклади, які мають кабінет сімейного – 43 (39 станом на 31.12.2016 р.) [26, с. 31]. Посади лікарів загальної практики-сімейних у лікувально-профілактичних закладах на 2019 р.: штатні посади – 891,50 (855 у 2016 р.); зайняті посади 721,75 (744 у 2016 р.); фізичні особи на зайнятих посадах – 673 (623 у 2016 р.); % укомплектованості штатних посад з урахуванням сумісництва – 80,96 (87,02 у 2016 р.); % укомплектованості штатних посад фізичними особами – 75,49 (72,87 у 2016 р.) [26, с. 32]. Центри первинної медико-санітарної допомоги станом на 2019 р.: всього самостійних ЦПМСД – 44 (39 у 2016 р.), в т.ч. в сільських адміністративних районах – 32 (27 у 2016 р.); в структурі самостійних ЦПМСД лікарські амбулаторії – 267 (277 у 2016 р.), ФАПи – 312 (357 у 2016 р.); штатні посади лікарські – 1 469,75 (1 598,25 у 2016 р.), зайняті посади – 1 197,00 (1 382 у 2016 р.), фізичні особи – 1 106 (1 162 у 2016 р.), укомплектованість штатних посад фізичними особами (%) – 75,3 (72,7 у 2016 р.); середній медперсонал відповідно: 2 260,50 (2 688 у 2016 р.), 1 881,50 (2 394,00 у 2016 р.), 83,2 (89,1 у 2016 р.) [26, с. 35]. Резюмуючи наведені статистичні дані можемо засвідчити, що забезпеченість лікарями на 10 тис. населення по Запорізькій області на 1,17 % вище такого по Україні (37,0), однак показник

забезпеченості лікарями у сільській місцевості за період 2016 – 2019 рр. зменшився на 0,88 %; показник укомплектованості штатних лікарських посад залишається на рівні 75 – 85 %, середнього медичного персоналу на рівні 83 %. За період з 2016 р. проведена реорганізація мережі закладів охорони здоров'я області, створено 5 госпітальних округів, 5 центрів первинної медико-санітарної допомоги, залишається відкритою проблема медичного забезпечення сільського населення. Одним з показників ефективності роботи системи охорони здоров'я є показники первинної захворюваності та смертності від найбільш розповсюджених інфекційних та неінфекційних хронічних захворювань. На думку автора показники смертності найбільш точно відображають стан проблеми, оскільки опосередковано свідчать про ефективність первинної та вторинної профілактики, раннє виявлення захворювань, ефективність лікування, зокрема, таких захворювань як злоякісні новоутворення, хвороби органів кровообігу, цукровий діабет, які є основними причинами смертності як в Україні так і у світі (таблиця 3) .

Таблиця 3

## Показники смертності по Україні[42, с. 16, с. 18, с. 19]

Показники смертності по Україні* та Запорізькій області** (на 100 тис. населення)								
2017 р.			2018 р.			2019 р.		
все насел.	міське насел.	сільське населен.	все населе.	міське населе.	сільське населен.	все населе.	міське населе.	сільське населен.
<b>від злоякісних новоутворень</b>								
200,8*	208,0*	186,4*	199,2*	205,8*	186,6*	198,2*	204,9*	185,4*
251,0**	259,8*	221,4**	261,8**	264,9**	251,3**	262,2**	266,5*	247,7**
	*						*	
<b>від цукрового діабету</b>								
5,1*	5,3*	4,7*	5,2*	5,4*	4,8*	5,2*	5,2*	5,2*
2,0**	1,9**	2,0**	2,1**	2,2**	1,8**	2,0**	1,9**	2,3**
<b>від хвороб системи кровообігу</b>								
995,8*	884,8*	1215,0	1000,8*	882,6*	1225,0	993,4*	882,2*	1205,6
1027,8**	963,2*	*	1015,2**	955,8**	*	1031,5*	976,0**	*
	*	1244,0			1215,0	*		1219,1
		**			**			**

Актуальною для України та Запорізької області є епідеміологічна ситуація щодо туберкульозу, його профілактика й лікування та запобігання розповсюдження інфекції та смертності від її ускладнень (таблиця 4).

Наведені данні за визначений період відображають стабільно високий показник смертності, з тенденцією до збільшення, від злоякісних новоутворень як по Запорізькій області так і по Україні, при чому обласний показник на 1,3 % перевищує загальнодержавний.

Краща ситуація в області відносно цукрового діабету.

Середній регіональний показник менший за показник по Україні на 2,5 %. Проте залишаються високими показники смертності від хвороб системи кровообігу, особливо у сільській місцевості.

Загальний середній показник області більше від аналогічного по Україні на 1,03%.

Таблиця 4

## Показники захворюваності[41]

Показники захворюваності на всі форми активного туберкульозу на 100 тис. населення			
	2017 р.	2018 р.	2019 р.
по Україні	56,9	50,5	49,2
по Запорізькій області	59,2	61,4	54,5

Показники захворюваності на всі форми активного туберкульозу залишаються високими у порівнянні з європейськими, однак спостерігається тенденція до зниження захворюваності.

Середній обласний показник вище від загальноукраїнського на 1,12 %.

Для порівняння аналогічний показник захворюваності на туберкульоз у деяких країнах Європи наступний: республіка Білорусь – 40,0, Чехія – 4,9, Австрія – 7,3, Угорщина – 8,0, Польща – 17,0 [79].

З даних наведених у таблиці ми бачимо збільшення за останні роки осіб з інвалідністю, у тому числі і серед дитячого населення, у абсолютних

числах. Кількість осіб з інвалідністю в області становить 6,43 % від усього населення області.

Не менш важливий показник ефективності діяльності галузевої та міжгалузевої компетентності є показник інвалідності оскільки остання має соціальне значення та впливає на економічний розвиток регіону та навантаженість на фонд соціального страхування України (таблиця 5).

Таблиця 5

Особи з інвалідністю [72, с. 54; 73, с. 66; 74, с. 68]

Кількість осіб з інвалідністю					
	Усього	У тому числі			
		I групи	II групи	III групи	Діти з інвалідністю до 18 років
<b>на 01.01.2018 р.</b>					
по Україні	2635591	235365	899247	1341935	159044
по Запорізькій області	109057	10094	34887	57196	6880
<b>на 01.01.2019 р.</b>					
по Україні	2659679	226263	896110	1375712	161594
по Запорізькій області	107514	9692	33798	57095	6929
<b>на 01.01.2020 р.</b>					
по Україні	2703006	222324	900774	1416022	163886
по Запорізькій області	108545	9421	33141	58941	7042

Показники продемонстровані у таблицях свідчать про недостатню ефективність діяльності системи охорони здоров'я у м. Запоріжжі та області, на що потрібно звертати увагу при розробці регіональних програм розвитку охорони здоров'я.

З метою удосконалення діяльності системи охорони здоров'я, підвищення якості медичних послуг, реалізації державної політики у медичній галузі та задоволення потреб населення у медичній допомозі Запорізькою державною адміністрацією та департаментом охорони здоров'я

періодично розробляються стратегічні програми розвитку охорони здоров'я регіону.

Програма «Охорона здоров'я міста Запоріжжя на період 2016 – 2018 роки», затверджена рішенням міської ради № 16 від 25.12.2015 р. [48] ставила на меті вирішення наступних питань щодо:

- реалізації державної політики реформи медичного обслуговування з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги та інституту лікаря загальної практики-сімейної медицини;
- профілактики і зниження рівня захворюваності, інвалідності і передчасної смертності населення міста;
- підвищення рівня надання медичної допомоги та збереження здоров'я населення, надання кваліфікованої та якісної медичної допомоги за різними профілями дорослому та дитячому населенню міста;
- впровадження новітніх медичних технологій в практику роботи лікувально-профілактичних закладів міста;
- вдосконалення системи надання первинного та вторинного рівнів медичної допомоги;
- профілактику та лікування хворих на цукровий діабет та його ускладнень.

Розробка програми була пов'язана з необхідністю підвищення якості організації та планування медико-санітарної допомоги населенню міста та виконання основних напрямків реформи медичного обслуговування зазначених у Законі України «Про внесення змін до основ законодавства про охорону здоров'я України».

У Програмі, зокрема, йдеться мова про низьку ефективність профілактичної роботи на рівні первинної медико-санітарної допомоги, що призводить до високого рівня споживання населенням медичних послуг вторинного рівня, особливо у стаціонарах лікарень, тому пріоритетним

визнається удосконалення та розвиток первинної медико-санітарної допомоги та створення мережі центрів ПМСД.

У Звіті, затвердженим рішенням виконавчого комітету міської ради № 131 від 23.03.2018 р. Про виконання у 2017 році Програми «Охорона здоров'я міста Запоріжжя на період 2016-2018 роки», затвердженої рішенням міської ради від 25.12.2015 №16 (зі змінами), «Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги міста Запоріжжя на 2017 рік», затвердженої рішенням міської ради від 21.12.2016 №12 (зі змінами) викладається наступне: «Мережа закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги м. Запоріжжя складається з 8 центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі - центрів ПМСД), до складу яких входять 72 амбулаторії сімейного лікаря. Крім того, на базі КУ «Міська лікарня №7» функціонують 2 амбулаторії сімейного лікаря.

Перші 2 центри були створені в Шевченківському районі міста в серпні 2013 року, інші 6 розпочали функціонувати з січня 2014 року. Кількість населення, що обслуговується первинною ланкою, складає понад 745 тисяч, з них: 115 тисяч - діти, 313 тисяч – люди похилого віку. В 2017 році на виконання завдань програми спрямовано 78503,8 тис.грн. при плані 75087,4 тис.грн. (виконання становить 104,5 %).

Залишається високим навантаження на лікарів первинної ланки. За 2017 рік загальна кількість лікарських відвідувань в цілому склала 2759,2 тисяч (або 105,8% плану), в т.ч.: лікарів загальної практики - сімейних лікарів – 1775,6 тисяч, інші (поліклінічні) – 983,6 тисяч. На забезпечення амбулаторно-поліклінічної допомоги було спрямовано 3800,0 тис.грн на закупівлю медикаментів або 98,1 % плану. Первинну медико-санітарну допомогу надають лікарі-терапевти дільничні, педіатри дільничні, лікарі загальної практики-сімейної медицини та сестри медичні.

Одним з найважливіших заходів програми з метою зміцнення кадрового потенціалу на первинній ланці було впровадження з 01.04.2016 надбавки медичним працівникам за обсяг та якість виконаної роботи. Розмір

оплати встановлюється за результатами роботи за попередній квартал і залежить від кількості прикріпленого населення з доплатою за обслуговування дітей та літніх людей, а також таких якісних показників, як охоплення населення щепленням, раннє виявлення онкологічних захворювань та туберкульозу, зменшення направлення пацієнтів на вторинний рівень і на госпіталізацію. Це дало змогу підвищити заробітну плату щомісяця лікарям в середньому на 1400 грн., сестрам медичним на 900 грн. В 2017 році виплату надбавок було збережено і на це спрямовано 20991,5 тис.грн. коштів бюджету міста. Завдяки цьому вже в минулому році стабілізувалася кадрова ситуація.

Так, якщо в минулі роки від 25 до 50% молодих спеціалістів, відпрацювавши 3 роки після закінчення медичного університету, звільнялись з займаних посад, то в 2016-2017 роках молоді спеціалісти залишилися працювати в центрах ПМСД. Укомплектованість центрів ПМСД лікарями і медичними сестрами значно зросла з минулим роком і склала 94,1 % та 87,3 % відповідно».

Однак, не дивлячись на вдосконалення мережі ЦПМСД та впровадження матеріальних стимулів для лікарів загальної практики залишається низькою їхня профілактична діяльність, на що вказує високий відсоток смертності від злоякісних новоутворень, хвороб системи кровообігу, високий показник захворюваності на туберкульоз.

Зростає кількість осіб з інвалідністю, у тому числі й серед дитячого населення. Тому залишається відкритим питання щодо шляхів покращення діяльності первинної ланки.

З урахуванням вимог та завдань, передбачених медичною реформою та початком 1-го етапу реформи у 2018 р. розроблена Програма «Охорона здоров'я міста Запоріжжя на 2019 – 2021 роки» [49], яка затверджена рішенням міської ради № 32 від 19.12.2018 р.

Основною своєю метою Програма визначає забезпечення конституційного права кожного громадянина України на охорону здоров'я та



необхідність забезпечення прозорості бюджетного процесу у галузі охорони здоров'я у м. Запоріжжя.

Розробка програми зумовлена новою структурною організацією діяльності закладів охорони здоров'я та стратегічним розвитком галузі охорони здоров'я на державному та регіональному рівнях та передбачає:

- реалізацією державної політики реформування галузі охорони здоров'я з подальшим удосконаленням первинної та амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги;
- розвиток та забезпеченням функціонування лікарень інтенсивного та планового лікування в межах Запорізького госпітального округу;
- створення єдиного медичного простору міста;
- реорганізація медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства та комунальні підприємства;
- укладання договорів про надання медичних послуг з Національною службою здоров'я України;
- впровадження новітніх медичних технологій в практику роботи закладів охорони здоров'я міста;
- створення цілісної системи інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я в умовах єдиного медичного простору тощо.

З 1-го квітня 2020 року в Україні розпочався другий етап медичної реформи, направлений на реорганізацію та удосконалення спеціалізованої та високоспеціалізований медичної допомоги.

Більшість спеціалізованих закладів охорони здоров'я Запорізької області вже змінили свою організаційно-правову форму на комунальне некомерційне підприємство та підписало договір з НСЗУ. Станом на 2020 рік у Запорізькій області 116 закладів уклали договір з НСЗУ. Проте, процес реформування спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, на думку деяких експертів, може зайняти 2 – 3 роки, оскільки потребує

активної участі органів місцевого самоврядування та пошуку додаткових потоків фінансування закладів охорони здоров'я.

У вересні 2020 р. у м. Запоріжжі та Запорізькій області розпочалося провадження телемедицини для всіх рівнів надання медичної допомоги, що передбачено Наказом МОЗ України № 681 від 19.10.2015 р. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я.

Заступник голови облдержадміністрації Олена Теряєва зазначила основні складові проєкту: якість – передбачає можливість запросити та отримати консультацію спеціалістів обласної клінічної лікарні, знаходячись у віддаленому населеному пункті; швидкість – телемедицина дає можливість для ургентної консультації; доступність – інтегрованість первинної ланки медичної допомоги до телемедичної мережі; об'єднання – телемедицина забезпечить створення єдиного медичного простору; цифрове вирішення виїздної консультативної допомоги – всі лікарські консультації терапевтичного профілю – виключно дистанційні тощо. Отже, мешканці міста та віддалених куточків області отримали можливість онлайн-консультацій вузьких спеціалістів практично з кабінету сімейного лікаря чи, навіть, з дому. Такий інноваційний підхід не тільки підвищує доступність та якість медичної допомоги та заощаджує кошти пацієнта на проїзд та час на очікування у чергах, а й є неоціненним в умовах пандемії COVID-2019.

Отже, організація медичної допомоги населенню м. Запоріжжя та області забезпечується спільною діяльністю облдержадміністрації та департаменту охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування, адміністрації закладів охорони здоров'я та участю громадськості.

Мережа та структура закладів охорони здоров'я міста та області постійно вдосконалюється та спроможна забезпечити потреби населення у первинній, спеціалізованій та високоспеціалізованій медичній допомозі. Реалізуються засади медичної реформи та впроваджуються новітні технології, зокрема телемедицина.

### **3.2 Детермінанти оптимізації модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я**

Проаналізувавши праці вітчизняних та зарубіжних науковців, спираючись на галузеву та міжгалузеву нормативно-правову базу України, ознайомившись з показниками практичної діяльності медичної галузі, а також враховуючи власну думку автора, можна виокремити наступні детермінанти оптимізації системи публічного управління у вітчизняній сфері охорони здоров'я, які повинні охоплювати основні проблемні питання галузі:

1. систему публічного управління;
2. кадрову політику;
3. заклади охорони здоров'я;
4. доступність та якість медичних послуг.

Оптимізація системи публічного управління повинна спиратися на чіткий розподіл функцій між суб'єктами управління, в основу якого необхідно покласти принцип децентралізації та обмежити втручання в діяльність та дублювання функцій один одним суб'єктів управління. Відповідно до цього варто окреслити основні зони впливу та відповідальності суб'єктів управління у сфері охорони здоров'я:

1. Верховна Рада України, спираючись на Конституцію України, враховуючи міжнародні стандарти та національні особливості формує державну політику у сфері охорони здоров'я та управління;

2. Кабінет Міністрів України реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я та регіонального розвитку та розробляє відповідні державні цільові програми та стратегії розвитку, а також створює економічні, правові й організаційні механізми у сфері охорони здоров'я та управління;

3. Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я готує пропозиції щодо визначення пріоритетних напрямків розвитку медичного обслуговування; готує та організовує виконання державних цільових та інших програм;

здійснює моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я;

4. Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує реалізацію державної та формування і реалізацію регіональної політики та здійснює в установленому порядку моніторинг соціально-економічних та інших показників розвитку відповідних територій; розробляє та здійснює заходи, спрямовані на розвиток медичної інфраструктури регіону за участю інших органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування;

5. Місцеві державні адміністрації забезпечують механізм раціонального використання фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів у закладах охорони здоров'я; визначають шляхи підвищення рівня доступу медичного обслуговування населення відповідної території;

6. Органи місцевого самоврядування забезпечують розвиток та вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я та здійснюють заходи щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування населення відповідної території; визначають потреби територіальних громад у медичних працівниках та впроваджують додаткові програми та стимули щодо залучення на роботу кваліфікованих медичних працівників шляхом запровадження мотиваційних пакетів.

На думку автора, залучення на роботу кваліфікованих медичних працівників, зокрема лікарів, повинна відбуватися шляхом укладання трудового контракту між органами місцевого самоврядування та фізичною особою-лікарем на строк 7-10 років, з урахуванням віку та перспектив розвитку лікаря, та передбачати забезпечення лікаря житлом належного стану з можливістю переходу цього житла у приватну власність лікаря після закінчення строку контракту. У разі розриву контракту однією з сторін, без поважних причин, у термін раніше передбаченого, стягувати компенсацію зі сторони ініціатора, розмір якої передбачається контрактом.

7. Участь громадськості в управлінні закладами охорони здоров'я визначається чинним законодавством та реалізується шляхом створення

наглядних, спостережних та опікунських рад, до компетенції яких належить участь у вдосконаленні мережі закладів охорони здоров'я, забезпечення дотримання прав пацієнтів під час отримання медичної допомоги та забезпечення прозорості використання коштів державного та місцевих бюджетів спрямованих на розвиток сфери охорони здоров'я, а також участь у розробленні місцевих програм розвитку охорони здоров'я, пропаганди здорового способу життя, сприянні фізичного та духовного розвитку дітей та молоді тощо.

Оптимізація кадрової політики перш за все необхідно розпочинати з розбудови ефективної кадрової системи, яка б враховувала тенденції та рекомендації ВООЗ щодо вирішення кадрових проблем у сфері охорони здоров'я, а також орієнтувалася й відштовхувалася від власних внутрішніх умов, позицій та особливостей [1, с. 331].

На думку А. Жуковської з цією метою потрібно розробити та затвердити єдину концепцію кадрової політики в сфері охорони здоров'я України, яка має базуватись на потребах населення в медичних послугах та вирішувати основні проблеми кадрового забезпечення медичної галузі: нестачу лікарів та середнього медичного персоналу, проблему нерівномірного розподілу людських ресурсів, нераціональне використання кадрових ресурсів, недоліки управління кадровим забезпеченням сфери охорони здоров'я, зовнішню міграцію.

Стратегічними цілями Концепції кадрової політики в сфері охорони здоров'я України мають стати:

- 1) удосконалення нормативно-правової бази та адаптація до вимог Європейського Союзу та міжнародних стандартів;
- 2) удосконалення системи обліку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я;
- 3) удосконалення системи планування та прогнозування потреб в кадрових ресурсах сфери охорони здоров'я;
- 4) підвищення якості підготовки медичних працівників;

- 5) посилення контролю за працевлаштуванням випускників медичних спеціальностей;
- 6) модернізація системи мотивації медичних працівників;
- 7) запровадження практики страхування професійної відповідальності медичних працівників;
- 8) зниження рівня трудової міграції медичних працівників;
- 9) міжнародна співпраця з питань розвитку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я [1, с. 331-332].

Оптимізація діяльності закладів охорони здоров'я варто забезпечити у розширенні управлінських функцій закладу щодо формування внутрішньої організаційної структури, штатного розпису, використання фінансових та матеріально-технічних ресурсів, формування графіку роботи, розширення обсягу медичних послуг, у тому числі й платних, а також впровадження інновацій у сфері управління, менеджменту та маркетингу закладу.

Під інноваційною управлінською діяльністю в медичній установі розуміється діяльність спрямована на використання результатів наукових досліджень та розробок з метою вдосконалення організаційно-економічних і управлінських технологій, що ведуть до підвищення ефективності функціонування всієї системи охорони здоров'я в цілому [1, с.429].

Різновидами основних видів інноваційної діяльності у медичних закладах можуть бути:

- підготовка і організація процесу виробництва медичної послуги, що охоплюють придбання медичного та комунікаційного обладнання та інструменту, зміни в них та в процедурах, методах і стандартах виробництва і контролю якості медичної допомоги, необхідних для створення нового медико-технологічного процесу;
- перепідготовку медичного, управлінського та економічного персоналу для застосування нових технологій та обладнання;

- маркетинг нових видів управлінських технологій, що передбачає види діяльності, пов'язаних з випуском нової управлінської технології на ринок, адаптацію продукту до різного типу ринків, рекламну кампанію;
- придбання медичного та комунікаційного обладнання, за своїм технологічним змістом пов'язаних з впровадженням процесних інновацій;
- виробниче проектування, що включає підготовку планів і графіків для визначення медико-виробничих організаційно-технологічних процедур, технічних специфікацій [1, с. 429-430].

Логістичний підхід до управління системою закладів охорони здоров'я передбачає:

- створення реальної структури медичної допомоги, яка відповідає проблемам населення за рахунок ефективного управління потоковими процесами у сфері охорони здоров'я;
- широке впровадження у практику охорони здоров'я економічних регуляторів лікувально-діагностичного процесу, розподіл бюджетних ресурсів між медичними установами відповідно до їх можливостей;
- оптимізацію структури та обсяг медичної допомоги на основі адекватного фінансування галузі;
- формування в медичних закладах ревалентності інформації, що забезпечує ефективність управління;
- мінімізацію витратних дій лікаря через якісну регламентацію лікувально-діагностичного процесу [1, с.471].

Оптимізація доступності та якості медичної допомоги повинна спиратися на дотримання та виконання вимог нормативно-правових актів, зокрема Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування населення у сільській місцевості», Наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства регіонального розвитку, будівництва

та житлово-комунального господарства України «Про затвердження порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги».

На думку автора, оптимізація доступності до медичної допомоги може відбуватись:

- шляхом запровадження обов'язкового державного страхування, залучення спонсорів та міжнародних інвесторів, що дасть можливість поповнити відповідні фінансові фонди, розширити обсяг медичних послуг гарантованих державою та підвищити доступність до медичних послуг незахищених верств населення за принципом суспільної солідарності;

- шляхом розбудови мережі телемедичних комунікацій та можливості отримати телемедичні послуги не тільки спеціалістів обласних лікарень, а й спеціалістів центральних районних лікарень. Особливо це актуально для сільського населення, коли, наприклад хворий знаходиться на обліку у районного спеціаліста та потребує його планової консультації, що може здійснюватися дистанційно;

- шляхом забезпечення закладів охорони здоров'я відповідним санітарним транспортом для перевезення пацієнтів, які не потребують надання інтенсивної медичної допомоги під час транспортування, до місць госпіталізації чи проведення діагностичних процедур, оскільки на сьогоднішній день часто функцію санітарного транспорту виконують бригади екстреної та швидкої медичної допомоги, що не входить до їхніх безпосередніх функцій та не є раціональним використанням ресурсів;

- доступність спеціалізованої медичної допомоги терапевтичного профілю сільському населенню забезпечити шляхом укладання договорів між органами місцевого самоврядування та надавачем вторинної медичної допомоги, з оплатою послуг відповідно до встановлених договором тарифів, що передбачає виїзд бригад вузьких спеціалістів (кардіолог, ендокринолог, окуліст, невролог) для надання консультацій пацієнтам на базах медичних закладів об'єднаної територіальної громади;



– доступність медичної допомоги нетранспортабельним пацієнтам, особам з інвалідністю з ураженням опорно-рухової системи, органів зору тощо та тяжкохворим пацієнтам, забезпечити шляхом створення мобільних бригад, що складаються з лікаря, медичної сестри, за можливості лаборанта та, за потреби, профільного вузького спеціаліста для надання медичних послуг та диспансерного спостереження за місцем перебування хворого.

Оптимізацію якості медичних послуг забезпечити шляхом:

– вдосконалення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, відповідно до галузевих стандартів;

– забезпечення безперервного професійного розвитку лікаря та підвищення професійної компетенції через щорічного звіту лікаря про проходження встановленого мінімуму годин тематичних курсів, семінарів, вебінарів з пред'явленням відповідних сертифікатів уповноваженій особі медичного закладу. Часткове фінансове відшкодування навчання покласти на роботодавця. Застосовувати фінансові стягнення при невиконанні обсягу навчання;

– впровадження дієвої мотиваційної системи для медичного персоналу за досягнені результати у своїй діяльності;

– посилення контроль та відповідальності за лікарську недбалість. Проводити глибокий аналіз лікарських помилок, зокрема у пізній діагностиці злоякісних захворювань, туберкульозу, допущені розвитку ускладнень хвороб, низького обхвату дитячого населення щепленням тощо, та у разі доведення вини лікаря застосовувати відповідні фінансові, адміністративні, кримінальні заходи покарання. Відповідальність покласти на керівника закладу. На сьогодні це актуальне питання, оскільки не зважаючи на збільшення фінансування первинної медичної допомоги, показники її діяльності, як ми бачили у попередньому розділі, залишаються низькими;

– зміцнення інституту медичної сестри-сімейної. Вдосконалення професіоналізму та розширення компетенцій медичних сестер дасть змогу

безперервно наглядати за пацієнтами під час амбулаторного лікування та за пацієнтами, які потребують паліативної медичної допомоги. Медичні сестри повинні проводити контроль дотримання лікарських рекомендацій пацієнтом, проводити патронаж пацієнтів вдома, слідкувати за станом їхнього здоров'я тощо. Такий підхід покращить якість медичних послуг шляхом забезпечення пацієнта увагою, та позбавить лікаря зайвих функцій, що допоможе концентрувати увагу лікаря на діагностичній та лікувальній роботі

– запровадження лікарського самоврядування – це професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я, яке забезпечується гарантованим державою правом лікарів самостійно вирішувати питання своєї професійної діяльності та реалізується шляхом створення в порядку, визначеного законом, організацій самоврядування лікарів.

До основних переваг лікарського самоврядування відносяться:

1) звільнення уряду та органів державної влади від вирішення проблем, що стосуються організації надання якісних медичних послуг (якість досягається за рахунок самоконтролю та власної відповідальності);

2) розбудову регіональної мережі самоврядних організацій, яка дозволяє здійснювати підтримку професійної діяльності лікарів на місцевому рівні;

3) розширення можливості лікарів у сфері обміну досвідом і знаннями з колегами із сусідніх країн в рамках співпраці із міжнародними самоврядними організаціями [1, с. 360].

Однак, на сьогоднішній день в Україні відсутня нормативно-правова база, яка б регулювала створення та діяльність лікарського самоврядування. За останні роки на розгляд Верховної ради виносилась низка законопроектів щодо лікарського самоврядування, але через низку недоліків вони не були ухвалені. Серед таких законопроектів були: «Про лікарське самоврядування» 24.10.2018 р. № 8250, «Про самоврядування медичних професій в Україні» 14.11.2019 р. №2445. Проект Закону України «Про професійне

самоврядування у сфері охорони здоров'я» 26.11.2019 №2445-1, «Про засади та органи медичного самоврядування України.

Резюмуючи наведений у третьому розділі матеріал можемо зазначити, що діяльність сфери охорони здоров'я та системи управління нею у Запорізькій області відповідає вимогам чинного законодавства та потребам населення у медичних послугах. У м. Запоріжжі та області сформована спроможна мережа закладів охорони здоров'я, з високим відсотком укомплектованості медичним персоналом та належним матеріально-технічним забезпеченням. Показник забезпеченості лікарями на 10 000 населення області більший від середнього по Україні. Створені госпітальні округи, проведена реорганізація закладів охорони здоров'я, як у місті так і по області. Розроблюються та реалізуються регіональні програми розвитку охорони здоров'я, якими передбачено пріоритетний розвиток сімейної медицини, підвищення доступності та якості медичних послуг для населення. Однак, визначається тенденція до зниження чисельності населення області, зменшується народжуваність, спостерігається від'ємний показник природного приросту, залишаються високі показники смертності від хронічних неінфекційних захворювань, високий показник захворюваності на туберкульоз, зростає кількість осіб з інвалідністю, що потребує подальшого удосконалення та підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров'я та модернізації системи публічного управління.

У підрозділі 3.2 наводяться детермінанти оптимізації модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я, визначені на основі аналізу наукових джерел та власної думки автора. Визнається пріоритетною оптимізація основних категорій: системи публічного управління, кадрової політики, діяльності закладів охорони здоров'я, доступності та якості медичних послуг.

## ВИСНОВКИ

Модернізація системи публічного управління у сфері охорони здоров'я один з головних заходів задля забезпечення практичної спроможності системи охорони здоров'я в умовах розбудови нової моделі її фінансування. Цієї думки дотримуються вітчизняні та зарубіжні науковці галузевої та міжгалузевої компетенції, які займаються дослідженням проблеми. Вони зазначають, що управління у сфері охорони здоров'я – це продукт спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівні держави, суспільства та на міжнародному рівні та звертають увагу на основні складові системи публічного управління, які необхідно розвивати та вдосконалювати, а саме: механізм формування ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я, структурну організацію суб'єктів системи управління з визначанням їхніх основних функцій та повноважень, кадрову політику у системі управління зі створенням генерації професіоналів з високим управлінським потенціалом та залучення громадськості до управління, як його невід'ємного елемента.

Метою модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я, на думку науковців та з точки зору автора, є розбудова національної моделі охорони здоров'я, відповідно до міжнародних стандартів у медичній галузі та управлінні, з урахуванням економічної спроможності та особливостей інфраструктури країни, яка дозволить забезпечити конституційні права та права, визначені міжнародними актами, громадян на охорону здоров'я та доступні і якісні медичні послуги.

Досягнення мети повинно ґрунтуватися на принципах науковості, децентралізації та самоврядності закладів охорони здоров'я, рівності прав та рівності доступу населення до медичних послуг, орієнтованості на якість послуг та якість управління, урахування інтересів держави та суспільства та пацієнторієнтованого підходу, що є загальновизнаними та зазначені у відповідних нормативно-правових актах.

Проаналізувавши наукову літературу останніх років, дослідивши нормативно-правову базу, спираючись на практичний досвід та власну думку автора можемо зробити загальний висновок про стан досліджуваної теми.

Система публічного управління у сфері охорони здоров'я України представлена Верховною Радою України, яка формує державну політику у сфері охорони здоров'я; Кабінетом Міністрів України, який створює економічні, правові й організаційні механізми реалізації державної політики; спеціально уповноваженим органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я у вигляді МОЗ та НСЗУ, які реалізують державну політику та визначають пріоритетні напрямки розвитку медичного обслуговування; центральним органом виконавчої влади у вигляді обласних державних адміністрацій, які реалізують державну та формують регіональну політику у сфері охорони здоров'я; місцевими державними адміністраціями, які сприяють раціональному використанню фінансових, технічних, людських ресурсів у закладах охорони здоров'я; органами місцевого самоврядування, що забезпечують розвиток та вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я та здійснюють заходи щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування населення відповідної території; громадськими організаціями, які покликані забезпечувати дотримання прав пацієнтів під час отримання медичної допомоги, прозорості використання коштів державного та місцевих бюджетів спрямованих на розвиток сфери охорони здоров'я, а також приймати участь у розробленні місцевих програм розвитку охорони здоров'я, пропаганді здорового способу життя, сприяти фізичному та духовному розвитку дітей та молоді тощо.

Прийнята низка законів та нормативно-правових актів, які регламентують діяльність та взаємодію суб'єктів управління у сфері охорони здоров'я, її фінансування та питання щодо реорганізації закладів охорони здоров'я і аспектів їхньої діяльності в новій організаційно-правовій формі. Затверджені нормативно-правові акти щодо підвищення доступності та покращення якості медичних послуг населенню.

Реалізація цих заходів на практиці відображається у організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я шляхом створення госпітальних округів, до складу яких входять заклади охорони здоров'я, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу, створенні центрів первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, які, в цілому, забезпечують населення медичними послугами гарантованими державою.

Самоврядність закладів охорони здоров'я, отримана ними у результаті зміни організаційно-правової форми на некомерційне комунальне підприємство, створює умови для вдосконалення їхньої внутрішньої організації, формування штатного розпису відповідно до потреб закладу та населення.

Оновлена система фінансування закладів охорони здоров'я мотивує лікарів до підвищення якості надаваних медичних послуг. Введення новітніх технологій на кшталт телемедицини підвищить доступність населення до спеціалізованої медичної допомоги.

Визначені основні детермінанти оптимізації, що стосуються системи публічного управління, кадрової політики, діяльності закладів охорони здоров'я, підвищення доступності та якості медичної допомоги населенню. Зокрема, потреба у розробці та затвердженні єдиної концепції кадрової політики у сфері охорони здоров'я; запровадження інноваційної управлінської діяльності, менеджменту та маркетингу у закладах охорони здоров'я; розбудова мережі телемедичних комунікацій; укладання договорів між закладами охорони здоров'я різних рівнів для отримання додаткових послуг для населення; удосконалення автомобільного парку закладів охорони здоров'я; розвитку інституту медичної сестри-сімейної; забезпечення безперервного професійного розвитку лікаря; посилення контролю з боку керівників закладів охорони здоров'я та громадськості за дотримання лікарями галузевих стандартів з метою мінімізації лікарських помилок та недбалості; посилення лікарської відповідальності; створення лікарського

самоврядування. Ці, а також інших проблем можливо вирішити спільними зусиллями населення, медичної спільноти, місцевої влади та держави.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Августин Р. Р., Апостолук О. З., Артимович А. І., Бречко О. В. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я : монографія. Тернопіль : «Крок», 2020. 559 с.
2. Банковский менеджмент управление персоналом : учеб. пособ. / Ред. Одегов Ю. Г. Москва : «ЭКЗАМЕН», 2005. 410 с.
3. Банчук М. В., Марценюк В. П. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузі охорони здоров'я України. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*, 2010 р., № 3 С. 10-17
4. Бойко С. Г. Тенденції Особливості державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*, 2018. № 1. 15 с.
5. Бужимська К. О. Теорія модернізації: виникнення, розвиток, сучасний стан. Економіка, організація і управління підприємством. *ВІСНИК ЖДТУ № 2 (44)*. С 216-227
6. Варяниченко О.В., Карасьова Г.В. Стандарти iso 9000: якість як принцип та основа довіри між виробником та споживачем. *Економічний вісник НГУ*, 2009. № 1 С. 115-122
7. Глосарій Програми розвитку ООН. URL : <http://www.unpan.org/Directories/> (дата звернення: 01.09.2020 р.)
8. Господарський кодекс України № 436-IV від 16 жовтня 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15>. (дата звернення: 01.09.2020 р.)
9. Департамент охорони здоров'я Запорізької ОДА URL : <http://doz.zoda.gov.ua/zakladi/merezha> (дата звернення: 10.10.2020 р.)
10. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / Ред. Білинська М. Київ. ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.



11. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / Радиш Я. Ф., Бахтеєва Т. Д. Київ, : НАДУ, 2013. 424 с.
12. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна: монографія / Співак М. В.. Київ : «Логос», 2016. С. 536
13. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України №411 від 25 квітня 2018 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 18.11.2020 р.).
14. Загальна декларація прав людини ООН №995\_015 від 10 грудня 1948 URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 12.09.2020 р.).
15. Західна О.Р., Мидлик Ю.І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні. «Молодий вчений» № 11 (51), 2017 р. С. 155-158
16. Клініка Мейо URL : <https://bolcheknig.ru> (дата звернення: 07.08.2020 р.).
17. Коваленко С. М., Лебединець В. О., Коваленко С. М. Концептуальні основи систем управління якістю. Харків : НФаУ, 2003. 98 с.
18. Кодекс України про адміністративні порушення №8073-Х редакція від 21 листопада 2020. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 07.08.2020 р.).
19. Кодекс законів про працю України №322-08 редакція від 25 жовтня 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws> (дата звернення: 11.09.2020 р.).
20. Конституція України URL : <https://www.president.gov.ua/ua> (дата звернення: 11.11.2020 р.).
21. Концепція реформи фінансування охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України №1013-р від 30 листопада 2016 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 07.09.2020 р.).
22. Крыштопа Б. П. Менеджер в здравоохранении. Київ : «Логос», 1995. 118 с.

23. Курило Т. М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції : автореф. дис. ... канд. держ. упр. : 25.00.02 / Курило Т. М. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2006. 20 с.

24. Лист Міністерства охорони здоров'я України від 02.02.2018 №19.1-04-158-2823 URL : <https://www.medcv.gov.ua> (дата звернення: 01.10.2020 р.).

25. Мартинюк О.А., Курдибанська Н.Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах економіка та управління підприємствами. *Причорноморські економічні студії*, Випуск 6. 2016. С. 75 - 79

26. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я МОЗ України, Міністерство охорони здоров'я України Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України», Київ 2019, 63 с. URL : <https://moz.gov.ua/article> (дата звернення: 01.10.2020 р.).

27. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. *Електронне видання «Державне управління: удосконалення та розвиток»*. № 11. 2018 р. 30.11.2018 DOI: 10.32702/2307-2156-2018.11.22 . С. 1-7

28. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. Посіб. / Баєва О. В. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 640 с.

29. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства оновлена версія Міністерство охорони здоров'я України 2018 р. 84 с.

30. Методологія наукових досліджень : навч. посіб. / В. І. Зацерковний, І. В. Тішаєв, В. К. Демидов. Ніжин : ННУ, 2017. 238 с.

31. Методологія системних досліджень в державному управлінні : навч. посіб. / В. Д. Бакуменко., С. О. Кравченко. Київ : Академвидав, 2011. 116 с.

32. Національна служба здоров'я України URL : <https://nszu.gov.ua>. (дата звернення: 20.11.2020 р.).
33. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. 41 с. URL <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>. (дата звернення: 17.11.2020 р.).
34. Обушна Н. І. Модернізація – сучасний тренд розвитку суспільства. *Теорія та практика державного управління*. № 3 (50). 2015. С.36-44
35. Обушна Н. І. Публічне управління як нова модель організації державного управління в Україні: теоретичний аспект. *Теорія та практика державного управління*. № 44. 2015. С. 53-63
36. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України №2801-ХІІ від 24 липня 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 22.11.2020 р.).
37. Основи менеджменту і маркетингу в медицині : навч. посіб./ Т.В. Єрошкіна, О. П. Татаровський, Т. М. Полішко, С. С. Борисенко. Дніпропетровськ : РВВ ДНУ, 2012. 63 с.
38. Основи наукових досліджень : навч. посіб. / Ред. О. В. Колесніков. Київ : «Центр учбової літератури», 2011. 144 с.
39. Оцінка медичної сфери в Україні (21-29 травня 2019 року) URL : <http://ratinggroup.ua/research/ukraine> (дата звернення: 07.06.2020 р.).
40. Податковий Кодекс України №2755-VI редакція від 28 листопада 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 04.11.2020 р.).
41. Показники захворюваності на туберкульоз та діяльність протитуберкульозних закладів України за 2019 р. Міністерство охорони здоров'я України : ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», Київ : МОН України, 2020. 200 с.
42. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2018 – 2019 роки, Міністерство охорони здоров'я

України : ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», Київ : МОН України, 2020. 228 с.

43. Поживілова О.В., Радиш Я.Ф., Васюк Н.О. Фахівець у галузі управління охороною здоров'я України: пошук моделі. *Інвестиції : практика та досвід*, № 19, 2011. С. 76-83

44. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України №2002-VIII від 06 квітня 2017 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 09.11.2020 р.).

45. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо управління об'єктами державної та комунальної власності: Закон України №1405-VIII від 02 червня 2016 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua>. (дата звернення: 15.11.2020 р.).

46. Про внесення змін до довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: Наказ МОЗ України № 1977 від 31 жовтня 2018 р. URL : <https://moz.gov.ua> . (дата звернення: 13.11.2020 р.).

47. Про внесення змін до Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України №90 від 24 січня 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/> (дата звернення: 14.10.2020 р.).

**48.** Програма «Охорона здоров'я міста Запоріжжя на період 2016-2018 роки затверджена рішенням міської ради № 16 від 25.12.2015 URL : <https://zr.gov.ua/uk> (дата звернення 12.11.2020 р.).

49. Програма «Охорона здоров'я міста Запоріжжя на період 2019-2021 роки» Додаток до рішення міської ради 19.12.2018 №32 URL : <https://zr.gov.ua/uk> (дата звернення: 13.11.2020 р.).

50. Про Департамент охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації: Положення затверджене розпорядженням голови обласної

державної адміністрації №569 від 31 жовтня 2018 р. URL : <http://doz.zoda.gov.ua/pologennya>. (дата звернення: 15.11.2020 р.).

51. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України №2168- VIII від 03 липня 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 18.11.2020 р.).

52. Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України №410 від 25 квітня 2018 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 10.10.2020 р.).

53. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головним розпорядникам бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України №391 від 28 березня 2018 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 11.11.2020 р.).

54. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету Міністрів України №285 від 2 березня 2016 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/> (дата звернення: 17.11.2020 р.).

55. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: Наказ МОЗ України №681 від 19 жовтня 2015 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 09.09.2020р.).

56. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: Наказ МОЗ України №503 від 19 березня 2018 р. URL : <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 07.06.2020 р.).

57. Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України №1094 від 27 грудня 2017 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 14.09.2020 р.).

58. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України №178/24 від 06 лютого 2018 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення 11.08.2020 р.).

59. Про затвердження та склад госпітальних округів Запорізької області: Розпорядження Кабінету Міністрів України №201-р від 22 березня 2017 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 17.09.2020 р.).

60. Про колективні договори і угоди: Закон України №3356-ХІІ редакція від 27 грудня 2019 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення 11.11.2020 р.).

61. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України №222-VІІІ редакція від 25 жовтня 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 01.11.2020 р.).

62. Про місцеві державні адміністрації: Закон України № 586-XIV редакція від 16 жовтня 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 03.10.2020 р.).

63. Про місцеве самоврядування: Закон України №280/97-ВР від 23 липня 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws> (дата звернення: 11.11.2020 р.).

64. Про оплату праці: Закон України №108/95-ВР редакція від 13 лютого 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 07.10.2020 р.).

65. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: закон України №2206-VІІІ від 14 листопада 2017 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 08.11.2020 р.).

66. Про порядок повідомної реєстрації галузевих (міжгалузевих) і територіальних угод, колективних договорів: Постанова Кабінету Міністрів України №115 від 13 лютого 2013 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 03.11.2020 р.).

67. Про умови і розміри оплати праці працівників підприємств і організацій, що дотуються з бюджету: Постанова Кабінету Міністрів України №948 від 31 серпня 1997 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/948-97-%D0%BF>. (дата звернення:04.09.2020 р.).

68. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України №1101 від 27 грудня 2017 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення:01.09.2020 р.).

69. Саверский А. В. О необходимости создания государственно-общественной организации в сфере прав граждан на охрану здоровья. *Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности : материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции, Москва, 26 марта 2004 года* / Ред. С. Г. Стеценко. Москва : Издательская группа «Юрист», 2004. С. 45–47.

70. Сіделковський О. Л. Участь громадськості як елемент формування публічної політики у сфері охорони здоров'я України: адміністративно-правовий вимір. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції* № 2. 2020. С. 105-108

71. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони Серія: Економіка та підприємництво*, 2019 р., № 3 (108). С. 160 -166

72. Соціальний захист населення України статистичний збірник / Ред. І. В. Сенік Київ : Державна служба статистики України, 2018. 122 с.

73. Соціальний захист населення України статистичний збірник / Ред. І. В. Сенік. Київ : Державна служба статистики України, 2019. 124 с.

74. Соціальний захист населення України статистичний збірник /Ред. І. В. Сенік. Київ : Державна служба статистики України, 2020. 116 с.

75. Социология социальных изменений : пер. с англ. / Ред. В. А. Ядова Москва : Аспект Пресс, 1996. 416 с.

76. Федотова В. Г. Типология модернизаций и способов их изучения. *Вопросы философии*. № 4, 2000. С. 10-13

77. Хартія основних прав Європейського Союзу №994\_524 від 07 грудня 2000 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 02.09.2020 р.).
78. Цивільний Кодекс України №435-IV редакція від 16 жовтня 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>. (дата звернення:11.11.2020 р.).
79. Global tuberculosis report 2017 World Health Organization 2017 URL : <https://reliefweb.int/report/world> (дата звернення:07.11.2020 р.)



**Декларація  
академічної доброчесності  
здобувача ступеня вищої освіти ЗНУ**

Я, **Доновський Олександр Олександрович**, студент 2 курсу магістратури, форми навчання заочної, факультету соціології та управління, спеціальність «публічне управління та адміністрування», адреса електронної пошти alexzender5599@gmail.com,

– підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота на тему «Модернізація системи публічного управління у сфері охорони здоров'я» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайомлений;

– заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;

– згоден на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям академічної доброчесності у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою інтернет-системи, а також на архівування моєї роботи в базі даних цієї системи.

Дата \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_ ПІБ (студент) **Доновський О.О.**

Дата \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_ ПІБ (науковий керівник) **Цапліна І.С.**