

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА КОЦЮБИНСЬКОГО
ФАКУЛЬТЕТ ПРАВА, ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ І
МЕНЕДЖМЕНТУ
КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ І МЕНЕДЖМЕНТУ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему:
«Організація діяльності закладів у сфері охорони здоров'я»

Студента 2 курсу, 2 МАПУА групи
Освітньої програми «Публічне управління
та адміністрування»
Спеціальності 281 Публічне управління та
адміністрування
Галузі знань 28 Публічне управління та
адміністрування
Ступеня вищої освіти Магістра
Карімуліна Руслана Фанісовича
Науковий керівник
доц. Яровий Анатолій Михайлович

Розширена шкала _____

Голова комісії	Кількість балів: _____	Оцінка ECTS _____
	_____	(_____)
	Підпис	Прізвище та ініціали
Члени комісії:	_____	(_____)
	_____	(_____)
	Підпис	Прізвище та ініціали
	_____	(_____)
	_____	(_____)
	Підпис	Прізвище та ініціали

Вінниця – 2024

Анотація

Карімулін Р. Ф. «Організація діяльності закладів у сфері охорони здоров'я».

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування.

Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, м. Вінниця, 2024 рік.

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню актуального науково-теоретичного завдання – організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я. Дослідження базується на аналізі теоретичних та емпіричних даних, взятих зі спеціалізованих джерел та публічних баз даних. Робота складається з трьох розділів. Звертається увага на виникненні наукового завдання аналізу вітчизняної моделі організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я та пошуку шляхів її удосконалення.

Перший розділ присвячено вивченню теоретичних основ організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я. Обґрунтовано теоретичні підходи до змісту і значення організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я, визначено особливості діяльності закладів у сфері охорони здоров'я, а також обґрунтовано поняття та визначено елементи механізму публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я. Встановлено, що процес організації діяльності з позиції публічного управління, передбачає створення нормативно-правової бази, контроль за дотриманням стандартів якості впровадження ефективних управлінських механізмів та забезпечення належного фінансування медичних закладів та включає основні елементи як планування діяльності, управління ресурсами, впровадження інновацій та контроль якості послуг. З'ясовано сутність механізму організації діяльності закладів охорони здоров'я. Визначено сутність публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я.

У другому розділі роботи проведено аналіз сучасних аспектів організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я. Проведено оцінку наслідків та результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні, визначено особливості розвитку та трансформації публічного управління

системою охорони здоров'я в Україні, охарактеризовано ключові якості управління організацією діяльності закладів у сфері охорони здоров'я. Встановлено, що найбільше зрушень відбулося у фінансовому забезпеченні програми медичних гарантій, реформуванні первинної медичної допомоги. Встановлено, що питання реформування системи охорони здоров'я є вкрай важливою сферою державного управління та розвитку політичної системи країни в цілому, оскільки від ефективності реалізованих реформ залежить еволюція та розвиток національної економіки, забезпечення відповідного рівня національної безпеки та налагодження соціального консенсусу. Проведено періодизацію процесів реформування системи охорони здоров'я України. Серед ключових проблем визнано низькі темпи структурних перетворень в системі охорони здоров'я.

У третьому розділі кваліфікаційної роботи дослідження присвячені вирішенню питань, що полягають у обґрунтуванні напрямів удосконалення механізмів організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я. Визначено концептуальні засади міжнародного досвіду публічного адміністрування організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я та узагальнено пропозиції щодо інвестиційно-інноваційної діяльності держави у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я. Визначено спектр напрямків інвестиційно-інноваційної діяльності держави у рамках завершення реформування системи охорони здоров'я. Узагальнено ряд інноваційних векторів, серед яких медичні технологічні інновації, організаційні інновації, економічні інновації, інформаційно-технологічні інновації, медико-фармацевтичні, медико-технічні інновації. Доведено, що у контексті досягнення зазначеного комплексу інвестиційно-інноваційної діяльності в умовах ринку приватної медицини держава в особі органів державної влади виступає як регулятор їх господарської діяльності, а в окремих аспектах може виступати партнером, за умови, що формою інвестиційної діяльності є державно-приватне партнерство.

Ключові слова: державне управління, публічне управління та адміністрування, система охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я, організація, медична реформа.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.	8
1.1. Зміст і значення організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я.	8
1.2. Особливості діяльності закладів у сфері охорони здоров'я.	19
1.3. Поняття та елементи механізму публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я.	28
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНИХ АСПЕКТІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.	35
2.1. Оцінка наслідків та результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні.	35
2.2. Особливості розвитку та трансформації публічного управління системою охорони здоров'я в Україні.	45
2.3. Характеристика якості управління організацією діяльності закладів у сфері охорони здоров'я.	54
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.	64
3.1. Міжнародний досвід публічного адміністрування організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я.	64
3.2. Інвестиційно-інноваційна діяльність держави у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я.	74
ВИСНОВКИ.	88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.	95
ДОДАТКИ.	104

ВСТУП

Збереження, зміцнення та охорона здоров'я й благополуччя громадян країни залишається одним із базових пріоритетів та обов'язків державної влади. Здоров'я населення у сучасних умовах є дуже важливою детермінантою якісного існування суспільства, а також економічного розвитку і життя країни, де кожен громадянин може повністю реалізувати свій потенціал.

Актуальність теми. Вирішення проблем забезпечення здоров'я нації є обов'язком не лише сектору охорони здоров'я, а також вимагає консолідації зусиль лідерства уряду та суспільства на місцевому, обласному та національному рівнях. За останні роки в системі організації діяльності закладів охорони здоров'я України відбулися комплексні трансформаційні зміни, які розпочалися із прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», запровадженням Програми медичних гарантій та створення базових національних агенцій охорони здоров'я таких як Центр громадського здоров'я МОЗ, Національна служба здоров'я України та ДП «Медичні закупівлі України», та іншими істотними змінами, що включають автономізацію закладів охорони здоров'я, реорганізацію МОЗ та підпорядкованих йому медичних установ. Інтегрування принципу «гроші слідують за пацієнтом» стало основою ключових змін щодо організації та фінансування закладів охорони здоров'я. Даний вектор торкнувся як первинної медичної допомоги, так і стаціонарної допомоги, а також став основою для покращення доступу до основних лікарських засобів. Реформування системи організації громадського здоров'я зосередилось на посиленні організації систем епіднагляду та біобезпеки й інститутів громадянського здоров'я, а нова модель закупівель у системі охорони здоров'я націлена на підвищення прозорості практики закупівель та підвищення ефективності. Крім того, початок пандемії COVID-19 спричинив безпрецедентний тиск на національну систему охорони здоров'я. Це вимагало об'єднаних оперативних зусиль від системи органів управління, що сприяло виявленню прогалин, які було усунуто з метою покращення стійкої системи готовності до майбутніх загроз та реагування. Однак, попри

позитивні оперативні результати, перед системою організації охорони здоров'я України стоїть багато викликів, зокрема щодо організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я, що потребує консолідації зусиль уряду та усього суспільства. Це доволить знайти оптимальні інноваційні напрямки досягнення амбітного прориву в удосконаленні організації діяльності закладів системи охорони здоров'я орієнтованих на максимізацію задоволення потреб населення, зміцнення благополуччя та здоров'я громадян. Ці факти спряли актуальності обраної теми дослідження.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження та аналіз основних теоретико-категорійних основ організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я та пошук шляхів для її удосконалення.

Для досягнення мети роботи були поставлені і розв'язувались такі **завдання:**

- обґрунтувати теоретичні підходи до змісту і значення організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати особливості діяльності закладів у сфері охорони здоров'я;
- описати поняття та елементи механізму публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я;
- провести оцінку наслідків та результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- оцінити особливості розвитку та трансформації публічного управління системою охорони здоров'я в Україні;
- проаналізувати якість управління організацією діяльності закладів у сфері охорони здоров'я в Україні;
- вивчити міжнародний досвід публічного адміністрування організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я;
- узагальнити пропозиції щодо інвестиційно-інноваційної діяльності держави у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є діяльність закладів у сфері охорони здоров'я.

Предметом роботи є процес організації діяльності закладів у сфері

охорони здоров'я в Україні.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є сукупність загальнонаукових і спеціальних методів наукового пізнання, застосування яких зумовлене метою, завданнями, специфікою предмета й об'єкта дослідження, зокрема використано діалектичний метод – для з'ясування сучасного стану організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я; історичний метод – для вивчення генези становлення галузі охорони здоров'я в Україні; системно-структурного метод – для з'ясування характерних особливостей організації діяльності закладів охорони здоров'я; метод емпіричного дослідження – для виокремлення найбільш перспективних напрямків реформування галузі охорони здоров'я у контексті вивчення успішного закордонного досвіду та визначення перспектив інвестиційно-інноваційної діяльності держави у сфері охорони здоров'я.

Наукова новизна роботи полягає у обґрунтуванні перспективних напрямків інвестиційно-інноваційної діяльності держави у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що отримані результати досліджень та пропозиції щодо у обґрунтування перспективних напрямків інвестиційно-інноваційної діяльності держави у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я можуть бути використані Департаментами Вінницької обласної державної адміністрації, Вінницькою міською радою, місцевими органами самоврядування та іншими органами публічної влади при розробці стратегічних перспектив розвитку охорони здоров'я та реабілітації.

Публікації. Результати дослідження опубліковані у науковій статті «Інвестиційно-інноваційна діяльність держави у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я» у електронному науковому фаховому журналі «Успіхи і досягнення у науці» № 11, 2024 р., а також апробовані на науковій конференції студентів факультету права, публічного управління і менеджменту.

Структура та обсяг роботи. Робота розміщена на 105 сторінках, включає три розділи, список використаних джерел із 89 позицій та 1 додаток.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Зміст і значення організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я

Для початку дослідження варто вивчити питання сутності організації та організаційної діяльності. Як відомо, організаційна діяльність у будь якій сфері має всеосяжний характер. Організованість для закладів властива усім сферам функціонування суспільства. Проявами такої системності є технічні, виробничі та соціально-економічні системи. Будь яка організація має свою ієрархічну структуру, яку можна розглядати як у динаміці, так і в статичності. Організація в статичному стані – це певне цілісне утворення (технічного, соціального, біологічного чи фізичного характеру), що має цілком визначене призначення. У динамічному стані організація представляє собою сукупність різноманітних процесів з упорядкування елементів, формування і підтримки цілісності знову створюваних або функціонуючих об'єктів. Якщо ці процеси складаються з цілеспрямованих дій людей, тоді організація виступає у ролі функції. Тому погоджуємося, що «поняття “організація” може вживатися в різних значеннях» [6, с. 14]. Для цілісного розуміння її сутності учені виділяють три основні значення організації:

- 1) як певний об'єкт;
- 2) як діяльність;
- 3) як явище, що характеризує стан об'єкту.

Розглядаючи організацію як об'єкт, науковці пропонують вбачати «об'єднання групи людей, які свідомо здійснюють координацію своєї діяльності для досягнення поставленої мети» [12, с. 138]. В такому смисловому трактуванні організація виступає об'єктом матеріального світу і є однією із форм ведення відповідної діяльності, яка визначена законодавством. Законодавчо регламентуються також розміри та деякі інші

функціональні параметри [12, с. 139].

Організація як явище проявляється через фізичне об'єднання певних складових створених для досягнення відповідної мети. При цьому формується певна побудова об'єкту, відповідний порядок розташування його структурних елементів, що є основою діяльності спрямованої на одержання кінцевого результату. Така організація діяльності має певні статичні характеристики, параметри яких визначаються вимогами до кінцевого продукту. Вчені трактують організацію діяльності як «цілеспрямований процес створення чого-небудь корисного, здійснення суспільної діяльності, яка відображає існуючий поділ праці» [13, с. 38]. Сутність організації діяльності як процесу проявляється крізь призму сукупності дій націлених на утворення та удосконалення взаємозв'язків між частинами окремого цілого. Процес організації діяльності здійснюється людьми та має складний динамічний характер. Окрім цього, він зазнає спеціалізації та поділу, що детермінує формування окремих професійних груп працівників. Організації як процесу діяльності притаманні певні динамічні характеристики, які дають уяву про зміну їх параметрів у часі. Відповідно, організація виступає функцією управління, що полягає у плануванні, виконанні і координації певної господарської діяльності.

Як відомо, кожна організація являє собою відкриту систему. З цієї точки зору можна визначити певні її характеристики, серед яких відзначимо: негативну ентропію, наявність циклу подій, присутність зворотного зв'язку, наявність інформації, що генерується, збирається, використовується відкритою системою для моніторингу, оцінки, контролю й корекції власної діяльності. Сьогодні спостерігається тенденція до збільшення відкритості та одночасно зменшення захищеності організацій. Тому завданням будь-якої організації є балансування рівня своєї відкритості з потребою зберегти себе як цілісність. Системність управління організацією діяльності реально розкривається, перш за все, через її зв'язки та визначення їх типів. Детальне та послідовне вивчення типів зв'язків є необхідною умовою для вибору

методів та форм організації діяльності, а отже, і управління в цілому. Дослідження і управління комплексною системою зв'язків організації, перш за все, ґрунтується на аналізі розмаїття зв'язків, що існують, структурування їх та ранжування за пріоритетністю. З точки зору комплексного управлінського підходу типологію зв'язків організації діяльності організацій можемо розглянути наступним чином (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Комплексна класифікація зв'язків в організації діяльності закладів

Зв'язки організації	
Зовнішні зв'язки:	Внутрішні зв'язки:
за рівнями: – на макрорівні; – на мікрорівні.	за формалізацією: – формальні; – неформальні.
за спрямуванням: – вихідні; – зворотні	за збалансованістю: – симетричні; – асиметричні
за періодичністю: – регулярні (постійні); – епізодичні.	за спрямуванням: – односторонні; – двосторонні
за інтенсивністю впливу на життєдіяльність організації: – ті, що суттєво впливають; – мають середню ступінь впливу; – впливають несуттєво	за характером ланок в управлінні: – лінійні; – функціональні

Джерело: [18 с. 23]

Таким чином, у зовнішньому середовищі переважають інформаційні зв'язки, що вимагають адаптації організації, підтримання її контактів із зовнішнім середовищем. Відповідно до цього, «управління зв'язками зовнішнього середовища здійснюється в організації на стратегічному рівні. Внутрішні ж зв'язки в більшості пов'язані з процесом діяльності та досягнення цілей організації. Тому управління внутрішніми зв'язками має здійснюватися переважно функціональними підрозділами організації за допомогою використання тактичних прийомів» [18 с. 123]. Отже, завдання управління системою зв'язків полягає в інтеграції елементів виробничого та управлінського характеру. Вдало побудована система управління зв'язками

дозволяє закладам вирішити низку важливих завдань, зокрема: оптимізувати координацію роботи всіх ланок діяльності; раціоналізувати й структурувати внутрішню субординацію; удосконалити контроль за роботою усіх ланок; підвищити свою конкурентоспроможність на ринку та зайняти на ньому більш привабливу й стабільну позицію орієнтовану на стратегічну перспективу. Така діяльність детермінує більш свідому тактику у формуванні та розвитку організації в цілому.

Розглядаючи організацію діяльності у проекції закладів охорони здоров'я є варто засвідчити, що цей процес є основою функціонування системи охорони здоров'я в цілому, визначаючи рівень ефективності, доступності та якості медичних послуг. З позиції публічного управління, цей процес передбачає створення нормативно-правової бази, контроль за дотриманням стандартів якості впровадження ефективних управлінських механізмів та забезпечення належного фінансування медичних закладів. Виходячи із цього, ефективна організація діяльності закладів охорони здоров'я відіграє ключову роль у зменшенні нерівності в доступі до медичної допомоги, покращенні показників здоров'я населення і забезпеченні сталого розвитку системи охорони здоров'я.

Організація діяльності закладів охорони здоров'я включає комплекс управлінських, економічних і операційних процесів, спрямованих на забезпечення якісної медичної допомоги, виходячи із цього, серед основних аспектів даного процесу варто відзначити:

1. Планування діяльності. Полягає у визначенні цілей, стратегій і завдань закладу. Наприклад, у рамках державних програм, як «Доступні ліки» в Україні, планування дозволяє забезпечити населення необхідними препаратами за доступними цінами.

2. Управління ресурсами. Передбачає ефективне використання кадрових, фінансових, технічних і інформаційних ресурсів.

3. Впровадження інновацій. Орієнтоване на використання сучасних технологій, таких як телемедицина, електронні медичні записи, штучний

інтелект для діагностики.

4. Контроль якості послуг. Полягає у постійному моніторингу результативності лікувальних і профілактичних заходів.

Організація діяльності закладів охорони здоров'я базується на наступних принципах [45 с. 33]:

1. Справедливості й доступності – передбачає, що усі громадяни мають право на отримання медичних послуг незалежно від місця проживання, віку чи соціального статусу.

2. Ефективності – полягає у мінімізації витрат та оптимізації ресурсів для досягнення максимальної користі.

3. Орієнтованості на пацієнта – націлений на максимізацію задоволення потреб пацієнтів шляхом створення комфортних умов лікування та зручності доступу до послуг.

4. Інноваційності – передбачає постійний розвиток і адаптацію до нових викликів (наприклад, впровадження телемедичних консультацій в умовах пандемії COVID-19).

Виходячи із зазначених особливостей, організація діяльності закладів у сфері охорони здоров'я є критичним компонентом соціально-економічного розвитку кожної держави. Вона визначає якість і доступність медичних послуг, впливає на тривалість та якість життя населення, економічну стабільність і соціальну гармонію. Глобальні виклики, як-от пандемії, старіння населення та зростання хронічних захворювань, акцентують увагу на важливості правильної організації роботи закладів охорони здоров'я.

Варто також відзначити, що організація діяльності закладів у сфері охорони здоров'я є критично важливою, зважаючи на такі аспекти:

1. Соціальний аспект. Якісна медична допомога сприяє покращенню стану здоров'я населення. Наприклад, у країнах із високим рівнем організації медицини (Швеція, Німеччина) тривалість життя значно вища, ніж у країнах із недостатньо розвинутою системою охорони здоров'я. Ефективна організація діяльності закладів у сфері охорони здоров'я сприяє покращенню

здоров'я населення, що зменшує навантаження на інші сектори, наприклад, систему соціального захисту. Організація роботи закладів охорони здоров'я безпосередньо впливає на зниження захворюваності, смертності та інвалідності серед населення. Високий рівень медичного обслуговування сприяє зростанню тривалості життя. Наприклад, у країнах із розвиненою системою охорони здоров'я (Швеція, Норвегія) середня тривалість життя перевищує 80 років. Одним із ключових принципів організації медичних установ є забезпечення рівного доступу до медичної допомоги. Це передбачає створення медичних закладів у всіх регіонах країни, включно із сільськими територіями, розвиток телемедицини для віддалених громад і впровадження програм державної підтримки для соціально незахищених верств населення. Здорове населення є основою економічної активності країни. Організація діяльності медичних закладів забезпечує своєчасне лікування захворювань та реабілітацію, що дозволяє громадянам швидше повернутися до роботи. Профілактичні програми, такі як вакцинація, рання діагностика та здоровий спосіб життя, формуються завдяки ефективній організації роботи медичних закладів. Наприклад, кампанії вакцинації проти COVID-19 в Україні та світі допомогли зменшити рівень захворюваності та смертності [18 с. 28].

2. Економічний аспект. Ефективна система охорони здоров'я знижує витрати на лікування завдяки профілактиці захворювань. Інвестиції в ранню діагностику, наприклад, онкологічних хвороб, дають значну економію у довгостроковій перспективі. Вкладення у профілактику та ранню діагностику захворювань значно знижує витрати на лікування. Наприклад, профілактичні програми вакцинації в Україні дозволили зменшити випадки важких інфекційних хвороб [36 с. 320]. Ефективна організація закладів охорони здоров'я дозволяє оптимізувати витрати державного бюджету. Вкладення в профілактику захворювань коштують дешевше, ніж лікування ускладнень. Наприклад, рання діагностика онкологічних захворювань значно знижує витрати на тривале лікування.

Організація роботи закладів високого рівня сприяє залученню іноземних пацієнтів. Наприклад, в Україні спеціалізовані центри, що пропонують високотехнологічні послуги, як-от хірургічне лікування серцево-судинних захворювань, можуть стати базою для розвитку медичного туризму. Здорове населення менше навантажує систему соціального захисту. Інвестиції в організацію діяльності медичних закладів знижують витрати на виплати по інвалідності та втраті працездатності. Розвиток сучасних технологій, таких як роботизована хірургія чи штучний інтелект у діагностиці, сприяє не лише покращенню якості послуг, а й розвитку медичних стартапів, що приносять дохід державі.

3. Політичний аспект. Належна організація роботи закладів у сфері охорони здоров'я сприяє зміцненню довіри до держави. Громадяни, які мають доступ до якісної медицини, більш задоволені життям і демонструють більший рівень довіри до урядових програм. Система охорони здоров'я впливає на довіру населення до органів влади. Належна організація діяльності закладів охорони здоров'я формує позитивний імідж держави. Організація доступної та якісної медичної допомоги сприяє підвищенню рівня довіри громадян до органів влади. Наприклад, ефективні антикризові заходи під час пандемії COVID-19 підвищували рейтинги урядів у багатьох країнах. Розвиток системи охорони здоров'я відповідно до міжнародних стандартів дозволяє країні брати участь у глобальних програмах, таких як ініціативи ВООЗ, та зміцнює її позиції на міжнародній арені. Доступність медичних послуг зменшує соціальну напругу, особливо у кризові періоди. Наприклад, надання безкоштовного лікування під час спалахів хвороб допомагає уникнути суспільного невдоволення.

4. Організаційний аспект. Ефективна організація дозволяє уникнути дублювання функцій, забезпечити взаємодію між закладами різних рівнів (первинна, вторинна, третинна допомога) та створити єдиний медичний простір. Організація ЗОЗ включає підготовку та розподіл кадрів, впровадження програм підвищення кваліфікації. Наприклад, в Україні

програми навчання сімейних лікарів дозволили підвищити рівень первинної медичної допомоги. Інтеграція цифрових технологій.

До основних завдань, які виконує належна організація діяльності закладів у сфері охорони здоров'я варто віднести:

- розробку стратегій розвитку;
- впровадження стандартів якості;
- забезпечення безперервного навчання персоналу;
- інтеграцію медичних інформаційних систем.

Досягнення вищеписаних постулатів неможливе без ефективного державного управління, яке охоплює комплекс заходів, спрямованих на регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, визначення їхньої ролі у структурі системи та координацію взаємодії між різними рівнями медичних послуг. Основними завданнями держави в цій сфері науковці відзначають [57 с. 323]:

- розробку та впровадження політики охорони здоров'я;
- законодавче регулювання;
- організацію системи фінансування;
- контроль за дотриманням стандартів і наданням якісних послуг.

Державне управління у сфері охорони здоров'я передбачає розподіл функцій між різними рівнями:

1. Національний рівень – формування політики, фінансування, контроль за дотриманням стандартів.
2. Регіональний рівень – координація роботи місцевих закладів, розподіл ресурсів.
3. Локальний рівень – безпосереднє надання медичних послуг, виконання планів.

Виходячи із вищезазначеного, вважаємо, що організація діяльності закладів у сфері охорони здоров'я являє собою комплекс взаємопов'язаних видів діяльності та практичних дій, які спрямовані на створення або вдосконалення існуючих процедур планування, управління, координації та

контролю діяльності медичних установ, спрямований на забезпечення доступності, якості та ефективності медичних послуг, раціональне використання ресурсів, впровадження інновацій, дотримання нормативно-правових стандартів та задоволення потреб населення у збереженні й покращенні здоров'я.

Організація діяльності закладів у сфері охорони встановлює загальні закономірності організації роботи медичних установ, форми й методи здійснення операційних процесів із виготовлення продукції чи надання послуг за умов раціонального використання всіх наявних видів ресурсів. Об'єктивною основою організації діяльності медичних закладів є відносини, які виникають при виробництві, виконанні робіт та наданні послуг на рівні первинних ланок. Частина виробничих відносин у медичних установах має організаційний характер [9, с.93]. Виявлення та вивчення їх структури дає можливість глибше з'ясувати сутність організації їх функціонування та намітити напрямки їх удосконалення. Серед цих відносини можна виділити:

- 1) регулюючі організаційні відносини, які забезпечують визнання та прояв відносин власності при формуванні та експлуатації медичних систем;
- 2) міжособистісні організаційні відносини, які відбуваються між працівниками в процесі спільної праці;
- 3) технічні організаційні відносини, які складаються в процесі взаємодії працівників із засобами та предметами праці;
- 4) забезпечувальні організаційні відносини, які відображають взаємозалежності ресурсних складових медичних закладів;
- 5) процесні організаційні відносини, які встановлюють певний порядок виконання виробничих операцій та дій.

Сучасна організація закладів охорони здоров'я передбачає впровадження електронних медичних записів, телемедицини, інформаційних платформ для моніторингу захворювань, що спрощує управління медичною інформацією. Стандартизація процесів лікування, наприклад через впровадження протоколів діагностики, є важливою складовою організації

роботи закладів [8 с. 55].

Варто відзначити, що залежно від форми власності заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я не підлягають приватизації. За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися та функціонувати як державні некомерційні підприємства або державні установи.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати шляхом здійснення співробітництва територіальних громад у формах, передбачених законом, у тому числі як спільне комунальне підприємство.

Заклади охорони здоров'я приватної власності не обмежені у виборі організаційно-правової форми. Заклади охорони здоров'я комунальної та державної форми власності, що діють в організаційно-правовій формі установи, можуть бути реорганізовані, у тому числі шляхом перетворення, за рішенням власника або уповноваженого органу управління [12 с. 138].

Інститути та агенції охорони здоров'я відіграють вирішальну роль у системі охорони здоров'я. Зміцнення цих інститутів шляхом впровадження принципів прозорості, підзвітності та громадського контролю допоможе забезпечити належне врядування, лідерство та ефективне управління в системі охорони здоров'я. МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, а також захисту населення від інфекційних хвороб, та протидії іншим соціально небезпечним захворюванням, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, забезпечує формування та реалізує державну політику у цій сфері. Крім того,

МОЗ має розширювати співпрацю та будувати довірчі відносини із зацікавленими сторонами на рівні областей і територіальних громад, із представниками недержавного та приватного секторів [13 с. 223].

Адаптація закладів охорони здоров'я до змін у зовнішньому середовищі й пов'язаними з ними впливами факторів зовнішнього середовища може бути параметричною або структурною. Обидва види адаптації є досить ефективними і при їх застосуванні можна досягнути бажаних результатів. Параметрична адаптація припускає зміну параметрів внутрішніх систем закладів охорони здоров'я. Тоді, як структурна адаптація передбачає зміну самої структури внутрішньої системи, появу нової внутрішньої системи (нових підрозділів чи відділів), реорганізацію або ліквідацію існуючих. Залежно від ролі й значення адаптаційних елементів, а також готовності до адаптивної реакції можна виділити три моделі поведінки закладів охорони здоров'я, кожна з яких визначає його готовність до адаптації: модель активного, консервативного й змішаного поводження. Вибір моделі адаптивної поведінки слід здійснювати виходячи з наявної ситуації на ринку та можливостей самого суб'єкта господарювання.

Отже, у сучасних ринкових умовах організація діяльності закладів у сфері охорони здоров'я має різні форми, розрізняється за масштабами і глибиною змін, що відбуваються в стратегії й поточній діяльності закладів і внутрішніх системах. Залежно від факторів, що впливають, всю сукупність організаційних заходів можна поділити на такі групи: адаптація до нововведень; адаптація до змін кон'юнктури ринку; адаптація до соціально-культурних і політико-правових умов. Кожний вид передбачає комплекс робіт, пов'язаний з організацією адаптації в організації до умов зовнішнього середовища. Ефективна організація діяльності закладів охорони здоров'я є детермінантою сталого розвитку країни та залежить від комплексності та раціональності державної політики у даному секторі.

1.2. Особливості управління та організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я

Процес забезпечення системного розвитку закладів у сфері охорони здоров'я в умовах мінливого ринкового середовища потребує постійного моніторингу та комплексного управління із систематичним контролем за результатами діяльності, здійсненням заходів з коригування зі сторони керівництва, яке на практиці реалізується через наперед сформовані механізми взаємодії між різними структурними підрозділами організації.

У науковому дискурсі існують різні підходи до тлумачення дефініцій управління, управління розвитком, управління підприємством, що, в свою чергу, активізує потребу теоретичного осмислення концептуальних основ та означенні ключових особливостей і характеристик даних категорій, в тому числі у відношенні до закладів охорони здоров'я.

У найбільш узагальненому розумінні поняття управління розглядають крізь діоптрій цілеспрямованого впливу на об'єкт суб'єкта управління або керуючої підсистеми на керовану через взаємозв'язані дії, які задають напрям руху та розвитку [11, с. 35]. Таким чином, Дегтяр А.О. Ковальчук В. Г., Павленко Т. Ю. [16] управління трактують як «множину процесів, які створюють умови для підтримки стану функціонування керованого об'єкта в певному наперед визначеному вигляді через реалізацію планомірних управлінських дій» [16 с. 15]. У вужчому розумінні на мікрорівні об'єкт управління часто ототожнюється із людськими ресурсами та визначається через вплив керуючої сторони на підлеглих у трудовому колективі [18, с. 23]. Очевидно, що ефективне управління інтелектуально-кадровими ресурсами закладів охорони здоров'я та нарощення їх потенціалу, відіграє важливу роль у активізації та інтенсифікації процесів, які, у кінцевому підсумку, дозволяють констатувати факт динамічності поступальних змін.

В свою чергу, характеристики поняття управління описують вчені Ліба Н. С. [52] та Лопаткіна О. О. [53], розглядаючи їх у площині здатності

закладів охорони здоров'я підтримувати наперед визначену стратегію поступального розвитку та можливості протистояти дії дестабілізуючих чинників мінливого внутрішнього та зовнішнього середовища.

Оскільки у дослідженні об'єктом дослідження є заклади у сфері охорони здоров'я та організація їх діяльності, варто звернути увагу на контент-аналіз концептуальних підходів до трактування, на перший погляд, споріднених категорій управління підприємством та управління його розвитком у вимірі конкретного закладу, так і у розрізі окремих галузевих специфікацій.

У цілому управління закладами охорони здоров'я у вузькому розумінні науковці розглядають як процес впливу на результати діяльності медичних закладів, що у підсумку сприяє досягненню поставлених цілей та виконанню завдань. Водночас Медяник Д. І., Липчанський В. О. [56, с. 22], розкривають суть даної категорії з практичної точки зору, ідентифікуючи її як «сукупність управлінських рішень та дій системного характеру, які реалізуються відповідними фахівцями (керівниками, менеджерами, адміністраторами) через наперед сформовані механізми взаємодії, впливають на інтенсивність ділової активності суб'єкта господарювання та спрямовані на досягнення конкретних цілей у межах програмно-статутної діяльності підприємства» [56].

Оскільки успіх функціонування закладів охорони здоров'я найперше ототожнюється з його фінансово-економічними результатами Черненко К.П., Семененко Г.М., Луконін О.В. [81, с. 26], аналізуючи особливості управління їх діяльністю крізь призму сфери послуг, додатково виділяють категорію економічного управління, під якою розуміє «повторюваний, цілеспрямований процес організаційного характеру, що реалізується через вплив управлінських рішень на елементи керованої системи підприємства та здійснюється з метою досягнення еталонних (бажаних) значень економічних показників» [81]. Варто відзначити, що за цим підходом науковці зводять процес економічного управління закладами охорони здоров'я більше до

планування їх процесів та контролю за результатами фінансово-господарської діяльності, що не відображає системного характеру даної категорії. Водночас Дєєва Н. Е., Радченко О. О. [17, с. 15], розвиваючи положення авторської концепції економічного управління підприємством, справедливо зазначають, що основна кінцева мета економічного управління повинна концентруватись довкола нарощення економіко-фінансової цінності (кількісних та якісних характеристик вартості) підприємства у довгостроковому горизонті його діяльності, що більше стосується приватного бізнес-сегменту у галузі охорони здоров'я.

Таким чином, у науковому дискурсі поняття управління закладами охорони здоров'я здебільшого розглядається як статичний процес адміністративного впливу керівних структур закладу на об'єкти управління, який забезпечує злагоджене функціонування всіх підсистем організації та його окремих структурних підрозділів і є необхідною передумовою досягнення цілей. З іншого боку, сучасне підприємство функціонує в координатах мінливого та динамічного середовища, яке зазнає постійних змін та трансформацій. Це накладає суттєвий відбиток на дієвість традиційних підходів до управління закладами охорони здоров'я. Відтак стандартні, загальноприйняті процедури, управлінські інструкції, алгоритми прийняття рішень можуть ускладнювати процес діяльності закладів охорони здоров'я, сповільнювати і навіть унеможливлювати його системний розвиток. Таким чином, на думку науковців Дубина М., Забаштанський М., Роговий А. «в системі базових понять, пов'язаних з управлінням, чільне місце займає категорія управління розвитком підприємства, яка за своєю суттю враховує як динаміку суспільного прогресу у підходах до управління бізнес-процесами, так і дозволяє враховувати особливості галузевої приналежності підприємства у конкретному часовому проміжку» [20].

У концептуальному вимірі організація діяльності закладів охорони здоров'я відбувається за певними закономірностями (принципами), які визначають засадничі ціннісні положення та правила дій, норми, за якими

повинна функціонувати система організації діяльності підприємств. У науковому дискурсі існують різні підходи щодо їх класифікації. Зокрема, Зуб І. [37, с. 90], досліджуючи теоретичні основи механізму організації діяльності, до базових закономірностей відносить принципи комплексності, інтегрованості, оптимальності, економності, безперервності, об'єктивності, альтернативності. Тоді як у [22, с. 121] додатково звертається увага на принципи управління, які сприяють реорганізації управлінських процесів у бік екологізації, ощадного використання ресурсів, соціалізації та сталого розвитку. З іншого боку, учені [57, с. 227-228] виділяють 19 принципів для якнайширшого окреслення основних закономірностей організація діяльності закладів охорони здоров'я.

Вочевидь, управління закладами охорони здоров'я має свою специфіку, позаяк головний продукт таких підприємств – медична послуга, а критерієм ефективності її надання є рівень одужання пацієнтів та тривалість досягнутого ефекту лікування, а також кількісно-якісні параметри безпечності, своєчасності медичних маніпуляцій, діагностичних та консультаційних послуг. Відтак, Нагорянський А. О. [61, с. 64] наголошує на важливості побудови ефективної системи управління якістю, яка виступає відправною точкою системних змін та ефективізації діяльності закладів охорони здоров'я. Поза тим С. Назарко [62, с. 174], В. Грабовський, П. Клименко [12, с. 137], обґрунтовуючи сучасну парадигму організації діяльності закладів охорони здоров'я пропонують виділяти принципи цілеспрямованості, безпечності, рівності. Однак, такий склад принципів вважаємо дещо звуженим, адже, по суті, розглядаються лише аспекти вдосконалення наявних функціональних взаємозв'язків між структурними підрозділами, а принципи надання медичних послуг прирівнюються до стандартів управління. Принципи організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я можемо узагальнити схематично на рис. 1.1. Варто відзначити основні принципи: системності, інтегрованості, резильєнтності, резистентності, безперервності, інноваційності, людино-центричності,

акумулятивності, синергетичності, соціально-економічної ефективності, зовнішньої соціальної відповідальності.



Рис. 1.1. Принципи організації діяльності закладів охорони здоров'я та їх сутнісно-змістова характеристика

Джерело: [12]

Традиційно у теорії управління прийнято виділяти чотири ключові функції управління підприємством: планування, організації, мотивації та контролю [12, с. 71]. Хоча наявні й інші погляди, згідно яких склад функцій

управління суттєво варіативніший. Наприклад, у [22, с. 121] – це функції прогнозування, регулювання, координації, стимулювання, а також оцінювання рівня досягнення запланованих цілей; у [26] – функції стратегічного та оперативного планування, обліку та моніторингу. Однак, в тій, чи іншій мірі це, скоріше, деталізація класичного підходу, ніж розкриття нових функціональних аспектів управління системним розвитком підприємства.

Варто звернути увагу на праці, вчених у яких є концептуальні ідеї [19, 36] щодо обґрунтування особливостей управління інноваційним розвитком закладів охорони здоров'я. Науковці групують функції управління на загальні (класичні), конкретні (специфічні) та об'єднувальні (синергетичні). Якщо загальні функції характеризують традиційний алгоритм процесу управління розвитком, від аналізу поточної ситуації до контролю за результативністю та ефективністю управлінського впливу, то конкретні функції управління призначені для регулювання чітко визначених видів (аспектів) діяльності закладів у сфері охорони здоров'я (управління виробництвом, персоналом, збутом продукції та послуг, інноваційними проєктами, потенціалом і т.д.). Принципи та функції організації діяльності закладів охорони здоров'я визначають норми, закономірності управлінського процесу, який у теоретичному плані реалізується за певним алгоритмом, способом або, іншими словами, методом управління.

У найпростішому розумінні під механізмом організації діяльності розуміють сукупність інструментів, засобів та заходів, які забезпечують процес постійної дієвої взаємодії керуючої та керованої підсистем закладу [13, с. 25]. Водночас Зуб І. М. [36, с. 42] механізм організації діяльності трактує як сукупність функціонально-організаційних структур, методів, засобів та інструментів управління, які дозволяють ефективізувати діяльність закладів у сфері охорони здоров'я відповідно до параметрів заданих у стратегіях та планах розвитку. Наявний підхід до розуміння даної категорії відображає лише статичну сторону даної дефініції, так як не враховує факт

динамічності та мінливості середовища, у площині якого функціонує заклад охорони здоров'я. Очевидно, що основне завдання механізму організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я полягає у оперативному та своєчасному реагуванні на виклики дестабілізуючих чинників. Відтак, механізм організації діяльності повинен включати варіативний набір інструментів та заходів, які забезпечують стає функціонування та розвиток підприємства як у звичних, так і нестандартних та кризових умовах.

Варто відмітити, що відбір інструментів, засобів та заходів організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я у великій мірі диференціюється в залежності від обраної стратегії та тактики їх розвитку. У теоретичному плані стратегія дозволяє концептуалізувати уявлення про напрям руху та перспективи його розвитку. Так Корнійчук О.П. [49] справедливо додає, що стратегія організації діяльності являє собою комплексне відображення цілей і засобів досягнення системного розвитку підприємства у довгостроковому горизонті їх діяльності. Таким чином стратегію організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я слід розглядати як генеральну, довгострокову, узагальнену програму управлінських дій, яка визначає цілі управління системним розвитком та детермінує способи їх досягнення. З іншого боку, під тактикою організації діяльності слід розуміти середньо- та короткотермінові завдання з чітко детермінованими механізмами їх реалізації, які забезпечують досягнення стратегічних цілей управління розвитком медичних закладів. Таким чином, в узагальненому вигляді алгоритм та елементи організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я набувають вигляду як у табл. 1.1. Оскільки заклади охорони здоров'я надають послуги лікувально-діагностичного характеру, а генеральна місія їх діяльності полягає у відновленні, збереженні та зміцненні здоров'я населення, процес організації діяльності медичного закладу носить певну специфіку та унікальність.

Зазначимо, що у макроплощині об'єктом управління є заклад охорони здоров'я, в той час як у мікрівимірі – медично-кадрове забезпечення, якість

консультаційно-діагностичних та лікувальних послуг і медичне обладнання та технології. У ціннісній площині серед специфічних закономірностей організації діяльності закладів охорони здоров'я варто відмітити принципи людиноцентричності, синергічності та зовнішньої соціальної відповідальності.

Таблиця 1.1

Особливості організації діяльності закладів охорони здоров'я

Елементи управління	Особливості у закладах охорони здоров'я
Мета	Забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я
Об'єкт	• Макровимірі – заклад охорони здоров'я; • Мікровимірі – структурні елементи системи забезпечення діяльності (медично-кадрове забезпечення; медичне обладнання та технології; якість консультаційно-діагностичних та лікувальних послуг та ін.).
Суб'єкт	Власники, адміністрація, менеджери різних рівнів управління
Принципи	• акцент на формування культури управління орієнтованої на якісне задоволення лікувально-діагностичних потреб клієнтів (людиноцентричність); • спрямованість управлінських дій на нарощення кількісних та покращення структурно-якісних результатів надання лікувально-діагностичних послуг (синергічність); • паритетна увага реалізації політики зовнішньої соціальної відповідальності, в тому числі щодо виховання здорового суспільства (зовнішня соціальна відповідальність)
Функції	Потреба впровадження адаптивних функцій управління
Методи	Традиційно перевага надається адміністративних методам управління, в той час як в міру реформування системи охорони здоров'я підвищується роль економічних та соціально-психологічних
Механізми та інструменти	• Механізми та інструменти управління та прийняття рішень мають ґрунтуватись на сучасних інформаційних технологіях через автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією. • Трансформація класичних механізмів управління у бік ринкових на засадах розвитку договірних відносин (заклад охорони здоров'я – клієнт; держава – заклад охорони здоров'я)
Заходи	Професіоналізація медичних кадрів та перекваліфікація медичного персоналу; модернізація та оновлення медичного обладнання; проведення аудиту якості медичних послуг; і т.д.

Джерело: узагальнено на основі [55, 56]

По-перше, процес організації діяльності закладів охорони здоров'я повинен бути зосередженим на формуванні культури управління та

взаємовідносин орієнтованої на якісне задоволення лікувально-діагностичних потреб клієнтів та впровадження людиноцентричних комунікативних технологій.

По-друге, одночасна спрямованість управлінських дій на нарощення кількісних та покращення структурно-якісних результатів надання лікувально-діагностичних послуг сприяє синергетичному ефекту під час розвитку закладу охорони здоров'я.

Говорячи іншими словами, покращення кількісних значень індикаторів діяльності медичного закладу (чисельності пацієнтів, чистого доходу та прибутку) є необхідною умовою його розвитку, в той час як достатня умова вимірюється в площині якості наданих послуг, а саме кількості або частки клієнтів, які вилікувались та тривалості ефекту одужання. У процесі управління паритетна увага повинна надаватись реалізації політики зовнішньої соціальної відповідальності, в тому числі щодо виховання здорового суспільства [56, с. 25].

З практичної точки зору мінливість та динамічність середовища діяльності закладів охорони здоров'я, особливо у часи пандемії COVID-19, засвідчила потребу у використанні адаптивних підходів до організації діяльності медичного закладу. Для прикладу, реалізація оперативних заходів у результаті стрімкого поширення коронавірусної інфекції дозволила профільним закладам охорони здоров'я вийти на якісно новий рівень діяльності та розвитку. Зокрема, у результаті покращення стану матеріально-технічного та фінансового забезпечення, професіоналізації медичних кадрів та їх перекваліфікації відповідно до вимог часу, медичні заклади змогли забезпечили виконання генеральної місії їх функціонування, а разом з тим підвищити рівень якості організації та резистентності до дії негативних чинників зовнішнього характеру.

1.3. Поняття та елементи механізму публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я

Стан здоров'я людей під час медичного обслуговування населення є інтегральним показником соціальної орієнтованості суспільства, медичних гарантій, що характеризують ступінь відповідальності держави перед своїми громадянами. Питання публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я в Україні вимагають постійної цілеспрямованої та підвищеної уваги з боку держави, адже здоров'я визнається одним із пріоритетних напрямів державної політики та основних факторів національної безпеки країни [5, с. 215]. В умовах сьогоденних реформ сфера медичного обслуговування населення контролюється державою задля забезпечення якісним та своєчасним медичним обслуговуванням населення через встановлення засобів контролю та нагляду за ним. Ця діяльність є пріоритетною, оскільки її результати суттєво впливають на захист публічного здоров'я, удосконалення надання медичних послуг різного спрямування, створення гарантій захисту прав лікарів та пацієнтів під час медичного обслуговування, а також підвищення стандартів якості у забезпеченні медичним обслуговуванням населення [72, с. 116].

Публічне адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я реалізовується через системне застосування заходів, які діють відповідно до визначеного механізму і націлені на отримання якісного результату [38]. Оскільки медичне обслуговування та його якість не можуть забезпечуватися та проявлятися самі собою, ними необхідно управляти (адмініструвати). У цьому процесі мають бути задіяні всі контрагенти, що взаємодіють під час організації діяльності закладів охорони здоров'я. Відносини між медичним персоналом та пацієнтами можна представити як рівень організації діяльності закладів охорони здоров'я щодо забезпечення відносин того, хто надає послуги з медичного обслуговування, та їх споживача, яким є пацієнт. Нездатність задовольнити потреби пацієнта на

будь-якому етапі забезпечення медичним обслуговуванням населення може спричинити мультиплікаційний ефект погіршення якості цього обслуговування та виникнення небезпеки того, що ефективність наданої послуги буде втрачена, в результаті чого погіршуватиметься здоров'я населення, а також виникне ймовірність доведення до смерті як однієї людини, так і населення в цілому (наприклад, під час пандемії) [58, с. 56].

Відповідно до зазначеного необхідно з'ясувати, що ж слід розуміти під механізмом публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я. Метою ефективної організації є розробка дієвого механізму, який діяльності закладів охорони здоров'я включає в себе структуризовану систему відповідних елементів, котрі взаємопов'язані між собою та взаємодоповнюють один одного. Тобто це як проекція системи публічного адміністрування сфери медичного обслуговування населення, що реалізується через відповідний механізм. Виникає потреба дослідити природу цього механізму публічного в розрізі його складових елементів.

Визначаючи природу механізму публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я та його елементів, слід виходити з того, що його ефективність залежатиме від того:

- наскільки якісно буде врегульовано та забезпечено медичне обслуговування населення з нормативно-правової точки зору;
- наскільки конкретно визначено пріоритетні напрямки й здійснено розробку спеціальних програм розвитку медичного обслуговування населення;
- як визначено правовий статус суб'єктів, що здійснюють медичне обслуговування населення;
- наскільки високим є рівень моральної та економічної підтримки з боку держави щодо медичного обслуговування населення через систему податкових та інших засобів заохочення такого виду діяльності;
- чи є розвиненою система засобів медичного обслуговування населення [19].

Необхідно відзначити, що медичне обслуговування населення є соціально-правовим явищем, ефективний розвиток якого можливий лише за умови злагодженої, систематичної та безперебійної організації діяльності всіх його складових елементів під час публічного адміністрування у зазначеній сфері. Механізм публічного адміністрування спрямований на нормативне врегулювання й застосування різноманітних форм реалізації адміністративно- правових норм, що проявляється безпосередньо за допомогою правозастосування.

Аналіз різноманітних наукових поглядів показує, що публічне адміністрування є тим сектором управління, який знайдений в політичному оточенні. Зміст адміністрування є близьким до того, який визначений в теорії управління для адміністративних методів впливу керівного суб'єкта на об'єкт: «Це способи і прийоми, дії прямого й обов'язкового визначення поведінки й діяльності людей з боку відповідних керівних компонентів держави. Основними ознаками цих методів є:

- прямий вплив державного органу або посадової особи на волю виконавців шляхом встановлення їх обов'язків, норм поведінки і видання конкретних вказівок;
- односторонній вибір способу вирішення наявної проблеми, варіанта поведінки, однозначне розв'язання ситуації, яке підлягає обов'язковому виконанню;
- безумовна обов'язковість розпоряджень і вказівок, невиконання яких може потягти за собою різні види юридичної відповідальності». Під наведені ознаки підпадає, перш за все, виконання законів, які встановлюють певні норми поведінки і є прикладом одностороннього вибору способу розв'язання ситуації, які підлягають обов'язковому виконанню і порушення вимог яких викликає юридичну відповідальність [16, с. 58].

Долгіх М.В. під «публічним адмініструванням» розуміє «діяльність суб'єкта публічної адміністрації, спрямовану на виконання владних повноважень публічного змісту. Воно відбувається шляхом використання

засобів управління, надання адміністративних послуг, участі у відносинах відповідальності суб'єктів публічної адміністрації, застосування заходів впливу за порушення правил, встановлених публічною адміністрацією» [18, с. 39]. Вважаємо, що цим науковцем здійснено найбільш досконале тлумачення зазначеної категорії. Виникає питання, чому у зазначеній детермінанті відсутня мета публічного адміністрування, якою, на наш погляд, є досягнення публічного інтересу.

Виходячи із тлумачення наукових поглядів учених, можна зазначити, що «публічне адміністрування» – це є законодавчо врегульована діяльність публічної адміністрації, метою якої є задоволення публічного інтересу. Відповідно, «публічне адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я» – це «законодавчо врегульована цілеспрямована та організаторська діяльність ліцензованих закладів охорони здоров'я та/або сертифікованих медичних працівників з надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг, метою якої є збереження громадського здоров'я та генофонду українського народу» [72]. Досліджуючи правову категорію «механізм публічного адміністрування», треба зауважити, що цей механізм виражається у вигляді системи, яка реалізовує публічне адміністрування під час практичної діяльності з метою задоволення публічного інтересу. Зазначена система є структурованою, у ній наявні інструменти впливу на об'єкт адміністрування із визначеним правовим забезпеченням [72].

За особливостями побудови «механізми публічного адміністрування» поділяються на цільові механізми публічного адміністрування (спрямовані на досягнення певної мети), механізми функціонування системи публічного адміністрування на різних етапах суспільного розвитку країни та механізми здійснення процесу публічного адміністрування різними владними органами та окремими посадовими особами» [1, с. 88]. Цільові механізми публічного адміністрування «використовуються як органами державної влади, так і органами місцевого самоврядування як знаряддя для здійснення цілеспрямованих перетворень у функціонуванні або розвитку конкретних

об'єктів публічного адміністрування» [1, с. 88]. На наш погляд, доцільно зазначити, що механізм публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я є похідною категорією по відношенню до механізму публічного адміністрування, тобто остання є основоположною категорією, а у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я. Саме тому назріла необхідність у дослідженні механізму публічного адміністрування у цій сфері.

Таким чином, механізм публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я доцільно визначити як «систему взаємозалежних, взаємообумовлених і взаємозв'язаних структурних елементів, за допомогою яких суб'єкти, наділені державно-владними повноваженнями (органи публічної адміністрації), забезпечують надання медичного обслуговування населення з метою задоволення публічного інтересу» [3, с. 123]. З метою проведення ґрунтовної характеристики механізму публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я необхідно визначити складові елементи його структури.

Лопаткіна О. О. визначає, що складовими елементами структури механізму публічного адміністрування є такі: суб'єкт і об'єкт управління; цілі, принципи, функції, методи, інформація, технологія та технічні засоби. Але якщо виходити з того, що «управління – це єдність діяльності й відносин, а також враховуючи особливості державного управління, цей склад доцільно трансформувати» [53, с. 24]. С.І. Чернов наголошує, що складовими частинами структури механізму публічного адміністрування зазвичай визначаються такі: суб'єкт і об'єкт управління; цілі, принципи, функції, методи, інформація, технологія та технічні засоби. Суб'єкт і об'єкт є найпершими елементами механізму публічного адміністрування, саме їх взаємодія відображена у нормативних документах, що регламентують вплив держави на будь-яку сферу життєдіяльності суспільства. У системі державного управління об'єктом управління виступає суспільство, суспільна

діяльність, а суб'єктом – органи виконавчої влади.

Суб'єкт публічного адміністрування це «система, наділена певною компетенцією і державно-владними повноваженнями, що дозволяють їй втілювати свою волю у формі керівних команд чи рішень, обов'язкових для виконання, тобто це система, яка управляє. У публічному адмініструванні до його суб'єктів належать органи виконавчої влади (уряд, міністерства, державні служби, інспекції, агентства, інші центральні органи виконавчої влади, місцеві державні адміністрації); керівники і керівний склад цих органів (політичні діячі; посадові особи; службові особи, наділені державно-владними повноваженнями). Суб'єкт і об'єкт публічного адміністрування перебувають у постійній динамічній взаємодії, у процесі якої виникають управлінські відносини. Взаємодіючи, суб'єкт і об'єкт утворюють процес публічного адміністрування. Управлінські відносини – це відносини людей щодо здійснення функцій адміністрування. Важливою складовою частиною механізму публічного адміністрування є принципи, дотримання яких забезпечує створення умов для ефективного прояву об'єктивних законів. Для механізмів публічного адміністрування важливим є урахування як управлінських принципів, так і тих, що стосуються певної галузі, пов'язаних із законами функціонування економіки чи соціуму або окремих сфер його життєдіяльності» [68].

Виходячи із зазначеного, можемо виразити свою думку, що елементами механізму публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я варто розглядати сукупність нормативно- правових актів, які визначають правовий статус об'єктів, суб'єктів і засобів адміністрування. Таким чином, об'єкт та суб'єкт публічного адміністрування є первинними складовими частинами механізму публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я. Таким чином, суб'єкт та об'єкт публічного адміністрування є первинними складовими частинами механізму публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я.

Доречно також відмітити, що їх взаємозв'язок передбачено нормативно-правовими актами, які регламентують державний вплив на сферу організації діяльності закладів охорони здоров'я [72, с. 224]. Як такі зазвичай розглядають органи публічного адміністрування підприємства, установи чи організації, які здійснюють медичне обслуговування населення.

Отже, усі сторони діяльності суб'єктів, що забезпечують організацію діяльності закладів охорони здоров'я окреслює безпосередньо нормативно-правова база. Окрім того, засоби публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я являють собою розгалужену систему правових прийомів, що застосовуються державою для забезпечення якісного, ефективного та безпечного медичного обслуговування.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ АСПЕКТІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Оцінка наслідків та результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні

Важливе значення при оцінюванні ефективності реформування системи державного управління будь-якої сфери є вивчення результатів таких реформ. Варто відзначити, що особливо важливою за останні п'ять років стала медична реформа, котра концептуально трансформувала систему охорони здоров'я України. Нині питання якості медичних послуг та організації діяльності закладів охорони здоров'я залишається найбільш актуальною у системі розвитку державної політики, а тому оцінка наслідків проведеної реформи є важливою, як з позиції наукового дослідження, так і з позиції формування нових державно-управлінських рішень.

Оцінюючи інституційну складову реформування системи охорони здоров'я, відзначимо, що основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її головних завдань, мети, пріоритетів, напрямів і принципів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних податкових, митних, кредитно-фінансових та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Структурною частиною державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні є місцеві і регіональні комплексні та цільові програми, що формуються Верховною Радою, органами місцевого самоврядування а також політика охорони здоров'я в Автономній Республіці Крим, де відображено специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях. Комплексна реалізація державної політики охорони

здоров'я покладена на органи виконавчої влади.

Кабінет Міністрів України створює економічні, правові та організаційні механізми, організує розробку та здійснення державних цільових програм, що стимулюють ефективну діяльність в сфері охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, а також здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я в межах своєї компетенції [72].

Міністерства, інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в сфері охорони здоров'я, розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення [6, с. 124].

Місцеві державні адміністрації, а також органи місцевого самоврядування реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством. Виконавчі органи сільських, селищних, міських рад здійснюють управління комунальними закладами охорони здоров'я, організацію їх матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення відповідно до закону.

Реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я забезпечують:

- центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;
- центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів.

Реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, санітарного та епідемічного благополуччя населення в адміністративно-територіальних одиницях України здійснюють Рада міністрів Автономної Республіки Крим та місцеві державні адміністрації [8].

Органи державної влади та органи місцевого самоврядування сприяють розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності. Порядок створення, припинення закладів охорони здоров'я, особливості діяльності визначаються законом. Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням планів розвитку госпітальних округів, потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [6, с. 345].

З метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної та реабілітаційної допомоги населенню визначається госпітальний округ. Госпітальний округ поділяється на госпітальні кластери, в межах яких організовано комплексний доступ населення до медичного обслуговування в стаціонарних умовах. Межі госпітальних округів та госпітальних кластерів, порядок їх визначення та функціонування, а також порядок визначення кластерних, надкластерних та інших видів закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу, визначаються Кабінетом Міністрів України на основі потреб населення у комплексному медичному обслуговуванні в стаціонарних умовах [8].

Органи місцевого самоврядування здійснюють планування розвитку мережі закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, приймають рішення про створення, припинення, реорганізацію чи перепрофілювання закладів охорони здоров'я з урахуванням затвердженого у встановленому порядку плану розвитку госпітального округу.

Заклад охорони здоров'я провадить свою діяльність на підставі статуту (положення), що затверджується власником закладу (уповноваженим ним органом). Керівником закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності може бути призначено лише особу, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, що встановлюються центральним органом

виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Призначення на посаду та звільнення з посади керівника закладу охорони здоров'я здійснюються відповідно до законодавства. Керівники державних та комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду уповноваженим виконавчим органом управління власника закладу охорони здоров'я на конкурсній основі шляхом укладання з ними контракту на строк від трьох до п'яти років [9].

Необхідність постійного вдосконалення системи охорони здоров'я обумовлено його значенням та роллю у соціально-економічних відносинах. «Основною метою охорони здоров'я країни і її регіонів є підтримка і зміцнення здоров'я населення відповідно до основної ідеї виходу держави з кризи – зберегти в країні найцінніше, тобто людські ресурси. Здоров'я в його широкому, системному сприйнятті є одночасно біологічною, психологічною, фізіологічною, економічною і соціальною категорією. З економічної та соціальної точок зору здоров'я розглядається як здатність людини (людей, суспільства) здійснювати доцільну, результативну та ефективну діяльність в мінливих умовах зовнішнього середовища і в рамках сукупності певних видів діяльності, до яких організм здатний адаптуватися» [51]. Відповідно, оцінка стану реформування системи охорони здоров'я України дозволить виявити їх вплив на соціально- економічну систему. Крім того, оцінка наслідків та результатів реформ є основою формування зворотного зв'язку у системі державного управління системою охороною здоров'я.

Значні трансформації у системі охорони здоров'я розпочалися із прийняттям Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. Відповідно до зазначеного документу було розроблено державну політику реформування та впроваджено сукупність трансформаційних змін, які на сьогоднішній день мають певні результати та наслідки. Результати та наслідки оцінимо у наступні послідовності: оцінка фінансового забезпечення програми медичних гарантій; аналіз результатів реформування первинної медичної допомоги;

оцінка планових показників фінансових гарантів вторинної медичної допомоги; оцінка результатів програми «Доступні ліки». Саме у зазначених напрямках відбулися найбільші трансформаційні зміни та отримано вагомні результати. Відповідно, нами здійснено оцінку результатів за зазначеними напрямками [51].

Для оцінки результатів медичної реформи проаналізуємо особливості впровадження медичних гарантій в Україні та здійснимо оцінку їх планових показників. (табл. 2.1)

Таблиця 2.1

Заплановані медичні гарантії на 2023 р. заданими Національною службою здоров'я України

Вид гарантій	Сума, млн. грн	ПВ, %
Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога	43852	60,90
Первинна медична допомога	19137	26,6
Екстрена медична допомога	4657	6,5
Медична реабілітація	440	0,60
Паліативна медична допомога	297	0,41
Реімбурсація лікарських засобів	3090	4,3
Резерв, техзабезпечення	527	0,73
Разом	72000	100

Джерело: [55]

Провівши оцінку планових показників, бачимо, що серед всіх гарантій заданими Національною службою охорони здоров'я України найбільшу частку займає вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога, яка складає 60,90%, на другому місці за часткою знаходиться первинна медична допомога, якій належить 26,6%, наступною за розміром частки гарантій є екстрена медична допомога, яка становить 6,5%, четвертою за часткою гарантій зафіксовано реімбурсація лікарських засобів, яка становить 4,3%, медична реабілітація складає лише 0,60% частки питомої ваги, наступний вид гарантій резерв, техзабезпечення у масовій частці становить лише 0,73%, на останньому місці зосереджена паліативна медична допомога, яка у загальній структурі складає лише 0,41% питомою ваги.

Оцінка результатів реформування дозволяє засвідчити, що первинна

медична допомога є особливим видом медичних послуг, що значно трансформувалася в умовах реформування системи охорони здоров'я за наступними складовими:

1. Співвідношення укладених декларацій до населення у розрізі регіонів України;
2. Аналітична оцінка укладених декларацій за групами населення;
3. Кількісний аналіз надавачів первинної медичної допомоги та їх кадрового забезпечення;
4. Аналітична оцінка розподілу виплат за надавачами медичних послуг.

В табл. 2.2 представлено співвідношення укладених декларацій про надання первинної медичної допомоги до населення регіонів в розрізі областей, станом на початок 2023 р..

Таблиця 2.2

Кількісний аналіз укладених декларацій станом на 1 січня 2023 р.

Область	Населення, чол	Кількість декларацій		Співвідношення, у %
		Загальна	Поданих закладами ПМД	
Вінницька	1560394	1300182	1300182	83
Волинська	1035330	836990	836477	81
Дніпропетровська	3206477	2424089	2423710	76
Житомирська	1220193	972876	972306	80
Закарпатська	1256802	934844	934556	74
Запорізька	1705836	1292605	1292456	76
Івано-Франківська	1373252	1075586	1068977	78
Київська	1767940	1464527	1464516	83
Кіровоградська	945549	682741	682741	72
Луганська	2151833	467914	467711	22
Львівська	2522021	2053448	2050422	81
Миколаївська	1131096	796668	796668	70
Одеська	2380308	1572125	1569543	66
Полтавська	1400439	1114384	1114381	80
Рівненська	1157301	924436 0	924243	80
Сумська	1081418	872520	872501	81
Тернопільська	1045879	818870	818584	78
Харківська	2675598	2049134	2049110	77
Херсонська	1037640	764868	763889	74
Хмельницька	1264705	1023824	1023821	81
Черкаська	1206351	930636	930636	77
Чернівецька	904374	682533	682293	75
Чернігівська	1005745	790741	790652	79

Джерело: [55]

Станом на 1 січня 2023 року кількість укладених декларацій за областями мають наступну послідовність: - Вінницька (83 %), Волинська (81 %), Житомирська (80 %), Київська (83 %), Львівська (81 %), Полтавська (80 %), Рівненська (80 %), Сумська (81 %) та Хмельницька (81 %) області займають найбільшу частку серед всіх областей, яка складає понад 80% за укладеними деклараціями з населенням та за кількістю поданих декларацій закладами ПМД;

- Дніпропетровська (76 %), Закарпатська (74 %), Запорізька (76 %), Івано-Франківська (78 %), Кіровоградська (72 %), Миколаївська (70 %), Харківська (77 %), Тернопільська (78 %), Херсонська (74 %), Черкаська (77 %), Чернівецька (75 %) та Чернігівська (79 %) область займають понад 70% загальної частки серед всіх областей за укладеними деклараціями з населенням та за кількістю поданих декларацій закладами ПМД;

- місто Київ (66 %) та Одеська (66 %) область займає понад 60% загальної частки серед всіх областей за укладеними деклараціями з населенням та за кількістю поданих декларацій закладами ПМД; - Донецька (32 %) та Луганська (22 %) область займають найменшу частку близько 30% серед всіх областей за укладеними деклараціями з населенням та за кількістю поданих декларацій закладами ПМД через нестабільну ситуацію в регіоні, яка пов'язана з військовими діями, що відбуваються на їх території. В цілому по Україні було укладено 29142060 декларацій, що складає 69 % від населення.

Масову частку серед комунальних надавачів первинної медичної допомоги, які уклали договір з НСЗУ розподілено наступним чином: - сума масової частки понад 30% зосереджена у місті Київ;

- сума масової частки понад 40% спостерігається у Закарпатській області;

- сума масової частки понад 50% зосереджена у Одеській області;

- сума масової частки понад 60% спостерігається у Дніпропетровській, Івано-Франківській, Київській, Сумській областях;

- сума масової частки понад 70% зосереджена у Житомирській, Запорізькій, Львівській, Полтавській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій областях;

- сума масової частки понад 80% притаманна для Вінницької, Волинської, Донецької, Кіровоградської, Миколаївської, Харківської, Херсонської, Черкаської областей;

- сума масової частки понад 90% спостерігається у Луганській та Чернівецькій областях.

Масова частка серед приватних надавачів первинної медичної допомоги, які уклали договір з НСЗУ має наступну структуру: сума масової частки понад 7% спостерігається у Вінницькій області, понад 6% у Волинській області; понад 19% у Дніпропетровській області; понад 10% у Донецькій області; понад 11% у Одеській області; понад 12% у Івано-Франківській та Хмельницькій областях; понад 16% у Закарпатській та Київській області; понад 14% у Запорізькій області; понад 3% у Кіровоградській області; понад 5% у Луганській, Львівській та Харківській областях; понад 8% Житомирській, Рівненській, Херсонській областях; понад 9% у Полтавській області; понад 40% у місті Київ; понад 2% у Миколаївській, Черкаській та Чернівецькій областях; понад 4% у Чернігівській області; понад 18% у Сумській області.

Масову частку серед ФОП надавачів первинної медичної допомоги, які уклали договір з НСЗУ розподілено наступним чином: сума масової частки понад 9% зосереджена у Вінницькій та Миколаївській областях; понад 11% у Волинській області; понад 14% у Дніпропетровській області; понад 6% у Донецькій області; понад 12% у Житомирській області; понад 39 % у Закарпатській області; понад 13% у Запорізькій та Полтавській областях; понад 22% у Івано-Франківській області; понад 17% у Київській, Рівненській та Хмельницькій областях; понад 12% у Кіровоградській, Харківській та Чернігівській областях; понад 5% у Луганській області; понад 19% у Львівській області та м. Київ; понад 9% у Миколаївській області; понад 37%

у Одеській області; понад 13% у Полтавській області; понад 17% у Рівненській та Хмельницькій областях; понад 21% у Тернопільській області; понад 10% у Херсонській області; понад 7% у Черкаській та Чернівецькій областях [55].

Оцінка планових показників фінансових гарантій вторинної медичної допомоги представлено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Медичні гарантії на 2023 р. заданими Національної служби здоров'я України (вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога)

Вид гарантій	Сума, млн. грн	ПВ, %
Стационарна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям	25208	57,48
Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу	6689	15,25
Допомога в пріоритетних станах в стаціонарі	3876	8,84
Діагностика та спеціальне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей	2421	5,52
Психіатрична допомога дорослим та дітям	1782	4,06
Лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах	1685	3,84
Інструментальні дослідження для ранньої діагностики новоутворень	978	2,23
Лікування дорослих та дітей із туберкульозом	628	1,43
Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини	211	0,48
Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії	26	0,06

Джерело: [55]

Отже, серед медичних гарантій за 2023 рік заданими Національною службою здоров'я України, найбільшу питому вагу займають гарантії на Стационарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу дорослим та дітям та складають 57,48% загальної

структури, наступною за розміром питомої ваги виступає амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу, якій належить 15,25% питомої ваги, допомога у пріоритетних станах у стаціонарі становить 8,84% питомої ваги, діагностика та спеціальне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей займає 5,52% питомої ваги, лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах складає 3,84% питомої ваги, інструментальні дослідження для ранньої діагностики новоутворень становлять 2,23% питомої ваги, лікування дорослих та дітей із туберкульозом займає 1,43% питомої ваги, пілотний проєкт зміни системи фінансування закладів СМД у Полтавській області (І кв. 2020 року) становить 0,79% питомої ваги. Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини складає 0,48% питомої ваги, останнім за масовою часткою питомої ваги запланованих медичних гарантій є лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії, яке займає лише 0,06% загальної структури.

Таким чином, нами здійснено оцінку наслідків та результатів реалізації реформи в системі охорони здоров'я. Варто зазначити, що досліджувана реформа в сфері охорони здоров'я найбільше вплинула на населення України та його замученості до реформування через укладання декларацій із сімейними лікарями. Реформа є найбільш результативною щодо фінансування закладів охорони здоров'я усіх форм власності, зокрема приватної, комунальної та державної. Фактично на основі цифрового матеріалу можна прослідкувати зміну механізму фінансування первинної медичної допомоги, державних гарантій та забезпечення ліками населення.

2.2. Особливості розвитку та трансформації публічного управління системою охорони здоров'я в Україні

Система охорони здоров'я України є досить чутливою до реформ галуззю державного управління. Це можна пояснити тим, що сфера охорони здоров'я є складовою комплексу соціальної політики держави, та завжди балансує на перетині інтересів більшості членів суспільства. Погоджємось із думкою, що «Охорона здоров'я є найважливішою сферою діяльності для благополучного і успішного розвитку будь-якої країни і територіального утворення. Від організаційної, фінансово- економічної, кадрової готовності надавати якісну і доступну медичну допомогу населенню залежать стійкість економічного розвитку країни і соціальна стабільність в суспільстві» [8, с. 3].

Питання реформування системи охорони здоров'я є вкрай важливою сферою державного управління та розвитку політичної системи країни в цілому, оскільки від ефективності реалізованих реформ залежить еволюція та розвиток національної економіки, забезпечення відповідного рівня національної безпеки та налагодження соціального консенсусу. З метою розробки науково обґрунтованих напрямів розвитку системи охорони здоров'я необхідним є аналіз існуючих програм, концепцій та стратегій розвитку охорони здоров'я, які були розроблені міжнародними, громадськими, аналітичними організаціями та органами центральної виконавчої влади чи органами місцевого самоврядування. Це в цілому дозволить оцінити наслідки реформ та визначити напрями розвитку науки публічного управління і сформувати інноваційні підходи до реформування системи охорони здоров'я України. Реалізація права людини на якісні медичні послуги зумовлює спрямування політики держави в Україні на реформування чинної системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі. Виконанню цього завдання сприятиме аналіз досвіду організації медичної сфери у країнах, системи охорони здоров'я яких визнано успішними. Переформатування системи охорони здоров'я у формі

бюджетного утримання медичної інфраструктури в Україні дає нашій державі унікальний шанс створити нову модель, яка буде побудована на сучасних досягненнях і враховувати позитивний досвід організації охорони здоров'я світового співтовариства» [12, с. 139].

«Реформа системи охорони здоров'я – це діяльність, пов'язана зі зміною політики та інститутів охорони здоров'я, через які вона проводиться. Метою реформи є зміна парадигми державної політики, управління, забезпечення переходу до суспільства, де рішення виробляються відкрито, прозоро, демократично, згідно із законами, правилами, нормами і процедурами, що відповідають міжнародним стандартам» [54].

Досить цікавою вважаємо позицію Муляр Г., щодо причин повільності реформування системи охорони здоров'я: «Реформа в охороні здоров'я здійснюється вкрай повільно. Є значні труднощі в реструктуризації цієї сфери. Низькі темпи структурних перетворень в системі охорони здоров'я обумовлюються в значною мірою недосконалістю системи управління – перш за все, її фрагментацією, ослабленням функцій стратегічного і поточного планування, недостатнім розвитком механізмів координації різних суб'єктів управління. Муніципалізація охорони здоров'я помітно знизила можливості побудови раціональної системи охорони здоров'я. Кожне муніципальне утворення будує свою замкнену систему охорони здоров'я. Місцеві органи з політичних міркувань схильні містити надмірну кількість медичних установ і підприємств, ніж йти на кооперацію з іншими муніципальними утвореннями. Жорстка прив'язка фінансування до конкретних муніципальних підприємств і установ, неможливість перерозподілу фінансових ресурсів призводять до нераціонального їх використання як в окремому муніципальному освіті, так і в державі вцілому» [58]. Таким чином, найбільш важливою проблемою системи охорони здоров'я авторка вважає управління, а саме систему державного управління, від удосконалення, якого залежить власне ефективність реалізації реформ, з одного боку, а з іншого, результативність інших систем суспільного

розвитку.

Багато вітчизняний вчених, що працювали в таких галузях науки як: медицина, економіка, право, соціологія, державне управління, піднімали питання реформування системи охорони здоров'я та наслідків реформ, що були здійсненні в Україні. З метою їх оцінки розглянемо погляд вчених та проаналізуємо найбільш важливі сучасні стратегії та програми реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Погоджуючись із вченим Шишка І. В. та Білинською М. М. наведемо їхні підходи щодо реформування системи охорони здоров'я в Україні за наступними етапами: 1) 1991–2000 рр., 2) 2000–2010 рр.; 3) 2010–2013 рр. 4) з 2014 р. і до теперішнього часу (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Періодизація процесів реформування системи охорони здоров'я України

Сутність	Характеристика
1	2
1991–2000 рр.	
в перше десятиріччя після проголошення незалежності реформи в системі охорони практично не проводилися	зусилля уряду України і Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), як центрального виконавчого органу влади в сфері охорони здоров'я були спрямовані на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я і збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою
2000–2010 рр.	
визначення основних напрямків та механізмів реформування СОЗ	1) пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я (запровадження добровільного медичного страхування, створення лікарняних кас – громадських неурядових об'єднань громадян для добровільної солідарної участі населення у додатковому фінансуванні охорони здоров'я); 2) запровадження нових методів фінансування на рівні первинної ланки; 3) автономізація постачальників медичних послуг; 4) структурно-функціональні перетворення в системі медичної допомоги, в т.ч. реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини; 5) розвиток стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги; 6) регіоналізація родопомічної допомоги, а також комплекс підходів, спрямованих на поліпшення якості медичного обслуговування.

1	2
2010–2013 рр.	
проведення масштабної реформи СОЗ в пілотних регіонах	Реалізовані пілотні проекти щодо комплексного реформування системи охорони здоров'я, найбільш ефективні із яких: 1) розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку ПМД на засадах загальної практики – сімейної медицини, створення центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості; 2) об'єднання (пулінгу) фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні; 3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що відповідають важкості і складності захворювання, та створення лікарень інтенсивного лікування як провідних закладів госпітальних округів; 4) впровадження оплати праці за обсяги та якість роботи; 5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації.
2014 р. і до теперішнього часу	
комплексне реформування системи охорони здоров'я – розпочався після певної паузи, яка була обумовлена необхідністю вироблення новим урядом підходів до реформування галузі	1) удосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань з включенням серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації – повного або часткового відшкодування вартості ліків; 2) запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції; 3) дозволено урядом фінансування ЗОЗ одночасно з державного та місцевого бюджетів та/або одночасно з різних бюджетів; 4) впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; 5) пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг; 6) перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах; 7) автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я.

Джерело: узагальнено на основі [3,85]

Зазначений підхід до періодизації реформування системи охорони здоров'я країни вказує, що реформи охоплювали наступні складові даної сфери державного управління:

- організацію медичної допомоги через: розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; маршрутизація пацієнтів; розробка

гарантованого державою пакету медичної допомоги; впровадження системи забезпечення ліками; формування стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги та інше;

- організація управління закладами охорони здоров'я: автоматизація постачальників медичної допомоги; впровадження оплати праці за обсяги та якість роботи; стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах;

- фінансування системи охорони здоров'я: запровадження нових методів фінансування; впровадження страхової медицини; цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції;

- регулювання системи охорони здоров'я через систему державного регулювання цін на лікарські засоби.

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років стала одним із найважливіших документів, що містить стратегічні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні. Зазначений документ покладений в основу реформи системи охорони здоров'я за останні п'ять років. Розробка зазначеної стратегії було ініційовано Міністерством охорони здоров'я України у серпні 2014 р. У першу чергу це було обумовлено зміною політичних еліт та формування нового політичного курсу до Європейського Союзу. «Починаючи з 2014 року в Україні відбувається активна трансформація системи охорони здоров'я та її перехід до нової моделі на основі принципу "гроші йдуть за пацієнтом». Реформування у галузі передбачає трансформацію усіх елементів системи: фінансового, організаційного, матеріально технічного, нормативно трудового. Узагальнення досвіду реформування від початку незалежності дає змогу визначити результативність прийнятих управлінських рішень, оцінити ефективність та дієвість нормативно правового забезпечення, стану реалізації реформ, що проголошені на державному рівні» [55]. Основними причинами формування Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на

період 2015-2020 рр. є стан досліджуваної сфери державного управління, що на той момент характеризувався наступним рисами:

- 1) високий рівень смертності, що обумовлений низьким рівнем медичних послуг та відсутністю дієвого підходу до попередження та профілактики захворювань;
- 2) неефективність фінансування системи охорони здоров'я та його неспівставність із ВВП країни;
- 3) застарілість системи охорони здоров'я та невідповідність інфраструктури сучасним вимогам;
- 4) жорсткі процедури управління та фінансування закладів охорони здоров'я.

Тобто, перші результати було отримано і одним з очікуваних позитивних кроків стала зміна підходів до фінансування системи охорони здоров'я [8].

Сьогодні відбувається формування нового етапу реалізації реформи у сфері охорони здоров'я шляхом затвердження плану дій на період до 2030 року. Але цей шлях є складним та має низку проблем, що потребують вирішення. Зокрема, Проект Закону України «Про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року» № 9015 від 07.08.2018 року, де однією зі стратегічних цілей було передбачено «Забезпечення охорони громадського здоров'я, благополуччя та якісної освіти в безпечних і життєстійких населених пунктах» (зробити міста та населені пункти інклюзивними, безпечними, життєстійкими та збалансованими; забезпечити інклюзивну та справедливу якісну освіту і сприяти можливостям навчатися впродовж усього життя для всіх; забезпечити охорону громадського здоров'я та сприяти благополуччю для всіх у будь-якому віці; до 2030 року забезпечити фінансування системи охорони здоров'я на рівні не менше ніж 8 % ВВП з пріоритетним спрямуванням (до 40 % усіх витрат) на первинну медико-санітарну допомогу), було відкликано 29.08.2019 року» [37]. Починаючи з січня 2022 року відбувається активна фаза розробки та обговорення Страте-

гії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року. З урахуванням пацієнтоорієнтованості як основного завдання нової Стратегії-2030, участь у її розробці взяли представники громадськості, у тому числі ті, які спеціалізуються на вузьких темах (онкологічні та орфанні захворювання та ін.), запрошені експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я та представники міжнародних проєктів технічної допомоги, практикуючі лікарі, а також провідні експерти Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я, Держлікслужби, ДП «Медичні закупівлі», управлінці у сфері охорони здоров'я [51].

Було організовано низку публічних консультацій проєкту Стратегії з громадськістю та представниками медичного бізнесу за сприяння Національного Демократичного Інституту, Коаліції Реанімаційний Пакет Реформ та Інституту «Республіка». В результаті було визначено пріоритети Стратегії-2030 [8,51]:

- ефективне врядування;
- універсальне охоплення медичними послугами;
- громадське здоров'я та можливість реагування на надзвичайні ситуації;
- залученість людей та громад у систему;
- кадрові ресурси.

Серед основних очікувань від реалізації Стратегії до 2030 року заплановано: «зменшення власних витрат пацієнта на медицину, збільшення тривалості життя чоловіків та жінок на 3 роки (до 70 та 80 років відповідно), зниження материнської та дитячої смертності до середнього рівня Європейського Союзу, зниження передчасної смертності від неінфекційних захворювань на третину, зниження рівня інвалідності через захворювання, яким можна запобігти, зниження захворюваності та інвалідності від туберкульозу, ВІЛ та гепатиту С, зниження смертності від дорожньо-транспортного травматизму на третину зменшення споживання тютюну, алкоголю та солі» [51].

Таким чином, кожен етап реформування системи охорони здоров'я характеризується змінами в наступних складових:

- економічна – визначають напрями фінансування державної системи охорони здоров'я та формування системи оплати приватних медичних послуг, зокрема, страхування;
- соціальна – визначається напрями розвитку соціальної політики у сфері охорони здоров'я та формування напрямів надання медичної допомоги всім верствам населення, незалежно від соціального статусу, місця проживання й так далі;
- правова – напрями правового регулювання функціонування державних закладів охорони здоров'я та ринку приватної медицини за усіма галузями медицини;
- організаційна – визначає порядок надання медичної допомоги на усіх рівнях (первинна, вторинна, третинна) та напрями організації системи фінансування медицини.

Можемо узагальнити, що проведення реформування системи охорони здоров'я має наступні результати:

- 1) Здійснення структурної реорганізації системи медичного обслуговування;
- 2) Перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг;
- 3) Запровадження нових форм фінансування медичних закладів;
- 4) Запровадження нових форм оплати праці медичного персоналу;
- 5) Здійснення комплексу заходів щодо підвищення доступності ліків і забезпечення їх якості;
- 6) Завершення проведення комплексу заходів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги;
- 7) Запровадження соціального медичного страхування [55].

Вітчизняні вчені Лопушняк Г.С., Іваненко Є.О. характеризують напрями реформування системи охорони здоров'я, що визначають позитивні зрушення:

- «(а) збільшення бюджетного фінансування медичної галузі;
- (б) забезпечення збалансованості обсягів державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги з фінансовими можливостями держави;
- (в) запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування;
- (г) координацію діяльності органів державної влади, місцевого самоврядування й суб'єктів медичного страхування;
- (д) підвищення ефективності використання всіх фінансових ресурсів;
- (е) забезпечення господарської самостійності медичних закладів і перехід до прогресивних форм їх господарювання;
- є) підвищення рівня оплати праці та соціального захисту медичних працівників» [54].

Вітчизняний дослідник проблем охорони здоров'я Зуб І. М. провів аналіз системи реформування досліджуваної галузі та виявив проблеми реалізації задекларованих реформ, на основі чого визначив наступні проблеми, які вимагають вирішення:

- «попри проголошення на державному рівні реформи фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні, її реалізація у практичній площині залишається законодавчо не підтвердженою, що, відповідно, не дозволяє повною мірою змінити підходи до фінансування галузі.

- удосконалення механізму фінансування (зокрема, введення медичної субвенції місцевим бюджетам), яке має місце нині, не враховує особливостей регіонів, а надалі відбувається за принципом «вирівнювання», що вимагає внесення уточнень і введення додаткових вагових коефіцієнтів у формульний підхід до розрахунку обсягів медичної субвенції за її збереження в подальшому.

- слід зазначити брак характерних особливостей у фінансуванні системи охорони здоров'я в областях Карпатського регіону. Тенденції щодо зростання обсягів видатків на галузь є перманентними. Основні 136

показники щодо фінансування видатків галузі, як за економічною, так і за функціональною класифікаціями залишаються практично незмінними впродовж усього горизонту досліджень.

– оптимізація закладів охорони здоров'я, на жаль, на практиці відбувається за принципом «ліквідації касового розриву» між виділеними коштами й потребою в них, а не з метою поліпшення надання медичних послуг і приведення показників ефективності охорони здоров'я до світових стандартів.

– ухвалення рішень про оптимізацію мережі лікарських установ здебільшого не враховує потреб мешканців конкретних територій, розвиток транспортної інфраструктури, якості медичних послуг тощо, що є неприпустимим явищем, зважаючи на рівень надання медичних послуг, технічне оснащення установ, стан доріг, відстань між населеними пунктами, стан транспортного парку галузі на місцях тощо» [37, с. 92].

В цілому вважаємо, що для реалізації ефективних системи охорони здоров'я потрібно на державному рівні визначити стратегічні напрями розвитку досліджуваної галузі з обмеженням впливу політичних змін. Це дозволить забезпечити, повною мірою, реалізацію стратегії та уникнути фрагментарних реформ.

2.3. Характеристика якості управління організацією діяльності закладів у сфері охорони здоров'я

Функціонування суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я в умовах мінливого середовища в Україні у результаті пандемії COVID-19, соціально-економічної нестабільності та військових дій є важко прогнозованим. Однак це не дає підстави нівелювати функцій управління, адже їх повноцінна реалізація найперше дозволяє оцінити якість управлінських заходів у забезпеченні системного розвитку шляхом

порівняння планових та фактичних результатів діяльності закладів у сфері охорони здоров'я, внести корективи у стратегічні орієнтири розвитку галузі у процесі операційної діяльності, а, по-друге, лежить в основі згладжування та мінімізації негативних ефектів при настанні форс-мажорних ситуацій.

На сьогодні функціонування закладів охорони здоров'я в Україні істотно ускладнилося, що пов'язано з повномасштабною війною, яка розпочалася у лютому 2022 р. Ключовими її наслідками, які слід враховувати при вдосконаленні організації діяльності закладів охорони здоров'я, стали наступні: критично високий рівень навантаження на заклади охорони здоров'я через поранення та вплив внутрішньо переміщених осіб, міграція медичних кадрів та мобілізація частини з них, недосконалий механізм надання медичної допомоги і послуг внутрішньо переміщеним особам, нестабільність роботи через відключення електроенергії і т. п. Водночас реформування національної системи надання медичних послуг в Україні створило передумови для встановлення інноваційної кон'юнктури ринку, яка дозволила сформувати сприятливе середовище для підвищення рівня підприємницької активності у сфері охорони здоров'я та загострила боротьбу між гравцями ринку за здатність набувати і утримувати конкурентні переваги [55].

Таким чином, алгоритм аналізування потенціалу організації діяльності закладів охорони здоров'я повинен включати дослідження як у зрізі оцінювання внутрішньої діяльності безпосередньо закладів охорони здоров'я, так і додатково враховувати тенденції макросередовища та дію соціальних чинників, які задають тренди та визначають стандарти розвитку підприємств галузі охорони здоров'я на державному та регіональному рівнях, а також детермінують попит на окремі види медичних послуг.

Зокрема, пандемія COVID-19 наочно продемонструвала недостатню неготовність закладів охорони здоров'я ефективно функціонувати в умовах підвищеного попиту населення на окремі види медичних послуг. Переорієнтація частини закладів охорони здоров'я на лікування

коронавірусної інфекції ускладнила процес надання планових лікувально-консультаційних та профілактичних послуг, включно з виявленням та діагностикою захворювань на ранніх термінах, що відповідно знизило рівень соціальної відповідальності та завдало певних репутаційних збитків, а також послабило усталені зв'язки між закладами охорони здоров'я та споживачами їх послуг [51].

Низький рівень дохідності закладів охорони здоров'я засвідчує факт слабкості їх фінансово-економічного розвитку та стійкості до чинників агресивного мінливого середовища, недосконалості використовуваних, часто застарілих методів управління, як на етапі планування витрат та доходів, так і у процесі організації медичних послуг, що у підсумку підвищує собівартість операційної діяльності у тому числі через малі обсяги наданих послуг. Такий стан справ сигналізує потребу впровадження нових антикризових підходів до управління медичними закладами, які у результаті проведення комплексних реорганізаційних заходів мали б оптимізувати стан фінансово- господарської діяльності та забезпечити нарощення асортименту послуг з високим рівнем попиту серед пацієнтів та прийнятною ефективністю, що дозволило б у підсумку покривати власні витрати доходами, а накопичені фінансові ресурси спрямовувати в інвестиції та на досягнення цілей системного розвитку закладу охорони здоров'я. Поширеність проблеми низьких фінансово-економічних результатів медичних закладів сьогодення, у великій мірі, пов'язана з особливостями ретроспективного бюджетного фінансування охорони здоров'я перших десятиліть незалежності України. По-перше, нераціональне управління фінансовими ресурсами лікарень без належного управлінського досвіду та відповідних знань і навичок послаблювало рівень мотивації персоналу, відтак не сприяло появі нових раціоналізаторських ідей та ініціатив, а також створило передумови для тінізації значної частини доходів отриманих унаслідок надання медичних послуг. По-друге, незрілість ринкового конкурентного середовища через слабкий рівень підприємницької активності приватних закладів каталізувало процес консервації та певного старіння номенклатури, асортименту, якості та сервісу послуг закладів

охорони здоров'я. З іншого боку, поетапне впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я та медичних закладів на первинному та вторинному рівнях у 2019-2021 рр. дещо видозмінило усталений порядок взаємовідносин між пацієнтами, лікарями та державою, спрямувавши кошти не на традиційну підтримку діяльності мережі закладів охорони здоров'я, а на фінансування потреб пацієнтів через закупівлю і доступ до відповідних медичних послуг. У практичному вимірі, на перший погляд, це відобразилось у 10-кратному зростанні величини прибутку до оподаткування, що припадає на одне підприємство медичного профілю, з 11,0 до 108,7 тис. дол. США у 2019-2021 рр. та 7-разовому зростанні рівня рентабельності операційної діяльності закладів охорони здоров'я з 4,0 до 11,1 %. Водночас, з іншого боку, значне прискорення темпів фінансово-економічного розвитку з 2021 року слід також пояснювати через призму поширення коронавірусної інфекції, яка у 2021 році створила передумови для 5- разового зростання державних бюджетних видатків та асигнувань (з 25,4 до 118,7 дол. США на одну особу) на забезпечення поточних витрат закладів охорони здоров'я у період пандемії COVID-19, збільшивши при цьому обсяги капіталовкладень у закупівлю спеціальних приладів та устаткування, модернізацію та переобладнання існуючих медичних закладів під COVID- потреби, а також значно підвищила попит населення на платні лабораторно- діагностичні та лікувальні послуги» [55].

Варто відзначити, що якість управління інноваційно-інвестиційними процесами у діяльності закладів охорони здоров'я все ще низька, відтак наявні інвестиційні ресурси використовуються здебільшого на ремонт уже діючого обладнання, ніж закупівлю нового з високим рівнем технологічності та діагностичної точності. Зокрема, за період 2010-2021 рр. близько 95 % капіталовкладень закладів сфери охорони здоров'я спрямовувались на нарощення матеріальної бази. У кількісному вимірі розмір капіталовкладень у розрахунку на один заклад до 2020 року залишався на сталому невисокому рівні – 20,6 тис. дол. США, в той час як у 2020-21 рр. зріс до біля 70 тис. дол. США, у тому числі у результаті значних бюджетних асигнувань через

поширення коронавірусної інфекції.

Моніторинг ситуації щодо зайнятості, мобільності кадрів у закладах сфери охорони здоров'я, а також рівня оплати їх праці підтвердив гіпотезу, що «рівень матеріальної мотивації працівників медичних закладів залишався низьким. Зокрема, упродовж 2010-2021 рр. рівень плинності кадрів практично у три рази перевищував природне порогове значення 5 %, а рівень середньомісячної заробітної плати штатних працівників закладів охорони здоров'я коливався в межах 130-330 дол. США, що майже на третину нижче від середньодержавного рівня. Незважаючи на те, що кількість зайнятих працівників у розрахунку на один заклад охорони здоров'я у 2021 р. на противагу до 2010 р. зросла у понад двічі з 9 ос. до 20,9 ос., медичний бізнес й надалі продовжує залишатися менше привабливим для працевлаштування. Разом з тим надвисока плинність медичних працівників підвищує ризик вимивання та відтоку висококваліфікованих кадрів з системи охорони здоров'я, погіршує трудову дисципліну та соціально- психологічний клімат в колективі, знижує згуртованість та якість функціонування налагоджених внутрішньо-організаційних, комунікаційних каналів між медичними працівниками, підвищує фінансові витрати на пошук, навчання та адаптацію нових працівників та, у підсумку, призводить до зниження якості медичних послуг, низького рівня сервісу їх надання» [55].

У структурному вимірі якість інтелектуально-кадрових ресурсів закладів охорони здоров'я додатково посилено параметрами забезпеченості лікарями та середнім медичним персоналом, в тому числі за профілем їхньої спеціалізації, рівнем кваліфікації, інтенсивністю старіння кадрів, а також наявності та тривалості практичного досвіду у сфері надання медичних послуг. Загалом за період 2010-2021 рр. чисельність лікарів та середнього медичного персоналу, що припадає на 100 тис. населення, в Україні скоротилась більше ніж у тричі (з 517 осіб на 100 тис. населення у 2010 р. до 117 – у 2021 р.), що в цілому негативно впливає на темпи та потенціал інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я в тому числі через обмеження можливостей ефективно задовольняти підвищений попит

споживачів на лікувальні послуги [54].

Оцінюючи техніко-технологічний рівень озброєності лікувальних установ України медичним обладнанням, слід зауважити, що за даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, «рівень зносу технічних засобів у медичних закладах України коливається в межах 50-70 %. Понад 15 % рентгенологічно-діагностичного та лабораторного устаткування, яке перебуває на балансі медичних установ, станом на кінець 2021 року вийшли з ладу та не піддаються ремонту через моральну застарілість і зношеність. Водночас стан оснащення медичних закладів обладнанням з новітніми цифровими технологіями у загальній структурі наявного устаткування залишається обмеженим, хоч і у структурному співвідношенні у 2019-2021 рр. демонструє висхідну тенденцію до покращення значень з 20 % до 29 %. В абсолютному вимірі у 2010-2021 рр. в Україні простежувалась динаміка скорочення кількості рентгено-діагностичного обладнання з 283 од. до 264 од. у розрахунку на 1 млн населення та зменшення кількості ліжко-місць на біля 30 %» [51].

Примітно, що у результаті реформування галузі охорони здоров'я України в останні роки започатковано процес реорганізації, укрупнення та оптимізації малоефективних суб'єктів господарювання, що у статистичній оцінці суттєво видозмінило мережеву інфраструктуру закладів охорони здоров'я.

Результати оцінювання реалізації функції планування у закладах охорони здоров'я підтверджують думку щодо слабого використання потенціалу даної функції управління у забезпеченні ефективізації господарських процесів. До проблемних аспектів слід віднести те, що у досліджуваних медичних закладах практично не впроваджене альтернативне планування діяльності та розвитку, яке враховувало б форс-мажорні обставини та ринкові турбулентності (пандемію, війну, стихійні лиха), а стратегічні плани розробляються здебільшого не на постійній основі. Водночас інформація про стратегічні орієнтири системного розвитку медичних підприємств доступна лише топ-менеджерам, відтак слабкий

рівень поінформованості працівників про плани та перспективи розвитку досліджуваних закладів охорони здоров'я дають підстави стверджувати про недостатню встановленість корпоративної культури та соціально-психологічної довіри працівників до управлінських дій керівництва медичних закладів [55].

Зрештою основна увага управлінського персоналу при організації діяльності закладів охорони здоров'я зосереджена довкола виконання короткострокових оперативних і тактичних планів, в той час як стратегічні аспекти розвитку у більшій мірі залишалися поза увагою керівництва. Недостатньо налагодженим, на думку учених, також «залишався механізм реалізації стратегії розвитку закладів охорони здоров'я у частині визначення та делегування завдань окремим структурним підрозділам, що вочевидь напряду пов'язане зі проблемами реалізації функції організації при управлінні» [54].

Разом з тим критично низькими та незадовільними у закладах охорони здоров'я залишалися рівні впровадження організаційно-управлінських інновацій та реалізації проєктів стосовно трансферу управлінського досвіду, які в умовах зростання ролі інноваційно-креативних заходів у організації управлінських процесів, набирають особливої ваги та актуальності. Зрештою консервативний спосіб управлінського мислення та організації операційних процесів накладає свій відбиток на зниження резильєнтності медичних підприємств до чинників мінливого середовища та послаблює в цілому організаційно-управлінську конкурентоспроможність закладів сфери охорони здоров'я в тому числі й за складовими системного розвитку. Ефективна організаційна система управління процесами формує базисну основу ефективного розвитку закладів охорони здоров'я та у практичній площині великою мірою забезпечується через належну реалізацію функції мотивації. Зважаючи на те, що медичні заклади надають лікувально-діагностичні та консультативні послуги управлінські заходи стосовно стимулювання праці лікарського персоналу, підвищення її продуктивності шляхом нарощення інтелектуально-кадрового потенціалу відіграють

визначальну роль у забезпеченні темпів розвитку.

Таким чином, результати проведеного дослідження дозволяють зробити висновки, що керівництву закладів у сфері охорони здоров'я в рамках оптимізації організації їх діяльності необхідно реформувати наявну управлінську діяльність зокрема в частині стимулювання праці. При цьому пріоритетом варто встановити заходи із формування справедливої системи матеріальної мотивації медичного персоналу у відповідності до результатів їх праці та на основі підсумків господарської діяльності із додатковим використанням широкого спектру нематеріальних стимулів. Це у кінцевому підсумку дозволить підвищити спроможність закладів до системного інноваційного розвитку та сприятимуть нарощенню інтелектуально-кадрового капіталу галузі в цілому.

Зрештою процес реформування системи охорони здоров'я України створив передумови для формування та розвитку суб'єктів приватного сектору медицини на рівні із державним. Загалом роль приватної медицини у формуванні пропозиції медичних послуг закладів охорони динамічно нарощувалась упродовж 2010-2023 рр. Так, «частка лабораторних та рентгено-діагностичних досліджень, які припадають на приватні бізнес-структури, збільшилась на 10,1 % та 6 % відповідно, а кількість лікарняних закладів у приватній власності зросла з 11,6 % до 17,5 % за аналізований період. Стрімке розширення впливу сектору приватної медицини на функціонування системи охорони здоров'я України підтверджує закономірність, що приватне підприємництво у сфері медичних послуг більш комплексно дотримується ключових принципів управління системним розвитком та імплементує у цей процес більш прогресивні механізми управління, які дозволяють нарощувати та утримувати конкурентні переваги, збільшувати пропозицію якісних медичних послуг на ринку та у підсумку досягати цілей і завдань системного розвитку» [56].

Врешті решт висновки відносно стану та тенденцій системного розвитку суб'єктів господарювання охорони здоров'я та дієвості системи управління формуються на підставі реалізації функції аналізу і контролю,

належне виконання яких дозволяє отримати інформацію щодо досягнень в організації діяльності сфери охорони здоров'я в цілому та у зрізі ключових його компонент і окремих закладів охорони здоров'я. Діагностування проблемних моментів на ранніх стадіях функціонування закладів дозволяє мінімізувати негативні наслідки їх впливу через реалізацію комплексу заходів спрямованих на нормалізацію та ефективізацію управлінських процесів у закладах охорони здоров'я.

Отже, на нашу думку, з метою поліпшення якості управління діяльністю закладів охорони здоров'я варто впроваджувати заходи, які б дозволяли впроваджувати комплексну діагностику та контроль за організаційними, фінансово-економічними, інтелектуально-кадровими, матеріально-технічними, інноваційно-інвестиційними, техніко-технологічними, матеріально-технічними ресурсами із використанням адаптивних механізмів публічного управління. Разом з тим управління діяльністю закладів охорони здоров'я у методологічному плані еволюціонує у залежності від стану збалансованості основних принципів управління. Даний процес розкриває правила дій, базисні положення та засадничі норми, функціонування раціональної системи організації роботи медичних закладів.

За результатами проведених досліджень у першому розділі було здійснено спробу ідентифікувати ключові принципи організації діяльності сучасних закладів охорони здоров'я в Україні: Описані принципи управління закладають методичне підґрунтя для обґрунтування практичних заходів та завдань щодо оптимальної організації діяльності закладів охорони здоров'я та їх розвитку. Оскільки поняття організації діяльності є різноаспектним, керівництво медичного закладу у процесі ведення своєї операційної діяльності затверджує план стратегічного розвитку, у якому фіксує власну ієрархію цілей та завдань зростання, а також визначає шляхи його досягнення. Таким чином, «наявний підхід до управління процесами у закладах охорони здоров'я потребує реформування та трансформації, в тому числі через концептуальне переосмислення пріоритетності принципів та

цілей управління системним розвитком медичних підприємств. Адже лише рівноцінне та збалансоване врахування вищенаведених цілей та завдань при формуванні стратегічних пріоритетів розвитку медичних закладів у підсумку може гарантувати прискорення комплексної їх ефективізації. Водночас управлінський персонал закладів охорони здоров'я у процесі ухвалення та виконання управлінських рішень стикається з низкою традиційних бар'єрів (перешкод), які через негативний вплив з високою вірогідністю погіршують дієвість та результативність системи управління на загал, підвищуючи при цьому ризики дестабілізації та деформації робочих процесів. Їх правильна ідентифікація і врахування на етапі планування діяльності медичного закладу лежить в основі формування відповідних адаптивних та антикризових механізмів управління господарськими процесами як в цілому, так і в зрізі окремих складових системного розвитку медичних закладів» [54].

Деструктивний вплив на якість управлінських процесів у закладах охорони здоров'я також чинять такі проблемні аспекти, як «низький рівень цифровізації бізнес-процесів та технологічної модернізації лікувальних установ, а також відсутність гнучких механізмів управління бізнес-процесами. Недостатньо високий рівень соціальної відповідальності медичних підприємств наочно засвідчує потребу впровадження (імплементції) більш сучасних та інноваційних практик організації і управління бізнес-процесами, сфокусованих в тому числі на формуванні культури соціально відповідального підприємництва» [57].

Загалом рівень якості організації діяльності закладів охорони здоров'я слід оцінити як задовільний та такий, що потребує реформування в тому числі через нарощення значень практично усіх складових системного розвитку. Одна з передумов трансформації наявної системи управління у закладах охорони здоров'я полягає у формуванні та удосконаленні базисних основ стратегічного керування системним розвитком через розробку адаптивних механізмів та запровадження комплексу заходів, які покращуватимуть діяльність медичних закладів.

РОЗДІЛ 3.

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Міжнародний досвід публічного адміністрування організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я

Основоположною передумовою вступу до Європейської спільноти у сфері медичного обслуговування населення є інтеграція міжнародного законодавства та адаптація норм чинного національного законодавства до законодавства Європейського Союзу (ЄС). Відповідно до Концепції Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до європейського ця адаптація «здійснюється шляхом розвитку законодавства України в напрямі його наближення до законодавства ЄС та забезпечення високого рівня підготовки в Україні проектів законів та інших нормативно-правових актів. Створення правової бази для інтеграції України до ЄС передбачає наближення на законодавчому рівні загальнодержавного механізму адаптації правової системи України до європейської правової системи, де визначаються цілі та сфери, етапи адаптації законодавства, складниками якого повинно бути фінансове, інформаційне, наукове та кадрове забезпечення; забезпечення системності та злагодженості в роботі органів державної влади під час здійснення заходів з адаптації законодавства» [72].

Медичне обслуговування населення «є відкритою системою публічного адміністрування, яка зазнає впливу різноманітних факторів зовнішнього середовища. З одного боку, в умовах глобалізації та інтеграції в економічній сфері медичного обслуговування населення відбувається утворення міжнародних економічних союзів країн, що мають враховувати органи державної влади. З іншого – ефективність використання методів публічного адміністрування економіки України та її галузей залежить від стану розвитку сфери охорони здоров'я та медичного обслуговування населення, зокрема,

традиційних підходів і нових тенденцій в адмініструванні діяльністю щодо медичного обслуговування населення» [72, с. 54]. Під час реалізації публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення обов'язково має враховуватися передовий досвід європейських країн щодо публічного адміністрування в цілому.

Доцільно відзначити, що передовий зарубіжний досвід свідчить про те, що сфера медичного обслуговування населення буде ефективною лише тоді, коли будуть використовуватися всі наявні ресурси у суспільно відповідальному спрямуванні. Саме у такій ситуації буде забезпечуватися якісне, своєчасне та ефективне медичне обслуговування населення на засадах співдружності, справедливості та активної участі громадськості; населення буде убезпечуватися від глобальних наслідків різноманітних захворювань; забезпечуватиметься прозора відповідальність за неналежне виконання професійних обов'язків, а також буде активніше надаватися відповідь на нагальні запити та потреби населення. Міжнародний досвід щодо публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення показує, що системи медичного обслуговування населення можна розподіляти відповідно до різних чинників впливу на них [22].

Так, відповідно до домінантного методу фінансування систем медичного обслуговування населення виділяють такі:

1) системи медичного обслуговування населення, фінансування яких засноване переважно на загальному оподаткуванні. Подібна система є характерною для скандинавських країн, Ірландії, Великої Британії та країн Південної Європи (Греція, Іспанія, Італія, Португалія). У цих країнах загалом визнається роль державного сектора як основного джерела фінансування, що дає змогу забезпечувати загальний доступ населення до служб медичного обслуговування населення і справедливий географічний розподіл ресурсів. Сторону покупців представляють органи охорони громадського здоров'я;

2) системи медичного обслуговування населення, основним джерелом фінансування яких є соціальне страхування. У такого роду системах (наприклад, в Австрії, Бельгії, Німеччині, Люксембургу, Франції, Швейцарії)

держава здійснює регулювання і суворий контроль за системами медичного обслуговування населення для заборони витрат (наприклад, через установлення максимальних рівнів страхових внесків) і забезпечення більшого ступеня рівності й солідарності. Роль покупця медичних послуг під час медичного обслуговування населення виконують страхові компанії;

3) системи охорони здоров'я, засновані на соціальному страхуванні, основним джерелом фінансування яких є податок, що стягується із заробітної плати (більшість країн Центральної та Східної Європи) [23].

Як ми помічаємо із приведеної класифікації сфер медичного обслуговування, рівень адміністративно-правового регулювання та доступу до медичних послуг, їхня якість та ефективність, своєчасність та достатність безпосередньо залежать від конкретної моделі фінансування. Учені вважають, що «зазначена класифікація систем надання медичного обслуговування населення є не досить вдалою, оскільки вона не характеризує у повному обсязі всю систему Міжнародного медичного обслуговування населення. Саме тому назріла необхідність у створенні власної класифікаційної міжнародної системи медичного обслуговування населення» [22]. На погляд дослідників управління у сфері медичної галузі, доцільно виокремити такі системи організації діяльності закладів охорони здоров'я:

- 1) бюджетна система медичного обслуговування населення;
- 2) приватна система медичного обслуговування населення;
- 3) страхова система медичного обслуговування населення;
- 4) змішана система медичного обслуговування населення.

Розглянемо детальніше запропоновані системи організації діяльності медичних закладів. Так, бюджетна система медичного обслуговування населення є характерною для таких європейських країн, як Великобританія, Швеція, Фінляндія, Іспанія, Канада, Австралія, Греція, Грузія тощо.

Розглянемо Великобританію, яка є «основним зразком бюджетної системи медичного обслуговування населення і найбільш якісною моделлю охорони здоров'я у світі. Медичне обслуговування населення у Великобританії здійснює Національна система охорони здоров'я. На цю

систему виділяється 85 % бюджетних видатків, що становить 9,3% внутрішнього валового продукту. Інша частина витрат на сферу медичного обслуговування населення покривається із розрахунків за отримані медичні послуги та страхування здоров'я населення в цілому» [48].

Разом з тим доцільно відзначити й те, що у Великобританії все частіше відбувається зміцнення безпосередньої оплати послуг зі страхування здоров'я, яка усе більше розповсюджується по всій державі, в результаті чого відбувається дуалізм фінансування сфери медичного обслуговування населення, що включає в себе бюджетне фінансування та страховальні внески населення. Відповідальність за реалізацію державної політики у сфері медичного обслуговування населення було покладено на стратегічні управління охорони здоров'я. Безпосереднє замовлення послуг та розподіл бюджетних коштів на локальному рівні перебували в юрисдикції низових підрозділів Національної системи охорони здоров'я (NHS), які отримали назву «трасти». Провідною ідеєю британської моделі фінансування охорони здоров'я та медичного обслуговування населення, зокрема, є забезпечення доступності медичних послуг і відповідальність держави за їхнє надання. Альтернативою державній системі охорони здоров'я є сфера недержавного медичного обслуговування. Однак в сучасних умовах для британської системи охорони здоров'я характерними є дві основні тенденції [23]. Ми вважаємо за доцільне здійснити їхню характеристику, а також перейняти їхній позитивний досвід щодо публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення [24].

У 2010 році уряд Великобританії анонсував проведення реформи у сфері медичного обслуговування, яка мала забезпечити децентралізацію Національної системи охорони здоров'я (NHS). Але зазначена реформа зачепила лише невелику частину діяльності Національної системи охорони здоров'я (NHS) в Англії. Інші суб'єкти Національної системи охорони здоров'я (NHS), зокрема ті, які перебувають в Уельсі та Шотландії, підпорядковуються місцевим органам виконавчої влади. Зазначена реформа мала на меті передати контрольно- наглядові повноваження над усіма

державними структурами медичного обслуговування в країні та їх фінансування безпосередньо лікарям, в результаті чого відбуватиметься зниження адміністративних витрат на сферу медичного обслуговування та зосередження фінансування чітко на лікувальному процесі.

У цілому реформаторською програмою «було передбачено зменшення посад у системі медичного обслуговування населення з 25 тис. до 15 тис., в результаті чого було звільнено понад 11 тис. медичних працівників. Саме за допомогою таких заходів збиралися зменшувати бюджетне фінансування сфери медичного обслуговування щороку до 18-21 млрд. ф. ст. Крім стримування росту бюджетного фінансування сфери медичного обслуговування, реформа Національної системи охорони здоров'я (NHS) була спрямована на впровадження ринкових механізмів у її діяльність, а також розширення ролі приватного сектора в наданні медичних послуг. З цією метою в ході доопрацювання програми реформи було знято обмеження щодо можливості участі приватних лікувальних закладів у тендерах, організованих лікарями загальної практики; передбачено можливість доплати пацієнтами за отримання більш якісної медичної допомоги; впроваджено пільги з оподаткування для осіб, які звертаються за отриманням медичних послуг до закладів недержавної форми власності; усім трастам вторинної ланки Національної системи охорони здоров'я (NHS) була надана управлінська та фінансова автономія» [48].

Вагому увагу реформа сфери медичного обслуговування приділила формуванню ефективного механізму врегулювання якісного догляду за особами віком за 60 років. Зазначене питання є досить актуальним під час збільшення кількості непрацездатного населення в країні в цілому. Відповідно до норм «The Health and Social Care Act 2012» передбачено «запровадження механізму персонального бюджету здоров'я («personal health budget») для осіб, які потребують тривалого лікування. При цьому пацієнтам надана можливість самотійно вести бюджет свого лікування (budget-holding), визначаючи обсяги й структуру медичних послуг у процесі отримання медичного обслуговування. Втім така ініціатива викликає дискусії

серед фахівців, оскільки значна частина людей, які потребують довготривалого догляду, не володіє належними знаннями та досвідом, щоб самостійно управляти коштами для забезпечення ефективності лікувального процесу» [72]. Ми підтримуємо позицію тих, хто вважає впровадження зазначеного роду реформи неефективним, і обстоюємо позицію щодо збереження бюджетної моделі фінансування системи медичного обслуговування населення за рахунок державного бюджету країни та за рахунок працездатного населення, у якого вираховуватиметься податок з доходів громадян на охорону здоров'я.

Наступною країною, яка будує систему охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів, є Грузія. За своїм соціально-економічним розвитком вона є досить схожою з Україною. У країні також переважає бідне населення, що не спроможне сплачувати за страховку, яка мала б покривати витрати на їх медичне обслуговування. Саме «бідність є визначальною проблемою розвитку сфери медичного обслуговування Грузії. Так, як відзначають грузинські засоби масової інформації, більше 23,5% населення перебувають за межею бідності. Економічні реформи в Грузії, які проходили в декілька етапів, торкалися також і сфери медичного обслуговування населення, в результаті чого було реформовано модель М. Семашка, і уже з 2004 року досліджувана сфера запрацювала за допомогою соціального страхування із назвою «Social Health Insurance». Але результатом такого реформування сфери медичного обслуговування населення стало значне недофінансування бюджету, внаслідок чого доступність до якісних медичних послуг стала досить обмеженою» [22].

Уже в період з 2004 до 2008 року система сфери медичного обслуговування населення почала переходити на ринкові умови. Більшість медичних закладів переходили у приватні руки, а вся система в результаті цього почала виходити з-під контролю держави. Починаючи з 2008 року, більшість бюджетних асигнувань на медичне обслуговування почали отримувати приватні страхові компанії, які створювалися для забезпечення медичним обслуговуванням тих прошарків населення, що знаходились поза

межею бідності. Уже в 2010 році уряд Грузії зобов'язав страхові компанії розширити коло тих пацієнтів, які не могли забезпечити себе та свою родину медичним обслуговуванням. До такої категорії осіб було віднесено осіб, які перебувають за межею бідності; дітей до п'яти років; пенсіонерів, викладачів; студентів та інвалідів. При цьому страхові компанії мали виграти відповідний тендер, в результаті якого вони ставали монополістами на право обслуговування зазначених категорій осіб у 28 госпітальних округах, а страховальники, у свою чергу, мали робити інвестиції у розвиток усіх різновидів медичних закладів (лікувально-профілактичних та спеціалізованих). У зв'язку з цим в Грузії формуються великі медичні холдинги, що включають в себе страхові компанії та всю інфраструктуру, яка забезпечує надання медичного обслуговування населенню [22].

На повне бюджетне фінансування сфера медичного обслуговування населення Грузії перейшла у 2013 році. Сьогодні там працює державна програма «Universal Health Care Program», яка фінансує сферу медичного обслуговування населення за допомогою загальних доходів державного бюджету країни, в результаті чого було вирішено проблему загального доступу усіх прошарків населення до якісного та ефективного медичного обслуговування населення. Пакет послуг, які оплачує держава, включає низку первинних та вторинних послуг – зокрема, діагностичні послуги (з 20-30% співплатою від пацієнта), планову хірургію, онкологічні послуги, акушерську допомогу, деякі основні ліки та екстрену допомогу. Уряд все ще фокусується на більш вразливих верствах населення: для бідних домогосподарств, пенсіонерів та дітей віком від 0 до 5 років діє програма, яка покриває майже все [41]. Так точно, як і в Україні, на первинній ланці державне медичне фінансування в Грузії працює за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». За лікування пацієнта, застрахованого у державній системі, платить Агентство соціальних послуг (Social Services Agency). Пацієнт сам обирає, до якої лікарні звернутись [41].

Розглянемо наступний різновид медичного обслуговування населення, яким є приватна система медичного обслуговування населення, що є

характерною для таких країн, як США. У США відсутнє універсальне національне медичне обслуговування, а натомість американці купують медичне страхування, щоб покрити значну частину своїх витрат на охорону здоров'я. Медичне страхування захищає від заборгованості за отримання медичних послуг, оплачує регулярні огляди, лабораторні аналізи, вакцини та ліки, що відпускаються за рецептом. Щоб отримати медичне страхування, потрібно вибрати план медичного страхування, зареєструватися та здійснювати регулярні платежі до медичної страхової компанії. Особи, які проживають у США і мають медичне страхування, наділені спектром послуг при реалізації права на охорону здоров'я. Перш за все це швидкий доступ до спеціалізованих лікарів, отримання необхідної допомоги з використанням найновітніших технологій, інновацій, передових сучасних технологій та методів лікування. Американські лікарні лідирують у світі в галузі досліджень та розробок, саме в США розроблено багато ліків та технологій, які використовує весь світ» [44]. Поряд з цим у США існує велика кількість незастрахованих осіб. Незастраховані особи стикаються з надзвичайно дорогим медичним обслуговуванням. Лікарні розглядають лише екстрені випадки без попередньої оплати і можуть відмовитися від лікування без підтвердження страхування або застави. Саме це призводить до того, що незастраховані люди набагато частіше, ніж ті, хто має страховку, відкладають медичну допомогу або взагалі відмовляються від неї, що призводить до серйозних наслідків.

Більшість громадян США мають медичне страхування, яке, як правило, надається роботодавцем фізичної особи та поширюється на його найближчих членів родини. Деякі страхові плани надаються федеральними чи штатними урядами, профспілками або приватними особами. Після виходу на пенсію громадяни можуть отримати допомогу через державну страхову програму «Medicare» [45], сім'ї та особи з низьким рівнем доходу можуть отримати медичне обслуговування через державну страхову програму «Medicaid» [45]. Зауважимо, що безпосередньо програма «Medicare» покриває деякі витрати на лікування і ліки для тих, кому більше 65 років або хто має інвалідність.

Зокрема, покриваються витрати на перебування і лікування у лікарні, перебування у хоспісах тощо. Відповідно програма «Medicaid» покриває витрати на лікування для малозабезпечених, інвалідів та деяких інших груп людей. Програма передбачає оплату переліку обов'язкових та деяких додаткових медичних послуг, наприклад, перебування і лікування у лікарні, аналізи, рентген, стоматологія тощо [45].

Однією з нагальних проблем медичного обслуговування населення у США є те, що американська система надання медичних послуг населенню характеризується недоступністю цих послуг для пересічних громадян, які можуть скористатися лише бюджетними медичними закладами, де здійснюється незначна оплата за наданий пакет медичних послуг під час медичного обслуговування населення. До цієї категорії населення відносяться ті особи, які не мають приватної медичної страховки у зв'язку із безробіттям, низькою зарплатнею чи її відсутністю взагалі або відсутністю страхування з боку роботодавця.

Врешті-решт, якщо житель США не може оформити приватну страховку і не підлягає державному страхуванню, він вимушений оплачувати лікування з власної кишені (11,1% витрат на медицину). Для цього є дві опції:

- роботодавець «відкладає» частину зарплати працівника, і ці гроші можна витратити тільки на лікування. «Відкладає» у лапках, тому що ці гроші не зберігаються на окремому рахунку, і працівник просто може звернутися за відшкодуванням до роботодавця, якщо це передбачено його контрактом. Ця сума не оподатковується і на неї не нараховуються банківські відсотки, але наприкінці року вона «згорає» (називаються такі програми «Flexible spending accounts»);

- роботодавець так само відкладає частину зарплати працівника на окремий банківський рахунок. Але на суму нараховуються відсотки, і її можна витратити пізніше, ніж за рік. Як правило, такі рахунки діють для тих, у кого власна медична страховка не покриває всю вартість лікування, і пацієнту доводиться доплачувати. Переважно це люди з тяжкими хронічними

захворюваннями, які не покриваються страховками. Називаються такі програми «Health savings accounts» [41].

Резюмуємо, що саме з 2014 року в США страхування більшості населення є загальнообов'язковою умовою. Той, хто не матиме страхового полісу, буде зобов'язаний сплачувати штраф. Навіть роботодавці, які не застрахували найманих працівників, також сплачуватимуть штраф за це. Після проведених реформаторських заходів 2014 року усі застарілі страхові поліси громадяни матимуть можливість обміняти на оновлені, які стали набагато економнішими та якіснішими.

У Франції існує й приватне медичне страхування як допоміжний інструмент оплати медичного обслуговування населення, який покриває 7,5% усіх витрат на медичні послуги. Також у Франції існує практика оплати медичних послуг з власної кишені (9,8%). Є такі три можливі варіанти:

- співплата – фіксована сума, яку пацієнт має доплатити за медичні послуги на додачу до оплати страховою компанією або державою. Простіше кажучи, франшиза. Таку систему планувало запровадити Міністерство охорони здоров'я України, однак ця ініціатива не пройшла через Верховну Раду;

- співстрахування – певний відсоток виплат за медичні послуги, який розподіляється між пацієнтом і страховиком (компанією чи державою);

- додаткова плата за спеціалізовані медичні послуги, не передбачені державною чи приватною страховкою («balance billing») [48].

Зразком змішаної системи медичного обслуговування населення є система охорони здоров'я Нідерландів, яка «характеризується поєднанням приватних медичних планів із соціальними умовами, побудованими на принципах солідарності, ефективності та цінності для пацієнта. У Нідерландах існує два види медичного страхування: обов'язкове основне страхування, або базове страхування, й необов'язкове додаткове страхування. Основне медичне страхування в Нідерландах є обов'язковим. Поліс медичного страхування дає право на безкоштовне медичне лікування в Нідерландах, включаючи стандартні рецепти. Державне медичне страхування

не охоплює деяких видів лікування – таких, як стоматологічна допомога та фізіотерапія» [72]. Основоположним правилом у Нідерландах є те, що будь-яка особа, яка перебуває та працює в країні більше чотирьох місяців, зобов'язана застрахуватися на базовому рівні, а люди з низьким рівнем доходу мають право звертатися за матеріальною допомогою на покриття основних заходів щодо їх медичного обслуговування.

Провівши ґрунтовний аналіз практики світових країн щодо забезпечення медичного обслуговування населення, вважаємо за необхідне зупинитися на вдалому практичному досвіді тих країн, у яких в основі медичного обслуговування закладено державне фінансування загальних та необхідних для життєдіяльності кожного громадянина медичних послуг, а усі решта послуг надаються за рахунок диференційованого страхування. Ми все ж таки вважаємо, що базове медичне страхування мають забезпечувати роботодавці.

3.2. Інвестиційно-інноваційна діяльність держави у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я

Важливе значення в умовах реформування системи охорони здоров'я займають інвестиційна діяльність та впровадження інновацій в усі сфери управління та реалізації медичних послуг. Важливість зазначених аспектів державного управління системою охорони здоров'я полягає в тому, що саме вони дозволять модернізувати зазначену систему та підвищити якість медичних послуг і, як результат збільшити рівень громадського здоров'я. «Трансформаційні процеси відображаються на всій структурі економіки країни, в тому числі соціальної сфери, приводять до частоті зміни умов функціонування в охороні здоров'я. Зміни в охороні здоров'я в умовах реформування супроводжуються неоднозначними тенденціями, медико-демографічні виклики в умовах щорічного скорочення працездатної частини

населення, зниження народжуваності вимагають посилення державних заходів щодо ефективності медичного обслуговування населення з метою збереження людського потенціалу, підвищення результативності діяльності охорони здоров'я на всіх рівнях управління, в тому числі в результаті проведення інноваційних змін і управління ними» [18, с. 16]. «Підґрунтям підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності функціонування системи охорони здоров'я є раціональне впровадження інноваційних технологій лікування, діагностики, профілактики та реабілітації захворювань, вдосконалення менеджменту та професійної підготовки медичних кадрів закладів охорони здоров'я. Інноваційні підходи відіграють вирішальну роль у поступальному розвитку будь-якого сектору економіки, у тому числі й сектору охорони здоров'я» [18, с. 7]. Відповідно актуалізується питання вивчення інвестиційно-інноваційної діяльності держави.

«Слово «інновація» вперше з'явилося у французькій мові на початку XIII століття і означало «оновлення», «зміна». У XIX столітті термін «інновація» став використовуватися в етнографії, в природознавстві, в лінгвістиці, в юриспруденції, що означає виникнення якоїсь якості, якого раніше не було, причому способи виникнення різні: це і перенесення вже відомого в нові умови, і поступова зміна, але завжди з'являється щось нове. Завдяки австрійському економісту Й. Шумпетером поняття «інновація» увійшло в економічну науку на початку XX століття. Він, підкреслюючи визначальну роль інновацій в циклічній динаміці економічного розвитку, визначає інновації «як будь-які зміни з метою впровадження і використання нових товарів, ринків і форм організації компанії, підкреслюючи при цьому, що інновації є головним джерелом розвитку економічних систем» [46].

«Інновація у сфері охорони здоров'я пов'язана з процесом перетворення продуктивної ідеї у практичну площину, у щось таке, що може бути використано, реалізовано або досягнуто і, за можливості, має принести плоди у вигляді підвищення ефективності системи охорони здоров'я, профілактики найпоширеніших захворювань» [46]. «В динаміці інновацій

спостерігається дія імперативу певної генетики. Продуктивні сили, створені попередніми поколіннями, служать новим поколінням сирим матеріалом для нового виробництва, для розвитку продуктивних сил, для створення нових знарядь праці. Кожна інновація спирається на накопичений попередній доробок інноваційного розвитку, успадковує генотип трансформованою системи, перетворюючи його стосовно до нових внутрішніх і зовнішніх умов, оновлюючи застарілі елементи: при цьому здійснюється відбір найбільш ефективних нововведень з безлічі можливих» [82].

При обґрунтуванні державно-управлінських рішень у сфері інвестицій та інновацій у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я необхідно враховувати, що держава виступає як: управлінець, контролер, інвестор. При цьому саму систему охорони здоров'я варто розглядати як ринок медичних послуг, незважаючи на те, ким надаються ці послуги, державними, приватними чи комунальними закладами охорони здоров'я. Ринок медичних послуг – це «обмін послугами й товарами медичного призначення, організований за законами товарно-грошового обігу відповідно до попиту і пропозиції. Попит – кількість медичних послуг, які бажають і можуть придбати люди за деякий період часу за певною ціною. Попит характеризує платоспроможну потребу в медичних послугах. Пропозиція – кількість медичних послуг, яке працівники охорони здоров'я можуть надати в певний період часу за певною ціною» [46].

Шалімова І. М., Бурбига В. А. в контексті управління інноваційним забезпеченням системи охорони здоров'я пропонують розглядати ринок медичних послуг у контексті наступних властивостей:

- «значний вплив на динаміку попиту на медичні послуги надає сезонний фактор;
- територіальна сегментації ринку послуг охорони здоров'я;
- відносно висока швидкість оборотності капіталу;
- великий вплив на попит і пропозицію медичної послуги надають особисті контакти виробника і споживача, що з одного боку може сприяти

збільшенню попиту на медичні послуги, а з іншого боку, невдоволення пацієнта може зменшити попит, підірвати імідж установи охорони здоров'я та створити труднощі на ринку;

- мінливість ринкової кон'юнктури в залежності від природно-кліматичних катаклізм;

- складна структура попиту на послуги охорони здоров'я, пов'язана з необхідністю їх персоніфікації та індивідуалізації;

- специфіка результату медичної діяльності;

- асиметричність інформації на ринку медичних послуг - недолік медичних знань робить пацієнта як споживача вразливим по відношенню до лікаря, і лікар може диктувати умови економічних взаємовідносин;

- ризик впровадження новинки значно вищий і небезпечний, тому що при несприятливому результаті наслідки позначаються на здоров'ї пацієнта, а відповідальність мед. персоналу значно вище;

- суб'єктивний підхід виробника послуг до визначення переліку лікарських процедур;

- нераціональне споживчу поведінку і інші» [82].

У контексті реформування системи охорони здоров'я інвестиційно-інноваційна діяльність держави має відбуватися наступним чином:

- «установи сфери охорони здоров'я повинні працювати за новими стандартами надання медичної допомоги;

- удосконалювати механізми залучення кваліфікованих фахівців;

- підвищити ефективність медичної допомоги, служби маршрутизації, відповідальної за організацію доліковування і реабілітації хворих;

- забезпечити спадкоємність ведення хворого на всіх етапах для підвищення якості надання медичної допомоги;

- оптимізувати структуру галузі шляхом об'єднання малопотужних лікарень і поліклінік і створення багатопрофільних центрів;

- забезпечити доступність для населення сучасних ефективних

медичних технологій для надання медичної допомоги в амбулаторних умовах і в умовах денного стаціонару;

– впроваджувати сучасні інформаційні технології, до яких відносяться електронний документообіг, електронна медична карта і телемедицина» [2].

Особливо важлива інвестиційна діяльність у системі охорони здоров'я в контексті впровадження інновацій як в процеси реалізації медичних послуг, так і в управлінські процеси. Відповідно держава має налагодити цілісну систему підтримки, управління, регулювання інвестиційно-інноваційної діяльності.

Важливою при розробці інвестиційно-інноваційного механізму публічного управління системою охорони здоров'я є ідентифікація властивостей даного процесу. Властивості завжди проявляються в класифікації об'єкту. Готь Н.Р. з даного приводу зазначає: «З погляду інноваційного менеджменту в галузі охорони здоров'я можна виокремити кілька видів інновацій:

1. Медичні технологічні інновації, пов'язані із застосуванням нових методів (способів, прийомів) профілактики, діагностики та лікування на базі наявних препаратів (устаткування) або нових комбінацій їх застосування.

2. Організаційні інновації, що реалізують ефективну реструктуризацію діяльності системи охорони здоров'я, вдосконалення організації праці персоналу та організаційної структури процесу управління і окремого медичного закладу.

3. Економічні інновації, які забезпечують впровадження сучасних методів планування, фінансування, стимулювання та аналізу діяльності закладів охорони здоров'я.

4. Інформаційно-технологічні інновації, спрямовані на автоматизацію процесів збору, обробки, аналізу інформаційних потоків у медичній галузі.

5. Медико-фармацевтичні, медико-технічні інновації, що є різновидом медичних технологічних інновацій, однак полягають у використанні нових лікарських засобів (технічних систем), конкурентоспроможних за ціною і

основними параметрами медичної ефективності» [11].

Інновації є вкрай важливою основою підвищення якості медичних послуг. Так, однією із проблем системи охорони здоров'я України, що визначений «Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я», визначено низьку якість медичної послуги, та встановлені наступні причини цього: «Причини цього полягають не у кількісному дефіциті медичної інфраструктури (зокрема лікарень, лікарняних ліжок і медичних працівників), а в її якісній відсталості (відсутності сучасного оснащення, застарілих підходах до лікування та організації праці, недостатньому робочому навантаженні) та у вкрай неефективній моделі загальної організації системи охорони здоров'я, передусім в організації її фінансування та управління нею. Значна зношеність основних фондів, відчутне відставання медичної інфраструктури та вітчизняної клінічної практики від вимог сучасних європейських та світових стандартів не дозволяють змістити акценти в бік активного та широкого використання нових, менш інвазивних і водночас більш ефективних медичних технологій, високотехнологічного обладнання та більш складних і динамічних знань та навичок медичних працівників, що мають базуватися на принципах доказової медицини. Від цього страждає якість надання послуг» [46].

Складність інновацій у досліджуваній галузі полягає в тому, що система охорони здоров'я поєднує в собі як власне реалізацію медичної послуги (надання медичної допомоги різних рівнів), так і допоміжні галузі, які функціонують як в приватному, так і державному секторах. Саме тому при обґрунтуванні складових інвестиційно-інноваційної діяльності держави будемо брати її за основу. В свою чергу на складність процесу реалізації державної інвестиційно-інноваційної діяльності в системі охорони здоров'я впливає опір основних стейкхолдерів та учасників реалізації медичної послуги. Вітчизняний вчений Ю. Мочалов запропонував виділяти два види опору: внутрішній та зовнішній. Їх характеристика представила в табл. 3.1.

Таблиця 3.1.

Характеристика видів опору інноваційно-інвестиційним процесам у організації діяльності закладів сфери охорони здоров'я

Вид опору	Характеристика
Внутрішній	це небажання або повна відмова брати участь в інноваційному процесі з боку структурно-функціональних підрозділів закладу, керівників різних рівнів і медичних працівників. Такий різновид опору інноваціям має як усвідомлений, так і неусвідомлений характер і залежить від багатьох факторів, наприклад: 1) характер управління, зокрема, виконання таких функцій, як планування і контроль; 2) рівень розвитку комунікацій та збору інформації; 3) професійна підготовка медичних працівників та параклінічних (адміністративних) підрозділів закладу.
Зовнішній	Будь-який заклад завжди діє в оточенні інших суб'єктів публічного і приватного права, ринку і відчуває певний вплив на свою діяльність. Постачальники, пацієнти, посередники, органи державного управління, громадські організації, конкуруючі заклади і підприємства — всі вони так чи інакше впливають на діяльність окремо взятого закладу. У період здійснення інновацій та впровадження нововведень такий вплив часто може переходити в тиск і опір внаслідок того, що стратегічні нововведення неодмінно зачіпають інтереси всіх суб'єктів, які перебувають у взаємовідносинах із закладом.

Джерело: узагальнено на основі [55; 82]

Інвестиційно-інноваційна діяльність держави у організації діяльності закладів сфери охорони здоров'я проявляється в різних проявах участі суб'єктів публічного управління в інвестиційному процесі щодо запровадження інновацій в системі охорони здоров'я. Держава завжди виступає суб'єктом інвестиційної діяльності в різних ракурсах. «Держава бере участь в інвестиційному процесі як прямо – через державний сектор економіки, так і опосередковано – через свої інституції: органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, Національний банк України, Фонд державного майна України, Державний антимонопольний комітет, Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг, Державну комісію з цінних паперів та фондового ринку. Прямий вплив держави на інвестування

здійснюється в адміністративній та цільовій формах. Адміністративна форма – це пряме дотаційне фінансування, здійснюване відповідно до спеціальних законів. Цільова форма – елемент системи контрактних відносин, за яких укладаються угоди між підрядником і замовником. Це може бути конкретне фінансування шляхом державних цільових програм підтримки інвестицій» [82]. Ефективною інвестиційно-інноваційна діяльність буде лише за умови мобілізації всіх проявів держави (прямого та опосередкованого впливу).

Інвестиційно-інноваційний механізм реалізації публічного управління в системі охорони здоров'я пов'язаний із сукупністю інших механізмів, а саме:

- фінансово-економічним (проявляється у формуванні інструментів інвестиційної діяльності щодо фінансування інновацій у системі охорони здоров'я, а також економічним стимулюванням вкладення приватних фінансових ресурсів у державну систему охорони здоров'я з метою її інноваційного розвитку, що проявляється в податкових пільгах, дотаціях, кредитних пільгах та інше);

- правовим, кадровим (проявляється у формуванні правового підґрунтя інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі охорони здоров'я, а також державного регулювання інвестиційно-інноваційної діяльності державних закладів охорони здоров'я. Реалізується через прийняття нових та зміни існуючих законів, постанов, наказів, указів, положень, рекомендацій);

- організаційним (полягає в налагодженні комунікації між різними учасниками інвестиційно-інноваційних процесів у системі охорони здоров'я та визначенні функціональних положень діяльності суб'єктів державного управління, органів місцевого управління, державних підприємств, закладів охорони здоров'я);

- інформаційним (формування позитивного іміджу інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі охорони здоров'я).

Це є важливим моментом, оскільки механізми публічного управління не можуть функціонувати відокремлено один від одного. В контексті

реформування системи охорони здоров'я вважаємо, що інвестиційно-інноваційна діяльність держави має відбуватися наступними напрямками та способами (рис. 3.2).

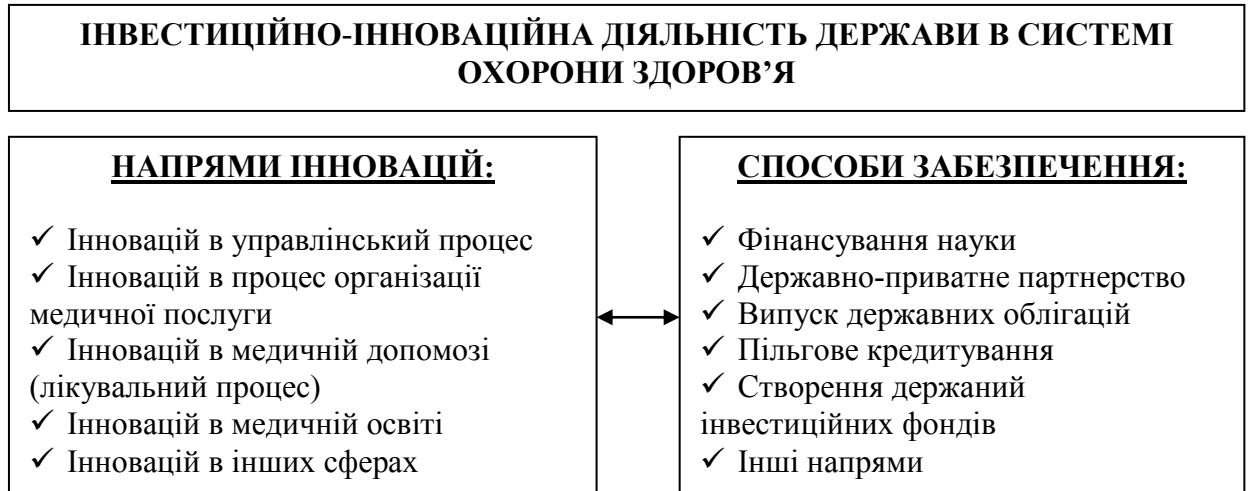


Рис. 3.2. Складові інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі охорони здоров'я

Джерело: узагальнено на основі [2; 82]

Держава через механізми публічного управління може виступати по різні сторони інвестиційно-інноваційних процесів в системі організації діяльності закладів охорони здоров'я. У зазначеній галузі роль держави особливо важлива як в прямому, так і в опосередкованому розумінні, що особливо актуалізується в умовах реформування медичної допомоги та потреби в модернізації системи охорони здоров'я. Варто зазначити, що в контексті інвестиційно-інноваційної діяльності в системі ринку приватної медицини держава в особі органів державної влади виступає як регулятор їх господарської діяльності, а в окремих аспектах може виступати партнером, за умови, що формою інвестиційної діяльності є державно-приватне партнерство. Проте, в умовах України інвестиційно-інноваційна діяльність є важливою в системі державної системи охорони здоров'я.

1) Держава як інвестор – створення інвестиційних фондів за рахунок коштів державного бюджету для фінансування інновацій та модернізації

системи охорони здоров'я. Сучасний стан фінансування системи охорони здоров'я не повною мірою дозволяє впроваджувати інноваційні проекти та модернізувати процеси надання медичної послуги. Проте, шляхом збільшення частки бюджету на систему охорони здоров'я, наукові дослідження в сфері медицини, є можливість фінансування інновацій в системі охорони здоров'я. За умови, що такі інновації дозволять підвищити ефективність реалізації медичної послуги, інноваційний продукт частково або повністю може бути реалізований суб'єктами приватної медицини. Для держави, з одного боку, це дозволить отримати надходження до державного бюджету, а з іншого підвищити якість надання медичної допомоги. Державне фінансування інновацій у сфері охорони здоров'я можливе як за рахунок коштів державного бюджету, так і за рахунок коштів місцевих бюджетів.

2) Держава як партнер – участь держави через відповідні органи державної влади, державний чи комунальних підприємств у різних формах державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Основним напрямом модернізації закладів охорони здоров'я та формування інноваційного підходу до реалізації медичної послуги є державно-приватне партнерство. «Впровадження проектів державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я дозволяє залучити приватні інвестиції з одночасним збереженням державної власності. Фактично держава із суб'єкта управління та регулятора перетворюється на повноцінного партнера у веденні бізнесу, що полягає в реалізації медичної послуги» [82]. Суб'єктами, що регулюють та приймають участь у формування та реалізації проектів державно-приватного партнерства у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я є:

- Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України;
- Міністерство охорони здоров'я України;
- Обласні управління охорони здоров'я;
- Об'єднанні територіальні громади.

В умовах розвитку такого виду співпраці держави та бізнесу є потреба в створенні відповідного державного органу, наприклад, Національного агентства з питань державно-приватного партнерства у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я.

3) Держава як позичальник – випуск державних боргових цінних паперів (облігацій) для фінансування інновацій у системі охорони здоров'я. Основним напрямком залучення додаткових коштів для впровадження інновацій є залучення приватних фінансових ресурсів через реалізацію державних облігацій, які дозволяють збільшити державний бюджет або ж покрити його дефіцит, а залученні кошти направити на розвиток інновацій у системі охорони здоров'я. Основними видами державних облігацій згідно Закону України Про цінні Папери та фондовий ринок є:

- облігації внутрішніх державних позик України «державні цінні папери, що розміщуються виключно на внутрішньому фондовому ринку і підтверджують зобов'язання України щодо відшкодування пред'явникам цих облігацій їх номінальної вартості з виплатою доходу відповідно до умов розміщення облігацій. Номінальна вартість облігацій внутрішніх державних позик України може бути визначена в іноземній валюті» [46];

- облігації зовнішніх державних позик України «державні боргові цінні папери, що розміщуються на міжнародних фондових ринках і підтверджують зобов'язання України відшкодувати пред'явникам цих облігацій їх номінальну вартість з виплатою доходу відповідно до умов розміщення облігацій» [46];

- казначейські зобов'язання «державний цінний папір, що розміщується виключно на добровільних засадах серед фізичних осіб, посвідчує факт заборгованості Державного бюджету України перед власником казначейського зобов'язання України, дає власнику право на отримання грошового доходу та погашається відповідно до умов розміщення казначейських зобов'язань України. Номінальна вартість казначейських зобов'язань України може бути визначена у національній або іноземній

валюті» [57];

– цільові облігації внутрішніх державних позик України «облігації внутрішніх державних позик, емісія яких є джерелом фінансування дефіциту державного бюджету в обсягах, передбачених на цю мету законом про Державний бюджет України на відповідний рік, та в межах граничного розміру державного боргу» [72].

Основними суб'єктами регулювання, розміщення та управління державними облігаціями в Україні є:

- Міністерство фінансів України;
- Міністерство охорони здоров'я України;
- Національний банк України;
- Агентство з управління державним боргом України;
- Рахункова палата України;
- Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України.

4) Держава як кредитор – надання пільгових державних кредитів для фінансування інноваційних процесів у системі охорони здоров'я. На рівні державного регулювання системи охорони здоров'я на ринку банківських фінансових послуг є можливість встановлення різних напрямів пільгового кредитування як інноваційних процесів як державними так і приватними банківськими установами. Суб'єктом реалізації зазначеного напрямку є Національний банк України.

5) Держава як регулятор – формування комплексу механізмів державного регулювання інвестиційно-інноваційної діяльності в системі охорони здоров'я. У даному випадку основним напрямом діяльності держави є формування системи державного регулювання інвестиційно-інноваційної діяльності в системі охорони здоров'я, а отже, тісний взаємозв'язок із правовим механізмом державного управління.

6) Держава як управлінець – через систему органів виконавчої влади

здійснює управління інвестиційно-інноваційними процесами в системі охорони здоров'я. Важливе значення ефективності інвестиційно-інноваційного механізму державного управління у сфері охорони здоров'я має його взаємозв'язок з організаційним, а саме в частині налагодження взаємодії між різними органами державного управління. Прояв держави як управлінця охоплює в собі всі інші аспекти прояву держави в реалізації інвестиційно-інноваційного механізму державного управління системою охорони здоров'я, що є об'єктивною причиною складних інформаційно-комунікаційних зв'язків.

В цілому за вище зазначеними проявами держави в реалізації інвестиційно-інноваційного механізму публічного управління визначаються суб'єкти державного управління, які забезпечують інвестиційний процес. Усіх суб'єктів інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі охорони здоров'я можливо представити наступним чином:

- суб'єкти, що регулюють інвестиційно-інноваційну діяльність держави в системі охорони здоров'я;
- суб'єкти, діяльність яких направлена на управління інвестиційним процесом фінансового забезпечення інновацій в системі охорони здоров'я;
- суб'єкти, що забезпечують процеси розробки та впровадження інновацій;
- суб'єкти, які впроваджують інновації – заклади охорони здоров'я.

Основними напрямками інвестиційного процесу як основи фінансування інновацій в системі охорони здоров'я є наступні:

- фінансування науки;
- державно-приватне партнерство;
- випуск державних облігацій;
- пільгове кредитування;
- створення державних інвестиційних фондів;
- інші напрями.

Зазначені напрями охарактеризовані нами в частині проявів держави в інвестиційно-інноваційній діяльності в системі охорони здоров'я. Їх спектр «може розширюватися в контексті появи нових методів інвестиційної діяльності. Роль держави, у свою чергу, проявляється як в якості регулятора зазначених напрямів, так і в якості суб'єкта їх реалізації. В умовах реформування системи охорони здоров'я та потреби її інноваційного розвитку, вважаємо за необхідне в структурі суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я. Зазначені напрями інноваційної діяльності пропонуємо затвердити на державному рівні Постановою Кабінету Міністрів України про Затвердження перспективних напрямів інноваційного розвитку системи охорони здоров'я» [13]. Таким чином, нами обґрунтовано особливості інноваційно-інвестиційної діяльності держави на основі механізму публічного управління у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я. Узагальнено структуру такої діяльності, що передбачає диференційовані прояви держави і, як результат порядок налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між різними суб'єктами публічного управління.

ВИСНОВКИ

За результатами проведених досліджень можемо зробити наступні висновки:

1. Обґрунтовано теоретичні підходи до змісту і значення організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я у результаті чого з'ясовано сутність визначення організація як об'єднання групи людей, які свідомо здійснюють координацію своєї діяльності для досягнення поставленої мети. Визначено комплексність класифікації зв'язків в організації діяльності закладів у поєднанні зовнішніх та внутрішніх елементів. Встановлено, що процес організації діяльності з позиції публічного управління, передбачає створення нормативно-правової бази, контроль за дотриманням стандартів якості впровадження ефективних управлінських механізмів та забезпечення належного фінансування медичних закладів та включає основні елементи як планування діяльності, управління ресурсами, впровадження інновацій та контроль якості послуг. Організацію діяльності закладів у сфері охорони здоров'я трактовано як комплекс взаємопов'язаних видів діяльності та практичних дій, які спрямовані на створення або вдосконалення існуючих процедур планування, управління, координації та контролю діяльності медичних установ, спрямований на забезпечення доступності, якості та ефективності медичних послуг, раціональне використання ресурсів, впровадження інновацій, дотримання нормативно-правових стандартів та задоволення потреб населення у збереженні й покращенні здоров'я.

2. Проаналізовано особливості діяльності закладів у сфері охорони здоров'я. З'ясовано сутність механізму організації діяльності закладів охорони здоров'я яку трактовано як сукупність функціонально-організаційних структур, методів, засобів та інструментів управління, які дозволяють ефективізувати діяльність закладів у сфері охорони здоров'я відповідно до параметрів заданих у стратегіях та планах розвитку. Серед особливостей організації діяльності закладів охорони здоров'я визначено

унікальність об'єкта, суб'єкта та принципів, а також особливі функції, методи, механізми та заходи. Отже, у процесі організації діяльності закладів охорони здоров'я паритетна увага повинна надаватись реалізації політики зовнішньої соціальної відповідальності, в тому числі щодо виховання здорового суспільства.

3. Охарактеризовано поняття та елементи механізму публічного адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я. Встановлено, що ефективність даного механізму залежить від того: наскільки якісно буде врегульовано та забезпечено медичне обслуговування населення з нормативно-правової точки зору; наскільки конкретно визначено пріоритетні напрямки й здійснено розробку спеціальних програм розвитку медичного обслуговування населення; як визначено правовий статус суб'єктів, що здійснюють медичне обслуговування населення; наскільки високим є рівень моральної та економічної підтримки з боку держави щодо медичного обслуговування населення через систему податкових та інших засобів заохочення такого виду діяльності; чи є розвиненою система засобів медичного обслуговування населення. Визначено, що публічне адміністрування у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я – це законодавчо врегульована цілеспрямована та організаторська діяльність ліцензованих закладів охорони здоров'я та/або сертифікованих медичних працівників з надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг, метою якої є збереження громадського здоров'я та генофонду українського народу.

4. Проведено оцінку наслідків та результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні. Встановлено, що найбільше зрушень відбулося у фінансовому забезпеченні програми медичних гарантій, реформуванні первинної медичної допомоги, показниках фінансових гарантій вторинної медичної допомоги, результатах програми «Доступні ліки». Саме у зазначених напрямках відбулися найбільші трансформаційні зміни та отримано вагомі результати. Відповідно, нами здійснено оцінку результатів

за зазначеними напрямками. Варто зазначити, що досліджувана реформа в сфері охорони здоров'я найбільше вплинула на населення України та його замученості до реформування через укладання декларацій із сімейними лікарями. Реформа є найбільш результативною щодо фінансування закладів охорони здоров'я усіх форм власності, зокрема приватної, комунальної та державної. Фактично на основі цифрового матеріалу можна прослідкувати зміну механізму фінансування первинної медичної допомоги, державних гарантій та забезпечення ліками населення.

5. Здійснено оцінку особливостей розвитку та трансформації публічного управління системою охорони здоров'я в Україні. Встановлено, що питання реформування системи охорони здоров'я є вкрай важливою сферою державного управління та розвитку політичної системи країни в цілому, оскільки від ефективності реалізованих реформ залежить еволюція та розвиток національної економіки, забезпечення відповідного рівня національної безпеки та налагодження соціального консенсусу. Визначено, що переформатування системи публічного управління у сфері охорони здоров'я у форму бюджетного утримання медичної інфраструктури в Україні дало нашій державі унікальний шанс створити нову модель, яка буде побудована на сучасних досягненнях і враховувати позитивний досвід організації охорони здоров'я світового співтовариства. Встановлено, що основною метою реформи стала зміна парадигми державної політики, управління, забезпечення переходу до суспільства, де рішення виробляються відкрито, прозоро, демократично, згідно із законами, правилами, нормами і процедурами, що відповідають міжнародним стандартам. Проведено періодизацію процесів реформування системи охорони здоров'я України за наступними етапами: 1) 1991–2000 рр., 2) 2000–2010 рр.; 3) 2010–2013 рр. 4) з 2014 р. і до теперішнього часу. Серед позитивних результатів реформування встановлено збільшення бюджетного фінансування медичної галузі; забезпечення збалансованості обсягів державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги з фінансовими можливостями держави;

запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування; координацію діяльності органів державної влади, місцевого самоврядування й суб'єктів медичного страхування; підвищення ефективності використання всіх фінансових ресурсів; забезпечення господарської самостійності медичних закладів і перехід до прогресивних форм їх господарювання; підвищення рівня оплати праці та соціального захисту медичних працівників. Серед ключових проблем визнано низькі темпи структурних перетворень в системі охорони здоров'я, що спричинено недосконалістю системи управління – перш за все, її фрагментацією, ослабленням функцій стратегічного і поточного планування, недостатнім розвитком механізмів координації різних суб'єктів управління.

6. Проаналізовано якість управління організацією діяльності закладів у сфері охорони здоров'я в Україні. Встановлено, що організація діяльності закладів охорони здоров'я адаптується до сучасних умов критично високого рівня навантаження на заклади охорони здоров'я через поранення та наплив внутрішньо переміщених осіб у результаті війни, міграцію медичних кадрів та мобілізацію частини з них, недосконалий механізм надання медичної допомоги і послуг внутрішньо переміщеним особам, нестабільність роботи через відключення електроенергії та реформування національної системи надання медичних послуг в Україні. Ці явища у свою чергу створили передумови для встановлення інноваційної кон'юнктури ринку, яка дозволила сформувати сприятливе середовище для підвищення рівня підприємницької активності у сфері охорони здоров'я та загострила боротьбу між гравцями ринку за здатність набувати і утримувати конкурентні переваги. Встановлено, що якість управління інноваційно-інвестиційними процесами у діяльності закладів охорони здоров'я все ще низька, відтак наявні інвестиційні ресурси використовуються здебільшого на ремонт уже діючого обладнання, ніж закупівлю нового з високим рівнем технологічності та діагностичної точності, рівень матеріальної мотивації працівників медичних закладів залишається низьким, надвисока плинність медичних

працівників підвищує ризик вимивання та відтоку висококваліфікованих кадрів з системи охорони здоров'я, за останні роки чисельність лікарів та середнього медичного персоналу, що припадає на 100 тис. населення, в Україні скоротилась більше ніж у тричі, рівень зносу технічних засобів у медичних закладах України коливається в межах 50-70 %, стан оснащення медичних закладів обладнанням з новітніми цифровими технологіями у загальній структурі наявного устаткування залишається обмеженим, хоч і у структурному співвідношенні у 2019-2021 рр. демонструє висхідну тенденцію до покращення значень з 20 % до 29 %. Отже, визначено, що наявний підхід до управління процесами у закладах охорони здоров'я потребує реформування та трансформації, в тому числі через концептуальне переосмислення пріоритетності принципів та цілей управління системним розвитком медичних підприємств.

7. Вивчено міжнародний досвід публічного адміністрування організації діяльності закладів у сфері охорони здоров'я. Встановлено, що сучасне медичне обслуговування населення є відкритою системою публічного адміністрування, яка зазнає впливу різноманітних факторів зовнішнього середовища, у тому числі відкритість системи організації діяльності закладів охорони здоров'я сприяє тенденції адаптація норм чинного національного законодавства до законодавства Європейського Союзу. Аналіз передового зарубіжного досвіду засвідчив, що сфера охорони здоров'я населення буде ефективною лише тоді, коли будуть використовуватися всі наявні ресурси у суспільно відповідальному спрямуванні. Відповідно до домінуючого принципу оптимізації діяльності медичних закладів на основі фінансування систем медичного обслуговування населення виділено найбільш успішні, серед яких системи медичного обслуговування населення, що фінансуються переважно на загальному оподаткуванні, системи медичного обслуговування населення, основним джерелом фінансування яких є соціальне страхування, системи охорони здоров'я, засновані на соціальному страхуванні, основним джерелом фінансування яких є податок, що стягується із заробітної плати. На

основі цього узагальнено основні системи організації діяльності закладів охорони здоров'я: бюджетна система медичного обслуговування населення; приватна система медичного обслуговування населення; страхова система медичного обслуговування населення; змішана система медичного обслуговування населення. Провівши ґрунтовний аналіз практики світових країн щодо забезпечення медичного обслуговування населення, вважаємо за необхідне зупинитися на вдалому практичному досвіді тих країн, у яких в основі медичного обслуговування закладено державне фінансування загальних та необхідних для життєдіяльності кожного громадянина медичних послуг, а усі решта послуг надаються за рахунок диференційованого страхування. Ми все ж таки вважаємо, що базове медичне страхування мають забезпечувати роботодавці.

8. Узагальнено пропозиції щодо інвестиційно-інноваційної діяльності держави у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я. Встановлено, що інновація у сфері охорони здоров'я пов'язана з процесом перетворення продуктивної ідеї у практичну площину, у щось таке, що може бути використано, реалізовано або досягнуто і, за можливості, має принести плоди у вигляді підвищення ефективності системи охорони здоров'я, профілактики найпоширеніших захворювань. При обґрунтуванні державно-управлінських рішень націлених на інвестування та інноваційну діяльність у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я встановлено, що держава одночасно може виступати у ролі управлінця, контролера та інвестора. Визначено спектр напрямків інвестиційно-інноваційної діяльності держави у рамках завершення реформування системи охорони здоров'я, серед яких: перехід закладів сфери охорони здоров'я на нові стандарти надання медичної допомоги; удосконалення механізмів залучення кваліфікованих фахівців; підвищення ефективності медичної допомоги, служби маршрутизації, відповідальної за організацію доліковування і реабілітації хворих; забезпечення спадкоємності ведення хворого на всіх етапах для підвищення якості надання медичної допомоги; оптимізація

структури галузі шляхом об'єднання малопотужних лікарень і поліклінік і створення багатопрофільних центрів; забезпечення доступності для населення сучасних ефективних медичних технологій для надання медичної допомоги в амбулаторних умовах і в умовах денного стаціонару; впровадження сучасних інформаційних технологій, до яких відносяться електронний документообіг, електронна медична карта і телемедицина. В рамках реалізації зазначених напрямків узагальнено ряд інноваційних векторів, серед яких медичні технологічні інновації, організаційні інновації, економічні інновації, інформаційно-технологічні інновації, медико-фармацевтичні, медико-технічні інновації. У контексті досягнення зазначеного комплексу інвестиційно-інноваційної діяльності в системі ринку приватної медицини держава в особі органів державної влади виступає як регулятор їх господарської діяльності, а в окремих аспектах може виступати партнером, за умови, що формою інвестиційної діяльності є державно-приватне партнерство. В умовах розвитку такого виду співпраці держави та бізнесу є потреба в створенні відповідного державного органу, наприклад, Національного агентства з питань державно-приватного партнерства у сфері організації діяльності закладів охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабенко М. М. Експертна оцінка проблем публічного управління у контексті реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я. Фармацевтичний часопис. 2024. № 2. С. 85-92.
2. Білецька І. М. Аналіз інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я як функція менеджменту їх системного розвитку. Вісник Хмельницького національного університету. Серія економічна. 2022. № 1. С. 310-315.
3. Білинська М. М. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я: підруч.: у 2 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ: НАДУ, 2018. 282 с.
4. Висновок на проект Закону України «Про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року» URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/XH6YF00A?an=57>.
5. Вівсянник О. М. Організаційно-управлінські інструменти державного управління соціальними складовими в охороні здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2024. № 10. С. 211-217.
6. Вовк С.М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: дис.. доктора наук з державного управління: / Вовк Світлана Михайлівна; Донецький державний університет управління. - Маріуполь, 2019. 492с.
7. Ганущин С.Н. Публічне управління у системі ціннісних координат формування громадянського суспільства в Україні: монографія. Львів: Растр-7, 2023. 499 с.
8. Гаруст Ю. В. Суб'єкти формування та реалізації політики держави у сфері охорони здоров'я України. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2024. Вип. 84(3). С. 54-58.
9. Говорко О.В. Ефективність системи забезпечення охорони здоров'я населення України. Інтелект ХХІ. 2017. № 2. С. 92-97.
10. Говоров В. С. Органи місцевого самоврядування та військові адміністрації: актуальні проблеми функціонування в умовах воєнного стану.

Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ. 2023. № 2(1). С. 76-83.

11. Готь Н.Р. Шляхи інноваційного розвитку обласної клінічної лікарні в умовах реформування системи охорони здоров'я / Н.Р.Готь, Г.О. Слабкий // Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2013 - том 1 – С. 34-38

12. Грабовський В. А., Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. 2014. №3. С. 136–142.

13. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М.М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша. К.: НАДУ, 2013. 424 с.

14. Державне управління охороною здоров'я України: монографія. К., 2014. 312 с.

15. Децентралізація публічної влади в Україні: здобутки, проблеми та перспективи: матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції (21 травня 2021 р., м.Львів) / за наук. ред. проф. О.В. Батанова, доц. Р.Б. Бедрія. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2021. 202 с.

16. Дегтяр А.О. Ковальчук В. Г., Павленко Т. Ю. Методи прийняття управлінських рішень у публічному управлінні та адмініструванні: навч. посіб. Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харків. авіац. ін-т». Харків: ХАІ, 2023. 71 с.

17. Дєєва Н. Е., Радченко О. О. Економіко-правові механізми матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я. Економіка. Фінанси. Право. 2024. № 7. С. 12-17.

18. Долгіх М.В. Реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: монографія. Київ; Кам'янець-Подільський: Рута. 2023. 271 с.

19. Дорошенко О. О. Сучасний стан фінансово-економічного забезпечення медичної допомоги на вторинному рівні / О. О. Дорошенко // Державне управління: удосконалення та розвиток. 2017. №2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1038>

20. Дубина М., Забаштанський М., Роговий А. Роль фінансово-кредитних установ у стратегічному розвитку сфери охорони здоров'я. Проблеми і перспективи економіки та управління. 2020. № 4(24). С. 64-73.

21. Дячук Д. Д., Ліщишина О. М., Зюков О. Л., Гандзюк В. А. Індикатори якості в системах охорони здоров'я: в фокусі національних ресурсів результати, процеси та продуктивність. Клінічна та профілактична медицина. 2022. № 1. С. 90-101.

22. Європейські орієнтири публічного управління: колект. монографія. [Лихач Ю. Ю. (кер. авт. кол.) та ін. : заг. ред.: Алюшина Н. О.]. Київ: НАДС: Вища школа публічного управління, 2023. 220 с.

23. Жовнірчик Я. Ф. Реформування системи надання адміністративних послуг органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2017. № 3. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1041>

24. Жукевич С. Аналіз фінансової стійкості закладів охорони здоров'я в умовах сталого розвитку. Світ фінансів. 2022. Вип. 3. С. 111-126.

25. Журавлева Л.В. Підвищення доступності та якості послуг охорони здоров'я в зарубіжних країнах. Національні інтереси: пріоритети та безпека. 2015. № 5 (290). С. 33-44.

26. Забаштанський М. М., Ридзель Ю. М., Драгунов Д. М., Журман С. М. Світовий досвід державного регулювання сфери охорони здоров'я. Науковий вісник Полісся. 2019. № 2(18). С. 15-21.

27. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про місцеві державні адміністрації» та деяких інших законодавчих актів України щодо реформування територіальної організації виконавчої влади в Україні» від 30 жовтня 2020 р. № 42988. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=70293.

28. Закон України «Про внесення змін і доповнень до Конституції України» від 8 грудня 2004 р. № 2222. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2222-15>

29. Закон України «Про державну службу». від 19.10.2023р., № 889-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/889-19#Text>

30. Закон України «Про засади державної регіональної політики» від 05.02.2015 № 156-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-19#Text>
31. Закон України «Про Кабінет Міністрів України» від 27.02.2014 № 794- URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18>
32. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 р. 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-п#Text>.
33. Закон України «Про місцеві державні адміністрації» від 09.04.1999 р. № 586-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws>
34. Закон України «Про правовий режим воєнного стану» від 19.10.2023 р. №389-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text>
35. Звіт Національної служби здоров'я України 2019. Національна служба здоров'я України. URL: https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2019_1586443884.pdf?1610039976
36. Зуб І. М. Парадигма соціального здоров'я в умовах сучасних викликів. Юність науки 2021: соціально-економічні та гуманітарні аспекти розвитку суспільства: Міжнародна науково-практична конференція студентів, аспірантів і молодих вчених 24-26 березня 2021 р. Чернігів, 2021. С. 319-321.
37. Зуб І. Сучасні передумови розвитку організаційно-економічного механізму сфери охорони здоров'я України. Науковий вісник Полісся. 2023. № 1(26). С. 86-98.
38. Зубар І. В. , Яременко О. І. , Онищук Ю. В. Перспективи розвитку земельних відносин фермерських господарств в умовах децентралізації публічної влади в Україні. Вінниця: РВВ ВДПУ ім. М. Коцюбинського, 2021. 248 с.
39. Зубар І. В. Стратегія продовольчої безпеки в умовах війни / І. В. Зубар, Ю. В. Онищук. // Публічне управління та митне адміністрування. 2023. С. 78–81.
40. Зубар І. В., Онищук Ю. В. Практика ЄС у децентралізації публічної влади та перспективи її застосування в Україні. Публічне управління та митне адміністрування, № 1 (32), 2022. С.41-45.

41. Зубар І. В., Онищук Ю. В. Практика ЄС у децентралізації публічної влади та перспективи її застосування в Україні. Публічне управління та митне адміністрування. № 1 (32). 2022. С. 41-45.

42. Зубар І.В., Онищук Ю.В. Формування державної політики розвитку земельних відносин в Україні відповідно до концепції сталого розвитку, Публічне управління і право: історія, теорія, практика : збірник наукових праць; Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. Вінниця: Друк, 2022. Вип. 2. С. 23-27.

43. Зубар І. В., Пайлик І. І. Теоретико-правові засади здійснення повноважень місцевими державними адміністраціями, як органу виконавчої влади загальної компетенції. Інвестиції: практика та досвід. 2023. №19. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/investplan/article/view/2233>

44. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я в Україні. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 1. С. 161-164.

45. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Нац. універ. цивільного захисту України. Харків, 2020. URL: <https://nuczu.spetsializovanivcheni-rady/arefkarlash.pdf>

46. Коваль С. Фінансові аспекти інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я територіальних громад. Світ фінансів. 2022. Вип. 2. С. 108-118.

47. Кожем'яко, В.П., Яровий, А.М., & Яровий, А.А. Візуалізація як унікальна інформаційно-інтелектуальна технологія: потреба нової методології та нового логічного базису. Оптико-електронні інформаційноенергетичні технології, 2(28), 5-16.

48. Кологойда О.В., Гарагонич О.В., Дорошенко Л. М. Корпоративне право Європейського Союзу: підручник. Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. Київ: Ліра-К, 2023. 391 с.

49. Корнійчук О.П. Удосконалення економічного механізму розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні URL: <https://www.umj.com.ua/article/34166/udoskonalennya-ekonomichnogo-mexanizmu-rozvitku-pervinnoi-mediko-sanitarnoi-dopomogi-v-ukraini>

50. Костров В. Право на охорону здоров'я в умовах воєнного стану в Україні: перспективно-актуальні постанови Європейського суду з прав людини. Юридичний вісник. 2023. № 2. С. 150-155.

51. Кривошеєв Д. Стратегія охорони здоров'я 2030 дозволить громадянам отримувати якісні безкоштовні медпослуги по всій Україні. URL: <https://rpr.org.ua/news/strategiia-okhorony-zdorov-ia-rozdiil-vii-administrativne-pravo-i-proces-finansove-pravo-informatsiine-pravo-2030-dozvolyt-hromadianam-otrymuvaty-iakisni-bezkoshtovni-medposluhy-po-vsiy-ukraini-kerivnytsia-dyrektoratu-moz/>.

52. Ліба Н. С. Особливості управління грошовими потоками в різних системах охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2024. № 7. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2024_7_25

53. Лопаткіна О. О. Політика публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Публічне управління і політика. 2024. Вип. 2. С. 21-28.

54. Лопушняк Г.С., Іваненко Є.О. Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації Стратегії сталого розвитку «Україна-2020». 2017. С. 61–79. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84323532.pdf>.

55. Медична реформа. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-okhoroni-zdorovya>.

56. Медяник Д. І., Липчанський В. О. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. Наукові записки. 2016. Вип. 19. С. 23-29.

57. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: монографія. [Р. Р. Августин та ін. ; наук. ред. М. М. Шкільняк] ; Тернопіл. нац. екон. ун-т. Тернопіль: Крок. 2020. 559 с.

58. Муляр Г. Реформа сфери охорони здоров'я: адміністративно-правовий аспект. Юридичний вісник. 2020. № 1. С. 51-57.

59. Мунтян Л. Я. Громадські організації та забезпечення охорони здоров'я в Україні. Інвестиції: практика та досвід. 2024. № 15. С. 222-227.

60. Мургустова З. О. Механізм реалізації права на охорону здоров'я,

медичну допомогу та медичне страхування. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2024. Вип. 84(1). С. 343-348.

61. Нагорянський А. О. Удосконалення державного управління системою медичної реабілітації як складової частини державної політики у сфері охорони здоров'я України. Клінічна та профілактична медицина. 2021. № 2. С. 63-69.

62. Назарко С. О. Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Проблеми і перспективи економіки та управління. 2019. №4(20). С. 170-175.

63. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. 41 с. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>.

64. Онищук Ю. В., Зубар І. В. Закордонна міграція трудових ресурсів як перешкода сталому економічному розвитку України. Економіка. Фінанси. Менеджмент: актуальні питання науки і практики. 2018. № 5. С. 37-49.

65. Офіційний веб-портал Верховної Ради України. Проект Закону про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=64508.11.

66. Панова О. Система суб'єктів, які здійснюють державний контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я. Юридичний вісник. 2021. № 4. С. 42-48.

67. Петрашик Ю. М. Особливості формування лідерських якостей фахівців у сфері охорони здоров'я та менеджерів охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024. № 2. С. 82-89.

68. Петровський П.М. Методологія наукового дослідження публічно-управлінської сфери. навч. посіб. Нац. ун-т "Львів. політехніка". Львів: Вид-во Львів. політехніки, 2023. 307 с.

69. Про організацію роботи стратегічної дорадчої групи з питань реформування системи охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 24.07.2014 р. № 522. URL: <https://www.apteka.ua/article/303641>.

70. Про Програму діяльності Кабінету Міністрів України: Постанова Верховної Ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII. Офіційний

вісник України. 2014. № 102. ст. 3005.

71. Про Стратегію сталого розвитку «Україна-2020»: Указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. Офіційний вісник України. 2015. № 4. ст. 67.

72. Розвиток механізмів публічного управління в контексті реалізації євроінтеграційного вектора України (кейси розбудови освіти та економіки для забезпечення безпеки й досягнення цілей сталого розвитку): [колект.] монографія / [Ніколайчук Т. О. та ін.]. Міжрегіон. Акад. упр. персоналом. Одеса: Олді +, 2023. 794 с.

73. Самборська О. Ю. Сучасний стан безробіття в Україні та шляхи його подолання. Економіка. Фінанси. Менеджмент: актуальні питання науки і практики. 2017. № 7. С. 32-40.

74. Сердюк О.І., Короп О.А., Просоленко Н.В., Крупеня В.І., Рогожин Б.А. Методологічні аспекти аналізу інтегральної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу. Україна. Здоров'я нації. 2018. №3(50). С. 78-83.

75. Скорук О.П. Пріоритетні напрями виробництва біоетанолу в Україні / О.П. Скорук, І.В. Зубар // Економіка АПК. - 2014. - № 2. - С. 36-42.

76. Слободян Н. О. Рівень сприйняття і використання телемедицини серед медичних працівників та пацієнтів закладів охорони здоров'я Кременецького району Тернопільської області. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024. № 2. С. 71-76.

77. Сорока І. М. Розробка методології та інструментарію регулярного моніторингу оцінки якості роботи електронної системи охорони здоров'я та удосконалення роботи існуючих сервісів. Клінічна та профілактична медицина. 2023. № 5. С. 74-81.

78. Стартувала загальнодержавна програма «Здоров'я-2020: український вимір». URL: <https://med.oits.pro/2017/10/19/startuvala-zagalnoderzhavna-program/>

79. Стахів О. В. Макроекономічні та соціальні передумови системного розвитку закладів охорони здоров'я в Україні. Modeling the Development of the Economic Systems. 2022. № 3. С. 109-114.

80. Стрельченко О. Г., Корж-Ікаєва Т. Г., Бухтіярова І. Г., Стрельченко А. М. Проблематика усунення правових колізій законодавства щодо діяльності публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я Український освітньо-науковий медичний простір. 2024. № 1. С. 14-21.

81. Черненко К.П., Семененко Г.М., Луконін О.В. Оцінка фінансового стану медичного закладу в умовах реформи фінансування системи охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2020. №12. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/12_2020/107.pdf

82. Шалімова І. М., Бурбига В. А. Управління інноваційною діяльністю закладу охорони здоров'я. Проблеми інженерно-педагогічної освіти. 2024. № 82. С. 60-67.

83. Шалько М. Н. Фактори впливу на модернізацію національної системи охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2024. № 4. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2024_4_11

84. Шевцов А. Г. Системно-синергетична методологія дослідження професійних компетентностей лікаря у багатoproфільних закладах охорони здоров'я. Клінічна та профілактична медицина. 2021. № 3. С. 65-74.

85. Шишка І. В. Аналіз експертних оцінок результативності реформи системи охорони здоров'я України. Економічний вісник Донбасу. 2024. № 1-2. С. 144-153.

86. Шульга О. А. Зарубіжний досвід управління нововведеннями в організації сфери охорони здоров'я. Бізнес-навігатор. 2023. Вип. 3. С. 47-51.

87. Яровий А. М. Про гносеологічну природу образного типу пізнання. Мультиверсум: Філософський альманах. 2006. № 56. С. 90-101.

88. Яровий А. М. Сучасні інформаційно-образні технології. Філософська думка. 2007. № 4. С. 140-153.

89. Bereziuk S., Zubar I. (2020) Streamlining the usage of organic animal husbandry as a determinant of increasing agricultural production efficiency. The scientific heritage, 46, 3-11.

90. Zubar I., Onyshchuk Yu. Prospects of heliculture development as an innovative industry of agriculture in Ukraine. The scientific heritage. 2021. VOL 3. № 60. P. 18-27.

ДОДАТКИ

