ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут управління, економіки та бізнесу
Кафедра публічного адміністрування

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри
_____
І.А.Семенець-Орлова
«____»_____2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

«УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ»

Виконала: студентка групи
Е-8-23-М1ПУА(2.0з)
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Данилюк Наталія Миколаївна
Керівник: к.держ.упр., Телендій А.А.

Київ 2025

АНОТАЦІЯ

Данилюк Наталія Миколаївна. “Удосконалення публічного управління системою охорони здоров’я в умовах реформування галузі”.

Кваліфікаційна робота на здобуття рівня вищої освіти “*магістр*” *із спеціальності* “*Публічне управління та адміністрування*” *- Міжрегіональна Академія управління персоналом – Київ. 2025*

У кваліфікаційній роботі визначено теоретичні основи публічного управління системою охорони здоров’я. Проаналізовано стан публічного управління у сфері охорони здоров’я в умовах реформування. Розкрито напрями та рекомендації щодо удосконалення публічного управління системою охорони здоров’я в умовах реформування.

Ключові слова: публічне управління, система охорони здоров’я, реформування галузі, державна політика, медичні послуги, бюджетна модель.

SUMMARY

Danyliuk Natalia. "Improving the public administration of the healthcare system in the context of sector reform".

Thesis for obtaining the level of higher education "Master" in "Public Administration" - Interregional Academy of Personnel Management - Kyiv. 2025

The thesis defines the theoretical foundations of public administration of the healthcare system. The state of public administration in the healthcare sector in the context of reform is analysed. The directions and recommendations for improving the public administration of the healthcare system in the context of reform are revealed.

Key words: public administration, healthcare system, sector reform, public policy, medical services, budget model.

ЗМІСТ

ВСТУП 4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 7
1.1. Система охорони здоров'я як об'єкт дослідження у сфері публічного управління 7
1.2. Організаційні моделі функціонування системи охорони здоров'я: світовий та вітчизняний досвід 21
Висновки до першого розділу 34
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ 36
2.1. Механізми державного регулювання галузі охорони здоров'я: сучасні практики 36
2.2. Ключові проблеми публічного управління у медичній сфері на етапі реформування 48
Висновки до другого розділу 55
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ 56
3.1. Напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах реформування 56
3.2. Рекомендації щодо підвищення ефективності реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я 62
Висновки до третього розділу 68
ВИСНОВКИ 69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 72

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Упродовж останніх років система охорони здоров'я України зазнає суттєвих трансформацій, спрямованих на забезпечення ефективнішого функціонування у відповідності до сучасних викликів. Реформування охоплює як фінансові механізми, так і принципи організації медичних послуг, управлінські підходи, кадрове забезпечення, цифровізацію тощо. У центрі цих змін перебуває публічне управління як основний інструмент реалізації державної політики, забезпечення доступності, якості та справедливості у сфері охорони здоров'я.

Сучасний етап розвитку галузі вимагає від публічного управління не лише оперативного реагування на критичні виклики, такі як пандемії, економічна нестабільність, міграція фахівців, а й формування довгострокових стратегій, адаптованих до європейських стандартів. У цих умовах важливою передумовою успішного реформування є системне вдосконалення механізмів публічного управління, що забезпечують узгодженість дій на національному та місцевому рівнях, підвищують прозорість та ефективність рішень, сприяють залученню громадянського суспільства до процесів прийняття рішень.

Науковий інтерес до проблеми публічного управління охороною здоров'я підтверджується дослідженнями багатьох українських фахівців, серед яких варто виокремити: Т. Авраменка, С. Боровця, С. Вовка, З. Гладун, І. Демченка, Л. Криничко, О. Ліфінцева, О. Мартякову, А. Павлюка, В. Ровенську, Г. Слабкого, О. Терзі, Т. Федоренко, О. Ціборовського, В. Шафранського, Н. Ярош на інші. Проте, незважаючи на наявність певних успіхів у реалізації медичної реформи, в Україні продовжують існувати системні проблеми, пов'язані із недостатньою ефективністю публічного управління у цій сфері. Існує нагальна потреба в осмисленні напрямів вдосконалення державної політики, механізмів її реалізації, а також в

оновленні управлінських підходів у контексті європейської інтеграції та цифрової трансформації.

Об'єктом дослідження є процес публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є удосконалення публічного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування галузі.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування засад публічного управління системою охорони здоров'я, аналіз його стану в умовах реформування та визначення напрямів і рекомендацій щодо його удосконалення.

Відповідно до мети визначено завдання дослідження:

- дослідити систему охорони здоров'я як об'єкт дослідження у сфері публічного управління;
- вивчити організаційні моделі функціонування системи охорони здоров'я: світовий та вітчизняний досвід;
- розглянути механізми державного регулювання галузі охорони здоров'я: сучасні практики;
- узагальнити ключові проблеми публічного управління у медичній сфері на етапі реформування;
- запропонувати напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах реформування;
- надати рекомендації щодо підвищення ефективності реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я.

Методологія дослідження базувалася на комплексному застосуванні системного, структурно-функціонального, порівняльного та інституційного підходів, які дали змогу охопити багатовимірний характер публічного управління у сфері охорони здоров'я. Системний підхід забезпечив цілісне бачення управлінських процесів у медичній галузі, структурно-функціональний дозволив виявити функціональні особливості діяльності суб'єктів управління, інституційний – проаналізувати організаційні засади, а

порівняльний – оцінити зарубіжний досвід і визначити можливості його адаптації до українських реалій в умовах реформування галузі.

Наукова новизна дослідження полягає у розробці комплексного підходу до удосконалення публічного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування, що передбачає поєднання стратегічного планування, децентралізації, цифрової трансформації та розвитку механізмів громадської участі, що дозволяє сформувати ефективну, підзвітну та орієнтовану на результат модель управління в галузі.

Практичне значення дослідження полягає у можливості застосування його результатів у навчальному процесі закладів вищої освіти, зокрема під час викладання дисциплін з публічного управління, медичної політики та менеджменту в охороні здоров'я. Матеріали роботи можуть бути використані як основа для підготовки студентських наукових доповідей, участі у конференціях, розробки практичних кейсів, а також у рамках фахової підготовки та підвищення кваліфікації управлінців у галузі охорони здоров'я.

Структура дослідження включає вступ, три основні розділи, висновки, список використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 79 сторінок, а бібліографічний список містить 53 джерел.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Система охорони здоров'я як об'єкт дослідження у сфері публічного управління

У контексті публічного управління охорона здоров'я розглядається як ключова сфера, яка визначає рівень соціального розвитку держави, формує гуманітарну складову державної політики та безпосередньо впливає на добробут населення. Забезпечення здоров'я громадян не лише входить до числа першочергових обов'язків держави, а й виступає гарантією стійкості суспільних процесів та ефективного функціонування інших соціальних інститутів. Відповідно до чинного законодавства, держава бере на себе зобов'язання щодо забезпечення охорони здоров'я, а також збереження і зміцнення здоров'я кожної особи, гарантуючи доступність медичних послуг і справедливість у розподілі ресурсів.

У нормативно-правовому полі України охорона здоров'я трактується як комплекс багаторівневих і взаємопов'язаних заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового та медико-санітарного характеру, які спрямовані на підтримку фізичного та психічного добробуту особистості, її довголіття, життєвої активності та суспільної продуктивності [10]. Такий підхід формує системну модель управління охороною здоров'я як соціально значущою сферою, в межах якої реалізується державна політика у форматі цілісної адміністративної конструкції.

У науковій та прикладній літературі охорона здоров'я дедалі частіше визначається як структурована система соціально-економічних, медико-організаційних та управлінських заходів, які реалізуються з метою збереження і покращення здоров'я населення в цілому та кожної окремої людини зокрема [22]. Сучасне розуміння цієї сфери охоплює не лише лікувальну й профілактичну функцію, а й ширше соціальне завдання – інтеграцію медицини

у систему національного добробуту, інтелектуального потенціалу та людського капіталу.

З погляду публічного адміністрування, охорона здоров'я є одним з найбільш потужних соціальних інститутів, який виконує стратегічно важливі функції та вимагає постійної адаптації до суспільних трансформацій, науково-технічного прогресу й змін у системі державного управління. Саме в цьому аспекті варто говорити про її здатність не лише оперативно реагувати на нові виклики (зокрема пандемії, демографічні кризи, реформування структури фінансування), а й стати дієвим інструментом формування національної безпеки та соціальної стабільності. Охорона здоров'я на сучасному етапі розглядається як складова наукової, культурної та освітньої діяльності, що передбачає міждисциплінарний підхід до організації управлінських процесів [52].

У межах аналізу системи охорони здоров'я як соціального інституту, виокремлюються її базові характеристики, що формують її як об'єкт публічного управління:

- наявність сталого суспільного запиту на функціонування інституту, його чітке цільове призначення та визначену сферу діяльності;
- розгалужена мережа установ, що забезпечують виконання функцій системи охорони здоров'я;
- ресурсна база, яка включає матеріальні, кадрові та інтелектуальні ресурси: приміщення, медичне обладнання, кваліфікований персонал;
- формалізований розподіл функціональних обов'язків, прав та повноважень між усіма суб'єктами управління;
- наявність спеціалізованого нормативного поля, що регулює діяльність і взаємодію всередині галузі;
- здатність системи до внутрішньої стабільності, саморегуляції та інституційного оновлення;
- чітко артикульовані символи та етичні засади професійної діяльності, серед яких – традиційна медична символіка (посох Асклепія, чаша

зі змією, кадуцей, червоний хрест тощо), а також загальновизнані моральні стандарти, притаманні медичним працівникам [14].

Загалом, система охорони здоров'я у структурі публічного управління розглядається як цілісна соціальна конструкція з розвиненою інституційною логікою, яка поєднує в собі організаційний, ресурсний, правовий та ціннісний виміри. Її ефективне функціонування потребує не лише модернізації окремих управлінських механізмів, а й формування інтегрованої стратегії публічного адміністрування, здатної забезпечити сталість і результативність усіх складових системи.

У межах дослідження публічного управління актуальним є розгляд здоров'я не лише як медичного чи біологічного явища, а передусім як соціально-економічної категорії, що виконує функцію регулятора загального розвитку суспільства. Здоров'я населення тісно пов'язане з економічним потенціалом держави, водночас воно само здатне виступати рушієм або навпаки − стримувальним чинником економічного зростання. У цьому контексті стан здоров'я громадян відображає соціально-економічну ситуацію в країні, виступаючи індикатором рівня розвитку, доступності послуг, ефективності державної політики у сфері добробуту та соціального захисту [9].

Формування та підтримання високого рівня громадського здоров'я є критично важливими факторами для забезпечення стабільності та продуктивності людського капіталу. Показники здоров'я населення напряму впливають на якість робочої сили, її продуктивність, здатність до самореалізації, тривалість активного життя. Будь-які порушення у сфері охорони здоров'я призводять не лише до витрат на лікування, а й до економічних втрат, що виникають унаслідок зниження участі громадян у соціально-корисній діяльності. Таким чином, здоров'я слід розглядати як невід'ємний елемент системи національного багатства, інтегрований у процеси соціального відтворення, трудової мобільності та інституційної стійкості держави.

У межах ринкового підходу охорона здоров’я постає як складна і багатокомпонентна інфраструктура, що формує спеціалізований ринок із внутрішньою сегментацією. Ринок охорони здоров’я включає широкий спектр товарів, послуг та інтелектуальних продуктів, спрямованих на забезпечення, підтримання і відновлення здоров’я населення. Його структура охоплює:

- сектор медичних послуг, пов’язаний із наданням амбулаторної, стаціонарної, спеціалізованої й реабілітаційної допомоги;
- сегмент лікарських засобів, включаючи фармацевтичне виробництво, дистрибуцію та рецептурне обслуговування;
- сферу санітарії та гігієни, що включає товари масового вжитку й послуги профілактичного характеру;
- альтернативні та нетрадиційні методи лікування і оздоровлення;
- сектор медичного обладнання й високотехнологічної техніки;
- галузь інноваційних медичних технологій та ІТ-рішень у сфері здоров’я;
- інститут медичного страхування як елемент фінансової інфраструктури охорони здоров’я;
- простір наукових досліджень і медичних інновацій;
- ринок праці у сфері охорони здоров’я;
- а також освітні послуги для підготовки, перепідготовки та професійного розвитку медичних кадрів [24].

Варто підкреслити, що охорона здоров’я функціонує як особлива підсистема соціально-економічного середовища держави, яка забезпечує життєздатність системи вищого рівня. Її управління потребує комплексного підходу, де економічні, правові, організаційні та соціальні чинники перебувають у тісному взаємозв’язку. Такий багаторівневий характер системи зумовлює необхідність публічного адміністрування, здатного забезпечити не лише стабільність її функціонування, але й розвиток відповідно до нових викликів часу.

Функціональне наповнення системи охорони здоров’я у структурі публічного управління є надзвичайно багатогранним, що зумовлюється як історичними особливостями її становлення, так і викликами новітніх соціально-економічних умов. У межах публічної сфери ця система не лише реалізує притаманні їй традиційні функції, а й трансформується відповідно до нових суспільних потреб, демонструючи розширення управлінських та соціальних повноважень. Важливим є усвідомлення того, що система охорони здоров’я — це не лише сукупність лікувальних установ і кадрів, а цілісний механізм, який функціонує у взаємодії з державними інститутами, ринком, суспільством і національною безпекою.

Серед основних функцій, що реалізуються в межах системи охорони здоров’я, науковці виділяють:

- функцію відтворення людського потенціалу;
- задоволення актуального попиту населення на медичні послуги;
- регулювання параметрів медичної пропозиції;
- забезпечення елементів національної безпеки;
- гарантування доступності медичної допомоги незалежно від соціального статусу;
- управління ресурсним потенціалом;
- функцію комунікації між різними ланками медичної системи;
- господарську (економічну) функцію;
- стимулювання творчих та інноваційних процесів у медицині;
- розвиток і впровадження нових моделей управління та технологій [3].

Відтворювальна функція охоплює не лише завдання демографічного оновлення населення, але й передбачає відтворення медико-соціальних благ, які можуть класифікуватися за різними критеріями − змістом, способом надання, економічним або соціальним результатом. Наприклад, до таких благ належать як безоплатні послуги, що фінансуються з державного чи місцевого бюджету, так і ті, що надаються на платній основі, забезпечуючи індивідуальні

потреби пацієнтів. Особливої уваги заслуговують послуги профілактичного характеру, які спрямовані на запобігання захворюванням і, відповідно, дозволяють зменшити витрати на лікування, а також формують культуру здорового способу життя.

Функція задоволення попиту на медичні послуги залишається ключовим індикатором ефективності системи охорони здоров'я. В ідеальних умовах кожен громадянин повинен мати можливість отримувати повний спектр необхідної допомоги, яка відповідає сучасним медичним стандартам і потребам. Проте в реальності рівень доступу до таких послуг часто обмежується фінансовими, організаційними та інституційними бар'єрами [35]. Зокрема, існують проблеми недостатнього фінансування з боку держави, нерівномірного розподілу ресурсів у межах територіальних громад, комерціалізації послуг, а також низької купівельної спроможності значної частини населення. Вказане вимагає формування ефективної системи державних гарантій, яка забезпечує мінімальний стандарт медичних послуг незалежно від соціально-економічного статусу особи.

Регуляторна функція системи охорони здоров'я проявляється у здатності впливати на обсяги, якість, структуру та вартість надання медичних послуг через механізми ринкової та публічної взаємодії. Як постачальник значної частини послуг, система охорони здоров'я виконує роль одного з найбільших суб'єктів ринку, впливаючи на параметри як пропозиції (через надання послуг), так і попиту (через споживання ресурсів). Для ефективної реалізації цієї функції необхідна постійна присутність таких компонентів, як управлінський потенціал, кадрові та інвестиційні ресурси, інформаційна інфраструктура, технічна база тощо. Таким чином, система охорони здоров'я є не лише об'єктом управління, а й активним агентом соціально-економічної регуляції, що формує довготривалі ефекти для державної політики.

Однією з ключових функцій системи охорони здоров'я, що має безпосередній зв'язок із загальнодержавною стратегією розвитку, є забезпечення національної безпеки. Конституційно закріплений статус

України як соціальної держави зумовлює наявність зобов'язання щодо створення сприятливих умов для збереження здоров'я кожного громадянина. У цьому контексті надання доступної та якісної медичної допомоги розглядається не просто як соціальна послуга, а як фундаментальний чинник, що забезпечує життєздатність нації та довгострокову стійкість державного організму [1].

Репродуктивний потенціал населення, як стратегічний ресурс держави, прямо залежить від загального рівня громадського здоров'я, формування якого відбувається через широке впровадження культури здорового способу життя. Здоров'я людини, за таких умов, перестає бути лише приватною справою − воно трансформується у загальносуспільний пріоритет, що потребує комплексної координації між секторами політики, економіки та соціального забезпечення. Формування національного підходу до здорового способу життя вимагає не лише профілактичних кампаній, а й зміни ментальних установок, що сприяють відповідальному ставленню до власного фізичного та психічного стану.

Функція гарантування доступності медичної допомоги для всіх верств населення займає особливе місце в системі охорони здоров'я, оскільки без її реалізації порушується базовий принцип справедливості у публічному управлінні. Соціально-економічна диференціація населення України є значною, і це зумовлює різний рівень доступу до платних медичних послуг. Особи з низьким рівнем доходу − зокрема пенсіонери, працівники бюджетної сфери, безробітні − змушені звертатися до державних медичних закладів, де, через обмеженість бюджетного фінансування, обсяг і якість наданої допомоги часто є далекими від оптимальних [45].

Відсутність належного фінансування, дефіцит кваліфікованого медичного персоналу, застаріла матеріально-технічна база − все це значною мірою впливає на якість послуг, які мають бути гарантовані державою. Суттєвим ускладненням залишається також територіальна нерівність доступу: мешканці сільських територій та віддалених районів часто позбавлені

можливості отримати медичну допомогу на рівні, співмірному з умовами в обласних центрах. У таких випадках публічна система лише формально виконує свою функцію, тоді як реальний доступ до послуг залишається обмеженим як за кількісними, так і якісними показниками.

Окреслені виклики зумовлюють необхідність переосмислення державної політики у сфері медичного забезпечення, яка має бути спрямована не тільки на фізичну доступність закладів охорони здоров'я, а й на стандартизацію якості надання послуг, незалежно від соціального статусу чи місця проживання громадянина. Публічне управління в цій площині покликане гарантувати реальну, а не декларативну, доступність медицини, що є критично важливим для побудови справедливого і ефективного соціального механізму охорони здоров'я.

У межах публічного управління важливе місце посідає реалізація ресурсної функції системи охорони здоров'я, яка покликана забезпечувати збереження та розвиток здоров'я як одного з ключових складників людського потенціалу. Під поняттям здоров'я як ресурсу мається на увазі сукупність фізичних, психоемоційних та соціальних характеристик людини, що забезпечують її здатність до тривалої продуктивної праці, стійкості до хвороб, адаптації до умов середовища та активної участі в суспільному житті [50]. Власне, здоров'я слугує основою для формування працездатного населення та є передумовою стабільності національної економіки й соціальної динаміки.

Зниження показників здоров'я через захворювання, інвалідність, травми або передчасну смертність спричиняє не лише особистісні втрати, а й створює відчутний економічний тягар для суспільства. Інвестиції у сферу охорони здоров'я, у такому контексті, мають чітко виражену соціально-економічну віддачу. Вони сприяють:

- збереженню працездатності населення шляхом зниження рівня захворюваності та подовження періоду активної участі в трудовій діяльності;
- мінімізації втрат унаслідок зниження або втрати економічного потенціалу людини при захворюванні чи смертності;

- оптимізації витрат, пов’язаних із реабілітацією та відновленням функціонального стану осіб;
- скороченню строків повернення до повноцінного життя після хвороби;
- підвищенню ефективності використання бюджетних коштів через акцент на профілактиці втрати працездатності [30].

Ресурсна функція прямо корелює із довгостроковим плануванням у сфері публічного управління: систематичне фінансування, розвиток інфраструктури, кадрове забезпечення та наукова підтримка медичних програм стають не просто витратами, а формою стратегічних інвестицій у національне майбутнє.

Не менш вагомою в архітектоніці системи охорони здоров’я є комунікативна функція, яка забезпечує обмін інформацією, знаннями, цінностями та установками як усередині самої системи, так і в її взаємодії з зовнішнім середовищем. Комунікація в цьому контексті розглядається не лише як технічний процес передавання повідомлень, а як соціальний механізм, що формує зв’язки між суб’єктами управління, фахівцями медичної сфери та громадськістю. Зовнішній аспект цієї функції полягає у формуванні та трансляції публічних повідомлень, спрямованих на зміну соціальної поведінки, популяризацію цінностей здорового способу життя, а також ідеологічне й етичне супроводження реформ у медичній сфері. Прикладом такої комунікації можуть слугувати кампанії з протидії шкідливим звичкам, соціальна реклама, яка засуджує зловживання алкоголем чи куріння, а також інформаційні ініціативи, спрямовані на підвищення вакцинаційної обізнаності та профілактику захворювань.

У внутрішньому середовищі комунікативна функція забезпечує збереження наступності професійного досвіду, передачу знань і стандартів від старшого покоління медичних працівників до молодих спеціалістів. Даний процес охоплює як формальні освітні моделі, так і неформальні канали − професійні традиції, етичні кодекси, корпоративну культуру медичних

закладів [2]. Таким чином, комунікація виступає не лише способом підтримання інституційної пам’яті, а й інструментом формування нових поколінь фахівців, здатних функціонувати в умовах змінної соціальної та технологічної реальності.

У межах публічного управління охороною здоров’я господарська функція виступає як системоутворювальний елемент економічного механізму забезпечення медичної діяльності. Її реалізація вимагає організації комплексу процесів, спрямованих на залучення, розподіл і використання матеріальних та фінансових ресурсів для функціонування установ охорони здоров’я. Йдеться про необхідність формування стабільного економічного підґрунтя, на якому базується щоденна діяльність медичних закладів, включно з оплатою праці фахівців, утриманням інфраструктури, закупівлею медичних препаратів та експлуатацією складного обладнання. Медичні послуги за своєю суттю не можуть існувати поза межами економічної логіки, оскільки вони безпосередньо пов’язані з витратами ресурсів, організацією праці й фінансовими потоками, що забезпечують їх виробництво.

Таким чином, сфера охорони здоров’я невід’ємно інтегрована в економіку держави, а її діяльність потребує ефективного управління господарськими процесами, зокрема фінансуванням, інвестиційною політикою, обліком і контролем ресурсного забезпечення. Вказане зумовлює необхідність тісної координації між управлінськими структурами охорони здоров’я та економічними інститутами на різних рівнях адміністративної вертикалі.

Особливої уваги заслуговує креативна функція, що відображає здатність системи охорони здоров’я до створення нових ідей, нестандартних рішень та інноваційних підходів у відповіді на соціальні виклики. Даний функціональний вимір знаходить своє втілення в діяльності науково-дослідних установ, університетських клінік, спеціалізованих інститутів, де відбувається генерація нових знань та технологічних розробок. Результати таких досліджень поступово імплементуються в повсякденну практику,

забезпечуючи не лише оновлення медичних стандартів, а й зростання ефективності надання послуг у цілому.

Креативна функція тісно пов’язана з інноваційною, адже створення нових продуктів − медичних технологій, підходів до лікування, організаційних моделей − вимагає не лише ідейного прориву, а й продуманої стратегії впровадження. Інакше, навіть найперспективніші розробки ризикують залишитися нереалізованими через високий рівень інституційного консерватизму, притаманного медичній галузі [3].

Інноваційна діяльність у сфері охорони здоров’я охоплює широкий спектр напрямів, включаючи модернізацію технічного оснащення, оптимізацію процесів управління, запровадження нових форм організації праці, а також розвиток управлінських підходів, що ґрунтуються на сучасних досягненнях науки та практики. Серед найактуальніших сфер інновацій варто виокремити впровадження біотехнологій, нанотехнологій, цифрових медичних рішень, телемедицини, інформаційно-комунікаційних систем, а також нових соціальних форматів взаємодії між пацієнтом і медичним закладом.

Реалізація інноваційної функції потребує скоординованої науково-дослідної політики, яка спирається на міжвідомчі програми, підтримку держави, належну матеріально-технічну базу та професійні кадри. Створення сприятливих умов для наукових розробок і забезпечення технологічного прориву дає змогу не лише осучаснити систему охорони здоров’я, а й посилити її конкурентоспроможність та адаптивність до змін [36]. Загалом, господарська, креативна та інноваційна функції разом формують стратегічну основу для сталого розвитку сфери охорони здоров’я в умовах трансформації державного управління, визначаючи її як динамічний, високотехнологічний і соціально орієнтований сегмент національного господарства.

Оцінюючи систему охорони здоров’я в межах публічного управління, важливо звернути увагу на її управлінську архітектоніку, яка відображає розгалужену організаційну структуру та множинність суб’єктів, залучених до

реалізації державної політики у сфері медичних послуг. У національному контексті система охорони здоров’я функціонує як сукупність державної, комунальної та приватної підсистем, розвиток і стабільність яких гарантовано на рівні Конституції та інших нормативно-правових актів. Кожен із зазначених сегментів має внутрішню організаційну побудову, закріплену у відповідному законодавстві, що формує правову основу їхнього функціонування.

Безпосереднє управління всією системою охорони здоров’я здійснюється Міністерством охорони здоров’я України, яке є головним координуючим органом у цій сфері [43]. Поряд із ним вагому роль відіграють інші центральні органи виконавчої влади, зокрема ті, що відповідають за діяльність відомчих медичних закладів. Також до управлінської вертикалі залучаються місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування, які реалізують державну політику на регіональному рівні. Важливими інституціями у формуванні наукового, кадрового та стратегічного потенціалу галузі виступають Академія медичних наук України та профільні парламентські структури — зокрема, Комітет Верховної Ради України з питань здоров’я нації, медичної допомоги та медичного страхування.

Публічне адміністрування у сфері охорони здоров’я також передбачає залучення інших ключових суб’єктів державної влади. Так, Офіс Президента України, Рада національної безпеки і оборони, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини, Кабінет Міністрів України та відповідні міністерства здійснюють контрольно-наглядові та координуючі функції, формуючи політичні та стратегічні орієнтири для розвитку галузі. Кожен із цих органів, діючи в межах своєї компетенції, впроваджує заходи з реалізації державних програм, затверджує пріоритетні напрями реформ, а також забезпечує підтримку наукових ініціатив у межах галузі.

До державної складової системи охорони здоров’я входять численні інституції, які перебувають у власності держави або функціонують під контролем відповідних управлінських структур. Йдеться про мережу лікувально-профілактичних установ, науково-дослідних центрів, вищих

медичних навчальних закладів, фармацевтичних підприємств, аптечних мереж, установ санітарно-епідеміологічного профілю, судово-медичної експертизи, логістичних служб, а також виробників медичного обладнання та препаратів [36]. Вказані елементи формують інфраструктурну основу державної медицини та забезпечують її функціонування на всіх рівнях.

Комунальна підсистема охорони здоров'я охоплює структури, що перебувають у підпорядкуванні органів місцевого самоврядування. До неї відносяться департаменти та управління охорони здоров'я, які відповідають за реалізацію місцевої політики у сфері медичних послуг, а також заклади первинного та вторинного рівня, що фінансуються з місцевих бюджетів. Серед функціональних обов'язків комунальних органів − забезпечення доступу населення до гарантованого обсягу медико-соціальних послуг, розвиток інфраструктури охорони здоров'я на відповідній території, контроль за якістю наданих послуг і санітарною обізнаністю громадян.

До приватного сектору охорони здоров'я відносяться медичні заклади, які функціонують на основі приватної власності − як індивідуальні підприємства, так і великі клінічні мережі, аптеки, наукові та навчальні установи. Окрім медичних центрів, приватний сектор включає суб'єктів, що займаються реалізацією лікарських засобів, медичного обладнання, фармацевтичною логістикою, а також організації, які інвестують у розвиток медичної науки. Фінансування діяльності таких суб'єктів, як правило, здійснюється за рахунок приватного капіталу − підприємств, фізичних осіб, громадських об'єднань, що забезпечує динамічність, гнучкість та високу адаптивність до ринкових умов [7].

Слід зазначити, що діюча система менеджменту охорони здоров'я України є поліструктурною, багаторівневою та функціонально комплексною. Вона поєднує в собі інституційні елементи різної форми власності та підпорядкування, що дозволяє забезпечувати стійке функціонування медичної галузі та формування ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я.

Підсумовуючи зазначене, варто наголосити, що система охорони здоров'я як об'єкт публічного управління має багатовимірний характер, і її значення не може бути зведене до вузькофункціонального чи суто галузевого розуміння. Її вплив простежується у ключових сферах життєдіяльності держави та суспільства, що дозволяє розглядати її крізь призму низки концептуальних позицій: управлінської, правової, соціальної, економічної та гуманістичної. Управлінський аспект системи полягає в тому, що організація охорони здоров'я входить до переліку найважливіших сфер державного управління. Якість управлінських рішень у цій галузі слугує своєрідним індикатором ефективності всієї системи публічного адміністрування. Здатність держави забезпечити належний рівень медичних послуг, раціонально розподілити ресурси та скоординувати діяльність підвідомчих структур є запорукою стабільності та довіри до публічної влади.

Правовий вимір функціонування охорони здоров'я безпосередньо пов'язаний із принципом верховенства права, який забезпечується Конституцією України та галузевим законодавством. Дотримання юридичних норм, що регламентують права пацієнтів, умови надання медичних послуг, обов'язки працівників галузі, є обов'язковою умовою легітимності та передбачуваності управлінських рішень. Соціальна значущість системи охорони здоров'я проявляється через механізми реалізації соціальних гарантій, спрямованих на підтримку найбільш вразливих груп населення. Державна підтримка сімей, матерів, дітей, осіб з інвалідністю та літніх людей формує основу соціального захисту, де медичне забезпечення виступає одним з ключових елементів добробуту громадян. Економічна складова охоплює роль охорони здоров'я у загальнодержавному відтворювальному процесі. З одного боку, здорове населення є головною продуктивною силою, що забезпечує сталий розвиток країни, з іншого − сама галузь потребує чіткого ресурсного забезпечення, раціонального використання фінансів, інвестицій у медичну інфраструктуру та кадровий потенціал. Гуманістичний компонент визначає пацієнта як центральну фігуру системи охорони здоров'я. У межах

публічного управління визнання, захист і дотримання прав людини у сфері медичного забезпечення розглядаються не як додаткова вимога, а як основоположний обов'язок усіх інституцій, що формують, реалізують і контролюють медичну політику.

Узагальнюючи вищевикладене, можна дійти висновку, що охорона здоров'я — це складний соціальний інститут, який органічно інтегрується в систему публічного управління та виконує не лише функції медичного обслуговування населення, а й стратегічні завдання, пов'язані з національною безпекою, соціальною єдністю, економічною ефективністю та культурною стійкістю держави.

1.2. Організаційні моделі функціонування системи охорони здоров'я: світовий та вітчизняний досвід

У процесі історичного розвитку держави накопичили значний досвід формування ефективних моделей організації охорони здоров'я, орієнтованих на задоволення потреб населення у якісному та своєчасному медичному обслуговуванні. Незалежно від політичної моделі чи рівня економічного розвитку, центральним завданням будь-якої національної системи охорони здоров'я залишається забезпечення фізичного і психічного добробуту громадян шляхом створення умов для рівного доступу до медичних послуг та підвищення їх якості.

У більшості країн світу формування стратегій у сфері охорони здоров'я здійснюється на основі комплексної правової бази, яка відображає положення міжнародних актів — таких як документи Всесвітньої організації охорони здоров'я, Організації Об'єднаних Націй, Ради Європи, Міжнародної організації праці тощо. Відповідність цих документів національному законодавству забезпечує інтеграцію національних моделей охорони здоров'я до глобального контексту та формує передумови для гармонізації підходів до забезпечення базових прав людини в галузі медичного забезпечення [8].

На сьогодні загальноприйнятою у міжнародній практиці є класифікація моделей охорони здоров’я за джерелами фінансування, механізмами управління та рівнем державного втручання. Умовно всі діючі моделі можна згрупувати за трьома основними типами:

- бюджетна (державна) модель, яка базується на фінансуванні медичних послуг із державного бюджету, повній відповідальності держави за організацію й надання допомоги, а також прямому управлінні галуззю [17];
- страхова (соціально-страхова) модель, у межах якої фінансування здійснюється через обов’язкові або добровільні страхові внески, а послуги надаються як державними, так і недержавними закладами [28];
- приватна (ринкова) модель, що передбачає мінімальне втручання держави у сферу охорони здоров’я, а забезпечення медичних послуг здебільшого відбувається на основі приватного фінансування та комерційного надання послуг [18].

Кожна з наведених моделей має власні організаційні та фінансові особливості, які відображаються у таких ключових аспектах:

- обсяг медичних гарантій, які надаються державою;
- механізм формування джерел фінансування медичної допомоги;
- рівень централізації управління охороною здоров’я;
- статус замовника послуг (чи виступає ним держава, страхова структура або сам пацієнт);
- форма власності та правовий статус надавачів медичних послуг;
- характер взаємодії між замовниками та виконавцями послуг;
- модель розподілу фінансових потоків у системі;
- інституційні механізми захисту прав пацієнтів;
- структури, що представляють інтереси медичних закладів і фахівців [12].

Однією з найбільш поширених і традиційно вкорінених у світовій практиці моделей організації системи охорони здоров’я є так звана бюджетна, або державна, модель, відома також як модель Семашка-Бевериджа. Вона

реалізується у таких країнах, як Велика Британія, Швеція, Норвегія, Данія, Італія, Іспанія, Португалія, Куба, а в минулому й у пострадянських державах (зокрема, в Україні до початку медичної реформи) [17]. Основоположним принципом її функціонування є домінуюча роль держави як головного суб'єкта у фінансуванні, управлінні та безпосередньому наданні медичних послуг населенню. Основні фінансові ресурси в такій системі надходять із податкових зборів, що акумулюються у державному бюджеті, і розподіляються централізовано на забезпечення діяльності медичних установ. Медична допомога в рамках цієї моделі надається на безоплатній основі, що гарантує формальну доступність медичних послуг для всього населення.

Структурно дана модель передбачає високу концентрацію владних та адміністративних повноважень у руках держави, яка одночасно виступає як замовник, платник і провайдер медичних послуг. Значна частина витрат на охорону здоров'я (у деяких випадках понад 70%) покривається саме за рахунок публічних коштів. Управління здійснюється переважно централізовано, через відповідні міністерства та відомства, тоді як ринок відіграє другорядну роль, обмежуючись участю приватних лікарів або комерційних структур у суворо регламентованих межах [54].

У межах бюджетної моделі держава також здійснює контроль за функціонуванням ринку медичних товарів та послуг, визначаючи умови доступу до професії, перелік компенсованих препаратів, політику ціноутворення та інші регуляторні механізми. Окрему роль у забезпеченні якості відіграють професійні організації, які проводять ліцензування лікарів та акредитацію лікувальних установ. Пацієнт при зверненні до закладу охорони здоров'я не несе безпосередніх фінансових витрат, адже обслуговування здійснюється в рамках повного державного фінансування [51].

Серед ключових переваг бюджетної моделі варто відзначити її економічну ефективність, яка проявляється у відносно низькому рівні адміністративних витрат та у здатності держави гнучко регулювати загальні видатки на охорону здоров'я шляхом використання макроекономічних

інструментів. Крім того, повсюдне покриття медичними послугами забезпечує формальну рівність у доступі до базових видів допомоги.

Водночас, дана модель має і системні обмеження, серед яких:

- обмежений рівень конкуренції між медичними установами, що знижує стимули до підвищення якості послуг;
- сповільнена реакція системи на технологічні інновації через її централізований і часто інерційний характер;
- зниження відповідальності медичних закладів перед пацієнтом як споживачем послуг;
- дефіцит фінансових ресурсів, спричинений залишковим принципом фінансування, що призводить до обмеження доступу до високотехнологічної та дорогої медичної допомоги.

Загалом, бюджетна модель, хоча й має суттєві соціальні переваги, водночас стикається з проблемами, які потребують модернізації управлінських механізмів, збалансованості у розподілі ресурсів та поступового впровадження елементів конкуренції й партнерства з недержавними суб'єктами для підвищення ефективності галузі охорони здоров'я. З метою узагальнення основних характеристик бюджетної моделі охорони здоров'я доцільно звернути увагу на табл. 1.1, де представлено її переваги та недоліки.

Таблиця 1.1.

Переваги та недоліки бюджетної моделі організації системи охорони здоров'я

№	*Переваги*	*Недоліки*
1	Висока економічність завдяки централізованому управлінню витратами.	Обмежена конкуренція між медичними закладами.
2	Низький рівень адміністративних витрат.	Інертність щодо впровадження інновацій.
3	Загальнодоступність базових медичних послуг.	Зниження мотивації до покращення якості обслуговування.
4	Можливість державного контролю над витратами.	Хронічний дефіцит ресурсів через залишковий принцип фінансування.
5	Формальна рівність у доступі до послуг.	Відсутність прямої відповідальності перед пацієнтом

Складено на основі аналізу джерел [17; 51].

Іншою поширеною організаційною моделлю охорони здоров’я, що має широке застосування у країнах Західної Європи та Азії, є соціально-страхова модель, відома також як модель Бісмарка. Вона активно реалізується в таких країнах, як Німеччина, Франція, Швейцарія, Бельгія, Нідерланди, Австрія, Японія та частково Південна Корея [18]. Її ключовою особливістю є поєднання ринкових механізмів із жорстким державним регулюванням і соціальними гарантіями, що забезпечуються через систему обов’язкового медичного страхування. Дана модель функціонує на засадах змішаної економіки, де участь у фінансуванні охорони здоров’я беруть як роботодавці й працівники (через страхові внески), так і держава, головним чином − у частині покриття витрат на соціально вразливі групи населення [49].

Основу системи фінансування становлять страхові внески, які акумулюються у громадських або приватних фондах, що працюють на некомерційних засадах. У перелічених країнах страхові фонди відіграють провідну роль в акумулюванні ресурсів та розподілі коштів, тоді як безпосереднє державне фінансування обмежується витратами на непрацездатне населення та фінансуванням окремих цільових програм. Як правило, рівень охоплення населення медичним страхуванням у рамках цієї моделі є дуже високим і забезпечує більшість громадян гарантованим доступом до необхідної допомоги.

У структурі соціально-страхової моделі чітко виділяються два типи страхування: обов’язкове, яке покриває основні види медичних послуг, та добровільне, що дозволяє пацієнтам отримувати додаткові або вищі за якістю послуги. Завдяки конкуренції між страховими компаніями, а також можливості пацієнта самостійно обирати як страхову установу, так і медичного провайдера, система демонструє гнучкість і високу чутливість до потреб користувача. При цьому фінансування здійснюється без прямої

прив’язки до індивідуальних ризиків, що сприяє принципу солідарності й соціальної рівності.

Децентралізована модель управління, характерна для цієї системи, передбачає взаємодію між великою кількістю учасників − страховими фондами, медичними асоціаціями, регуляторами та громадськими інституціями. Медичні послуги надають переважно приватні некомерційні установи, зокрема сімейні лікарі, які є базовою ланкою первинної медичної допомоги. Держава виконує наглядові функції, встановлює нормативи, контролює дотримання мінімальних стандартів і гарантій. При цьому ринок залишається вагомим елементом, що стимулює конкуренцію і зростання якості [49].

Разом із тим, незважаючи на високу фінансову стійкість і широкий спектр покриття, модель Бісмарка має свої вразливості. Оскільки обсяги фінансування напряму залежать від розміру фонду оплати праці, економічні коливання можуть спричиняти дисбаланс між наданими гарантіями та реальними можливостями системи. У таких випадках постає потреба у втручанні держави шляхом субсидування або раціоналізації споживання послуг. Однак будь-які спроби скорочення програм чи підвищення страхових внесків є політично чутливими та складними для реалізації.

До ключових переваг соціально-страхової моделі можна віднести: наявність ефективних механізмів контролю за витратами; розвинену систему моніторингу якості медичних послуг; свободу вибору пацієнтом як медичного закладу, так і страховика [18]. Для узагальнення результатів аналізу моделі Бісмарка слід звернутися до табл. 1.2, у якій представлено її сильні та слабкі сторони.

Таблиця 1.2.

Переваги та недоліки соціально-страхової моделі охорони здоров’я

№	*Переваги*	*Недоліки*
1	Стійкий фінансовий потік за рахунок страхових внесків.	Залежність від економічної ситуації (розмір фонду оплати праці).
2	Конкуренція між провайдерами стимулює підвищення якості.	Політична складність підвищення тарифів або скорочення послуг.

3	Свобода вибору лікаря та страхової компанії.	Імовірність дефіциту коштів у кризові періоди.
4	Можливість державного контролю над витратами.	Хронічний дефіцит ресурсів через залишковий принцип фінансування.
5	Моніторинг якості та контроль витрат.	Необхідність складного управління багатьма учасниками системи.

Сформовано автором на основі аналізу джерел [18; 49].

Однією з найбільш ринково орієнтованих форм організації охорони здоров'я є приватна модель, яка ґрунтується на домінуванні платних медичних послуг, що фінансуються переважно за рахунок власних коштів громадян або через приватне страхування. Така система характерна для країн з ліберальною економічною політикою, зокрема Сполучених Штатів Америки, Індії, Мексики, Бразилії, Південної Африки, а також окремих країн Латинської Америки та Азії [21]. У таких державах відсутній єдиний державний механізм медичного страхування, а обсяг участі держави обмежується наданням базового медичного забезпечення соціально незахищеним категоріям населення − особам із низькими доходами, безробітним, пенсіонерам та іншим вразливим групам.

Принциповою відмінністю приватної моделі від бюджетної є вільна конкуренція між медичними закладами, що працюють на комерційних засадах. Участь держави в організації та фінансуванні охорони здоров'я зводиться до реалізації обмежених програм соціального медичного забезпечення. Основним джерелом фінансових ресурсів у цій системі виступають індивідуальні доходи громадян, а також внески роботодавців у рамках приватного медичного страхування. Усі інші категорії громадян отримують доступ до медичних послуг виключно через добровільне страхування або прямі платежі.

Фінансова основа системи охорони здоров'я в країнах, які використовують ринкову модель, більш ніж наполовину формується з приватних джерел. Страхові внески акумулюються у комерційних структурах − страхових компаніях, які, у свою чергу, перерозподіляють кошти між

закладами охорони здоров’я, що надають послуги. Децентралізація управління передбачає участь численних організацій різної форми власності у процесі медичного обслуговування, при цьому державні програми охоплюють вузьке коло послуг. Приватні лікарні, клініки, лабораторії, а також індивідуальні лікарі виконують основну роль у задоволенні попиту населення на медичну допомогу.

Завдяки вільному ринку медичних послуг та високому рівню конкуренції, які формуються в межах приватної моделі, забезпечується динамічний розвиток технологій та розширення спектру медичних послуг. Однак такий підхід має й низку суперечностей: доступ до якісної допомоги значною мірою залежить від фінансової спроможності громадянина [34]. Вказане означає, що соціальна рівність в доступі до охорони здоров’я не досягається, а приватне медичне страхування стає пріоритетом лише для економічно активного прошарку населення. У країнах із ринковою моделлю охорони здоров’я частка витрат на медичну допомогу у структурі ВВП зазвичай перевищує показники бюджетної та соціально-страхової моделей, однак це не завжди супроводжується пропорційним зростанням ефективності системи чи покращенням показників громадського здоров’я. Роль держави в такій системі значно менша: вона обмежується функціями регулювання ринку, контролю за діяльністю страхових компаній, ліцензуванням медичних установ і захистом конкуренції.

Хоча ринкова модель забезпечує високу гнучкість та оперативне впровадження інноваційних рішень, вона має й серйозні обмеження, серед яких: обмежена здатність гарантувати рівний доступ до медичних послуг для всього населення; недостатній контроль з боку держави за ефективністю використання коштів і якістю медичної допомоги; порушення принципу соціальної справедливості, оскільки якість медичних послуг прямо залежить від платоспроможності пацієнта [41]. Для підсумкової оцінки приватної моделі охорони здоров’я доцільно звернути увагу на табл. 1.3, де наведено її ключові переваги та недоліки.

Таблиця 1.3.

Переваги та недоліки приватної моделі охорони здоров'я

№	*Переваги*	*Недоліки*
1	Високий рівень конкуренції між провайдерами.	Відсутність загальних соціальних гарантій.
2	Широкий вибір послуг і лікарів для споживача.	Обмежений доступ до медичних послуг для незабезпечених.
3	Швидке впровадження інновацій і нових технологій.	Слабкий державний контроль над якістю та обсягами послуг.
4	Гнучкість у формуванні страхових програм.	Нерівність у доступі до медичної допомоги.

Складено автором на основі аналізу джерел [21; 34; 41].

Характерною рисою більшості систем охорони здоров'я розвинених країн є поєднання державного регулювання діяльності медичних установ і страхових організацій із конкурентним середовищем серед постачальників послуг. Такий баланс сприяє підвищенню ефективності галузі, розширенню спектру доступних послуг та забезпеченню принципу рівності в охопленні населення медичним обслуговуванням. Упродовж останніх двох десятиліть європейські країни активно інтегрують ринкові елементи у функціонування систем охорони здоров'я, водночас зберігаючи значну роль держави як гаранта соціального захисту. Вказане обумовлено чутливістю сфери охорони здоров'я до суто ринкових відносин і необхідністю збереження соціального спрямування медичної політики.

Серед організаційних моделей особливої уваги заслуговує бюджетна модель, яка широко використовується в ряді європейських країн і раніше була характерною для радянського простору. З огляду на історичну спадщину України в галузі охорони здоров'я, вивчення цієї моделі є надзвичайно важливим у контексті сучасного реформування. Вдалим прикладом її реалізації є система охорони здоров'я Великої Британії, яка функціонує за принципами моделі Беверіджа. У Великобританії безоплатне медичне обслуговування надається всім особам, які легально проживають у країні, незалежно від їхнього соціального статусу чи рівня доходів. Основою функціонування системи є концепція нового публічного менеджменту (NPSM

– New Public Sector Management), що передбачає адаптацію принципів управління з приватного сектору в діяльність державних медичних структур. Основні елементи цієї концепції включають:

- функціональне розмежування регуляторних органів і провайдерів медичних послуг;
- надання керівникам лікарень широких повноважень у використанні ресурсів;
- укладення контрактів з медичним персоналом на основі оцінки результатів роботи;
- стимулювання підприємницької ініціативи у державних лікувальних установах;
- запровадження державного контролю за діяльністю медичних закладів;
- створення при лікарнях наглядових рад;
- право пацієнта самостійно обирати постачальника медичних послуг [19].

Окрему увагу заслуговує організаційна структура доступу до медичної допомоги. Кожен мешканець країни прикріплений до певного медичного центру відповідно до місця проживання. У разі потреби звернення за медичною допомогою пацієнт реєструється на прийом до лікаря загальної практики, який проводить первинний огляд, скеровує на обстеження або до вузькопрофільного спеціаліста. При цьому час очікування на плановий прийом зазвичай варіюється від кількох днів до тижня, хоча екстрені випадки вирішуються оперативніше.

Також британська система передбачає пільги на придбання лікарських засобів для окремих категорій населення. Зокрема, безкоштовні медикаменти отримують: діти та підлітки до 16 років; студенти до 18 років; особи похилого віку, які досягли 80 років [41]. Для пенсіонерів також передбачені знижки, розмір яких залежить від обсягу пенсійних виплат і рівня матеріального забезпечення.

Водночас соціально-страхова модель − модель Бісмарка − широко впроваджена у таких країнах, як Німеччина, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Франція, а також у Японії. Її сутність полягає в обов'язковому медичному страхуванні, яке фінансується внесками працівників і роботодавців. Страхові фонди, що переважно функціонують на некомерційній основі, акумулюють кошти та розподіляють їх між постачальниками послуг. При цьому держава залишається активним регулятором, забезпечуючи дотримання стандартів, доступність і якість надання допомоги.

З метою поглибленого порівняльного аналізу ефективності функціонування соціально-страхової моделі охорони здоров'я доцільно звернутися до досвіду двох економічно розвинених європейських держав — Німеччини та Нідерландів. Обидві країни мають стабільні інститути соціального захисту, а їхні системи охорони здоров'я базуються на схожих організаційних принципах. Серед спільних рис зазначених моделей варто виокремити:

- поділ системи охорони здоров'я на обов'язкове державне медичне страхування та добровільне додаткове страхування;
- обов'язковість наявності страхового полісу для практично всіх громадян;
- функціонування страхових медичних організацій, які акумулюють фінансові ресурси та виступають посередниками між пацієнтами й постачальниками послуг;
- застосування елементів квазіринку, що стимулюють конкуренцію;
- незалежність, фінансова самодостатність і самоуправління лікарняних кас [18].

У Нідерландах центральний уряд відповідає за стратегічне планування, законодавче врегулювання та контроль за якістю, доступом і витратами на медичне обслуговування. Держава частково фінансує базове соціальне медичне страхування, зокрема, через систему субсидій, податкові надходження та механізм перерозподілу внесків. Довготривала допомога

фінансується окремо, а профілактичні програми реалізуються за рахунок загального бюджету. До особливостей нідерландської моделі належать:

- єдиний базовий страховий пакет, що надається всім громадянам на однакових умовах;
- конкурентне середовище між лікарняними касами та страховиками;
- право громадянина щорічно змінювати страховика;
- можливість вибору постачальника послуг, з урахуванням умов, запропонованих страховими компаніями;
- фінансова підтримка страховиків, які обслуговують осіб із високими ризиками (через механізм коригування ризиків, який постійно вдосконалюється);
- лікар загальної практики має право виставляти рахунки страховим компаніям незалежно від наявності контракту між сторонами;
- можливість придбання додаткових страхових пакетів понад базову програму;
- занепокоєння громадян щодо конфлікту інтересів, коли страховики скеровують пацієнтів до визначених медичних установ, що потенційно викликає недовіру [28].

Система охорони здоров'я Німеччини, хоча й побудована на аналогічних засадах, має низку унікальних елементів. Зокрема, законодавство зобов'язує більшість громадян бути застрахованими в рамках обов'язкового медичного страхування. При цьому члени сім'ї також охоплюються полісом без додаткових внесків, якщо їхній дохід не перевищує встановлений поріг. Особливості німецької моделі включають:

- приблизно 85% населення охоплено обов'язковим страхуванням;
- громадяни з доходом понад визначений поріг (понад 57 600 євро) можуть обирати між обов'язковим та приватним страхуванням;
- страховики мають право пропонувати розширені пакети медичних послуг;

- лікарняні каси укладають прямі договори з асоціаціями лікарів, які здійснюють контроль за якістю та обсягом наданої допомоги;
- можливість варіативного встановлення страхових тарифів залежно від розширеності пакету послуг;
- лікарняні каси функціонують як некомерційні організації, підконтрольні державі, однак контроль якості допомоги здійснюється через інші професійні інституції [34].

Спільним для обох країн є розширена роль страховиків, які самостійно формують умови страхування, зокрема обсяг додаткових послуг, межі відповідальності та компенсацій. В обох державах функціонує механізм співфінансування медичних витрат населення, що дозволяє стримувати надмірне споживання послуг і оптимізувати державні видатки. Окрім того, ефективне функціонування страхових моделей у країнах, які входять до топ-30 рейтингу Bloomberg за показниками медичної ефективності, обумовлене наявністю ряду структурних характеристик:

- висока густота населення при рівномірному територіальному розміщенні;
- розвинена транспортна інфраструктура та доступна мережа населених пунктів;
- високий рівень ВВП, що забезпечує достатню наповнюваність страхових фондів.

У комплексі вказані чинники створюють сприятливі умови для розвитку конкурентного середовища, збереження якості та сталого фінансування систем охорони здоров’я на базі соціально-страхової моделі.

У підсумку, аналіз організаційних особливостей функціонування систем охорони здоров’я Німеччини та Нідерландів свідчить про високу ефективність соціально-страхової моделі, яка поєднує принципи солідарності, фінансової відповідальності та ринкової конкуренції. За умови наявності інституційної стабільності, децентралізованого управління, прозорого механізму перерозподілу ризиків та активної участі пацієнтів у виборі медичних послуг,

така система здатна забезпечити широкий доступ до якісної медичної допомоги та стійкість до соціально-економічних викликів. Водночас, ефективність її реалізації значною мірою залежить від національних особливостей – економічного рівня розвитку, демографічної структури, системи оподаткування та регуляторної спроможності держави.

Висновки до першого розділу

1. Досліджено систему охорони здоров'я як об'єкт дослідження у сфері публічного управління. Аналіз дозволив встановити, що система охорони здоров'я має поліструктурний, багатофункціональний та міжгалузевий характер, оскільки поєднує в собі управлінські, правові, соціальні, економічні та гуманістичні компоненти, що взаємодіють у межах державної, комунальної та приватної підсистем. Дослідження показало, що ефективність функціонування медичної галузі значною мірою залежить від якості публічного управління, зокрема здатності органів влади забезпечувати координацію між рівнями системи, ресурсне забезпечення, захист прав пацієнтів та впровадження інновацій. Такий комплексний характер системи охорони здоров'я зумовлює її стратегічне значення для стабільності державної політики, соціальної безпеки та сталого розвитку суспільства.

2. Вивчено організаційні моделі функціонування системи охорони здоров'я: світовий та вітчизняний досвід. Встановлено, що найпоширенішими у світовій практиці є бюджетна, соціально-страхова та приватна моделі, кожна з яких має свої структурні особливості, механізми фінансування та ступінь державного втручання. Аналіз продемонстрував, що в умовах сучасних соціально-економічних викликів більшість країн тяжіють до комбінованих моделей із поєднанням ринкових елементів і державного регулювання. Зокрема, досвід країн Європейського Союзу засвідчує ефективність страхових систем у забезпеченні широкого охоплення населення, конкурентного середовища та високої якості послуг, тоді як бюджетна модель гарантує

соціальну справедливість, але потребує модернізації. Отже, адаптація найкращих міжнародних практик у поєднанні з урахуванням національних реалій є необхідною умовою підвищення ефективності вітчизняної системи охорони здоров’я.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

2.1. Механізми державного регулювання галузі охорони здоров'я: сучасні практики

Здоров'я населення розглядається державою не лише як базова соціальна цінність, а й як вагомий фактор економічної стабільності та національної безпеки. Саме тому сфера охорони здоров'я перебуває у фокусі державного регулювання, а механізми управлінського впливу спрямовані на її стратегічний розвиток, реформування та інтеграцію в загальнодержавні пріоритети. Комплекс заходів, які реалізуються органами публічної влади, має за мету створити ефективну, фінансово життєздатну та соціально орієнтовану систему медичного забезпечення.

У межах державної політики охорони здоров'я розглядаються не лише інструменти законодавчого впливу, а й ширший спектр дій − від адміністративного регламентування до економічного стимулювання та партнерства з інститутами громадянського суспільства. Політика в цій сфері спрямована на вирішення нагальних проблем, забезпечення гарантованого доступу громадян до медичних послуг, а також на досягнення цілей, що визначають сталий соціально-економічний розвиток країни. У процесі реалізації політики використовуються всі доступні державі важелі впливу: правові, фінансові, інституційні, інформаційно-організаційні.

До фундаментальних принципів сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я належать:

- усвідомлення здоров'я населення як чинника забезпечення національної безпеки;
- визнання фінансування медичної сфери пріоритетним напрямом бюджетної політики;

- закріплення за кожним громадянином права на отримання медичної допомоги, яка відповідає державним стандартам якості;
- інтеграція інтересів держави та громадянина у сфері охорони здоров'я як взаємодоповнюючих та взаємозалежних;
- забезпечення соціального захисту у разі повної або часткової втрати здоров'я;
- домінування профілактичних підходів до збереження громадського здоров'я та санітарно-епідеміологічного благополуччя населення [19].

Регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні здійснюється багаторівневою системою органів державної та місцевої влади. На найвищому рівні відповідальність за формування стратегічного курсу покладено на Президента України, Верховну Раду України [5] та Кабінет Міністрів України [13]. Вказані органи визначають законодавчі та нормативно-правові засади політики, затверджують загальнодержавні програми, а також забезпечують міжвідомчу координацію.

На рівні спеціалізованих центральних органів виконавчої влади ключову роль відіграє Міністерство охорони здоров'я України, яке безпосередньо формує політику у галузі, координує діяльність підпорядкованих установ, розробляє клінічні протоколи та стандарти лікування. До структури виконавчої гілки також належать інші важливі інституції — Національна служба здоров'я України [29], Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками [11], а також профільні відомства, такі як Міністерство оборони України [26], Міністерство внутрішніх справ України [25], Служба безпеки України [39] та інші, які здійснюють управління у межах своїх компетенцій щодо медичного забезпечення.

На місцевому рівні за організацію медичних послуг відповідають місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування, які реалізують державну політику через управління комунальними медичними установами, затвердження місцевих програм охорони здоров'я та контроль за санітарно-

епідеміологічним станом. Загалом, система державного регулювання охоплює всі рівні публічного управління − від центральних інституцій до органів місцевого самоврядування, що забезпечує комплексний підхід до управління медичною галуззю та створює умови для формування єдиного, ефективного і соціально відповідального механізму охорони здоров'я.

Система суб'єктів, що здійснюють державне управління у сфері охорони здоров'я, є багаторівневою, а кожен рівень має власні функціональні повноваження, значення та ступінь впливу на реалізацію медичної політики [32]. При цьому ключова координаційна роль зосереджується саме на вищих щаблях влади – Президенті України, Верховній Раді України та Кабінеті Міністрів України, які визначають стратегію, нормативно-правову базу та фінансову підтримку системи охорони здоров'я.

Президент України як глава держави виконує функції гаранта державного суверенітету, цілісності території та дотримання прав і свобод громадян. У сфері охорони здоров'я він здійснює загальне політичне керівництво, забезпечуючи узгоджене функціонування органів виконавчої влади щодо реалізації національної медичної політики, включно з затвердженням ключових програм і стратегічних ініціатив [47].

Верховна Рада України, хоч і не займається безпосереднім управлінням медичною галуззю, здійснює важливий вплив на її розвиток шляхом законотворчості. Зокрема, парламент ухвалює нормативно-правові акти, що визначають правові засади функціонування галузі, затверджує державні програми у сфері охорони здоров'я, розглядає концептуальні положення реформ, а також ініціює та проводить парламентські слухання щодо оцінки стану медичної сфери в країні [5].

Кабінет Міністрів України, як центральний орган виконавчої влади, несе безпосередню відповідальність за реалізацію державної політики у галузі охорони здоров'я. До компетенції уряду належить формування та реалізація політики у сферах медичного забезпечення, профілактики захворювань,

санітарно-епідемічного захисту, охорони материнства і дитинства, а також сприяння розвитку фізичної культури та оздоровчих програм [13].

Зокрема, Кабмін реалізує такі ключові завдання:

- розробляє та впроваджує економічні, правові й організаційні інструменти, спрямовані на підвищення ефективності системи охорони здоров'я;
- веде переговори й укладає міжнародні договори у сфері медичного співробітництва;
- координує взаємодію з міжнародними інституціями з питань охорони здоров'я;
- реалізує інші повноваження у межах чинного законодавства, які закріплені за виконавчою гілкою влади [13].

Узгоджена діяльність цих суб'єктів забезпечує нормативну, ресурсну та інституційну базу для функціонування системи охорони здоров'я, створюючи передумови для впровадження реформ, модернізації інфраструктури та підвищення якості надання медичних послуг у межах державної політики. У структурі центральних органів виконавчої влади ключову роль у реалізації державної політики в медичній сфері відіграє Міністерство охорони здоров'я України [27]. Даний орган є основним координатором з питань охорони здоров'я на загальнодержавному рівні та несе відповідальність за формування стратегічних напрямів розвитку системи. До сфери його компетенції входить не лише організація заходів щодо захисту населення від інфекційних захворювань, таких як ВІЛ/СНІД, але й розробка політики щодо профілактики, раннього виявлення та зниження поширеності неінфекційних хвороб.

МОЗ також здійснює загальне управління низкою напрямів, що забезпечують життєздатність системи охорони здоров'я, зокрема:

- організація епідеміологічного нагляду та реагування на біологічні загрози;
- удосконалення механізмів надання медичних послуг відповідно до міжнародних стандартів;

- технічне регулювання у сфері виробництва та обігу лікарських засобів, медичних виробів і обладнання;
- контроль якості медичних препаратів, їх зберігання, поширення та раціонального використання [27].

Формування ефективної моделі державного управління в охороні здоров'я потребує активного залучення держави як регулятора, що виступає гарантом суспільного добробуту. У цьому контексті держава реалізує політику не лише через пряме управління, але й через створення умов для сталого розвитку недержавних ініціатив, які доповнюють державну медичну інфраструктуру. Водночас ключовим залишається питання ступеня втручання держави в соціально-економічне життя. У науковому дискурсі існують різні підходи до визначення допустимих меж державного впливу, однак більшість експертів сходяться на думці, що втручання у сферу охорони здоров'я є не лише виправданим, а й необхідним.

Вказане зумовлено високим ступенем соціальної значущості медичних послуг, потребою в забезпеченні рівного доступу до них та необхідністю ефективної відповіді на системні виклики, зокрема демографічні зміни, епідеміологічні загрози та обмеженість ресурсів. Загалом, Міністерство охорони здоров'я України виступає не лише інституційним координатором, але й провідником державної політики, яка охоплює весь спектр питань − від профілактики до фармацевтичного контролю − та забезпечує інтегроване управління системою охорони здоров'я в інтересах суспільного розвитку.

Серед основних факторів, що формують потребу у посиленому державному регулюванні сфери охорони здоров'я, доцільно виділити кілька системних проблем, які значною мірою стримують ефективний розвиток галузі. Вони охоплюють як структурні, так і кадрові, фінансові та ринкові аспекти функціонування медичної системи.

Першочерговим викликом виступає недостатній рівень фінансування державного сектора охорони здоров'я. Наслідки хронічного недофінансування відображаються у незадовільному матеріально-технічному забезпеченні

медичних закладів, відсутності можливості оновлювати обладнання, забезпечувати належний обсяг лікарських засобів і витратних матеріалів. Крім того, мізерна оплата праці працівників галузі знижує мотивацію до професійного зростання та провокує відтік кадрів у приватний сектор або за кордон. Ще однією ключовою проблемою є нестача та дисбаланс у структурі медичних кадрів. Причинами цього є як низький рівень заробітної плати, так і незадоволеність умовами праці. Молоді спеціалісти після закінчення навчання часто обирають спеціалізації, які гарантують вищі доходи, що призводить до дефіциту лікарів загальної практики та, водночас, до надлишку вузьких спеціалістів у прибуткових напрямках, наприклад, стоматології [6]. Зростаюча орієнтація на комерціалізацію також сприяє зниженню інтересу до роботи у державних установах.

Не менш критичним є питання кваліфікації медичних працівників, яка часто не відповідає сучасним вимогам та очікуванням пацієнтів. Нинішня система післядипломної освіти та підвищення кваліфікації потребує суттєвого оновлення, оскільки вона відстає від практичних потреб медичної галузі й не інтегрована у міжнародну систему оцінювання професійних компетентностей. Особливе значення має і специфіка ринку медичних послуг, який функціонує в рамках соціальної сфери. Вказане зумовлює сприйняття будь-яких спроб його комерціалізації як загрози досягнутим соціальним гарантіям. Медичний ринок має низку відмінних характеристик, серед яких:

- невизначеність результату при наданні послуги;
- значний вплив зовнішніх соціально-економічних чинників;
- асиметричність інформації між пацієнтом і постачальником послуг;
- обмежена еластичність попиту за ціною;
- наявність ознак олігополії у деяких сегментах;
- істотна роль морально-етичних норм у регулюванні поведінки учасників ринку [47].

Оскільки ані медичні установи, ані споживачі не мають достатніх ресурсів для самостійного подолання згаданих викликів, лише держава володіє необхідними інституційними важелями, інформаційною базою та правовими інструментами, які дозволяють ефективно впливати на ринкові процеси та забезпечувати належну якість і доступність медичних послуг [20]. Управління системою охорони здоров'я вимагає інтеграції численних інституцій, регуляторних засобів і ресурсів, що зумовлює складність її державного регулювання. Ефективне вивчення взаємодії суб'єктів та об'єктів у цій сфері, а також аналіз чинників впливу, неможливі без застосування системного підходу. Саме системне мислення є ключем до формування адаптивної моделі управління, яка дозволяє збалансувати функціонування як державних, так і приватних медичних установ в умовах динамічного соціально-економічного середовища.

У рамках такого підходу механізми державного впливу на галузь охорони здоров'я класифікуються за трьома основними напрямами: адміністративно-розпорядчими, економічними та морально-етичними. Кожен із них виконує власну функцію в системі управління, але ефективність досягається лише за їх комплексного та скоординованого застосування. Адміністративно-розпорядчі методи формуються на рівні вищих органів публічного управління і мають обов'язковий характер для всіх учасників системи охорони здоров'я. У науковій літературі їх також називають організаційно-розпорядчими, що вказує на їхню сутність як інструментів координації та структуризації процесів у сфері медичного обслуговування. Дані методи включають ухвалення нормативно-правових актів, стандартів, наказів, положень і ліцензійних вимог, які регламентують діяльність усіх медичних суб'єктів [7]. Особливо важливою є їх роль у кризових ситуаціях, таких як епідемії або надзвичайні події, коли необхідно оперативно мобілізувати ресурси та впроваджувати обмежувальні заходи. Невиконання приписів адміністративного характеру тягне за собою юридичну відповідальність, що посилює дисципліну в системі охорони здоров'я.

На відміну від прямого адміністративного впливу, економічні методи ґрунтуються на стимулюванні через матеріальні інтереси. Вони охоплюють аналіз фінансових потоків, вивчення попиту й пропозиції на медичні послуги, а також розробку угод, контрактів і програм, спрямованих на оптимізацію діяльності галузі. Особливої актуальності ці методи набувають у контексті ринкового регулювання, оскільки дозволяють гнучко реагувати на зміни у фінансово-економічному середовищі, формуючи сталі зв'язки між результатами діяльності та системою мотивації. Завдяки їм можна не лише ефективно управляти ресурсами, а й формувати стратегічні програми, які базуються на прогнозуванні та моделюванні змін у сфері охорони здоров'я. Економічні інструменти особливо ефективні для розвитку недержавного сектору медицини, де ринкові механізми відіграють провідну роль.

Методи морального стимулювання формуються на основі соціально прийнятних норм поведінки, професійної етики, взаємоповаги й громадської відповідальності. На відміну від перших двох груп, ці інструменти не ґрунтуються на прямому примусі чи фінансовій вигоді, а базуються на внутрішній мотивації медичного персоналу. Вони сприяють підвищенню довіри між пацієнтом і лікарем, стимулюють прагнення до вдосконалення якості послуг, а також формують позитивний соціальний імідж медичної професії. Такі методи широко використовуються у поєднанні з іншими формами впливу, знижуючи ризики опору реформам і формалізму при виконанні нових підходів [16]. В цілому, державне регулювання у сфері охорони здоров'я ґрунтується на гармонійному поєднанні правових, економічних і соціальних механізмів. Їх узгоджене використання створює умови для ефективного функціонування галузі, підвищення якості медичних послуг і формування довгострокової стратегії розвитку в інтересах населення.

З огляду на специфіку функціонування ринку медичних послуг, державне регулювання в цій сфері потребує особливої чутливості до множинних факторів, які визначають його динаміку − зокрема технічних, демографічних, географічних та соціокультурних характеристик. Вказане

зумовлює необхідність застосування гнучких управлінських інструментів, адаптованих до складної багаторівневої структури охорони здоров'я. До основних механізмів управління, які застосовуються в регулюванні галузі, відносяться правові, економічні та адміністративні засоби впливу. Вони забезпечують формування нормативного поля, у межах якого функціонують усі учасники медичного процесу, включно з державними та приватними медичними установами. Серед ключових інструментів державного управління виділяють:

- запровадження правових, економічних та організаційно-адміністративних регуляторів;
- використання інструментів оцінки регуляторного впливу з метою підвищення ефективності управлінських рішень;
- розробку адміністративних регламентів надання медичних послуг;
- визначення державних соціальних стандартів, що гарантують безкоштовне надання медичної допомоги населенню;
- реалізацію загальнонаціональних проєктів та цільових програм у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні;
- встановлення обов'язкових стандартів якості у медичній галузі;
- впровадження ліцензування окремих видів діяльності у сфері медицини;
- формулювання чітких кваліфікаційних вимог до медичних працівників;
- системи сертифікації медичних послуг відповідно до міжнародних і національних норм [6].

Формування ефективної політики у сфері охорони здоров'я вимагає інтеграції публічних і корпоративних методів управління. До функціонального інструментарію, який реалізується як на національному, так і на муніципальному рівнях, належать:

- прогнозування й планування розвитку галузі;
- надання субсидій на засадах співфінансування;

- фінансування державних і комунальних медичних програм;
- механізми перерозподілу трансфертів із державного бюджету;
- застосування програмно-цільового бюджетування з орієнтацією на досягнення конкретних результатів;
- використання інструментів оподаткування та кредитування;
- реалізація амортизаційної політики для оновлення медичного обладнання;
- здійснення фінансового моніторингу й контролю за використанням бюджетних коштів.

Як зазначається у джерелах, фінансова база діяльності медичних установ формується з різних джерел: перерозподілених державних ресурсів і доходів від надання платних послуг. Окреслені кошти, що перебувають у розпорядженні організацій охорони здоров'я, спрямовуються на забезпечення державних гарантій доступу до безоплатної медичної допомоги [47].

Ефективність державного регулювання галузі охорони здоров'я значною мірою залежить від принципів, на яких базується менеджмент у цій сфері. Дані принципи класифікуються на дві великі групи – загальні та специфічні, кожна з яких відіграє важливу роль у формуванні стратегій і механізмів управлінського впливу. До загальних принципів державного управління у сфері охорони здоров'я належать такі засади, які відображають фундаментальні підходи до організації медичної системи та забезпечення її цілісності. Передусім ідеться про необхідність створення інституційно ефективної структури, включно з її нормативно-правовим супроводом, яка забезпечує поступовий перехід від моделі витратного управління до управління за результатами. Центральною цінністю є забезпечення рівного доступу громадян до якісної та безпечної медичної допомоги, яка має надаватися безоплатно в обсязі, гарантованому державою. У межах загальних принципів також акцентується необхідність формування соціальної відповідальності з боку всіх учасників системи охорони здоров'я, активне впровадження профілактичних заходів, а також зміцнення епідеміологічної

безпеки населення. Важливим чинником виступає спадкоємність дій між медичними закладами різних рівнів, що забезпечує цілісність надання допомоги. Нарешті, охорона здоров'я розглядається не лише як соціальний, а й як безпековий пріоритет, зокрема в частині регулювання якості лікарських засобів та збереження здоров'я населення як складової національної безпеки.

У той же час конкретизовані принципи державного менеджменту орієнтовані на функціональну реалізацію політик у межах адміністративної практики. Вони передбачають, зокрема, розроблення чітких адміністративних регламентів, які деталізують механізми надання державних і комунальних послуг у сфері охорони здоров'я. До таких принципів також належить урахування соціально-демографічних та економічних тенденцій при плануванні розвитку системи медичного забезпечення. Значну увагу приділено створенню ефективного механізму вирівнювання фінансового забезпечення територіальних програм у межах гарантованих державою медичних послуг, що реалізується на основі нормативних показників.

Крім того, специфічні принципи включають підвищення відповідальності учасників системи охорони здоров'я за виконання функцій та досягнення результатів; впровадження інституцій управління якістю медичних послуг; розвиток конкурентного середовища у сфері медичного обслуговування. Останнє передбачає створення умов для вільного вибору пацієнтом медичної установи або лікаря, забезпечення прозорості інформації про діяльність медичних і страхових організацій, а також залучення до державного регулювання представників усіх організаційно-правових форм медичних установ [19].

У країнах з високим рівнем розвитку соціальна політика у сфері охорони здоров'я не втрачає своєї актуальності, проте трансформується відповідно до сучасних викликів. Зокрема, вона орієнтується на підвищення ефективності управлінських рішень, акцентуючи увагу на створенні механізмів договірного регулювання і впровадженні ринкових підходів для досягнення соціально значущих цілей. Така модель спрямована на підвищення якості медико-

санітарної допомоги, збереження здоров'я населення та задоволення зростаючих суспільних очікувань щодо медичних послуг [31].

Функція держави в контексті управління системою охорони здоров'я ґрунтується на її винятковій спроможності координувати діяльність усіх учасників галузі для забезпечення стратегічних соціальних результатів. Саме вона володіє необхідними ресурсами та інструментами для прогнозування динаміки захворюваності, а також для формування ефективного попереджувального впливу через механізми вакцинації, просвітницькі кампанії, підтримку санітарної безпеки.

По-перше, тільки на макрорівні можливо здійснювати точні прогнози обсягів захворюваності та витрат на лікування, що дозволяє формувати державне замовлення на конкретні види медичної допомоги в певних обсягах. Це, своєю чергою, забезпечує системний підхід до профілактики й охорони здоров'я загалом. По-друге, притаманна ринку медичних послуг асиметрія інформації компенсується через механізми державної акредитації, ліцензування та сертифікації. Вказані процедури гарантують контроль якості та доброчесності постачальників послуг, а також забезпечують надійність державного замовлення, яке розміщується лише в перевірених закладах [47]. По-третє, у відповідь на зловживання щодо цін на лікарські засоби та обладнання, викликані низькою еластичністю попиту, держава застосовує інструменти тендерних закупівель і конкурсного відбору, що дозволяє регулювати ринок і запобігати спекуляціям. По-четверте, наявність олігополістичної структури в деяких сегментах медичного ринку вимагає використання антимонопольних заходів, які обмежують надмірну концентрацію впливу окремих гравців. По-п'яте, реалізація конституційного права на охорону здоров'я не повинна призводити до надмірної соціальної залежності. Тому держава чітко визначає обсяги безоплатної допомоги, ранжуючи доступ до неї за категоріями громадян і ступенем соціальної вразливості, що дозволяє зберігати баланс між соціальною відповідальністю та економічною доцільністю [20].

Таким чином, система охорони здоров’я, як ключовий елемент соціальної сфери, повинна залишатися в центрі пріоритетів державної політики. Адже кожен недолік у її функціонуванні безпосередньо впливає на добробут громадян. В українських умовах значення галузі підкріплюється також положеннями Стратегії національної безпеки, яка визначає розвиток людського капіталу та модернізацію охорони здоров’я як фундаментальні компоненти зміцнення державності. Основним призначенням сучасного менеджменту у сфері охорони здоров’я є збереження, підтримка й відновлення фізичного потенціалу нації. Завдяки зниженню рівня смертності, інвалідності та захворюваності він створює умови для підвищення продуктивності праці, що безпосередньо впливає на зростання національного доходу та загального добробуту. Високий рівень громадського здоров’я, у свою чергу, виступає індикатором соціально-економічного благополуччя країни. І саме держава, яка має у своєму розпорядженні повний спектр адміністративних, правових і економічних важелів, здатна ефективно реагувати на виклики та формувати стабільну політику в сфері охорони здоров’я. У цьому контексті роль державного управління залишається провідною.

2.2. Ключові проблеми публічного управління у медичній сфері на етапі реформування

У період активних трансформацій медичної галузі в Україні публічне управління постає перед низкою стратегічних і тактичних викликів, що значною мірою впливають на якість реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я. Незважаючи на започатковані зміни в контексті переходу до фінансування за принципом “гроші йдуть за пацієнтом”, держава досі стикається з рядом труднощів, які обумовлюють низьку ефективність управлінських рішень і функціональну розбалансованість галузі. Однією з центральних проблем, що істотно ускладнює реалізацію публічного управління у медичній сфері, є інституційна фрагментація та недостатня

координація між різними рівнями державного управління. Незважаючи на формальну децентралізацію повноважень, на практиці система управління зберігає риси командно-адміністративного підходу, що сформувався ще у попередні десятиліття. У багатьох випадках функції прийняття рішень залишаються зосередженими на рівні центральних органів влади, що створює дисбаланс між реальними потребами місцевих громад та управлінськими рішеннями, прийнятими “зверху”.

Вказана надмірна централізація повноважень породжує низку адміністративних викликів, пов’язаних із дублюванням функцій різними органами виконавчої влади, неузгодженістю рішень та відсутністю чітких процедур делегування відповідальності [53]. Наприклад, управлінські дії Міністерства охорони здоров’я нерідко перетинаються з ініціативами органів місцевого самоврядування, що призводить до конкуренції за ресурси, неефективного використання бюджетних коштів та втрати керованості на місцях.

Відсутність єдиного управлінського центру, здатного координувати дії на горизонтальному та вертикальному рівнях, створює “управлінський вакуум”, у якому важливі рішення або не приймаються своєчасно, або реалізуються з порушенням логіки комплексного розвитку галузі. Крім того, невизначеність у компетенціях та обмеженість механізмів взаємодії між МОЗ [27], Національною службою здоров’я України [29], місцевими адміністраціями та лікувальними установами призводить до неузгодженості у реалізації медичних програм, закупівлі послуг, організації надання допомоги.

Наслідком такої управлінської фрагментації є зниження якості стратегічного планування та послаблення можливостей для сталого розвитку медичної сфери. У сучасних умовах реформування охорони здоров’я Україна потребує не лише формальної перебудови адміністративних структур, а й створення дієвих механізмів міжсекторальної координації, підкріплених функціональним розподілом відповідальності, прозорими регламентами взаємодії та цифровими інструментами управління, що дозволять долати

управлінську розпорошеність і підвищити ефективність публічного менеджменту в медичній сфері.

Крім організаційної недосконалості, вагомим обмежувальним чинником ефективного публічного управління в медичній сфері залишається хронічне недофінансування. Попри загальне збільшення обсягу державного фінансування у рамках медичної реформи, реальні бюджетні надходження залишаються недостатніми для забезпечення повноцінної реалізації стратегічних цілей галузі. Існує істотний розрив між задекларованими стандартами та фактичними фінансовими можливостями держави, що зумовлює нездатність системи охопити всі заплановані напрями розвитку. Особливо гостро проблема фінансової неспроможності проявляється на регіональному рівні, де спостерігається нерівномірний розподіл ресурсів та залежність медичних установ від місцевих бюджетів. У сільських районах і малих містах дефіцит фінансування поєднується з браком кваліфікованих кадрів, що ускладнює навіть базове функціонування закладів охорони здоров’я [37]. Окреслене створює глибоку диспропорцію в доступі до якісної медичної допомоги між центром і периферією.

Низький рівень матеріально-технічного забезпечення, застаріле обладнання, брак сучасних технологій і медикаментів є характерними ознаками переважної більшості державних медичних закладів. Такий стан речей не лише знижує якість діагностики та лікування, а й негативно впливає на мотивацію медичних працівників і довіру громадян до системи охорони здоров’я загалом. В умовах, коли фінансових ресурсів недостатньо навіть для покриття поточних потреб, говорити про інноваційний прорив або модернізацію інфраструктури стає вкрай складно. Відтак, фінансове забезпечення системи охорони здоров’я вимагає не лише збільшення обсягів фінансування, але й впровадження нових підходів до розподілу бюджетних ресурсів, орієнтованих на ефективність, потреби населення та регіональну справедливість. Без таких змін зусилля з реформування залишатимуться

фрагментарними й не зможуть забезпечити ані рівномірного доступу до послуг, ані справжнього підвищення їхньої якості.

Не менш серйозним викликом для публічного управління в медичній сфері є критичний стан кадрового забезпечення, який значною мірою стримує реалізацію реформ та оновлення системи охорони здоров'я. Незважаючи на постійні заяви про важливість людського ресурсу в цій галузі, модель підготовки та розподілу медичних працівників залишається застарілою та не відповідає реальним потребам практики. Виникає перевантаження окремих ланок, передусім первинної медичної допомоги, у той час як спеціалізовані напрями або окремі регіони потерпають від гострої нестачі кадрів [33].

Особливо помітним є кадровий дисбаланс у сільській місцевості, де забезпечення кваліфікованими медичними працівниками вже давно перетворилося на хронічну проблему. Молоді фахівці не зацікавлені працювати в умовах низького рівня оплати праці, відсутності житлових програм та мінімальної професійної перспективи [42]. Вказане зумовлює не лише недостатню кількість лікарів і медичних сестер у регіонах, а й істотну нерівність у доступі до базових медичних послуг між міським і сільським населенням.

Ще одним гострим аспектом є відтік професійних кадрів до приватного сектору, де умови праці, заробітна плата та кар'єрні перспективи значно привабливіші. Крім того, чимало медиків обирають міграцію за кордон, шукаючи кращої професійної реалізації та вищих стандартів життя. У результаті, державна система змушена функціонувати в умовах постійного дефіциту кваліфікованого персоналу, що не лише знижує ефективність медичної допомоги, а й ускладнює реалізацію будь-яких інституційних змін. Окрема увага має бути приділена проблемі управлінської спроможності. Керівники закладів охорони здоров'я на місцях часто не володіють сучасними управлінськими інструментами, не мають достатньої компетентності у питаннях стратегічного планування, економіки охорони здоров'я чи управління проєктами. У поєднанні з низьким рівнем діджиталізації та

відсутністю практик прозорого адміністрування це створює бар'єри для ефективної реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на локальному рівні.

Серед критичних викликів реформування медичної сфери в Україні варто виокремити проблему низької довіри населення до системи охорони здоров'я. Незважаючи на численні інституційні ініціативи, суспільна думка залишається скептичною щодо якості, справедливості та доступності медичних послуг, що створює відчутну соціальну напругу. Брак довіри ускладнює реалізацію будь-яких управлінських змін, знижує ефективність комунікації з громадськістю та обмежує залучення громадян до процесу прийняття рішень. Однією з головних причин такого стану речей є непрозорість управлінських процесів у медичній галузі. Громадськість рідко має доступ до відкритої та зрозумілої інформації про прийняті рішення, розподіл ресурсів або логіку впровадження реформ. Вказане породжує підозри щодо корупційних ризиків, неефективного використання бюджетних коштів і формального характеру змін, що дискредитує саму ідею державного управління в очах пацієнтів.

Окремої уваги заслуговує відсутність дієвих механізмів зворотного зв'язку між пацієнтами та медичними закладами. Громадяни не завжди мають можливість впливати на якість обслуговування, подавати скарги чи отримувати обґрунтовані відповіді щодо порушення їхніх прав. Відсутність інтерактивних платформ і слабка інституційна культура відкритості лише посилюють дистанцію між пацієнтом і системою охорони здоров'я [40]. Крім того, на рівні практичного функціонування системи особливо проблемною є ситуація з непрозорістю у фінансових потоках: від розподілу бюджетних коштів і цільових програм до ліцензування та фінансування конкретних медичних установ. Нечіткість процедур і закритість даних про витрати ускладнюють контроль як з боку громадськості, так і з боку регуляторів. Як наслідок, формується середовище, у якому домінують тіньові схеми,

неформальні платежі та нерівний доступ до послуг, що лише поглиблює суспільне розчарування

Особливу увагу в контексті модернізації публічного управління у медичній сфері слід приділити проблематиці цифрової трансформації. Упровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth) мало стати каталізатором підвищення прозорості, оперативності та ефективності медичних послуг, однак на практиці цей процес супроводжується низкою системних бар'єрів, які істотно знижують очікувану результативність цифрових рішень. Поширеною проблемою є технічна нестабільність eHealth, яка проявляється у перебоях доступу до баз даних, некоректній роботі функціоналу, дублюванні інформації або її частковій втраті. Вказане не лише ускладнює документообіг, а й створює ризики для пацієнтів, коли мова йде про невчасне оновлення медичних записів, рецептів або направлень. Подібні технічні вади суттєво знижують рівень довіри до цифрової платформи як серед медиків, так і серед користувачів.

Окремим викликом виступає відсутність уніфікованих стандартів цифрових послуг у сфері охорони здоров'я, що призводить до фрагментованості цифрових рішень, несумісності локальних інформаційних систем та неузгодженості між різними закладами [44]. Така ситуація унеможливлює побудову цілісного цифрового середовища, в якому пацієнт міг би отримати повний спектр медичних послуг без надмірного дублювання процедур або втрати даних при зміні медичного закладу.

Суттєвим стримуючим чинником також є недостатня цифрова компетентність медичного персоналу. Наявність елементарних технічних навичок не гарантує ефективної взаємодії з електронною системою, особливо в умовах постійних оновлень функціоналу. Водночас на регіональному рівні впровадження цифрових інструментів здійснюється нерівномірно, що посилює міжтериторіальну нерівність у доступі до сучасного медичного сервісу [46]. Таким чином, цифрова трансформація охорони здоров'я вимагає не лише технічної модернізації, а й системної підготовки кадрів, нормативного

супроводу та регіонального вирівнювання. Доречно далі звернути увагу на табл. 2.1, яка систематизує ключові проблеми публічного управління у медичній сфері на етапі реформування, розкриваючи їх зміст, специфіку прояву та управлінські виклики, які вони зумовлюють.

Таблиця 2.1.

Ключові проблеми публічного управління у медичній сфері на етапі реформування

№	*Ключова проблема*	*Суть проблеми*
1	Фрагментація управлінських структур.	Відсутність чіткого розподілу повноважень між органами влади; дублювання функцій; надмірна централізація управління.
2	Недофінансування галузі охорони здоров'я.	Хронічна нестача бюджетного фінансування; обмеженість коштів на заробітні плати, медикаменти, обладнання, модернізацію.
3	Кадровий дефіцит та відтік медичних працівників.	Міграція кваліфікованих кадрів у приватний сектор або за кордон; дефіцит фахівців у сільських і віддалених регіонах.
4	Низький рівень довіри до системи охорони здоров'я.	Недостатня прозорість у прийнятті рішень, слабкий зворотний зв'язок із громадянами; нерівний доступ до якісної допомоги.
5	Труднощі цифрової трансформації.	Повільне впровадження електронних інструментів; низький рівень цифрової грамотності персоналу; фрагментарність змін.

Сформовано автором на основі аналізу джерел [33; 37; 40; 42; 44; 46].

Отже, ключові проблеми публічного управління у медичній сфері охоплюють як системні, так і управлінські компоненти. Вони виявляються у неефективному використанні ресурсів, дефіциті управлінської компетентності, непослідовності реформ, а також у відсутності комплексного бачення щодо досягнення балансу між соціальною функцією держави та ринковими механізмами, які почали активно впроваджуватись у галузі. Для подолання зазначених проблем необхідне стратегічне переосмислення підходів до управління, формування ефективної багаторівневої системи взаємодії суб'єктів влади та посилення аналітичного і прогнозного компонентів при прийнятті рішень.

Висновки до другого розділу

1. Визначено механізми державного регулювання галузі охорони здоров'я: сучасні практики. Встановлено, що держава відіграє ключову роль у забезпеченні стабільності, доступності та якості медичних послуг шляхом формування цілісної системи управлінських, економічних і правових важелів впливу. Сучасна практика демонструє тенденцію до переходу від жорсткого адміністративного управління до більш гнучких моделей, які поєднують стратегічне планування, фінансове стимулювання, нормативне регулювання й підтримку публічно-приватного партнерства з метою підвищення ефективності надання медичної допомоги та задоволення потреб населення.

2. Узагальнення ключових проблем публічного управління в медичній сфері на етапі реформування засвідчило, що основними викликами залишаються: незбалансованість повноважень між рівнями управління, нестача фінансових і кадрових ресурсів, низька управлінська спроможність на місцях, фрагментарність цифрових ініціатив та обмежена довіра громадян до системи. Сукупність цих чинників гальмує ефективне впровадження реформ і потребує комплексного перегляду механізмів державного регулювання в галузі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

3.1. Напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах реформування

Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах реформування має ґрунтуватися на цілісному підході до вирішення системних проблем, що накопичувалися упродовж десятиліть. Розвиток ефективної системи управління повинен охоплювати як інституційний рівень, так і рівень практичної реалізації політик у межах територіальних громад, закладів охорони здоров'я та професійних спільнот. Одним із ключових напрямів модернізації публічного управління у сфері охорони здоров'я є поступове впровадження принципів децентралізації, що передбачає передачу частини управлінських повноважень від центральних органів влади до місцевих. Такий підхід дозволяє не лише адаптувати управлінські рішення до особливостей конкретних регіонів, а й значно підвищити оперативність реагування на локальні виклики у медичній галузі. Особливо актуальним є питання фінансової автономії територіальних громад, яка відкриває можливість самостійного розподілу бюджетних коштів з урахуванням пріоритетів конкретного регіону.

Забезпечення реальної автономії місцевих органів самоврядування у питаннях планування та реалізації місцевих програм охорони здоров'я, кадрової політики та розвитку інфраструктури медичних закладів сприятиме підвищенню адресності та релевантності управлінських рішень. У цьому контексті важливу роль відіграє розвиток управлінського потенціалу на місцях − зокрема, здатності місцевих управлінців працювати з фінансовими інструментами, проводити стратегічне планування та управляти проєктами. Водночас передача повноважень на нижчі рівні управління має

супроводжуватись створенням чітких механізмів підзвітності та моніторингу, аби уникнути нецільового або неефективного використання ресурсів [48]. Встановлення прозорих процедур аудиту, регулярне оприлюднення звітності, впровадження електронних систем контролю витрат − усе це є запорукою формування довіри до органів влади та ефективного використання публічних коштів.

У цілому, децентралізація в охороні здоров'я розглядається як стратегічно важливий інструмент, який за умов належного нормативного та інституційного супроводу здатен не лише зміцнити управлінську спроможність регіонів, а й сприяти зменшенню дисбалансів у доступі до медичних послуг між центром і периферією.

Другим важливим напрямом удосконалення публічного управління в медичній сфері є інституційне посилення управлінського персоналу, що передбачає цілеспрямовану модернізацію системи професійної підготовки та розвитку кадрів, залучених до управлінських процесів. У сучасних умовах стрімких змін і трансформацій особливої актуальності набуває необхідність формування нової генерації управлінців, здатних ефективно реалізовувати державну політику в галузі охорони здоров'я, орієнтуючись на принципи стратегічного мислення, інноваційності та відкритості до змін. Реформування освітніх програм і тренінгових курсів має ґрунтуватися на запровадженні компетентнісного підходу, який дозволить майбутнім і діючим управлінцям опанувати не лише адміністративні та правові засади функціонування галузі, а й практичні навички у сфері стратегічного планування, кризового менеджменту, антикризових комунікацій, управління людськими ресурсами та цифрової трансформації [15]. Особлива увага повинна приділятися формуванню лідерських компетентностей, здатності до ефективного прийняття рішень в умовах невизначеності, розвитку командної взаємодії та орієнтації на результат.

Крім того, важливо забезпечити системну підтримку безперервного професійного розвитку керівного персоналу в охороні здоров'я, створивши

механізми обов’язкового оновлення знань та навичок відповідно до новітніх підходів у сфері охорони здоров’я, управління проєктами, фінансової децентралізації та цифрової трансформації. Підвищення кваліфікації має супроводжуватися сертифікацією, оцінкою ефективності управлінської діяльності та створенням мотиваційних умов для кар’єрного зростання. Загалом, інституційне зміцнення управлінських кадрів є необхідною передумовою ефективного реформування медичної галузі, що дозволить забезпечити стале функціонування системи охорони здоров’я навіть в умовах глибоких структурних змін.

Наступною пріоритетною сферою удосконалення публічного управління у медичній сфері є розвиток електронного врядування та повноцінна цифрова трансформація управлінських процесів. У сучасному інформаційному суспільстві ефективність управління значною мірою визначається здатністю органів влади оперативно обробляти великі обсяги даних, забезпечувати безперервний доступ до актуальної інформації та приймати обґрунтовані рішення на основі цифрових аналітичних платформ. У цьому контексті запровадження та вдосконалення електронної системи охорони здоров’я (eHealth) виступає не просто технічним нововведенням, а стратегічним напрямом розвитку публічного управління.

Забезпечення стабільного функціонування eHealth передбачає не лише технічну модернізацію, а й подолання організаційних та кадрових бар’єрів, що гальмують цифрову трансформацію в медичних закладах, особливо на рівні первинної ланки. Уніфікація цифрових стандартів, що стосуються зберігання, обміну та захисту медичних даних, має стати основою формування єдиного цифрового простору в системі охорони здоров’я, який забезпечуватиме безперебійну взаємодію між усіма учасниками − від місцевих лікарень до центральних органів виконавчої влади.

Інтеграція державних та галузевих реєстрів, зокрема реєстрів пацієнтів, медичних працівників, ліцензованих закладів та постачальників послуг, дозволить створити аналітичну базу, яка стане підґрунтям для обґрунтованого

прийняття управлінських рішень [33]. Використання сучасних інструментів бізнес-аналітики (BI-рішень), прогнозного моделювання та візуалізації даних може значно підвищити оперативність і якість управління як на державному, так і на регіональному рівнях. В цілому, цифрова трансформація повинна розглядатися не як допоміжний напрям реформи, а як фундаментальна умова для досягнення прозорості, підзвітності та підвищення ефективності системи охорони здоров'я загалом.

Необхідним кроком для підвищення ефективності публічного управління у сфері охорони здоров'я є комплексна оптимізація фінансового менеджменту. Насамперед ідеться про перегляд підходів до розподілу та використання фінансових ресурсів, що має ґрунтуватися не на утриманні установ, а на досягненні конкретних результатів у покращенні здоров'я населення. Запровадження програмно-цільового методу формування бюджетів дозволить орієнтувати фінансування на реальні пріоритети державної політики, чітко визначаючи очікувані результати та критерії їх оцінки. Удосконалення механізмів медичного фінансування має передбачати більш гнучку систему тарифікації медичних послуг, що забезпечуватиме фінансову сталість закладів охорони здоров'я й дозволить уникати практики формального виконання планових показників без урахування реальної потреби пацієнтів. Одночасно з цим особливу увагу слід приділити прозорості у сфері закупівель: створення єдиних електронних реєстрів, публічний моніторинг процедур та широке залучення громадськості можуть значно знизити ризики корупції та підвищити довіру до системи.

Важливим елементом оптимізації фінансового управління є розвиток державно-приватного партнерства. Залучення приватних інвесторів, зокрема у сферу будівництва, технологічного переоснащення чи управління окремими напрямами медичних послуг, може забезпечити додаткові ресурси та нові управлінські підходи, не порушуючи при цьому соціального спрямування медицини. Для цього необхідно створити чітку нормативну базу, гарантії прав інвесторів та механізми ефективного контролю за якістю послуг, які

надаються в рамках партнерських проєктів. Загалом орієнтація фінансових рішень на досягнення стратегічних результатів, а не на формальне “освоєння” коштів, є однією з ключових умов переходу до сучасної моделі публічного управління у сфері охорони здоров’я, що відповідає потребам громадян та викликам сучасності.

Варто також наголосити на необхідності посилення міжсекторальної взаємодії, яка має стати важливим напрямом удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров’я. Проблеми громадського здоров’я не можна вирішити виключно в межах медичної системи − вони значною мірою обумовлені соціальними, освітніми, економічними та екологічними чинниками. Саме тому ефективне управління передбачає створення інтегрованих моделей взаємодії між охороною здоров’я, соціальними службами, системою освіти, муніципальними структурами та неурядовими організаціями [38]. Такий підхід дозволяє не лише оперативніше реагувати на виклики, пов’язані зі здоров’ям населення, а й забезпечити профілактичну спрямованість у роботі з групами ризику, підвищуючи стійкість суспільства до соціальних і медичних загроз.

Інтеграція між секторами також вимагає змін у моделі управління – зокрема, переходу від вертикального адміністрування до мережевих, координаційно узгоджених рішень, які передбачають розподіл відповідальності між різними структурами. Вказане потребує розробки нових нормативних підходів, координаційних механізмів і систем оцінки ефективності міжсекторальної взаємодії. Особливої уваги заслуговує досвід розвинених країн, де системи охорони здоров’я все частіше функціонують у межах міжвідомчих платформ і партнерських альянсів, орієнтованих на досягнення соціальних результатів.

Окремим пріоритетом має стати розвиток механізмів залучення громадянського суспільства до процесу прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров’я. Формування та функціонування пацієнтських організацій, консультативних і наглядових рад при органах державної влади,

громадських експертних платформ є надзвичайно важливим для формування двостороннього діалогу між владою та громадянами [45]. Впровадження електронних інструментів участі, зокрема систем електронних петицій, онлайн-консультацій, відкритих форумів щодо оцінки якості медичних послуг, дозволяє створити ефективні канали зворотного зв'язку з пацієнтами.

Залучення громадськості не лише сприяє прозорості, а й дозволяє враховувати реальні потреби користувачів медичних послуг при формуванні політик, підвищуючи легітимність і підтримку державних рішень. Такий підхід створює передумови для переходу до сервісно-орієнтованої моделі управління, де пацієнт розглядається як активний суб'єкт, а не як пасивний отримувач послуг. Для систематизації основних напрямів вдосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах реформування доцільно звернутись до табл. 3.1, у якій узагальнено ключові вектори модернізації галузі.

Таблиця 3.1.

Напрями вдосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах реформування

№	Напрям удосконалення	Зміст та очікувані результати
1	Децентралізація управлінських функцій.	Передача повноважень на місця; посилення відповідальності місцевої влади за управління галуззю.
2	Підвищення управлінської компетентності.	Розвиток навичок стратегічного планування, економіки охорони здоров'я, цифрових компетенцій.
3	Розширення цифрової трансформації.	Уніфікація електронних систем, стабільна робота eHealth, цифровий документообіг, аналітика даних.
4	Оптимізація фінансування.	Програмно-результатне бюджетування, прозорість закупівель, розвиток державно-приватного партнерства.
5	Посилення міжсекторальної взаємодії.	Інтеграція з освітніми, соціальними службами, профілактична спрямованість.
6	Розвиток участі громадськості.	Діалог з пацієнтами, інструменти е-демократії, посилення прозорості та зворотного зв'язку

Складено на основі аналізу джерел [15; 33; 38; 45].

Таким чином, стратегічне вдосконалення публічного управління охороною здоров'я має включати не лише зміни у нормативно-правовій сфері,

а й поглиблену інституційну трансформацію, яка враховує сучасні виклики, потреби населення та можливості цифрової епохи. Така трансформація повинна передбачати не просто адаптацію існуючих структур до нових умов, а формування цілісної моделі управління, здатної забезпечити ефективну децентралізацію, розвиток управлінського потенціалу, інтеграцію міжсекторальних ресурсів та впровадження інноваційних підходів до фінансування, планування й оцінювання результатів. Крім того, важливим чинником модернізації є активне залучення громадянського суспільства до управлінських процесів, що дозволить підвищити рівень довіри до системи охорони здоров'я, посилити прозорість прийняття рішень і сформувати ефективний механізм зворотного зв'язку. Тільки за умови скоординованої дії держави, органів місцевого самоврядування, медичних установ, громадських організацій та самих громадян можливо сформувати гнучку, стійку та соціально орієнтовану систему публічного управління, яка відповідатиме сучасним стандартам якості життя й охорони здоров'я.

3.2. Рекомендації щодо підвищення ефективності реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я

Підвищення ефективності реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я потребує цілісного та системного підходу, що враховує сучасні виклики реформування галузі, динаміку соціальних змін, фінансові обмеження та зростаючі очікування суспільства щодо якості медичних послуг. Рекомендації у цьому контексті мають бути спрямовані як на стратегічний рівень державного управління, так і на тактичну реалізацію політики на місцях. Одним із базових кроків має стати перегляд підходів до формування державних стратегічних документів у сфері охорони здоров'я. Стратегічне планування має ґрунтуватися на комплексному аналізі реальних даних щодо стану здоров'я населення, доступності медичних послуг, кадрового потенціалу та інфраструктурних можливостей регіонів. Недостатньо декларативних цілей

− документи повинні враховувати практичні обмеження, бути адаптивними до швидких змін, мати чітко прописані етапи реалізації, систему моніторингу та оцінювання результатів.

Важливим аспектом є міжгалузева інтеграція стратегій охорони здоров'я з іншими напрямами державної політики. Зокрема, ефективна медична реформа неможлива без злагодженої взаємодії з освітньою сферою (яка забезпечує якісну підготовку кадрів), соціальною політикою (що формує середовище для підтримки вразливих груп), цифровізацією (яка розкриває потенціал для електронного управління та аналітики). Така інтеграція дозволяє не лише уникнути дублювання функцій та неузгоджених рішень, але й посилює синергію між секторами, що критично важливо у кризових ситуаціях.

Окрему увагу варто приділити удосконаленню процедур розроблення та затвердження стратегічних документів. Участь професійної спільноти, представників громадськості, науковців та місцевих адміністрацій повинна стати обов'язковою складовою процесу. Вказане сприятиме підвищенню легітимності політичних рішень, адаптації стратегій до реальних умов та потреб конкретних територій, а також створить умови для формування спільної відповідальності всіх учасників за їхнє впровадження.

Необхідно також забезпечити сталість політики у сфері охорони здоров'я шляхом впровадження механізмів інституційної пам'яті, які б гарантували безперервність реформ незалежно від змін політичної кон'юнктури. Така сталість передбачає формування системи, в якій основні стратегічні орієнтири, цілі та пріоритети не переглядаються щоразу зі зміною керівництва, а оновлюються на основі доказової бази, емпіричних результатів та з урахуванням зовнішніх викликів.

Інституційна пам'ять повинна передбачати створення постійно діючих експертних рад, спроможних накопичувати, аналізувати та передавати управлінський досвід. Крім того, доцільно закріплювати основні етапи реалізації державних політик у вигляді довгострокових планів дій із

визначеними індикаторами успішності та етапами проміжного контролю [46]. Такі підходи сприяють не лише системності, а й підвищують довіру до держави як до стабільного партнера у галузі охорони здоров'я. У результаті, інституційна сталість державної політики в медичній сфері дозволить не лише уникнути політизації реформ, але й забезпечити їх завершення та поступове вдосконалення. Вказане створює передумови для прогнозованого розвитку галузі, узгодження рішень на всіх рівнях управління та збереження ресурсної, кадрової та нормативної спадкоємності, необхідної для досягнення довгострокових результатів.

На рівні реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я особливої актуальності набуває впровадження дієвої системи зворотного зв'язку та моніторингу. Її головна функція полягає у своєчасному виявленні слабких місць у наданні медичних послуг, що потребують корекції управлінських рішень. Регулярне опитування пацієнтів щодо якості обслуговування, доступності послуг, ставлення медичного персоналу та загального рівня задоволеності медичною допомогою є одним із ефективних інструментів формування реалістичної картини функціонування системи.

Важливу роль у цьому процесі мають відігравати громадські організації, асоціації пацієнтів, професійні медичні спільноти, які можуть виступати незалежними суб'єктами оцінювання. Їхня участь забезпечує додаткову легітимність результатам моніторингу та формує публічний контроль над діяльністю медичних установ і управлінських структур. Крім того, систематичний аудит ефективності використання державних коштів дозволяє оцінювати не лише фінансову дисципліну, а й результативність інвестованих ресурсів щодо досягнення цілей політики. Окреме місце у системі зворотного зв'язку мають посісти показники досягнення встановлених індикаторів ефективності. Їхній аналіз дозволяє не просто фіксувати відхилення, а й будувати прогнозні моделі розвитку ситуації, які дадуть змогу запроваджувати превентивні рішення. Таким чином, ефективна система моніторингу та зворотного зв'язку не лише сприяє покращенню якості управління, а й

підвищує рівень відкритості, прозорості та громадської довіри до державної політики в медичній сфері.

Професійна підготовка управлінського персоналу в галузі охорони здоров'я є ключовим фактором успішної реалізації реформ, тому вимагає системного та цілеспрямованого підходу з боку держави. Одним із пріоритетних завдань має стати створення національної системи безперервного навчання, орієнтованої на практичні управлінські потреби та адаптованої до динаміки змін у сфері охорони здоров'я. Така система повинна передбачати регулярне оновлення знань управлінців, що працюють як у центральних органах виконавчої влади, так і в закладах охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях [15]. Програми професійного розвитку мають включати модулі зі стратегічного планування, антикризового управління, організації проєктної діяльності, лідерства, управління змінами, цифровізації управлінських процесів, а також інструментів ефективної комунікації з громадськістю.

Не менш важливо забезпечити інтеграцію навчальних програм із сучасними кейсами та реальними викликами галузі, щоб управлінці отримували практичні інструменти для ухвалення рішень у складних і динамічних умовах. Окрему увагу необхідно приділити підвищенню управлінського потенціалу керівників медичних закладів, зокрема в контексті автономізації лікарень, переходу до нових механізмів фінансування, контрактування з Національною службою здоров'я України та запровадження електронного документообігу. Таким чином, інвестування у професійну підготовку управлінських кадрів є не лише питанням підвищення їхньої кваліфікації, а й передумовою системної трансформації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Фінансова стабільність системи охорони здоров'я є визначальною умовою для довгострокового та ефективного функціонування державної політики в цій сфері. Для цього доцільним є впровадження програмно-цільового бюджетування, що передбачає встановлення конкретних

результативних показників, за якими буде оцінюватися ефективність витрачання бюджетних коштів. Такий підхід дозволяє не лише планувати фінансові ресурси, виходячи з досягнення очікуваних результатів, а й виявляти слабкі ланки у фінансуванні. Водночас важливо активно залучати додаткові ресурси поза межами державного бюджету − зокрема, інвесторів через механізми державно-приватного партнерства, міжнародну технічну та фінансову допомогу, благодійні і цільові фонди.

У сучасних умовах цифрова трансформація має стати не просто допоміжним інструментом, а фундаментом нової моделі управління у сфері охорони здоров'я. Насамперед, це стосується модернізації електронної системи охорони здоров'я (eHealth), зокрема її стабільного функціонування, розширення функціоналу та інтеграції з іншими державними цифровими платформами. Ефективне використання інформаційно-аналітичних систем дозволяє не лише автоматизувати облік ресурсів, медичних послуг, персоналу та звітності, а й здійснювати оперативний моніторинг реалізації політики в режимі реального часу.

Цифровізація управлінських процесів створює можливість для прозорого контролю за реалізацією реформ, оптимізації ресурсного забезпечення та удосконалення комунікації між усіма суб'єктами публічного управління в галузі охорони здоров'я [33]. Такий підхід також сприяє зміцненню підзвітності державних структур перед громадянами, підвищенню довіри до інституцій та скороченню корупційних ризиків. У підсумку, поєднання фінансової стабільності з цифровою ефективністю створює базис для сталого розвитку галузі. Далі, слід звернути увагну на табл. 3.2, де узагальнено рекомендації, що охоплюють стратегічне, кадрове, фінансове та цифрове забезпечення системи.

Таблиця 3.2.

Рекомендації щодо підвищення ефективності реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я

№	*Напрям*	*Рекомендації*
1	Стратегічне планування.	– формування національної стратегії розвитку охорони здоров'я з урахуванням регіональних потреб; – підвищення якості нормативно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я.
2	Кадрова політика та управлінський потенціал.	– впровадження програм безперервного навчання управлінців у сфері охорони здоров'я; – створення системи професійної сертифікації для керівного складу медичних закладів.
3	Фінансове забезпечення.	– розробка ефективної моделі розподілу фінансування з орієнтацією на результати; – посилення прозорості та конкурентності при здійсненні державних закупівель
4	Цифровізація управління.	– удосконалення функціонування системи eHealth; – забезпечення єдиного стандарту цифрових даних та доступу до медичних реєстрів.
5	Міжсекторальна взаємодія.	– координація дій між медичними, соціальними, освітніми інституціями; – розробка спільних програм профілактики та здорового способу життя на місцевому рівні.
6	Громадська участь.	– розширення ролі громадськості у формуванні політики через громадські ради; – запровадження механізмів е-демократії для участі громадян у прийнятті рішень.

Таким чином, ефективна реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я потребує не лише комплексного, а й системно інтегрованого підходу, що охоплює всі рівні управління – від формування стратегій до моніторингу їх практичного впровадження. Особливо важливим є налагодження тісної взаємодії між центральними органами влади, місцевими адміністраціями, медичними установами та громадськістю. Вказане дозволить не лише забезпечити узгодженість дій, а й підвищити ефективність реалізованих політик у динамічних умовах реформ. Запропоновані рекомендації спрямовані на удосконалення кожної складової державного управління – від планування й фінансування до цифровізації та людського капіталу. Їхня реалізація дозволить зміцнити інституційну спроможність системи охорони здоров'я, забезпечити прозорість і підзвітність управлінських рішень, а також гарантувати якість і сталість реформ у довгостроковій перспективі.

Висновки до третього розділу

1. У результаті опрацювання визначено основні напрями вдосконалення публічного управління у сфері охорони здоров’я в умовах реформування, які охоплюють як інституційні, так і функціональні аспекти управлінської діяльності. Серед них – децентралізація повноважень, професійний розвиток управлінців, цифровізація процесів, ефективне фінансування, інтеграція із суміжними секторами та активне залучення громадськості – що разом створюють основу для побудови стійкої, адаптивної та орієнтованої на результат системи управління в галузі.

2. У межах дослідження сформульовано практичні рекомендації щодо підвищення результативності реалізації державної політики в галузі охорони здоров’я, які враховують потребу у стратегічному оновленні підходів до управління, зміцненні інституційної спроможності, розвитку цифрових інструментів, вдосконаленні фінансування та налагодженні механізмів громадського контролю. Запропоновані рішення спрямовані на забезпечення стійкого розвитку системи охорони здоров’я, її відкритості, ефективності та відповідності сучасним викликам.

ВИСНОВКИ

Досліджено систему охорони здоров’я як об’єкт дослідження у сфері публічного управління. Дослідження показало, що вона є складною багаторівневою інституційною конструкцією, що функціонує на перетині державного управління, соціального захисту, економічної політики та правового регулювання. Її ефективне функціонування забезпечується через взаємодію державного, комунального та приватного секторів, які координуються уповноваженими органами влади на центральному й місцевому рівнях. Охорона здоров’я виконує низку ключових функцій − від відтворення трудового потенціалу та забезпечення національної безпеки до реалізації гуманістичних цінностей і гарантування прав громадян, що засвідчує її стратегічну роль у сучасній системі публічного управління.

Вивчено організаційні моделі функціонування системи охорони здоров’я: світовий та вітчизняний досвід. Встановлено, що у міжнародній практиці домінують три основні моделі – бюджетна, соціально-страхова та приватна, кожна з яких характеризується унікальним механізмом фінансування, рівнем державної участі та організаційною структурою. У країнах Європи спостерігається тенденція до поєднання ринкових інструментів із жорстким державним контролем, що забезпечує ефективність, конкуренцію та доступність послуг. Україна ж перебуває на етапі трансформації своєї системи охорони здоров’я: від пострадянської бюджетної моделі до більш змішаних підходів, орієнтованих на принципи автономізації закладів, запровадження ринку медичних послуг і поступове впровадження елементів страхування. Вказане створює передумови для формування адаптивної моделі, здатної відповідати як внутрішнім викликам, так і міжнародним стандартам.

Розглянуто механізми державного регулювання галузі охорони здоров’я: сучасні практики. Встановлено, що ключовими механізмами виступають адміністративно-розпорядчі, економічні та нормативно-правові

інструменти, які спрямовані на забезпечення якості, доступності та ефективності медичних послуг. Застосування цих механізмів дозволяє державі здійснювати стратегічне управління галуззю, координувати діяльність усіх учасників системи охорони здоров'я, прогнозувати потреби населення, регулювати ринок медичних послуг і реалізовувати політику соціального захисту.

Узагальнено ключові проблеми публічного управління у медичній сфері на етапі реформування, що дозволило виявити найбільш системні бар'єри ефективного розвитку галузі: надмірну централізацію управлінських повноважень, інституційну фрагментацію, кадровий дефіцит, недосконаліть фінансування, низький рівень цифрової зрілості, а також відсутність прозорих механізмів зворотного зв'язку з пацієнтом; вказані чинники комплексно обмежують реалізацію стратегічних цілей реформ та вимагають цілеспрямованих управлінських рішень на всіх рівнях.

Запропоновано напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах реформування, серед яких ключовими визначено децентралізацію управлінських функцій, посилення інституційного потенціалу управлінців, цифрову трансформацію системи, оптимізацію фінансового управління, зміцнення міжсекторальної взаємодії та розвиток механізмів залучення громадськості. Реалізація вказаних заходів сприятиме підвищенню ефективності, прозорості та соціальної орієнтованості управлінських рішень у медичній сфері.

Надано рекомендації щодо підвищення ефективності реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я, які охоплюють ключові напрями управлінської модернізації: перегляд стратегічного планування, забезпечення інституційної спадкоємності, формування ефективної системи моніторингу та зворотного зв'язку, розвиток професійного потенціалу управлінців, фінансову стійкість галузі та цифрову трансформацію управлінських процесів. Усі запропоновані заходи спрямовані на підвищення

прозорості, результативності та адаптивності державної політики до викликів сучасної системи охорони здоров’я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т. П. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. *Держава та регіони. Серія Державне управління*. 2014. Вип. 2. С. 89-95.

2. Боровець С. Критична ситуація з фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров‘я: цілеспрямований обман або глибокий прорахунок? *Профспілкові вісті* № 25 (1059), червень 2020 р. URL: http://psv.org.ua/arts/region/view-4428.html

3. Борщ В. І. Ринок охорони здоров‘я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління.* Том 19. Вип. 1 (44), 2020 р., с. 140. URL: http://rinek.onu.edu.ua/article/view/198360/201446

4. Бюджетний кодекс України поточна редакція від 29 вересня 2021 р., № 1727-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text

5. Верховна Рада України. *Офіційний вебпортал парламенту України*. URL: https://www.rada.gov.ua/

6. Вовк С. М. Половян Н.С., Вовк Т.В. Особливості трансформації механізмів управління якістю надання медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 3 (26). С. 33-37.

7. Гладун З. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров’я за законодавством України. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2014. № 1 (76). С. 103-111.

8. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров‘я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія: “Юридичні науки”. 2016. № 4. с. 123.

9. Гринчук Ю. С., Шемігон О. І., Вихор М. В. Контроль як функція державного управління: економіко-правова сутність та механізм застосування.

Ефективна економіка. 2019. № 4. URL: http://ojs.dsau.dp.ua/index.php/efektyvnaekonomika/article/view/1898

10. Демченко І.С. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я. Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського. *Серія: Юридичні науки*. 2019. Том 30 (69). No 6. С. 7-13.

11. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. *Офіційний вебпортал.* URL: https://www.dls.gov.ua/

12. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К.: НАДУ, 2013. с. 106.

13. Кабінет Міністрів України. Єдиний вебпортал органів виконавчої влади України. URL: https://www.rada.gov.ua/

14. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід* № 1/2020, с. 161. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf

15. Клименко О. Законодавство у сфері охорони здоров'я: перспективи розвитку. *Економіка та держава*. 2012. № 5. С. 128-130.

16. Книш С. В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. докт. юрид. наук: 12.00.07. Тернопіль, 2019. 36 с.

17. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Подільський науковий вісник. Науки: економіка, педагогіка.* 2018. № 3. с. 170.

18. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент.* 2017. Вип. 24 (2). с. 40. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11

19. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід.* 2018. № 7. С. 46-48.

20. Криничко Л. Р. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. No 3. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2011.

21. Кульгінський Є. А. Процеси євроінтеграції та їх вплив на реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Серія Державне управління.* 2016. Вип. 3. С. 38-42.

22. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2015. Вип. 2. С. 147-159.

23. Ліфінцев О. В. Принципи здійснення контролю у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія "Юридичні науки".* 2015. Вип. 3-2. Том 1. С. 156-159.

24. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Київ: "МП Леся", 2017. 244 с.

25. Міністерство внутрішніх справ України. *Офіційний вебпортал.* URL: https://mvs.gov.ua/

26. Міністерство оборони України. *Офіційний вебпортал.* URL: https://mod.gov.ua/

27. Міністерство охорони здоров'я України: веб-сайт. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/

28. Мотайло О. В. Зарубіжний досвід державного управління у сфері охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. No 9. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1807

29. Офіційний сайт Національної служби здоров'я України. URL: https://ukc.gov.ua/knowdledge/ofitsijnyj-sajt-natsionalnoyi-sluzhby-zdorov-ya-ukrayiny/

30. Павлюк А. П., Ляпін Д. В. Державно-приватне партнерство як механізм активізації інвестиційної діяльності в Україні. *Стратегічні пріоритети*. 2012. №3 (24). С. 38-45.

31. Підгаєць С. В. Механізм державно-приватного партнерства в системі інституціоналізації розвитку національної економіки: дис. канд. екон. наук: 08.00.03. Тернопіль, 2015. 240 с.

32. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. с. 25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7

33. Попова І. А., Андрійко Л. Ю. Проблеми та основні напрями реформування системи охорони здоров'я. *Професійний менеджмент у сучасних умовах розвитку ринку*: матеріали VIII наук. практ. конф. з міжнар. участю, м. Харків, 01 листопада 2019 р. Харків, 2019. с.

34. Приятельчук О. А. Система охорони здоров‘я як механізм реалізації моделі загального добробуту в скандинавському регіоні. *Економіка та суспільство: Мукачівський державний університет.* Електронне наукове фахове видання., № 19, 2018 р., с. 913. URL: http://www.economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/137.pdf

35. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров‘я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу* № 3(57), 2019, с. 163. URL: http://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19- Rovenska.pdf

36. Руснак Л. М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2016. 22 с.

37. Сазонець І. Л., Зима І. Я. Дослідження проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів. *Інвестиції: практика та досвід. 2018.* № 21. с. 110. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/21_2018/22.pdf

38. Слабкий Г. О., Лехан В. М., Надутий К. О. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України. Україна. *Здоров'я нації.* 2014. № 3(31). С. 7-22.

39. Служба безпеки України. *Офіційний вебпортал.* URL: https://ssu.gov.ua/

40. Стеценко С. Г. Медична реформа в Україні: право, політика, мораль. *Публічне право*. 2017. № 4. С. 57-61.

41. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. Часопис Київського університету права 2018/9 № 2, с. 168-173. URL: http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf

42. ТСН. Стартувала медична реформа: яких кардинальних змін чекати 2018 року: https://tsn.ua/ukrayina/startuvala-medichna-reforma-yakih-kardinalnih-zmin-chekati-2018-roku1075060.html

43. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019: Спільний звіт Всесвітньої організації охорони здоров'я та Світового банку. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2019. 86 с.

44. Український медичний портал 28 травня 2019 р. Як працює система охорони здоров'я Канади. URL: https://med-ukraine.info/news/2019/yak-pracyuye-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535

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

46. Фещенко Н. М. Галузь охорони здоров'я: проблеми та перспективи фінансового забезпечення. *Держава та регіони*. 2010. № 3 URL: http://ir.znau.edu.ua/bitstream/123456789/2559/1/Derzhava%20ta%20regioni_2010_6_155-161.pdf

47. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку*:

матеріали І Всеукраїнської наук. практ. конф., 19-20 квітня 2007 р. Львів, 2007. С. 318–323.

48. Ціборовський О., Істомін С., Сорока В. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я. Київ, 2011. 72 с.

49. Шафранський В. В., Слабкий Г. О., Качала Л. О. Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*: наук.-практ. журн. 2016. № 2 (4). С. 72-75.

50. Шевчук Н. В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2015. 20 с.

51. Шевчук Р. В. Аналіз зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне урядування.* 2022. Вип. 4 (32). 80-86. URL: https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-4(32)-11.

52. Шутов М. М., Слабкий Г. О., Вовк С. М. Впровадження регіонального державно-приватного партнерства в охорону здоров'я. *Сучасні наукові дослідження представників медичної науки прогрес медицини майбутнього*: зб. тез наук. робіт уч. міжн. наук.-практ. конф. Київ, 2014. С. 82-84.

53. Ярош Н. П., Лупей-Ткач С. І. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації.* 2012. №1(21). С. 95-100.