

МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

*Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису*

ЛИТОВЧЕНКО Ігор Іванович

УДК 351.77

ДИСЕРТАЦІЯ

**РОЗВИТОК СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ФЕДЕРАТИВНОЇ РЕСПУБЛІКИ НІМЕЧЧИНА**

Спеціальність 281 – Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування».

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело/

_____ **І. І. Литовченко**

Науковий керівник **Червякова Ольга Володимирівна**,
доктор наук з державного управління, професор

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Литовченко І. І. – «Розвиток системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина» – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 публічне управління та адміністрування – Міжрегіональна академія управління персоналом, Київ, 2023.

Дисертацію присвячено вирішенню актуального наукового завдання, що полягає у комплексному дослідженні розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина та визначенні напрямків розвитку і розробці науково-практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в контексті реформ.

У концептуальну основу дисертаційного дослідження покладено системний та комплексний інтегрований підходи до розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, що визначається об'єктивністю до потреб вітчизняної науки та практики суспільного розвитку і сучасних перехідних положень від державного до публічного управління та адміністрування. Методика наукового дослідження ґрунтується на визначальних елементах, зокрема встановлення мети дисертаційної роботи і відповідних завдань щодо її досягнення з чітким визначенням об'єкта та предмета дослідження і очікуваних результатів проведеної роботи. Відповідно до поставлених завдань методологія дослідження передбачає загальнонаукові та спеціально-наукові методи пізнання із використання системного підходу.

За результатами вивчення розвитку галузі охорони здоров'я в контексті публічного управління встановлено невизначеність сутності поняття «публічне управління в галузі охорони здоров'я», що зумовлено, в першу чергу, нечіткістю врегулювання в українському законодавстві.

Зазначено, що роль держави - органів державної влади, органів місцевого самоврядування є визначальною у реалізації природного невід'ємного і непорушного права кожної людини на охорону здоров'я. Правові, економічні, соціальні основи охорони здоров'я містяться у положеннях закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в якому крім регулювання суспільних відносин, визначається участь громадськості в охороні здоров'я, що в сукупності представляє систему публічного управління в галузі охорони здоров'я.

Сформульовано авторське визначення понять: «галузь охорони здоров'я», «публічне управління в галузі охорони здоров'я» та «публічне адміністрування в галузі охорони здоров'я».

Наукові напрями, які визначають тенденції розвитку в системі публічного управління галузі охорони здоров'я в переважній більшості спрямовані на розвиток галузі охорони здоров'я в Україні (деякі із них визначають найкращі практики в системі публічного управління галузі охорони здоров'я країн Європейського Союзу), зокрема щодо: публічного врядування у сфері охорони здоров'я, управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я, участі міжнародних організацій в інституційній системі державного регулювання охорони здоров'я, державної політики у сфері охорони здоров'я, державної підтримки системи охорони здоров'я, ролі органів місцевого самоврядування у реалізації політики в сфері охорони здоров'я населення, державного регулювання медичного страхування в Україні, взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики, державного управління первинною медико-санітарною допомогою, державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг, комунікації в сучасних моделях державного управління охороною здоров'я,

інформаційно–психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я, імплементації інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я, тощо.

Проведений аналіз історичних аспектів розвитку та становлення сучасної системи охорони здоров'я Німеччини встановив, що у результаті історичних перетворень, які заклали основи сучасної системи охорони здоров'я Німеччини, визначено дві основні сфери як цілі для функціонування і для досягнення яких надаються відповідні ресурси, а саме: 1) поліпшення стану здоров'я населення за допомогою ефективної та якісної допомоги; 2) довгострокове забезпечене фінансування системи охорони здоров'я.

Проаналізовано комплексний організаційно-правовий механізм забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Німеччини шляхом аналізу розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я Німеччини та аналізу організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я Німеччини. За результатами аналізу розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я Німеччини встановлено, що всі правові сфери соціального страхування поступово переносяться до Соціального кодексу (Sozialgesetzbuch (SGB)). Також галузь охорони здоров'я включає крім соціального права, лікарняне право, право про рятувальні служби, право про немедичні професії медичного напрямку, право про аптеки, ліки, медичне обладнання, фармацевтичне право, та інше. Федеральні землі Німеччини мають власні законодавчі повноваження і несуть відповідальність за виконання федеральних законів. За результатами проведеного аналізу організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я Німеччини, встановлено, що система охорони здоров'я підтримується та керується багатьма установами та суб'єктами, учасниками якою є асоціації та групи інтересів різних постачальників, професійні групи, медичні страхові компанії, установи забезпечення якості, Міністерство охорони здоров'я, організації пацієнтів і групи самодопомоги.

Німецька система охорони здоров'я – це так звана подвійна система медичного страхування, яка складається з державного медичного страхування (GKV) та приватного медичного страхування (PKV). Також відповідно до національного законодавства Федеративної Республіки Німеччини можна умовно визначити три рівня системи організації охорони здоров'я Німеччини.

З'ясовано основні принципи системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччини, а саме: 1) обов'язковості; 2) фінансування внесків; 3) солідарності; 4) самоврядування.

З'ясовано, що законодавство та державна політика охорони здоров'я встановлюють рамки, у яких партнери з охорони здоров'я можуть приймати рішення, а пріоритети політики охорони здоров'я узгоджуються з метою економного використання фінансових ресурсів.

За результатами проведеного дослідження механізмів впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина визначено пріоритетні напрямки розвитку у сфері охорони здоров'я ФРН за політичними програмами партій, які входять до фракцій Німецького Бундестагу і мають спільні пріоритети розвитку, цілі і завдання, а також формують політику у сфері охорони здоров'я і розвиток даної системи в цілому. Зокрема, визначено пріоритетними вектори розвитку системи охорони здоров'я ФРН за напрямками: медичне страхування, страхування громадян, конкуренція та приватне медичне страхування; амбулаторна допомога; стаціонарне лікування; аптеки та інші постачання, що входить до сфери охорони здоров'я; профілактика; лікарські, лікувальні та допоміжні засоби; діджиталізація; страхування по догляду та догляд; громадське здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), використання канабісу та інші напрямки у сфері охорони здоров'я.

Досліджено розвиток системи охорони здоров'я в Україні в контексті виконання міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів на основі міжнародно-правових актів в галузі охорони здоров'я,

обов'язковість на виконання яких взяла на себе Україна як суб'єкт міжнародного права.

Доведено, що на національному рівні з урахуванням міжнародного контенту формується власний правовий механізм забезпечення функціонування системи охорони здоров'я, який є основою формування національної політики охорони здоров'я, і функціонування системи в цілому.

За результатами порівняння пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні встановлено:

1) вектори розвитку системи охорони здоров'я в Україні представлені більш структурованою та чіткою системою, яка має централізовану систему управління і будується на правовій вертикалі (прийняття законів України) з подальшим впровадженням (організацією) через підзаконні нормативно-правові акти, на відміну від напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, які представлені у формі політичних програм партій, що входять до фракцій Німецького Бундестагу, і зумовлено, в першу чергу самої системою охорони здоров'я ФРН, яка підтримується та керується багатьма установами та суб'єктами, учасниками якою є асоціації та групи інтересів різних постачальників, професійні групи, медичні страхові компанії, установи забезпечення якості, Міністерство охорони здоров'я, організації пацієнтів і групи самодопомоги;

2) у векторах розвитку системи охорони здоров'я в Україні окремо не представлений такий напрямок як «Діджиталізація», хоча в Україні є Електронна система охорони здоров'я у формі двокомпонентної системи, в якій користувач через електронну медичну інформаційну систему взаємодії з центральною базою даних. Водночас у сфері охорони здоров'я Німеччини діджиталізація є пріоритетним напрямком розвитку і відповідно до розвитку технологічного прогресу вимагає здійснення певних завдань, це і використання можливостей штучного інтелекту (ШІ) у цифровізації, ePA (електронна карта пацієнта), цифровізація та відповідне навчання медичних

працівників; захист даних пацієнтів як головний пріоритет; ціноутворення та методи оцінки продуктів електронної охорони здоров'я на основі доказів, онлайн консультації тощо;

3) незважаючи на те, що одним з векторів розвитку системи охорони здоров'я в Україні є медичне страхування, загальною системою оподаткування передбачено страхові внески, запровадження додаткового спеціального збору із заробітної плати чи фонду оплати праці недоречне в сучасних економічних умовах. Однак, в рамках реформи фінансування системи охорони здоров'я України передбачається, що Національна служба здоров'я України (НСЗУ) виконуватиме роль страховика. Відмінною рисою німецької системи охорони здоров'я є те, що вона побудована на системі медичного страхування (Німеччина була першою країною, яка запровадила національне соціальне страхування і стала світовим лідером у розвитку державних систем соціального забезпечення), яка складається з державного медичного страхування (GKV) та приватного медичного страхування (PKV).

В рамках проведення медичної реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я нами пропонується систему публічного управління в галузі охорони здоров'я України (з урахуванням основних принципів охорони здоров'я, які визначені в «Основах законодавства України про охорону здоров'я») удосконалити принципами:

1) обов'язкового медичного страхування, згідно якого усі громадяни зобов'язані застрахуватися в медичній страховій компанії державної або приватної;

2) фінансування внесків, який передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок внесків громадян та їхніх роботодавців (для поповнення яких також використовуються субсидії з податкових надходжень);

3) солідарності, згідно якого усі, хто має державне медичне страхування, спільно несуть ризики витрат, пов'язаних із захворюваннями (тобто кожна людина має однакове право на медичну допомогу, незалежно від рівня її доходу та сплачених з нього внесків);

4) самоврядування, згідно якого існують рамкові умови щодо того, як має бути розроблена медична допомога (тобто організацією та фінансуванням окремих медичних послуг керують представники лікарів, терапевтів, лікарень та медичних страхових компаній, а вищим органом може бути незалежний комітет при центральному органу виконавчої влади).

Ці принципи є основою для трансформації в Україні системи охорони здоров'я в дворівневу, зокрема:

- перший рівень: встановлення рамок через державні вимоги та аналогічні національні (державні) структури на державному та місцевому рівні;
- другий рівень: організація охорони здоров'я через самоврядування з його корпораціями та асоціаціями, медичними страховими компаніями, лікарнями та аптеками, лікарями (найрізноманітніших медичних професій), організаціями пацієнтів та інших, інтереси яких представляють асоціації.

Ключові слова: публічне управління та адміністрування, здоров'я, державне управління, охорона здоров'я, здоров'язбереження, публічне управління у сфері охорони здоров'я, здоров'язбережувальні технології, інноваційна діяльність, охорона здоров'я Федеративної Республіки Німеччина.

Список публікацій здобувача, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

А. В яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Литовченко І. І. Аналіз правового механізму забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Німеччини. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України* - № 4/2022, 2022. С. 46-50.
2. Литовченко І. І. Аналіз організаційно-правового механізму системи охорони здоров'я Німеччини. *Публічне урядування : збірник*. № 2 (30)

— серпень 2022. Київ : ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», 2022. С. 55-60.

3. Литовченко І. І. Сучасний стан розвитку системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина. *Наукові праці МАУП. Політичні науки та публічне управління*. 2022. Вип. 2 (62). Київ : Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2022. С. 88-92.

Б. Які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

4. Литовченко Ігор Іванович. Місце стратегічного державного планування сталого розвитку України в процесах правотворення. *Актуальні проблеми правотворення в сучасній Україні: матеріали XII Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Рівне, Рівненський інститут КУП НАН України, 19 травня 2022 р.) / Упорядкування Оксани Якимчук. Львів: «ГАЛИЧ-ПРЕС», 2022. С. 268-270.

5. Литовченко Ігор Іванович. Конституційне право людини в галузі охорони здоров'я. *Всеукраїнська науково-практична конференція «Конституція України: держава і право в умовах воєнного стану»: Збірник матеріалів конференції*, м. Київ, 28 червня 2022 р. / Ред. кол.: Червякова О.В. (гол. ред.), І.А.Семенець-Орлова (заст. гол. ред), І.І.Каліна (упоряд. і відп. ред.) та ін. Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2022. С. 69-73.

6. Литовченко І. І. Публічне управління в галузі охорони здоров'я Федеральної Республіки Німеччини. *Реалії та перспективи розбудови правової держави в Україні та світі: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Дню юриста* (м. Суми, 7 жовтня 2022 р.). Суми: СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2022. С. 266-268.

ANNOTATION

Lytovchenko I. I. - "Development of the system of public management in the field of healthcare of the Federal Republic of Germany" - Qualifying scientific work with manuscript rights.

The dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in the field of public management and administration, specialty 281 public management and administration - Interregional Academy of Personnel Management, Kyiv, 2023.

The dissertation is dedicated to the solution of the actual scientific task, which consists in a comprehensive study of the public administration system development in the field of healthcare in the Federal Republic of Germany and the determination of development directions and the development of scientific and practical recommendations for improving the public administration system in the field of healthcare of Ukraine in the context of reforms.

The conceptual basis of the dissertation research is a systematic and complex integration approach to the public management system development in the field of healthcare in the Federal Republic of Germany, which is determined by objectivity to the needs of domestic science and social development practice and modern transitional provisions from state to public management and administration. The methodology of scientific research is based on defining elements, in particular, establishing the goal of the dissertation work and the corresponding tasks for its achievement with a clear definition of the object and subject of the research and the expected work's results. In accordance with the set tasks, the research methodology involves general scientific and special scientific methods of cognition using a systemic approach.

Based on the results of studying the healthcare development in the context of public administration, the uncertainty of the concept essence of "public administration in the field of healthcare" was established, which is due, first of all, to the vagueness of the regulation in Ukrainian legislation.

It is noted that the role of the state - state authorities, local self-government bodies is decisive in the implementation of the natural inalienable and inviolable right of every person to healthcare. The foundations of the legislation of Ukraine on healthcare determine the legal, organizational, economic and social foundations of

healthcare in Ukraine, regulate social relations in this area, and also determine the participation of the public in healthcare, which together form a system of public management in the field of healthcare.

The author's definition of the concepts: "healthcare sector", "public administration in the field of healthcare" and "public administration in the field of healthcare" was formed.

The scientific directions that determine the development trends in the public administration healthcare system are overwhelmingly aimed at the development of the healthcare sector in Ukraine (some of them define the best practices in the public healthcare system in the European Union countries), in particular, regarding: public administration in the healthcare sector, pricing management in the healthcare system, participation of international organizations in the institutional system of state regulation of healthcare, state policy in the field of healthcare, state support for the healthcare system, the role of local governments in implementing public health policy, state regulation of health insurance in Ukraine, interaction of higher medical education and medical practice, state management of primary healthcare, state regulation of the provision of medical rehabilitation assistance and services, communication in modern models of public health management, the information and psychological component of the adaptive training of specialists in the public administration system in the field of healthcare, the implementation of the state ownership institution in the local government system and the activities of healthcare institutions, etc.

The conducted analysis of the historical aspects the development and formation of the modern healthcare system in Germany established that as a result of historical transformations that laid the modern healthcare system in Germany foundations, two main areas were defined as goals for functioning and for the achievement of which appropriate resources are provided, and namely: 1) improving the health of the population with the help of effective and high-quality care; 2) long-term secured financing of the healthcare system.

The complex organizational and legal mechanism for ensuring the functioning of the modern healthcare system in Germany is analyzed by analyzing the legal mechanism in the modern healthcare system development in Germany and the analysis of the organizational mechanism of the functioning of the modern healthcare system in Germany. According to the results the analysis of the legal mechanism in the modern healthcare system development in Germany, it was established that all legal areas of social insurance are gradually being transferred to the Social Code (Sozialgesetzbuch (SGB)). In addition, the field of healthcare, also includes hospital law, the law on rescue services, the law on non-medical professions in the medical direction, the law on pharmacies, medical equipment, pharmaceutical law, etc. The federal states of Germany have their own legislative powers and are responsible for the implementation of federal laws. According to the results of the analysis of the organizational mechanism of the functioning the modern healthcare system health in Germany, it is established that the healthcare system is supported and managed by many institutions and entities, the participants of which are associations and interest groups of various providers, professional groups, health insurance companies, quality assurance institutions, the Ministry of Health, organizations patients and self-help groups. The German healthcare system is a so-called dual health insurance system consisting of public health insurance (GKV) and private health insurance (PKV). Also, in accordance with the national legislation of the Federal Republic of Germany, three levels of the German healthcare system can be conditionally defined.

The main principles of the healthcare system in the Federal Republic of Germany are clarified, namely: 1) the principle of obligation; 2) financing of contributions; 3) the principle of solidarity; 4) the principle of self-government.

According to the researches results the implementation mechanisms of the healthcare policy in the Federal Republic of Germany, the priority directions of development in the field of healthcare of the Federal Republic of Germany were determined according to the political programs of the parties that are part of the German Bundestag fraction and have common development priorities, goals and

objectives, as well as form the policy in the field of healthcare and the development of this system as a whole. In particular, the priority vectors of the development of the healthcare system in the Federal Republic of Germany were determined in the following directions: health insurance, citizen insurance, competition and private health insurance; outpatient care; inpatient treatment; pharmacies and other supplies included in the field of healthcare; prevention; medicinal, therapeutic and auxiliary means; digitization; care insurance and care; public health (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), the use of cannabis and other areas in the field of healthcare.

The development of the healthcare system in Ukraine was studied in the context of the fulfillment of international obligations and the proper provision of national interests in the main international legal acts in the field of healthcare, the obligation to fulfill which Ukraine assumed as a subject of international law.

It is proven that at the national level, taking into account the international content, an own legal mechanism for ensuring the functioning of the healthcare system is formed, which is the basis of the formation of the national healthcare policy and the functioning of the system as a whole.

According to the results of a comparison the development priority directions in the field of healthcare of the Federal Republic of Germany with the development vectors of the healthcare system in Ukraine, it was established:

- 1) the development vectors of the healthcare system in Ukraine are represented by a more structured and clear system that has a centralized management system and is built on the legal vertical (the laws of Ukraine adoption) with further implementation (organization) through subordinate legal acts, unlike directions development in the field of healthcare of the Federal Republic of Germany, which are presented in the form of political programs of parties that are part of the fraction in the German Bundestag, and are determined, first of all, by the healthcare system of the Federal Republic of Germany itself, which is supported and managed by many institutions and entities, whose participants include associations and interest groups of various providers, professional groups, health insurance companies, quality

assurance institutions, the Ministry of Health, patient organizations and self-help groups;

2) in the development vectors of the healthcare system in Ukraine, such a direction as "Digitalization" is not separately presented, although there is an electronic healthcare system in the form of a two-component system in Ukraine, in which the user interacts with the central database through an electronic medical information system. At the same time, in the field of healthcare in Germany, digitalization is a priority direction of development and, in accordance with the development of technological progress, requires the implementation of certain tasks, including the use of artificial intelligence (AI) capabilities in digitalization, ePA (electronic patient record), digitalization and appropriate training of medical workers; protection of patient data as a top priority; pricing and evaluation methods for eHealth products based on evidence, online consultation, etc.;

3) despite the fact that one of the development vectors of the healthcare system in Ukraine is medical insurance, the general taxation system provides for insurance premiums, the introduction of an additional special levy on wages or the labor remuneration fund is inappropriate in modern economic conditions. However, within the framework of the financing reform of the healthcare system of Ukraine, it is assumed that the National Health Service of Ukraine will perform the role of an insurer. A distinctive feature of the German healthcare system is that it is built on a health insurance system (Germany was the first country to introduce national social insurance and became a world leader in the development of state social security systems), which consists of the state health insurance (GKV) and private health insurance (PKV).

As part of the medical reform and healthcare financing reform, we propose to improve the system of public management in the field of healthcare in Ukraine (taking into account the basic principles of healthcare, which are defined in the Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Healthcare) with the following principles:

1) mandatory health insurance, according to which all citizens are required to be insured by a state or private health insurance company;

2) contribution financing, which provides for the financing of healthcare at the expense of contributions from citizens and their employers (subsidies from tax revenues are also used to replenish them);

3) solidarity, according to which everyone who has public health insurance jointly bears the risks of expenses related to diseases (that is, everyone has the same right to medical care regardless of the level of their income and the contributions paid from it);

4) self-government, according to which there are framework conditions for how medical care should be developed (however, the organization and financing of individual medical services are managed by representatives of doctors, therapists, hospitals and health insurance companies, and the highest body can be an independent committee under the central executive body).

These principles are the basis for the transformation of the two-level healthcare system in Ukraine, in particular:

- the first level: setting the framework through state requirements and similar national (state) structures at the state and local level;

- the second level: the organization of healthcare through self-government with its corporations and associations, health insurance companies, hospitals and pharmacies, doctors (of various medical professions), patient organizations and other interests whose interests are represented by associations.

Key words: public management and administration, health, public administration, health care, public health care management, health care technologies, innovation activity, health care of the Federal Republic of Germany, healthcare of the Federal Republic of Germany.

Publisher publication list, in which the main scientific results of the dissertation were published:

A. In which the main scientific results of the dissertation are published:

1. Литовченко І. І. Аналіз правового механізму забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Німеччини. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України* - № 4/2022, 2022. С. 46-50.

2. Литовченко І. І. Аналіз організаційно-правового механізму системи охорони здоров'я Німеччини. *Публічне урядування : збірник*. № 2 (30) — серпень 2022. Київ : ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», 2022. С. 55-60.

3. Литовченко І. І. Сучасний стан розвитку системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина. *Наукові праці МАУП. Політичні науки та публічне управління*. 2022. Вип. 2 (62). Київ : Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2022. С. 88-92.

B. Certifying the approbation of the dissertation materials:

4. Литовченко Ігор Іванович. Місце стратегічного державного планування сталого розвитку України в процесах правотворення. *Актуальні проблеми правотворення в сучасній Україні: матеріали XII Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Рівне, Рівненський інститут КУП НАН України, 19 травня 2022 р.) / Упорядкування Оксани Якимчук. Львів: «ГАЛИЧ-ПРЕС», 2022. С. 268-270.

5. Литовченко Ігор Іванович. Конституційне право людини в галузі охорони здоров'я. *Всеукраїнська науково-практична конференція «Конституція України: держава і право в умовах воєнного стану»: Збірник матеріалів конференції*, м. Київ, 28 червня 2022 р. / Ред. кол.: Червякова О.В. (гол. ред.), І.А.Семенець-Орлова (заст. гол. ред), І.І.Каліна (упоряд. і відп. ред.) та ін. Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2022. С. 69-73.

6. Литовченко І. І. Публічне управління в галузі охорони здоров'я Федеральної Республіки Німеччини. *Реалії та перспективи розбудови правової держави в Україні та світі: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Дню юриста* (м. Суми, 7 жовтня 2022 р.). Суми: СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2022. С. 266-268.

ЗМІСТ

ВСТУП	19
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА НАПРЯМКОМ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	30
1.1. Вивчення галузі охорони здоров'я в контексті розвитку публічного управління	30
1.2. Вивчення результатів вітчизняних наукових досліджень в контексті розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я	40
1.3. Визначення наукових напрямів та тенденцій розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я для формування концепції та методики наукового дослідження за темою дисертації	57
Висновки до розділу 1	65
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ ВПРОВАДЖЕННЯ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ФЕДЕРАТИВНОЇ РЕСПУБЛІКИ НІМЕЧЧИНА	69
2.1. Історичні віхи розвитку та становлення сучасної системи охорони здоров'я Німеччини	69
2.2. Аналіз організаційно-правового механізму забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина	78
2.2.1. Аналіз розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я ФРН	84

2.2.2. Аналіз організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН	92
2.3. Механізми впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина	99
2.4. Визначення пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина	116
Висновки до розділу 2	126
 РОЗДІЛ 3. ВИЗНАЧЕННЯ НАПРЯМКІВ РОЗВИТКУ ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ МІЖНАРОДНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ТА НАЛЕЖНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЦІОНАЛЬНИХ ІНТЕРЕСІВ	 133
3.1. Розвиток охорони здоров'я в Україні в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів	133
3.2. Порівняння пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з визначеними векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні	148
3.3. Удосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в рамках проведення медичної реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я	154
Висновки до розділу 3	164
 ВИСНОВКИ	 170
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	183
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність теми дослідження полягає в тому, що на національному рівні (з урахуванням міжнародного контенту) формується власний організаційно-правовий механізм забезпечення функціонування системи охорони здоров'я, який є основою формування національної політики охорони здоров'я, і функціонування системи в цілому. В цьому контексті необхідно зазначити, що сучасна політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина розвивається в рамках національної та міжнародної політики охорони здоров'я і визначає: право на життя та фізичну недоторканність; захист або відновлення здоров'я та профілактика, лікування або полегшення захворювань; необмежений доступ до медичної допомоги на основі рівня медичних знань; максимальну свободу та персональну відповідальність для кожного учасника; умови збереження та вдосконалення професійної спроможності; мікроекономічну ефективність надання послуг та макроекономічний виправданий рівень внесків. Німецька модель системи охорони здоров'я (яка створена ще канцлером Отто фон Бісмарком у 1881 році, була історично першою державною системою охорони здоров'я через фонди соцстраху, що оплачували витрати на лікування, видавали допомоги з безробіття, пенсії тощо) поширена в інших розвинутих країнах світу, зокрема у країнах Європи (Австрія, Франція, Бельгія, Нідерланди, Люксембург).

Таким чином історичний досвід і сучасний стан розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина є корисним з науково-практичної точки зору щодо імплементації кращої практики Європейської країни у реформуванні системи охорони здоров'я України, виходячи з курсу держави в напрямку євроінтеграції та тих зобов'язань, які взяті в рамках євроінтеграційної політики України.

Результати комплексних досліджень системи охорони здоров'я Німеччини висвітлені у публікаціях переважно німецьких вчених, зокрема Беат Ленд [126], Джудіт Вольф, Мартін Дабровські, Карліс Абмайер [140],

Майкл Е. Портер, Клеменс Гут [143], Майкл Саймон [144], Філіп ван дер Ейк [146] та інші. Серед українських вчених невелика кількість опублікованих останнім часом досліджень, які присвячені переважно порівняльному аналізу системи охорони здоров'я України і Німеччини, зокрема: Шлапко Т., Старинський М., Миргород-Карпова В. [124], Смірнова В. Л., Климук Н. Я., Вакуленко Д. В. [112]. Водночас вчені в галузі публічного управління: Білинська М. М., Бакай А. Є., Бишнська М. М., Бойко С. Г., Васюк Н. О., Винник Н. П., Гайдаш Д. С., Гуцук І. В., Дацюк В. В., Князевич В. М., Корольчук О. Л., Кульгінський Є. А., Осик С. В., Савіна І. В., Федоренко Т. А., Фірсова О. Д., Ушакова О. І., Юрочко Т. П. [61] у своїх наукових працях на основі медико-соціальних підходів визначають основні засади реалізації державної політики України у сфері охорони здоров'я; інші вчені, зокрема: Зима І. Я., Бурачик А. І., Безтелесна Л. І., Сазонець О. М., Альшаафі Мохамед Алі, Білоус Н. М., Саричев В. І. [36] публікують дослідження, зокрема кращих практик співпраці органів державного управління з міжнародними організаціями та аспекти інституційно-правового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я.

Проте необхідно зазначити, що розвиток системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина комплексно не досліджувався українськими вченими, що викликає науковий інтерес в контексті визначення напрямків розвитку та вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України з урахуванням міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів.

Виходячи з цього в концептуальну основу дисертаційного дослідження покладено системний та комплексний інтегрований підхід до розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, що визначається об'єктивністю до потреб вітчизняної науки та практики суспільного розвитку і сучасних перехідних положень від державного до публічного управління та адміністрування.

Зв'язок дисертації з науковими програмами, планами, темами.

Дослідження виконане відповідно до наукової теми Міжрегіональної Академії управління персоналом «Розвиток публічного управління та адміністрування в умовах системних галузевих реформ: соціальні, економічні, безпекові та культурні аспекти» (номер державної реєстрації 0119U100491) - у межах даної теми автором проведено комплексне дослідження розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина та визначено напрямки розвитку і розроблено науково-практичні рекомендації щодо вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в контексті реформ; та відповідно до наукової теми НДР Української військово-медичної академії «Епідеміологічні, терапевтичні та фармoeкономічні особливості актуальної терапевтичної патології військовослужбовців та працівників Збройних Сил України в умовах проведення Операції об'єднаних сил» шифр Виднокрай» (номер державної реєстрації 0120U101854) – у рамках даної теми автор повів комплексне дослідження розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина та визначено напрямки розвитку і розроблено науково-практичні рекомендації щодо вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в контексті реформ, автор є виконавцем фрагментів даної НДР.

Мета і завдання дослідження. *Метою* є комплексне дослідження системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, за результатами якого визначити напрямки розвитку та вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в контексті реформ.

Розв'язання поставленої мети дисертаційного дослідження зумовило вирішення наступних *завдань*:

- вивчити галузь охорони здоров'я в контексті розвитку публічного управління;

- вивчити результати вітчизняних наукових досліджень в контексті розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я;
- визначити наукові напрями та тенденції розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я для формування концепції та методики наукового дослідження за темою дисертації;
- дослідити історичні віхи розвитку та становлення сучасної системи охорони здоров'я Німеччини;
- проаналізувати організаційно-правовий механізм забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН шляхом проведення аналізу розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я ФРН та аналізу організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН;
- охарактеризувати механізми впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина;
- визначити пріоритетні напрямки розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина;
- з'ясувати розвиток охорони здоров'я в Україні в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів;
- провести порівняльний аналіз пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з визначеними векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні;
- запропонувати шляхи вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в рамках проведення медичної реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є система публічного управління в галузі охорони здоров'я.

Предметом дослідження є публічне управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина.

Методологія та методи дослідження. Теоретико-методологічну основу дисертаційного дослідження становлять фундаментальні положення науки

державного управління, публічного управління та адміністрування, права, соціології та медицини, виходячи з міждисциплінарного підходу, що включає наукові праці вітчизняних вчених та дослідників, а також публікації німецьких науковців. В емпіричну та фактологічну основу дослідження покладено міжнародні документи, національне законодавство та нормативно-правові акти Федеративної Республіки Німеччина, статистичні дані, інформаційні матеріали вітчизняної та закордонної практики з розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я.

Відповідно до поставленої мети і завдань методологія дослідження ґрунтується на загальнонаукових та спеціально-наукових методах із використання системного підходу. Зокрема теоретико-методологічні засади проведення наукового дослідження за напрямком розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я (Розділ 1) сформовані за допомогою діалектичного методу пізнання - вивчено галузь охорони здоров'я в контексті розвитку публічного управління та результати вітчизняних наукових досліджень в контексті розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я (п.1.1., п.1.2.), з використанням теоретичної формалізації визначено наукові напрями та тенденції розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я для формування концепції та методики наукового дослідження за темою дисертації, на основі систематизації понятійно-категоріального апарату сформульовано авторське визначення понять: «галузь охорони здоров'я», «публічне управління в галузі охорони здоров'я» та «публічне адміністрування в галузі охорони здоров'я». (п.1.3.).

Проведення аналізу механізмів впровадження політики охорони здоров'я і функціонування системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина (Розділ 2) здійснювалось за допомогою історико-системного та історико-правового методів, зокрема досліджено історичні віхи розвитку та становлення сучасної системи охорони здоров'я Німеччини (п.2.1.), на методичній основі формальної логіки із застосуванням

дедуктивного методу (аналізу) та індуктивного методу (синтезу) проаналізовано організаційно-правовий механізм забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН шляхом проведення аналізу розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я ФРН та аналізу організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН (п.2.2.), а також охарактеризовано механізми впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина (п.2.3.). За результатами проведеного аналізу визначено пріоритетні напрямки розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина (п.2.4.).

На основі міждисциплінарного підходу з використанням логіко-діалектичного, порівняльно-правового та інших спеціальних методів пізнання, а також форсайту визначено напрямки розвитку та вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів (Розділ 3), зокрема шляхом з'ясування розвитку охорони здоров'я в Україні в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів, а також шляхом проведення порівняльного аналізу пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з визначеними векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні (п.3.1., п.3.2.).

Висновки та пропозиції щодо удосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в рамках проведення медичної реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я (п.3.3.) сформульовані за допомогою системно-структурного аналізу та історико-правового, формально-логічного, формально-юридичного, діалектичного методів наукового пізнання за результатами проведеного дослідження.

Наукова новизна полягає у вирішенні актуального наукового завдання - комплексного дослідження розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина та визначення

напрямків розвитку і розробці науково-практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в контексті реформ.

Основні наукові результати щодо вирішені актуального наукового завдання сформульовано у положеннях дисертаційній роботі, зокрема:

вперше:

- комплексно досліджено модель побудови сучасної системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина на основі аналізу правового та організаційного механізмів функціонування та розвитку сучасної системи охорони здоров'я ФРН, за результатами якого визначено комплексний організаційно-правовий механізм сучасної системи охорони здоров'я ФРН, якій будується за принципами: обов'язковості, фінансування внесків, солідарності та самоврядування і умовно поділяється на три рівня: 1) федеральні землі, які мають власні законодавчі повноваження та відповідають за виконання федерального законодавства, а також за планування та фінансування стаціонарного лікування, здійснюють технічний та адміністративний нагляд за муніципальною службою охорони здоров'я; муніципальні органи охорони здоров'я та комуни; 2) самоврядування (Федеральний об'єднаний комітет (G-BA), Медичні страхові компанії та Центральна асоціація медичних страхових компаній, Центральна асоціація кас медичного страхування (GKV-Spitzenverband), Німецьке товариство лікарень, Національні асоціації лікарів і стоматологів з обов'язкового медичного страхування та інші окремі лікарні, а також асоціації державних лікарень, регіональні асоціації (Німецьке товариство лікарень (DKG)); 3) окремі гравці та їхні представницькі органи (федеральні та земельні палати різних професій охорони здоров'я, організації пацієнтів, професійні групи та групи інтересів асоціації медичної професії, асоціації немедичних професій охорони здоров'я, асоціація приватного медичного страхування та асоціації виробників фармацевтичних препаратів);

удосконалено:

- категоріально-понятійний апарат в галузі публічне управління та адміністрування, зокрема щодо авторського визначення понять: «галузь охорони здоров'я», «публічне управління в галузі охорони здоров'я» та «публічне адміністрування в галузі охорони здоров'я». Зокрема: «галузь охорони здоров'я» – це пріоритетний напрямок розвитку держави шляхом реалізації відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, що забезпечується державними та іншими формами фінансування і передбачає систему відповідних заходів, що здійснюють органи державної влади та місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я та інші приватні та громадські інституції та особи на засадах чинного законодавства та міжнародних зобов'язань; «публічне управління в галузі охорони здоров'я» - реалізація права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я, що включає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я і передбачає громадський контроль органів державної влади, органів місцевого самоврядування, представників приватного сектору в межах визначених законом повноважень та діяльності з метою досягнення пріоритетних цілей держави; «публічне адміністрування в галузі охорони здоров'я» - діяльність суб'єкта, який наділений владними повноваженнями в межах чинного законодавства для здійснення адміністративного управління («прийняття адміністративних рішень; надання адміністративних послуг; здійснення внутрішнього адміністрування суб'єкта публічного адміністрування») в галузі охорони здоров'я;

- визначення пріоритетних векторів розвитку системи охорони здоров'я ФРН за напрямками: медичне страхування, страхування громадян, конкуренція та приватне медичне страхування; амбулаторна допомога; стаціонарне лікування; аптеки та інші постачання, що входить до сфери охорони здоров'я; профілактика; лікарські, лікувальні та допоміжні засоби; діджиталізація; страхування по догляду та догляд; громадське здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), використання канабісу та інші напрямки у сфері охорони здоров'я;

набули подальшого розвитку:

- аналіз історичних аспектів розвитку та становлення сучасної системи охорони здоров'я Німеччини, за результатами якого визначено дві основні сфери як цілі для функціонування системи охорони здоров'я в Німеччині: 1) поліпшення стану здоров'я населення за допомогою ефективної та якісної допомоги з урахуванням потреб, зокрема щоб запобігти, вилікувати або полегшити хворобу та пов'язані з нею страждання, зберігаючи автономію та гідність; 2) довгострокове забезпечене фінансування системи охорони здоров'я шляхом ефективного та економного надання послуг із розумним співвідношенням витрат і результатів - для їх досягнення надаються відповідні ресурси у вигляді закладів охорони здоров'я, освітніх програм і систем безпеки;

- дослідження розвитку системи охорони здоров'я в Україні в контексті виконання міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів на основні міжнародно-правових актів в галузі охорони здоров'я, обов'язковість на виконання яких взяла на себе Україна як суб'єкт міжнародного права;

- пропозиції щодо вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в рамках проведення медичної реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я (з урахуванням основних принципів охорони здоров'я, які визначені в «Основах законодавства України про охорону здоров'я») принципами: 1) обов'язкового медичного страхування, згідно якого усі громадяни зобов'язані застрахуватися в медичній страховій компанії державної або приватної; 2) фінансування внесків, який передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок внесків громадян та їхніх роботодавців (для поповнення яких також використовуються субсидії з податкових надходжень); 3) солідарності, згідно якого усі, хто має державне медичне страхування, спільно несуть ризики витрат, пов'язаних із захворюваннями (тобто кожна людина має однакове право на медичну допомогу, незалежно від рівня її доходу та сплачених внесків); 4)

самоврядування, згідно якого існують рамкові умови щодо того, як має бути розроблена медична допомога (проте організацією та фінансуванням окремих медичних послуг керують представники лікарів, терапевтів, лікарень та медичних страхових компаній, а вищим органом може бути незалежний комітет при центральному органу виконавчої влади). Ці принципи можуть служити основою для трансформації в Україні системи охорони здоров'я в дворівневу, зокрема, перший рівень: встановлення рамок через державні вимоги та аналогічні національні (державні) структури на державному та місцевому рівні; другий рівень: організація охорони здоров'я через самоврядування з його корпораціями та асоціаціями, медичними страховими компаніями, лікарнями та аптеками, лікарями (найрізноманітніших медичних професій), організаціями пацієнтів та інших, інтереси яких представляють асоціації.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що основні положення, висновки та рекомендації дисертаційної роботи можуть бути використані у науково-дослідній роботі, навчальному процесі, законотворчому процесі, у роботі органів виконавчої влади та місцевого самоврядування. Зокрема, автором отримано відповідні довідки про впровадження від: Української військово-медичної академії (довідка про впровадження від 10.10.2022 р. № 304/1); Міжрегіональної Академії управління персоналом (довідка про впровадження від 06.09.2022 р. № 2349/1), ГО «Громадська енергія» (довідка про впровадження від 30.08.2022 р. № 2-4/18) (Додаток А).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійною науковою працею. Розроблені наукові положення, висновки та рекомендації належать особисто автору.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертаційної роботи пройшли апробацію на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях зокрема: «Реалії та перспективи розбудови правової держави в Україні та світі» (V Міжнародна науково-практична

конференція), «Актуальні проблеми правотворення в сучасній Україні» (XII Всеукраїнська науково-практична конференція), «Конституція України: держава і право в умовах воєнного стану» (Всеукраїнська науково-практична конференція).

Публікації. Основні результати дисертаційного дослідження викладені у 6 наукових публікаціях, зокрема: 3 статті у наукових фахових виданнях України з державного управління за напрямом дослідження, 3 тези доповідей на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається з анотації, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Повний обсяг дисертації становить 204 сторінки, обсяг основного тексту – 167 сторінок, список використаних джерел налічує 156 найменувань на 17 сторінках, 2 додатки містяться на 5 сторінках.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДА ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА НАПРЯМКОМ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Вивчення галузі охорони здоров'я в контексті розвитку публічного управління

Права людини в галузі охорони здоров'я в Україні захищені низкою ратифікованих міжнародних документів (зокрема: Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (ратифіковано Законом № 475/97-ВР від 17.07.97) [38]; Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 2148-VIII ((2148-08) від 19.10.73) [64]; Конвенція про права осіб з інвалідністю (ратифіковано Законом № 1767-VI від 16.12.2009) [41]; Конвенція про права дитини (ратифіковано Постановою ВР № 789-XII від 27.02.91) [40]; Європейська соціальна Хартія (ратифіковано із заявами Законом № 137-V від 14.09.2006, ВВР, 2006, № 43, ст. 418) [29]; Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я (ратифіковано Законом № 4908-VI від 07.06.2012) [42] та інші, у тому числі угоди про надання медичної допомоги, співробітництво в галузі охорони здоров'я і медичних наук тощо) та Національним законодавством, яке базується передусім на Конституції України [43], Законах України, серед яких провідну роль відіграє Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [71] та відповідних нормативно-правових актах, які прийняті для впровадження і виконання норм і положень закону.

Необхідно зазначити про невизначеність сутності публічного управління в галузі охорони здоров'я, що зумовлено, в першу чергу, нечіткістю врегулювання в українському законодавстві.

Так згідно положень Основного Закону України «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм [43]. Також ст. 49 Конституції України проголошує «Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності» [43].

У законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у статті 3 «Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я» - охорона здоров'я визначається як система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи - підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни [71]. Також у зазначеному вище законі (ст.12.) наголошено «Охорона здоров'я - пріоритетний напрям державної діяльності» [71].

Водночас, у ст. 24. «Участь громадськості в охороні здоров'я» закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» - державні органи, заклади охорони здоров'я зобов'язані сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я, зокрема у державних та

комунальних закладах охорони здоров'я, утворюються наглядові ради з обов'язковим залученням представників громадськості (за їхньою згодою), які розглядають питання щодо дотримання прав та забезпечення безпеки пацієнтів, додержання вимог законодавства при здійсненні медичного обслуговування населення закладом охорони здоров'я, фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я (порядок утворення, права, обов'язки наглядової ради закладу охорони здоров'я і типові положення про неї затверджуються Кабінетом Міністрів України) [71]. З метою сприяння діяльності закладів охорони здоров'я можуть також утворюватися опікунські ради, до складу яких (за їхньою згодою) можуть включатися благодійники, представники громадськості та громадських об'єднань, благодійних, релігійних організацій, органів місцевого самоврядування, засобів масової інформації, волонтери та інші. Рішення про створення опікунської ради при закладі охорони здоров'я та положення про неї затверджуються наказом керівника закладу охорони здоров'я або уповноваженого органу [71].

Також згідно чинного законодавства у визначенні змісту та шляхів виконання державних цільових та місцевих програм у сфері охорони здоров'я, здійсненні відповідних заходів, вирішенні кадрових, наукових та інших питань державної політики можуть брати участь організації, що здійснюють професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я, та інші громадські об'єднання, діяльність яких спрямована на захист прав у сфері охорони здоров'я, іноземні неурядові організації [71].

Таким чином роль держави - органів державної влади, органів місцевого самоврядування є визначальною у реалізації природного невід'ємного і непорушного права кожної людини на охорону здоров'я. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері [71], а також визначають участь громадськості в охороні здоров'я, що в сукупності утворює систему публічного управління в галузі охорони здоров'я.

Проте публічне управління для сучасної України нове і ще не сформоване у свідомості суспільства явище, для якого важко встановити жорсткі рамки публічного управління та пов'язаного з цим адміністрування.

Для визначення об'єктивних основ виникнення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я розглянемо докладніше, що являє собою публічне управління, шляхом дослідження генезису поняття за даною категорією.

Термін «публічне управління» в програмі розвитку ООН за визначенням Д. М. Шавріца – це галузь практики і теорії, яка є ключовою для публічного адміністрування та зосереджена на внутрішній діяльності державних установ, а саме на вирішенні управлінських питань, таких як: контроль, керівництво, планування, організаційне постачання, забезпечення інформаційними технологіями, управління персоналом та оцінка ефективності [12].

В енциклопедичному словнику з державного управління за визначенням В. П. Трощинського «публічне управління» – термін, вперше введений англійським автором Д. Кілінгом у 1972 р., в його інтерпретації публічне управління – це пошук найкращих способів використання ресурсів задля досягнення пріоритетних цілей держави: публічне управління спрямоване на реалізацію прав, свобод та законних інтересів приватних осіб і передбачає якнайповніше застосування владою принципу публічності – відкритості та прозорості діяльності її апарату, право впливу громадян на діяльність органів влади, громадський контроль за діяльністю управлінського апарату тощо [22, с. 605]. До суб'єктів публічне управління належать органи державної влади, зокрема органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, а також інші суб'єкти у разі делегування їм публічних повноважень [22, с. 605].

У словнику-довіднику «Публічне управління та адміністрування» укладачами, якого є О. М. Руденко, О. В. Шершньова, В. Д. Бакуменко, Н. В. Філіпова, Н. В. Ткаленко публічне управління у загальному значенні поняття відображає інтегральний системний механізм, елементами якого виступають політичні програмні орієнтири і пріоритети, нормативне регулювання,

процедури, фінансовані державою або органами місцевого самоврядування централізовані, і децентралізовані організаційно-управлінські структури та їх персонал, що відповідають за адміністрування діяльності у певній галузі суспільних відносин на національному, субнаціональному та місцевому рівнях [103, с. 129].

Дж. М. Пріфінер та Р. Пристюс вважають, що публічне управління – це управління організацією та напрямком людських і матеріальних ресурсів для досягнення бажаних цілей [103, с. 129]. Публічне управління – це вплив суб'єкта, що володіє публічною владою, на об'єкт з метою будь-яких суспільних інтересів - такої думки дотримується Аврамчикова Н. Т. [103, с. 129]. На публічне управління істотний вплив завжди надавали, надають і будуть надавати питання і проблеми як світової, так і внутрішньої політики, суспільного життя; публічне управління завжди здійснюється там, де відбуваються в суспільстві події і в реальних соціально-економічних, політичних і культурних умовах, оскільки публічне управління не може бути ізольованим від суспільства, будучи реалізованим частиною цього суспільства (персоналом публічної адміністрації – політичними посадовими особами, державними і муніципальними службовцями) і реалізованим в тісному сполученні з суспільством; публічне управління – це щось більше, ніж просто набір загальних інструментів управління, публічне управління вивчає взаємодію між політичною системою, державним сектором, співвідношення муніципальних, державних та народних інтересів із залучення суспільства до механізму контролю всіх органів влади [103, с. 129].

За визначенням Л. М. Новак-Каляєвої, яке представлено у термінологічному словнику «Публічне управління», термін «публічне управління» тлумачиться як діяльність органів державного управління, органів місцевого самоврядування, представників приватного сектору та інститутів громадянського суспільства в межах визначених законом повноважень і функціональних обов'язків (планування, організації, керівництва, координації та контролю) щодо формування та реалізації

управлінських рішень суспільного значення, політики розвитку держави та її адміністративно-територіальних одиниць [102, с. 142]. Також зазначається, що публічне управління забезпечує значне підвищення ефективності управлінської діяльності внаслідок високого рівня громадської підтримки та консолідації суспільства навколо спільних цілей, воно пов'язане з демократичними цінностями, принципами верховенства права, поваги до гідності людини, недискримінації, рівності, справедливості, безпеки, ефективності та ін. [102, с. 142].

На думку вченої з державного управління Р. А. Наumenko адміністрування є складовою частиною публічного управління, яке здійснюється на професійній (неполітичній) основі, залучаючи у разі потреби неурядових партнерів для спільного вирішення проблем, що постають у цій сфері. Авторка також розрізняє поняття «публічне адміністрування» та «публічне врядування». Зокрема, «публічне адміністрування» відносить до виду організаційно-розпорядчої діяльності державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування, спрямованої на підготовку та впровадження публічно-управлінських рішень, управління персоналом, надання публічних послуг. [102, с. 142-143]. А «публічне врядування» – це різновид управлінської діяльності суб'єктів публічної влади та громадянського суспільства, що забезпечує самокерованість (самоврядність) суспільної системи та її розвиток у певному, спільно визначеному напрямі. Тому метою публічного врядування є підвищення ефективності та результативності управління суспільним розвитком, що досягається завдяки залученню заінтересованих сторін (стейкхолдерів) до формування і реалізації відповідних публічно-управлінських рішень [102, с. 143].

Публічне адміністрування за визначенням, яке окремо надають вчені з державного управління Ю. П. Сурмін та В. П. Трощинський являє собою теорію та практику державного управління, яка характеризується реалізацією адміністративних процедур шляхом публічної діяльності, застосування інструментів демократичного врядування, упорядкування суспільної

діяльності та надання адміністративних послуг як засобу реалізації прав та свобод громадян. [22, с. 605].

Інші вчені, переважно з державного управління, публічне адміністрування розглядають в вузькому розумінні як професійна діяльність державних службовців, яка включає всі види діяльності, спрямовані на реалізацію рішень уряду, як міждисциплінарна академічна сфера, що базується на теорії та концепціях економіки, політичних наук, соціології, адміністративного права, менеджменту [103, с. 129]. А у широкому сенсі як всю систему адміністративних інститутів із ієрархією влади, за допомогою якої відповідальність за виконання державних рішень спускається зверху донизу. Публічне адміністрування є різновидом управлінської діяльності інституцій публічної влади, завдяки якій держава та громадянське суспільство забезпечують самокерованість усієї суспільної системи та її розвиток у певному, визначеному напрямку [103, с. 129].

Водночас авторське визначення С. Д. Дубенко виокремлюється визначенням «публічна адміністрація» як 1) сукупність суб'єктів (насамперед органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування), головним завданням яких є забезпечення виконання Конституції та законів України (організаційна та інституційна складова); 2) адміністративна діяльність, яка здійснюється цією адміністрацією в інтересах суспільства (процедурна складова) [102, с. 137].

Виокремлюється також поняття «публічна влада» за авторським визначенням Б. М. Шевчука, а саме - це є право, здатність і можливість організації суспільного життя, що виступає у формі державної влади та влади місцевого самоврядування, здійснюється на основі принципів субсидіарності та пропорційності з широким залученням громадян за допомогою спеціального ієрархічно і територіально організованого апарату від імені суспільства з легітимним використанням примусу, має асиметричний характер і спрямована на вирішення суспільно значущих справ в інтересах суспільства [102, с. 137].

Також у термінологічному словнику «Публічне управління» окремо сформульовано О. Д. Фірсової авторське визначення публічного адміністрування в охороні здоров'я як діяльність суб'єктів публічного адміністрування із забезпечення інтересів і свобод фізичних та юридичних осіб у контексті законодавчо визначених порядків реалізації своїх повноважень, шляхом прийняття адміністративних рішень і надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я: державна акредитація закладів охорони здоров'я; атестація лікарів; ліцензування господарської діяльності з медичної практики; ліцензування господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів; ліцензування на проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт (крім робіт на об'єктах ветеринарного контролю); ліцензування виробництва лікарських засобів; надання підтвердження про державну реєстрацію медичної техніки та виробів медичного призначення; реєстрація оптово-відпускних цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення, що закупаються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів [102, с. 143].

Можна відмітити, що вищезгаданими авторами розглядаються окремі аспекти публічного управління, водночас не з'ясовані суб'єкти та об'єкти, а головне принципи побудови управління. Можливо саме виходячи з такого підходу, складно в законодавчій системі визначити публічне управління, як таке. Але треба зазначити, що відповідно до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, затвердженого Постановою Кабінету міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266 [88], визначена галузь знань «Публічне управління та адміністрування», а також спеціальність «Публічне управління та адміністрування».

Тобто у підзаконних актах вже є «Публічне управління та адміністрування», а у чинних законах України, зокрема у спеціальних законах, таких як «Про державну службу» [84], «Про місцеве самоврядування» [92],

«Про службу в органах місцевого самоврядування» [95], та інших, цього немає.

Звернемося до Основного Закону України. Так згідно Конституції України стаття 5. наголошує про те, що «Носієм суверенітету і єдиним джерелом влади в Україні є народ. Народ здійснює владу безпосередньо і через органи державної влади та органи місцевого самоврядування» [43].

У публікації О. В. Червякової «Перехід до парадигми механізмів трансформації державного управління» сучасна модель публічного управління в Україні визначається як взаємодія інституцій державного управління, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на засадах організаційно-правового механізму управління, який встановлений Конституцією України, законах та інших нормативно-правових актах [123].

О. М. Вольська у публікації «Публічне управління як системне явище в сучасному суспільстві» сформувала основи комплексного, системного підходу до створення єдиної концепції публічного управління з урахуванням низки сучасних різномірних напрямків його розвитку, які досі представляли окремі наукові розробки. Зокрема авторкою пропонується поширити теоретичні спроби застосування категоріального і інструментального апарату управління на всі аспекти функціонування сучасного публічного управління і довести до певної завершеної парадигми шляхом [8]:

1) органічного синтезу автономно існуючих гілок наукових знань державного та публічного управління, що є відправним моментом досліджень та відтворенням реального соціо-економічного суспільного тренду;

2) перегляду основ функціонування суспільства і переходу від формаційної до цивілізаційної концепції розвитку;

3) актуалізації ідеї сітьової парадигми управління суспільними процесами на рівні держави, в основі якої лежить мережа реальних і віртуальних зв'язків на міському, регіональному та державному рівнях функціонування суспільства.

Тобто, на думку, О. М. Вольська основу концепції складає методологічне підґрунтя в історичному аспекті. Починаючи з другої половини ХХ ст., поступово змінюється концепція менеджменту та державного управління, набуває чинності таке явище як державний менеджмент чи публічний менеджмент (коли державне управління починає впроваджувати у діяльність органів державної влади основні складові менеджменту організацій та економіки підприємств, таких як: маркетинг, попит та пропозиція, ефективність, децентралізація, оптимізація тощо) [8].

Щодо співвідношення «державне управління», «публічне адміністрування» та «публічне управління», на думку Є. І. Тарана одне поняття замінюється іншим із тієї причини, що “public administration” (публічне адміністрування) та “public management” (публічне управління) перекладаються з англійської мови на українську як «державне управління», за результатами аналізу сутності понять «публічне адміністрування» та «публічне управління», правильним відповідником терміна “public management” буде «публічне управління», що в буквальному сенсі означає «публічний менеджмент» [117].

За результатами проведеного дослідження можна сформулювати авторське визначення понять:

- «галузь охорони здоров'я» як пріоритетного напрямку розвитку держави шляхом реалізації відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, що забезпечується державними та іншими формами фінансування і передбачає систему заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя, які здійснюють органи державної влади та місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я та інші приватні та громадські інституції та особи на засадах чинного законодавства та міжнародних зобов'язань;

- «публічне управління в галузі охорони здоров'я» як реалізація права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я, що включає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я і передбачає громадський контроль органів державної влади, органів місцевого самоврядування, представників приватного сектору в межах визначених законом повноважень та діяльності з метою досягнення пріоритетних цілей держави;

- «публічне адміністрування в галузі охорони здоров'я» - являє собою діяльність суб'єкта, який наділений владними повноваженнями в межах чинного законодавства для здійснення адміністративного управління (прийняття адміністративних рішень; надання адміністративних послуг; здійснення внутрішнього адміністрування суб'єкта публічного адміністрування) в галузі охорони здоров'я.

1.2. Вивчення результатів вітчизняних наукових досліджень в контексті розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я

Дослідженню різних проблемних питань і завдань, пов'язаних з державним управлінням й розвитком системи публічного управління та адміністрування в галузі охорони здоров'я присвячено наукові праці низки вітчизняних учених, зокрема М. М. Білинської, Н. О. Васюк, О. Д. Фірсової [61], В. Д. Долота [19], О. М. Вівсянника [8], І. В. Вошко [10], А. О. Лебедева [47], Н. О. Полковнікової [77], М. Ю. Світ [110], В. В. Лисака [48], О. В. Яремчук [125], І. А. Берлінець [5], О. В. Устимчук [121], С. П. Кошової [45], Л. І. Обуховської [70] та багато інших.

Зокрема у колективній монографії «Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я» [61] за загальної редакцією М. М. Білинської, Н. О. Васюк, О. Д. Фірсової, висвітлюються на основі медико-

соціальних підходів основні засади реалізації державної політики України у сфері охорони здоров'я. Зокрема, авторами монографії (серед яких: А. Є. Бакай, М. М. Бишнська, С. Г. Бойко, Н. О. Васюк, Н. П. Винник, Д. С. Гайдаш, І. В. Гущук, В. В. Дацюк, В. М. Князевич, О. Л. Корольчук, Є. А. Кульгінський, С. В. Осик, І. В. Савіна, Т. А. Федоренко, О. Д. Фірсова, О. І. Ушакова, Т. П. Юрочко) досліджено концептуальні основи інформаційного забезпечення державного регулювання сфери охорони здоров'я, його сучасний стан та перспективи розвитку, а також заходи щодо впровадження медико-соціальної ради в органах державної влади у сфері охорони здоров'я. Крім того, у монографії приділено увагу громадському здоров'ю як медико-соціальному ресурсу і потенціалу сталого розвитку сучасного суспільства, а саме: профілактичній складовій медико-соціальної роботи, розвитку профілактики в охороні здоров'я як шляху до вдосконалення державної політики щодо покращення стану здоров'я населення України, пріоритетним напрямом вдосконалення державної політики щодо покращення здоров'я населення в Україні, вакцинації як медико-соціальному аспекту в охороні здоров'я України, забезпеченню рівності та справедливості у сфері охорони громадського здоров'я, підготовці кадрів для національної системи громадського здоров'я в контексті європейської інтеграції України, формуванню кадрового потенціалу служб громадського здоров'я. Також авторами пропонується глобальна стратегія для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я до 2030 року, розробки якої сприяв процес, розпочатий наприкінці 2013 р. державами-членами та зацікавленими сторонами, представленими в Раді Глобального альянсу з трудових ресурсів охорони здоров'я. У березні 2015 р. розпочатий широкий консультативний процес за первинним проектом. У результаті цієї консультації свій внесок зробили держави-члени і відповідні зацікавлені сторони, такі як громадянське суспільство і професійні асоціації охорони здоров'я [61]. Глобальна стратегія для розвитку кадрових ресурсів будується на глобальній стратегії з кадрових ресурсів охорони здоров'я: «Трудові ресурси 2030 р.»; ініціативі ВООЗ з

розширення масштабів медичної професійної освіти, що ставить за мету підтримку та вдосконалення діяльності національних систем охорони здоров'я для задоволення потреб окремих осіб та груп населення на основі рівності та ефективності; керівних принципах ВООЗ у підготовці кадрів для системи охорони здоров'я, які здійснюється відповідно до жорстких вимог процесу консультацій, збирання доказів, аналізу та досягнення консенсусу; широких консультаціях щодо необхідності трансформаційного розширення масштабів професійної медичної освіти зацікавлених сторін тощо.

За напрямком нашого дослідження викликає інтерес колективна монографія «Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід» за наукової редакцією І. Л. Сазонця (авторський колектив І. Я. Зима, А. І. Бурачик, Л. І. Безтелесна, О. М. Сазонець, Альшаафі Мохамед Алі, Н. М. Білоус, В. І. Саричев) [36], в якій досліджено теоретичні основи державного управління охороною здоров'я та тенденції її розвитку в Україні, виявлено вплив інституційної системи на розвиток соціальних процесів у сфері охорони здоров'я, проведено огляд соціальних інститутів охорони здоров'я та їхнього впливу на трансформацію системи охорони здоров'я в Україні, визначено напрями трансформації системи державного управління охороною здоров'я. У монографії проаналізовано інститути, що впливають на підготовку кадрів, створення нормативної бази та медичного забезпечення в корпораціях, розглянуто національні моделі охорони здоров'я та проаналізовано світові тенденції їх трансформацій, а також механізми діяльності закладів охорони здоров'я. Корисним з науково-практичної точки зору є відображення в проведеному дослідженні кращих практик співпраці органів державного управління з міжнародними організаціями та аспекти інституційно-правового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я.

Для визначення та обґрунтування обраної теми дослідження, визначення мети, завдань та підходів щодо їх розв'язання розглянемо найбільш суттєві результати наукових праць за останні 3 роки з державного управління та

публічного управління та адміністрування в контексті розвитку галузі охорони здоров'я.

Так результати наукового дослідження В. Д. Долота, що представлені у докторській дисертації «Механізми державного управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я України» [19] вдосконалюють механізми державного управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я в Україні в умовах реформування галузі. Автором вперше розроблено та запропоновано концептуальну модель механізмів державного управління системою охорони здоров'я за різними напрямками (фінансування, планування, організація й контроль, матеріальне стимулювання, маркетинг, інновації та ін.) для реорганізації державного управління, а саме, підвищення ефективності щодо функціонування соціально-економічної системи у тих галузях, які формують людський потенціал. Крім того за результатами проведеного дослідження автором запропоновано підходи, які формують ресурсне забезпечення системи, головну роль якої відіграє надання офіційно безкоштовної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я; щодо розроблення технології розрахунку собівартості медичних послуг у державних та комунальних медичних закладах різного рівня; щодо фінансування з бюджетів різних рівнів, фрагментації коштів, що виділяються на охорону здоров'я; щодо складання кошторису медичних закладів залежно від потужності закладу та від реальних потреб населення в медичній допомозі; щодо визначення частки державного фінансування, яка спрямовується на фінансування лікарень (де 80-90% передбачено на оплату праці медичного персоналу та комунальні послуги). Варто також зазначити, що В. Д. Долота розробив і запропонував концепцію циклу ціноутворення, а також особливості формування штатів і досвід корпоративної інформаційної системи управління в лікувально-профілактичних закладах, що є науково обґрунтованим, апробованим для практичного впровадження в єдину уніфіковану методику розрахунку вартості медичних послуг, амбулаторно-поліклінічного та стаціонарного лікування,

медико-економічної моделі державних, комунальних та інших закладів охорони здоров'я України [19].

У дисертації О. М. Вівсянника «Міжнародні організації в інституційній системі державного регулювання охорони здоров'я» [8] вперше зазначено, що ефективність системи державного управління охороною здоров'я України (у порівнянні з країнами ЄС та ОЕСР), де є аналіз соціально-демографічних показників, терміну участі країн у ВООЗ, застосування кластерного аналізу, дозволяє визначити окремі характеристики системи охорони здоров'я України. Автором також внесено наукові пропозиції щодо вдосконалено співпраці органів державного управління з міжнародними організаціями, шляхом висвітлення експертами проблем, які існують в практиці функціонування системи охорони здоров'я - це дозволяє обґрунтувати необхідність імплементації світових стандартів в державному регулюванні системи охорони здоров'я, провести трансформацію системи управління охороною здоров'я на регіональному рівні, вдосконалити діяльність центральних органів управління системою охорони здоров'я.

Цікавими є наукові положення автора, що розкривають сутність інституційної системи державного регулювання охорони здоров'я, яка визначається як синтез політик, методів, важелів та інструментів, що базуються на правовому, нормативному, інформаційному забезпеченні та реалізується через організації – майданчики для переговорів та комунікації світової медичної спільноти, міжнародні гуманітарні та благодійні організації, міжнародні професійні організації, асоціації, спілки лікарів за професійною ознакою. У дослідженні [8] автором набули подальшого розвитку напрями щодо реалізації Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір» та поетапної реалізації на регіональному рівні, що, на відміну від існуючих підходів, враховує регіональні особливості та дозволяє підвищити дієвість заходів програми; систематизація трансформаційних зрушень в системі охорони здоров'я України, що дозволило на основі визначення ролі та функцій міжнародних організацій в сучасній системі

державного регулювання охорони здоров'я, спираючись на проведені теоретичні та прикладні дослідження, розробити концептуальну модель функціонування механізму управління охороною здоров'я.

І. В. Вошко у своїй науковій праці «Формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я України» [10] запропонує модель формування й реалізації доказової державної політики охорони здоров'я в Україні, що базується на логіці впровадження запозичених соціальних інновацій і включає три етапи [10]:

1) підготовку й розробку загальних та секторальних засад цієї політики, спираючись на вітчизняний і зарубіжний досвід реформування національних систем охорони здоров'я, використання теоретико-прикладних засад публічного управління реформами й інноваціями, форсайт-технології для розробки стратегічного бачення нової національної системи охорони здоров'я в Україні; визначення пріоритетних напрямів і заходів, процесів реалізації політики держави;

2) законодавче унормування загальних і секторальних засад державної політики охорони здоров'я щодо використання державного механізму прийняття стратегічних політико-правових рішень;

3) почергове здійснення секторальних політик (згідно з попередньо визначеними їх пріоритетами), моніторинг і оцінювання їх реалізації.

За результатами проведеного І. В. Вошко дослідження удосконалено підхід до побудови концептуальних моделей – форсайт-технології в аспекті державної політики охорони здоров'я, що передбачає функції форсайт-методології «креативність», «експертиза», «взаємодія» й «достовірність»; форсайт-дослідження, спрямованого на розробку національної системи охорони здоров'я, процесу її впровадження, системи управління, ресурсного забезпечення, виявлення факторів спротиву, видів і способів супроводу впровадження цієї системи й завершується верифікацією результатів дослідження; до того ж сформульовано поняття «форсайт медичної галузі». Крім того автором удосконалені методики: визначення стратегічних

орієнтирів і пріоритетів публічного управління розвитком засад державної політики охорони здоров'я, які засновані відповідно на SWOT-аналізі й експертних оцінках; формально-логічному аналізі стратегічних орієнтирів у просторі SWOT-матриці за допомогою техніки «4Ф» і систематизації виявлених пріоритетів; верифікації теоретико-прикладних напрацювань, яка ґрунтується на застосуванні дослідницьких інтерв'ю й інтерв'ю «компетентний експерт» із залученням експертів науковців і керівників органів охорони здоров'я регіонального й місцевого рівнів, що є учасниками медичної реформи в Україні.

Корисним з науково-практичної точки зору, на наш погляд, є аналіз зарубіжного досвіду медичних реформ, які зумовлені проблемами зростання фінансових витрат на медичну допомогу й спроможності систем охорони здоров'я до покращення здоров'я населення; їх розв'язання здійснювалося шляхом виокремлення основних видів медичної допомоги, запровадження механізмів децентралізації, підвищення ефективності управління медичними закладами і якості надання медичних послуг, забезпечення ощадливості й раціонального розподілу ресурсів; визначальними в реформах були соціальна, політична та економічна готовність країни до реформи, обрана система управління реформою (централізована, децентралізована); належно розроблена стратегія реформ, сприятливе «вікно можливостей», політичний статус міністерства охорони здоров'я, соціальний і політико-адміністративний консенсус щодо проведення реформи.

А. О. Лебедєв у дисертаційній роботі «Державна підтримка системи охорони здоров'я в Україні» [47] вдосконалив науково-практичні підходи щодо: формування стратегічного механізму державного управління охороною здоров'я, якій має зміщення акцентів на користь застосування державного програмування у сфері охорони здоров'я і передбачає розробку та реалізацію державних цільових програм на різних рівнях управління; формування моделі генетичного моніторингу, мета якої полягає в здійсненні профілактичних заходів та охороні репродуктивного здоров'я, вчасній діагностиці та корекції

аномалій розвитку людини з метою зниження рівня смертності та інвалідності дітей, що дозволить зберегти трудовий потенціал населення та зменшити соціального тягар на бюджет за рахунок зниження захворюваності та інвалідності [47]. Також автором удосконалено методичні засади формування Програми державних гарантій щодо безкоштовної медичної допомоги населенню та моніторингу її виконання, які відносяться до способів формування системи інформаційно-аналітичної підтримки та реалізації управлінських рішень; правил бюджетного фінансування охорони здоров'я, а також обґрунтування видів і обсягів надання медичної допомоги та її відповідності державним вимогам. Запропоновано структурно-функціональна основа моніторингу якості медичної допомоги на задоволення населення медичним обслуговуванням, що передбачає створити при Міністерстві охорони здоров'я України Центру моніторингу якості медичної допомоги з його територіальними представництвами, основні функції якого полягатимуть у визначенні якості та ефективності надання медичних послуг і медичної допомоги населенню лікарнями, поліклініками, амбулаторіями, визначенні основних проблем, що виникають під час медичного обслуговування. Також представлена автором Концепція розвитку системи громадського здоров'я визначає систему управління громадським здоров'ям як комплекс механізмів, інструментів, заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями (для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом впливу на зміну поведінки [47]. Що потребує, на нашу думку, доробки для ефективного розвитку галузі охорони здоров'я в Україні, зокрема з використанням кращих практик інституційно-правового забезпечення системи охорони здоров'я.

Н. О. Полковнікова у своїй науковій роботі «Роль органів місцевого самоврядування у реалізації політики в сфері охорони здоров'я населення» [77] обґрунтувала впровадження механізму реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я шляхом підвищення мотивації

приватних партнерів (інвесторів) у спільній діяльності у вигляді надання податкових стимулів з податку на додану вартість та податку на прибуток підприємств. Аваром запропоновано внести зміни до чинного законодавства України, а саме до Податкового кодексу України та Положень (стандарту) бухгалтерського обліку, що дозволяє приватному партнеру зменшувати власний прибуток до оподаткування на суму витрат, понесених ним на здійснення інвестицій протягом строку дії договору про державно-приватне партнерство, а також звільнити від оподаткування на додану вартість операції з передачі товарів (робіт, послуг) на окремий баланс платника податку. За результатами дослідження пропонується також закріпити механізм удосконалення санітарно-гігієнічного виховання населення шляхом покладання обов'язку на власників підприємств або уповноважених ними органів проводити на підприємствах просвітницьку роботу з питань санітарно-гігієнічного виховання у формі лекцій, бесід з трудовим колективом не менше ніж один раз у квартал, а за умов перевищення епідеміологічного порогу на території громади – щотижня.

Цікавими є положення автора щодо удосконалення порядку здійснення соціально-гігієнічного моніторингу здоров'я населення, де наведено компетенцію кожного з учасників відносин у сфері охорони здоров'я, зокрема Держсанепідемслужби України та Міністерства охорони здоров'я України. Виокремлено роль і компетенцію органів місцевого самоврядування щодо системи моніторингу здоров'я населення на регіональному рівні та наведено результати, які мають бути досягнуті. Удосконалення порядок взаємодії суб'єктів надання медичних послуг та пацієнтів з використанням електронної системи охорони здоров'я, в якому має бути відображено роль кожного із суб'єктів. Порядок дасть уявлення з приводу ролі кожного із суб'єктів, що вступають у відносини в процесі надання послуг у сфері охорони здоров'я. Порядок показує місце пацієнта серед інших учасників відносин, його права на отримання якісних медичних послуг з використанням електронної системи охорони здоров'я.

Дисертація М. Ю. Свет «Державне регулювання медичного страхування в Україні» [110] присвячена обґрунтуванню механізмів удосконалення державного регулювання системи медичного страхування в Україні. Зокрема, автором вперше обґрунтовано підхід до фінансування системи охорони здоров'я як державного фінансування, обов'язкового та добровільного медичного страхування, що сприятиме наданню своєчасних якісних і доступних медичних послуг населенню й ранній діагностиці складних захворювань; зокрема, обґрунтовано передумови створення Фонду боротьби з онкологічними захворюваннями та забезпечення його взаємодії з Пенсійним фондом України.

Автором оригінально представлено ідентифікацію можливостей і загроз розвитку страхової медицини в Україні. На цій основі розроблено та запропоновано пропозиції щодо: посилення інформованості населення про можливості й переваги медичного страхування; індивідуалізації підходу до клієнта; підвищення кваліфікації працівників медичних закладів та органів управління у сфері охорони здоров'я щодо проведення заходів антикризового менеджменту; визначення зв'язку між розміром внесків до фонду обов'язкового медичного страхування та величиною доходів їхніх платників; стимулювання розвитку приватного медичного страхування. І обґрунтовано зміни інституційного механізму державного регулювання медичного страхування в Україні шляхом створення Українського центру медичної стандартизації з повноваженнями національного органу стандартизації у сфері охорони здоров'я; Національної агенції медичного страхування, що матиме фінансову компетенцію та компетенцію контролю за якістю надання медичних послуг. В роботі також удосконалено пропозиції щодо врахування стратегії Уряду, Міністерства охорони здоров'я України та європейського досвіду при розв'язанні проблем у галузі медичного страхування в Україні, зокрема щодо розроблення прогресивної системи ставок внесків до Фонду обов'язкового медичного страхування, яка буде відображати зв'язок між розміром внесків і розміром доходів платників внесків, визначення їхньої

нижньої межі для соціально вразливих категорій громадян та тих осіб, які користуються можливістю виділення субсидій і дотацій із державного бюджету.

В. В. Лисак у своєму дослідженні «Взаємодія вищої медичної освіти та медичної практики в Україні: проблеми та перспективи державного регулювання» [48] вперше обґрунтував Концепцію державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, що формує і розвиває відповідні механізми державного управління, зокрема: прийняття необхідних нормативно-законодавчих актів (правовий механізм), створення консультативно-дорадчого допоміжного органу при Кабінеті Міністрів України (інституційний механізм); розробку плану заходів та створення умов щодо активної інформаційно-комунікаційної діяльності в соціумі (інформаційно-комунікативний механізм). Автором дуже вдало сформовано наукове уявлення про взаємодію систем вищої медичної освіти та медичної практики як інтегрований комплексний об'єкт державного регулювання, стан якого безпосередньо впливає на результативність реалізації державної політики щодо формування висококваліфікованого медичного кадрового потенціалу, якості медичного обслуговування населення, розвитку медичної науки та впровадження інноваційних медичних технологій у процес надання медичної допомоги.

Корисними, на нашу думку, є положення автора щодо удосконалення правового механізму державного регулювання взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, зокрема запропоновано зміни до Законів України: «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про вищу освіту», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про оренду державного та комунального майна». Крім того, автором удосконалено структуралістський підхід до визначення мети й завдань державної політики з питань взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, що повинні відповідати потребам пацієнтської громадськості, високому рівню надання як освітніх, так

і медичних послуг, потребам медичних працівників в ефективному професійному розвитку, потребам медичної науки з пошуку інноваційних лікарських засобів, методів та способів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації хвороб, травм, отруєнь, патологічних станів.

Наукові підходи В. В. Лисака до подальшого розвитку теоретичних засад механізмів державного регулювання у сферах вищої освіти та охорони здоров'я є своєчасними та актуальними в контексті створення умов для ефективної взаємодії систем вищої медичної освіти й медичної практики на основі проведення реформи вищої освіти та охорони здоров'я в Україні з урахуванням кращих практик закордонного досвіду й балансу інтересів держави, територіальних громад, пацієнтів, закладів охорони здоров'я, закладів вищої та післядипломної медичної освіти, інтеграції освітнього й лікувального процесів у сучасних умовах трансформації охорони здоров'я; і в контексті напрямів взаємодії органів державної влади, органів місцевого самоврядування із закладами вищої та післядипломної освіти з метою вирішення концептуальних суспільних проблем практичної підготовки висококваліфікованих медичних кадрів, розвитку медичної науки, підвищення якості медичного обслуговування населення на основі комплексного інтегрованого підходу, враховуючи інтереси кожного стейкхолдера, шляхом дослідження суспільних відносин щодо взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики, виявлення проблем такої взаємодії й визначення шляхів їх вирішення – і становлять інтерес для подальшого розвитку освітньо-наукової гагаузі публічного управління.

У науковому дослідженні О. В. Яремчук «Удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні» [125] представлені авторські пропозиції з вдосконалення механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою шляхом застосування у сфері охорони здоров'я програмно-цільового підходу, що дає можливість доповнити фінансове забезпечення надання окремих видів медичної допомоги та послуг і не входить в Програми державних гарантій.

До того ж, за результатами проведеного О. В. Яремчук дослідження, змінено концептуальні підходи щодо модернізації організаційного механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою, зокрема обґрунтовано потреби у локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів для надання первинної медико-санітарною допомоги населенню в об'єднаній територіальній громаді (що знаходяться в сільській місцевості) [125]. Автором запропоновано ефективний фінансово-економічний механізм державного управління системою охорони здоров'я шляхом запровадження прямого бюджетного фінансування розширеного переліку державних цільових програм у сфері охорони здоров'я з одночасним спрощенням механізму розгляду й затвердження цих програм в умовах реформування національної системи охорони здоров'я та загальносвітової пандемії COVID-19 [125].

Представлені у вище зазначеної роботі [125] теоретичні підходи викликають, на нашу думку, науковий та практичний інтерес, а саме, до формування законодавчого поля у сфері охорони здоров'я шляхом систематизації нормативно-правового забезпечення державного управління первинною медико-санітарною допомогою; до вдосконалення організаційного механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою шляхом покращення дієвості його кадрової компоненти як результату застосування комплексу заходів, спрямованих на розвиток кадрового потенціалу системи охорони здоров'я й органів управління нею; до формування політики держави у сфері охорони здоров'я шляхом обґрунтування потреби, розробки та впровадження державної цільової програми просвітницької діяльності щодо пропагування здорового способу життя й профілактики захворювань.

І. А. Берлінець вперше розробила Концепцію якості національної системи медичної реабілітації для України на основі державно-приватного партнерства за допомогою механізмів державного управління, приватного сектору та професійних медичних асоціацій як регулятора у сфері охорони

здоров'я й обґрунтувала необхідність її впровадження у своїй науковій праці «Удосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг в Україні» [5]. Крім того, автором в межах державно-приватного партнерства пропонується побудувати медико-реабілітаційний центр для надання медико-реабілітаційної допомог та послуг персоналу підприємств, організацій, його засновників, а також іншим громадянам держави на підставі укладених з Національною службою здоров'я України договорів.

В роботі [5] автором наголошено про необхідність посилення кадрової компоненти організаційного механізму державного управління системою медико-реабілітаційної допомоги шляхом внесення змін до підготовки фахівців-реабітологів і ерготерапевтів у сфері охорони здоров'я, зокрема щодо зміни парадигми освітнього процесу від авторитарної педагогіки до педагогіки співпраці. Також у роботі зазначено про удосконалення організаційного механізму державного регулювання системи медико-реабілітаційної допомоги й послуг з метою широкого залучення Всеукраїнського лікарського товариства, професійних і громадських об'єднань фахівців з медичної реабілітації.

О. В. Устимчук у дисертації «Комунікація в сучасних моделях державного управління охороною здоров'я: організаційно-правові аспекти» [121] запропонувала вперше комплекс концептуальних положень у сфері державного управління охороною здоров'я з теоретичним базисом інтегрованої моделі комунікаційно-організаційних зв'язків між суб'єктами, об'єктами та стейкхолдерами галузевої взаємодії для синхронізації управлінських процесів між ними на індивідуальному, локальному, місцевому, регіональному, державному та міжнародному рівнях управління. До того ж для досягнення стратегічних цілей організаційної перебудови медичної галузі та підвищення рівня здоров'я населення України до рівня європейських стандартів запропонована авторська інтегрована

комунікативно-організаційна модель публічного управління - надання медичних послуг.

Важливим результатом роботи О. В. Устимчук [121] є визначення технології управління в галузі охорони здоров'я щодо оперативної мінімізації комунікативних бар'єрів, а саме - діджиталізації медичних сервісів - «електронна охорона здоров'я в Україні» для зниження загальних витрат бюджетів всіх рівнів на утримання галузі при одночасному підвищенні ефективності, доступності, зручності, повсюдності, рівності та безоплатності її базових сервісів для первинного рівня медичної допомоги (зокрема: збір, збереження та забезпечення системної доступності даних пацієнта, його історії; автоматичне управління чергами; програмна допомога пацієнту щодо дотримання режиму лікування; електронний рецепт та замовлення препаратів, електронне первинне консультування).

У науковій праці С. П. Кошової «Інформаційно–психологічна складова адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я» [45] представлена теоретична модель з інформаційно-психологічною складовою адаптивного навчання фахівців з державного управління в сфері охорони здоров'я, що передбачає два матричні блоки, а саме: перший блок – психотипи фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я та сфери управління, що відрізняється запровадженням інноваційного розподілу психотипів, а також виокремленням сфер управління; другий блок – це посади в системі державної служби відповідно до Закону України «Про державну службу» та відповідне адаптивне навчання з урахуванням посад, які обіймають фахівці, що співвідносяться до психотипів та сфер управління, і при умові зміни психотипів та сфер управління відповідно змінюється й їх інформаційна складова адаптивного навчання.

Також значні результати, які представлені у роботі С. П. Кошової [45] удосконалюють систематизацію сучасного стану та проблем адаптивного навчання фахівців системи державного управління в галузі охорони здоров'я України, що відрізняється виокремленням 5 кластерів проблем [45]:

- 1) відсутність практико-орієнтованого навчання фахівців, у тому числі фахівців охорони здоров'я в системі державного управління;
- 2) відсутність стандартів навчання фахівців в системі державного управління з урахуванням галузевого підходу;
- 3) відсутність навчальних закладів, які б реалізовувати саме адаптивне навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління;
- 4) відсутні реальні механізми залучення практичних фахівців до освітнього процесу з метою формування реальних навичок фахівців охорони здоров'я в системі державного управління;
- 5) відсутність навчання з урахуванням потреби саме фахівців охорони здоров'я в системі державного управління.

С. П. Кошової удосконалюється інституційний механізм адаптивного навчання фахівців системи державного управління в галузі охорони здоров'я України, що відрізняється систематизацією функцій та завдань основних інституцій виконавчої влади держави, покликаних реалізовувати державну політику розвитку професійно-інтелектуального потенціалу фахівців системи державного управління, зокрема: Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України, Національного агентства з питань державної служби, які займаються підготовкою державних службовців, у тому числі і фахівців охорони здоров'я в системі державному управлінні. Шляхом реалізації теоретичної моделі інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в галузі охорони здоров'я України обґрунтовано Концепція інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в галузі охорони здоров'я України до 2030 року, у якій запропоновані шляхи впровадження даної освіти та спрогнозовані результати її реалізації.

Проведене наукове дослідження «Імплементація інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони

здоров'я» Л. І. Обуховської [70] має в якості результатів удосконалені наукові підходи щодо [70]:

- систематизації процесу розвитку комунального підприємства закладу охорони здоров'я в об'єднаній територіальній громаді, який базується на розвитку громади, системи охорони здоров'я в громаді та комунального підприємства закладу охорони здоров'я в громаді, що надає змогу розробити єдину стратегію такого розвитку;

- організації проведення соціологічного дослідження з визначення напрямів трансформації управління комунальними підприємствами закладами охорони здоров'я на основі опитування експертів, яка, на відміну від існуючих, базується на виявленні проблем регіонального характеру, опитуванні практичних фахівців – менеджерів системи охорони здоров'я та надає змогу окреслити перспективні напрями реформування діяльності комунальних підприємств закладів охорони здоров'я, перш за все в сільській місцевості;

- регулювання діяльності комунального підприємства закладу охорони здоров'я на основі проведення статистичного дослідження окремих показників його діяльності, які, на відміну від існуючих, спрямовані на визначення відповідності напрямів розвитку підприємства положенням Програми «Здоров'я 2020» та його інтегрованості в систему охорони здоров'я на місцевому рівні, що дало підстави для висновків про відповідність такого розвитку положенням Програми.

Виходячи з цього Л. І. Обуховської запропоновано комплексну систему вдосконалення діяльності комунального підприємства закладу охорони здоров'я відповідно до Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020», яка базується на напрямках Програми: технології, здоров'я населення, фінансування, профілактика та виявлення хвороб, наука і інновації, соціальні складові здоров'я, – що надало змогу сформувати напрями діяльності комунального підприємства як великого регіонального медичного центру. Автором вищезгаданого дослідження також удосконалено методи системного

порівняння діяльності комунальних підприємств охорони здоров'я регіону, що базуються на систематизації спільних проблем, і це надало змогу виявити такі з них: матеріально-технічні та фінансові, організаційні, інституційні, кадрові.

За результатами проведеного аналізу вітчизняних наукових досліджень в контексті розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я за останні 3 роки не виявлено значних наукових праць, які б висвітлили найкращі практики в системі публічного управління галузі охорони здоров'я на прикладі конкретної країни Європейського Союзу, зокрема Федеративної Республіки Німеччина. Крім того за напрямком дослідження системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина не знайдено жодної наукової праці в галузі державного управління і публічного управління та адміністрування за останні 5 років, що вказує на унікальність обраної теми дослідження.

1.3. Визначення наукових напрямів та тенденцій розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я для формування концепції та методики наукового дослідження за темою дисертації

Для проведення наукового дослідження необхідним є формування концептуальної основи та методики (з використанням загально наукових та спеціальних методів пізнання), де визначальними елементами є встановлення мети і відповідних завдань щодо її досягнення з чітким визначенням об'єкта та предмета дослідження і очікуваних результатів проведеної роботи.

В рамках нашого дисертаційного дослідження визначмо які наукові напрями та тенденцій розвитку в системі публічного управління галузі охорони здоров'я за останні 3 року мали місце бути.

Так, за результатами вивчення вітчизняних наукових досліджень галузі державного управління і публічного управління та адміністрування в контексті розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я

за останні 3 роки (п.1.2. дисертаційної роботи) встановлено, що вчені та дослідники були зорієнтовані у напрямках:

- медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я;
- механізми державного управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я України;
- міжнародні організації в інституційній системі державного регулювання охорони здоров'я;
- формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я України;
- державна підтримка системи охорони здоров'я в Україні;
- роль органів місцевого самоврядування у реалізації політики в сфері охорони здоров'я населення;
- державне регулювання медичного страхування в Україні;
- взаємодія вищої медичної освіти та медичної практики в Україні: проблеми та перспективи державного регулювання;
- удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні;
- удосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг в Україні;
- комунікація в сучасних моделях державного управління охороною здоров'я: організаційно-правові аспекти;
- інформаційно–психологічна складова адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я;
- імплементація інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я;
- та інші.

Проте, як було зазначено раніше за напрямком дослідження системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина не знайдено жодної наукової праці в галузі державного управління

і публічного управління та адміністрування за останні 5 років, що вказує на унікальність обраної теми дослідження.

Тому можна зробити висновок, що наукові напрями, які визначають тенденцій розвитку в системі публічного управління галузі охорони здоров'я в переважній більшості спрямовані на розвиток галузі охорони здоров'я в Україні (деякі із них визначають найкращі практики в системі публічного управління галузі охорони здоров'я країн Європейського Союзу), зокрема щодо: публічного врядування у сфері охорони здоров'я, управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я, участі міжнародних організацій в інституційній системі державного регулювання охорони здоров'я, державної політики у сфері охорони здоров'я, державної підтримки системи охорони здоров'я, ролі органів місцевого самоврядування у реалізації політики в сфері охорони здоров'я населення, державного регулювання медичного страхування в Україні, взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики, державного управління первинною медико-санітарною допомогою, державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг, комунікації в сучасних моделях державного управління охороною здоров'я, інформаційно–психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я, імплементації інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я, тощо.

Таким чином унікальність обраного напрямку дослідження полягає у вирішенні важливого наукового завдання щодо комплексного дослідження розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина і розробці науково-практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України рамках реформ.

Відповідно актуальність теми дослідження полягає в тому, що на національному рівні (з урахуванням міжнародного контенту) формується власний правовий механізм забезпечення функціонування системи охорони

здоров'я, який є основою формування національної політики охорони здоров'я, і функціонування системи в цілому. Історичний досвід і сучасний стан розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина є корисним з науково-практичної точки зору щодо імплементації кращій практики Європейської країни в реформі системи охорони здоров'я України, виходячи з курсу держави в напрямку євроінтеграції та тих зобов'язань, які взяті в рамках євроінтеграційної політики України. В цьому контексті необхідно зазначити, що сучасна політики охорони здоров'я Німеччини розвивається в рамках національної та міжнародної політики охорони здоров'я і визначає: право на життя та фізичну недоторканність; захист або відновлення здоров'я та профілактика, лікування або полегшення захворювань; необмежений доступ до медичної допомоги на основі рівня медичних знань; максимальну свободу та персональну відповідальність для кожного учасника; умови збереження та вдосконалення професійної спроможності; солідарне фінансування відповідно до економічних можливостей із спільним страхуванням без внесків непрацюючих членів сім'ї; мікроекономічну ефективність надання послуг та макроекономічний виправданий рівень внесків [127].

Виходячи з цього в концептуальну основу нашого дисертаційного дослідження покладено системний та комплексний інтегрований підхід до розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, що визначається об'єктивністю до потреб вітчизняної науки та практики суспільного розвитку і сучасних перехідних положень від державного до публічного управління та адміністрування.

Отже метою нашого дисертаційного дослідження є комплексне дослідження розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, що обумовлено об'єктом дослідження (система публічного управління в галузі охорони здоров'я) та

предметом дослідження (публічне управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина).

На основі логіко-наукового методу та методу декомпозиції, який дозволяє вирішити низку невеликих цілій (взаємопов'язаних завдань) з метою вирішення великого завдання (досягнення мети), встановимо для розв'язання поставленої нами мети дисертаційного дослідження відповідні завдання:

- вивчити галузь охорони здоров'я в контексті розвитку публічного управління;
- вивчити результати вітчизняних наукових досліджень в контексті розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я;
- визначити наукові напрями та тенденції розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я для формування концепції та методики наукового дослідження за темою дисертації;
- дослідити історичні віхи розвитку та становлення сучасної системи охорони здоров'я Німеччини;
- проаналізувати організаційно-правовий механізм забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН шляхом проведення аналізу розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я ФРН та аналізу організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина;
- охарактеризувати механізми впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина;
- визначити пріоритетні напрямки розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина;
- з'ясувати розвиток охорони здоров'я в Україні в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів;
- провести порівняльний аналіз пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з визначеними векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні;

- запропонувати шляхи удосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в рамках проведення медичної реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я.

Теоретико-методологічну основу дисертаційного дослідження становлять фундаментальні положення науки державного управління, публічного управління та адміністрування, права, соціології та медицини (останнім часом з сучасних наукових трендів є міждисциплінарний характер методології досліджень), що включає наукові праці вітчизняних вчених та дослідників, а також публікації німецьких науковців. В емпіричну та фактологічну основу дослідження покладено міжнародні документи, національне законодавство та нормативно-правові акти Федеративної Республіки Німеччина, статистичні дані, інформаційні матеріали вітчизняної та закордонної практики з розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я.

Відповідно до поставлених завдань методологія дослідження ґрунтується на загальнонаукових та спеціально-наукових методах пізнання із використання системного підходу. Зокрема теоретико-методологічні засади проведення наукового дослідження за напрямком розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я (Розділ 1) сформовані за допомогою діалектичного методу пізнання - вивчено галузь охорони здоров'я в контексті розвитку публічного управління та результати вітчизняних наукових досліджень в контексті розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я (п.1.1., п.1.2.), з використанням теоретичної формалізації визначено наукові напрями та тенденції розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я для формування концепції та методики наукового дослідження за темою дисертації, на основі систематизації понятійно-категоріального апарату сформульовано авторське визначення понять: «галузь охорони здоров'я», «публічне управління в галузі охорони здоров'я» та «публічне адміністрування в галузі охорони здоров'я». (п.1.3.).

У подальшому для проведення аналізу механізмів впровадження політики охорони здоров'я і функціонування системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина (Розділ 2) нам необхідно за допомогою історико-системного та історико-правового методів дослідити історичні віхи розвитку та становлення сучасної системи охорони здоров'я Німеччини (п.2.1.), на методичній основі формальної логіки із застосуванням дедуктивного методу (аналізу) та індуктивного методу (синтезу) проаналізувати організаційно-правовий механізм забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН шляхом проведення аналізу розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я ФРН та аналізу організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина (п.2.2.), а також охарактеризувати механізми впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина (п.2.3.). За результатами проведеного аналізу потребує визначення пріоритетні напрямки розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина (п.2.4.).

На основі міждисциплінарного підходу з використанням логіко-діалектичного, порівняльно-правового та інших спеціальних методів пізнання і форсайту необхідним в рамках нашого дослідження є визначення напрямків розвитку та вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів (Розділ 3), зокрема шляхом з'ясування розвитку охорони здоров'я в Україні в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів, а також шляхом проведення порівняльного аналізу пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з визначеними векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні (п.3.1., п.3.2.).

Висновки та пропозиції щодо удосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в рамках проведення медичної реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я (п.3.3.)

формулюються за допомогою системно-структурного аналізу та історико-правового, формально-логічного, формально-юридичного, діалектичного методів наукового пізнання за результатами проведеного дослідження.

Таким чином у концептуальну основу дисертаційного дослідження покладено системний та комплексний інтегрований підходи до розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, що визначається об'єктивністю до потреб вітчизняної науки та практики суспільного розвитку і сучасних перехідних положень від державного до публічного управління та адміністрування.

Методика наукового дослідження ґрунтується на визначальних елементах, зокрема встановлення мети дисертаційної роботи і відповідних завдань щодо її досягнення з чітким визначенням об'єкта та предмета дослідження і очікуваних результатів проведеної роботи. Відповідно до поставлених завдань методологія дослідження передбачає загальнонаукові та спеціально-наукових методи пізнання із використання системного підходу. Зокрема теоретико-методологічну основу дисертаційного дослідження становлять фундаментальні положення науки державного управління, публічного управління та адміністрування, права, соціології та медицини (останнім часом з сучасних наукових трендів є міждисциплінарний характер методології досліджень), що включає наукові праці вітчизняних вчених та дослідників, а також публікації німецьких науковців. В емпіричну та фактологічну основу дослідження покладено міжнародні документи, національне законодавство та нормативно-правові акти Федеративної Республіки Німеччина, статистичні дані, інформаційні матеріали вітчизняної та закордонної практики з розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я.

Висновки до розділу 1.

У розділі 1. «Теоретико-методологічні засади проведення наукового дослідження за напрямком розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я» вивчено галузь охорони здоров'я в контексті розвитку публічного управління та результати вітчизняних наукових досліджень в контексті розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я, також визначено наукових напрямів та тенденцій розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я для формування концепції та методики наукового дослідження за темою дисертації. Що дозволило сформулювати наступні висновки:

1. За результатами вивчення галузі охорони здоров'я в контексті розвитку публічного управління встановлено невизначеність сутності публічного управління в галузі охорони здоров'я, що зумовлено, в першу чергу, нечіткістю врегулювання в українському законодавстві.

Зазначено, що роль держави - органів державної влади, органів місцевого самоврядування є визначальною у реалізації природного невід'ємного і непорушного права кожної людини на охорону здоров'я. Правові, економічні, соціальні основи охорони здоров'я містяться у положеннях закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в якому крім регулювання суспільних відносин, визначається участь громадськості в охороні здоров'я, що в сукупності представляє систему публічного управління в галузі охорони здоров'я.

З'ясовано, що публічне управління для сучасної України нове і ще не сформоване у свідомості суспільства явище, для якого важко встановити жорсткі рамки публічного управління та пов'язаного з цим адміністрування.

Сформульовано авторське визначення понять: «галузь охорони здоров'я», «публічне управління в галузі охорони здоров'я» та «публічне адміністрування в галузі охорони здоров'я». А саме:

- галузь охорони здоров'я – це пріоритетний напрямок розвитку держави шляхом реалізації відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, що забезпечується державними та іншими формами фінансування і передбачає систему відповідних заходів, що здійснюють органи державної влади та місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я та інші приватні та громадські інституції та особи на засадах чинного законодавства та міжнародних зобов'язань;

- публічне управління в галузі охорони здоров'я як реалізація права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я, що включає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я і передбачає громадський контроль органів державної влади, органів місцевого самоврядування, представників приватного сектору в межах визначених законом повноважень та діяльності з метою досягнення пріоритетних цілей держави;

- публічне адміністрування в галузі охорони здоров'я являє собою діяльність суб'єкта, який наділений владними повноваженнями в межах чинного законодавства для здійснення адміністративного управління («прийняття адміністративних рішень; надання адміністративних послуг; здійснення внутрішнього адміністрування суб'єкта публічного адміністрування») в галузі охорони здоров'я.

2. За результатами вивчення вітчизняних наукових досліджень в контексті розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я за останні 3 роки не виявлено значних наукових праць, які б висвітлили найкращі практики в системі публічного управління галузі охорони здоров'я на прикладі конкретної країни Європейського Союзу, зокрема Федеративної Республіки Німеччина. Крім того за напрямком дослідження системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина не знайдено жодної наукової праці в галузі державного управління і публічного управління та адміністрування за останні 5 років, що вказує на унікальність обраної теми дослідження.

3. Наукові напрями, які визначають тенденції розвитку в системі публічного управління галузі охорони здоров'я в переважній більшості спрямовані на розвиток галузі охорони здоров'я в Україні (деякі із них визначають найкращі практики в системі публічного управління галузі охорони здоров'я країн Європейського Союзу), зокрема щодо: публічного врядування у сфері охорони здоров'я, управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я, участі міжнародних організацій в інституційній системі державного регулювання охорони здоров'я, державної політики у сфері охорони здоров'я, державної підтримки системи охорони здоров'я, ролі органів місцевого самоврядування у реалізації політики в сфері охорони здоров'я населення, державного регулювання медичного страхування в Україні, взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики, державного управління первинною медико-санітарною допомогою, державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг, комунікації в сучасних моделях державного управління охороною здоров'я, інформаційно–психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я, імплементації інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я, тощо.

У концептуальну основу дисертаційного дослідження покладено системний та комплексний інтегрований підходи до розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, що визначається об'єктивністю до потреб вітчизняної науки та практики суспільного розвитку і сучасних перехідних положень від державного до публічного управління та адміністрування.

Методика наукового дослідження ґрунтується на визначальних елементах, зокрема встановлення мети дисертаційної роботи і відповідних завдань щодо її досягнення з чітким визначенням об'єкта та предмета дослідження і очікуваних результатів проведеної роботи. Відповідно до поставлених завдань методологія дослідження передбачає загальнонаукові та

спеціально-наукові методи пізнання із використання системного підходу. Зокрема теоретико-методологічну основу дисертаційного дослідження становлять фундаментальні положення науки державного управління, публічного управління та адміністрування, права, соціології та медицини (останнім часом з сучасних наукових трендів є міждисциплінарний характер методології досліджень), що включає наукові праці вітчизняних вчених та дослідників, а також публікації німецьких науковців. В емпіричну та фактологічну основу дослідження покладено міжнародні документи, національне законодавство та нормативно-правові акти Федеративної Республіки Німеччина, статистичні дані, інформаційні матеріали вітчизняної та закордонної практики з розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ ВПРОВАДЖЕННЯ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ФЕДЕРАТИВНОЇ РЕСПУБЛІКИ НІМЕЧЧИНА

2.1. Історичні віхи розвитку та становлення сучасної системи охорони здоров'я Німеччини

Важливою передумовою щасливого життя є здоров'я, яке високо цінувалося в давнину. Стародавня медицина, яка розвивалася з п'ятого століття до н. е. і найбільш пов'язана з іменами Гіппократа та Галена, була фундаментальною для розвитку наукової медицини, яку ми знаємо сьогодні. У медицині досі використовуються такі терміни, як «природа», «причина», «симптом», «показ», а також такі методи, як експеримент або диференційна діагностика, які йдуть у глибоку давнину. Стародавня медицина має не лише історичне значення, ще тоді були поставлені важливі питання про теоретичні та етичні основи медицини, які актуальні й сьогодні.

Зокрема, як зазначає професор Філіп ван дер Ейк в давнину дискусія йшла про те, що таке здоров'я, з чого воно складається та як його зберегти. Були різні позиції. У так званій архаїчній грецькій моральній думці (час Гомера, близько 700 р. до н. е.) здоров'я все ще розглядалося як одне із «зовнішніх благ», яке можна порівняти зі знатним походженням, успадкованим багатством, престижем, фізичною силою та красою. Здоров'я розглядалося як природне благо, народжене або успадковане випадково, з яким потрібно було просто погодитися і над яким не було контролю: бути здоровим чи нездоровим з'являлося в результаті щасливих чи нещасливих обставин [146]. Під впливом грецької медицини, зокрема лікувальної дієтології, пов'язаної з іменами грецьких лікарів Гіппократа з Коса (460-370 рр. до н. е.) і Діокла з Карістоса (IV ст. до н. е.), розвинулося у V і IV століттях

до н. уявлення про те, що людина може значною мірою впливати на своє здоров'я чи здоров'я свого суспільства і повинна нести за це відповідальність. Здоров'я розглядалося як стан рівноваги, гармонії та внутрішньої стабільності, на який може впливати певний спосіб життя. Здоров'я також набуло важливого значення в грецькій філософії. Наприклад, Аристотель (384–322 рр. до н. е.) відводив фізичному здоров'ю важливу роль у моральній та розумній поведінці. [146].

Громадяни Стародавньої Греції отримували державну підтримку в разі втрати працездатності внаслідок військової події, у старості або у разі фізичної вади. Військові сироти також отримували матеріальну підтримку, нагляд і освіту до повноліття. Крім того, безробітні та знедолені люди, існування яких було під загрозою, отримували державну допомогу у вигляді грошей, їжі та одягу. Система охорони здоров'я в першу чергу відповідала за боротьбу з епідеміями та лікування інвалідів війни [154, с. 6-7].

У Стародавньому Римі проводилася цілеспрямована політика бідності шляхом підтримки низьких цін на зерно для міського населення за рахунок державних субсидій. Зерно або хліб також видавали біднішим громадянам міста безкоштовно. Існувала також система допомоги сім'ям, яка фінансувалася з благодійних фондів, щоб забезпечити можливість годувати бідних дітей. Крім того, існували також організації самопомогі (наприклад, асоціації допомоги у зв'язку з оздоровленням, а також у разі смерті) на професійній основі. Вони надавали засоби правового захисту та медичну допомогу в разі хвороби чи нещасного випадку, а також гроші тим, хто пережив членів сім'ї. Фінансувалися ці організації за рахунок вступних та інших внесків. Охороною здоров'я в Стародавньому Римі керували лікарі, які отримували гроші від місцевого уряду і були доступні для кожного громадянина [154, с. 6-7].

Розвиток системи охорони здоров'я європейських країн суттєво відрізняються від інших розвинутих країн світу, але за сучасною формою фінансування і надання послуг в європейських країн є суттєва різниця.

Передумови виникнення таких розбіжностей мають причинно-наслідковий історичний зв'язок та історично-політичні процеси національного характеру. Тобто щоб зрозуміти, сучасну систему охорони здоров'я Німеччини, необхідно знати її історичний розвиток.

Розглянемо докладніше історичні віхи розвитку як передумови для становлення сучасної системи охорони здоров'я Німеччини.

Так у Середньовіччя догляд за хворими (у тому числі медичний) був приватною справою. Як правило родичі доглядали своїх хворих родичів і дбали про них, а той, хто не мав родичів і не мав достатньо грошей (щоб оплатити догляд), залежали від подачок, мусили жебракувати - були повністю надані самі собі. З розвитком та посиленням релігійних інституцій в Німеччині, зокрема в результаті реформації та релігійних воїн Німеччина розділилася на католицькі й протестантські (лютеранські) регіони (де головним принципом, закріпленому в Вестфальському мирному договорі 1648 р. став принцип *cuius regio, eius religio*, тобто піддані того чи іншого феодала були зобов'язані приймати його віру: католицьку або протестантську [137]). Монастирі та церковні лікарні все більше брали на себе опіку над тими, хто потребував догляду. Хворі, а також люди, які потребували опіки знаходили притулок у будинках для бідних та для престарілих при монастирях і церквах. Однак вони знаходилися там, в першу чергу не для догляду, а для спасіння душ. Тому головною метою опіки було надання духовної допомоги. Проте ґрунтуючись на дусі християнського милосердя (Карітас), церкви створили різні установи, такі як притулки та лікарні, щоб допомагати, підтримувати та піклуватися про бідних, хворих, людей похилого віку, вдов і сиріт. Ці кошти несли і фінансували парафії та монастирі, а також милостиню віруючих для нужденних.

Під час хрестових походів були засновані церковні та світські ордени для забезпечення догляду за хворими та пораненими хрестоносцями та паломниками. У XII столітті церква наклала заборону на священнослужителів. У результаті численні німецькі та європейські монастирі залишили свої

заїжджі двори та лікарні мирянам-помічникам або братам-мирянам. Деякі з них дали початок світським орденам, наприклад Йоганітерський і Мальтійський, які діють і сьогодні [154. с. 7].

28 грудня 1260 року вважається початком німецького та європейського соціального забезпечення. У той час єпископ Гільдесгайма, Йоганн I фон Бракель, пообіцяв свій захист у документі Братству Санкт-Йоганніс на Раммельсберзі поблизу Гослара. Братство Св. Йоханніса підтримувало хворих і поранених шахтарів та їхніх утриманців. Цей документ є таким важливим, оскільки в ньому вперше згадується організоване соціальне забезпечення [154. с. 8].

У подальшому починаючи з XIV століття в країнах Європи зміцнилася буржуазія - міста, ремісничі гільдії організовувалися і ставали все більш процвітаючими. У Німеччині лікарні засновували заможні громадяни, які в першу чергу були відкриті для громадян, але в деяких випадках також для бідних (можна знайти й сьогодні у назві «Bürgerspital»). Ремісники були організовані через обов'язкове членство в цехах, що гарантувало мінімальний рівень безпеки для постраждалих та їхніх сімей у разі хвороби чи смерті, і, таким чином, являло собою свого роду попередника соціального страхування.

Державні фонди медичного страхування навіть до 1996 року були організовані за гільдіями, оскільки вони були відкриті лише для представників певних галузей економіки, наприклад медичне страхування компанії або технічне страхування. Шахтарі вугільних шахт спочатку були організовані в асоціації шахтарів, які фінансувалися шахтарями та власниками шахт. Вони продовжували виплачувати заробітну плату в разі хвороби робітника або пенсію вдовам в разі його смерті. Завдяки обов'язковому страхуванню асоціації шахтарів були вже дуже прогресивними; положення та пільги асоціацій шахтарів пізніше стали частиною основних рис обов'язкового медичного страхування. Так закон від 10 квітня 1854 р. про об'єднання шахтарів, металургів і соляників у профспілки шахтарів був першим статутним, державним страхуванням робітників.

Проте ці та інші державні норми все ж були недостатніми для вирішення соціальних питань, оскільки торкалися лише частини населення. Соціальні образи інших професійних груп також вимагали вирішення. Проте більшість людей взагалі не були застраховані і musiли покладатися на милостиню в разі хвороби.

Також початок індустріалізації поставив абсолютно новий виклик соціальному забезпеченню. Цехи й гільдії вже не мали тут ніяких повинностей; вони втратили значення. Промислові робітники, які змушені були вийти на пенсію через хворобу, інвалідність або старість, вже не могли розраховувати на солідарну допомогу від інших. Це глибоке соціальне потрясіння вимагало втручання від держави. Зокрема, згідно закону про соціальне забезпечення від 5 лютого 1794 р., з'явилося положення про турботу держави про бідних: «державна повинна забезпечувати їжею та харчуванням тих громадян, які не заробляють собі на життя самостійно і не можуть отримати його від інших приватних осіб, які зобов'язані це робити згідно з особливими законами» [154, с. 9].

Однак розвиток не зупинявся на державному добробуті. Згодом були створені установи (страхові компанії), до яких сплачувалися внески, щоб потім отримати виплати, які захищають населення від економічної шкоди.

Після Французької революції та Наполеонівських воєн (1803–1815 рр.) стався крах феодальної системи, а лібералізм та націоналізм зіштовхнулись з силами реакції. Березнева революція 1848 року провалилась. Промислова революція сприяла модернізації німецької економіки, стрімкій урбанізації та появі соціалістичного руху в Німеччині. Пруссія, зі столицею в Берліні, ставала міцнішою [11, с. 81-95]. Стали науковими центрами світового рівня університети Німеччини, набували стрімкого розвитку творчі напрями у мистецтві, музиці, літературі тощо. Об'єднання німецьких держав в Німецьку імперію відбулось в 1871 році під проводом пруського канцлера Отто фон Бісмарка. Проте соціальне становище робітників погіршилося, ближче до кінця XIX століття в багатьох місцях панували погані гігієнічні умови. Люди

працювали сім днів на тиждень, дитяча праця була широко поширена, навіть із маленьких дітей, а робочі години понад 12 годин на день без жодного соціального забезпечення були нормальними. За відсутності заходів безпеки на виробництві серйозні травми та смертельні випадки були кожного дня [11, с. 81-95].

Загроза соціальних заворушень спонукала уряд під керівництвом кайзера Вільгельма I запровадити закони, спрямовані на зменшення існуючих надзвичайних соціальних відмінностей і збереження внутрішнього миру.

Тому з нагоди відкриття сесії німецького рейхстагу 17 листопада 1881 року канцлер Отто фон Бісмарк зачитав імператорське послання Вільгельма I, який на той час хворів, що тепер відоме як «Велика хартія» або також як свідоцтво про народження німецького соціального забезпечення. Метою якого є соціальна реформа для захисту працюючого населення, особливо промислових робітників, зокрема [154, с. 9]:

- працівники повинні бути застраховані від ризиків захворювання, нещасних випадків на виробництві та втрати працездатності через старість або інвалідність;

- працівники повинні мати законне право на пільги;

- страхування має здійснюватися на основі самоврядування.

Німеччина була першою країною, яка запровадила національне соціальне страхування. Таким чином, вона стала світовим піонером у розвитку державних систем соціального забезпечення.

Обов'язкове (державне) медичне страхування (GKV) було засновано в 1883 році як частина соціального законодавства, ініційована канцлером Отто фон Бісмарком для вирішення «соціального питання», спричиненого все більшим зубожінням робочої сили. Далі у 1884 році прийнято закон про страхування від нещасних випадків, а в 1889 році - закон про страхування на випадок інвалідності та старості. Усі види страхування були узагальнені в Кодексі страхування Рейху 1911 року з метою створення єдиного зводу

законів. Це діяло до 1970 року, коли його змінив чинний на даний момент кодекс соціального страхування.

Після запровадження обов'язкового страхування для всіх робітників у 1883 році виникли так звані первинні каси: місцеві, гільдійські та корпоративні каси медичного страхування, каси морського медичного страхування та асоціації шахтарів. Третину внесків фінансували роботодавці, а дві третини – працівники. Працівники були застраховані в фондах заміників і повинні були повністю самостійно фінансувати свої внески. Медичне обслуговування зросло, оскільки лікарі, які раніше отримували платню натурою або взагалі не отримували від бідних верств населення, тепер мали надійне фінансування, оскільки оплачувалися також витрати на лікування нижчих верств населення. Страхові компанії отримали можливість укладати індивідуальні договори на обслуговування з лікарями, що дозволило їм збільшити свої доходи. Це призвело до збільшення кількості практикуючих лікарів, особливо у великих містах, і, отже, до зростання конкуренції. Кульмінацією цього стало Берлінська угода 1913 року, яка передбачала, що медичні страхові компанії та лікарі спільно приймають рішення про затвердження лікарів [149].

Також закони про соціальне страхування 1883-1889 років, про медичне страхування, пенсійне страхування та страхування від нещасних випадків були вперше об'єднані в єдиний Кодекс страхування Рейху від 19 липня 1911 року і одночасно реформовані. Він був поділений на шість книг:

- 1 Книга: Загальні положення;
- 2 Книга: Медичне страхування;
- 3 Книга: Страхування від нещасних випадків;
- 4 Книга: Страхування на випадок інвалідності та втрату годувальника;
- 5 Книга: Відносини між страховими компаніями та іншими зобов'язаними сторонами;
- 6 Книга: процедура.

Кількість застрахованих було розширено за рахунок сільськогосподарських робітників, прислуг та домашніх промислів. Для вдов та сиріт введено пенсії у зв'язку з втратою годувальника [154, с. 12].

Внаслідок Першої світової війни з 1914 по 1918 роки у результаті економічного спаду у 1929 році первинну систему соціального забезпечення не можна було зберегти. Тому було прийнято воєнне положення, закони, типові для цих важких часів.

Початок Першої світової війни в 1914 році та її наслідки також поставили систему соціального забезпечення перед серйозним випробуванням. Внаслідок війни різко зросла кількість пенсії по інвалідності та у зв'язку з втратою годувальника. Установи пенсійного страхування втратили близько 90% страхових активів через знецінення інвестицій та інфляцію. Пенсії мільйонам застрахованих більше не могли виплачуватися. Було запроваджено розрахункову систему, що стабілізувало пенсійну систему. Проте незважаючи на складні економічні обставини, система соціального забезпечення продовжувала розширюватися в 1920-1930-х роках. Уряд Рейху намагався компенсувати дефіцит системи пенсійного страхування, спричинений світовою економічною кризою, виданням надзвичайних указів шляхом ліквідації резервів і надання додаткових державних субсидій. Пенсійна політика була підпорядкована курсу суворой економії. Витрати значно скоротили. Було посилено вимоги до виплат, а поточні пенсії зменшено. Усі галузі соціального забезпечення були об'єднані під егідою Страхування Рейху та підпорядковані Управлінню Страхування Рейху.

Після краху Третього рейху 8 травня 1945 року закони про соціальне забезпечення залишалися в силі. Однак на них сильний вплив мали накази відповідних окупаційних держав. Хоча правові норми, видані для американської, британської та французької зон окупації, відрізнялися одне від одного, вони не змінили загального характеру соціального забезпечення. Попередні закони про соціальне страхування по суті залишилися в силі. Адміністрація радянської окупаційної зони, навпаки, пішла своїм шляхом. У

радянській зоні окупації з 1947 року було запроваджено стандартну систему страхування, а систему охорони здоров'я було націоналізовано. Виникла зовсім інша система соціального забезпечення.

Тільки після створення Федеративної Республіки Німеччина спочатку були прийняті закони, які враховували зміни в політичних, економічних і соціальних умовах. Було відновлено і самоврядування (Закон про самоврядування від 22 лютого 1951 р.). Крім того, Закон про соціальні суди від 3 вересня 1953 року запровадив спеціальну юрисдикцію для соціального права: соціальні суди. Крім того першим серйозним кроком у сфері соціальної реформи була реорганізація пенсійного страхування у 1957 році.

В подальшому розвиток соціального забезпечення [127] мав обов'язкове страхування всіх працівників (1968 р.), відкриття пенсійного страхування, особливо для самозайнятих осіб і домогосподарок (1972 р.), приведення пенсій від нещасних випадків (1964) та жертв війни (1972) до економічних подій, соціальне страхування реабілітованих та інвалідів (1974 і 1975 рр.).

Таким чином після того, як робота поступово нарощувалася з 1970-х років, основні сфери того, що відноситься до соціального права, тепер регулюються Кодексом соціального страхування (Sozialgesetzbuch – SGB), який є кодифікацією соціального права у формальному розумінні, однак, воно не включає приватне право, яке накладається з соціальної точки зору, таке як законодавство про оренду соціального житла або соціальний захист працівників [132].

У результаті історичних перетворень, які заклали основи сучасної системи охорони здоров'я Німеччини визначено дві основні сфери як цілі для функціонування системи охорони здоров'я в Німеччині і для досягнення яких надаються відповідні ресурси у вигляді закладів охорони здоров'я, освітніх програм і систем безпеки. А саме:

- 1) поліпшення стану здоров'я населення за допомогою ефективної та якісної допомоги з урахуванням потреб, зокрема щоб запобігти, вилікувати

або полегшити хворобу та пов'язані з нею страждання, зберігаючи автономію та гідність;

2) довгострокове забезпечене фінансування системи охорони здоров'я шляхом ефективного та економного надання послуг із розумним співвідношенням витрат і результатів.

Також метою сучасної політики охорони здоров'я Німеччини, яка розвивається в рамках національної та міжнародної політики охорони здоров'я є [127]:

- право на життя та фізичну недоторканність;
- захист або відновлення здоров'я та профілактика, лікування або полегшення захворювань;
- необмежений доступ до медичної допомоги на основі рівня медичних знань;
- максимальна свобода та персональна відповідальність для кожного учасника;
- створення, збереження та вдосконалення професійної спроможності, здатності заробляти як основи для самозабезпечення засобами існування;
- солідарне фінансування відповідно до економічних можливостей із спільним страхуванням без внесків непрацюючих членів сім'ї;
- мікроекономічна ефективність надання послуг та макроекономічно виправданий рівень внесків.

2.2. Аналіз організаційно-правового механізму забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина

Будь яка система управління на державному рівні потребує вирішення проблем, регулювання системи та її координації. Система охорони здоров'я є

складною системою. У Федеративній Республіці Німеччина вона поділяється на три рівні [129]:

1) встановлення рамок через державні вимоги та аналогічні федеральні структури в Німеччині:

- федеральні,
- земельні,
- місцеві органи влади;

2) організація охорони здоров'я через самоврядування з його корпораціями та асоціаціями;

3) конкретне постачання медичних страхових компаній, лікарів, найрізноманітніших медичних професій, лікарень та аптек, інтереси яких представляють асоціації.

У Федеративній Республіці Німеччина Федеральне міністерство охорони здоров'я (Bundesministerium für Gesundheit - BMG) відповідає за політику в галузі охорони здоров'я і, несе відповідальність за розробку відповідних законодавчих проєктів, постанов та адміністративних розпорядчих документів. Навіть якщо Бундестаг (однопалатний орган народного представництва Федеративної Республіки Німеччина) офіційно приймає закони, політика федерального уряду в галузі охорони здоров'я розробляється в BMG, тому що головна відповідальність за питання політики охорони здоров'я, а отже, і обов'язкове медичне страхування лежить на BMG.

Законодавство і державна політика у сфері охорони здоров'я Федеративній Республіці Німеччина – це компетенція Федерального міністерства охорони здоров'я (BMG). Звісно що, при підготовці закону необхідна координація з іншими відомствами, до сфери відповідальності яких також належать певні аспекти політики охорони здоров'я, такі як [130]:

- захист прав споживачів (Федеральне міністерство продовольства, сільського господарства та захисту прав споживачів);
- соціальне забезпечення (Федеральне міністерство праці та соціальних справ);

- фінансування (Федеральне міністерство фінансів);
- та інші.

Законодавство та державна політика охорони здоров'я встановлюють рамки, у яких партнери з охорони здоров'я можуть приймати рішення, і пріоритети політики охорони здоров'я узгоджуються з метою економного використання фінансових ресурсів. Федеральне міністерство охорони здоров'я відповідальне на федеральному рівні, зокрема за низку установ, які займаються головними завданнями охорони здоров'я. Проте треба зазначити, що федеральні землі мають власні законодавчі повноваження і несуть відповідальність за виконання федеральних законів. У Німеччині діє принцип самоврядування: держава забезпечує правову базу та завдання, а страхувальники та платники внесків, а також постачальники послуг об'єднуються в асоціації.

Але насамперед, політика Федеративної Республіки Німеччина, у тому числі у сфері охорони здоров'я будується на принципі субсидіарності тобто має бути якомога ближчою до громадянина. Відповідно до цього принципу державні завдання в Німеччині розподіляються: спочатку муніципалітети відповідають за своїх громадян, потім федеральні землі. Федеральний уряд встановлює політичні рамки в певних сферах.

Оскільки система охорони здоров'я Німеччини організована через соціальне страхування, вона відрізняється від фінансованих державою систем, які здебільшого покривають витрати на охорону здоров'я за рахунок податків, і від ринково-орієнтованих систем, які покривають ризики для здоров'я виключно через приватні страхові компанії.

Метою соціального страхування є хоча б частковий захист від елементарних життєвих ризиків. Він базується на трьох принципах персональної відповідальності, субсидіарності та солідарності. Для соціального страхування характерний принцип самоврядування. Постачальники медичних послуг та постачальники послуг, а також роботодавці та застраховані особи організовуються для контролю та

формування системи охорони здоров'я. Держава визначає рамкові умови та здійснює нагляд. Таким чином, німецьку систему охорони здоров'я можна розглядати як середину між фінансованими державою та організованими системами та системами суто приватного сектора.

Крім обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV), в якому в Німеччині застраховано близько 72,6 мільйона осіб, існує також приватне медичне страхування (PKV), у якому застраховано 8,8 мільйона осіб. Через таку чисельну різницю на систему охорони здоров'я суттєво впливають структури загальнообов'язкового медичного страхування. Загалом німецьку систему охорони здоров'я формують численні актори та установи. Через федеральну структуру республіки обов'язки та завдання в системі охорони здоров'я розподілені між федеральним урядом і землями [127].

На федеральному рівні Об'єднаний федеральний комітет (G-BA) утворює центральний керівний орган спільного самоврядування. Він видає рекомендації щодо медичного та медсестринського догляду, оцінює переваги та економічну ефективність методів лікування та приймає рішення щодо заходів забезпечення якості в амбулаторних та стаціонарних галузях. До його складу входять представники Національної асоціації лікарів із загального медичного страхування, Німецького товариства лікарень та Центральної асоціації кас медичного страхування. Останній відіграє ключову роль у формуванні охорони здоров'я для тих, хто має державне медичне страхування.

Німецьке товариство лікарень представляє інтереси лікарень і займається фундаментальними питаннями стаціонарної допомоги. Національна асоціація лікарів із загального медичного страхування представляє інтереси лікарів, які беруть участь у контрактній медичній допомозі, і забезпечує надання амбулаторної місцевої допомоги тим, хто має державне медичне страхування.

На рівні федеральних земель актори (ділові особи) беруть участь у конкретному проектуванні амбулаторної та стаціонарної допомоги, рамкові умови для якої створюються на федеральному рівні.

Міністерства охорони здоров'я федеральних земель, наприклад відповідають за планування лікарень і, таким чином, за забезпечення достатнього потенціалу для невідкладної стаціонарної допомоги. Амбулаторну допомогу надають лікарі-ординатори, а державні аптеки відпускають ліки. Відповідні асоціації лікарів із загальнообов'язкового медичного страхування приводять регіональні потреби в медичному обслуговуванні у відповідність до загальнонаціональних інструкцій щодо планування потреб і зобов'язані гарантувати медичним страховим компаніям належне надання амбулаторних послуг. Для стаціонарного лікування на державному рівні розробляються так звані плани лікарень, щоб створити достатній потенціал для надання допомоги.

Законодавче медичне страхування захищає близько 90 відсотків населення від фінансових ризиків, пов'язаних із витратами на хворобу. Воно фінансується за рахунок внесків, які сплачують застраховані особи, і за рахунок федеральної субсидії (яка з 2017 року встановлена на рівні 14,5 мільярдів євро на рік і фінансується з податків та призначений на покриття нестрахових виплат, таких як, наприклад, спільне страхування дітей і подружжя без внесків).

Ставка внесків, яка стягується із заробітної плати, пенсій із загальнообов'язкового пенсійного страхування та виплат із загальнообов'язкового медичного страхування з 2015 року становить 14,6 відсотка (знижено на 14,0 відсотка).

Такими чином сучасну систему охорони здоров'я в Федеративній Республіці Німеччина на центральному рівні можна представити у вигляді дворівневої системи за участю центральних акторів (дійових осіб) та установ для організації німецької системи охорони здоров'я на федеральному рівні та рівні федеральних земель (див. Рис. 2.1).



Федеральний рівень

Рівень федеральних земель

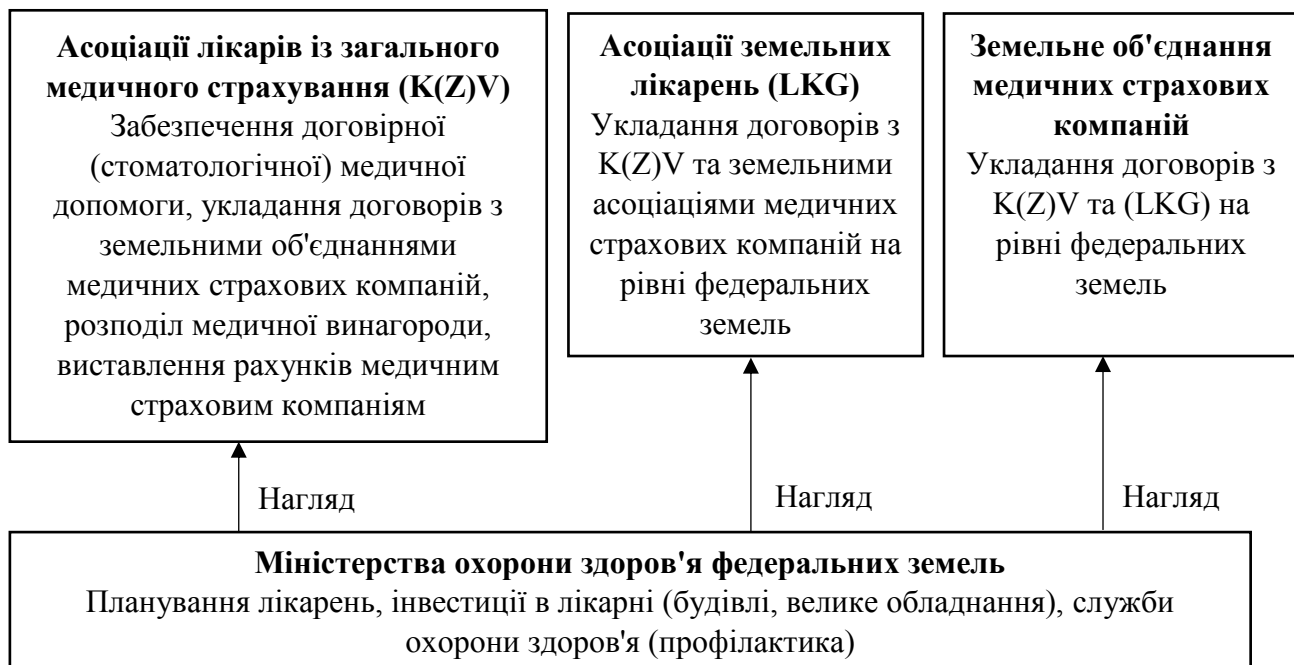


Рис. 2.1. Сучасна система охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина

2.2.1. Аналіз розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я ФРН

Сучасна політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина розвивається в рамках національної та міжнародної політики охорони здоров'я і визначає: право на життя та фізичну недоторканність; захист або відновлення здоров'я та профілактика, лікування або полегшення захворювань; необмежений доступ до медичної допомоги на основі рівня медичних знань; максимальну свободу та персональну відповідальність для кожного учасника; умови збереження та вдосконалення професійної спроможності; солідарне фінансування відповідно до економічних можливостей із спільним страхуванням без внесків непрацюючих членів сім'ї; мікроекономічну ефективність надання послуг та макроекономічний виправданий рівень внесків [127]:

Однак слід зазначити, що Німеччина (офіційна назва - Федеральна Республіка Німеччина) є однією з країн-засновників та членів Європейського Союзу (ЄС).

Відповідно до Лісабонського договору звичайна законодавча процедура у країн-членах ЄС має процедуру спільного прийняття рішень (ст. 294 AEUV - Des Vertrags über die Europäische Union und des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union 2012/C 326/01 (Договір про Європейський Союз і Договір про функціонування Європейського Союзу 2012/C 326/01)) [142], що є найважливішою законодавчою процедурою в Європейському Союзі.

Так згідно ст. 294 Консолідованої редакції Договору про функціонування Європейського Союзу, Закони, які запропоновані Комісією (ЄС), ухвалюються спільно Європейським парламентом (ЄП) і Радою міністрів. Процес може включати до трьох читань і складається з таких кроків:

Ініціатива: пропозиція Комісії щодо закону (директиви чи регламенту) надсилається до Парламенту та Ради. Комісія має виключне право ініціативи.

Проте парламент може попросити їх проявити ініціативу, і, починаючи з Лісабонської угоди, громадяни можуть робити те саме через право громадян на ініціативу.

Перше читання: у парламенті текст надходить до компетентного комітету, який обговорює його та пропонує зміни, якщо проект Комісії не відповідає ідеям парламенту. Нарешті пленарне голосування за текст. Рішення ЄП передається до Ради міністрів. Закон набирає чинності, коли Рада в першому читанні схвалює всі поправки Парламенту кваліфікованою більшістю або якщо Парламент не запропонував жодних поправок і Рада також погоджується з проектом Комісії. Однак, якщо міністри в Раді не погоджуються з Комісією чи ЄП, вони підсумовують запропоновані ними зміни в «спільній позиції» урядів і вказують причини кожної бажаної зміни. «Спільна позиція» направляється до парламенту на друге читання.

Друге читання: парламент має три варіанти:

- 1) якщо Європейський парламент схвалює «спільну позицію» Ради простою більшістю, закон вважається прийнятим;
- 2) якщо парламент абсолютною більшістю голосів відхиляє «спільну позицію», закон не прийнятий;
- 3) парламент знову вносить зміни до «спільної позиції» абсолютною більшістю.

Комісія дає свій висновок щодо поправок, запропонованих ЄП. Якщо міністри схвалюють законопроект у парламентській редакції кваліфікованою більшістю, закон набуває чинності. Якщо Комісія відхилила поправки парламенту, Рада повинна прийняти рішення одноголосно, щоб закон набрав чинності. Якщо Рада відхиляє поправки парламенту, необхідно скликати погоджувальний комітет.

Посередницький комітет: Комітет складається наполовину з представників Ради та наполовину з парламенту. На основі зміненого парламентом тексту він намагається протягом шести тижнів знайти «спільний проект».

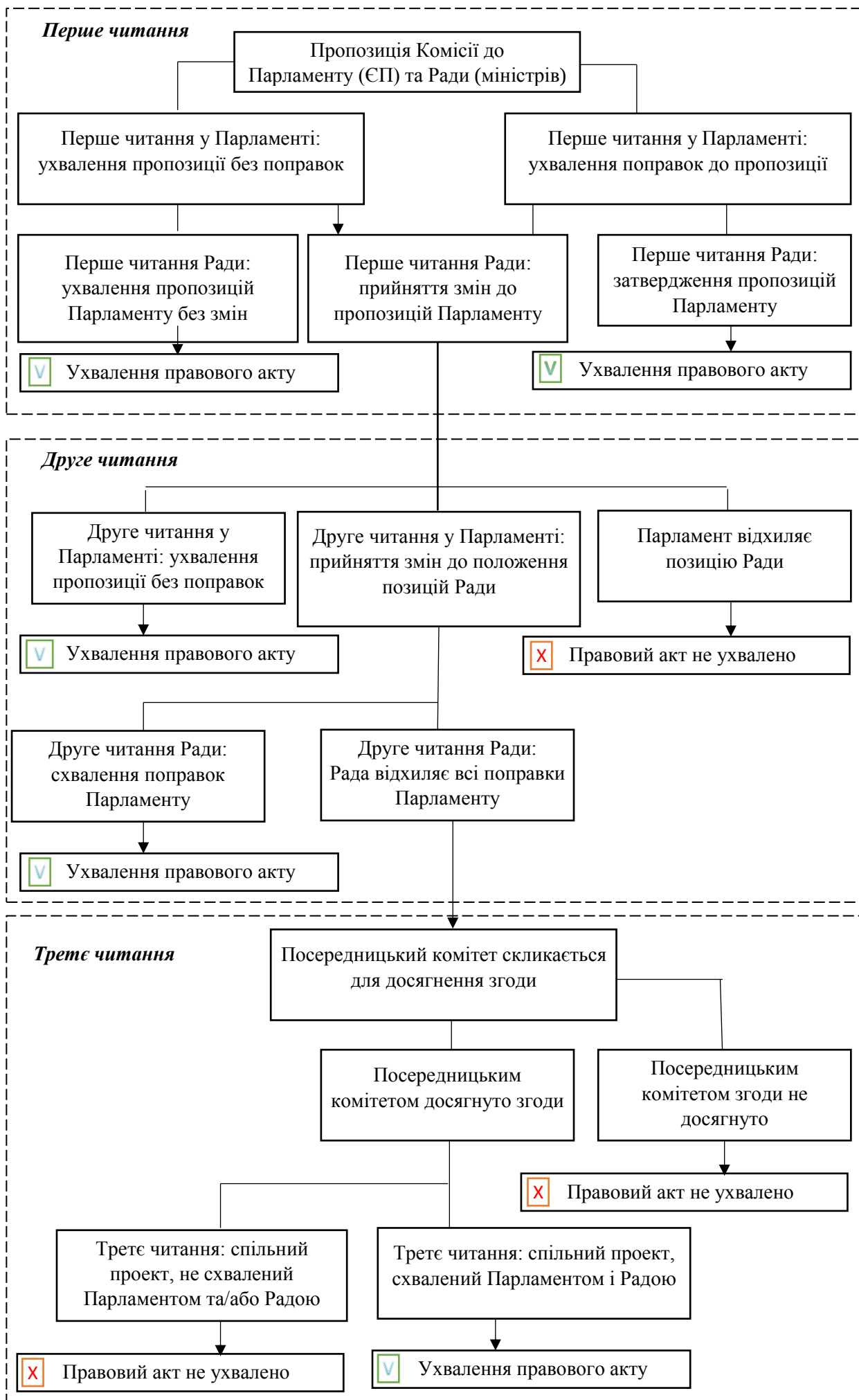


Рис. 2.2. Законодавчий процес ЄС

Третє читання: Якщо згоди не досягнуто, запропонований закон не прийнятий. Якщо є згода в узгоджувальній комісії, тоді парламент і Рада повинні погодитися в третьому читанні, Парламент - абсолютною більшістю, а Рада - кваліфікованою більшістю. Закон не приймається, якщо один із двох органів відхилив спільний проект [134] (див. рис. 2.2.).

Проте для більш детального аналізу розвитку правового механізму забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина проаналізуємо чинне законодавство ФРН і процес його формування, який, в першу чергу, покликаний підтримувати стандарт у сфері соціального забезпечення.

Розвиток сучасної політики охорони здоров'я Німеччини, ґрунтується на соціальному праві, яке узагальнено в Соціальному кодексі (Sozialgesetzbuch - SGB) і всі правові сфери соціального страхування поступово переносяться до нього [150].

Передумовами виникнення соціального права на охорону здоров'я в Німеччині у сформованому Соціальному Кодексі були пенсійна реформи 1957 року на основі Цивільного кодексу, Страхового кодексу Рейху та інших спеціальних законів, що діяли в той час. До того ж у 1980-х роках, коли об'єднання обов'язкового медичного страхування та обов'язкового пенсійного страхування призвело до деяких суттєвих реформ; лише страхування від нещасних випадків було включено до Кодексу соціального страхування у 1997 році, майже без змін [147]. У результаті роботи Експертної Комісії з Соціального Кодексу Федерального міністерства соціальних справ за участю Федерального соціального суду був сформований Соціальний Кодекс, якій включає окремі частини («книги»). Законодавча влада діяла крок за кроком, приймала рішення щодо окремих книг Кодексу соціального страхування протягом багатьох років [132]. Зокрема після приєднання Німецької Демократичної Республіки до Федеративної Республіки Німеччини 3 жовтня 1990 року, згідно з угодою про об'єднання у Соціальному Кодексі

було погоджено численні спеціальні правила для включених федеральних земель.

Розглянемо докладніше зміст чинного Соціального Кодексу Федеративної Республіки Німеччини (SGB) [154. с. 16-17]:

Перша книга Кодексу соціального страхування (SGB I) від 11 грудня 1975 року - містить загальну інформацію про соціальні виплати та постачальників послуг, а також загальні положення та принципи для всіх сфер соціальних виплат.

Друга книга Кодексу соціального страхування (SGB II) - регулює базове забезпечення для шукачів роботи, була додана четвертим законом про сучасні послуги на ринку праці від 24 грудня 2003 року. Більшість нормативних актів набрали чинності з 1 січня 2005 року.

Третя книга Кодексу соціального страхування (SGB III) була введена лише із законом про реформу сприяння зайнятості від 24 березня 1997 року. Набрала чинності 1 січня 1998 року.

Четверта книга Кодексу соціального страхування (SGB IV) існує з 1976 року - містить загальні положення для всіх галузей соціального страхування.

П'ята книга Кодексу соціального страхування (SGB V) була створена Законом про реформу охорони здоров'я від 20 грудня 1988 року, який набув чинності 1 січня 1989 року.

Шоста книга Кодексу соціального страхування (SGB VI) була створена зі Законом про пенсійну реформу 1992 року від 18 грудня 1989 року. За деякими винятками, SGB VI набрала чинності 1 січня 1992 року.

Сьома книга Кодексу соціального страхування (SGB VII) була створена для страхування від нещасних випадків Законом про класифікацію страхування від нещасних випадків від 20 серпня 1996 року, який набрав чинності 1 січня 1997 року.

Восьма книга Кодексу соціального страхування (SGB VIII) була включена до Кодексу соціального страхування Законом про реорганізацію

Закону про захист дітей та молоді від 26 вересня 1990 року та набула чинності 1 січня 1991 року.

Дев'ята книга Кодексу соціального страхування (SGB IX) була встановлена законом від 19 червня 2001 року, який набрав чинності 1 липня 2001 року та реорганізував пільги для реабілітації та участі інвалідів для всіх постачальників соціальних послуг.

У 1980 році адміністративні процедури установ соціального забезпечення були узагальнені та частково заново врегульовані в Десятій книзі Кодексу соціального забезпечення (SGB X). У 1982 році законодавча влада доповнила Десяту книгу Соціального Кодексу положеннями про захист даних і співпрацю між постачальниками послуг.

Із запровадженням соціального страхування довгострокового догляду через закон про страхування довгострокового догляду від 26 травня 1994 року було створено Одинадцятку книгу Кодексу соціального страхування (SGB XI), яка набула чинності 1 січня 1995 року.

Дванадцята книга Кодексу соціального страхування (SGB XII) була включена до Кодексу соціального страхування від 27 грудня 2003 року законом про класифікацію права соціальної допомоги. З 1 січня 2005 року, який значною мірою замінює чинний раніше Федеральний закон про соціальне забезпечення.

Чотирнадцята книга Соціального кодексу (SGB XIV) була включена до Соціального кодексу законом про соціальні компенсації від 12 грудня 2019 року. SGB XIV регулює право на соціальну компенсацію для жертв насильницьких злочинів у його основних частинах з 1 січня 2024 року. Завданням соціальної компенсації є підтримка людей, які зазнали шкоди здоров'ю, за що державне співтовариство несе особливу відповідальність.

Соціальне право Федеративної Республіки Німеччина постійно адаптується до мінливих умов соціально-економічного середовища. Останнім часом багато правових норм вплинули на соціальне законодавство, які регулюються сферу охорони здоров'я або впливають на неї, зокрема [150]:

- Закон про супровідні заходи щодо реалізації Пакету заходів стимулювання економіки та врегулювання кризових ситуацій (від 14 липня 2020 р.);
- Закон про визначення другого доповнення до федерального бюджету на 2020 бюджетний рік (Другий додатковий бюджет на 2020 рік від 14 липня 2020 р.);
- Закон про скорочення та припинення виробництва електроенергії на вугіллі та про внесення змін до інших законів (закон про поступову відмову від вугілля від 8 серпня 2020 р.);
- Закон про запровадження базової пенсії для довгострокового страхування в системі загальнообов'язкового пенсійного страхування з доходом нижчим за середній та для подальших заходів щодо підвищення доходу за віком (Основний пенсійний закон від 12 серпня 2020 р.);
- Друге розпорядження про період отримання допомоги за скорочену роботу (друге розпорядження про скорочену роботу від 12 жовтня 2020 р.);
- Закон про майбутню програму для лікарень (Hospital Futures Act - KHZG) від 23 жовтня 2020 р.);
- Закон про посилення інтенсивної терапії та медичної реабілітації в державному медичному страхуванні (Intensive Care and Rehabilitation Strengthening Act - GKV-IPReG від 23 жовтня 2020 р.);
- Третій закон про захист населення в умовах епідемічної ситуації загальнодержавного значення (від 18 листопада 2020 р.);
- Постанова про відповідні операнди соціального забезпечення на 2021 рік (Постанова про соціальне страхування 2021 - від 30 листопада 2020 р.);
- Закон про внесення змін до закону про обмеження конкуренції щодо цілеспрямованого, проактивного та цифрового закону про конкуренцію 4.0 та інших положень (GWBDigitalisation Act - від 18 січня 2021 р.);
- тощо.

Важливо зазначити, що федеральні землі мають власні законодавчі повноваження і несуть відповідальність за виконання федеральних законів.

Що стосується юридичної структури (зобов'язального права) правовідносин між лікарем і пацієнтом і лікарями між собою, а також нормативних актів публічного права щодо виконання медичної та стоматологічної професії та звітності про хвороби, які підлягають повідомленню – це не тільки медичне право та спеціалізовані для лікаря галузі права, а також перехресне питання, які включають право на оплату праці для приватних пацієнтів за тарифною таблицею для лікарів, тарифний план для стоматологів, також спеціалізовані для лікаря галузі права із законодавства про соціальне забезпечення (соціальний кодекс, особливо SGB V) із схваленням медичного страхування, винагорода за послуги лікарів за контрактом або стоматологів за контрактом, із загального професійного права (ліцензія медичної практики, медичних і стоматологічних професійних правил відповідної державної медичної асоціації або державної стоматологічної асоціації), до колегіальних і правових відносин між лікарями (закон про рекламу лікарів), між лікарями та їх Асоціацією лікарів загального медичного страхування, стоматологами та їх Асоціацією закону про медичне страхування стоматологів, закону про медичні компанії, закону про передачу практики, спеціальні правила для здійснення медичної професії, тощо.

Таким чином всі правові сфери соціального страхування поступово переносяться до Соціального кодексу (Sozialgesetzbuch (SGB)). Федеральні землі мають власні законодавчі повноваження і несуть відповідальність за виконання федеральних законів.

Однак якщо розглядати юридичну структуру (зобов'язального права) правовідносин між лікарем і пацієнтом і лікарями між собою, а також нормативних актів публічного права щодо виконання медичної та стоматологічної професії та звітності про хвороби, які підлягають повідомленню, то галузь медичного права може включати лікарняне право, право про рятувальні служби, право про немедичні медичні професії, право про аптеки, про ліки, медичне обладнання та інше фармацевтичне право. Цю

галузь, яка зосереджена на публічному праві, часто також називають правом охорони здоров'я.

2.2.2. Аналіз організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН

У міжнародному порівнянні системи охорони здоров'я диференціюються за різними критеріями, в залежності від того, як фінансуються послуги, який мають пацієнти доступ до послуг охорони здоров'я та яким формам державного регулювання підлягає система. Умовно можна виділити, по суті, три типи систем охорони здоров'я [126, с.15]:

1. Системи, що фінансуються державою та податками, також відомі як «системи Беверіджа» («Beveridge-System») у честь британського економіста Вільяма Х. Беверіджа (1879–1963). Британська національна служба охорони здоров'я (NHS) є прототипом.

2. Системи соціального забезпечення, що фінансуються за рахунок внесків страхувальників і роботодавців. У цій системі існує протиставлення державних і приватних постачальників, які в рамках самоврядування мають творчу свободу дій, як це має місце в Німеччині.

3. Приватно організовані системи без державного регулювання фінансування та організації. Медичні послуги фінансуються за рахунок приватного страхування або через оплату з власної кишені. Ця система приватних постачальників значною мірою підкоряється правилам вільної ринкової економіки, як це відбувається в деяких частинах системи охорони здоров'я США.

Однак треба зазначити, що ці три типи системи організації охорони здоров'я не зустрічаються в чистому вигляді, зазвичай існують змішані форми, в яких переважає та чи інша організаційні структури.

Розглянемо докладніше, другий тип системи, який історично склався у Федеральній Республіці Німеччини. Німецька система охорони здоров'я підтримується та керується багатьма установами та суб'єктами, учасниками якою є асоціації та групи інтересів різних постачальників, професійні групи, медичні страхові компанії, установи забезпечення якості, Міністерство охорони здоров'я, організації пацієнтів і групи самопомоги. Це є результатом того, що система охорони здоров'я Німеччини організована через соціальне страхування, мета якої захистити від елементарних життєвих ризиків. Постачальники медичних послуг та постачальники послуг, а також роботодавці та застраховані особи організовуються для контролю та формування системи охорони здоров'я, держава лише визначає рамкові умови та здійснює нагляд. Законодавче медичне страхування захищає близько 90 відсотків населення від фінансових ризиків, пов'язаних із витратами на хворобу, і фінансується за рахунок внесків, які сплачують застраховані особи та за рахунок федеральної субсидії (з податків і призначений для покриття нестрахових виплат, таких як, наприклад спільне страхування дітей і подружжя без внесків). Німецька система охорони здоров'я – це так звана подвійна система медичного страхування, яка складається з:

- державного медичного страхування (GKV),
- приватного медичного страхування (PKV).

У рамках роботи уряду Федеративної Республіки Німеччини Федеральне міністерство охорони здоров'я (Bundesministerium für Gesundheit - BMG) відповідає за політику охорони здоров'я, відповідно і за розробку законодавчих проектів, постанов та адміністративних рішень в галузі охорони здоров'я, а також на федеральному рівні відповідає за установи, які займаються основними завданнями, пов'язаними з охороною здоров'я, зокрема це [127, 129]:

- Федеральний інститут ліків і медичних приладів (BfArM);
- Інститут Пауля Ерліха;
- Федеральний інститут для вакцин і біомедичних препаратів (PEI);

- Інститут Роберта Коха (RKI);
- Федеральний центр медичної освіти (BZgA).

Федеральному міністру охорони здоров'я також допомагають уповноважений федерального уряду з медсестринства та уповноважений федерального уряду з питань наркотиків і проблем пацієнтів.

Система організації охорони здоров'я Німеччини дуже розвинута, однак умовно її можна поділити на три рівня [127, 129]:

Перший рівень.

- *Федеральні землі*, які мають власні законодавчі повноваження. Вони відповідають за виконання федерального законодавства, а також за планування та фінансування стаціонарного лікування. Крім того здійснюють технічний та адміністративний нагляд за муніципальною службою охорони здоров'я. Відповідальність за обов'язкове медичне страхування лежить насамперед на федеральному уряді. Тим не менш, федеральні землі несуть відповідальність та нагляд за регіональними касами. Палати медичних працівників (державні палати лікарів, державні стоматологи, державні фармацевти та державні палати психотерапевтів), а також асоціації лікарів і стоматологів підпадають під їх нагляд.

- *Муніципальні органи охорони здоров'я* також є важливою частиною німецької системи охорони здоров'я, які близькі до місцевих жителів. Наприклад, під час поточної коронакризи вони документують усі нові випадки зараження та відстежують ланцюги зараження, щоб контролювати перебіг поширення вірусу в їхній громаді. Вони також погоджуються з лікарнями, якою мірою вони надають ліжка для хворих на коронавірус, і, можливо, доведеться відкласти інші види лікування, наприклад операції, які можна запланувати. За лікарні часто відповідають самі муніципалітети.

- *Комуни* - люди, які їдуть до лікаря чи фізіотерапевта, їдуть переважно у своє село чи місто. Це їхнє найближче оточення, в якому вони також хочуть отримати медичну допомогу. Ось чому муніципалітети настільки важливі як найменша політична нормативна база: вони діють

близько до людей і, отже, відповідають за місцеву охорону здоров'я. Також для профілактики, тобто охорони здоров'я муніципалітети пропонують багато легкодоступних пропозицій, наприклад, психосоціальні консультації у випадку кризи. Таким чином забезпечуються рівні можливості в німецькій системі охорони здоров'я.

Другий рівень - самоврядування.

Важливим елементом німецької системи охорони здоров'я є те, що учасники самі вирішують, які медичні послуги надавати та фінансувати постачальнику послуг за рахунок солідарної спільноти – тобто медичних страхових компаній. При цьому вони керуються принципом економічної ефективності. Це означає, що послуги мають бути достатніми, відповідними та економічними; вони не повинні перевищувати того, що необхідно. Застраховані особи зазвичай повинні оплачувати додаткові виплати самостійно.

З багатьма методами лікування зрозуміло, що вони покриваються державним медичним страхуванням, наприклад, людина перенесла серцевий напад, негайно лікує лікар швидкої допомоги, медичне страхування оплачує це. Навіть ті, хто підвернув щиколотку, за карткою медичного страхування ортопед робить рентген і за потреби перев'язує стопу. Але якщо пацієнт після ортопедичної травми бажає остеопатичного лікування замість фізіотерапії? Якщо вона чи він не хоче приймати знеболюючі, а гомеопатичні ліки? Тоді хтось повинен вирішити, чи покриваються ці послуги також медичними страховими компаніями. Ось для чого створений Об'єднаний федеральний комітет.

Об'єднаний федеральний комітет (G-BA), що знаходиться в Берліні, є найважливішим органом спільного самоврядування в системі охорони здоров'я. Головні завдання та вимоги, яких G-BA має дотримуватися під час прийняття рішень, викладено у п'ятій книзі Соціального кодексу (SGB V). Зокрема G-BA визначає, які індивідуальні медичні послуги покриваються державним медичним страхуванням (GKV). Крім того, він має завдання у

сфері управління якістю та забезпечення якості контрактного медичного обслуговування, контрактного стоматолога та стаціонарного медичного обслуговування. G-BA фактично виконує свої завдання, приймаючи керівні принципи. Вони мають характер підзаконних стандартів і є юридично обов'язковими для всіх тих, хто має державне медичне страхування, і тих, хто залучений до державного медичного страхування. Виконуючи свої завдання, G-BA підлягає правовому нагляду Федерального міністерства охорони здоров'я. Структури, терміни та кроки, за допомогою яких G-BA приймає свої рішення, викладені в її правилах процедури. Мета – приймати прозорі та юридично безпечні рішення, які відповідають загальновизнаному стану медичних знань. Відповідно до закону законні інтереси постраждалих осіб повинні бути належним чином враховані за принципом економічної ефективності в розумінні розділу 12 (1) SGB V. [135].

G-BA складається з наступних членів: Національної асоціації державних фондів медичного страхування, Національної асоціації лікарів загального медичного страхування та Національної асоціації стоматологів державного медичного страхування, а також Німецького товариства лікарень. Але пацієнти також повинні вносити свої власні інтереси. З цієї причини представники організацій пацієнтів та інвалідів також мають право консультуватися та подавати заявки до G-BA. Також можна надати поради з усіх питань, наприклад, чи будуть медичні страхові компанії платити за поради щодо харчування для пацієнтів з діабетом, які нові методи лікування включені в постачання або які зубні протези фінансуються медичними страховими компаніями.

Медичні страхові компанії та Центральна асоціація медичних страхових компаній. У Німеччині існує широкий спектр можливостей для отримання медичного страхування. Найбільше застрахованих має державне медичне страхування, яке нині нараховує 1059 компаній [135]. Особи, які мають статутне медичне страхування, можуть бути членами місцевої каси медичного страхування, каси компанії, гільдії або іншої каси медичного

страхування, або бути застрахованими через касу медичного страхування сільського господарства чи асоціацію шахтарів. Існують також приватні медичні страхові компанії.

Фонди медичного страхування об'єднані в центральну асоціацію, *Центральну асоціацію кас медичного страхування (GKV-Spitzenverband)*. Через ці або через свої регіональні асоціації вони укладають договори з медичними асоціаціями, клініками та аптеками і регулюють, скільки грошей вони платять за окремі медичні процедури.

Німецьке товариство лікарень. Окремі лікарні представляють свої інтереси не окремо, а через свої асоціації. На державному рівні лікарні організовані в асоціації державних лікарень. Регіональні асоціації, у свою чергу, об'єднані в Німецьке товариство лікарень (DKG), який бере на себе юридичні завдання в рамках самоврядування в системі охорони здоров'я.

Національні асоціації лікарів і стоматологів з обов'язкового медичного страхування. Відповідні асоціації лікарів із загального медичного страхування та асоціації стоматологів (KVen та KZVen) і відповідна федеральна організація (*Національна асоціація лікарів із загального медичного страхування (KBV)* та *Національна асоціація стоматологів із державного медичного страхування (KZBV)*) несуть відповідальність за забезпечення амбулаторного медичного обслуговування, а також здійснюють психотерапевтичну та стоматологічну допомогу для тих, хто має державне медичне страхування в Німеччині. На додаток до цього вони представляють інтереси лікарів, психотерапевтів і стоматологів, які беруть участь у контрактній (стоматологічній) медичній допомозі.

Третій рівень - окремі актори та їхні представницькі органи.

А де насправді люди лікуються та доглядають за хворими? Це відбувається на третьому рівні через лікарів, терапевтів, лікарні та реабілітаційні клініки. Щоб гарантувати, що ці актори, які безпосередньо беруть участь у догляді за пацієнтами, також були почуті політично, вони об'єднуються в професійні організації та професійні і ділові асоціації. Тут,

наприклад, слід згадати федеральні та земельні палати різних професій охорони здоров'я або Федеральний союз асоціацій німецьких фармацевтів (ABDA). Крім того, тут є організації пацієнтів, професійні групи та групи інтересів асоціації медичної професії, асоціації немедичних професій охорони здоров'я, асоціація приватного медичного страхування та асоціації виробників фармацевтичних препаратів.

Таким чином за результатами проведеного аналізу організаційно-правового механізму забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччини можна визначити основні принципи системи охорони здоров'я ФРН:

1) принцип обов'язкового медичного страхування, згідно якого усі громадяни Німеччини зобов'язані застрахуватися в медичній страховій компанії державної або приватної;

2) фінансування внесків, який передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок внесків громадян та їхніх роботодавців (на поповнення також використовуються субсидії з податкових надходжень);

3) принцип солідарності, згідно якого усі, хто має державне медичне страхування, спільно несуть ризики витрат, пов'язаних із захворюваннями (тобто кожна людина має однакове право на медичну допомогу, незалежно від рівня її доходу та сплачених з нього внесків, проте розмір відповідного внеску залежить від відповідного доходу, що є проблемою державного медичного страхування);

4) принцип самоврядування, згідно якого існують рамкові умови щодо того, як має бути розроблена медична допомога (проте організацією та фінансуванням окремих медичних послуг керують представники лікарів, терапевтів, лікарень та медичних страхових компаній, а вищим органом тут є об'єднаний федеральний комітет).

Незважаючи на зазначені вище недоліки німецька модель системи охорони здоров'я (створена ще канцлером Отто фон Бісмарком у 1881 році, була історично першою державною системою охорони здоров'я через фонди

соціального страхування, що оплачували витрати на лікування, видавали допомоги з безробіття, пенсії та інше, які поступово виділилися в лікарняні каси) працює в інших розвинутих країнах світу, зокрема у країнах Європи: Австрії, Франції, Бельгії, Нідерландах, Люксембурзі.

2.3. Механізми впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина

Проаналізуємо механізми впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина шляхом визначення у програмах політичних партій, які входять у парламент Федеративної Республіки Німеччина та формують фракції, пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я.

Так за даними Statista [152] у програмах політичних партій: CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС)), SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН)), FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП)), Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені), Die Linke (Ліва) зазначено напрямки розвитку системи охорони здоров'я, зокрема щодо медичного страхування, страхування громадян, конкуренції та приватного медичного страхування; амбулаторної допомоги; стаціонарного лікування; аптек та інші постачання; профілактики; лікарських, лікувальних та допоміжних засобів; діджиталізації; страхування по догляду та догляд; служби громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), каннабіс та інші (див. таблиці 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9).

Таблиця 2.1.

Медичне страхування, страхування громадян, конкуренція та приватне медичне страхування

№	Назва політичної партії ФРН	Тезиси політичних програм у сфері охорони здоров'я
1.	CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС))	• рівне фінансування обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV - Gesetzliche Krankenversicherung), а також власні акції та податкова дотація; • динамічна податкова субсидія, скоригована до фактичних витрат на нестрахові виплати; • відмова від страхування громадян.
2.	SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН))	• страхування громадян; • прив'язка податкових субсидій та інвестиційних фондів до вимог реформ; • регулярне регулювання ліміту оцінки внеску.
3.	FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП))	• більша конкуренція між касами; • більше свободи дій у договорах із постачальниками послуг та у встановленні тарифів; • більше свободи для розробки статутних послуг; • простіший перехід між PKV (privaten Krankenversicherung – приватне медичне страхування) і GKV (Gesetzliche Krankenversicherung – обов'язкове (державне) медичне страхування).
4.	Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені)	• ціль: страхування громадян (включаючи внески від доходу капіталу); • прийняття тарифів обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV) для державних службовців, кращий базовий тариф приватного медичного страхування (PKV).
5.	Die Linke (Ліва)	• страхування громадян - попередній розмір внеску обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV) на основі доходу для добровільно застрахованих та самозайнятих осіб; • скасування обмеження розміру внеску; внески на всі джерела доходу;

		• скасування відшкодування обов'язкового (державного) медичного страхування за методи лікування, які не обґрунтовані доказами; • скасування дисконтних і вибіркових контрактів.
--	--	--

Таким чином за напрямком розвитку медичного страхування, страхування громадян, конкуренції та приватного медичного страхування пріоритетними для парламентських фракцій Німецького Бундестагу є: рівне фінансування обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV - Gesetzliche Krankenversicherung), а також власні акції та податкова дотація; динамічна податкова субсидія, скоригована до фактичних витрат на нестрахові виплати; прив'язка податкових субсидій та інвестиційних фондів до вимог реформ; регулярне регулювання ліміту оцінки внеску; більша конкуренція між касами; надання більше свободи дій у договорах із постачальниками послуг та у встановленні тарифів, а також для розробки статутних послуг; простіший перехід між PKV (privaten Krankenversicherung – приватне медичне страхування) і GKV (Gesetzliche Krankenversicherung – обов'язкове (державне) медичне страхування); прийняття тарифів обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV) для державних службовців, кращий базовий тариф приватного медичного страхування (PKV), а також попередній розмір внеску обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV) на основі доходу для добровільно застрахованих та самозайнятих осіб; скасування обмеження розміру внеску (внески на всі джерела доходу) та скасування відшкодування обов'язкового (державного) медичного страхування за методи лікування, які не обґрунтовані доказами; скасування дисконтних і вибіркових контрактів.

Таблиця 2.2.

Амбулаторна допомога

№	Назва політичної партії ФРН	Тезиси політичних програм у сфері охорони здоров'я
1.	CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС))	• забезпечення місцевого, цифрового та безбар'єрного доступу до амбулаторної допомоги; • підтримка комплексної дитячої та підліткової психотерапії.
2.	SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН))	• підтримка муніципалітетів у створенні центрів медичної допомоги; • посилення амбулаторної та комплексної психотерапії.
3.	FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП))	• розвиток підготовки психотерапевта; • здійснення принципу: амбулаторне перед стаціонарним.
4.	Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені)	• створення більш касових місць для психотерапевтів; • реформа психотерапевтичного навчання; • інтегроване планування потреб, регіонів охорони здоров'я, пов'язаних з муніципалітетами; • побудова громадських центрів здоров'я.
5.	Die Linke (Ліва)	• оплати під час навчання та підвищення кваліфікації за медичними професіями; • обмеження закупівельних цін на касові місця; • модельні проекти інноваційних форм надання допомоги (районні центри здоров'я); • фонд відповідальності, щоб зробити акушерок незалежними від приватного страхування; • перегляд планування психотерапевтичних потреб.

Щодо розвитку амбулаторної допомоги фракціями сформовано наступні завдання: забезпечення місцевого, цифрового та безбар'єрного доступу до амбулаторної допомоги; підтримка комплексної дитячої та підліткової психотерапії; підтримка муніципалітетів у створенні центрів медичної допомоги; посилення амбулаторної та комплексної психотерапії; розвиток підготовки психотерапевта; здійснення принципу: амбулаторне перед стаціонарним; створення більш касових місць для психотерапевтів; реформа психотерапевтичного навчання; інтегроване планування потреб, регіонів охорони здоров'я, пов'язаних з муніципалітетами; побудова громадських центрів здоров'я; оплати під час навчання та підвищення кваліфікації за медичними професіями; обмеження закупівельних цін на касові місця; модельні проекти інноваційних форм надання допомоги (районні центри здоров'я); створення фонду відповідальності, щоб зробити акушерок незалежними від приватного страхування; перегляд планування психотерапевтичних потреб.

Таблиця 2.3.

Стаціонарне лікування

№	Назва політичної партії ФРН	Тезиси політичних програм у сфері охорони здоров'я
1.	CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС))	• надання 500 мільйонів євро на високі технології та робототехніку в лікарнях і будинках престарілих; • фінансування лікарень: розгляд допомоги на основі потреб у сільській місцевості.
2.	SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН))	• перегляд та зміна фіксованих ставок, у разі необхідності скасування; • базове фінансування дитячих поліклінік у сільській місцевості за потребами; • відкриття лікарень амбулаторно-поліклінічної допомоги, подолання секторальних кордонів.

3.	FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП))	• структурна реформа госпітального сектору; • удосконалення фінансування інвестиційних витрат; • пов'язати винагороду з якістю; • скасування меж секторів.
4.	Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені)	• нове фінансування стаціонарної допомоги відповідно до соціального замовлення та кількості випадків; • реформа діагностики споріднених груп; • забезпечення акушерської та невідкладної допомоги на селі; • спільне фінансування інвестиційних витрат федеральним урядом і адміністрацією земель.
5.	Die Linke (Ліва)	• 100 000 нових лікарняних медсестер і підвищення основної зарплати на 500 євро; • скасування діагностики споріднених груп, повернення до повного відшкодування; • ніякого прибутку для лікарень; • Федеральний фонд ремуніципалізації для повернення лікарень у муніципальні.

Для розвитку стаціонарного лікування парламентарії у своїй більшості пропонують: надання 500 мільйонів євро на високі технології та робототехніку в лікарнях і будинках престарілих; фінансування лікарень (розгляд допомоги на основі потреб у сільській місцевості); перегляд та зміна фіксованих ставок, у разі необхідності скасування; базове фінансування дитячих поліклінік у сільській місцевості за потребами; відкриття лікарень амбулаторно-поліклінічної допомоги, подолання секторальних кордонів; структурну реформу госпітального сектору; удосконалення фінансування інвестиційних витрат; пов'язати винагороду з якістю; скасування меж секторів; а також нове фінансування стаціонарної допомоги відповідно до соціального замовлення та кількості випадків; реформу діагностики споріднених груп та скасування

діагностики споріднених груп, повернення до повного відшкодування; забезпечення акушерської та невідкладної допомоги на селі; спільне фінансування інвестиційних витрат федеральним урядом і адміністрацією земель; збільшення кількості лікарняних медсестер на 100 000 і підвищення основної зарплати на 500 євро; ніякого прибутку для лікарень; створення Федерального фонду ремуніципалізації для повернення лікарень у муніципальні.

Таблиця 2.4.

Аптеки та інші постачання

№	Назва політичної партії ФРН	Тезиси політичних програм у сфері охорони здоров'я
1.	CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС))	• гарантований доступ до хоспісу та паліативної допомоги замість комерційної евтаназії.
2.	SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН))	• обмеження орієнтації на прибутковість.
3.	FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП))	• відмова від заборони на продаж ліків, що відпускаються за рецептом (Rx), поштою; • вільний вибір аптеки; • міжгалузеве планування потреб; • при переведенні стаціонарних методів лікування на амбулаторне лікування тимчасово застосовується стаціонарна оплата.
4.	Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені)	• спільне тарифікування амбулаторних та стаціонарних послуг; • єдині методичні вказівки з надання невідкладної допомоги.
5.	Die Linke (Ліва)	• спільне планування потреб, зосереджене на загальному благому амбулаторної та стаціонарної допомоги.

Напрямок розвитку аптек та іншого постачання, що входить до сфери охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, фракційні групи парламенту Німеччини визначають, як: гарантований доступ до хоспісу та паліативної допомоги замість комерційної евтаназії; обмеження орієнтації на прибутковість; відмова від заборони на продаж ліків, що відпускаються за рецептом (Rx), поштою; вільний вибір аптеки; міжгалузеве планування потреб; єдині методичні вказівки з надання невідкладної допомоги.

Таблиця 2.5.

Профілактика

№	Назва політичної партії ФРН	Тезиси політичних програм у сфері охорони здоров'я
1.	CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС))	-
2.	SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН))	• узгодження профілактичних програм за віком та статтю; • об'єднання профілактичної діяльності фондів соціального страхування.
3.	FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП))	• реформа Закону про профілактику, навчання здоровому способу життя в дитячих садках і школах.
4.	Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені)	• профілактика здоров'я як наскрізне завдання всіх структурних підрозділів.
5.	Die Linke (Ліва)	-

Щодо до розвитку профілактики не всі фракції Бундестагу Німеччини в своїх програмах визначили певні завдання, проте серед представлених є: узгодження профілактичних програм за віком та статтю; об'єднання профілактичної діяльності фондів соціального страхування; реформа Закону про профілактику, щодо навчання здоровому способу життя в дитячих садках

і школах; профілактика здоров'я як наскрізне завдання всіх структурних підрозділів.

Таблиця 2.6.

Лікарські, лікувальні та допоміжні засоби

№	Назва політичної партії ФРН	Тезиси політичних програм у сфері охорони здоров'я
1.	CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС))	• Урядове екстрене переміщення критично важливих ліків і виробничих потужностей на вимогу; • перевірка, чи можна зобов'язати виробників ліків використовувати компоненти європейського виробництва; • більше залучення постачальників засобів лікування та допомоги до амбулаторної допомоги; • розширення «нотифікованих органів» у значенні Регламенту ЄС щодо медичних пристроїв (MDR).
2.	SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН))	• більше інвестицій у дослідження та розробку (НДДКР) нових ліків, особливо персоналізованої медицини; • забезпечення того, щоб ліки, розроблені в Німеччині, пропонувалися за розумними цінами в бідніших країнах; • створення стандарту Європейського союзу охорони здоров'я із сильною європейською індустрією охорони здоров'я; • охоронний ордер на лікарські засоби.
3.	FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП))	• посилення стандартів виробництва ліків у Німеччині/ЄС, збільшення інвестиційних субсидій для виробництва; • дослідження та розробки ліків як центр державного фінансування досліджень; • суворе збереження патентних прав.
4.	Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені)	• закріплення стандартів захисту клімату у виробництві ліків; • більше інвестицій ЄС та координації досліджень і розробок;

		• прями́й доступ для терапевтів з відповідною кваліфікацією.
5.	Die Linke (Ліва)	• законодавче обмеження цін на ліки; • позитивний перелік ліків, вартість яких підлягає відшкодуванню; • демократизація фармацевтичної промисловості; • соціально прийнятне використання патентів (справедливе ліцензування).

При формуванні напрямку розвитку щодо лікарських, лікувальних та допоміжних засобів у Парламенті Німеччині фракції виступають за: урядове екстрене переміщення критично важливих ліків і виробничих потужностей на вимогу; перевірки та можливість зобов'язати виробників ліків використовувати компоненти європейського виробництва; більшу залученість постачальників засобів лікування та допомоги до амбулаторної допомоги; розширення «нотифікованих органів» у значенні Регламенту ЄС щодо медичних пристроїв (MDR); збільшення інвестицій ЄС та координації досліджень і розробок; збільшення інвестицій у дослідження та розробку (НДДКР) нових ліків, особливо персоналізованої медицини; постачання розроблених у Німеччині ліків за розумними цінами в бідніші країни; законодавче обмеження цін на ліки; позитивний перелік ліків, вартість яких підлягає відшкодуванню; створення стандарту Європейського Союзу охорони здоров'я із сильною європейською індустрією охорони здоров'я; охоронний ордер на лікарські засоби; посилення стандартів виробництва ліків у Німеччині/ЄС, збільшення інвестиційних субсидій для виробництва; дослідження та розробку ліків як центру державного фінансування досліджень; суворе збереження патентних прав та соціально прийнятне використання патентів (справедливе ліцензування); закріплення стандартів захисту клімату у виробництві ліків; прями́й доступ для терапевтів з відповідною кваліфікацією; демократизацію фармацевтичної промисловості.

Таблиця 2.7.

Діджиталізація

№	Назва політичної партії ФРН	Тезиси політичних програм у сфері охорони здоров'я
1.	CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС))	• подальший розвиток дорожньої карти електронної охорони здоров'я; • псевдонімізовані дані про постачання для досліджень і розробок фармацевтичними компаніями; • єдині вимоги (захист даних, типові договори) для транскордонних клінічних досліджень; • використання можливостей штучного інтелекту (ШІ) у цифровізації; • CSU (ХСС) окремо: електронна карта пацієнта (ePA) має стати моделлю відмови.
2.	SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН))	• цифровізація та відповідне навчання медичних працівників; • захист даних пацієнтів є головним пріоритетом.
3.	FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП))	• цифровізація сфери охорони здоров'я; • «Ціноутворення» бюрократії та зобов'язань по звітності та оплата тим, хто забажає.
4.	Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені)	• подальший розвиток ePA (електронна карта пацієнта); • дані про здоров'я в анонімній формі для дослідження.
5.	Die Linke (Ліва)	• немає грошей для інвестування в ІТ-стартапи/ІТ-компанії; • методи оцінки продуктів електронної охорони здоров'я на основі доказів; • немає централізованого зберігання та передачі даних про стан здоров'я без згоди застрахованої особи; • розширення годин онлайн консультацій.

Діджиталізація у сфері охорони здоров'я Німеччини є також пріоритетним напрямком і відповідно до розвитку технологічного прогресу вимагає здійснення певних завдань для розвитку держави. Зокрема парламентськими фракціями ФРН пропонується: здійснювати подальший розвиток дорожньої карти електронної охорони здоров'я; введення псевдонімізовання даних про постачання для досліджень і розробок фармацевтичними компаніями; створення єдиних вимог (захист даних, типові договори) для транскордонних клінічних досліджень; використання можливостей штучного інтелекту (ШІ) у цифровізації; подальший розвиток ePA (електронна карта пацієнта) та використання електронної карти пацієнта (ePA) як модель відмови; цифровізація та відповідне навчання медичних працівників; захист даних пацієнтів як головний пріоритет; «Ціноутворення» бюрократії та зобов'язань по звітності, оплата тим, хто забажає; використовувати дані про здоров'я в анонімній формі для дослідження; методи оцінки продуктів електронної охорони здоров'я на основі доказів; не застосовувати централізованого зберігання та передачі даних про стан здоров'я без згоди застрахованої особи; розширення годин онлайн консультацій.

Таблиця 2.8.

Страховання по догляду та догляд

№	Назва політичної партії ФРН	Тезиси політичних програм у сфері охорони здоров'я
1.	CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС))	- розширення фонду забезпечення довгострокового догляду до 2050 року; - перевірка стимулів для додаткового страхування довгострокового догляду компанії через державні субсидії; - динамізація та зв'язок допомоги по догляду з ростом заробітної плати; - резюме Короткотерміновий догляд і послуги з догляду за бюджетом; - кращі умови праці медсестер;

		• загальнонаціональна гармонізована підготовка асистентів медсестер; • загальна свобода від плати за навчання медсестер і медичних працівників; • участь медсестер у самоуправлінні через заснування Федеральної палати медсестер.
2.	SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН))	• повне страхування догляду; • обмеження особистих внесків для малих і середніх доходів; • з підвищенням вартості помірне збільшення внеску та динамічне збільшення податкової субсидії для соціального страхування довгострокового догляду (SPV- Soziale Pflegeversicherung); • гідна заробітна плата та умови праці в галузі догляду є цілями загальнообов'язкового галузевого колективного договору; • компенсація періоду догляду при обчисленні пенсії; • більше простору для маневру для федеральних земель і муніципалітетів під час надання спонсорської допомоги будинкам престарілих.
3.	FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП))	• кращі умови праці медсестер; • реформа сестринської освіти (модульна структура; відкрита підготовка асистентів медсестер для всіх випускників шкіл, а потім можлива підготовка спеціалістів медсестер); • онлайн-реєстрація та гаряча лінія для місць короткострокового догляду; • гнучкий бюджет обслуговування, щоб мати можливість бронювати додаткові послуги; • трирівнева модель (заплати, приватне забезпечення, пенсійний план компанії).
4.	Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені)	• страхування громадян по догляду; • без повної страховки;

		• подвійна гарантія догляду (зменшення власних внесків, постійне обмеження); • 3 місяці відпустки по догляду + компенсація заробітної плати для родичів, які доглядають за сумісництвом; • створення Федеральної палати медсестер; • 35-годинний робочий тиждень для медсестр, обов'язкова оцінка персоналу; • тарифні зобов'язання медзакладів, які хочуть розрахуватися зі соціального страхування довгострокового догляду SPV - Soziale Pflegeversicherung.
5.	Die Linke (Ліва)	• страхування повного догляду, скасування особистих внесків; • обмеження та зменшення власних акцій; • скасування премії за ризик; • планування потреб у медсестрах аналогічне плануванню лікарень; • поєднання приватного та державного страхування довгострокового догляду; • немає палат для годування; • особи, які потребують догляду/родичі: участь у всіх комісіях з догляду; • 100 000 нових працівників по догляду за літніми людьми; • фонд медичного персоналу замість фонду догляду; • догляд: загальнообов'язковий районний колективний договір; • об'єднання денного і коротко годинного догляду; • вихователі: 6-тижнева відпустка з виплатою заробітної плати.

Щодо розвитку страхування по догляду та догляд фракції Бундестагу пропонують: розширення фонду забезпечення довгострокового догляду до 2050 року; перевірку стимулів для додаткового страхування довгострокового

догляду компанії через державні субсидії; динамізацію та зв'язок допомоги по догляду пов'язати з ростом заробітної плати; короткотерміновий догляд і послуги з догляду здійснювати за бюджетом; загальнонаціональну гармонізовану підготовку асистентів медсестер; загальну свободу від плати за навчання медсестер і медичних працівників, а також участь медсестер у самоуправлінні через заснування Федеральної палати медсестер; повне страхування догляду та обмеження особистих внесків для малих і середніх доходів, а з підвищенням вартості помірно збільшення внеску та динамічне збільшення податкової субсидії для соціального страхування довгострокового догляду (SPV- Soziale Pflegeversicherung); гідну заробітну плату та кращі умови праці в галузі догляду як цілі загальнообов'язкового галузевого колективного договору; компенсації періоду догляду при обчисленні пенсії; надання більшого простору у прийнятті рішень для федеральних земель і муніципалітетів під час надання спонсорської допомоги будинкам престарілих; реформу сестринської освіти (модульна структура; відкрита підготовка асистентів медсестер для всіх випускників шкіл, а потім можлива підготовка спеціалістів медсестер); онлайн-реєстрацію та гарячу лінію для місць короткострокового догляду; гнучкий бюджет обслуговування, щоб мати можливість бронювати додаткові послуги; трирівнева модель (заплати, приватне забезпечення, пенсійний план компанії); страхування громадян по догляду та подвійну гарантію догляду (зменшення власних внесків, постійне обмеження); 3 місяці відпустки по догляду + компенсація заробітної плати для родичів, які доглядають за сумісництвом; створення Федеральної палати медсестер; 35-годинний робочий тиждень для медсестер, обов'язкова оцінка персоналу; тарифні зобов'язання медзакладів, які хочуть розрахуватися зі соціального страхування довгострокового догляду SPV - Soziale Pflegeversicherung; страхування повного догляду, скасування особистих внесків; скасування премії за ризик; планування потреб у медсестрах аналогічне плануванню лікарень; поєднайте приватного та державного страхування довгострокового догляду; для осіб, які потребують

догляду/родичі: участь у всіх комісіях з догляду; збільшення на 100 000 нових працівників по догляду за літніми людьми; створення фонду медичного персоналу замість фонду догляду; об'єднання денного і коротко годинного догляду та інші соціальні пільги.

Таблиця 2.9.

**Служба громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst),
каннабіс та інші**

№	Назва політичної партії ФРН	Тезиси політичних програм у сфері охорони здоров'я
1.	CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС))	• відсутність дозволу на використання каннабісу; натомість навчання, навіть у випадку легальних речовин, що викликають залежність; • продовження Пакту про службу громадського здоров'я (ÖGD); • розширення Інституту Роберта Коха (RKI - Das Robert Koch-Institut) в національний інститут громадського здоров'я; • кадрове та фінансове підвищення PEI та BfArM.
2.	SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН))	• пілотні проекти з очищення каннабісу; • рівність чоловіків, жінок і дітей у клінічних дослідженнях.
3.	FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП))	• легалізація продажу каннабісу в спеціалізованих магазинах, оподаткування аналогічне податку на тютюн; • легалізація евтаназії; • реформа Інституту Роберта Коха (RKI - Das Robert Koch-Institut), щоб зробити його більш незалежним від політичних впливів.
4.	Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені)	• подальший розвиток Закону про захист від інфекцій (IfSG) (поступове стримування, незалежна пандемічна рада); • створення Федерального інституту охорони здоров'я (об'єднання попередніх структур, специфікації догляду та якості);

		• 1 % усіх витрат на охорону здоров'я в ÖGD; • спеціальний фонд клімату/здоров'я для планів дій у сфері тепла.
5.	Die Linke (Ліва)	• Федеральний уряд має взяти на себе повне фінансування ÖGD; • адекватне та постійне фінансування самодопомоги.

Розвиток служби громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), використання канабісу та інші напрямки у сфері охорони здоров'я ФРН, які зазначені у політичних програмах фракційних партій Бундестагу, передбачають: відсутність дозволу на використання канабісу; натомість навчання, навіть у випадку легальних речовин, що викликають залежність; пілотні проекти з очищення канабісу; водночас легалізацію продажу канабісу в спеціалізованих магазинах, оподаткування аналогічне податку на тютюн; легалізацію евтаназії; продовження Пакту про службу громадського здоров'я (ÖGD); розширення Інституту Роберта Коха (RKI - Das Robert Koch-Institut) в національний інститут громадського здоров'я; реформу Інституту Роберта Коха (RKI - Das Robert Koch-Institut), щоб зробити його більш незалежним від політичних впливів; кадрове та фінансове підвищення PEI та BfArM; рівність чоловіків, жінок і дітей у клінічних дослідженнях; подальший розвиток Закону про захист від інфекцій (IfSG) (поступове стримування, незалежна пандемічна рада); створення Федерального інституту охорони здоров'я (об'єднання попередніх структур, специфікації догляду та якості); 1 % всіх витрат на охорону здоров'я в ÖGD; створення спеціального фонду клімату/здоров'я для планів дій у сфері тепла; повне фінансування ÖGD Федеральним урядом; адекватне та постійне фінансування самодопомоги.

2.4. Визначення пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина

Найважливіші функції державного управління Федеративної Республіки Німеччина, такі як ухвалення законів, вибори федерального канцлера та контроль за діяльністю уряду здійснює Бундестаг, який обирається населенням країни, що має виборчі права під час загальних, прямих, вільних та рівних виборів при таємному голосуванні терміном на чотири роки (достроковий розпуск парламенту можливий лише як виняток і входить до компетенції Федерального Президента). Після об'єднання Німеччини в 1990 році склад Бундестагу був розширений до 662 місць і з тих пір кількість місць значно не змінюється, проте в даний час у Бундестазі 709 депутатів (зміна числа депутатів після кожних виборів пов'язана з мандатами на переуступку місць і компенсуючими мандатами [131]).

Відповідно до своєї партійної приналежності депутати об'єднуються у фракції, якщо для цього вони мають необхідний мінімум депутатських місць. Чисельність фракції визначає кількість її представників у комітетах.

На сьогоднішній день, після виборів 2021 року, фракції у німецькому парламенті представлені такими партіями: SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН)), CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС)), Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені), FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП)), AfD - Alternative für Deutschland (Альтернатива для Німеччини), Die Linke (Ліва).

За результатами проведеного дослідження механізмів впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина (п. 2.3.) визначимо пріоритетні напрямки розвитку у сфері охорони здоров'я ФРН за

політичними програмами партій, які входять до фракцій Німецького Бундестагу.

1. CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС)) в якості поставлених завдань визначає наступні пріоритети розвитку системи охорони здоров'я ФРН:

- за напрямком розвитку *«Медичне страхування, страхування громадян, конкуренція та приватне медичне страхування»*: рівне фінансування обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV - Gesetzliche Krankenversicherung), а також власні акції та податкова дотація; динамічна податкова субсидія, скоригована до фактичних витрат на нестрахові виплати; відмова від страхування громадян;

- за напрямком розвитку *«Амбулаторна допомога»*: забезпечення місцевого, цифрового та безбар'єрного доступу до амбулаторної допомоги; підтримка комплексної дитячої та підліткової психотерапії;

- за напрямком розвитку *«Стаціонарне лікування»*: надання 500 мільйонів євро на високі технології та робототехніку в лікарнях і будинках престарілих; фінансування лікарень: розгляд допомоги на основі потреб у сільській місцевості;

- за напрямком розвитку *«Аптеки та інші постачання»*: гарантований доступ до хоспісу та паліативної допомоги замість комерційної евтаназії;

- за напрямком розвитку *«Лікарські, лікувальні та допоміжні засоби»*: урядове екстрене переміщення критично важливих ліків і виробничих потужностей на вимогу; перевірка, чи можна зобов'язати виробників ліків використовувати компоненти європейського виробництва; більше залучення постачальників засобів лікування та допомоги до амбулаторної допомоги; розширення «нотифікованих органів» у значенні Регламенту ЄС щодо медичних пристроїв (MDR);

- за напрямком розвитку *«Діджиталізація»*: подальший розвиток дорожньої карти електронної охорони здоров'я; псевдонімізовані дані про постачання для досліджень і розробок фармацевтичними компаніями; єдині вимоги (захист даних, типові договори) для транскордонних клінічних досліджень; використання можливостей штучного інтелекту (ШІ) у цифровізації; CSU (ХСС) окремо пропонує: електронну карту пацієнта (ePA), яка має стати моделлю відмови;

- за напрямком розвитку *«Страховання по догляду та догляд»*: розширення фонду забезпечення довгострокового догляду до 2050 року; перевірка стимулів для додаткового страхування довгострокового догляду компанії через державні субсидії; динамізація та зв'язок допомоги по догляду з ростом заробітної плати; резюме Короткотерміновий догляд і послуги з догляду за бюджетом; кращі умови праці медсестер; загальнонаціональна гармонізована підготовка асистентів медсестер; загальна свобода від плати за навчання медсестер і медичних працівників; участь медсестер у самоуправлінні через заснування Федеративної палати медсестер;

- за напрямком розвитку *«Служба громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), каннабіс та інші»*: відсутність дозволу на використання канабісу; натомість навчання, навіть у випадку легальних речовин, що викликають залежність; продовження Пакту про службу громадського здоров'я (ÖGD); розширення Інституту Роберта Коха (RKI – Das Robert Koch-Institut) в національний інститут громадського здоров'я; кадрове та фінансове підвищення PEI та BfArM.

2. SPD – Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН)) визначає наступні завдання розвитку системи охорони здоров'я ФРН:

- за напрямком розвитку *«Медичне страхування, страхування громадян, конкуренція та приватне медичне страхування»*: страхування громадян; прив'язка податкових субсидій та інвестиційних фондів до вимог реформ; постійне регулювання ліміту оцінки внеску;

- за напрямком розвитку *«Амбулаторна допомога»*: підтримка муніципалітетів у створенні центрів медичної допомоги; посилення амбулаторної та комплексної психотерапії;

- за напрямком розвитку *«Стаціонарне лікування»*: перегляд та зміна фіксованих ставок, у разі необхідності скасування; базове фінансування дитячих поліклінік у сільській місцевості за потребами; відкриття лікарень амбулаторно-поліклінічної допомоги, подолання секторальних кордонів;

- за напрямком розвитку *«Аптеки та інші постачання»*: обмеження орієнтації на прибутковість;

- за напрямком розвитку *«Профілактика»*: узгодження профілактичних програм з віком та статтю; об'єднання профілактичної діяльності фондів соціального страхування;

- за напрямком розвитку *«Лікарські, лікувальні та допоміжні засоби»*: більше інвестицій у дослідження та розробку (НДДКР) нових ліків, особливо персоналізованої медицини; забезпечення того, щоб ліки, розроблені в Німеччині, пропонувалися за розумними цінами в бідніших країнах; створення стандарту Європейського Союзу охорони здоров'я з сильною європейською індустрією охорони здоров'я; охоронний ордер на лікарські засоби;

- за напрямком розвитку *«Діджиталізація»*: цифровізація та відповідне навчання медичних працівників; захист даних пацієнтів є головним пріоритетом;

- за напрямком розвитку *«Страхування по догляду та догляд»*: повне страхування догляду; обмеження особистих внесків для малих і середніх доходів; з підвищенням вартості помірно збільшення внеску та динамічне збільшення податкової субсидії для соціального страхування довгострокового догляду (SPV- Soziale Pflegeversicherung); гідна заробітна плата та умови праці в галузі догляду є цілями загальнообов'язкового галузевого колективного договору; компенсація періоду догляду при обчисленні пенсії; більше простору для маневру для федеральних земель і муніципалітетів під час надання спонсорської допомоги будинкам престарілих;

- за напрямком розвитку *«Служба громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), каннабіс та інші»*: пілотні проекти з очищення канабісу; рівність чоловіків, жінок і дітей у клінічних дослідженнях.

3. FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП)) пропонує наступні напрямки пріоритетного розвитку сфери охорони здоров'я у Німеччині:

- за напрямком розвитку *«Медичне страхування, страхування громадян, конкуренція та приватне медичне страхування»*: більша конкуренція між касами; більше свободи дій у договорах із постачальниками послуг та у встановленні тарифів; більше свободи для розробки статутних послуг; простіший перехід між PKV (privaten Krankenversicherung – приватне медичне страхування) і GKV (Gesetzliche Krankenversicherung – обов'язкове (державне) медичне страхування);

- за напрямком розвитку *«Амбулаторна допомога»*: розвиток підготовки психотерапевта; здійснення принципу: амбулаторне перед стаціонарним;

- за напрямком розвитку *«Стаціонарне лікування»*: структурна реформа госпітального сектору; удосконалення фінансування інвестиційних витрат; пов'язання винагороди з якістю; скасування меж секторів;

- за напрямком розвитку *«Аптеки та інші постачання»*: відмова від заборони на продаж ліків, що відпускаються за рецептом (Rx), поштою; вільний вибір аптеки; міжгалузеве планування потреб; при переведенні стаціонарних методів лікування на амбулаторне лікування тимчасово застосування стаціонарної оплати;

- за напрямком розвитку *«Профілактика»*: реформа Закону про профілактику, навчання здоровому способу життя в дитячих садках і школах;

- за напрямком розвитку *«Лікарські, лікувальні та допоміжні засоби»*: посилення стандартів виробництва ліків у Німеччині/ЄС, збільшення інвестиційних субсидій для виробництва; проведення дослідження та

розробки ліків за рахунок державного фінансування досліджень; суворе збереження патентних прав;

- за напрямком розвитку *«Діджиталізація»*: цифровізація сфери охорони здоров'я; «Ціноутворення» бюрократії та зобов'язань по звітності та оплата тим, хто забажає;

- за напрямком розвитку *«Страхування по догляду та догляд»*: кращі умови праці медсестер; реформа сестринської освіти (модульна структура; відкрита підготовка асистентів медсестер для всіх випускників шкіл, а потім можлива підготовка спеціалістів медсестер); онлайн-реєстрація та гаряча лінія для місць короткострокового догляду; гнучкий бюджет обслуговування, щоб мати можливість бронювати додаткові послуги; трирівнева модель (заплати, приватне забезпечення, пенсійний план компанії);

- за напрямком розвитку *«Служба громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), каннабіс та інші»*: легалізація продажу канабісу в спеціалізованих магазинах, оподаткування аналогічне податку на тютюн; легалізація еутаназії; реформа Інституту Роберта Коха (RKI - Das Robert Koch-Institut), щоб зробити його більш незалежним від політичних впливів.

4. Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені) визначає наступні пріоритети у сфері охорони здоров'я:

- за напрямком розвитку *«Медичне страхування, страхування громадян, конкуренція та приватне медичне страхування»*: ціль - страхування громадян (включаючи внески від доходу капіталу), а перше завдання - прийняття тарифів обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV) для державних службовців, кращий базовий тариф приватного медичного страхування (PKV);

- за напрямком розвитку *«Амбулаторна допомога»*: створення більш касових місць для психотерапевтів; реформа психотерапевтичного навчання; інтегроване планування потреб, регіонів охорони здоров'я, пов'язаних з муніципалітетами; побудова громадських центрів здоров'я;

- за напрямком розвитку *«Стационарне лікування»*: нове фінансування стаціонарної допомоги відповідно до соціального замовлення та кількості випадків; реформа діагностики споріднених груп; забезпечення акушерської та невідкладної допомоги на селі; спільне фінансування інвестиційних витрат федеральним урядом і адміністрацією земель;

- за напрямком розвитку *«Аптеки та інші постачання»*: спільне тарифікування амбулаторних та стаціонарних послуг; єдині методичні вказівки з надання невідкладної допомоги;

- за напрямком розвитку *«Профілактика»*: профілактика здоров'я як наскрізне завдання всіх структурних підрозділів;

- за напрямком розвитку *«Лікарські, лікувальні та допоміжні засоби»*: закріплення стандартів захисту клімату у виробництві ліків; більше інвестицій ЄС та координації досліджень і розробок; прямий доступ для терапевтів з відповідною кваліфікацією;

- за напрямком розвитку *«Діджиталізація»*: подальший розвиток ePA (електронна карта пацієнта); дані про здоров'я в анонімній формі для дослідження;

- за напрямком розвитку *«Страхування по догляду та догляд»*: страхування громадян по догляду; без повної страховки; подвійна гарантія догляду (зменшення власних внесків, постійне обмеження); 3 місяці відпустки по догляду + компенсація заробітної плати для родичів, які доглядають за сумісництвом; створення Федеративної палати медсестер; 35-годинний робочий тиждень медсестер, обов'язкова оцінка персоналу; тарифні зобов'язання медзакладів, які хочуть розрахуватися зі соціального страхування довгострокового догляду SPV - Soziale Pflegeversicherung;

- за напрямком розвитку *«Служба громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), каннабіс та інші»*: подальший розвиток Закону про захист від інфекцій (IfSG) (поступове стримування, незалежна пандемічна рада); створення Федерального інституту охорони здоров'я (об'єднання попередніх структур, специфікації догляду та якості); 1 % усіх витрат на

охорону здоров'я в ÖGD; спеціальний фонд клімату/здоров'я для планів дій у сфері тепла.

5. Die Linke (Ліва) визначає пріоритети розвитку сфери охорони здоров'я такі:

- за напрямком розвитку *«Медичне страхування, страхування громадян, конкуренція та приватне медичне страхування»*: страхування громадян; попередній розмір внеску обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV) на основі доходу для добровільно застрахованих та самозайнятих осіб; скасування обмеження розміру внеску; внески на всі джерела доходу; скасування відшкодування обов'язкового (державного) медичного страхування за методи лікування, які не обґрунтовані доказами; скасування дисконтних і вибіркового контрактів;

- за напрямком розвитку *«Амбулаторна допомога»*: оплати під час навчання та підвищення кваліфікації за медичними професіями; обмеження закупівельних цін на касові місця; модельні проекти інноваційних форм надання допомоги (районні центри здоров'я); фонд відповідальності, щоб зробити акушерок незалежними від приватного страхування; перегляд планування психотерапевтичних потреб;

- за напрямком розвитку *«Стаціонарне лікування»*: 100 000 нових лікарняних медсестер і підвищення основної зарплати на 500 євро; скасування діагностики споріднених груп, повернення до повного відшкодування; ніякого прибутку для лікарень; Федеральний фонд ремуніципалізації для повернення лікарень у муніципальні;

- за напрямком розвитку *«Аптеки та інші постачання»*: спільне планування потреб, зосереджене на загальному благу амбулаторної та стаціонарної допомоги;

- за напрямком розвитку *«Лікарські, лікувальні та допоміжні засоби»*: законодавче обмеження цін на ліки; позитивний перелік ліків, вартість яких підлягає відшкодуванню; демократизація фармацевтичної промисловості; соціально прийнятне використання патентів (справедливе ліцензування);

- за напрямком розвитку «Діджиталізація»: немає грошей для інвестування в ІТ-стартапи/ІТ-компанії; методи оцінки продуктів електронної охорони здоров'я на основі доказів; немає централізованого зберігання та передачі даних про стан здоров'я без згоди застрахованої особи; розширення годин онлайн консультацій;

- за напрямком розвитку «Страхування по догляду та догляд»: страхування повного догляду, скасування особистих внесків; обмеження та зменшення власних акцій; скасування премії за ризик; планування потреб у медсестрах аналогічне плануванню лікарень; поєднання приватного та державного страхування довгострокового догляду; немає палат для годування; особи, які потребують догляду/родичі: участь у всіх комісіях з догляду; 100 000 нових працівників по догляду за літніми людьми; фонд медичного персоналу замість фонду догляду; догляд: загальнообов'язковий районний колективний договір; об'єднання денного і коротко годинного догляду; вихователі: 6-тижнева відпустка з виплатою заробітної плати;

- за напрямком розвитку «Служба громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), каннабіс та інші»: Федеральний уряд має взяти на себе повне фінансування ÖGD; адекватне та постійне фінансування самодопомоги.

Таким чином різні фракційні групи мають спільні пріоритети розвитку, цілі і завдання, які формують політику у сфері охорони здоров'я і розвиток даної системи в цілому.

Так пріоритетними для парламентських фракцій є розвиток:

- медичного страхування, страхування громадян, конкуренції та приватного медичного страхування - з низкою завдань, зокрема щодо фінансування обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV - Gesetzliche Krankenversicherung), простішого переходу між приватним і державним медичним страхуванням;

- амбулаторної допомоги: забезпечення місцевого, цифрового та безбар'єрного доступу до амбулаторної допомоги, підтримка психотерапії, побудова громадських центрів здоров'я, та інші;

- стаціонарного лікування: розвиток високих технологій та робототехніки в лікарнях і будинках престарілих; фінансування та відкриття лікарень амбулаторно-поліклінічної допомоги (акушерської та невідкладної допомоги на селі), збільшення кількості лікарняних медсестер та підвищення їм основної зарплати; реформа діагностики споріднених груп, тощо;

- аптек та іншого постачання, що входить до сфери охорони здоров'я: обмеження орієнтації на прибутковість; відмова від заборони на продаж ліків, що відпускаються за рецептом (Rx), вільний вибір аптеки, тощо;

- профілактики: узгодження профілактичних програм з віком та статтю; об'єднання профілактичної діяльності фондів соціального страхування; реформа Закону про профілактику, щодо навчання здоровому способу життя в дитячих садках і школах та інше;

- лікарських, лікувальних та допоміжних засобів: урядове екстрене переміщення критично важливих ліків і виробничих потужностей на вимогу, розширення «нотифікованих органів» у значенні Регламенту ЄС щодо медичних пристроїв (MDR), збільшення інвестицій ЄС та координації досліджень і розробок (зокрема нових ліків, особливо персоналізованої медицини), законодавче обмеження цін на ліки та охоронний ордер на лікарські засоби, суворе збереження патентних прав, створення стандарту Європейського Союзу охорони здоров'я із сильною європейською індустрією охорони здоров'я;

- діджиталізації: розвиток дорожньої карти електронної охорони здоров'я, створення єдиних вимог (захист даних, типові договори) для транскордонних клінічних досліджень, використання можливостей штучного інтелекту (ШІ) у цифровізації; розвиток ePA (електронна карта пацієнта) та використання електронної карти пацієнта (ePA) як модель відмови, захист даних пацієнтів як головний пріоритет тощо;

- страхування по догляду та догляд: розширення фонду забезпечення довгострокового догляду до 2050 року, бюджетна підтримка навчання медсестер і медичних працівників, а також участь медсестер у самоврядуванні через заснування Федеративної палати медсестер, страхування догляду, реформа сестринської освіти (модульна структура; відкрита підготовка асистентів медсестер для всіх випускників шкіл, а потім можлива підготовка спеціалістів медсестер); збільшення нових працівників по догляду за літніми людьми та гідні умови і соціальні пільги тощо;

- громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), використання канабісу та інші напрямки у сфері охорони здоров'я: продовження Пакту про службу громадського здоров'я (ÖGD); розширення та реформа Інституту Роберта Коха (RKI - Das Robert Koch-Institut) в національний інститут громадського здоров'я, щоб зробити його більш незалежним від політичних впливів; подальший розвиток Закону про захист від інфекцій (IfSG) (поступове стримування, незалежна пандемічна рада); створення Федерального інституту охорони здоров'я (об'єднання попередніх структур, специфікації догляду та якості); 1 % всіх витрат на охорону здоров'я в ÖGD; створення спеціального фонду клімату/здоров'я для планів дій у сфері тепла та інше.

Висновки до розділу 2.

У розділі 2. «Аналіз механізмів впровадження політики охорони здоров'я і функціонування системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина» досліджено історичні віхи розвитку та становлення сучасної системи охорони здоров'я Німеччини; проаналізовано організаційно-правовий механізм забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН шляхом проведення аналізу розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я ФРН та аналізу організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН; охарактеризовано

механізми впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина та визначено пріоритетні напрямки розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина. За результатами проведеного аналізу сформовані наступні висновки:

1. Проведений аналіз історичних аспектів розвитку та становлення сучасної системи охорони здоров'я Німеччини встановив, що у результаті історичних перетворень, які заклали основи сучасної системи охорони здоров'я Німеччини, визначено дві основні сфери як цілі для функціонування системи охорони здоров'я в Німеччині і для досягнення яких надаються відповідні ресурси у вигляді закладів охорони здоров'я, освітніх програм і систем безпеки. А саме:

1) поліпшення стану здоров'я населення за допомогою ефективної та якісної допомоги з урахуванням потреб, зокрема щоб запобігти, вилікувати або полегшити хворобу та пов'язані з нею страждання, зберігаючи автономію та гідність;

2) довгострокове забезпечене фінансування системи охорони здоров'я шляхом ефективного та економного надання послуг із розумним співвідношенням витрат і результатів.

Німеччина була першою країною, яка запровадила національне соціальне страхування і стала світовим лідером у розвитку державних систем соціального забезпечення. Зокрема, обов'язкове (державне) медичне страхування (GKV) було засновано в 1883 році як частина соціального законодавства, ініційована канцлером Отто фон Бісмарком для вирішення «соціального питання», спричиненого все більшим зубожінням робочої сили. У 1884 році був прийнятий закон про страхування від нещасних випадків, а в 1889 році - закон про страхування на випадок інвалідності та старості. Усі види страхування були узагальнені в Кодексі страхування Рейху 1911 року з метою створення єдиного зводу законів. Це діяло до 1970 року, коли його змінив чинний на даний момент кодекс соціального страхування (Sozialgesetzbuch – SGB), який є кодифікацією соціального права.

2. Проаналізовано комплексний організаційно-правовий механізм забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина шляхом аналізу розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я ФРН та аналізу організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН.

За результатами аналізу розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я ФРН встановлено, що всі правові сфери соціального страхування поступово переносяться до Соціального кодексу (Sozialgesetzbuch (SGB)). Соціальне право Федеративної Республіки Німеччина постійно адаптується до мінливих умов соціально-економічного середовища. Останнім часом багато правових норм, які регулюють сферу охорони здоров'я або впливають на неї, або формують соціальне законодавство.

Необхідно зазначити, що галузь охорони здоров'я включає крім соціального права, лікарняне право, право про рятувальні служби, право про немедичні професії медичного напрямку, право про аптеки, ліки, медичне обладнання та інше фармацевтичне право, тощо. Федеральні землі Німеччини мають власні законодавчі повноваження і несуть відповідальність за виконання федеральних законів.

За результатами проведеного аналізу організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН встановлено, що система охорони здоров'я підтримується та керується багатьма установами та суб'єктами, учасниками якою є асоціації та групи інтересів різних постачальників, професійні групи, медичні страхові компанії, установи забезпечення якості, Міністерство охорони здоров'я, організації пацієнтів і групи самопомогі. Це є результатом того, що система охорони здоров'я Німеччини організована через соціальне страхування, мета якої захистити від елементарних життєвих ризиків. Постачальники медичних послуг та постачальники послуг, а також роботодавці та застраховані особи організовуються для контролю та формування системи охорони здоров'я, держава лише визначає рамкові умови та здійснює нагляд.

Німецька система охорони здоров'я – це так звана подвійна система медичного страхування, яка складається з державного медичного страхування (GKV) та приватного медичного страхування (PKV).

Також відповідно до національного законодавства Федеративної Республіки Німеччини можна умовно визначити три рівня системи організації охорони здоров'я Німеччини. Перший рівень включає Федеральні землі, які мають власні законодавчі повноваження та відповідають за виконання федерального законодавства, а також за планування та фінансування стаціонарного лікування, здійснюють технічний та адміністративний нагляд за муніципальною службою охорони здоров'я; муніципальні органи охорони здоров'я, які близькі до місцевих жителів у виконанні своїх повноважень; комуни, які діють до людей і відповідають за місцеву охорону здоров'я. Другий рівень – самоврядування: (Федеральний об'єднаний комітет (G-BA), Медичні страхові компанії та Центральна асоціація медичних страхових компаній, Центральна асоціація кас медичного страхування (GKV-Spitzenverband), Німецьке товариство лікарень, Національні асоціації лікарів і стоматологів з обов'язкового медичного страхування та інші окремі лікарні, які представляють свої інтереси не окремо, а через свої асоціації. На державному рівні лікарні організовані в асоціації державних лікарень. Регіональні асоціації, у свою чергу, об'єднані в Німецьке товариство лікарень (DKG), який бере на себе юридичні завдання в рамках самоврядування в системі охорони здоров'я. Третій рівень - окремі актори та їхні представницькі органи, зокрема федеральні та земельні палати різних професій охорони здоров'я, організації пацієнтів, професійні групи та групи інтересів асоціації медичної професії, асоціації немедичних професій охорони здоров'я, асоціація приватного медичного страхування та асоціації виробників фармацевтичних препаратів.

Також з'ясовано основні принципи системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччини, а саме: 1) принцип обов'язковості; 2) фінансування внесків; 3) принцип солідарності; 4) принцип самоврядування.

3. Досліджено механізми впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина шляхом визначення у програмах політичних партій, які входять у парламент Федеративної Республіки Німеччина та формують фракції, пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я.

Встановлено, що у програмах політичних партій: CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС)), SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН)), FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП)), Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені), Die Linke (Ліва) - розвиток системи охорони здоров'я визначається наступними напрямками, зокрема медичне страхування, страхування громадян, конкуренція та приватне медичне страхування; амбулаторна допомога; стаціонарне лікування; аптеки та інші постачання; профілактика; лікарські, лікувальні та допоміжні засоби; діджиталізація; страхування по догляду та догляд; служба громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), каннабіс та інші.

З'ясовано, що законодавство та державна політика охорони здоров'я встановлюють рамки, у яких партнери з охорони здоров'я можуть приймати рішення, і пріоритети політики охорони здоров'я узгоджуються з метою економного використання фінансових ресурсів.

4. За результатами проведеного дослідження механізмів впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина визначено пріоритетні напрямки розвитку у сфері охорони здоров'я ФРН за політичними програмами партій, які входять до фракцій Німецького Бундестагу і мають спільні пріоритети розвитку, цілі і завдання, які формують політику у сфері охорони здоров'я і розвиток даної системи в цілому. Зокрема встановлено пріоритетними для парламентських фракцій є розвиток:

- медичного страхування, страхування громадян, конкуренції та приватного медичного страхування, з низкою завдань зокрема щодо фінансування обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV - Gesetzliche Krankenversicherung), простішого переходу між приватним і державним медичним страхуванням;

- амбулаторної допомоги: забезпечення місцевого, цифрового та безбар'єрного доступу до амбулаторної допомоги, підтримка психотерапії, побудова громадських центрів здоров'я, та інші;

- стаціонарного лікування: розвиток високих технологій та робототехніки в лікарнях і будинках престарілих; фінансування та відкриття лікарень амбулаторно-поліклінічної допомоги (акушерської та невідкладної допомоги на селі), збільшення кількості лікарняних медсестер та підвищення їм основної зарплати; реформа діагностики споріднених груп, тощо;

- аптек та іншого постачання, що входить до сфери охорони здоров'я: обмеження орієнтації на прибутковість; відмова від заборони на продаж ліків, що відпускаються за рецептом (Rx), вільний вибір аптеки, тощо;

- профілактики: узгодження профілактичних програм з віком та статтю; об'єднання профілактичної діяльності фондів соціального страхування; реформа Закону про профілактику, щодо навчання здоровому способу життя в дитячих садках і школах та інше;

- лікарських, лікувальних та допоміжних засобів: урядове екстрене переміщення критично важливих ліків і виробничих потужностей на вимогу, розширення «нотифікованих органів» у значенні Регламенту ЄС щодо медичних пристроїв (MDR), збільшення інвестицій ЄС та координації досліджень і розробок (зокрема нових ліків, особливо персоналізованої медицини), законодавче обмеження цін на ліки та охоронний ордер на лікарські засоби, суворе збереження патентних прав, створення стандарту Європейського Союзу охорони здоров'я із сильною європейською індустрією охорони здоров'я;

- діджиталізації: розвиток дорожньої карти електронної охорони здоров'я, створення єдиних вимог (захист даних, типові договори) для транскордонних клінічних досліджень, використання можливостей штучного інтелекту (ШІ) у цифровізації; розвиток ePA (електронна карта пацієнта) та використання електронної карти пацієнта (ePA) як модель відмови, захист даних пацієнтів як головний пріоритет тощо;

- страхування по догляду та догляд: розширення фонду забезпечення довгострокового догляду до 2050 року, бюджетна підтримка навчання медсестер і медичних працівників, а також участь медсестер у самоврядуванні через заснування Федеральної палати медсестер, страхування догляду, реформа сестринської освіти (модульна структура; відкрита підготовка асистентів медсестер для всіх випускників шкіл, а потім можлива підготовка спеціалістів медсестер); збільшення нових працівників по догляду за літніми людьми та гідні умови і соціальні пільги тощо;

- громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), використання канабісу та інші напрямки у сфері охорони здоров'я: продовження Пакту про службу громадського здоров'я (ÖGD); розширення та реформа Інституту Роберта Коха (RKI - Das Robert Koch-Institut) в національний інститут громадського здоров'я, щоб зробити його більш незалежним від політичних впливів; подальший розвиток Закону про захист від інфекцій (IfSG) (поступове стримування, незалежна пандемічна рада); створення Федерального інституту охорони здоров'я (об'єднання попередніх структур, специфікації догляду та якості); 1 % всіх витрат на охорону здоров'я в ÖGD; створення спеціального фонду клімату/здоров'я для планів дій у сфері тепла та інше.

РОЗДІЛ 3.

ВИЗНАЧЕННЯ НАПРЯМКІВ РОЗВИТКУ ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ МІЖНАРОДНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ТА НАЛЕЖНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЦІОНАЛЬНИХ ІНТЕРЕСІВ

3.1. Розвиток охорони здоров'я в Україні в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів

Забезпечення та функціонування охорони здоров'я в багатьох країнах Європи в різні часи зазнавала кількох втручань, оскільки вона була задумана на основі різних світоглядів, у соціальній та історичній конструкції, від простої концепції відсутності хвороби до широкої концепції з різними вимірами, такими як біологічні, поведінкові, соціальні, екологічні, політичні та економічні. Після другої світової війни в усьому світі була прийнята концепція Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка визначає: «стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, який не полягає лише у відсутності хвороби чи захворювання» [9].

Законодавством України передбачено сумлінне дотримання міжнародних договорів за принципом міжнародного права з метою належного забезпечення національних інтересів, здійснення цілей, завдань і принципів зовнішньої політики України, закріплених у Конституції та законодавстві України.

У Конституції України зазначено, що чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України (ст. 9.) [43]. Згідно Закону України «Про міжнародні договори України» [91] передбачено порядок укладення, виконання та припинення дії міжнародних договорів України, а також контроль за виконанням міжнародних договорів України, який встановлюють

Президент України або Кабінет Міністрів України відповідно до їх компетенції та вимог статей Закону. Закон України «Про міжнародні договори України» застосовується до всіх міжнародних договорів України, регульованих нормами міжнародного права і укладених відповідно до Конституції України та вимог цього Закону [91].

Законодавством України створені умови для імплементації міжнародних норм в національне законодавство, ратифікована велика кількість міжнародно-правових актів в галузі охорони здоров'я і прав людини, впроваджено міжнародні стандарти, що також передбачає виконання взятих державою міжнародних зобов'язань.

Зокрема, право людини на охорону здоров'я закріплено у положеннях міжнародних правових актах, які ратифіковано Україною:

- Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (ратифіковано Законом України № 475/97-ВР від 17.07.97) [38];
- Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР N 2148-VIII (2148-08) від 19.10.73) [64];
- Конвенція про права осіб з інвалідністю (ратифіковано Законом України № 1767-VI від 16.12.2009) [41];
- Конвенція про права дитини (ратифіковано Постановою Верховної Ради України № 789-XII від 27.02.91) [40];
- Європейська соціальна Хартія (ратифіковано із заявами Законом України № 137-V від 14.09.2006, ВВР, 2006, № 43, ст.418) [29];
- Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я (ратифіковано Законом України № 4908-VI від 07.06.2012) [42];
- та інші, у тому числі угоди про надання медичної допомоги, співробітництво в галузі охорони здоров'я і медичних наук тощо.

Так, зокрема, Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод, ратифікованою Законом України № 475/97-ВР від 17.07.97) з

поправками, внесеними відповідно до положень Протоколів № 11, 14 та 15 з Протоколами № 1, 4, 6, 7, 12, 13 та 16, передбачено: право на життя (ст.2.) «Право кожного на життя охороняється законом. Нікого не може бути умисно позбавлено життя інакше ніж на виконання смертного вироку суду, винесеного після визнання його винним у вчиненні злочину, за який закон передбачає таке покарання» [38]; заборона катування (ст.3) «Нікого не може бути піддано катуванню або нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню» [38]; право на свободу та особисту недоторканність (ст.5) «Кожен має право на свободу та особисту недоторканність. Нікого не може бути позбавлено свободи, крім таких випадків і відповідно до процедури, встановленої законом: законне затримання осіб для запобігання поширенню інфекційних захворювань, законне затримання психічнохворих, алкоголіків або наркоманів чи бродяг» [38].

Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, ратифікований Указом Президії Верховної Ради Української РСР N 2148-VIII (2148-08) від 19.10.73 встановлює для держав, які беруть участь у цьому Пакті, визнавати право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Заходи, яких повинні вжити держави-учасниці цього Пакту для повного здійснення цього права, включають [64]:

- а) забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини;
- б) поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості;
- с) запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними;
- д) створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби [64].

Відповідно до Загального коментаря 14 «Право на найвищий досяжний рівень здоров'я» Комітету з економічних, соціальних і культурних прав: Основні обов'язки Держав: Зауваження загального порядку 14 (витяг) [64]:

а) забезпечувати доступ до лікувальних установ, медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або соціально відчужених груп;

д) забезпечувати основними медикаментами, які час від часу визначаються в Програмі дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів;

е) забезпечувати справедливий розподіл усіх медичних товарів і послуг;

ф) ухвалити та реалізовувати національну стратегію в галузі охорони здоров'я, яка має бути створена на основі епідеміологічних даних і в якій особливу увагу буде приділено вразливим/маргінальним групам населення [64].

Також відповідно системи охорони здоров'я зобов'язуються забезпечувати [64]:

1) наявність медичних послуг у кількості, що задовольняє попит (з урахуванням рівня економічного розвитку країни);

2) доступність медичних послуг, у тому числі завдяки запобіганню дискримінації, створенню можливостей для фізичного та географічного доступу цих послуг, урахуванню потреб особливих груп (діти, літні люди), забезпечення доступу до інформації щодо існуючих методів лікування;

3) прийнятність медичних послуг з етичної точки зору (згода, конфіденційність), з повагою до потреб окремих осіб, меншин та спільнот, вразливих верств населення;

4) якість медичних послуг, які обґрунтовані з наукової медичної точки зору [64].

Конвенція про права осіб з інвалідністю (ратифіковано Законом України № 1767-VI від 16.12.2009) [41] передбачає заохочення, захист й забезпечення повного й рівного здійснення всіма особами з інвалідністю всіх прав людини й основоположних свобод, а також заохочення поважання

притаманного їм достоїнства. Згідно Конвенції до осіб з інвалідністю належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими [41]. У ст. 25 Конвенції передбачено право на найбільш досяжний рівень здоров'я без дискримінації за ознакою інвалідності. Держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення доступу осіб з інвалідністю до послуг у сфері охорони здоров'я, які враховують гендерну специфіку, у тому числі до реабілітації за станом здоров'я. Зокрема [41]:

а) забезпечують особам з інвалідністю той самий набір, якість і рівень безплатних або недорогих послуг і програм з охорони здоров'я, що й іншим особам, зокрема у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я та за державними програмами охорони здоров'я, що пропонуються населенню;

б) надають послуги у сфері охорони здоров'я, які необхідні особам з інвалідністю безпосередньо з причини їхньої інвалідності, зокрема послуги з ранньої діагностики, а в підхожих випадках - корекції та послуги, покликані звести до мінімуму та запобігти подальшому виникненню інвалідності, зокрема серед дітей і людей похилого віку;

с) організують такі послуги у сфері охорони здоров'я якомога ближче до місць безпосереднього проживання цих людей, зокрема в сільських районах;

д) вимагають, щоб спеціалісти з охорони здоров'я надавали особам з інвалідністю послуги такої самої якості, що й іншим особам, зокрема на підставі вільної та поінформованої згоди через, серед іншого, підвищення обізнаності стосовно прав людини, достоїнства, самостійності й потреб осіб з інвалідністю за рахунок навчання та прийняття етичних стандартів для державної та приватної охорони здоров'я;

е) забороняють дискримінацію стосовно осіб з інвалідністю під час надання медичного страхування та страхування життя, якщо останнє дозволене національним правом, і передбачають, що воно надається на справедливих і розумних засадах;

f) не допускають дискримінаційної відмови в охороні здоров'я чи послугах у цій галузі чи отриманні продовольчих продуктів або рідин з причини інвалідності [41].

Ст. 26 Конвенції зобов'язує держав-учасниць вживати, зокрема за підтримки з боку інших осіб з інвалідністю, ефективних і належних заходів для того, щоб надати особам з інвалідністю можливість для досягнення й збереження максимальної незалежності, повних фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення й залучення до всіх аспектів життя [41]. Із цією метою держави-учасниці організовують, зміцнюють та розширюють комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування, таким чином, щоб ці послуги та програми [41]:

a) починали реалізуватися якомога раніше й ґрунтувалися на багатопрофільній оцінці потреб і сильних сторін індивіда;

b) сприяли залученню та включенню до місцевої спільноти й до всіх аспектів життя суспільства, мали добровільний характер і були доступними для осіб з інвалідністю якомога ближче до місць їхнього безпосереднього проживання, зокрема в сільських районах [41].

Також держави-учасниці Конвенції про права осіб з інвалідністю заохочують розвиток початкового й подальшого навчання спеціалістів і персоналу, які працюють у сфері абілітаційних і реабілітаційних послуг, заохочують наявність, знання та використання допоміжних пристроїв і технологій, що стосуються абілітації й реабілітації та призначені для осіб з інвалідністю [41].

Конвенція про права дитини, що ратифікована Постановою Верховної Ради України № 789-XII від 27.02.97. [40], згідно якої дитиною є кожна людська істота до досягнення 18-річного віку, якщо за законом, застосовуваним до даної особи, вона не досягає повноліття раніше. Держави-учасниці поважають і забезпечують всі права, передбачені цією Конвенцією, зокрема щодо стану здоров'я і народження дитини. Ст. 6. Конвенції зобов'язує

держав-учасниць визнавати, що кожна дитина має невід'ємне право на життя, а також забезпечувати у максимально можливій мірі виживання і здоровий розвиток дитини; ст. 19 Конвенції - держави-учасниці визнають, що неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють почуттю впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства (на забезпечення особливих потреб неповноцінної дитини допомога згідно з п. 2 ст. 19 надається при можливості безкоштовно з урахуванням фінансових ресурсів батьків або інших осіб, що забезпечують турботу про дитину, та має на меті забезпечення неповноцінній дитині ефективного доступу до послуг, зокрема щодо медичного обслуговування, відновлення здоров'я); також держави-учасниці сприяють у дусі міжнародного співробітництва обміну відповідною інформацією в галузі профілактичної охорони здоров'я, медичного, психологічного і функціонального лікування неповноцінних дітей, включаючи розповсюдження інформації про методи реабілітації, загальноосвітньої і професійної підготовки, а також доступу до цієї інформації, з тим щоб дозволити державам-учасницям покращити свої можливості і знання, і розширити свій досвід в цій галузі. В зв'язку з цим особлива увага має приділятися потребам країн, що розвиваються [40]. У ст. 24 Конвенції визнається право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я, а держави-учасниці намагаються забезпечити, щоб жодна дитина не була позбавлена свого права на доступ до подібних послуг системи охорони здоров'я і для повного здійснення цього права, зокрема, вживати заходи щодо [40]:

- а) зниження рівня смертності немовлят і дитячої смертності;
- б) забезпечення надання необхідної медичної допомоги та охорони здоров'я всіх дітей з приділенням першочергової уваги розвитку первинної медико-санітарної допомоги;

с) боротьби з хворобами і недоїданням, у тому числі в межах первинної медико-санітарної допомоги, шляхом, поряд з іншим, застосування легкодоступної технології та надання достатньої кількості поживного продовольства та чистої питної води, беручи до уваги небезпеку і ризик забруднення навколишнього середовища;

d) надання матерям належних послуг по охороні здоров'я у допологовий і післяпологовий періоди;

e) забезпечення інформацією всіх прошарків суспільства, зокрема батьків і дітей, щодо здоров'я і харчування дітей, переваги грудного годування, гігієни, санітарії середовища перебування дитини і запобігання нещасним випадкам, а також доступу до освіти та підтримки у використанні цих знань;

f) розробки превентивних заходів з охорони здоров'я, керівництва для батьків та навчання і послуг з планування сім'ї [40].

Ст. 25 Конвенції про права дитини визнається права дитини, яка віддана компетентними органами на піклування з метою догляду за нею, її захисту або фізичного чи психічного лікування, на періодичну оцінку лікування, наданого дитині, і всіх інших умов, пов'язаних з таким піклуванням про дитину [40]. Також згідно ст. 39 держави-учасниці вживають всіх необхідних заходів для сприяння фізичному та психологічному відновленню та соціальній інтеграції дитини, яка є жертвою будь-яких видів нехтування, експлуатації чи зловживань, катувань чи будь-яких жорстоких, нелюдських або принижуючих гідність видів поведінки, покарання чи збройних конфліктів. Таке відновлення і реінтеграція мають здійснюватися в умовах, що забезпечують здоров'я, самоповагу і гідність дитини [40].

Європейська соціальна Хартія (переглянута), ратифікована із заявами Законом України №137-V від 14.09.2006, ВВР, 2006, № 43, ст.418) [29] проголошує, що кожна людина має право користуватися будь-якими заходами, що дозволяють їй досягти найкращого стану здоров'я, який є можливим (частина I п. 11.); кожна малозабезпечена людина має право на соціальну та медичну допомогу (частина I п. 13.) [29]. Згідно частини II сторони

зобов'язуються, як це передбачено у частині III, вважати обов'язковими для себе зобов'язання, визначені у нижченаведених статтях і пунктах. Проте Уряди, які не є сторонами Європейської конвенції про соціальну та медичну допомогу, можуть ратифікувати Хартію стосовно цього пункту за умови, що вони надають громадянам інших сторін режим, який відповідає положенням цієї Конвенції [29].

Право на охорону здоров'я передбачено ст. 11 Хартії, а саме з метою забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я сторони зобов'язуються самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб, серед іншого [29]:

- 1) усунути, у міру можливості, причини слабкого здоров'я;
- 2) забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприяли б поліпшенню здоров'я і підвищенню особистої відповідальності у питаннях здоров'я;
- 3) запобігати, у міру можливості, епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням, а також нещасним випадкам [29].

Право на соціальну та медичну допомогу передбачено ст. 13 Хартії, зокрема з метою забезпечення ефективного здійснення права на соціальну та медичну допомогу сторони зобов'язуються [29]:

- 1) забезпечити, щоб будь-якій малозабезпеченій особі, яка неспроможна отримати достатніх коштів своїми власними зусиллями або з інших джерел, зокрема за рахунок допомоги по соціальному забезпеченню, надавалась належна допомога, а у разі захворювання забезпечувався догляд, якого вимагає стан її здоров'я;
- 2) забезпечити, щоб політичні або соціальні права осіб, які отримують таку допомогу, на цій підставі не обмежувалися;
- 3) передбачити, що кожна людина може отримувати у відповідних державних чи приватних службах такі поради та персональну допомогу, які

можуть бути необхідними для запобігання виникненню особистого або сімейного нужденного становища, для його подолання чи полегшення;

4) застосовувати положення пунктів 1, 2 і 3 цієї статті на засадах рівності між своїми громадянами та громадянами інших сторін, які на законних підставах перебувають на території їхніх держав, відповідно до своїх зобов'язань за Європейською конвенцією про соціальну та медичну допомогу, яка була підписана у Парижі 11 грудня 1953 року [29].

Зобов'язань, передбачених у цих статтях Хартії виконуються за допомогою [29]:

- а) законів або правил;
- б) угод між роботодавцями чи організаціями роботодавців та організаціями працівників;
- с) поєднання цих двох методів;
- д) інших відповідних засобів.

Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я, ратифіковано Законом України № 4908-VI від 07.06.2012, дата набрання чинності для України 1 січня 2016 р. [42], метою якою є запобігання загрози охороні здоров'я та боротьба із цим явищем шляхом [42]:

- а) забезпечення криміналізації певних дій;
- б) захисту прав жертв злочинів, установлених відповідно до цієї Конвенції;
- с) заохочення національного та міжнародного співробітництва [42].

Також Конвенцію для забезпечення ефективного виконання сторонами її положень передбачено особливий механізм моніторингу.

Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я стосується медичної продукції, незалежно від того, чи захищена вона правами інтелектуальної власності, чи ні або незалежно від того, чи є вона непатентованою, чи ні, у тому числі аксесуарів, призначених для використання разом з пристроями медичного

призначення, а також активних речовин, ексципієнтів, частин та матеріалів, призначених для використання у виробництві медичної продукції [42].

Кожна сторона вживає необхідних законодавчих та інших заходів для визнання злочинами за своїм національним законодавством [42]:

- умисного виготовлення підробленої медичної продукції, активних речовин, ексципієнтів, частин, матеріалів та аксесуарів;
- умисно скоєного постачання або пропозиції стосовно постачання, у тому числі посередництва, торгівлі, у тому числі зберігання на складі, імпорту та експорту підробленої медичної продукції, активних речовин, ексципієнтів, частин, матеріалів та аксесуарів;
- умисно скоєної дії щодо виготовлення, зберігання на складі для постачання, імпорту, експорту, пропозиція стосовно постачання або розміщення на ринку: лікарських препаратів без дозволу у випадках, коли такий дозвіл вимагається відповідно до національного законодавства сторони, або пристроїв медичного призначення без дотримання вимог відповідності у випадках, коли така відповідність вимагається за національним законодавством сторони;
- комерційне використання автентичних документів поза їхнім використанням за призначенням у рамках законного ланцюга постачання медичного продукту, визначеного національним законодавством сторони [42].

Крім того міжнародне право у галузі охорони здоров'я регламентується положеннями Лісабонської декларації стосовно прав пацієнта [56], Конвенцією про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби №130 [39], Положенням про доступність медичної допомоги [78], Рекомендаціями Комітету Міністрів Ради Європи про організацію паліативного догляду [104] тощо.

У таблиці 1.1. наведено перелік основних міжнародно-правових актів в галузі охорони здоров'я, обов'язковість на виконання яких взяла на себе Україна.

Таблиця 3.1.

Основні документи міжнародного права на охорону здоров'я

Назва документу	Зміст документу	Дата прийняття / Статус документу в Україні
ЗАГАЛЬНА ДЕКЛАРАЦІЯ ПРАВ ЛЮДИНИ	Ст.25. Право на медичний догляд, необхідний для підтримання здоров'я, забезпечення на випадок захворювання, інвалідності.	Прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року
ЄВРОПЕЙСЬКА КОНВЕНЦІЯ З ПРАВ ЛЮДИНИ (Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод)	Ст.2. Право на життя; Ст.3. Заборона катування; Ст.5. Право на свободу та особисту недоторканність.	Учинено в Римі 4 листопада 1950 року англійською і французькою мовами, обидва тексти є однаково автентичними, в одному примірнику, який зберігається в архіві Ради Європи. Ратифіковано Законом № 475/97-ВР від 17.07.97 (дата набрання чинності для України 11.09.1997)
МІЖНАРОДНИЙ ПАКТ ПРО ЕКОНОМІЧНІ, СОЦІАЛЬНІ І КУЛЬТУРНІ ПРАВА	Ст.12, п.1. Право на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я; Ст.12, п.2. Право на забезпечення скорочення смертності і здорового розвитку дитини; поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості; запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними; створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби.	Прийнято 16 грудня 1966 року Генеральною Асамблеєю ООН. (Док. ООН А/RES/2200 А (XXI). Ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР N 2148-VIII (2148-08) від 19.10.73
ЄВРОПЕЙСЬКА СОЦІАЛЬНА ХАРТІЯ (ПЕРЕГЛЯНУТА)	Ч.1, п.3. Право на безпечні та здорові умови праці; Ч.1, п.11. Право користуватися будь-якими заходами, що дозволяють їй досягти найкращого стану здоров'я, який є можливим; Ст.11. Право на охорону здоров'я; Ст.13. Право на соціальну та медичну допомогу; Ст.23. Право осіб похилого віку на забезпечення медичного обслуговування та послуг, яких вимагає їхній стан здоров'я.	Прийнято Страсбург, 3 травня 1996 року. Ратифіковано із заявами Законом № 137-V від 14.09.2006, ВВР, 2006, N 43, ст.418
ЄВРОПЕЙСЬКА ХАРТІЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ	Ст.1. Право на належне медичне обслуговування, спрямоване на попередження захворювання;	Підготовлена 2002 р. Активною громадською

	Ст.2. Право на доступність медичних послуг, які він/вона потребує за станом здоров'я; Ст.3. Право на отримання будь-якої інформації про свій стан здоров'я, про медичні послуги (і способи отримання цих послуг), а також про все, що доступно завдяки науково-технічному прогресу; Ст.4. Право на отримання будь-якого виду інформації, яка допоможе йому/їй активно брати участь у прийнятті рішень щодо свого здоров'я; Ст.5. Право на свободу вибору між різними медичними процедурами та закладами (фахівцями) на підставі адекватної інформації; Ст.6. Право на конфіденційність особистої інформації; Ст.7. Право на отримання необхідного лікування без зволікань, протягом наперед встановленого строку; Ст.8. Право на доступність якісного медичного обслуговування на основі специфікації і в точній відповідності до стандартів; Ст.9. Право на свободу від шкоди, заподіяної неналежним функціонуванням системи охорони здоров'я, недбалістю та помилками медпрацівників; Ст.10. Право на доступність медичних інновацій (включаючи діагностичні процедури) відповідно до міжнародних стандартів і незалежно до економічних чи фінансових міркувань; Ст.11. Право по можливості уникнути страждань і болю на кожному етапі свого захворювання; Ст.12. Право на діагностичні чи лікувальні процедури, по можливості адаптовані до його/її особистих потреб.	мережею — європейською мережею громадських організацій, організацій із захисту прав споживачів і пацієнтів
КОНВЕНЦІЯ ПРО ПРАВА ДИТИНИ	Ст.6. Право на здоровий розвиток дитини; Ст.24. Право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я; Ст.32. Право дитини на захист від економічної експлуатації та від виконання будь-якої роботи, яка може являти небезпеку для здоров'я, бути перешкодою в одержанні нею освіти чи завдавати шкоди її здоров'ю, фізичному, розумовому, духовному, моральному та соціальному розвитку.	Прийнято 20.11.1989 р. (редакція зі змінами, схваленими резолюцією 50/155 Генеральної Асамблеї ООН від 21. 12.1995 р). Ратифіковано Постановою ВР № 789-ХІІ від 27.02.91. (Додатково Факультативні протоколи від 01.01.2000 від 20.11.2014)

ЛИСАБОНСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ПРАВА ПАЦІЄНТА	Право вільно вибирати свого лікаря. Право отримувати допомогу від лікаря, який вільний від будь-яких зовнішніх впливів при винесенні своїх клінічних або етичних рішень. Право пацієнта погодитися або відкинути лікування після отримання адекватної інформації. Право очікувати, що його лікар поважатиме конфіденційний характер медичних і особистих відомостей про нього. Право померти з гідністю. Право прийняти або відхилити духовну і моральну підтримку, включаючи допомогу священнослужителя відповідної конфесії.	Прийнята 34-й Всемирной медицинской ассамблеей, Лиссабон, Португалия, сентябрь/октябрь 1981 г.
КОНВЕНЦІЯ ПРО МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ТА ДОПОМОГУ У ВИПАДКУ ХВОРОБИ № 130	Ст.8. Право осіб, що підлягають забезпеченню, відповідно до встановлених умов, на надання медичної допомоги лікувального або профілактичного характеру. Ст.9. Право при зверненні за медичною допомогою на збереження, відновлення або покращання здоров'я особи, що підлягає забезпеченню, а також його працездатності й здатності задовольняти свої особисті потреби. Ст.14. Право на отримання у випадку хвороби: а) загальної лікарської допомоги, включаючи по можливості відвідання вдома; б) допомоги, що надається спеціалістами стаціонарним або амбулаторним хворим, і, наскільки це можливо, таку допомогу спеціалістів, яка надається поза лікарнями; с) видачу необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста; d) госпіталізацію у разі необхідності.	Прийнято Міжнародною Організацією Праці (Женева, 4.06.1969 р.) Дата набуття чинності: 27 мая 1972 года.
ПОЛОЖЕННЯ ПРО ДОСТУПНІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	Право на доступну медичну допомогу. Право на забезпечення максимальної свободи вибору виконавців, системи надання допомоги та системи оплати, яка задовольняє різноманітні потреби населення. Право на інформованість, навчання і обізнаність населення щодо усіх аспектів, що стосуються доступу до медичної допомоги. Право на забезпечення адекватної участі всіх сторін у розробці та управлінні системами охорони здоров'я.	Прийнято Всесвітньої медичної асамблеєю, Відень, Австрія, вересень 40-й 1988 р.
Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи про організацію паліативного догляду	Розділ 1. Право на паліативний догляд, який включає: полегшення симптомів; психологічну, духовну і емоційну підтримку; підтримку сім'ї; підтримку в скорботі.	Прийнято 12.11.2003.

Таким чином нами досліджена система охорони здоров'я в Україні в контексті виконання міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів на основі міжнародно-правових актів в галузі охорони здоров'я, обов'язковість на виконання яких взяла на себе Україна як суб'єкт міжнародного права (учасник міжнародних відносин, що володіє міжнародними правами та обов'язками, здійснює їх на основі міжнародного права і несе у необхідних випадках міжнародно-правову відповідальність).

Для розвитку охорони здоров'я в Україні в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів у публічному управлінні законодавством України передбачено сумлінне дотримання міжнародних договорів за принципом міжнародного права з метою належного забезпечення національних інтересів, здійснення цілей, завдань і принципів зовнішньої політики України, закріплених у Конституції України та законодавстві України. Зокрема, право людини на охорону здоров'я закріплено у положеннях міжнародних правових актах, які ратифіковано Україною, а саме: Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (ратифіковано Законом України № 475/97-ВР від 17.07.97); Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР N 2148-VIII (2148-08) від 19.10.73); Конвенція про права осіб з інвалідністю (ратифіковано Законом України № 1767-VI від 16.12.2009); Конвенція про права дитини (ратифіковано Постановою Верховної Ради України ВРУ № 789-XII від 27.02.91); Європейська соціальна Хартія (ратифіковано із заявами Законом України № 137-V від 14.09.2006, ВВР, 2006, N 43, ст.418); Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я (ратифіковано Законом України № 4908-VI 07/06/2012) та інші, у тому числі угоди про надання медичної допомоги, співробітництво в галузі охорони здоров'я і медичних наук тощо.

3.2. Порівняння пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з визначеними векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні

Згідно положень Основного Закону України «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм [43].

Також ст. 49 Конституції України «Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності» [43].

Необхідно зазначити, що офіційне тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України є у Рішенні Конституційного Суду № 10-рп/2002 від 29.05.2002, а саме вирішено [105]:

1. Положення частини третьої статті 49 Конституції України (254к/96-ВР) «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг мають бути визначені законом.

2. Рішення Конституційного Суду України є обов'язковим до виконання на території України, остаточним і не може бути оскарженим.

Визначення правових, організаційних, економічних основ регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я передбачено положеннями Основи законодавства України про охорону здоров'я [71] та низкою спеціальних Законів України, що створюють систему законодавства України в галузі охорони здоров'я, зокрема: Закони України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [85], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [89], «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» [82], «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» [81], «Про психіатричну допомогу» [94], «Про лікарські засоби» [90], «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» [83], «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [93] та інші; а також низкою підзаконних нормативно-правових актів України, зокрема: Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» [86], Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» [88], Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [18], Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби охорони здоров'я» [98], Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я» [97] та інші нормативно-правові акти України, які прийняті для впровадження виконання норм і положень, визначених законом.

Необхідно зазначити, що за розподілом нормативно-правових документів, згідно юридичної класифікації на офіційному сайті Верховної

Ради України [106] законодавство України про охорону здоров'я поділяється на:

- Державні медичні програми;
- Органи та заклади охорони здоров'я;
- Лікувальна-профілактична допомога населенню (безплатна, платна, пільги по оплаті), медичні огляди серед яких:
 - протезування;
 - донорство;
 - трансплантація органів;
 - наркологічна допомога, алкоголізм, примусове лікування;
 - психіатрична допомога та дотримання прав громадян при її надані;
 - заходи по боротьбі зі СНІДом, венеричні захворювання;
 - забезпечення медикаментами та ліками, медтехніка;
 - диспансеризація населення;
 - Наркотичні засоби. Психотропні речовини;
 - Санітарно-епідеміологічне благополуччя. Державний санітарний нагляд;
 - Медичне страхування;
 - Нетрадиційна медицина;
 - Приватна медична практика;
 - Захворювання, при яких надаються пільги на житло;
 - Пільги медпрацівникам;
 - Лікарські рослини;
 - Листки непрацездатності;
 - Медико-соціальна експертиза. Встановлення інвалідності;
 - Охорона материнства і дитинства;
 - Дитяче харчування;
 - Санітарно-курортне лікування (санаторії, бази, будинки відпочинку. Путівки);

- Фізкультура і спорт;
- Рятувальна служба.

Такий розподіл являє собою, свого роду, вектори розвитку системи охорони здоров'я в Україні, і передбачає правовий механізм, якій забезпечується законодавством України про охорону здоров'я і регулюється понад десятками тисяч законів та підзаконних актів України, які формують організаційний механізм реалізації зазначених в законах положень. Що в сукупності є організаційно-правовим механізмом системи охорони здоров'я в Україні.

У попередньому розділі дисертації (Розділ 2) нами проаналізовано механізми впровадження політики охорони здоров'я і функціонування системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, зокрема досліджено організаційно-правовий механізм забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина шляхом проведеного аналізу розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я ФРН та аналізу організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я ФРН, а також визначені механізми впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина. За результатами проведеного дослідження визначено пріоритетні напрямки розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина.

В рамках нашого дослідження вважаємо доцільним провести порівняльний аналіз визначених пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з наведеними вище векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні у формі порівняльної таблиці (див. таб. 3.2.)

Таблиця 3.2.

Порівняння пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні

№	Пріоритетні напрямки розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина	Векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні
1.	Медичне страхування, страхування громадян, конкуренція та приватне медичного страхування	Державні медичні програми
2.	Амбулаторна допомога	Органи та заклади охорони здоров'я
3.	Стаціонарне лікування	Лікувальна-профілактична допомога населенню (безплатна, платна, пільги по оплаті), медичні огляди серед яких: - протезування; - донорство; - трансплантація органів; - наркологічна допомога, алкоголізм, примусове лікування; - психіатрична допомога та дотримання прав громадян при її надані; - заходи по боротьбі зі СНІДом, венеричні захворювання; - забезпечення медикаментами та ліками, медтехніка; - диспансеризація населення.
4.	Аптеки та інші постачання, що входить до сфери охорони здоров'я	Наркотичні засоби. Психотропні речовини
5.	Профілактика	Санітарно-епідеміологічне благополуччя. Державний санітарний нагляд
6.	Лікарські, лікувальні та допоміжні засоби	Медичне страхування
7.	Діджиталізація	Нетрадиційна медицина
8.	Страхування по догляду та догляд	Приватна медична практика
9.	Громадське здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), використання канабісу та інші напрямки у сфері охорони здоров'я	Захворювання, при яких надаються пільги на житло
10.		Пільги медпрацівникам
11.		Лікарські рослини

12.		Листки непрацездатності
13.		Медико-соціальна експертиза. Встановлення інвалідності
14.		Охорона материнства і дитинства
15.		Дитяче харчування
16.		Санітарно-курортне лікування (санаторії, бази, будинки відпочинку. Путівки)
17.		Фізкультура і спорт
18.		Рятувальна служба

Таким чином за результатами порівняння пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з визначеними векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні можна дійти наступних висновків:

1. Вектори розвитку системи охорони здоров'я в Україні представлені більш структурованою та чіткою системою, яка має централізовану систему управління і будується на правовій вертикалі (прийняття законів України) з подальшим впровадженням (організацією) через підзаконні нормативно-правові акти, на відміну від напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, які представлені у формі політичних програмам партій, які входять до фракцій Німецького Бундестагу, що зумовлено, в першу чергу самої системою охорони здоров'я ФРН, яка підтримується та керується багатьма установами та суб'єктами, де учасниками є асоціації та групи інтересів різних постачальників, професійні групи, медичні страхові компанії, установи забезпечення якості, Міністерство охорони здоров'я, організації пацієнтів і групи самодопомоги.

2. У векторах розвитку системи охорони здоров'я в Україні окремо не представлений такий напрямок як «Діджиталізація», хоча в Україні є Електронна система охорони здоров'я у формі двокомпонентної системи, в якій користувач через електронну медичну інформаційну систему взаємодії з центральною базою даних.

Проте діджиталізація у сфері охорони здоров'я Німеччини є пріоритетним напрямком і відповідно до розвитку технологічного прогресу

вимагає здійснення певних завдань для розвитку держави, це і використання можливостей штучного інтелекту (ШІ) у цифровізації, ePA (електронна карта пацієнта), цифровізація та відповідне навчання медичних працівників; захист даних пацієнтів як головний пріоритет; ціноутворення та методи оцінки продуктів електронної охорони здоров'я на основі доказів, онлайн консультації тощо.

3. Незважаючи на те, що одним з векторів розвитку системи охорони здоров'я в Україні є медичне страхування, де загальною системою оподаткування передбачено страхові внески, запровадження додаткового спеціального збору із заробітної плати чи фонду оплати праці є недоречне в сучасних економічних умовах. Водночас в рамках реформи фінансування системи охорони здоров'я України передбачається, що Національна служба здоров'я України (НСЗУ) виконуватиме роль страховика.

Проте німецька система охорони здоров'я побудована на системі медичного страхування (Німеччина була першою країною, яка запровадила національне соціальне страхування і стала світовим лідером у розвитку державних систем соціального забезпечення), яка складається з державного медичного страхування (GKV) та приватного медичного страхування (PKV).

3.3. Удосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в рамках проведення медичної реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я

Початок реформи системи охорони здоров'я в Україні офіційно на державному рівні можна визначити з ухваленням урядом Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я (далі Концепція). Як зазначається в анотації до документу: «Дане рішення сприятиме забезпеченню громадянам України доступ до гідного європейської держави рівня медичного обслуговування шляхом переходу системи охорони здоров'я України до

фінансування на основі моделі обов'язкового державного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у державному бюджеті. Нова модель фінансування охорони здоров'я включатиме впровадження державного гарантованого пакету медичної допомоги, створення єдиного національного замовника медичних послуг, автономізацію постачальників медичної допомоги, нові методи оплати та нову систему управління якістю послуг» [96].

Спираючись на міжнародний досвід та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), враховуючи сучасну модель системи охорони здоров'я України у Концепції зазначається, що єдиному способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є страхове фінансування медицини. Для цього пропонується нова модель державного солідарного страхування, яка враховує кращі сучасні практики та досвід країн Центральної та Східної Європи щодо трансформації системи охорони здоров'я країн. Зокрема, передбачено новий сучасний механізм стратегічної закупівлі медичних послуг, що розподіляє бюджетні кошти на фінансування медицини. У цьому випадку предметом закупівлі стає державний гарантований пакет медичної допомоги — прозоро визначений обсяг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної медичної допомоги та лікарських засобів, право на отримання якого у разі потреби матимуть всі без винятку громадяни України. Вартість цих послуг покриватиметься системою страхування повністю або частково. У випадку часткового покриття пацієнти будуть здійснювати офіційну співоплату за послуги та/або лікарські засоби. Підходи до встановлення розмірів такої співоплати будуть чітко визначеними і єдиними для всієї країни [96].

Відповідний План дій був затверджений Кабінетом Міністрів України (від 27 травня 2016 року № 418-р.) [75]. Зокрема, у даному документі (п. 8. Розподіл повноважень між органами місцевого самоврядування та органами виконавчої влади (інституційна реформа)) визначено в якості проблеми

питання розмежування повноважень у системі органів місцевого самоврядування та органів виконавчої влади на різних рівнях адміністративно-територіального устрою за принципом субсидіарності [75]. Органам місцевого самоврядування не передано повноваження передусім у сферах освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, охорони громадського порядку [75]. І з метою забезпечення високого рівня надання медичних послуг закладами охорони здоров'я та формування оптимальної мережі закладів охорони здоров'я, зокрема в об'єднаних територіальних громадах у II кварталі 2016 року Міністерству охорони здоров'я та Міністерству фінансів України та іншим центральним органам виконавчої влади за участю всеукраїнських асоціацій органів місцевого самоврядування необхідно [75]:

1) визначити чіткі критерії розмежування відповідальності органів місцевого самоврядування на рівні територіальних громад, районів, областей та сприяти формуванню територіальними громадами (передусім об'єднаними територіальними громадами) оптимальної мережі закладів охорони здоров'я;

2) удосконалити формули розрахунків субвенції у сфері охорони здоров'я на основі обґрунтованих нормативів, затвердження методики розрахунку вартості надання послуг в галузі охорони здоров'я на базовому рівні;

3) здійснення практичних кроків протягом 2016-2020 років для виконання реформи фінансування охорони здоров'я в Україні як пускового механізму реформи національної системи охорони здоров'я (очікуваним результатом є наявність дорожньої карти побудови системи фінансування на принципах страхування, яка дасть змогу забезпечити рівний доступ населення до медичної допомоги, підвищити якість медичних послуг та фінансову захищеність громадян на випадок хвороби, ефективніше витрачати бюджетні кошти, зменшити неформальні платежі пацієнтів та збільшити доходи медичних працівників) [75].

Також Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я передбачено [96]:

1) розвиток системи громадського здоров'я (п.6.): шляхом здійснення наступних заходів: у середньостроковій перспективі - наявність достовірної інформації про захворюваність населення, можливість оперативно реагувати на надзвичайні ситуації у сфері здоров'я населення; у довгостроковій перспективі - зменшення (контрольованість) обсягу витрат на медичне обслуговування населення, зниження рівня захворюваності та продовження життя населення. Ключові кроки, які необхідно здійснити у середньостроковій перспективі:

- створення електронної інформаційної системи епідеміологічного нагляду за інфекційними та неінфекційними захворюваннями;
- запровадження нових навчальних програм з питань громадського здоров'я;
- оптимізація лабораторної мережі у медичному секторі;
- часткова децентралізація функцій громадського здоров'я, створення центрів громадського здоров'я на обласному рівні;
- посилення наукової складової у сфері громадського здоров'я, забезпечення тісної взаємодії між науковою діяльністю та реалізацією державної політики;

2) реорганізація системи первинної та вторинної медичної допомоги (п.7.) шляхом створення організаційно-фінансових умов для впровадження нової моделі надання первинної медичної допомоги на рівні об'єднаних територіальних громад та вторинної допомоги через госпітальні округи. Ключові кроки, які необхідно здійснити у середньостроковій перспективі:

- подати Верховній Раді України проекти актів про внесення змін до законодавства, які дадуть змогу амбулаторіям та приватним лікарським практикам бути постачальниками медичних послуг;
- затвердити гарантований обсяг первинної медичної допомоги;
- спростити умови ліцензування приватних лікарських практик, які працюють в об'єднаних територіальних громадах;
- сформувати плани госпітальних округів, їх перелік, склад та межі.

3) боротьба із серцево-судинними захворюваннями (п.8.) за допомогою створення в державі регіональних реперфузійних мереж. Ключові кроки, які необхідно здійснити у середньостроковій перспективі:

- розбудова реперфузійних мереж в областях, де вони на сьогодні відсутні, та розширення існуючих (375 млн. гривень);
- фінансування функціонування та медичного забезпечення державної реперфузійної мережі (275 млн. гривень) [96].

Ключові кроки, які необхідно здійснити у середньостроковій перспективі:

- подати Верховній Раді України проекти актів про внесення змін до законодавства, які дадуть змогу амбулаторіям та приватним лікарським практикам бути постачальниками медичних послуг;
- затвердити гарантований обсяг первинної медичної допомоги;
- спростити умови ліцензування приватних лікарських практик, які працюють в об'єднаних територіальних громадах;
- сформувати плани госпітальних округів, їх перелік, склад та межі [96].

4) збільшення доступності лікарських засобів (п.9.) шляхом забезпечення більшої фінансової доступності лікарських засобів для громадян шляхом реалізації трьох складових реформи, зокрема:

- етапне запровадження системи реімбурсації основних лікарських засобів;
- спрощення механізму виходу на ринок якісних ліків (дерегуляція ринку лікарських засобів);
- реформування принципу регулювання цін на ліки [96].

Ключові кроки, які необхідно здійснити у середньостроковій перспективі:

- затвердження Національної політики щодо забезпечення лікарськими засобами на період до 2025 року;

- затвердження автоматичного визнання, без додаткових документальних експертиз та процедур, сертифікатів Належної виробничої практики (GMP) країн PIC/S;

- підготовка до запровадження з 2017 року системи реімбурсації ліків як частини системи медичного страхування [96].

Серед ключових результатів, які представлені на урядовому порталі (єдиний веб-портал органів виконавчої влади України [63]) у рубриці медична реформа (з посиланням на Звіти Національної служби здоров'я України за 2021 рік [31, 32, 33, 34] представлена інформація, зокрема:

щодо трансформації системи охорони здоров'я [63]:

- з 1 квітня 2020 року запрацювала Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ;

- станом на вересень 2020 року з НСЗУ законтрактовано 3095 надавачів медичних послуг населенню, яким виплачено 51,6 млрд. грн. за надання послуг пацієнтам за Програмою медичних гарантій. З них: 13,3 млрд. грн. виплачено закладам первинної ланки; 29,7 млрд. грн. - закладам, що надають вторинну (спеціалізовану) допомогу; 3,7 млрд. грн. - закладам екстреної медичної допомоги. Також 4,9 млрд. грн. виплачено медичним закладам, що надають допомогу пацієнтам хворим на COVID-19, або з підозрою на нього;

- з січня по вересень 2020 року чисельність українців, які підписали декларації з лікарями зросла на 1,5 млн., 30 млн. 610 тис. українців вже уклали декларації з лікарями первинної ланки;

- для надання первинної допомоги з населенню аконтрактовано 1682 надавачів, з яких 1102 – комунальні заклади охорони здоров'я, 206 – приватні, 374 – лікарі ФОП. Кількість надавачів первинної допомоги, які уклали договір з НСЗУ станом на 01.10.2020 року на 216 більше, ніж було на кінець минулого року. Причому 75% з них є приватними або лікарями ФОП;

- зросла чисельність лікарів, які надають пацієнтам первинну допомогу, з початку року 2020 року їх стало більше на понад 800 осіб;

- первинна ланка медичної допомоги відіграє важливу роль у боротьбі з пандемією. Суттєво зросла завантаженість на лікарів, адже до них в першу чергу звертаються пацієнти з підозрою на COVID-19. В майже 600 закладах первинної медичної допомоги було сформовано 1051 мобільну бригаду;

- спеціалізовану медичну допомогу отримали понад 290 тисяч пацієнтів за пріоритетними послугами у квітні-серпні 2020 року. У Програмі медичних гарантій 2020 року визначено 5 пріоритетних медичних послуг, які перебувають у фокусі особливої уваги: лікування гострого мозкового інсульту, лікування гострого інфаркту міокарда, допомога при пологах, допомога у складних неонатальних випадках, інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкологічних захворювань;

- медичними закладами отримано 2,7 млрд. грн. за надання пріоритетних послуг пацієнтам;

- до Програми медичних гарантій також увійшли програма реімбурсації «Доступні ліки», за якою пацієнти можуть отримати медикаменти для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми за рецептом лікаря безоплатно або з незначною доплатою. На сьогодні пацієнти можуть отримати 264 найменування таких лікарських засобів, 85 з них на безоплатній основі. Отримати ліки пацієнти можуть в понад 8,5 тисяч аптек по всій країні. Програмою «Доступні ліки» користуються 2,4 млн. пацієнтів. За відпущені аптеками ліки з початку року НСЗУ виплачено 686,6 млн. грн. [63];

щодо підвищення заробітної плати медичним працівникам [63]:

- з 1 вересня 2020 року медичні працівникам підвищено заробітну плату, а саме +70% (3561 грн.) посадового окладу для лікарів та +50% (2362 грн.) для медичних сестер, +25% (1181 грн.) для молодших медичних сестер [63];

щодо розвитку цифрових трансформацій в охороні здоров'я [63]:

- забезпечено доступність та стабільність роботи eHealth в режимі 24/7, утворено комітет SDLC з метою ефективного управління розробкою функціоналу системи та розроблено RoadMap (дорожню карту розробок компонентів eHealth);

- зменшено адміністративне навантаження на медичних працівників (понад 25 тис. лікарів первинної медичної допомоги, понад 113 тис. лікарів-спеціалістів та понад 157 тис. сестринського персоналу). Запущено електронний медичний висновок про народження [63];

щодо медичних кадрів, освіти і науки [63]:

- врегульовано питання щодо відшкодування базам стажування витрат на оплату праці та нарахувань на оплату праці лікарям-інтернам першого року навчання;

- вжито заходів для виплати заробітної плати 3510 лікарям-інтернам 1-го року навчання, які проходять інтернатуру у 1090 базах стажування [63];

щодо діяльності психіатричної та туберкульозної служб [63]:

- через значне недофінансування психіатрична та туберкульозна служби в Україні перебували під загрозою знищення;

- у червні 2020 року Міністерство охорони здоров'я розробило нормативну базу щодо перегляду тарифів на медичні послуги, підтримки і недопущення закриття медичних закладів та звільнення медиків. І вже з 1 липня медичні заклади отримують фінансування не нижче, ніж у 2019 році;

- для системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню у 2020 році розраховані відповідно до собівартості пакети медичних послуг та включені до Програми медичних гарантій на 2021 рік;

- для психіатричної допомоги – МОЗ спільно з фахівцями завершує формування проекту плану розвитку охорони психічного здоров'я в Україні для подання на затвердження Уряду [63].

Таким чином ключовими результатами медичної реформи за останній 2020 рік є трансформація системи охорони здоров'я (переважно щодо медичних

гарантій на рівні первинної ланки та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги), підвищення заробітної плати медичним працівникам, розвиток цифрових трансформацій в охороні здоров'я (забезпечення доступності та стабільності роботи eHealth), державна підтримка медичних кадрів, освіти і науки (відшкодування базам стажування витрат на оплату праці та нарахувань на оплату праці лікарям-інтернам першого року навчання), підтримка з боку держави діяльності психіатричної та туберкульозної служб.

Проте, немає жодних результатів, які б відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [96] відображали модель державного солідарного страхування, яка враховує кращі сучасні практики та досвід країн Центральної та Східної Європи щодо трансформації системи охорони здоров'я країн. Немає також інформації щодо страхового механізму, за яким працює система охорони здоров'я (ні форми, ні змісту).

На нашу думку, найкращою практикою з багаторічним досвідом є модель медичного страхування Німеччини (дослідження якої проведено у 2 розділі дисертації), і яку можливо запропонувати для України у формі системи соціального забезпечення, що фінансуються за рахунок внесків страхувальників і роботодавців. У цій системі існує протиставлення державних і приватних постачальників, які в рамках самоврядування мають конкуренти переваги один перед одним.

З урахуванням основних принципів охорони здоров'я, які визначені в Основах законодавства України про охорону здоров'я [71] пропонуємо в систему публічного управління в галузі охорони здоров'я впровадити принципи:

- 1) принцип обов'язкового медичного страхування, згідно якого усі громадяни Німеччини зобов'язані застрахуватися в медичній страховій компанії державної або приватної;

- 2) фінансування внесків, який передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок внесків громадян та їхніх роботодавців (на поповнення також використовуються субсидії з податкових надходжень);

3) принцип солідарності, згідно якого усі, хто має державне медичне страхування, спільно несуть ризики витрат, пов'язаних із захворюваннями (тобто кожна людина має однакове право на медичну допомогу, незалежно від рівня її доходу та сплачених з нього внесків, проте розмір відповідного внеску залежить від відповідного доходу, що є проблемою державного медичного страхування);

4) принцип самоврядування, згідно якого існують рамкові умови щодо того, як має бути розроблена медична допомога (проте організацією та фінансуванням окремих медичних послуг керують представники лікарів, терапевтів, лікарень та медичних страхових компаній, а вищим органом тут є об'єднаний федеральний комітет).

Ці принципи є основою для трансформації в Україні системи охорони здоров'я в дворівневу, зокрема:

1) встановлення рамок через державні вимоги та аналогічні національні (державні) структурі на держаному та місцевому рівні;

2) організація охорони здоров'я через самоврядування з його корпораціями та асоціаціями, медичні страхові компанії, лікарні та аптеки, лікарі (найрізноманітніших медичних професій), організації пацієнтів та інші інтереси яких представляють асоціації.

Тобто перший рівень складається із:

– державного, який має власні законодавчі повноваження і відповідає за виконання національного законодавства, а також за планування та фінансування першої і другої ланки медичної допомоги, адміністративного нагляду за муніципальною системою охорони здоров'я, відповідальне за обов'язкове медичне страхування і оплату медичних працівників та інше.

- муніципального (місцеве самоврядування) ближче до місцевих жителів і відповідає за місцеві лікарні і за місцеву охорону здоров'я. Також для профілактики, тобто охорони здоров'я муніципалітети пропонують багато легкодоступних пропозицій, наприклад, психосоціальні консультації у

випадку кризи. Таким чином забезпечуються рівні можливості в німецькій системі охорони здоров'я.

Другий рівень – це самоврядування, що включає асоціації та групи інтересів різних постачальників, професійні групи, медичні страхові компанії, установи забезпечення якості, організації пацієнтів і групи самопомоги, а також безпосередньо лікарі, лікарні та реабілітаційні клініки.

Таким чином нами в рамках проведення медичної реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я нами пропонується систему публічного управління в галузі охорони здоров'я удосконалити принципами: 1) обов'язкового медичного страхування, 2) фінансування внесків (громадянами та роботодавцями), 3) солідарності, (кожна людина має однакове право на медичну допомогу, незалежно від рівня її доходу та сплачених з нього внесків), 4) самоврядування, (організацією та фінансуванням окремих медичних послуг керують представники лікарів, терапевтів, лікарень та медичних страхових компаній), що є необхідним для трансформації системи охорони здоров'я в дворівневу: 1 рівень - встановлення рамок через державні вимоги та аналогічні національні (державні) структури на державному та місцевому рівні, другий рівень - самоврядування з його корпораціями та асоціаціями, медичні страхові компанії, лікарні та аптеки, лікарі (найрізноманітніших медичних професій), організації пацієнтів та інші інтереси яких представляють асоціації.

Висновки до розділу 3.

У розділі 3. «Визначення напрямків розвитку та вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів» з'ясовано розвиток охорони здоров'я в Україні в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів і проведено

порівняльний аналіз пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з визначеними векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні. З результатом проведеного дослідження запропоновано шляхи удосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в рамках проведення медичної реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я. Сформовані наступні висновки:

1. Досліджено розвиток системи охорона здоров'я в Україні в контексті виконання міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів на основі міжнародно-правових актів в галузі охорони здоров'я, обов'язковість на виконання яких взяла на себе Україна як суб'єкт міжнародного права (учасник міжнародних відносин, що володіє міжнародними правами та обов'язками, здійснює їх на основі міжнародного права і несе у необхідних випадках міжнародно-правову відповідальність).

За результатами проведеного дослідження встановлено, що для розвитку охорони здоров'я в Україні в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів у публічному управлінні законодавством України передбачено сумлінне дотримання міжнародних договорів за принципом міжнародного права з метою належного забезпечення національних інтересів, здійснення цілей, завдань і принципів зовнішньої політики України, закріплених у Конституції України та законодавстві України. Так право людини на охорону здоров'я закріплено у положеннях міжнародних правових актах, які ратифіковано Україною, а саме: Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (ратифіковано Законом України № 475/97-ВР від 17.07.97); Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР N 2148-VIII (2148-08) від 19.10.73); Конвенція про права осіб з інвалідністю (ратифіковано Законом України № 1767-VI від 16.12.2009); Конвенція про права дитини (ратифіковано Постановою Верховної Ради України ВРУ № 789-XII від 27.02.91);

Європейська соціальна Хартія (ратифіковано із заявами Законом України № 137-V від 14.09.2006, ВВР, 2006, N 43, ст.418); Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я (ратифіковано Законом України № 4908-VI від 07.06.2012) та інші, у тому числі угоди про надання медичної допомоги, співробітництво в галузі охорони здоров'я і медичних наук тощо.

Доведено, що на національному рівні з урахуванням міжнародного контенту формується власний правовий механізм забезпечення функціонування системи охорони здоров'я, який є основою формування національної політики охорони здоров'я, і функціонування системи в цілому.

2. Таким чином за результатами порівняння пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні можна прийти до наступних висновків:

1) вектори розвитку системи охорони здоров'я в Україні представлені більш структурованою та чіткою системою, яка має централізовану систему управління і будується на правовій вертикалі (прийняття законів України) з подальшим впровадженням (організацією) через підзаконні нормативно-правові акти, на відміну від напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, які представлені у формі політичних програм партій, які входять до фракцій Німецького Бундестагу, що зумовлено, в першу чергу самої системою охорони здоров'я ФРН, яка підтримується та керується багатьма установами та суб'єктами, учасниками якою є асоціації та групи інтересів різних постачальників, професійні групи, медичні страхові компанії, установи забезпечення якості, Міністерство охорони здоров'я, організації пацієнтів і групи самодопомоги;

2) у векторах розвитку системи охорони здоров'я в Україні окремо не представлений такий напрямок як «Діджиталізація», хоча в Україні є Електрона система охорони здоров'я у формі двокомпонентної системи, в якій користувач через електронну медичну інформаційну систему взаємодії з

центральною базою даних. Водночас у сфері охорони здоров'я Німеччини діджиталізація є пріоритетним напрямком розвитку і відповідно до розвитку технологічного прогресу вимагає здійснення певних завдань, це і використання можливостей штучного інтелекту (ШІ) у цифровізації, eРА (електронна карта пацієнта), цифровізація та відповідне навчання медичних працівників; захист даних пацієнтів як головний пріоритет; ціноутворення та методи оцінки продуктів електронної охорони здоров'я на основі доказів, онлайн консультації тощо;

3) незважаючи на те, що одним з векторів розвитку системи охорони здоров'я в Україні є медичне страхування, загальною системою оподаткування передбачено страхові внески, запровадження додаткового спеціального збору із заробітної плати чи фонду оплати праці недоречне в сучасних економічних умовах. Однак, в рамках реформи фінансування системи охорони здоров'я України передбачається, що Національна служба здоров'я України (НСЗУ) виконуватиме роль страховика. Відмінною рисою німецької системи охорони здоров'я є те, що вона побудована на системі медичного страхування (Німеччина була першою країною, яка запровадила національне соціальне страхування і стала світовим лідером у розвитку державних систем соціального забезпечення), яка складається з державного медичного страхування (GKV) та приватного медичного страхування (PKV).

3. В рамках проведення медичної реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я нами пропонується систему публічного управління в галузі охорони здоров'я (з урахуванням основних принципів охорони здоров'я, які визначені в Основах законодавства України про охорону здоров'я) удосконалити принципами:

1) обов'язкового медичного страхування, згідно якого усі громадяни зобов'язані застрахуватися в медичній страховій компанії державної або приватної;

2) фінансування внесків, який передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок внесків громадян та їхніх роботодавців (для поповнення яких також використовуються субсидії з податкових надходжень);

3) солідарності, згідно якого усі, хто має державне медичне страхування, спільно несуть ризики витрат, пов'язаних із захворюваннями (тобто кожна людина має однакове право на медичну допомогу, незалежно від рівня її доходу та сплачених з нього внесків);

4) самоврядування, згідно якого існують рамкові умови щодо того, як має бути розроблена медична допомога (організацією та фінансуванням окремих медичних послуг керують представники лікарів, терапевтів, лікарень та медичних страхових компаній, а вищим органом може бути незалежний комітет при центральному органу виконавчої влади).

Ці принципи є основою для трансформації в Україні системи охорони здоров'я в дворівневу, зокрема:

- перший рівень: встановлення рамок через державні вимоги та аналогічні національні (державні) структури на державному та місцевому рівні;
- другий рівень: організація охорони здоров'я через самоврядування з його корпораціями та асоціаціями, медичними страховими компаніями, лікарнями та аптеками, лікарями (найрізноманітніших медичних професій), організаціями пацієнтів та інших, інтереси яких представляють асоціації.

Тобто перший рівень складається із:

- державного, який має власні законодавчі повноваження і відповідає за виконання національного законодавства, а також за планування та фінансування першої і другої ланки медичної допомоги, адміністративного нагляду за муніципальною системою охорони здоров'я, відповідальне за обов'язкове медичне страхування і оплату медичних працівників та інше.
- муніципального (місцеве самоврядування) ближче до місцевих жителів і відповідає за місцеві лікарні і за місцеву охорону здоров'я, також для профілактики, тобто охорони здоров'я муніципалітети можуть пропонувати

багато легкодоступних пропозицій, (наприклад, психосоціальні консультації у випадку кризи) і забезпечувати рівні можливості в системі охорони здоров'я.

Другий рівень – це самоврядування, що включає асоціації та групи інтересів різних постачальників, професійні групи, медичні страхові компанії, установи забезпечення якості, організації пацієнтів і групи самопомоги, а також безпосередньо лікарі, лікарні та реабілітаційні клініки.

ВИСНОВКИ

Дисертаційна робота присвячена вирішенню актуального наукового завдання, що полягає у комплексному дослідженні розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина та визначенні напрямків розвитку і розробці науково-практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України в контексті реформ.

Результати проведеного дослідження дають підстави сформулювати наступні висновки, пропозиції та рекомендації.

1. За результатами вивчення розвитку галузі охорони здоров'я в контексті публічного управління встановлено невизначеність сутності поняття «публічне управління в галузі охорони здоров'я», що зумовлено, в першу чергу, нечіткістю врегулювання в українському законодавстві.

Зазначено, що роль держави - органів державної влади, органів місцевого самоврядування є визначальною у реалізації природного невід'ємного і непорушного права кожної людини на охорону здоров'я. Правові, економічні, соціальні основи охорони здоров'я містяться у положеннях закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в якому крім регулювання суспільних відносин, визначається участь громадськості в охороні здоров'я, що в сукупності представляє систему публічного управління в галузі охорони здоров'я.

З'ясовано, що публічне управління для сучасної України нове і ще не сформоване у свідомості суспільства явище, для якого важко встановити жорсткі рамки публічного управління та пов'язаного з цим адміністрування.

Сформульовано авторське визначення понять: «галузь охорони здоров'я», «публічне управління в галузі охорони здоров'я» та «публічне адміністрування в галузі охорони здоров'я». А саме:

- галузь охорони здоров'я – це пріоритетний напрямок розвитку держави шляхом реалізації відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і

оздоровчо-профілактичних програм, що забезпечується державними та іншими формами фінансуванням і передбачає систему відповідних заходів, що здійснюють органи державної влади та місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я та інші приватні та громадські інституції та особи на засадах чинного законодавства та міжнародних зобов'язань;

- публічне управління в галузі охорони здоров'я - реалізація права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я, що включає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я і передбачає громадський контроль органів державної влади, органів місцевого самоврядування, представників приватного сектору в межах визначених законом повноважень та діяльності з метою досягнення пріоритетних цілей держави;

- публічне адміністрування в галузі охорони здоров'я, що являє собою діяльність суб'єкта, який наділений владними повноваженнями в межах чинного законодавства для здійснення адміністративного управління («прийняття адміністративних рішень; надання адміністративних послуг; здійснення внутрішнього адміністрування суб'єкта публічного адміністрування») в галузі охорони здоров'я.

2. За результатами проведеного аналізу вітчизняних наукових досліджень в контексті розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я за останні 3 роки не виявлено значних наукових праць, які б висвітлили найкращі практики в системі публічного управління галузі охорони здоров'я на прикладі конкретної країни Європейського Союзу, зокрема Федеративної Республіки Німеччина. Крім того за напрямком дослідження системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина не знайдено жодної наукової праці в галузі державного управління і публічного управління та адміністрування за останні 5 років, що вказує на унікальність обраної теми дослідження.

3. Наукові напрями, які визначають тенденції розвитку в системі публічного управління галузі охорони здоров'я в переважній більшості

спрямовані на розвиток галузі охорони здоров'я в Україні (деякі із них визначають найкращі практики в системі публічного управління галузі охорони здоров'я країн Європейського Союзу), зокрема щодо: публічного врядування у сфері охорони здоров'я, управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я, участі міжнародних організацій в інституційній системі державного регулювання охорони здоров'я, державної політики у сфері охорони здоров'я, державної підтримки системи охорони здоров'я, ролі органів місцевого самоврядування у реалізації політики в сфері охорони здоров'я населення, державного регулювання медичного страхування в Україні, взаємодії вищої медичної освіти та медичної практики, державного управління первинною медико-санітарною допомогою, державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг, комунікації в сучасних моделях державного управління охороною здоров'я, інформаційно–психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я, імплементації інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я, тощо.

У концептуальну основу дисертаційного дослідження покладено системний та комплексний інтегрований підходи до розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, що визначається об'єктивністю до потреб вітчизняної науки та практики суспільного розвитку і сучасних перехідних положень від державного до публічного управління та адміністрування.

Методика наукового дослідження ґрунтується на визначальних елементах, зокрема встановлення мети дисертаційної роботи і відповідних завдань щодо її досягнення з чітким визначенням об'єкта та предмета дослідження і очікуваних результатів проведеної роботи. Відповідно до поставлених завдань методологія дослідження передбачає загальнонаукові та спеціально-наукові методи пізнання із використання системного підходу. Зокрема теоретико-методологічну основу дисертаційного дослідження

становлять фундаментальні положення науки державного управління, публічного управління та адміністрування, права, соціології та медицини (останнім часом з сучасних наукових трендів є міждисциплінарний характер методології досліджень), що включає наукові праці вітчизняних вчених та дослідників, а також публікації німецьких науковців. В емпіричну та фактологічну основу дослідження покладено міжнародні документи, національне законодавство та нормативно-правові акти Федеративної Республіки Німеччина, статистичні дані, інформаційні матеріали вітчизняної та закордонної практики з розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я.

4. Проведений аналіз історичних аспектів розвитку та становлення сучасної системи охорони здоров'я Німеччини встановив, що у результаті історичних перетворень, які заклали основи сучасної системи охорони здоров'я Німеччини, визначено дві основні сфери як цілі для функціонування і для досягнення яких надаються відповідні ресурси у вигляді закладів охорони здоров'я, освітніх програм і систем безпеки. А саме:

1) поліпшення стану здоров'я населення за допомогою ефективної та якісної допомоги з урахуванням потреб, зокрема щоб запобігти, вилікувати або полегшити хворобу та пов'язані з нею страждання, зберігаючи автономію та гідність;

2) довгострокове забезпечене фінансування системи охорони здоров'я шляхом ефективного та економного надання послуг із розумним співвідношенням витрат і результатів.

Німеччина була першою країною, яка запровадила національне соціальне страхування і стала світовим лідером у розвитку державних систем соціального забезпечення. Зокрема, обов'язкове (державне) медичне страхування (GKV) було засновано в 1883 році як частина соціального законодавства, ініційована канцлером Отто фон Бісмарком для вирішення «соціального питання», спричиненого все більшим зuboжінням робочої сили. У 1884 році був прийнятий закон про страхування від нещасних випадків, а в

1889 році - закон про страхування на випадок інвалідності та старості. Усі види страхування були узагальнені в Кодексі страхування Рейху 1911 року з метою створення єдиного зводу законів. Це діяло до 1970 року, коли його змінив чинний на даний момент кодекс соціального страхування (Sozialgesetzbuch – SGB), який є кодифікацією соціального права.

5. Проаналізовано комплексний організаційно-правовий механізм забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Німеччини шляхом аналізу розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я Німеччини та аналізу організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я Німеччини.

За результатами аналізу розвитку правового механізму сучасної системи охорони здоров'я Німеччини встановлено, що всі правові сфери соціального страхування поступово переносяться до Соціального кодексу (Sozialgesetzbuch (SGB)). Соціальне право Федеративної Республіки Німеччина постійно адаптується до мінливих умов соціально-економічного середовища. Останнім часом багато правових норм, які регулюють сферу охорони здоров'я або впливають на неї, або формують соціальне законодавство.

Необхідно зазначити, що галузь охорони здоров'я включає крім соціального права, лікарняне право, право про рятувальні служби, право про немедичні професії медичного напрямку, право про аптеки, ліки, медичне обладнання, фармацевтичне право, та інше. Федеральні землі Німеччини мають власні законодавчі повноваження і несуть відповідальність за виконання федеральних законів.

За результатами проведеного аналізу організаційного механізму функціонування сучасної системи охорони здоров'я Німеччини, встановлено, що система охорони здоров'я підтримується та керується багатьма установами та суб'єктами, учасниками якою є асоціації та групи інтересів різних постачальників, професійні групи, медичні страхові компанії, установи забезпечення якості, Міністерство охорони здоров'я, організації пацієнтів і групи самопомоги. Це є результатом того, що система охорони здоров'я

Німеччини організована через соціальне страхування, мета якої захистити від елементарних життєвих ризиків. Постачальники медичних послуг та постачальники послуг, а також роботодавці та застраховані особи організовуються для контролю та формування системи охорони здоров'я, держава лише визначає рамкові умови та здійснює нагляд.

Німецька система охорони здоров'я – це так звана подвійна система медичного страхування, яка складається з державного медичного страхування (GKV) та приватного медичного страхування (PKV).

Також відповідно до національного законодавства Федеративної Республіки Німеччини можна умовно визначити три рівня системи організації охорони здоров'я Німеччини. Перший рівень включає Федеральні землі, які мають власні законодавчі повноваження та відповідають за виконання федерального законодавства, а також за планування та фінансування стаціонарного лікування, здійснюють технічний та адміністративний нагляд за муніципальною службою охорони здоров'я; муніципальні органи охорони здоров'я, які близькі до місцевих жителів у виконанні своїх повноважень; комуни, які діють до людей і відповідають за місцеву охорону здоров'я. Другий рівень – самоврядування: (Федеральний об'єднаний комітет (G-BA), Медичні страхові компанії та Центральна асоціація медичних страхових компаній, Центральна асоціація кас медичного страхування (GKV-Spitzenverband), Німецьке товариство лікарень, Національні асоціації лікарів і стоматологів з обов'язкового медичного страхування та інші окремі лікарні, які представляють свої інтереси не окремо, а через свої асоціації. На державному рівні лікарні організовані в асоціації державних лікарень. Регіональні асоціації, у свою чергу, об'єднані в Німецьке товариство лікарень (DKG), який бере на себе юридичні завдання в рамках самоврядування в системі охорони здоров'я. Третій рівень - окремі актори та їхні представницькі органи, зокрема федеральні та земельні палати різних професій охорони здоров'я, організації пацієнтів, професійні групи та групи інтересів асоціації медичної професії, асоціації немедичних професій охорони здоров'я, асоціація

приватного медичного страхування та асоціації виробників фармацевтичних препаратів.

Також з'ясовано основні принципи системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччини, а саме: 1) принцип обов'язковості; 2) фінансування внесків; 3) принцип солідарності; 4) принцип самоврядування.

6. Досліджено механізми впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина шляхом визначення у програмах політичних партій, які входять у парламент Федеративної Республіки Німеччина та формують фракції, пріоритетні напрямки розвитку у сфері охорони здоров'я.

Встановлено, що у програмах політичних партій: CDU/CSU - Die Christlich Demokratische Union Deutschlands (Християнсько-демократичний союз Німеччини (ХДС)) / Die Christlich-Soziale Union in Bayern (Християнсько-соціальний союз в Баварії (ХСС)), SPD - Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Соціал-демократична партія Німеччини (СДПН)), FDP - Die Freie Demokratische Partei (Вільна демократична партія Німеччини (ВДП)), Bündnis 90/Die Grünen (Союз 90/Зелені), Die Linke (Ліва) - розвиток системи охорони здоров'я визначається наступними напрямками, зокрема: медичне страхування, страхування громадян, конкуренція та приватне медичне страхування; амбулаторна допомога; стаціонарне лікування; аптеки та інші постачання; профілактика; лікарські, лікувальні та допоміжні засоби; діджиталізація; страхування по догляду та догляд; служба громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), каннабіс та інші.

З'ясовано, що законодавство та державна політика охорони здоров'я встановлюють рамки, у яких партнери з охорони здоров'я можуть приймати рішення, а пріоритети політики охорони здоров'я узгоджуються з метою економного використання фінансових ресурсів.

7. За результатами проведеного дослідження механізмів впровадження політики охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина визначено

пріоритетні напрямки розвитку у сфері охорони здоров'я ФРН за політичними програмами партій, які входять до фракцій Німецького Бундестагу і мають спільні пріоритети розвитку, цілі і завдання, а також формують політику у сфері охорони здоров'я і розвиток даної системи в цілому. Зокрема встановлено пріоритетними для парламентських фракцій є розвиток:

- медичного страхування, страхування громадян, конкуренції та приватного медичного страхування, зокрема низка завдань щодо фінансування обов'язкового (державного) медичного страхування (GKV - Gesetzliche Krankenversicherung), простішого переходу між приватним і державним медичним страхуванням;

- амбулаторної допомоги: забезпечення місцевого, цифрового та безбар'єрного доступу до амбулаторної допомоги, підтримка психотерапії, побудова громадських центрів здоров'я, та інші;

- стаціонарне лікування: розвиток високих технологій та робототехніки в лікарнях і будинках престарілих; фінансування та відкриття лікарень амбулаторно-поліклінічної допомоги (акушерської та невідкладної допомоги на селі), збільшення кількості лікарняних медсестер та підвищення їм основної зарплати; реформа діагностики споріднених груп, тощо;

- аптек та іншого постачання, що входить до сфери охорони здоров'я: обмеження орієнтації на прибутковість; відмова від заборони на продаж ліків, що відпускаються за рецептом (Rx), вільний вибір аптеки, тощо;

- профілактики: узгодження профілактичних програм з віком та статтю; об'єднання профілактичної діяльності фондів соціального страхування; реформа Закону про профілактику, щодо навчання здоровому способу життя в дитячих садках і школах та інше;

- лікарських, лікувальних та допоміжних засобів: урядове екстрене переміщення критично важливих ліків і виробничих потужностей на вимогу, розширення «нотифікованих органів» у значенні Регламенту ЄС щодо медичних пристроїв (MDR), збільшення інвестицій ЄС та координації досліджень і розробок (зокрема нових ліків, особливо персоналізованої

медицини), законодавче обмеження цін на ліки та охоронний ордер на лікарські засоби, суворе збереження патентних прав, створення стандарту Європейського Союзу охорони здоров'я з сильною європейською індустрією охорони здоров'я;

- діджиталізації: розвиток дорожньої карти електронної охорони здоров'я, створення єдиних вимог (захист даних, типові договори) для транскордонних клінічних досліджень, використання можливостей штучного інтелекту (ШІ) у цифровізації; розвиток ePA (електронна карта пацієнта) та використання електронної карти пацієнта (ePA) як модель відмови, захист даних пацієнтів як головний пріоритет та інше;

- страхування по догляду та догляд: розширення фонду забезпечення довгострокового догляду до 2050 року, бюджетна підтримка навчання медсестер і медичних працівників, а також участь медсестер у самоуправлінні через заснування Федеративної палати медсестер, страхування догляду, реформа сестринської освіти (модульна структура; відкрита підготовка асистентів медсестер для всіх випускників шкіл, а потім можлива підготовка спеціалістів медсестер); збільшення нових працівників по догляду за літніми людьми та гідні умови і соціальні пільги тощо;

- громадського здоров'я (ÖGD – Öffentlichen Gesundheitsdienst), використання канабісу та інші напрямки у сфері охорони здоров'я: продовження Пакту про службу громадського здоров'я (ÖGD); розширення та реформа Інституту Роберта Коха (RKI - Das Robert Koch-Institut) в національний інститут громадського здоров'я, щоб зробити його більш незалежним від політичних впливів; подальший розвиток Закону про захист від інфекцій (IfSG) (поступове стримування, незалежна пандемічна рада); створення Федерального інституту охорони здоров'я (об'єднання попередніх структур, специфікації догляду та якості); 1 % всіх витрат на охорону здоров'я в ÖGD; створення спеціального фонду клімату/здоров'я для планів дій у сфері тепла та інше.

8. Досліджено розвиток системи охорона здоров'я в Україні в контексті виконання міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів на основі міжнародно-правових актів в галузі охорони здоров'я, обов'язковість на виконання яких взяла на себе Україна як суб'єкт міжнародного права (учасник міжнародних відносин, що володіє міжнародними правами та обов'язками, здійснює їх на основі міжнародного права і несе у необхідних випадках міжнародно-правову відповідальність).

За результатами проведеного дослідження встановлено, що для розвитку охорони здоров'я в Україні в контексті міжнародних зобов'язань та належного забезпечення національних інтересів у публічному управлінні законодавством України передбачено сумлінне дотримання міжнародних договорів за принципом міжнародного права з метою належного забезпечення національних інтересів, здійснення цілей, завдань і принципів зовнішньої політики України, закріплених у Конституції України та законодавстві України. Так право людини на охорону здоров'я закріплено у положеннях міжнародних правових актах, які ратифіковано Україною, а саме: Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (ратифіковано Законом України № 475/97-ВР від 17.07.97); Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР N 2148-VIII (2148-08) від 19.10.73); Конвенція про права осіб з інвалідністю (ратифіковано Законом України № 1767-VI від 16.12.2009); Конвенція про права дитини (ратифіковано Постановою Верховної Ради України ВРУ № 789-XII від 27.02.91); Європейська соціальна Хартія (ратифіковано із заявами Законом України № 137-V від 14.09.2006, ВВР, 2006, N 43, ст.418); Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я (ратифіковано Законом України № 4908-VI від 07.06.2012) та інші, у тому числі угоди про надання медичної допомоги, співробітництво в галузі охорони здоров'я і медичних наук.

Доведено, що на національному рівні з урахуванням міжнародного контенту формується власний правовий механізм забезпечення функціонування системи охорони здоров'я, який є основою формування національної політики охорони здоров'я, і функціонування системи в цілому.

9. За результатами порівняння пріоритетних напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина з векторами розвитку системи охорони здоров'я в Україні встановлено:

1) вектори розвитку системи охорони здоров'я в Україні представлені більш структурованою та чіткою системою, яка має централізовану систему управління і будується на правовій вертикалі (прийняття законів України) з подальшим впровадженням (організацією) через підзаконні нормативно-правові акти, на відміну від напрямків розвитку у сфері охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина, які представлені у формі політичних програмам партій, що входять до фракцій Німецького Бундестагу, і зумовлено, в першу чергу самої системою охорони здоров'я ФРН, яка підтримується та керується багатьма установами та суб'єктами, учасниками якою є асоціації та групи інтересів різних постачальників, професійні групи, медичні страхові компанії, установи забезпечення якості, Міністерство охорони здоров'я, організації пацієнтів і групи самодопомоги;

2) у векторах розвитку системи охорони здоров'я в Україні окремо не представлений такий напрямок як «Діджиталізація», хоча в Україні є Електронна система охорони здоров'я у формі двокомпонентної системи, в якій користувач через електронну медичну інформаційну систему взаємодії з центральною базою даних. Водночас у сфері охорони здоров'я Німеччини діджиталізація є пріоритетним напрямком розвитку і відповідно до розвитку технологічного прогресу вимагає здійснення певних завдань, це і використання можливостей штучного інтелекту (ШІ) у цифровізації, ePA (електронна карта пацієнта), цифровізація та відповідне навчання медичних працівників; захист даних пацієнтів як головний пріоритет; ціноутворення та

методи оцінки продуктів електронної охорони здоров'я на основі доказів, онлайн консультації тощо;

3) незважаючи на те, що одним з векторів розвитку системи охорони здоров'я в Україні є медичне страхування, загальною системою оподаткування передбачено страхові внески, запровадження додаткового спеціального збору із заробітної плати чи фонду оплати праці недоречне в сучасних економічних умовах. Однак, в рамках реформи фінансування системи охорони здоров'я України передбачається, що Національна служба здоров'я України (НСЗУ) виконуватиме роль страховика. Відмінною рисою німецької системи охорони здоров'я є те, що вона побудована на системі медичного страхування (Німеччина була першою країною, яка запровадила національне соціальне страхування і стала світовим лідером у розвитку державних систем соціального забезпечення), яка складається з державного медичного страхування (GKV) та приватного медичного страхування (PKV).

10. В рамках проведення медичної реформи та реформи фінансування системи охорони здоров'я нами пропонується систему публічного управління в галузі охорони здоров'я України (з урахуванням основних принципів охорони здоров'я, які визначені в «Основах законодавства України про охорону здоров'я») удосконалити принципами:

1) обов'язкового медичного страхування, згідно якого усі громадяни зобов'язані застрахуватися в медичній страховій компанії державної або приватної;

2) фінансування внесків, який передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок внесків громадян та їхніх роботодавців (для поповнення яких також використовуються субсидії з податкових надходжень);

3) солідарності, згідно якого усі, хто має державне медичне страхування, спільно несуть ризики витрат, пов'язаних із захворюваннями (тобто кожна людина має однакове право на медичну допомогу, незалежно від рівня її доходу та сплачених з нього внесків);

4) самоврядування, згідно якого існують рамкові умови щодо того, як має бути розроблена медична допомога (тобто організацією та фінансуванням окремих медичних послуг керують представники лікарів, терапевтів, лікарень та медичних страхових компаній, а вищим органом може бути незалежний комітет при центральному органу виконавчої влади).

Ці принципи є основою для трансформації в Україні системи охорони здоров'я в дворівневу, зокрема:

- перший рівень: встановлення рамок через державні вимоги та аналогічні національні (державні) структури на державному та місцевому рівні;
- другий рівень: організація охорони здоров'я через самоврядування з його корпораціями та асоціаціями, медичними страховими компаніями, лікарнями та аптеками, лікарями (найрізноманітніших медичних професій), організаціями пацієнтів та інших, інтереси яких представляють асоціації.

Тобто перший рівень складається із:

- державного, який має власні законодавчі повноваження і відповідає за виконання національного законодавства, а також за планування та фінансування першої і другої ланки медичної допомоги, адміністративного нагляду за муніципальною системою охорони здоров'я, відповідальне за обов'язкове медичне страхування і оплату медичних працівників та інше.

- муніципального (міське самоврядування) ближче до місцевих жителів і відповідає за місцеві лікарні і за місцеву охорону здоров'я, також для профілактики, тобто охорони здоров'я муніципалітети можуть пропонувати багато легкодоступних пропозицій, (наприклад, психосоціальні консультації у випадку кризи) і забезпечувати рівні можливості в системі охорони здоров'я.

Другий рівень – це самоврядування, що включає асоціації та групи інтересів різних постачальників, професійні групи, медичні страхові компанії, установи забезпечення якості, організації пацієнтів і групи самодопомоги, а також безпосередньо лікарі, лікарні та реабілітаційні клініки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алма-Атинська декларація. URL:
http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997_189.
2. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 710 с.
3. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я : Навч.-метод. посіб. Київ : МАУП, 2007. 328 с.
4. Безтелесна Л.І., Пивоварчук Л.В. Інституційне забезпечення реалізації соціальних гарантій держави. Монографія. 2017. 194 с.
5. Берлінець І. А. Удосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг в Україні : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2020. 20 с.
6. Васюк Н. О., Юрочко Т. П. Публічне управління охороною здоров'я в сучасних умовах реформування в Україні. *Державне управління: теорія та практика*. 2019. № 1. С. 78-84.
7. Вівсянник О. М. Міжнародні організації в інституційній системі державного регулювання охорони здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. МАУП, Київ, 2021. 20 с.
8. Вольська О. М. Публічне управління як системне явище в сучасному суспільстві. *Таврійський науковий вісник. Серія: Економіка: Науковий журнал*. Вип. 3. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2020. С. 15-20.
9. ВООЗ. Офіційний сайт. URL: <https://www.who.int/ru>
10. Вошко І. В. Формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2021. 20 с.
11. Гаген Шульце. Історія Німеччини. Переклад з німецької О. Насика. К.: Наука, 2010. 280 с.

12. Глосарій Програми розвитку ООН. URL:
[http://www.unpan.org/Directories/UNPublicAdministration Glossary](http://www.unpan.org/Directories/UNPublicAdministration%20Glossary)
13. Говорушко Т. А. Страхові послуги : підручник Київ : Центр учбової літератури. 2011. 376 с.
14. Горбулін В. Світова гібридна війна: український фронт. Вид-во «Фоліо», 2017. 496 с.
15. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. М. М. Білинська, проф. Я. Ф. Радиш. Київ: НАДУ, 2013 Ч.1. 396 с.
16. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. М. М. Білинська, проф. Я. Ф. Радиш. Київ: НАДУ, 2013 Ч.2. 484 с.
17. Державне управління охороною здоров'я України: монографія. /Лазоришинець В. В., Слабкий Г. О., Ярош Н. П., Чепелевська Л. А., Шевченко М. В., Кутуза А. С., Ціборовський О. М., Істомин С. В., Кондратюк Н. Ю., Кучеренко Н. Т., Тяпкін Г. М. / Київ: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2014. 312 с.
18. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>
19. Долота В. Д. Механізми державного управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я України : автореф. дис. ... доктора наук з держ. упр. : 25.00.02. Національний університет цивільного захисту України. Харків, 2018. 36 с.
20. Експертна аналітика державного управління: аспекти інноватики, самоорганізації : монографія / Бакуменко В. Д., Іжа М. М., Попов М. П., Попов С. А., Красноручський О. О., Білорусов С. Г., Червякова О. В. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2020. 220 с.
21. Електронна система охорона здоров'я в Україні. URL:
<https://ehealth.gov.ua/>

22. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. – К. : НАДУ, 2010. 820 с
23. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад.. держ .упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Т. 1 : Теорія державного управління / наук.-ред. колегія : В. М. Князєв (співголова), І. В. Розпутенко (співголова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. 748 с.
24. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад.. держ .упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. 692 с.
25. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад.. держ .упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Т. 3 : Історія державного управління / наук.-ред. колегія : А. М. Михненко (співголова), М. М. Білинська (співголова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. 788 с.
26. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад.. держ .упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Т. 7 : Державне управління в умовах глобальної та європейської інтеграції / наук.-ред. колегія : І. А. Грицяк (співголова), Ю. П. Сурмін (співголова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. 764 с.
27. Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_649.
28. Європейська політика «Здоров'я – 2020». URL: <https://vpbm.com.ua/ua/vpbm-2014-03-1/6408>.
29. Європейська соціальна Хартія (переглянута). База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text

30. Європейська Хартія прав пацієнтів. URL: http://meduniv.lviv.ua/files/presscentre/2014/n180414/evropejska_hartiya_pra v_pacientiv.pdf.
31. Звіт Національної служби здоров'я України 2018. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2018.pdf?1667595124>
32. Звіт Національної служби здоров'я України 2019. Національна служба здоров'я України. URL: https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2019_1586443884.pdf?1667595124
33. Звіт Національної служби здоров'я України 2020. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/storage/files/nhsu-annual-report-2020-ua-web.pdf?1667595124>
34. Звіт Національної служби здоров'я України 2021. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/storage/files/book-ua.pdf?1667429276>
35. Зима І. Я. Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 7. С. 108–113. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2019/20.pdf
36. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід: Колективна монографія [Сазонець І. Л., Саричев В. І. та ін.] : За наук. ред. д. е. н., проф. Сазонця І. Л. Рівне : Волин. обереги, 2019. 396 с.
37. Карамішев Д. В., Удовиченко Н. М. Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах. *Державне будівництво*. 2008. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2008_1_26.
38. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text

39. Конвенція про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби №130. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_184#Text
40. Конвенція про права дитини. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text
41. Конвенція про права осіб з інвалідністю. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text
42. Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_a91#Text
43. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1&nreg=254%E2%96-%E2%F0>
44. 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. 39 – 43.
45. Кошова С. П. Інформаційно–психологічна складова адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. МАУП, Київ, 2020. 21 с.
46. Кучеров С. І., Радиш Я. Ф. Теоретичні дослідження публічного управління у сфері громадського здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. № 13-14 2021, С. 110 – 116.
47. Лебедев А. О. Державна підтримка системи охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2021. 20 с.

48. Лисак В. В. Взаємодія вищої медичної освіти та медичної практики в Україні: проблеми та перспективи державного регулювання : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2021. 22 с.
49. Литовченко І. І. Аналіз організаційно-правового механізму системи охорони здоров'я Німеччини. *Публічне урядування : збірник*. № 2 (30) — серпень 2022. Київ : ПрАТ “ВНЗ “Міжрегіональна Академія управління персоналом”, 2022. С. 55-60.
50. Литовченко І. І. Аналіз правового механізму забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Німеччини. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України* - № 4/2022, 2022. С. 46-50.
51. Литовченко І. І. Публічне управління в галузі охорони здоров'я Федеральної Республіки Німеччини. *Реалії та перспективи розбудови правової держави в Україні та світі: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Дню юриста (м. Суми, 7 жовтня 2022 р.)*. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2022. С. 266-268.
52. Литовченко І. І. Сучасний стан розвитку системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина. *Наукові праці МАУП. Політичні науки та публічне управління*. 2022. Вип. 2 (62). Київ : Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2022. С. 88-92.
53. Литовченко Ігор Іванович. Конституційне право людини в галузі охорони здоров'я. *Всеукраїнська науково-практична конференція «Конституція України: держава і право в умовах воєнного стану»: Збірник матеріалів конференції*, м. Київ, 28 червня 2022 р. / Ред. кол.: Червякова О.В. (гол. ред.), І.А.Семенець-Орлова (заст. гол. ред), І.І.Каліна (упоряд. і відп. ред.) та ін. Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2022. С. 69-73.
54. Литовченко Ігор Іванович. Місце стратегічного державного планування сталого розвитку України в процесах правотворення. *Актуальні проблеми*

- правотворення в сучасній Україні: матеріали XII Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Рівне, Рівненський інститут КУП НАН України, 19 травня 2022 р.) / Упорядкування Оксани Якимчук. Львів: «ГАЛИЧ-ПРЕС», 2022. С. 268-270.
55. Лібанова Е. М. Вимірювання якості життя в Україні: аналітична доповідь / Е. М. Лібанова, О. М. Гладун, Л. С. Лісогор та ін. Київ: ПРООН, 2013. 52 с.
 56. Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_016#Text
 57. Лозицька І. О., Баштанник В. В. Теоретико-методологічні засади імплементації зарубіжного досвіду реформування державного управління. *Аспекти публічного управління*. Дніпро, «Грані», ДРІДУ НАДУ, 2016. № 1-2. С. 34–41.
 58. Людський розвиток в Україні: трансформація рівня життя та регіональні диспропорції: колективна монографія / відп. за випуск Л. М. Черенько, О. В. Макарова, за ред. Е. М. Лібанової. У 2-х тт. Київ: ІДСД ім. М. В. Птухи НАН України, 2012. 436 с.
 59. Майбутня держава 2030: Глобальні мегатенденції, які впливають на уряди. KPMG International. https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2014/09/Future_State_2030_UA_v3.pdf
 60. Макарова О. В. Соціальна політика в Україні: Монографія. Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України. Київ, 2015. 244 с.
 61. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я : монографія» / [гол. авт. ; за заг. ред. М. М. Білинської. Н. О. Васюк. О. Д. Фірсової]. Київ : НАДУ, 2018. 416 с.

62. Медицинская реформа 2019: какие изменения ждут украинцев. URL: <http://podrobnosti.ua/2269657-meditsinskaja-reforma-2019-kakie-izmenenija-zhdut-ukraintsev.html>.
63. Медична реформа. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
64. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text
65. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний сайт. URL: <https://moz.gov.ua/>
66. Мовою фактів: Охорона здоров'я – USAID. URL: <https://www.usaid.gov/node/461581>
67. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. Національна академія медичних наук. URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>
68. Національна служба охорони здоров'я. URL: <http://nszu.gov.ua/pro-nszu>.
69. Національна Стратегія сприяння розвитку у сфері прав людини. Міністерство юстиції України. URL: https://minjust.gov.ua/cat_497
70. Обуховська Л. І. Імплементация інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я : дисертація канд. наук з держ. упр. : 25.00.04. Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2020. 214 с.
71. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
72. Основні аспекти медичного постачання у збройних силах держав-членів НАТО / М. В. Білоус, О. П. Шматенко, О. А. Рижова, Д. В. Дроздова //

- Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики.* 2016. №2 (21). С. 102–109. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apfimntp_2016_2_21.
73. Охорона здоров'я. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/mizhnarodna-dopomoga/coordination/ohorona-zdorovya>
 74. Пітюлич М. І. Соціальні нормативи і стандарти охорони здоров'я України. *Ефективна економіка.* 2015. № 3. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua>.
 75. План пріоритетних дій Уряду на 2016 рік. Розпорядження КМУ від 27.05.2016 року № 418-р. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/418-2016-%D1%80>
 76. Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей. Спільний зі світовим банком проект МОЗ України. URL: <http://wb.moz.gov.ua/>.
 77. Полковнікова Н. О. Роль органів місцевого самоврядування у реалізації політики в сфері охорони здоров'я населення : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.04. Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2021. 20 с.
 78. Положення про доступність медичної допомоги. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_030#Text
 79. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України. Постанова КМУ від 25 березня 2015 р. № 267. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF>
 80. Про утворення та ліквідацію районів Постанова ВРУ від 17.07.2020 р. № 807-IX. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text>
 81. Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз. Закон України від 5.06.2001 р. № 2586-III. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text>

82. Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення». Закон України від 23.12.2010 р. № 2861-VI База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-17#Text>
83. Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів. Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
84. Про державну службу. Закон України від 10.12.2015 р. № 889-VIII. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/889-19#Text>
85. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Закон України від 24.02.1994 р. № 4004-XII. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>
86. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1075. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text>
87. Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти. Постанова Кабінету Міністрів України від 29.04.2015 р. № 266. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-%D0%BF#Text>
88. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 № 1138. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text>

89. Про захист населення від інфекційних хвороб. Закон України від 06.04.2000 р. № 1645-III. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>
90. Про лікарські засоби. Закон України від 04.04.1996 р. №123/96-ВР. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text>
91. Про міжнародні договори України. Закон від 29.05.2004 № 1906-IV. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1906-15>
92. Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>
93. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>
94. Про психіатричну допомогу. Закон України від 22.02.2000 р. № 1489-III. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
95. Про службу в органах місцевого самоврядування. Закон України від 07.05.2001р. № 2493-III. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2493-14#Text>
96. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>
97. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 р. № 1671-р. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>

98. Про утворення Національної служби охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
99. Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр.: зб. текстів виступів на навчально-методичній конференції / Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. Вінниця : ВНМУ, 2015. 147 с.
100. Проект Плану відновлення України. Матеріали робочої групи «Охорона здоров'я». URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/recoveryrada/ua/health-care.pdf>
101. Публічна служба: системна парадигма : кол. монографія / К. О. Ващенко, С. М. Серьогін, Є. І. Бородін, Н. А. Липовська, Н. Г. Сорокіна [та ін.]; за заг. ред. С. М. Серьогіна. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2017. 256 с.
102. Публічне управління : термінол. слов. / уклад. : В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. – Київ : НАДУ, 2018. 224 с.
103. Публічне управління та адміністрування : словник-довідник // Укладники: Руденко О. М., Шершньова О. В., Бакуменко В. Д., Філіпова Н. В., Ткаленко Н. В. Київ: Кондор-Видавництво, 2016. 178 с.
104. Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи про організацію паліативного догляду. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_666#Text
105. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» справа про безоплатну медичну допомогу № 10-рп/2002 від

- 29.05.2002. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#n54>
106. Розподіл документів, згідно юридичної класифікації. Верховна Рада України. Офіційний сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/klas>
107. Савицький В. Л. Система медичного забезпечення військ (сил) – складова загальнодержавної політики охорони здоров'я громадян України / В. Л. Савицький, О. М. Власенко, В. І. Стриженко, О. Ю. Булах. / *Наука і оборона*. 2014. № 2. С. 27–33.
108. Сазонець І. Л., Зима І. Я. Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров'я: монографія. Рівне: Волинські обереги, 2018. 168 с.
109. Самофалов Д. О. Публічне управління й адміністрування медичних інформаційних систем як основного інструменту інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Державне управління*. Том 32 (71) № 3 2021. С.48-54.
110. Свет М. Ю. Державне регулювання медичного страхування в Україні : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2021. 20 с.
111. Сіделковський О. Л. Єдиний медичний простір у парадигмі розвитку медичного права України. *Публічне право*. 2019. № 2. С. 113–119.
112. Смірнова В. Л., Климук Н. Я., Вакуленко Д. В. Аналіз моделей медичного страхування. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3 (85). С. 103-105.
113. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування як крок до вирішення багатьох проблем української медицини: правові засади. *Публічне право*. 2016. № 3. С. 48–53.
114. Стеценко С. Г. Перспективи розвитку медичного права в Україні: концептуальні засади. *Публічне право*. 2016. № 3. С. 21–26.

115. Стратегія реформування державного управління України на 2016–2020 роки: Розпорядження КМУ від 24.05.2016 № 474-р. База даних «Законодавство України»/ ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/474-2016-%D1%80>
116. Стратегія реформування державного управління України на період до 2021: Розпорядження КМУ від 24.05.2016 № 474. База даних «Законодавство України»/ ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/474-2016-%D1%80>
117. Таран Є. І. Співвідношення понять «державне управління», «публічне адміністрування» та «публічне управління» у трансформаційних процесах України. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Державне управління*. Том 31 (70) № 2 2020, с. 33-37.
118. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004
119. Удосконалення законодавства про охорону здоров'я (нова редакція Основ законодавства України про охорону здоров'я): Недоліки та переваги. Міністерство юстиції України. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_2396
120. Усаченко О. О. Євроінтеграційні аспекти розвитку базових механізмів державного управління. *Публічне урядування : збірник*. 2018. № 1 (11). С. 261-270.
121. Устимчук О. В. Комунікація в сучасних моделях державного управління охороною здоров'я: організаційно-правові аспекти : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.01. ДРІДУ НАДУ, Дніпро, 2020. 20 с.
122. Червякова О. В. Євроінтеграційна модель побудови державного устрою України. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2018. № 5, С.156-162.

123. Червякова О. В. Перехід до парадигми механізмів трансформації державного управління. *Проблеми модернізації України*. Київ : ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017. Вип.5, С. 17-19
124. Шлапко Т., Старинський М., Миргород-Карпова В. Європейські орієнтири реформування системи охорони здоров'я в Україні в порівнянні з Німеччиною. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. № 68 (2021). С. 96-103.
125. Яремчук О. В. Удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2020. 20 с.
126. Beate Land. Das deutsche Gesundheitssystem - Struktur und Finanzierung Wissen für Pflege- und Therapieberufe. 2018. 264 Seiten.
127. Bundesministerium für Gesundheit. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>
128. Busse R, Blümel M, Ognyanova D. Das deutsche Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2013.
129. Das deutsche Gesundheitssystem Leistungsstark. Sicher. Bewährt. Bundesministerium für Gesundheit. Referat L 8 – Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen Redaktionsschluss 30. April 2020. URL: www.bundesgesundheitsministerium.de
130. Das Deutsche Gesundheitssystem. Gesundheitsversorgung in Deutschland. URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.html>
131. Deutschen Bundestag URL: <https://www.bundestag.de/>
132. Eberhard Eichenhofer: Sozialrecht. 10. Auflage. Mohr Siebeck, Tübingen 2017, ISBN 978-3-16-155320-2, Rn. 168–170.
133. ENP Progress reports. URL: https://eeas.europa.eu/diplomatic-network/northern-dimension/8409/enp-progress-reports_en

134. Europäisches Parlament Verbindungsbüro in Deutschland URL:
[//www.europarl.europa.eu/germany/de/europ%C3%A4isches-parlament/ordentliches-gesetzgebungsverfahren](http://www.europarl.europa.eu/germany/de/europ%C3%A4isches-parlament/ordentliches-gesetzgebungsverfahren)
135. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). URL: <https://www.g-ba.de/>
136. Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen 2021 für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages. URL:
https://www.vdek.com/politik/positionen/wahlperiode_19.html
137. Gezählt 2019. Zahlen und Fakten zum kirchlichen Leben © Evangelische Kirche in Deutschland (EKD). 21 S.
138. Human Development Index (HDI). URL: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>
139. International Medical insurance. URL:
<https://www.healthcareinternational.com/international-medical-insurance-plan>.
140. Judith Wolf, Martin Dabrowski, und Karlies Abmeier. Gesundheitssystem und Gerechtigkeit Herausgeber: innen. 2012.
141. Klemperer D. Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber; 2014.
142. Konsolidierte Fassung des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union. Document 12012E/TXT. An official website of the European Union URL:
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/de/TXT/?uri=CELEX:12012E/TXT>
143. Michael E. Porter, Clemens Guth. Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. 2012. S. 388.
144. Michael Simon. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. 2021 Hogrefe Verlag, Bern. P. 343.
145. Obermann K., Müller P., Müller H., Schmidt B., Glazinski B. The German Health Care System. A concise overview. 2013.

ДОДАТОК А

ДОВІДКИ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

017233

Приватне акціонерне товариство
«Вищий навчальний заклад
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ
ПЕРСОНАЛОМ»



The Private Joint-Stock Company
«Higher Education Institution
«Interregional
Academy
of Personnel Management»

Україна, 03039, Київ-39, вул. Фрометівська, 2,
Тел. +38 (044) 490-95-00, maup.com.ua
e-mail: iapm@iapm.edu.ua

2, Frometiv's'ka Str., 03039 Kyiv, Ukraine,
Tel. +38 (044) 490-95-00, maup.com.ua
e-mail: iapm@iapm.edu.ua

* 06 * березня 2016 № 2849/1

ДОВІДКА

про впровадження результатів наукової роботи
аспіранта кафедри публічного адміністрування
Литовченка Ігоря Івановича

Дослідження Литовченка І.І. на тему «Розвиток системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина» виконане відповідно до наукової теми НДР Міжрегіональної Академії управління персоналом «Розвиток публічного управління та адміністрування в умовах системних галузевих реформ: соціальні, економічні, безпекові та культурні аспекти» (номер державної реєстрації 0119U100491).

У рамках даної наукової теми НДР Литовченко І.І. провів комплексне дослідження розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина та визначив напрямки розвитку і вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України у контексті реформ.

Науковий керівник теми НДР,

доктор наук з державного управління, професор

І.А. Семенець-Орлова



МАУП



УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

Кафедра військової терапії, 01016 Київ-16, вул. Госпітальна, 18 тел. 521-84-45

ДОВІДКА

про впровадження результатів наукової роботи
аспіранта кафедри публічного адміністрування
Литовченка Ігоря Івановича

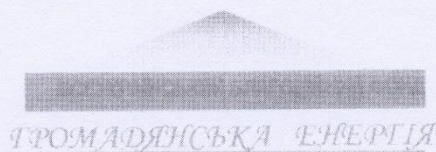
Дослідження Литовченка І.І. на тему «Розвиток системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина» виконане відповідно до наукової теми НДР Української військово-медичної академії (УВМА) «Епідеміологічні, терапевтичні та фармакоекономічні особливості актуальної терапевтичної патології військовослужбовців та працівників Збройних Сил України в умовах проведення Операції об'єднаних сил», шифр «Виднокрай», № держреєстрації 0120U101854.

У рамках даної наукової теми НДР Литовченко І.І. провів комплексне дослідження розвитку системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина та визначив напрямки розвитку і вдосконалення системи публічного управління в галузі охорони здоров'я України у контексті реформ. Автор – виконавець фрагментів цієї науково-дослідної роботи.

Науковий керівник теми НДР,
начальник кафедри військової терапії
Української військово-медичної академії,
д.м.н., професор, заслужений лікар України,
полковник медичної служби



Г.В. ОСЬОДЛО



Вих.№ 2-4/18 від 30 серпня 2022

ДОВІДКА

**видана Литовченку Ігорю Івановичу
за напрямом дослідження розвитку системи публічного управління в
галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина**

Представлена системи публічного управління в галузі охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина за результатами аналізу функціонування організаційно-правового механізму системи охорони здоров'я Німеччини за національним законодавством Федеративної Республіки Німеччини викликає практичний інтерес та запропоновані науково-методичні рекомендації Литовченка І.І., потребують впровадження за участю широкого кола зацікавлених сторін громадянського суспільства, наукового співтовариства, академічних кіл, благодійних організацій та фондів, парламентарів, місцевих органів влади, волонтерів та інших зацікавлених учасників, які грають важливу роль у мобілізації та спільному використанні знань, досвіду, технологій й фінансових ресурсів, доповнюють зусилля уряду і сприяють у досягненні цілей сталого розвитку.

Зокрема, впровадження німецької системи охорони здоров'я на основі подвійної системи медичного страхування (державне медичне страхування і приватне медичне страхування) за принципами обов'язковості, фінансування внесків, солідарності та самоврядування.

Директор, к.т.н.



О.С. Матвійчук

ДОДАТОК Б

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ ТА ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

Список публікацій здобувача, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

А. В яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Литовченко І. І. Аналіз правового механізму забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Німеччини. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України* - № 4/2022, 2022. С. 46-50.

2. Литовченко І. І. Аналіз організаційно-правового механізму системи охорони здоров'я Німеччини. *Публічне урядування : збірник*. № 2 (30) — серпень 2022. Київ : ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», 2022. С. 55-60.

3. Литовченко І. І. Сучасний стан розвитку системи охорони здоров'я Федеративної Республіки Німеччина. *Наукові праці МАУП. Політичні науки та публічне управління*. 2022. Вип. 2 (62). Київ : Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2022. С. 88-92.

Б. Які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

4. Литовченко Ігор Іванович. Місце стратегічного державного планування сталого розвитку України в процесах правотворення. *Актуальні проблеми правотворення в сучасній Україні: матеріали XII Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Рівне, Рівненський інститут КУП НАН України, 19 травня 2022 р.) / Упорядкування Оксани Якимчук. Львів: «ГАЛИЧ-ПРЕС», 2022. С. 268-270.

5. Литовченко Ігор Іванович. Конституційне право людини в галузі охорони здоров'я. *Всеукраїнська науково-практична конференція «Конституція України: держава і право в умовах воєнного стану»: Збірник*

матеріалів конференції, м. Київ, 28 червня 2022 р. / Ред. кол.: Червякова О. В. (гол. ред.), І. А. Семенець-Орлова (заст. гол. ред), І. І. Каліна (упоряд. і відп. ред.) та ін. Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2022. С. 69-73.

6. Литовченко І. І. Публічне управління в галузі охорони здоров'я Федеральної Республіки Німеччини. *Реалії та перспективи розбудови правової держави в Україні та світі: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Дню юриста* (м. Суми, 7 жовтня 2022 р.). Суми: СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2022. С. 266-268.