

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ, УПРАВЛІННЯ,  
ПРАВА ТА ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ  
КАФЕДРА МАРКЕТИНГУ**

Освітньо-професійна програма Зв'язки з громадськістю  
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування  
Ступінь вищої освіти Магістр

**ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ**

Завідувач кафедри

Володимир ПИСАРЕНКО

07 грудня 2021 року

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

На тему: «Удосконалення публічного управління у сфері охорони  
здоров'я»

виконала здобувач вищої освіти заочної форми навчання

**Луговець Олена Олександрівна**

Керівник кваліфікаційної роботи,  
д. е. н.

Володимир ПИСАРЕНКО

Полтава – 2021 року

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	10
1.1. Сутність державного управління національною системою охорони здоров'я.....	10
1.2. Функції і завдання публічного управління сферою охорони здоров'я .....	14
1.3. Методи публічного управління у охороні здоров'я .....	19
Висновки до розділу 1 .....	23
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	25
2.1. Трансформація публічного управління в системі охорони здоров'я .....	25
2.2. Аналіз фінансування закладів охорони здоров'я .....	30
2.3. Зарубіжний досвід побудови моделі системи охорони здоров'я ..	34
Висновки до розділу 2 .....	39
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЕКОНОМІКИ УКРАЇНИ .....	40
3.1. Удосконалення фінансового механізму державного управління системи охорони здоров'я .....	40
3.2. Розвиток системи державної підтримки некомерційних організацій сфери охорони здоров'я за умов цифровізації економіки .....	44
3.3. Формування механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я в умовах цифрової економіки .....	47
Висновки до розділу 3 .....	52
ВИСНОВКИ .....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	57
ДОДАТКИ .....	62

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Система охорони здоров'я відіграє важливу роль у соціально-економічній системі будь-якої країни. Нині національна система охорони здоров'я перебуває на етапі реформування. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває необхідність виявлення проблем та факторів, що впливають на розвиток системи охорони здоров'я, а також розробка комплексу заходів, спрямованих на підвищення її ефективності.

В основу розробки та дослідження теоретико-методичних основ формування та розвитку системи охорони здоров'я покладено праці вітчизняних і зарубіжних авторів: Андрусів У. Я., Барзиловича А. Д., Борща В. І., Вовка С.М., Горбатова Д. І., Долгих М. В., Зюзіна В. О., Карлаша В. В., Книш С., Криничко Л., Лукаш С., Маслак О., Мельниченка Д. О., Надюк З. О., Назарко С. О., Прасола В. П., Рудакової Л. О., Сабецької Т., Самофалова Д. О., Степанова М., Устінова О. В., Чорного О. В. Однак аналіз літературних джерел на тему дослідження показав, що в даний час приділено недостатньо уваги питанням розвитку системи охорони здоров'я в умовах цифровізації. Все вищевикладене зумовило вибір теми дослідження, необхідність, своєчасність і актуальність проведення дослідження, визначення його мети та основних завдань.

**Зв'язок роботи з науковими темами.** Магістерська дипломна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Полтавської державної аграрної академії за темою «Організаційно-економічний механізм формування конкурентоспроможності аграрних підприємств» (№ державної реєстрації 0117U003101, 2017-2022 рр.).

**Мета і завдання дослідження.** Метою роботи є обґрунтування пропозицій щодо удосконалення механізмів публічного управління сферою охорони здоров'я в умовах цифрової трансформації економіки України.

Для досягнення окресленої мети необхідно вирішити такі завдання:

- розкрити теоретичні аспекти державної політики у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати сучасний стан публічного управління сферою охорони здоров'я;
- запропонувати шляхи удосконалення механізмів публічного управління сферою охорони здоров'я в умовах цифрової трансформації економіки України.

**Об'єктом дослідження** є державна політика України у сфері охорони здоров'я як елемент державної політики в цілому і один із визначальних факторів національної безпеки в умовах реформування і відповідно до викликів світової пандемії коронавірусного захворювання (COVID-19).

**Предмет дослідження** – загальні закономірності, особливості та принципи формування, функціонування, розвитку і реалізації стратегічних напрямків сучасної політики охорони здоров'я.

**Методи дослідження.** Інструментарно-методичний апарат дослідження базується на застосуванні методів системного, логічного, економічного та статистичного аналізів, графічної інтерпретації інформації; застосовувались як загальні, так і спеціальні методи дослідження, а саме: методи аналізу та синтезу, діалектичний, формально-логічний та аналітичний. Використання у дослідженні загальнонаукових та спеціальних методів визначило достовірність та достатню надійність висновків та зроблених рекомендацій, які представлені у дослідженні.

**Інформаційна база.** Формування інформаційної бази дослідження велось на основі нормативних документів, що регулюють організацію сфери охорони здоров'я України, довідкових матеріалів, періодичної літератури, монографій, даних науково-практичних конференцій, наукових праць вчених-економістів, аналітичних матеріалів на тему дослідження, інформаційних та статистичних даних Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я України; інших джерел відкритих даних.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в удосконаленні існуючих механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, пристосованні їх до нагальних потреб збереження здоров'я нації в ході протистояння світовій пандемії COVID-19, шляхом розробки можливих сценаріїв розвитку політики охорони здоров'я в Україні.

**Удосконалено:**

– підхід до формування механізму публічного управління системою охорони здоров'я в умовах цифровізації економіки країни, що дозволяє розширити інструментарій забезпечення та контролю якості медичних послуг на основі інформаційних та телекомунікаційних технологій;

**набуло подальшого розвитку:**

– розроблено концептуальний підхід до публічного управління у сфері охорони здоров'я, що визначає умови її сталого розвитку за рахунок підвищення ефективності реалізації програми державних гарантій надання споживачам безкоштовних послуг охорони здоров'я, а також розвитку відповідної інфраструктури, що включає матеріально-технічне оснащення продуцентів послуг на основі інноваційних розробок, підвищення кваліфікації фахівців за умов розвитку системи безперервного навчання;

– доповнено існуючі теоретичні положення в частині державної підтримки некомерційних організацій сфери охорони здоров'я, що являє собою такі взаємопов'язані складові: законодавчу, організаційно-економічну, фінансову, інформаційну, консультаційну і кадрову підтримки.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані як теоретична та методична основи для розробки конкретних пропозицій щодо розвитку форм та методів управління охороною здоров'я на сучасному етапі господарювання з урахуванням його специфіки, а також економічних та соціальних особливостей.

**Апробація результатів дослідження.** Результати дослідження за темою магістерської дипломної роботи оприлюднені у вигляді доповідей.

**Публікації.** За результатами проведеного дослідження опубліковано тези у збірниках:

«Управління медичним закладом охорони здоров'я у контексті реформування системи охорони здоров'я»

«Впровадження інформаційної системи управління документами в медичних установах»

**Структура та обсяг магістерської дипломної роботи.** Магістерська дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст викладено на 56 сторінках друкованого тексту, робота містить 3 таблиці, 10 рисунків та 3 додатки.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. Сутність державного управління національною системою охорони здоров'я

У сучасних умовах формування ринкових відносин в національній системі охорони здоров'я потребує виваженої державної політики. Процес державного управління в умовах переходу охорони здоров'я до ринкових відносин базується на системному підході, який включає сукупність організаційних складових підсистем (характеристик): законодавчу, організаційну, функціональну, соціальну, наукову, економічну, – що забезпечують моделювання та збереження їх відповідного взаємозв'язку, співвідношення, субординації. У зв'язку з цим першочерговою функцією держави повинно стати забезпечення ефективного фінансово-економічного регулювання й контролю, створення законодавчих умов, які орієнтують суспільство на розвиток ринкової інфраструктури й заохочення самоорганізації [25].

Дослідження питань управління національною системою охорони здоров'я потребує аналізу наукового тлумачення основних категорій, визначень і дефініцій, що складають його категорійно-понятійний апарат.

Під державним управлінням розуміють засновану на законах реалізацію виконавчими органами державної влади виконавчо-розпорядчих функцій у сферах розвитку економіки та культури, соціального забезпечення та охорони здоров'я, транспорту та зв'язку, забезпечення безпеки держави та охорони громадського порядку та в інших сферах [7]. Державне управління розглядають як вид державної діяльності, у межах якого реалізується виконавча влада [12]. У цьому контексті на першому плані – функція

державного регулювання, основними елементами якого є: нормативне регулювання у вигляді встановлення загальних правил; державний захист прав та інтересів суб'єктів суспільних відносин; забезпечення правової основи їхньої діяльності; здійснення контролю за виконанням правових норм.

Менеджмент у охороні здоров'я – це наука управління, регулювання та контролю фінансовими, трудовими та матеріальними ресурсами охорони здоров'я. Метою такого менеджменту є зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності та смертності населення за наявних ресурсів [12]. Управління охороною здоров'я – це менеджмент, об'єктом якого є складна, соціо-технічна відкрита динамічна система. Сама специфіка об'єкта робить керування ним надзвичайно складним. У охороні здоров'я, медичній діяльності управління орієнтоване на виробництво, розподіл, обіг, споживання медичних товарів та послуг, учасників цих процесів (персонал та організації, які здійснюють охорону здоров'я) та певною мірою – на пацієнтів – споживачів медичних послуг [12].

На думку Надюка З. [25, с. 505] механізм державного управління системою охорони здоров'я – це «...сукупність станів і процесів реалізації комплексного впливу держави (шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів) на суб'єкти національної системи охорони здоров'я. Можна виділити такі складові механізму державного управління системою охорони здоров'я, як нормативно-правову, інформаційну, матеріально-технічну, кадрову, фінансово-економічну, організаційну, психологічну. Останню розуміємо як формування у суспільстві інститутів позитивного сприйняття і підтримки (сприяння) дії механізму. Механізм державного управління системою охорони здоров'я характеризується функціональними й галузевими особливостями. Його складові враховують специфічні ознаки системи охорони здоров'я й закономірності її розвитку».

Структура системи управління національною системою охорони здоров'я включає три підсистеми: керівну, технологічну і керовану (Рис. 1.1).

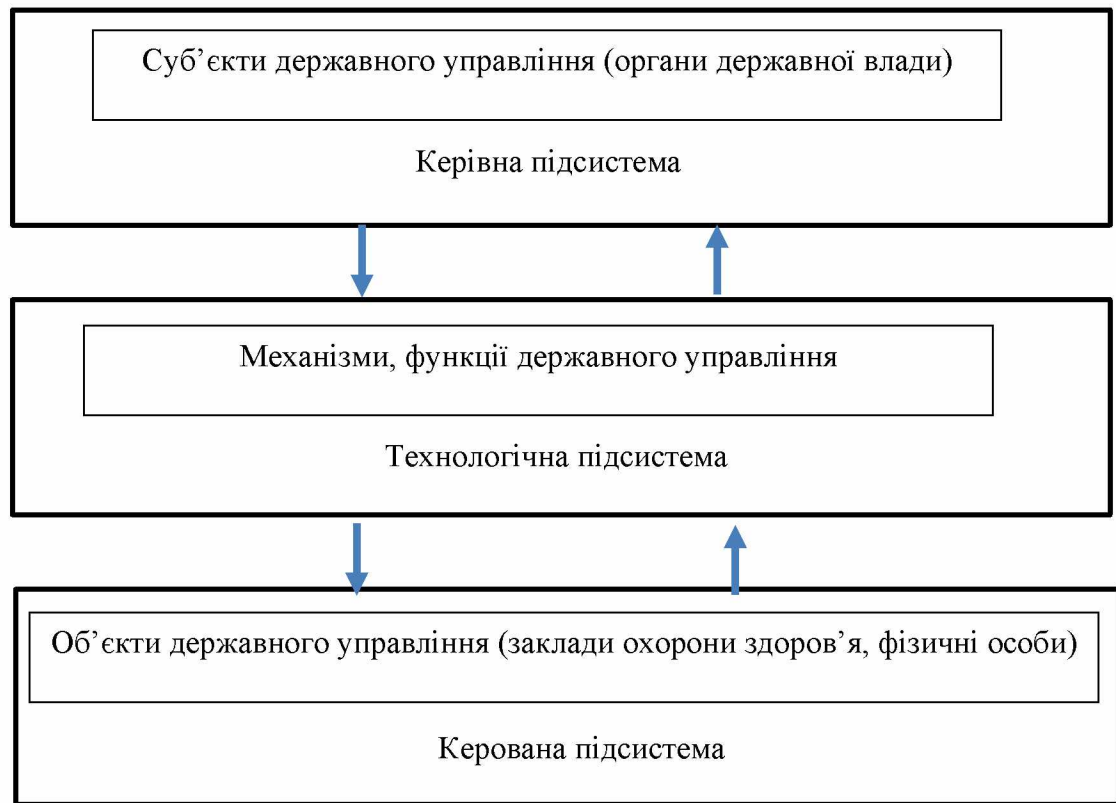


Рис. 1.1. Структура системи державного управління охороною здоров'я [складено за: 25, с. 504]

Суб'єктів, які здійснюють публічне управління у галузі охорони здоров'я, можна умовно поділити на групи: вищі органи державної влади; органи виконавчої влади загальної компетенції; органи виконавчої влади галузевої компетенції; органи місцевого самоврядування. Суб'єкти, до компетенції яких належить забезпечення права громадян на охорону здоров'я: Президент України, Верховна Рада України та Кабінет Міністрів України. Виділяють також суб'єктів, що мають спеціальні компетенції й безпосередньо здійснюють публічне управління у сфері охорони здоров'я. Це Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ) та Національна служба здоров'я України (НСЗУ). МОЗ здійснює організаційні, прогнозуючі, координаційні, економічні та контролюючі управлінські заходи. Мета НСЗУ

– забезпечити єдине національне замовлення медичних послуг та медикаментів, згідно прийнятих програми медичних гарантій. Серед управлінських дій НСЗУ доцільно виділити наступні: відстеження, аналіз і прогнозування потреб громадян у медичних послугах і лікарських засобах, замовлення відповідних послуг у медичних закладах та лікарів, розроблення програмних проєктів медичних гарантій для громадян, укладання (внесення змін) та розірвання договорів з медичного обслуговування населення, відшкодування вартості ліків, контроль за цільовим та ефективним використанням коштів, контроль за реалізацією програми медичних гарантій, перевірка дотримання медичними установами правил та норм, забезпечення роботи електронної системи охорони здоров'я тощо. Тобто, право на охорону здоров'я, переважно, забезпечується та реалізується саме органами виконавчої влади. Однією з головних функцій органів виконавчої влади є захист прав та інтересів особи, яка породжує здійснення цього права шляхом надання медичних послуг населенню.

Об'єкти державного управління галузі охорони здоров'я поділяють на матеріальні та нематеріальні. До матеріальних відносяться: медичні заклади, медичний персонал, ліки та основні лікарські засоби, усі фінансові ресурси, які залучаються з метою надання медичних послуг у медичних закладах державної форми власності. До нематеріальних об'єктів відносять: здоров'я населення, службові відносини між суб'єктами цих відносин, відносини між пацієнтами та медичними працівниками, професійний рівень медичних працівників та ін. [7]. Характер управлінських відносин між об'єктами і суб'єктами системи охорони здоров'я має визначений характер, тобто існує чітка ієрархія: суб'єкт наділений керівними повноваженнями, тоді як об'єкт таких відносин має виконувати певні завдання, доручення.

Таким чином, головна мета публічного управління в галузі охорони здоров'я полягає в покращенні рівня здоров'я населення, зниження показників смертності, забезпечення рівного доступу для всіх громадян до

отримання медичних послуг. Дану мету реалізують суб'єкти управління, наділені відповідними компетенціями.

## **1.2. Функції і завдання публічного управління сферою охорони здоров'я**

Зміст управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я виражена у таких функціях: розробка державних програм, їх фінансування, контроль; вирішення кадрових питань; організація лікувально-профілактичної допомоги; розміщення мережі лікувально-профілактичних та інших організацій охорони здоров'я; забезпечення медичних організацій та населення лікарськими засобами та іншими медичними виробами та обладнанням; організація санітарно-епідеміологічного нагляду; виробництво медичних експертиз; розвиток медичної науки; робота щодо профілактики захворювань серед населення та ін. Здійснюється така діяльність на основі розроблених планів охорони здоров'я виходячи з аналізу стану та динаміки здоров'я населення та факторів, що впливають на нього, і передбачає розподіл ресурсів, контроль діяльності закладів охорони здоров'я, прийняття та виконання керуючих рішень, а також відповідальність за отримані результати [7].

Основні функції управління пов'язують із 3-ма рівнями управління у охороні здоров'я (Рис. 1.2). До функцій стратегічного рівня входить розробка та прийняття рішень (стратегічних) з урахуванням можливостей ЛПЗ з метою вдосконалення його діяльності. Таким чином, на стратегічному рівні лежить відповідальність за наслідки ухвалених рішень. Від правильності вибору рішення залежатиме успіх медичного закладу у майбутньому. Тактичний рівень відповідає за оптимальний розподіл ресурсів відповідно до обраного на стратегічному рівні рішення. Цей рівень відповідає за організацію роботи з окремих напрямків діяльності установи та її контроль.

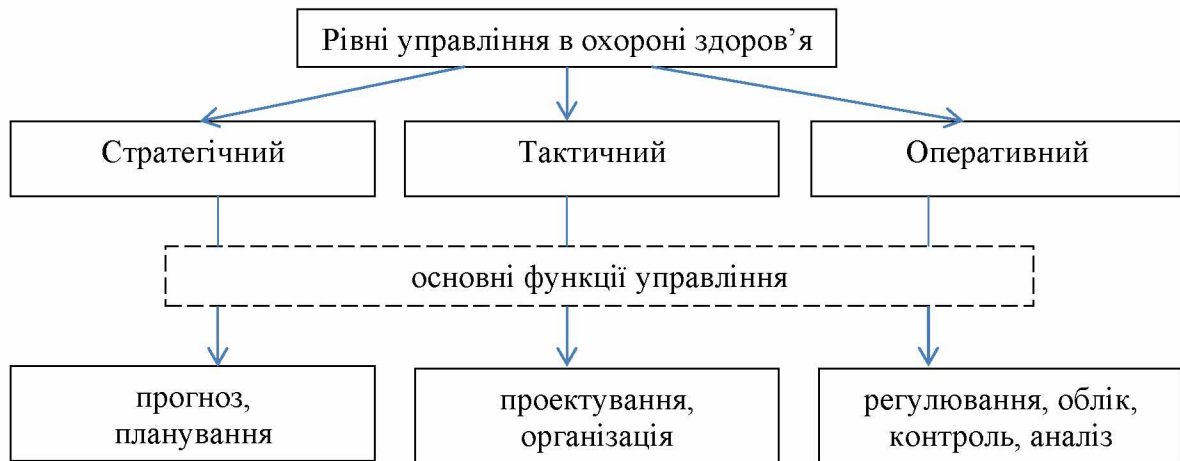


Рис. 1.2. Основні функції та рівні управління в охороні здоров'я [2; 7]

Оперативний рівень забезпечує ефективне виконання прийнятих вище рішень у своїх підрозділах. Оперативний рівень відповідає за практичну реалізацію прийнятих стратегій розвитку організації.

У охороні здоров'я України стратегічний рівень управління відповідає Міністерству охорони здоров'я України, тактичний – регіональному та муніципальному рівню, оперативний – рівню установ та підприємств охорони здоров'я та їх підрозділів, окремих спеціалістів.

У медичній установі рівні систем управління здійснюються такими посадовими особами [2]:

1. Стратегічний рівень – це головний лікар ЛПЗ.
2. Тактичний рівень – це заступники головного лікаря з медичної частини.
3. Оперативний рівень – це керівники підрозділів, які мають підпорядкування інших керівників. Оперативний рівень має два підрівні:
  - завідувачі структурних підрозділів;
  - головні та старші медичні сестри.

Управління сферою охорони здоров'я правомірно поширити на такі процеси та осіб, керуючих цими процесами [5]:

– управління виробничо-господарською діяльністю державних організацій сфери охорони здоров'я, які безпосередньо надають медичні послуги;

– управління виробничою та ринковою підприємницькою діяльністю комерційних організацій охорони здоров'я з боку найманих керуючих, залучених власниками (в окремих випадках власник справи може виконувати функції менеджера);

– безпосередньо управління медичним, допоміжним персоналом, який виконує послуги охорони здоров'я.

Завдання управління охороною здоров'я – це найбільш ефективно досягнення мети шляхом підвищення якості лікувально-профілактичних заходів та раціонального використання ресурсів охорони здоров'я. Головне завдання управління системою охорони здоров'я країни, регіону – підтримання та зміцнення здоров'я населення, скорочення захворюваності, збільшення тривалості життя. У цьому сенсі охорона здоров'я бере участь у реалізації місії зміцнення громадського здоров'я, яка має право вважатися однією з головних цільових установок держави та суспільства.

Зумовлені головною метою управління завдання управління державним та недержавним секторами економіки охорони здоров'я мають все ж таки виражену специфіку. Мета управління державним сектором – забезпечення населення послугами охорони здоров'я на засадах їхньої загальнодоступності. Мета управління недержавним сектором – забезпечення потреб платоспроможної частини населення, зниження навантаження на державний сектор за одночасного досягнення беззбитковості та нормативної прибутковості підприємницьких організацій.

Ефективність діяльності у сфері охорони здоров'я значною мірою залежить від прийнятого виду управління. За ознакою об'єкта розрізняють генеральний та функціональний менеджмент. Генеральний (загальний) менеджмент полягає в управлінні медичною установою загалом. Функціональний (спеціальний) менеджмент полягає в управлінні певними

сферами діяльності закладу та його ланок. Це управління інноваційною, фінансовою, професійною та маркетинговою діяльністю. Інноваційний менеджмент полягає у необхідності вкладень у випробування та впровадження нових методів діагностики та лікування, їх сертифікації.

Фінансовий менеджмент залежить від частки кожного джерела фінансування та можливостей переміщення коштів з однієї статті кошторису в іншу, від ступеня прибутковості установи. На проведення професійного (персонального) менеджменту впливають розмір заробітної плати медичних працівників, можливості економічного стимулювання, підвищення кваліфікації, соціально-психологічний клімат у колективі.

На стратегію генерального менеджменту закладу дуже впливає політика держави щодо охорони здоров'я населення (закони та інші нормативні акти, фінансування, визначення обсягу платної та безкоштовної медичної допомоги). Також на стратегію генерального менеджменту впливає географічне розташування та технічні особливості ЛПЗ, доступність медичної допомоги, забезпеченість кваліфікованим персоналом, купівельна спроможність пацієнтів [7; 8].

В управлінні медичною діяльністю, особливо тією її частиною, яка безпосередньо пов'язана з лікуванням, наданням медичних послуг, визначальна роль має належати самоврядуванню. Тільки лікарі та менеджери здатні розібратися як у змісті та методах лікування, так і в економіці процесів надання медичних послуг. Зовнішнє втручання некомпетентних осіб, незалежно від посад і становища в управлінні процесами надання медичних послуг, може стати причиною важко виправних і навіть не виправних помилок, втрати економічних ресурсів і, що ще небезпечніше, втрати здоров'я населенням, споживачами послуг охорони здоров'я.

На характер управління медичними, медико-виробничими організаціями накладає відбиток взаємодія внутрішнього та зовнішнього управління. Внутрішнім називають управління, у якому управляюча дія формуються у самій керованій системі, всередині неї. Орган управління, що

виробляє управлінські впливи, утворює разом із керованою системою єдиний, господарський комплекс. Органи управління, і навіть особи, що здійснюють управління, входять при внутрішньому управлінні до складу керованої організації, у її штат. Зовнішнім називають управління, у якому управляючі надходять у керовану систему ззовні. У цьому випадку керуюча система не входить до складу керованої, тобто виділена в самостійний зовнішній орган. Особи, які здійснюють зовнішнє управління, не включаються до штату керованої організації та не є її працівниками. Наприклад, розпорядження керівника підрозділу, віддане самому підрозділу, є внутрішнім, тоді як рішення адміністрації організації щодо кола питань, які стосуються лише цього підрозділу, правомірно розглядати як зовнішнє. Водночас рішення адміністрації, що поширюються на організацію, багато її підрозділів, слід відносити до внутрішнього управління.

Зовнішнє управління найпоширеніше у системі управління організаціями державного сектору економіки охорони здоров'я, а внутрішнє управління – у системі управління організаціями недержавного сектору. Однак у будь-якому випадку має місце те чи інше поєднання елементів внутрішнього та зовнішнього управління. Але в окремих ключових питаннях зовнішнє управління має пріоритети, порівняно з внутрішнім. Взагалі співвідношення внутрішнього і зовнішнього управління, що характеризує ступінь демократизації, багато в чому залежить від природи соціально-економічного ладу, що панує в країні, тенденцій централізації та децентралізації управління [12].

Різновидом внутрішнього управління є самоврядування – внутрішнє управління організацією, фірмою, фірмою із боку органів управління, що грає основну роль у управлінні. В умовах самоврядування зовнішнє управління обмежується щодо вузьким колом проблем загального характеру і втілюється у вигляді законів, урядових постанов, національних програм, обов'язкових для широкого кола організацій та осіб, які потребують неухильного виконання всіма, на кого поширюється дія законодавчих та інших

нормативних актів. З урахуванням цих обмежень самоврядні організації мають право самостійно приймати та здійснювати управлінські рішення, спираючись на власне, внутрішнє управління. Отже, за умов самоврядування внутрішнє управління переважає над зовнішнім, займає чільне місце у повсякденному, поточному управлінні.

### 1.3. Методи публічного управління у охороні здоров'я

У процесі управління використовується безліч різноманітних способів, підходів та прийомів, що дозволяють упорядкувати, цілеспрямовано та ефективно організувати виконання функцій, етапів, процедур та операцій, необхідних для прийняття рішень. У сукупності вони виступають як методи управління, під якими розуміються способи здійснення управлінської діяльності, які застосовуються для постановки та досягнення її цілей. Велике значення для управління має оптимальне поєднання різних методів управління.

Методи управління являють собою способи та сукупність прийомів на колективи людей або окремих працівників у процесі їх трудової діяльності.

Розрізняють такі методи управління охороною здоров'я: організаційно-розпорядчі (адміністративні); економічні; соціально-психологічні; колективні (громадські) [12].

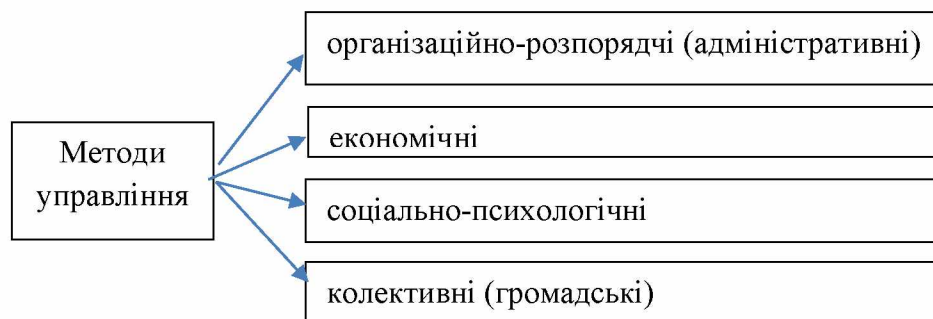


Рис. 1.3. Методи управління охороною здоров'я [12]

Організаційні методи управління відображають статику управління – це організаційна структура ЛПЗ, його штат, порядок і правила діяльності, статут, договори, контракти і т.д. Організаційна структура одна із найважливіших інструментів управління. З її допомогою формуються складові елементи та зв'язки між ними.

У медичному закладі основними елементами є його лікувальні та діагностичні відділення та інші допоміжні структури. Між цими структурними елементами існують суворо певні зв'язки, які є [16]:

- вертикальними (лінійними, ієрархічними), що визначають відносини підпорядкування;
- горизонтальними (функціональними), що призначені для узгодження дій між підрозділами.

Як правило, ці зв'язки існують одночасно і називаються лінійно-функціональними зв'язками.

Розпорядчі методи відбивають динаміку управління. Це різноманітні управлінські рішення. Адміністративні методи управління являють собою сукупність способів здійснення владного (примусово-розпорядчого) впливу. Вони засновані на праві підсистеми, що управляє (органу управління або керівника) приймати управлінські рішення у вигляді наказів, розпоряджень, інструкцій і обов'язковому їх виконанні керованою підсистемою.

В управлінні охороною здоров'я використовується досить велика кількість способів адміністративного впливу, у тому числі [16]:

- стабілізуючі чи регламентуючі методи, встановлені певні правила, точні приписи до дії, рамки діяльності. До стабілізуючих методів відносяться: Положення (про заснування закладу охорони здоров'я, про підрозділ ЛПЗ, про комісії ЛПЗ тощо), норми навантаження, нормативи, штатний розпис ЛПЗ та ін. документи;
- розпорядчі методи спрямовані на вирішення конкретних завдань у ситуаціях, які не передбачені встановленими та чинними положеннями та

правилами. В управлінні можуть використовуватися дві форми реалізації розпорядчого методу: документальна та усна. Так, директиви та постанови оформляються лише документально, а накази, розпорядження та вказівки можуть бути видані і усно, і письмово;

– дисциплінарні методи впливу включають як суворе дотримання планової, виробничої та фінансової дисципліни, а також встановлення відповідальності: особистої та колективної, моральної і матеріальної, службової і цивільної. Адміністративні методи зазвичай швидко дають результати на відміну від економічних та соціально-психологічних способів впливу, результати яких, як правило, виявляються з часом. Однак, у сучасних умовах жорстке адміністрування, ігнорування мотивацій колективу та окремих працівників нерідко призводить до погіршення соціально-психологічного клімату в медичній установі (підрозділі), зниження якості медичної допомоги, створення негативного іміджу ЛПЗ.

Економічні методи управління можна визначити як сукупність способів здійснення впливу з допомогою економічних категорій. Вони ґрунтуються на застосуванні економічного стимулювання виробничих колективів, створенні матеріальної зацікавленості окремих членів колективу у досягненні поставленої мети. Ці методи дозволяють шляхом активізації економічних інтересів об'єкта управління орієнтувати його діяльність у напрямі ефективного використання наявних ресурсів без постійного втручання суб'єкта управління (тобто керівника) [12].

Соціально-психологічні методи управління являють собою сукупність засобів впливу на колектив, на процеси, які відбуваються у колективі, на окремих працівників колективу. Це вміння мотивувати працівника до праці та співробітництва, формування свідомої дисципліни, сумлінного ставлення до роботи, створення сприятливого психологічного клімату у колективі. Тому завданням менеджера є формування психологічно єдиних, зрілих і економічно вигідних колективів. Соціально-психологічні методи управління являють собою сукупність способів здійснення впливу на духовні інтереси

працівників, формування їх світогляду. Вони ґрунтуються на міжособистісних відносинах та використанні соціально-психологічних закономірностей розвитку особистості та трудових колективів. Соціально-психологічні методи управління можна поділити на дві групи: прямі методи та непрямі методи.

Прямі методи соціально-психологічного впливу включають [16]:

- навіювання (цілеспрямований вплив шляхом впливу на психіку людини);
- переконання (аргументування за допомогою логічних засобів);
- наслідування (вплив на основі особистого прикладу);
- залучення (вплив шляхом використання громадянських почуттів соціально-психологічних мотивів);
- примус (застосування авторитету та влади керівника);
- спонукання (підвищення морально-суспільної значущості майбутньої роботи).

Непрямі способи відрізняються формами опосередкованого впливу, вони створюють заздалегідь задану ситуацію, у межах якої виконується робота. Це опосередкування може здійснюватися [16]:

- умовами праці, тобто створенням певної ритмічності, привабливості, ступеня навантаження. Так, у поліклініці певна ритмічність та оптимальний ступінь навантаження забезпечується розподілом потоку хворих працівниками реєстратури, використанням форми «самозапису» до лікарів, організацією долікарського кабінету,
- наявністю повної та доступної для пацієнта інформації про режим діяльності підрозділів, час прийому лікарів-фахівців тощо;
- елементами системи управління: положеннями, посадовими інструкціями, організаційною структурою, формами контролю та стимулювання;

– шляхом створення відповідного соціально-психологічного клімату у колективі.

Організаційно-розпорядчі методи засновані на обов'язковому виконанні керуючих впливів, управлінських рішень, вироблених вищими органами управління. Застосування таких методів є більш характерним для державного сектора економіки охорони здоров'я, об'єкти якого перебувають у державній та муніципальній власності. Методи, що ґрунтуються на економічній зацікавленості учасників медико-виробничого комплексу у досягненні цілей охорони здоров'я, властиві ринковому саморегулюванню. Такі методи є більш характерними для недержавного ринкового сектора економіки охорони здоров'я, об'єкти якого перебувають у приватній власності або орендуються.

Соціально-психологічні способи, іменовані також способами морального стимулювання, переконання, засновані на морально-етичних принципах, установках. Подібні методи мають однаково широко використовуватися як у державному, так і недержавному секторах економіки охорони здоров'я.

Отже, однією з найважливіших теоретичних та практичних проблем сучасного етапу розвитку охорони здоров'я є формування форм та методів управління цією сферою народного господарства. Це передбачає необхідність глибокої розробки політико-економічних аспектів та всебічного обґрунтування напрямів та форм його вдосконалення.

## **Висновки до розділу 1**

Управління охороною здоров'я завжди здійснюють дві сторони: суб'єкт управління – це ті, хто керує (керівники, організатори); об'єкт управління – це те, ким або чим управляють (трудові, фінансові та матеріальні ресурси тощо). Якщо суб'єкт управління керує своїми діями,

тобто, суб'єкт та об'єкт об'єднуються в одній особі, в цьому випадку має місце окремий випадок управління, який називається самоврядуванням. Об'єктом управління є система охорони здоров'я (або її підсистеми, окремі підрозділи та установи). Система – сукупність взаємозалежних, взаємодіючих елементів, що мають єдину мету і системні якості. Об'єкт менеджменту в охороні здоров'я – це будь-яка організація, яка займається лікувально-профілактичною діяльністю.

Управління системою охорони здоров'я включає: розробку чітких та досяжних цілей національної політики охорони здоров'я; розробку оптимальних планів та стратегій для досягнення цілей; систематичний контроль та оцінку здійснення цих планів; перепрограмування та внесення коректив у міру потреби у сформовані плани відповідно до змін умов діяльності. З метою підвищення керованості галузі необхідно підвищити роль державних органів, насамперед, у здійсненні єдиної політики охорони здоров'я, і навіть забезпеченні гарантій рівності та доступності медичної допомоги всім верствам населення. При цьому під терміном «керованість» слід розуміти: здатність галузі оптимальним чином досягати своїх цілей та виконувати свої функції у різних умовах діяльності; ефективну структуризацію організаційної системи та оптимальний поділ обов'язків між її складовими підсистемами, що сприяє оптимальному досягненню цілей організації; здатність управлінського персоналу ефективно використовувати наявні ресурси, засоби та способи для оптимального досягнення цілей організації.

В даний час в нашій країні пріоритет мають економічні методи управління у сфері охорони здоров'я, які включають економічний аналіз діяльності ЛПЗ, методи планування і прогнозування, статистичні методи. Особливе значення має метод економічного стимулювання, який дозволяє матеріально зацікавити лікарів у якісному виконанні медичних послуг. Крім того, використовуються також соціально-психологічні та організаційно-розпорядчі методи управління.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 2.1. Трансформація публічного управління в системі охорони здоров'я

Система охорони здоров'я, як і будь-яка державна система, підлягає управлінню та регулюванню з боку держави. Серед елементів державного регулювання виділяються такі [7]:

- нормативне регулювання за допомогою встановлення загальних правил;
- надання державного захисту прав та інтересів суб'єктів суспільних відносин;
- досягнення забезпечення правової основи діяльності суб'єктів суспільних відносин;
- проведення контролю виконання правових норм.

Необхідність реформування системи охорони здоров'я є актуальною оскільки універсальних і досконалих систем немає. Будь-які системи мають реструктуризуватися та видозмінюватися. В додатку А наведені основні етапи формування системи охорони здоров'я України. Реформа системи охорони здоров'я в Україні розпочалася у 2016 році. До цього часу поліклініки та лікарні фінансувалися централізовано, з державного бюджету – за залишковим принципом та з колосальним дефіцитом. Величезним кроком стала зміна принципу закупівлі лікарських препаратів на державному рівні – закупівлі вперше почали проводитися відкрито та на конкурсній основі. Це заощадило бюджету близько третини суми, яка витрачалася щорічно, і покращило якість лікування, що отримується хронічними хворими

[8]. Сьогодні реформа здійснюється за кількома пріоритетними напрямками (Рис. 2.1).

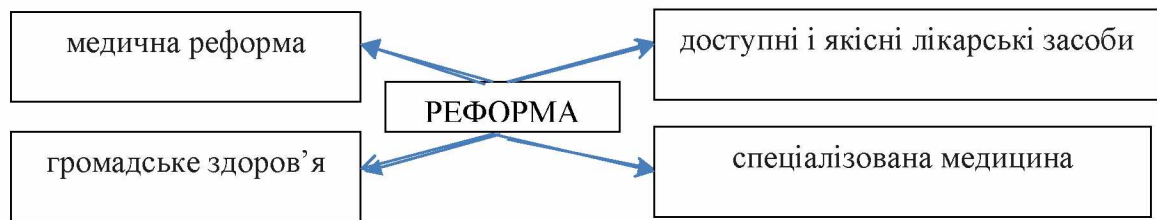


Рис. 2.1. Напрями реформи в системі охорони здоров'я [21]

У ході реформи передбачено втілити наступні наміри [21]:

- реформувати фінансування системи охорони здоров'я, запровадити нові фінансові механізми на таких рівнях як спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога (амбулаторного та стаціонарного рівнів);
- забезпечити фінансовий захист населення від надмірних витрат у цій сфері;
- налагодити функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги (доступного для всього населення країни);
- на всіх рівнях медичної допомоги оновити матеріально-технічну базу, а також забезпечити інформаційні та кадрові ресурси закладів охорони здоров'я згідно міжнародних стандартів;
- запровадити інноваційні технології у щоденній медичній практиці та забезпечити доступ населення до високотехнологічного лікування.

У 2017 році було створено Національну службу здоров'я України чи НСЗУ. Саме НСЗУ підписує контракти з медичними установами та безпосередньо сплачує їм за надання медичної допомоги. Тобто, кожна проведена консультація лікаря, обстеження, вакцинація оплачується саме НСЗУ. Ще одним викликом була зміна принципу роботи комунальних поліклінік. Раніше люди були «закріплені» за поліклініками за місцем

реєстрації. Змінити медичний заклад і навіть медичного працівника, з яким у вас немає взаєморозуміння, було дуже складно. Вимагало часу, величезної кількості документів і часом «благодійних внесків». Лікарі надавали медичну допомогу певній кількості людей, які мешкають на закріпленій території – вулиці міста, села або кількох сіл. Близько 1500 осіб (допустимі коливання в той чи інший бік у 100 осіб) у терапевта, 700 осіб (допустимі коливання в той чи інший бік у 50 осіб) – у педіатра [32]. З них певна кількість людей мала мати хронічні хвороби та стояти на диспансерному обліку. Тепер же можна підписати декларацію з особисто обраним медиком – терапевтом, педіатром чи сімейним лікарем – у державній чи приватній клініці, незалежно від місця реєстрації чи проживання. Це займає від 10 до 20 хвилин. Якщо людина переїжджає в інше місто чи інший район, або просто хоче поміняти лікаря через різні причини, то може це зробити за ті ж 10-20 хвилин [8].

У ході реформи введені в роботу медичні інформаційні системи (далі – МІС) для швидкого та якісного та, головне, прозорого документообігу. Саме в МІС-ах фіксується інформація про задекларованих людей, їх медичні картки з інформацією про захворювання, обстеження, вакцинування, лікування у стаціонарах та реабілітаційних центрах тощо [7]. Саме за кількістю декларацій НСЗУ фінансує поліклініки (Табл. 2.1).

*Таблиця 2.1*

**Розподіл надавачів із чинними договорами за пакетами послуг [14]**

Кількість надавачів (пакет послуг 28)	Кількість надавачів (пакет послуг 29)	Кількість надавачів (пакет послуг 31)
25	949	504

Станом на вересень 2021 року 74% населення України уклало декларації з сімейним лікарем (Додаток Б). Найбільша кількість населення, що уклали декларації – в Київській (89,4%) та Вінницькій (86,5%) області, а найменше – в Луганській (23,2%) та Донецькій (33,6%). В результаті реформи стаціонари мали отримувати оплату за кожного обстеженого та вилікуваного пацієнта. За таким же принципом мають оплачувати роботу

вузьких фахівців та медиків лабораторно-інструментальних відділень поліклінік. Медицина стала більш доступною для пацієнтів і частково безплатною – бо за частину медичних послуг тепер медичним закладам сплачує НСЗУ [14].

На жаль, під час реалізації другого етапу медичної реформи, яка стосувалася стаціонарів та вузьких фахівців, розпочалася пандемією коронавірусу SARS-CoV-2. Пандемія COVID-19 значно вплинула на роботу служб медичної допомоги в усіх країнах. У багатьох країнах функціонування системи надання послуг з охорони здоров'я частково чи повністю порушено. Більше половини (53%) опитаних країн частково чи повністю перервали надання послуг із лікування гіпертонії; 49% – щодо лікування діабету та ускладнень, пов'язаних з діабетом; 42% – з лікування раку та 31% – з надання невідкладної допомоги при серцево-судинних захворюваннях. Надання реабілітаційних послуг було перервано майже у двох третинах (63%) країн, незважаючи на те, що реабілітація є найважливішими умовами повного одужання після тяжкого захворювання, викликаного COVID-19 [39]. В Україні через зростання захворюваності влітку 2020 року державні лабораторії не могли обробляти ту кількість зразків, яка до них надходила. Виникали черги, результати тестів поверталися через 5-7 днів, інколи ж навіть більше, коли вони вже були інформативними до ухвалення клінічних рішень чи відстеження контактних осіб (Табл. 2.2.).

*Таблиця 2.2*

### **Тестування і стаціонарне лікування COVID-19 (пакет послуг 31)**

[14]

Кількість медичних команд, од.	Загальна кількість ліжок, од.	Частка COVID-ліжок від загальної кількості, %	Частка COVID-ліжок в ІТ від загальної кількості, %
2862	128660	43,5	3,3

Основною стратегією уряду у протидії COVID-19 стало створення достатньої кількості ліжок для всіх, хто потребує госпіталізації, а не виявлення нових випадків та контролю за поширенням захворюваності. Такі

дії призвели до навантаження на лікарняну систему в епіцентрах пандемії, особливо у великих містах (Табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Інформація про надання стаціонарної допомоги  
пацієнтам з COVID-19 за 2020 р. [14]**

Найменування показника	Кількість
Кількість надавачів	443 од.
Загальна кількість ліжок	114,8 тис. од.
Ліжка в ІТ	4903 од.
Інфекційні ліжка	59,4 тис. од.
Апарати ШВЛ	4493 од.
Всього лікарів	53,7 тис. чол.
Анестезіологи	5747 чол.
Медичні команди	2619 од.
Молодший персонал	75,7 чол.
Інфекціоністи, терапевти і педіатри	7023 чол.

Крім того, упродовж 2020 року працювало 1643 мобільних бригад, які здійснювали тестування на виїзді. Кількість тестувань, здійснених мобільними бригадами склала 2314954 одиниці.

На 17 листопада 2021 року в Україні налічувалося 3263417 тих, хто заразився, з них померлих – 78754 (Табл. 2.4) [14].

Таблиця 2.4

**Поточна статистика з коронавірусу на 17.11.2021 р. [38]**

Найменування	Кількість, осіб
Населення, всього	41 342 000
Всього захворювань	3 263 417
Смертельні випадки	78 754
Вилікувалися	2 684 584
Хворіють	500 079
Зроблено тестів	15 348 780

Поки країна продовжує боротьбу з пандемією COVID-19 та її безпосередніми впливами на систему охорони здоров'я та економічний сектор, необхідно створити підґрунтя для підвищення стійкості країни і населення до надзвичайних ситуацій та забезпечення сталого розвитку в довготривалому періоді. При цьому наслідки надзвичайних ситуацій можуть

бути зменшені шляхом втілення комплексної державної політики у таких сферах як економіка, фінансовий сектор, будівництво та, в першу чергу, охороні здоров'я.

## **2.2. Аналіз фінансування закладів охорони здоров'я**

Медичною реформою передбачено значну трансформацію системи охорони здоров'я та самого порядку надання медичних послуг, що вплинуло на визначення напрямів трансформації процесу фінансування цієї галузі. Питання фінансування охорони здоров'я по суті ставляться до того, як розподіляються ресурси в країні між конкуруючими цілями в економіці загалом та між конкуруючими цілями у секторі охорони здоров'я. Фінансування системи охорони здоров'я здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів (територіальних громад), різноманітних фондів медичного страхування та благодійних фондів, а також будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством.

З 2015 року уряд через механізм субвенції виділяв кошти на систему охорони здоров'я адміністративним одиницям. Близько третини суми субвенції перераховувалася обласним бюджетам, а решта – на територіальні громади, райони чи міста. Упродовж 2015-2019 років з Державного бюджету фінансувалася основна частина медичних послуг через медичні субвенції, які в середньому складали 77% від державних витрат на охорону здоров'я. Решту фінансували місцеві органи влади за рахунок власних коштів (Рис. 2.2). Враховуючи існуючі тенденції, таке співвідношення фінансування збережеться і надалі.

Реформи фінансування охорони здоров'я спрямовані на створення інституційних умов та економічних стимулів для розподілу ресурсів на досягнення пріоритетних цілей.

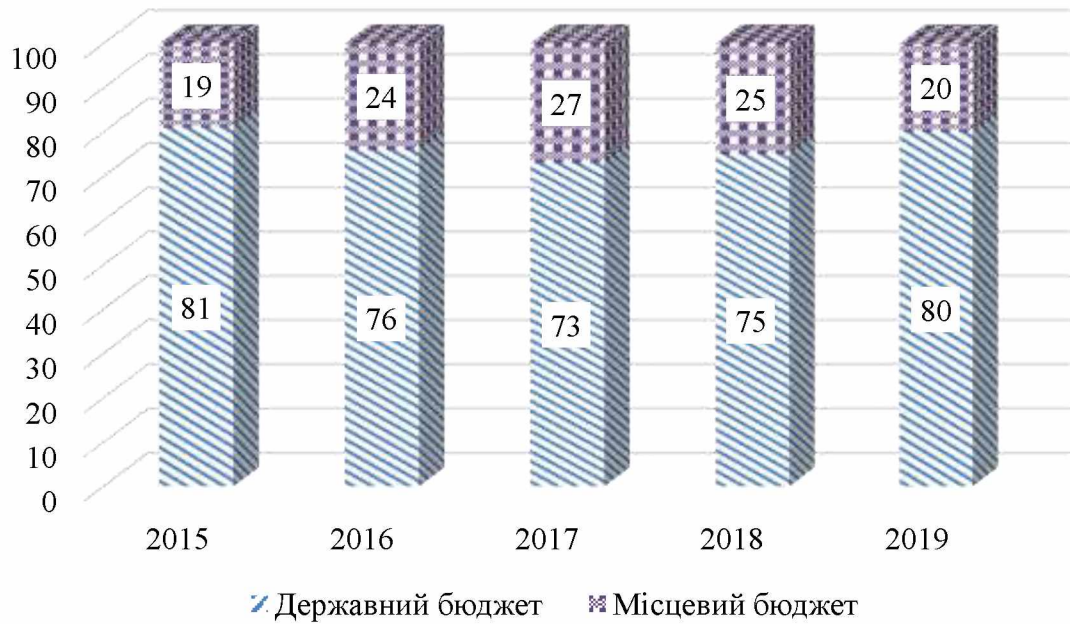


Рис.2.2. Співвідношення видатків на охорону здоров'я, 2015-2019 рр.  
[34]

Система фінансування охорони здоров'я змінилася з 1 квітня 2020 року. Так, медичні послуги оплачуються за програмою медичних гарантій з державного бюджету. Програма медичних гарантій включає пакет медичних послуг – це гарантована державою соціальна й медична послуга, яка включає екстрену, первинну, спеціалізовану, паліативну допомогу та реабілітацію, медичну допомогу дітям до 18 років, а також медичний супровід вагітності та пологів. Для реалізації програми НСЗУ укладає з медичними закладами договори на пакети медичних послуг, тобто, виконує роль оператора, який здійснюватиме закупівлю медичних послуг, укладатиме договори про співпрацю з медичними установами [33].

Проведений аналіз статистичної інформації свідчить, що видатки на охорону здоров'я в Україні за 2015–2020 рр. збільшилися на 17,25% (Табл. 2.5). Крім того, на 20,2% зросли витрати на охорону здоров'я у розрахунку на одного жителя, проте таке зростання пов'язане також зі скороченням чисельності населення країни (на 2,3% упродовж аналізованого періоду).

Таблиця 2.5

**Показники фінансування охорони здоров'я України у 2015–2020 рр. [6]**

Показник	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (план)	2020/ 2015
Реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення (у цінах 2015 р., грн.)	1657	1553	1850	1897	1959	1988	1848	20,2
Видатки на охорону здоров'я (у цінах 2015 р., млрд. грн.)	71	66,3	78,6	80,2	82,3	83,2	77	17,2
Видатки на охорону здоров'я (у % до ВВП країни)	3,6	3,2	3,4	3,3	3,2	3	3	-16,6
Видатки на охорону здоров'я (% у консолідованих видатках)	10,4	9	9,7	9,3	9,4	9,2		-11,5
Чисельність населення (млн. ос.)	42,8	42,7	42,5	42,3	42	41,8		-2,3

Щорічно обсяги фінансування сфери охорони здоров'я з державного бюджету збільшуються (Рис. 2.3).

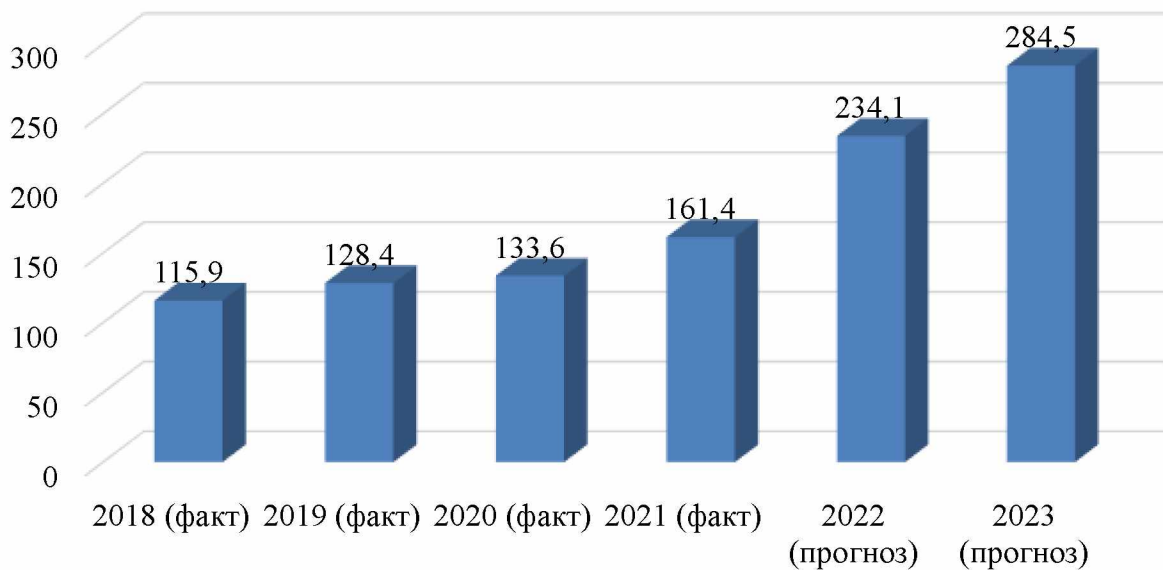


Рис. 2.3. Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я, 2018-2023 рр., млрд. грн. [36]

Аналіз показників державного бюджету за 2020 р. показав, що загальний обсяг витратів становив 115 889,9 млн. грн. Основні напрями витратів наступні:

- 1) апарат Міністерства охорони здоров'я України – 25789,4 млн. грн.;
- 2) Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками – 104,6 млн. грн.;
- 3) Національна служба здоров'я України – 72289,3 млн. грн.;
- 4) Міністерство охорони здоров'я України – 17706,6 млн. грн. [33].

На фінансування системи охорони здоров'я у Державному бюджеті на 2021 рік витрачено 161,4 млрд грн включаючи трансферти. Із них 123,5 млрд грн закладено на фінансування Програми медичних гарантій. Крім того, передбачені кошти на підвищення зарплат медикам на 30%.

У розрізі напрямів фінансування розподіл наступний, млрд. грн. [30]:

- надання медичної допомоги загальнодержавними закладами – 6,9;
- пілотні проекти з надання високоспеціалізованої меддопомоги – 2,2;
- централізована закупівля ліків – 9,5;
- лікування за кордоном – 1,1 (450 осіб отримали лікування за кордоном);
- закупівля вакцин від COVID-19 – 2,6;
- придбання обладнання для опорних лікарень – 1 (210 приймальних відділень дообладнані МРТ, ЕКГ, УЗД);
- розвиток екстреної медичної допомоги – 1 (придбано 438 автомобілів швидкої допомоги);
- проектна документація для створення сучасних лікарень – 0,1.

Збільшено також деякі види фінансової допомоги з розрахунку на одну людину [33]:

- при пологах (2020 р. – 8 136 грн, 2021 р. – 10 382 грн.);
- оплата екстреної медичної допомоги (2020 р. – 116 грн, 2021 р. – 235 грн.);
- лікування серцево-судинних захворювань (2020 р. – 19 332 грн. 2021 р. – до 97 821 грн залежно від складності лікування);
- лікування туберкульозу (2020 р. – 21 000 грн., 2021 р. – 40 000 грн.).

Окремо виділено фінансування на боротьбу з COVID-19 (Рис. 2.4).

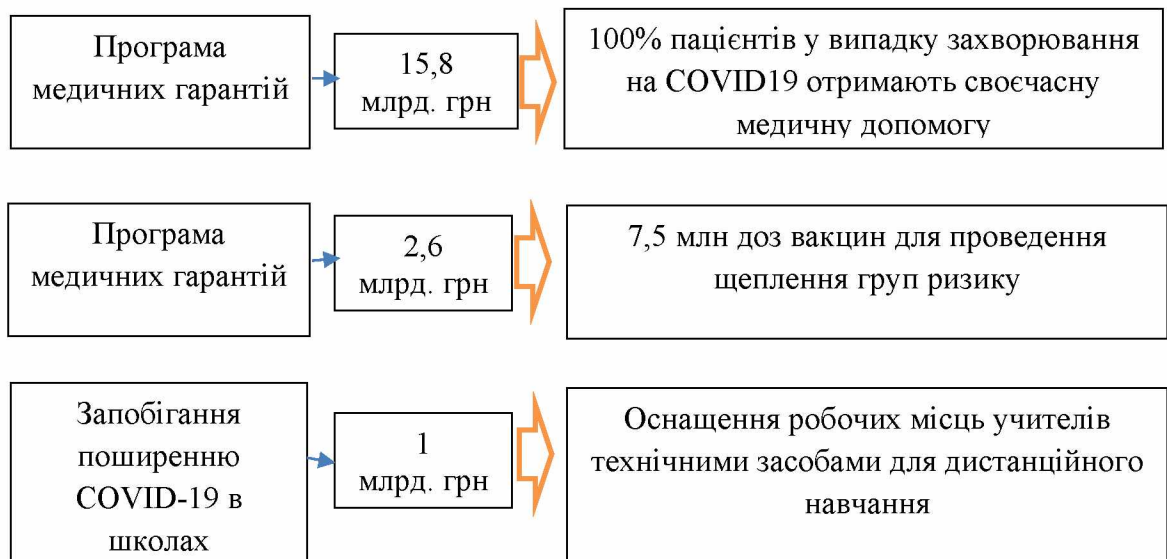


Рис. 2.4. Обсяги коштів, спрямованих з державного бюджету на боротьбу з COVID-19 [38]

Отже, фінансування охорони здоров'я є необхідним, але недостатнім компонентом будь-якої програми реформування охорони здоров'я. Питання фінансування охорони здоров'я має бути інтегроване у реструктуризацію системи забезпечення медичної допомоги, зміну медичної практики, збільшення можливостей медичних працівників, розвиток інформаційних систем та залучення населення.

### 2.3. Зарубіжний досвід побудови моделі системи охорони здоров'я

Незважаючи на різноманіття конкретних форм організації системи охорони здоров'я населення, доцільно виділити ряд параметрів, що відображають спільність розвитку, властиву різним країнам. До таких параметрів, що виражають основні риси системи охорони здоров'я, її головні економічні характеристики, можна віднести: відносини власності; способи фінансування (отримання ресурсів); механізми стимулювання медичних

працівників (виробників) та населення (споживачів); форми та методи контролю обсягу та якості медичної допомоги.

У кожній країні історично складається та розвивається свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення. Кількість і якість ресурсів, що виділяються суспільством, ефективність їх використання у сфері охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що історично склалися в країні.

Наявність у тій чи іншій країні відповідної системи охорони здоров'я визначається багатьма обставинами. Усе залежить від того, що є основою класифікації тієї чи іншої системи охорони здоров'я. Так із погляду соціально-політичної структури суспільства умовно виділяють п'ять типів систем охорони здоров'я [1; 13; 15; 31]: 1) класична (невпорядкована), 2) плюралістична, 3) страхова, 4) національна, 5) соціалістична.

Експерти Всесвітньої Організації Охорони здоров'я (ВООЗ) пропонують класифікацію, за якою розрізняються три первинні типи систем охорони здоров'я [1]:

- 1) державна (система Беверіджа);
- 2) система, заснована на всеосяжному страхуванні здоров'я (система Бісмарка);

3) недержавна, ринкова чи приватна система охорони здоров'я.

Зазвичай більшість авторів виділяють такі моделі [15; 31]:

- 1) універсалістська (модель Беверіджа),
- 2) соціального страхування (модель Бісмарка),
- 3) «південна модель» (Іспанія, Португалія, Греція та частково Італія),
- 4) інституційна чи соціал-демократична «скандинавська модель»,
- 5) ліберальна (залишкового соціального забезпечення),
- 6) консервативна корпоративна (Японія),
- 7) латиноамериканська,
- 8) системи охорони здоров'я індустріальних країн Східної Азії,

9) системи охорони здоров'я країн із перехідною економікою.

Економічні моделі систем охорони здоров'я різних країн можуть бути позначені залежно від того, яку роль та функції виконує держава у цих процесах. В даний час всі існуючі системи охорони здоров'я зводять до трьох основних економічних моделей. Однозначних загальноприйнятих назв цих моделей немає, але описи їх основних параметрів дається фахівцями, загалом, однаково. Це: 1) платна медицина, заснована на ринкових засадах із використанням приватного медичного страхування, 2) державна медицина з бюджетною системою фінансування та 3) система охорони здоров'я, заснована на засадах соціального страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування [1; 13; 15; 31].

Для першої моделі характерним є надання медичної допомоги переважно на платній основі, за рахунок самого споживача медичних послуг, відсутність єдиної системи державного медичного страхування. Головним інструментом задоволення потреб у медичних послугах є ринок медичних послуг. Ту частину потреб, яка не задовольняється ринком (малозабезпечені верстви населення, пенсіонери, безробітні), бере на себе держава шляхом розробки та фінансування громадських програм медичної допомоги. Найбільш яскраво вона представлена охороною здоров'я США, де основа організації охорони здоров'я – приватний ринок медичних послуг, який доповнюють державні програми медичного обслуговування бідних «Medicaid» та пенсіонерів «Medicare» [1; 31]. Таку модель зазвичай називають платною, ринковою, американською, іноді – системою приватного страхування.

Друга модель характеризується значною (винятковою) роллю держави. Фінансування охорони здоров'я здійснюється головним чином із держбюджету, за рахунок податків з підприємств та населення. Населення країни отримує медичну допомогу безкоштовно (крім невеликого набору медичних послуг). Таким чином, держава є головним покупцем та постачальником медичної допомоги, забезпечуючи задоволення більшої

частини суспільної потреби у послугах охорони здоров'я. Ринку тут відведено другорядну роль, як правило, під контролем держави. Ця модель з 1948 р. існує у Великій Британії. Вона характерна також для Ірландії, Данії, Португалії, Італії, Греції й Іспанії. Її називають державною, бюджетною, держбюджетною [13].

Третю модель визначають як соціально-страхову чи систему регульованого страхування здоров'я. Дана модель спирається на принципи змішаної економіки, поєднуючи у собі ринок медичних послуг із розвиненою системою державного регулювання та соціальних гарантій, доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Вона характеризується насамперед наявністю обов'язкового медичного страхування всього чи майже всього населення країни за певної участі держави у фінансуванні страхових фондів. Держава тут відіграє роль гаранта у задоволенні суспільно необхідних потреб усіх чи більшості громадян у медичній допомозі незалежно від рівня доходів, не порушуючи ринкових засад оплати медичних послуг. Роль ринку медичних послуг зводиться до задоволення потреб населення понад гарантованого рівня, забезпечуючи свободу вибору і суверенітет споживачів. Багатоканальна система фінансування (з прибутку страхових організацій, відрахувань від зарплати, державного бюджету) створює необхідну гнучкість та стійкість фінансової бази соціально-страхової медицини. Найбільш яскраво дана модель представлена охороною здоров'я ФРН, Франції, Нідерландів, Австрії, Бельгії, Голландії, Швейцарії, Канади та Японії [31].

У додатку В наведено опис моделей систем охорони здоров'я зарубіжних країн. Проведений аналіз функціонування систем охорони здоров'я різних країн дозволяє зробити висновки про те, що кожна з них має свої переваги та недоліки:

- у жодній країні немає конкретних моделей у чистому вигляді;
- жодна модель не має універсальності;
- у будь-якій моделі є лише одне домінуюче джерело фінансування;

- у бюджетній та страховій моделях держава забезпечує понад 70% усіх витрат;
- найважливішим чинником стійкості систем є охоплення населення безкоштовними медичними послугами, відсутність дублювання витрат, ефективність витрачання ресурсів та доступність медичних послуг;
- жодна країна не може забезпечити всі потреби охорони здоров'я з державних коштів без приватного страхування та/або сплати.

По суті, вибір моделі охорони здоров'я не означає вирішення проблем раз і назавжди. У сучасних системах охорони здоров'я всього світу постійно йдуть процеси реформування, що полягають у багатоваріантному поєднанні різних вищеописаних моделей. Саме існування такого розмаїття систем і такої кількості проведених реформ, говорить про те, що жодна з них не ідеальна. Кожна держава прагне створити найбільш прийнятну з погляду ідеології, економіки та ментальності охорону здоров'я, тому сліпе запозичення ідей та копіювання успішних систем не завжди призводить до позитивного ефекту.

Отже, у світі накопичено суттєвий досвід у галузі побудови та оптимізації моделей фінансування та організації охорони здоров'я. Так, провідні країни послідовно домагаються розширення охоплення населення безплатною медичною допомогою, раціоналізації джерел фінансування та методів розподілу коштів, способів управління системою охорони здоров'я з метою підвищення її ефективності та усунення дублювання витрат. Незважаючи на те, що жодна з існуючих у світі моделей охорони здоров'я не може претендувати на універсальність, аналіз параметрів цих моделей, їх сильних і слабких сторін, а також узагальнення досвіду конкретних країн має значення при реформуванні та оптимізації діючої моделі охорони здоров'я в Україні.

## Висновки до розділу 2

У результаті реформування системи охорони здоров'я передбачається реалізувати комплекс завдань, щоб забезпечити належне фінансування системи охорони здоров'я, підвищити заробітну плату медичного персоналу, створити ефективну систему контролю якості надання послуг з медичної допомоги, розробити і оновити як національні, так і галузеві стандарти й протоколи лікування, запровадити державну оцінку медичних технологій, створити конкурентне середовище для медичних закладів, стимулювати розвиток добровільного медичного страхування, розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я, теле- і високотехнологічної медицини, eHealth, системи екстреної медичної допомоги, визначити механізми функціонування системи охорони здоров'я в Україні з урахуванням викликів, пов'язаних із глобальним поширенням COVID-19 та ін.

Системі охорони здоров'я доводиться пристосовуватися до мінливих і часто конкуруючих потреб у фінансових засобах. Щоб система функціонувала на належному рівні, вона повинна мати достатні кошти для інвестицій у будівлі та обладнання, покриття витрат на навчання персоналу, оплати праці персоналу, купівлі ліків та інших витратних матеріалів. На долю тих, хто розробляє політику в галузі охорони здоров'я та планує роботу систем охорони здоров'я, доводиться вирішення найважливіших завдань зі збирання доходів та створення фінансових пулів.

Основні параметри, що описують моделі охорони здоров'я у зарубіжних країнах: платна медицина, заснована на ринкових засадах із використанням приватного медичного страхування, державна медицина з бюджетною системою фінансування та система охорони здоров'я, заснована на засадах соціального страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування.

## РОЗДІЛ 3

### УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЕКОНОМІКИ УКРАЇНИ

#### **3.1. Удосконалення фінансового механізму державного управління системи охорони здоров'я**

У результаті децентралізації медичні установи та заклади, розташовані на території новоутворених територіальних громад фінансуються з бюджетів цих громад, починаючи з 1 січня 2021 р. При цьому повноваження органів місцевого самоврядування поширюються на: розробку різноманітних програм громадського здоров'я; оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я; розробку місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення [36].

На переконання експертів [34, с. 30] без ретельного моніторингу та вжиття своєчасних коригуючих заходів, поточна політика фіскальної децентралізації, що істотно розширює податкові повноваження та автономію місцевих органів влади, може призвести до менш справедливих та менш ефективних витрат на охорону здоров'я по всій країні. Разом з тим, центральний уряд не має повної картини загальних ресурсів, що виділяються на охорону здоров'я в кожному регіоні, оскільки він не бере участь у процесах формування місцевих бюджетів.

Загалом, реалізовані етапи реформи фінансування системи охорони здоров'я значно трансформували фінансовий механізм державного управління національною системою охорони здоров'я. Разом з тим,

залишається ряд невирішених проблем, що пов'язано із їхнім первинним неврахуванням при розробці концептуальних положень. Відповідно, фінансовий механізм має бути розвинутий, що у свою чергу ставить комплекс нових завдань [19, с. 97].

Проведений аналіз наукових джерел [4; 19; 27; 30] дозволив узагальнити напрями удосконалення фінансового механізму державного управління національною системою охорони здоров'я на різних рівнях. Нижче наводимо їх характеристику.

1) На рівні державного управління [4; 19]:

– формування чіткого механізму надання та фінансування гарантованих медичних послуг шляхом внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет» та Бюджетний Кодекс України. При формуванні державного бюджету необхідно визначати чіткий перелік гарантованих медичних послуг. На державному рівні доцільно затвердити недоторканий список, який не буде змінюватися кожного року, та варіативний список, який буде доповнювати перший зважаючи на: певний стан здоров'я населення; соціально-економічні показники, які визначають планові доходи та видатки державного бюджету; пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я;

– розширення діяльності Національної служби охорони здоров'я України в регіонах з метою підвищення ефективності фінансового забезпечення надання медичних послуг. Створення регіональних управлінь дозволить при розподілі коштів врахувати регіональні особливості та стан здоров'я населення в певних областях;

– формування системи заходів з метою налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між центральними органами виконавчої влади стосовно фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Зокрема, існує потреба у формуванні інформаційно-комунікаційних зв'язків між такими суб'єктами: центральні органи виконавчої влади стосовно розподілу державних коштів (МОЗ, НСЗУ); центральні органи виконавчої влади та місцеві органи влади (територіальні громади) [19, с.97];

– визначення спектру державного фінансування інноваційної діяльності закладами охорони здоров'я. Доцільно передбачати в Бюджетному кодексі України обов'язкові статті державних та місцевих видатків, направлені на розвиток інноваційної діяльності як в цілому системи охорони здоров'я, так і фінансування інноваційної діяльності окремих закладів охорони здоров'я зокрема. Крім того, вагоме значення для інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я має його стимулювання через оплату праці лікарів та медичного персоналу;

– розроблення комплексних методик оцінювання ефективності фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в цілому та закладів охорони здоров'я зокрема. Варто установити, що одним із напрямів державного фінансового аудиту закладів охорони здоров'я є аналітична оцінка фінансового стану закладів охорони здоров'я та фінансових результатів реалізації платних медичних послуг;

– врегулювання на державному рівні порядку використання коштів місцевих бюджетів для фінансування закладів охорони здоров'я. Необхідно зобов'язати місцеві органи влади проводити періодичний аналіз ефективності фінансування закладів охорони здоров'я та, на його підставі, здійснювати оцінку діяльності менеджменту тих закладів охорони здоров'я, що підпорядковуються місцевим органам влади;

– трансформування механізму стратегічних закупівель НСЗУ шляхом упровадження інноваційних програмних продуктів, які мають галузеві особливості. Одним із напрямів інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є застосування інноваційних інформаційно-комп'ютерних технологій, зокрема в частині управління фінансовим забезпеченням;

– врахування ефективності та якості надання медичних послуг, що реалізуються при фінансуванні закладів охорони здоров'я. Розроблення галузевих методик аналітичної оцінки ефективності використання економічних ресурсів закладами охорони здоров'я, що враховують якість

надання медичної допомоги та, в результаті цього, коригувати державне фінансове забезпечення;

– визначення механізмів фінансового контролю за діяльністю НСЗУ. Визначення органів державного фінансового контролю, що мають встановлювати законність, ефективність та цільове використання бюджетних коштів для фінансування системи охорони здоров'я.

2) На рівні реформування державного регулювання діяльності закладів охорони здоров'я [19; 30]:

– оптимізація кількості закладів охорони здоров'я в регіонах, що дозволить оптимізувати витрачання фінансових ресурсів для надання медичної допомоги усіх рівнів. У цьому контексті варто продовжити формування госпітальних округів та при цьому враховувати не тільки кількість населення, але й можливість доступу до закладів охорони здоров'я населення усього округу;

– трансформація системи оплати праці лікарів та іншого медичного персоналу, що дозволить підвищити якість кадрового складу закладів охорони здоров'я і, як результат, якість медичних послуг. Встановлення мінімального рівня оплати праці лікарів на рівні середньої заробітної плати в країні. Визначення надбавки до оплати праці за результати інноваційної діяльності та використання експериментальних методи лікування;

– розширення спектру платних медичних послуг державних закладів охорони здоров'я, що дасть можливість покращити їх фінансовий стан та створити власні фонди та резерви для провадження інноваційної діяльності та фінансування наслідків надзвичайних ситуацій. За рахунок розширення спектру платних медичних послуг державними та комунальними закладами охорони здоров'я є можливість отримувати додаткові фінансові ресурси [19, с.98];

– визначення напрямів оцінки ефективності фінансового управління закладами охорони здоров'я і визначення на їх основі результативності

діяльності менеджменту закладу охорони здоров'я – головного лікаря та його заступників;

– встановлення відповідальності менеджменту закладів охорони здоров'я, що пов'язані з неефективним використанням бюджетних коштів та фінансовим управлінням [19, с. 99].

Реалізація зазначених пропозицій дозволить підвищити результативність державного управління та уникнути сукупності ризиків, обумовлених сучасними реформами в досліджуваній сфері.

### **3.2. Розвиток системи державної підтримки некомерційних організацій сфери охорони здоров'я за умов цифровізації економіки**

Оскільки державна підтримка діяльності продуцентів сфери послуг охорони здоров'я включає безліч елементів, що у взаємозв'язку між собою, її саму правомірно розглядати як систему. Послуги сфери охорони здоров'я мають необмежене коло суб'єктів, які ними користуються, сконцентровані на забезпеченні загальнозначущої спрямованості розвитку країни, в якій задіяні продуценти послуг різної форми власності [31]. Некомерційні організації сфери охорони здоров'я, що приймають участь у розвитку цифрової економіки, є соціально-орієнтованими (тобто пом'якшують існуючу соціальну потребу послуг сфери охорони здоров'я, орієнтовані на потреби споживача послуг), мають інноваційну спрямованість (застосовують нові підходи під час надання послуг з допомогою інформаційних технологій) фінансово стійкі (використовують кошти за цільовим призначенням, раціонально використовують доходи, отримані від господарської діяльності), прагнуть взаємин на рівні партнерських відносин із споживачами щодо їх обслуговування та задоволення потреб при наданні послуг.

Державна підтримка діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я, - це сукупність конкретних елементів державної підтримки сфери охорони здоров'я, взаємопов'язаних між собою (включає законодавчу, організаційно-

економічну, фінансову, інформаційну, консультаційну і кадрову підтримки)  
(Рис. 3.1).

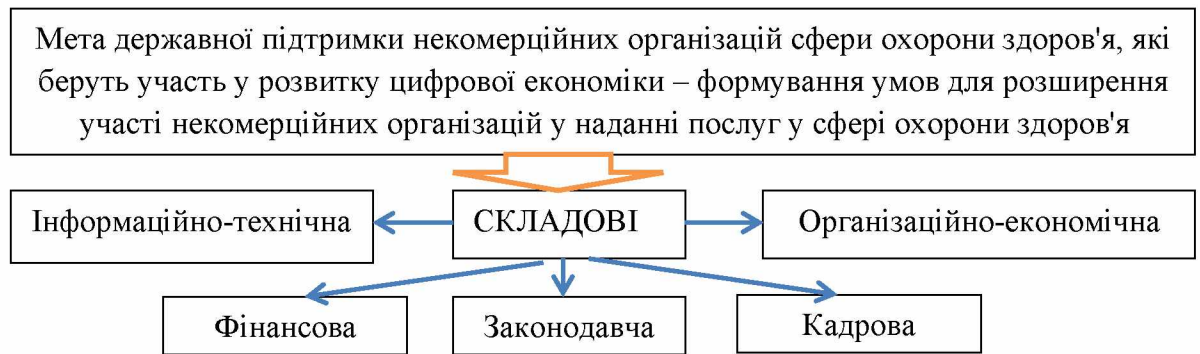


Рис. 3.1. Елементи системи державної підтримки некомерційних організацій сфери охорони здоров'я, які беруть участь у розвитку цифрової економіки (розроблено автором)

Законодавчо-нормативна підтримка некомерційних організацій сфери, що розглядається, здійснюється у вигляді розробки професійних стандартів і методичних рекомендацій, що регламентують порядок надання послуг охорони здоров'я [28].

Реалізація цільової державної програми розвитку охорони здоров'я за напрямом інформатизація охорони здоров'я та створення єдиної інфраструктури на державному, регіональному та муніципальному рівнях є формою організаційно-економічної підтримки. Цей напрямок включає консультаційну підтримку, яка може здійснюватися у вигляді: створення консультаційного відділу при Міністерстві охорони здоров'я, компенсації витрат, здійснених некомерційними організаціями. Залучення некомерційних організацій сфери охорони здоров'я у виконання програми державних гарантій безоплатного надання послуг їх отримувачам. З одного боку, це сприяє формуванню та розвитку ринку послуг охорони здоров'я, з іншого, буде стимулом для залучення додаткових джерел позабюджетного фінансування [28].

Фінансова підтримка здійснюється у вигляді бюджетного фінансування

Програми державних гарантій надання отримувачам послуг безоплатно; фінансування державних замовлень, асигнування реалізації державних цільових програм; субсидування окремих видів діяльності продуцентів послуг (зокрема з використанням інформаційно-комунікаційних технологій); інвестицій у модернізацію сфери охорони здоров'я; пільгового оподаткування та створення пільгових умов для отримання кредитів за низькими відсотковими ставками.

Кадрова підтримка – професійна підготовка та перепідготовка фахівців, корекція їхньої компетентності з використанням дистанційної освіти з урахуванням виявленої недостатності рівня кваліфікації (у тому числі й у сфері використання сучасних цифрових технологій).

Інформаційно-технічна підтримка некомерційних організацій сфери охорони здоров'я здійснюється у вигляді створення інформаційно-телекомунікаційних мереж та інформаційної інфраструктури на державному, регіональному та муніципальних рівнях із забезпеченням їхнього безперебійного функціонування [24].

В рамках реалізації інформаційно-технічної підтримки некомерційних організацій сфери охорони здоров'я здійснюються такі заходи [24]:

- оптимізація стандартизації у сфері інформатики;
- організація доступу некомерційних організацій до мережі користування Інтернетом з урахуванням вимог інформаційної безпеки;
- впровадження в діяльність некомерційних організацій сфери охорони здоров'я сучасних інформаційних систем;
- популяризація використання інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я;
- інтеграція програмних рішень надання послуг сфери охорони здоров'я персоналом на основі сучасного інформаційного та комунікаційного забезпечення;
- реалізація електронних освітніх курсів за безперервної професійної

освіти персоналу;

– створення експертних систем та застосування їх як інструменту формально-логічного контролю з боку спеціаліста-консультанта при дистанційному консультування;

– забезпечення безперебійної роботи прикладних компонентів інформаційної системи з метою використання інформаційних технологій, систем електронного документообігу та ведення карток одержувачів послуг в електронному вигляді.

Таким чином, реалізація напрямів державної підтримки некомерційних організацій сфери охорони здоров'я дозволить успішно функціонувати єдину інформаційну систему у сфері охорони здоров'я, підвищить доступність та якість послуг сфери охорони здоров'я, задовольнить потреби споживачів у високотехнологічних видах послуг.

### **3.3. Формування механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я в умовах цифрової економіки**

Цифрова революція торкнулася всіх галузей економіки. При цьому сфера охорони здоров'я цифровізація змінює радикально. Вирішальною трансформацією стає перехід до системи, «орієнтованої на споживача», що дозволить громадянам нести набагато більшу відповідальність за управління своїм здоров'ям і благополуччям своїх сімей. У цьому контексті варто згадати і про пандемію COVID-19, яка стала потужним стимулом для використання цифрових технологій, оскільки фізичний контакт мав бути зведений до мінімуму. Наразі цифровізація практики в галузі охорони здоров'я зростає в геометричній прогресії [9]. Так, в рамках системи eHealth починаючи з 1 жовтня 2021 року усі заклади охорони здоров'я України перейшли на оформлення електронних лікарняних. Відтепер пацієнти мають змогу повідомляти роботодавцю номер електронного лікарняного. Окрім цього, медичні працівники можуть покращити свої цифрові навички завдяки

освітньому серіалу «Цифрові навички для медиків». Використовуються цифрові рішення для вакцинації від COVID-19 (додаток «Вдома», сертифікат про вакцинацію, працює контактний центр з протидії поширенню COVID-19) [37]. За офіційними даними МОЗ спільно з НСЗУ, ДП «Електронне здоров'я» та ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» визначило перелік проєктів цифрової трансформації у сфері охорони здоров'я до 2023 р. [35]. (Рис. 3.2).

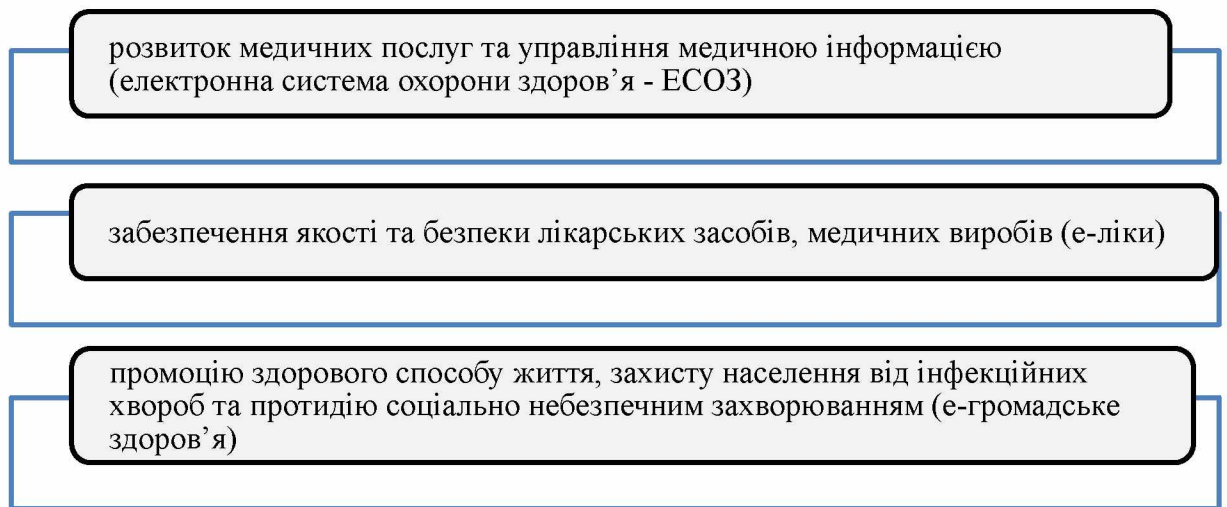


Рис. 3.2. Пріоритетні напрями проєктів цифрової трансформації до 2023 р. [складено за: 35]

Кожен із напрямів містить свої підпроєкти, зокрема [35]:

– підпроєкти ЕСОЗ: електронний кабінет пацієнта, електронний стаціонар, електронний план лікування, електронні медичні обстеження, модуль чутливих даних, електронні медичні висновки (про тимчасову неприцездатність, для отримання водійського посвідчення, про стан функціональності людини, про смерть);

– підпроєкти e-ліки: електронна система управління запасами лікарських засобів та медичних виробів «eStock», модернізація Державного реєстру лікарських засобів, створення Державного реєстру медичних виробів, електронний рецепт на інсуліни, наркотичні засоби та усі рецептурні препарати;

– підпроекти е-громадське здоров'я: електронна інтегрована інформаційна система спостереження за інфекційними захворюваннями (ЕЛІССЗ), медична інформаційна система «Моніторинг соціально значущих захворювань», Інформаційний фонд в сфері громадського здоров'я.

У зв'язку з цим доцільним є формування відповідного механізму управління сферою охорони здоров'я. Механізм управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я є основним забезпечення доступності послуг охорони здоров'я для їх одержувачів. В умовах ринку особливо важливо визначити пріоритети розвитку медичних установ, наголосивши на формуванні відповідної інфраструктури, що включає матеріально-технічне оснащення продуцентів послуг на основі інноваційних розробок у галузі інформаційно-комунікаційних технологій.

В умовах глобалізації економічних процесів та загострення конкуренції на перше місце виходить завдання найповнішого задоволення потреб одержувачів послуг. На наш погляд, під механізмом управління розвитком сферою охорони здоров'я слід розуміти потенціал забезпечення процесу надання послуг, його матеріальна складова, що складається з сукупності елементів, взаємопов'язаних між собою та «налаштованих» на реалізацію функції надання послуг охорони здоров'я з урахуванням потреб усіх зацікавлених сторін, які взаємодіють в умовах мінливої парадигми глобального ринку загалом.

Схематично структурне уявлення механізму управління сферою охорони здоров'я і натомість організації та розвитку цифрової економіки представлено рисунку 3.3.

Мета цього механізму – підвищення результативності та ефективності надання населенню послуг охорони здоров'я з урахуванням генези цифрової економіки. Нижче наводимо опис ключових елементів механізму.

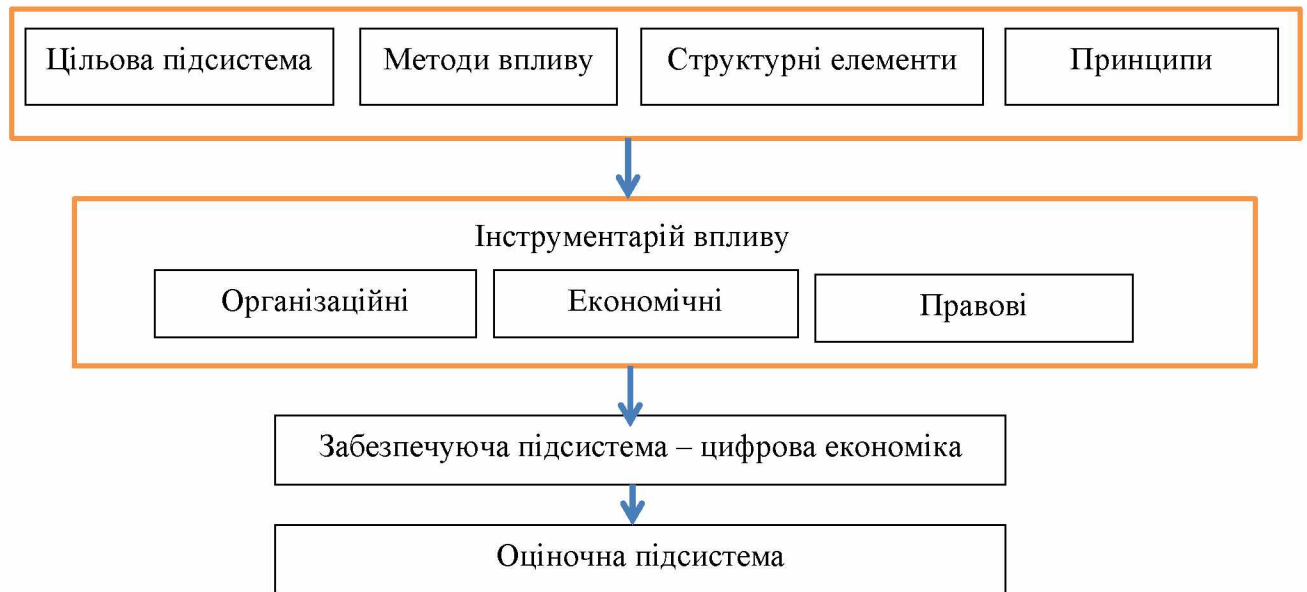


Рис. 3.3. Механізм управління сфери охорони здоров'я в умовах цифрової економіки [складено автором]

Цільова підсистема передбачає підвищення результативності та ефективності надання населенню послуг охорони здоров'я в умовах цифрової економіки.

Структурні елементи включають: продуценти охорони здоров'я, послуги охорони здоров'я, фахівці, технології, споживачі, цифрова інфраструктура.

Принципи: доступність, комплексність, адаптивність, стійкість, результативність, ефективність, клієнтоорієнтованість, формалізованість, синхронність, оперативність, прозорість.

Організаційні методи впливу:

- оптимізація організаційної інфраструктури продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я;
- розвиток матеріально-технічної бази організацій сфери охорони здоров'я;
- участь у реалізації державних та регіональних програм;

- підвищення кваліфікації персоналу на основі персоніфікованої корекції компетентності спеціаліста у системі безперервної освіти;
- забезпечення населення віддалених та важкодоступних територій якісними послугами охорони здоров'я, що надаються за допомогою інформаційних та комунікаційних технологій на основі корекції компетентності спеціаліста з урахуванням експертизи помилок при наданні послуг з охорони здоров'я;
- впровадження системи комплексного підвищення якості послуг;
- розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

#### Економічні методи впливу:

- удосконалення фінансового забезпечення діяльності продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я (бюджетне фінансування);
- співфінансування проектів та програм;
- запровадження податкових пільг суб'єктам інфраструктури, системи пільгового кредитування;
- удосконалення цінового та тарифного регулювання.

#### Правові методи впливу:

- вдосконалення нормативно-правової бази для функціонування організацій сфери послуг охорони здоров'я у системі цифрової економіки;
- вдосконалення правового забезпечення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Забезпечуюча підсистема – цифрова економіка. Впровадження інформаційних та комунікаційних технологій у організації сфери охорони здоров'я у розвиток комплексних інформаційних систем: розвиток широкосмугового доступу з урахуванням застосування сучасних технологій організації доступу; розвиток хмарних технологій; створення центрів обробки даних; впровадження системи електронного документообігу.

Оціночна підсистема: інтегральна оцінка результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я, які надають послуги у системі інформаційних та комунікаційних технологій.

У міру формування механізму управління сферою охорони здоров'я структурні елементи можуть розширюватись або замінюватись на інші залежно від соціальної політики держави, економічних реформ, криз тощо. Наприклад, громадські інститути, банки, ділові партнери, ВНЗ із підготовки медичних кадрів. У цьому полягає властивість адаптивності механізму ефективно виконувати поставлені завдання з урахуванням викликів сучасності.

Отже, основною умовою розвитку механізму управління сферою охорони здоров'я є цифрова економіка, тобто інформаційно-комунікаційне забезпечення продуцентів послуг охорони здоров'я для підвищення оперативності та якості обслуговування споживачів. Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити низку першочергових завдань, а саме: розвиток комплексних цифрових систем на основі технології великих даних; організація широкосмугового доступу до Інтернету; використання хмарних технологій; впровадження технології блокчейн; побудова інформаційної інфраструктури; застосування нових видів послуг; впровадження у роботу персоналу системи електронного документообігу під час надання одержувачу послуги охорони здоров'я; підтримка кібер безпеки на світовому рівні.

### **Висновки до розділу 3**

Впровадження запропонованих нами заходів щодо удосконалення фінансового механізму державного управління системи охорони здоров'я на різних рівнях – як на державному, так і на рівні діяльності закладів охорони здоров'я дозволить підвищити результативність державного управління та уникнути ризиків, обумовлених сучасними реформами в досліджуваній

сфері. Необхідним є перехід на новий механізм фінансування установ охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги шляхом впровадження нових механізмів фінансування – поступовий перехід до фінансування на основі наданих медичних послуг гарантованого пакету медичної допомоги; запровадження оплати результатів діяльності закладів охорони здоров'я як автономних суб'єктів господарювання та ін.

Тенденції цифровізації впливають на зміну парадигми в політиці управління сферою охорони здоров'я. Кількість цифрових технологій, які застосовуються нині в системі охорони здоров'я, протягом останніх років зростає в геометричній прогресії.

Функціонал механізму управління сферою охорони здоров'я повинен бути орієнтований на надання якісних послуг конкретному споживачеві у встановлений термін, відповідно зовнішні умови, що змінюються, необхідно враховувати і коригувати (підлаштовувати) під бізнес-процеси в певних межах, які заздалегідь розраховані та узгоджені. Внутрішні відхилення можливі на основі зворотного зв'язку.

## ВИСНОВКИ

Охорона здоров'я є системою, що складається з соціально-економічних і медичних заходів, що мають на меті зберігати і підвищувати рівень здоров'я кожної людини і всього населення країни. Виступаючи як складна соціально-економічна система, і будучи при цьому специфічною галуззю народного господарства, охорона здоров'я сприяє забезпеченню реалізації одного з важливих принципів – надання висококваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги населенню та покращення стану його здоров'я в цілому.

Головною метою системи охорони здоров'я на сучасному етапі є організація якісно нових моделей інфраструктури та схем управління відповідно до вимог теорії систем, менеджменту та реальних умов. Тому за нинішніх економічних умов функціонуюча система охорони здоров'я підлягає суттєвим організаційно-управлінським змінам на науковій основі.

Процеси реформування цієї галузі вимагають компетентного управління, що неможливо без єдиної, згуртованої команди однодумців, експертів у медичній галузі та політиці, без адекватної законодавчої та нормативної бази. Крім того, проблеми здоров'я населення мають торкатися інтересів держави, суспільства та особисто кожної людини.

Продовження реформи системи охорони здоров'я у постпандемічний період має враховувати проблеми, що збільшують ймовірність розвитку інфекційних захворювань, організації та надання медичних послуг щоб забезпечити здорове і активне довголіття населенню.

Система фінансування охорони здоров'я в Україні не забезпечує результативного захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних із необхідністю оплати медичної допомоги, вирівнювання тягаря несення витрат на охорону здоров'я. незважаючи на щорічне збільшення обсягів бюджетних видатків на галузь охорони здоров'я, державні гарантії надання безплатної медичної допомоги громадянам є декларативними, не

забезпеченими достатнім державним фінансуванням. Засоби охорони здоров'я дезінтегровані та, крім того, відбувається дублювання витрат. У медичних організацій та медичних працівників відсутні стимули до підвищення ефективності своєї діяльності. Результати роботи охорони здоров'я не є настільки позитивними, наскільки це може бути забезпечено існуючими ресурсами. Населення в Україні в основному не задоволене медичним обслуговуванням і є досить одностайним щодо необхідності здійснення перетворень у охороні здоров'я, починаючи з реформування системи фінансування.

Комплексний аналіз систем охорони здоров'я зарубіжних країн, що фінансуються з фондів загального медичного страхування, може слугувати гарною підставою для розробки механізмів переведення охорони здоров'я України на страхові принципи, гарантування насправді свободи вибору пацієнтом страхової та медичної організації, підвищення ефективності управління охороною здоров'я, посилення фінансового контролю з боку страхових компаній, медичними установами.

Державне регулювання у сфері охорони здоров'я передбачає створення необхідних умов для ефективної та успішної діяльності закладів охорони здоров'я. Серед основних його напрямів на сучасному етапі важливим є визначення цілей та завдань здійснення державно-правового регулювання, а також розуміння, які конкретно результати мають бути досягнуті. Враховуючи той факт, що чинне законодавство України не має на сьогоднішній день цілісного механізму державного регулювання ринкових економічних відносин, за винятком окремих нормативних механізмів застосування регуляторів (ліцензування, порядок визначення цін і тарифів тощо), необхідним стає визначення можливих шляхів державного регулювання за механізмами функціонального призначення кожного засобу регулювання.

В результаті проведеного дослідження нами було визначено особливості реформування фінансового забезпечення системи охорони

здоров'я України. Встановлено особливості фінансування первинної медичної допомоги державним та місцевими бюджетами. Запропоновано сукупність напрямів удосконалення фінансового механізму державного управління системою охорони здоров'я на рівні державного управління та державного регулювання діяльності закладів охорони здоров'я.

До системи управління сферою охорони здоров'я запропоновано додатково такий критерій, як застосування інформаційних технологій при наданні медичних послуг. Використання інформаційно-комунікаційних технологій дає можливість споживачам – мешканцям віддалених районів отримати оперативно-кваліфіковані послуги охорони здоров'я. Крім того, інформаційно-комунікаційні технології забезпечують доступність послуг при екстрених (надзвичайних) ситуаціях з урахуванням дотримання основних прав одержувачів послуг. Виділяють такі ключові напрями розвитку цифрової економіки, найбільш характерні для послуг охорони здоров'я: створення цифрової інфраструктури для скорочення розриву між регіонами країни, розвиток електронного урядування, формування сервісу та послуг на базі інформаційно-комунікаційних технологій у галузі освіти та охорони здоров'я.

Основна мета розвитку цифрової економіки у сфері охорони здоров'я – збільшення безпеки, доступності, якості послуг охорони здоров'я з урахуванням підвищення ефективності витрачання ресурсів сфери охорони здоров'я за рахунок використання інформаційних технологій. Цифровою економікою сфери охорони здоров'я є сукупність методичного, організаційного та правового забезпечення діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я, які використовують інформаційні та комунікаційні технології, при наданні послуг та розвитку в рамках єдиної інформаційно-технічної політики.