

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ “ЖИТОМИРСЬКА ПОЛІТЕХНІКА”

Л.Р. Криничко

**ТЕОРІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ
ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Монографія

ЖИТОМИР

2020

УДК 351:338.23
K82

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Державного університету “Житомирська політехніка”
(протокол №12 від 07.12.2020)*

Рецензенти :

доктор наук з державного управління, професор І.П. Лопушинський,
*заслужений працівник освіти України,
завідувач кафедри державного управління та місцевого самоврядування
Херсонський національний технічний університет*

доктор наук з державного управління, професор Л.В. Антонова,
*професор кафедри обліку і аудиту
Чорноморський національний університет імені Петра Могили,*

доктор наук з державного управління, доцент Ю.В. Шпак,
*професор кафедри економічної безпеки,
публічного управління та адміністрування,
Державний університет «Житомирська політехніка»*

K82 **Криничко Л.Р.**
Теорія та методологія державного управління в сфері охорони здоров'я [Текст]: монографія / Л.Р. Криничко. – Житомир : Вид. О.О. Євенок, 2020. – 348 с.
ISBN 978-966-995-240-0

В результаті проведеного дослідження обґрунтовано теоретико-методологічні засади і розроблено науково-практичні рекомендації щодо розвитку формування та реалізації механізмів державного управління системою охорони здоров'я. Обґрунтовано тенденції розвитку системи охорони здоров'я та ідентифіковано ключові точки реформування. Здійснено оцінку сучасного стану системи охорони здоров'я України для ідентифікації проблем державно-управлінських рішень. Розроблено кадровий та фінансовий механізми державного управління. Обґрунтовано структуру та напрями розвитку інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі охорони здоров'я. Удосконалено інформаційно-комунікаційні зв'язки державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування.

Видання призначене для докторантів, аспірантів, магістрантів, наукових співробітників, викладачів і студентів вищих закладів освіти, які досліджують проблеми розвитку теорії та методології державного управління в сфері охорони здоров'я.

ISBN 978-966-995-240-0

УДК 351:338.23
© Криничко Л.Р., 2020

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
РОЗДІЛ 1. Теоретичні положення розвитку державного управління в сфері охорони здоров'я	10
1.1. Державне управління в сфері охорони здоров'я: міждисциплінарність, соціальний вплив на врегулювання інтересів ...	10
1.2. Проблеми системи охорони здоров'я та напрями їх вирішення в працях вітчизняних вчених	29
1.3. Удосконалення понятійно-категоріального апарату державного управління у сфері охорони здоров'я	49
Висновки до 1-го розділу	62
РОЗДІЛ 2. Методологія державного управління системою охорони здоров'я України	66
2.1. Системний підхід до методології державного управління системою охорони здоров'я	66
2.2. Особливості розвитку та трансформації державного управління системою охорони здоров'я в Україні	86
2.3. Напрями розвитку державного управління системою охорони здоров'я України	99
Висновки до 2-го розділу	122
РОЗДІЛ 3. Сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я в Україні	125
3.1. Оцінка наслідків та результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні	125
3.2. Оцінка стану здоров'я населення України	150
3.2. Стан здоров'я населення України та країн Європи за міжнародними рейтингами	163
Висновки до 3-го розділу	182
РОЗДІЛ 4. Удосконалення механізмів державного управління системою охорони здоров'я	186
4.1. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я	186
4.2. Інвестиційно-інноваційна діяльність держави у сфері охорони здоров'я	209
4.3. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я ...	229
Висновки до 4-го розділу	249

РОЗДІЛ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування	254
5.1. Налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків у державному управлінні системою охорони здоров'я	254
5.2. Організація інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я	278
5.3. Застосування інформаційно-комп'ютерних технологій в інформаційно-комунікаційній системі державного управління у сфері охорони здоров'я	298
Висновки до 5-го розділу	308
Висновки	312
Список використаних джерел	318
Додатки	336

ПЕРЕДМОВА

Стан здоров'я населення будь-якої країни є ключовим фактором соціально-економічного розвитку країни, адже визначає стан людських ресурсів, а отже кадрового потенціалу для держави, інвесторів, роботодавців та інших учасників господарських відносин. Особливо важливим стан здоров'я населення є при формуванні та розробці державної політики у сфері охорони здоров'я. Система охорони здоров'я є особливою сферою державного управління, адже впливає на громадське здоров'я, яке у свою чергу є складовою людського капіталу держави; характеризує рівень економічного, соціального та екологічного розвитку держави; впливає на усі сфери суспільного життя; становить інтерес усіх без винятку учасників суспільних відносин (людина, суспільство, держава, суб'єкти господарювання, громадські організації та інші); здоров'я знаходиться на перетині інституційних інтересів суб'єктів формування та реалізації державної політики. Система охорони здоров'я України є досить мінливою до реформ галузі державного управління. Це обумовлено тим, що охорона здоров'я є складовою соціальної політики держави та завжди знаходиться на перетині соціальних інтересів більшості членів суспільства. Питання реформування системи охорони здоров'я є вкрай важливою сферою державного управління та розвитку політичної системи країни в цілому. Від ефективності здійснюваних реформ залежить розвиток національної економіки, налагодження соціального консенсусу та забезпечення відповідного рівня національної безпеки. Зазначене актуалізує науковий пошук шляхів розвитку державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування.

Вагомий внесок у розвиток теорії, організації та методології державного управління системою охорони здоров'я здійснили вітчизняні та зарубіжні вчені. Зокрема вагоме значення в розвиток науки було здійснено вченими, що підготували докторські та кандидатські дисертації з окреслених проблем: Радиш Я.Ф., Бугайцов С.Г., Ярош Н.П., Рингач Н.О., Банчук М.В., Клименко О.В., Надюк З.О., Курило Т.М., Рудий В.М., Мартинюк О.І., Лещенко В.В., Парашич І.М., Буравльов Л.О., Бедрик І.О., Ляховченко Л.А., Торбас О.М., Васюк Н.О., Корольчук О.Л., Висоцька Т.Є., Білоус І.В., Дудка В.В., Кузьмінський П.Й., Жилка К.І., Фірсова О.Д., Кризина Н.П., Мокрецов С.Є., Коваленко Т.Ю., Білінська М.М., Джафарова Д.М., Фуртак І.І., Пітко Я.М., Дуб Н.Є., Фільц Ю.О., Штогрин О.П., Юристовська Н.Я., Шегедин Я.Ю.,

Шевчук В.В., Вовк С.М., Карлаш В.В., Устимчук О.В., Галацан О.В., Котляревський Ю.О., Кравченко Ж.Д., Лермонтова Ю.О. Окремі аспекти державного управління системою охорони здоров'я викладені в наукових працях А.В. Антонов, Л.В. Антонова, Н.В. Дацій, С.М. Домбровська, Д.В. Карамішев, Л.В. Сергієнко, О.Д. Крикун, С.М. Петрик, Ф.Р. Криничко та інші. Серед зарубіжних вчених питаннями державного управління системою охорони здоров'я займалися: D. S. Kringos, W. G. W. Voerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman; W.G. W. Voerma, D. M. Fleming; R.B. Saltman, A. Rico, W.G. W. Voerma; M. McKee, J. Healy; Martin Roland, Bruce Guthrie, David Colin Thomé; C. Sch oen, R. Osborn, P.T. Huynh.

Враховуючи напрацювання та проблематику досліджень вищезазначених вчених, слід зазначити, що ряд проблем, які потребують ґрунтовного дослідження, залишилися частково або повністю поза їх увагою, особливо в контексті ініційованої медичної реформи. Необхідність комплексного дослідження питань розвитку теорії, організації та методології державного управління системою охорони здоров'я зумовлює актуальність обраної теми дослідження.

В першому розділі розроблено теоретичні положення державного управління системою охорони здоров'я шляхом: по-перше, обґрунтування системи охорони здоров'я на перетині економічних, юридичних та соціологічних наук, що визначає її властивості як комплексного об'єкта державного управління; по-друге, ідентифіковано вплив політичних та економічних факторів на розвиток державного управління системою охорони здоров'я; по-третє, визначення напрямів гармонізації інституційних інтересів суб'єктів суспільних відносин. Обґрунтування тенденцій розвитку наукового знання у сфері державного управління системою охорони здоров'я через оцінку наукових досліджень даних проблем вітчизняними вченими в контексті історико-теоретичних, методологічних та організаційних положень, в результаті чого розроблено карту розвитку наукових положень державного управління системою охорони здоров'я. Удосконалено понятійно-категоріальний апарат державного управління системою охорони здоров'я через обґрунтування багатоаспектної сутності наступних понять та категорій: 1) охорона здоров'я як вид суспільної діяльності; науки та сфери державного управління; 2) громадське здоров'я як наука та сфера суспільної діяльності; 3) медична послуга на теоретичному та практичному рівнях. Ідентифіковано взаємозв'язки між зазначеними поняттями та визначено їх

медичні, економічні, правові та соціологічні властивості, що визначають специфіку державного управління.

В другому розділі розроблено комплекс методологічних положень державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування через застосування системного підходу, що визначає: багаторівневість суб'єктної складової (загальнодержавний, регіональний, місцевий); багатовекторність об'єктної складової (медична послуга, медична освіта, забезпечення громадського здоров'я виробництво та постачання ліків); сукупність механізмів державного управління, що визначають методологічну дію; комунікаційна взаємодія із громадськістю як основи зворотного зв'язку. За кожною складовою системи державного управління ідентифіковано властивості та визначено перспективи розвитку. Ідентифіковано властивості етапів розвитку системи охорони здоров'я за часів незалежності України, що дозволило виявити її властивості під впливом різних видів державного регулювання та втручання, повною мірою визначити стратегічні загрози та переваги реформування. Удосконалено теоретико-методологічні положення державного управління в досліджуваній сфері через визначення специфічних рис реформування державного управління системою охорони здоров'я в контексті Програми економічних реформ 2010-2014 рр. та Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я у 2015-2020 рр. Розроблені інформаційні моделі реформ системи охорони здоров'я стали основою запропонованих стратегічних напрямів розвитку державного управління за такими складовими як фінансовий, інноваційний та кадровий потенціал, що визначає якість медичної послуги, яку ідентифіковано визначальним фактором громадського здоров'я.

В третьому розділі оцінено наслідки та результати реформування системи охорони здоров'я відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я у 2015-2020 рр., що дозволило виявити напрями трансформації процесів формування та реалізації таких механізмів державного управління як фінансовий, правовий та контрольний. Визначено стан громадського здоров'я населення України та світу через статистичне дослідження чисельності населення, тривалості життя, смертності населення, захворюваності на вірусні хвороби, що дозволило виявити найбільш критичні точки та системи охорони здоров'я, як основи симптомів проблеми державної політики.

В четвертому розділі розроблено організаційно-методологічні положення механізму формування та використання багаторівневого

кадрового резерву державного управління системи охорони здоров'я, які передбачають чотири рівні кадрового резерву (резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я; резерв керівних кадрів закладів охорони здоров'я; резерв медичних кадрів регіону; мобілізаційний кадровий резерв медичних працівників), за кожним із яких визначено: сутність; суб'єктів формування; принципи (системності, періодичності, плановості, гласності, незалежності, рівності); порядок формування (визначенні вимоги до кількісного та якісного складу резервів, ідентифіковані професійні вимоги до претендентів; обґрунтовано порядок відбору претендентів) та використання; специфіку правового регулювання (запропоновано сукупність нових нормативно-правових актів). Запровадження процедури кадрового резервування за запропонованими положеннями дозволить забезпечити: безперебійність оновлення кадрів, ефективність використання кадрового потенціалу та системності задекларованої реформи. Запропоновано інвестиційно-інноваційний механізм державного управління системою охорони здоров'я, що включає в себе: 1) багаторівневий прояв держави (управлінець, регулятор, партнер, позичальник, кредитор, інвестор); 2) порядок трансформації складових системи в частинні взаємодії інвестиційного та інноваційного процесів; 3) напрями розробки інноваційного продукту (інновації в управлінський процес, інновації в процес організації медичної послуги, інновації в медичній допомозі, інновації в медичній освіті, інновації в інших сферах); 4) способи фінансового забезпечення (фінансування науки, державно-приватне партнерство, випуск державних облігацій, пільгове кредитування, створення державних інвестиційних фондів). Це дозволяє в комплексі підійти до інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в умовах реформування, що сприятиме підвищенню результативності державного управління та якості медичної послуги. Удосконалено фінансовий механізм державного управління системою охорони здоров'я, що передбачає трансформацію системи фінансового забезпечення: на рівні державного управління (запропоновано: затвердити недоторканий та варіативний список гарантованих медичних послуг; створити регіональні відділення (управління) НСЗУ; затвердити комплекс заходів щодо удосконалення інформаційно-комунікаційної системи НСЗУ; передбачити фінансування інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я; затвердити комплексні методики оцінки ефективності фінансового забезпечення системи охорони здоров'я; трансформувати порядок місцевого фінансування охорони здоров'я; визначити механізм

фінансового контролю); на рівні державного регулювання (запропоновано: при оптимізації кількості закладів охорони здоров'я враховувати можливість доступу населення; встановити мінімальний рівень оплати праці лікарів та медичного персоналу та встановити надбавки за результатами інноваційної діяльності; розширити спектр платних медичних послуг).

В п'ятому розділі розвинуто теоретико-методологічні положення формування багаторівневої інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я, в результаті чого визначено склад, зміст та властивості елементів такої системи (комунікативний простір, комунікативний процес, комунікант, комунікатор, реципієнт, канали комунікації, бар'єри комунікації, верифікація інформації, захист інформаційно-комунікаційної системи, інформаційний обмін). Запропоновано механізм формування інформаційно-комунікаційної системи на різних рівнях управління та реалізації медичної послуги (міжінституційний, міжсистемний, міжсуб'єктний (управлінський, медичний), міжособистісний), що передбачає сукупність заходів державного регулювання та інноваційний порядок реалізації державно-управлінського рішення. Визначено напрямів впровадження інформаційно-комп'ютерних технологій в інформаційно-комунікаційну систему державного управління у сфері охорони здоров'я, що передбачає розробку та впровадження: програмного забезпечення щодо комунікації між закладами охорони здоров'я різних рівнів медичної допомоги; бази даних про лікарів та кадрові резерви різних рівнів; бази даних про стан громадського здоров'я.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ПОЛОЖЕННЯ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Державне управління в сфері охорони здоров'я: міждисциплінарність, соціальний вплив на врегулювання інтересів

Громадське здоров'я є особливою сферою державного управління з декількох позицій:

- по-перше, громадське здоров'я є складовою людського капіталу держави;

- по-друге, громадське здоров'я характеризує рівень економічного, соціального та екологічного розвитку держави;

- по-третє, рівень громадського здоров'я впливає на усі сфери суспільного життя;

- по-четверте, в громадському здоров'ї зацікавлені усі без винятку учасники суспільних відносин (людина, суспільство, держава, суб'єкти господарювання громадські організації та інші);

- по-п'яте, громадське здоров'я знаходиться не перетині інституційних інтересів суб'єктів формування та реалізації державної політики.

Усе зазначене характеризує громадське здоров'я, як складне суспільне явище, що виступає, як ключовим фактором забезпечення національних інтересів, так і результатом їх дотримання. «Здоров'я, як індивідуальне, так і суспільне, безпосередньо залежить від умов життєдіяльності, зокрема, таких чинників, як: спосіб життя, генетика, зовнішнє середовище, а також рівень розвитку охорони здоров'я. Заходи держави повинні бути спрямовані на те, щоб ці чинники сприяли зміцненню здоров'я людини, а не діяли з протилежним ефектом. Адже, загальновідомо, хворобу легше попередити, ніж усунути» [199, с. 72]. Безумовно громадське здоров'я в таких умовах є особливо актуальним об'єктом державного управління та державної політики. Незважаючи на значну кількість наукових праць, присвячених даним питанням, громадське здоров'я є досить динамічним, що обумовлює потребу в постійному науковому пошуку нових механізмів формування та реалізації державної політики.

Питання державного управління системою охорони здоров'я досліджували вітчизняні та зарубіжні вчені, зокрема: М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова, Л.І. Жаліло, О.І. Мартинюк, С.Я. Пак, Т.П. Авраменко, О.В. Балуєва, В.Д. Долот, О.Д. Крикун, В.О. Жаховський, Д.В. Карамішев, О.І. Мартинюк, В.П. Мегедь, Л.А. Мельник, С.М. Петрик, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова, Л.В. Сергієнко, І.І. Хожило та інші. Віддаючи належне працям вчених та їх вагомим науковим результатам, зауважимо, що сфера охорони здоров'я, як об'єкт державного управління знаходиться в постійній динаміці, що обумовлено міждисциплінарними проблемами, а отже, об'єкт дослідження має постійну актуальність.

Громадське здоров'я є особливим соціальним явищем, а тому держава має забезпечити ефективне управління системою охорони здоров'я для утримання його на високому рівні. «Однією з фундаментальних характеристик людського існування є здоров'я, яке осмислюється кожною епохою і кожною культурою виходячи з існуючих традицій і цінностей, економічних умов, політичної системи суспільства» [112, с. 12]. Саме тому в контексті розвитку державного управління варто розглядати дві категорії, які в свою чергу є соціальними явищами, а саме: громадське здоров'я та охорона здоров'я. Зазначені категорії є взаємопов'язаними і в окремих випадках впливають одне з одного. «Громадське здоров'я управляється і гарантується соціальними інститутами суспільства, завдяки соціально-економічному механізму, який фактично є системою життєзабезпечення» [83, с. 31].

«Не викликає сумніву те, що здоров'я - це стан, який є цінним сам по собі. Для поліпшення здоров'я люди використовують в тому числі систему охорони здоров'я. Але, на відміну від здоров'я, система охорони здоров'я є цінною не сама по собі, а лише, як засіб для досягнення найкращого здоров'я, у тому числі, шляхом надання медичної допомоги» [181, с. 27].

Державне управління у сфері охорони здоров'я займає ключову роль. І в даному випадку погоджуємося із вітчизняними вченими: «Як об'єктивна реальність управління є суспільним явищем, притаманним усім країнам на будь-яких етапах людської цивілізації. За часом виникнення управління передує виникненню перших державних утворень. Основні риси владно-розпорядчої діяльності характерні ще для історичних періодів первісної доби, коли основою влади були кровна родинність, традиції, звичаї, вірування племені. Адже вже на той час головним завданням влади

(глави роду чи старійшини) було життєзабезпечення племені, а соціальні цінності полягали в задоволенні інтересів більшості громади у цілому. Тому генезис у соціальних спільнотах розглядається як історичне виокремлення особливого виду діяльності з групової сумісної праці людей» [59, с. 8]. Отже, система державного управління у сфері охорони здоров'я має забезпечити врахування інтересів різних учасників суспільних відносин, та в першу чергу інтересів суспільства загалом.

«Держава, як суб'єкт управління суспільним розвитком, існує не одне тисячоліття і проявила себе як універсальна організація суспільства. Вона є формою і способом упорядкування та забезпечення нормальних умов життєдіяльності людей» [35, с. 13]. «Управління, як функція організованих систем будь-якої природи, забезпечує не тільки збереження їх певної структури, реалізацію цільових установок в умовах стабільності, але, перш за все, розвиток системи, зміна її якісного (структурного) стану в умовах зміни зовнішнього середовища» [121]. Відповідно основною складовою державного забезпечення життєдіяльності людей є забезпечення високого рівня громадського здоров'я, що може бути досягнуто через ефективну систему державного управління системою охорони здоров'я.

Особливість системи охорони здоров'я, як об'єкта державного управління полягає в наступних особливостях:

- міждисциплінарність дослідження (медицина, економіка, право, психологія, соціологія, державне управління, технології та інші сфери наукового пізнання);

- багатофакторність впливу на громадське здоров'я та систему охорони здоров'я;

- перетин інтересів різних учасників суспільних відносин (людина, держава, суб'єкти господарювання).

Відповідно до цього трансформуються функції держави, а їх реалізація в частині забезпечення високого рівня громадського здоров'я здійснюється через сукупність різних видів державної політики. Вважаємо, що для забезпечення теоретичного підґрунтя розвитку методології та організації формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, необхідним є обґрунтування властивостей системи охорони здоров'я в контексті вище представлених особливостей. Розглянемо кожну із особливостей більш детально, що дозволить виявити,

як власне властивості, так і критичні точки сучасної системи охорони здоров'я, на вирішення яких має бути направлена державна політика.

1. Міждисциплінарність об'єкта дослідження.

Громадське здоров'я та система охорона здоров'я, як інструмент забезпечення першого знаходяться в об'єктному полі, а їх поєднання відбувається лише через систему наук державного управління. Це обумовлено тим, що науки з державного управління покликані врахувати усі властивості суспільного явища та розробки теоретичного підґрунтя розвитку методології державного управління, як системи, що забезпечить врахування різносторонніх інтересів щодо певного суспільного явища. Таким суспільним явищем є громадське здоров'я, а в свою чергу система охорони здоров'я є результатом державно-управлінських рішень.

Розглянемо особливості громадського здоров'я та системи охорони здоров'я, як об'єктів наукового дослідження різних суспільних наук.

Юридичні науки. В контексті розвитку юридичних наук громадське здоров'я та система охорона здоров'я розглядається з таких позицій:

- по-перше, як забезпечення права людини на здоров'я;
- по-друге, в контексті правового регулювання надання медичних послуг;
- по-третє, важливою складовою державної політики є правових механізм її реалізації.

Усі позиції є взаємопов'язаними та не можуть розглядатися відокремлено одна від одної. Варто зауважити, що право на здоров'я гарантується конституціями більшості країн, у тому числі і Конституцією України. «Конституцією України та міжнародними документами передбачено: людина, незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного та соціального становища має право на найвищий досяжний рівень здоров'я. Кожен має право задля збереження свого здоров'я, а відповідно – заради комплексного соціального благополуччя, мати доступ до їжі, одягу, житла, природних ресурсів, якісного та доступного в економічному і географічному сенсі медичного догляду та необхідного соціального обслуговування. Держави повинні вжити заходів для створення умов, що сприяють реалізації права людини на здоров'я і забезпечити можливість його судового захисту в разі порушення» [199, с. 72].

Вітчизняний вчений Булеца С.Б. розглядає право на охорону здоров'я та медичну допомогу і в даному контексті вказує наступне: «Здоров'я людини, яке є нематеріальним благом, невіддільне від особистості і не може передаватися або припинятися з будь-яких підстав, воно виступає об'єктом цивільних правовідносин із надання медичної допомоги. Власник здоров'я має право володіти, користуватися, розпоряджатися своїм фізичним тілом, він вільний вступати у відносини з іншими особами на тих або інших умовах. Коли пацієнт вступає у договірні відносини щодо здоров'я, він передає медичному закладу (працівнику) контроль за своїм організмом» [40, с. 38].

Відповідно забезпечення такого права можливе лише через відповідний механізм державного управління. І в даному випадку проявляється двосторонній прояв взаємодії права та державного управління, а саме: право визначає межі та властивості державного управління у сфері охорони здоров'я, а державне управління у сфері охорони здоров'я є інструментом забезпечення виконання конституційного права людини – право на охорону здоров'я.

Крім того, об'єктом юридичних наук виступає також власне система охорони здоров'я, як об'єкт регулювання. «Юридична наука і практика не мають значного досвіду взаємодії зі сферою охорони здоров'я. Відомо, що до 90-х років минулого століття правове регулювання медичної діяльності в основному торкалось двох аспектів — незаконної лікарської практики та лікарської помилки. Розвиток в Україні ринку лікарських послуг по-новому ставить питання про місце і роль медицини у житті суспільства. Це змушує шукати нові системні підходи до проблеми юридичного забезпечення медичної діяльності. Одним з таких напрямів є формування нової галузі національного права – медичного права» [46, с. 3].

Таким чином, міждисциплінарність громадського здоров'я та системи охорони здоров'я, в контексті права та державного управління, проявляється на об'єктному рівні та функціональному, зокрема:

- об'єктом права та державного управління виступає один і той же об'єкт - громадське здоров'я чи система охорони здоров'я;
- державне управління у сфері охорони здоров'я виступає об'єктом правового регулювання;
- державне управління у сфері охорони здоров'я може реалізуватися через правовий механізм;

- державне управління є інструментом забезпечення виконання конституційного права людини на здоров'я.

Усі зазначені властивості мають бути враховані при формуванні та реалізації державної політики, що дозволить концептуально підійти до назрілих проблем у сфері охорони здоров'я та врахувати інтереси різних учасників суспільних відносин.

Соціологічні науки.

Об'єктом соціології є певне соціальне явище або процес. Відповідно громадське здоров'я є власне об'єктом соціології з одного боку, та характеристикою інших об'єктів соціології, яким виступають складові системи суспільства або ж суспільні відносини загалом. «Згідно з теорією соціальних систем Парсонса (теорією структурного функціоналізму), всі функції системи спрямовані на відтворення певного балансу її взаємодії з навколишнім середовищем. Для соціальних систем навколишнім середовищем вважається соціальне, а точніше – інші соціальні системи. Це означає, що ефективність функціонування будь-якої соціальної системи полягає в узгодженні її взаємодії з іншими соціальними системами» [177, с. 152].

В цілому громадське здоров'я та систему охорони здоров'я, як об'єктів соціологічних досліджень можна розглядати в наступних аспектах:

- громадське здоров'я характеризується соціологією, як певний показник розвитку суспільства. З даного приводу Соломенцева Г.П. пропонує розглядати громадське здоров'я, як «Комплексний соціально-гігієнічний і економічний показник, в якому інтегруються біологічні, демографічні та соціальні процеси, що відбуваються в людському суспільстві, відбивається рівень економічного і культурного розвитку останнього, стан медичної допомоги» [185]. Отже, соціологічні дослідження характеризують охорону здоров'я, як показник цілого комплексу властивостей, що є досить важливим з позиції ідентифікації особливостей громадського здоров'я для цілей державно-управлінських рішень;

- громадське здоров'я, як соціально-демографічний показник. В даному випадку характеризується саме кількісна сторона громадського здоров'я. «Характеристика стану здоров'я членів соціальної спільності, яка вимірюється комплексом соціально-демографічних показників: народжуваністю, смертністю, середньою тривалістю життя, захворюваністю, рівнем фізичного розвитку» [80]. Такий підхід

характеризує лише певну сторону громадського здоров'я та відповідно кількісний вимір якості системи охорони здоров'я, з позиції впливу на стан трудових ресурсів держави;

- громадське здоров'я вивчається соціологією, як певний стан людини зокрема або суспільства в загалом. У результаті соціологічні дослідження дозволяють представити інформацію про стан життєздатності суспільства, як соціального організму. «Інтегроване вираження динаміки індивідуальних рівнів здоров'я всіх членів суспільства. З одного боку, воно відображає ступінь ймовірності для кожної людини досягнення максимального рівня здоров'я і творчої працездатності протягом максимально продовженої індивідуального життя. З іншого боку - характеризує життєздатність всього суспільства, як соціального організму і його можливості гармонійного зростання і соціально-економічного розвитку» [145].

Таким чином, вивчення громадського здоров'я та системи охорони здоров'я дозволяє встановити властивості суспільства загалом, як об'єкта соціологічного дослідження. У свою чергу, це дозволяє говорити про взаємозв'язок соціології та державного управління. З одного боку, на основі соціологічних досліджень формується державна політика та механізми її реалізації. З другого боку, соціологія вивчає систему охорони здоров'я, яка формується через прийняття відповідних державно-управлінських рішень

Економічні науки.

Громадське здоров'я та система охорони здоров'я є невід'ємною складовою економічного розвитку. Адже людський капітал є ключовим фактором соціально-економічного розвитку суспільства, а громадське здоров'я є важливим компонентом забезпечення високого рівня людського капіталу. Виходячи з цього, громадське здоров'я є індикатором результативності економічних відносин. Крім того, у такій взаємодії можна прослідкувати і зворотній зв'язок - рівень соціального економічного розвитку суспільства впливає на якість життя населення, а, отже, і на стан здоров'я через можливості забезпечення його підвищення. Все це проявляється в сукупності взаємозв'язків та різних об'єктів економічних наук.

Вітчизняна вчена Джемелінська Л.В., пропонує розглядати різні рівні економічних відносин у сфері охорони здоров'я: «Відомі наступні рівні економічних відносин у сфері охорони здоров'я:

Розділ 1. Теоретичні положення розвитку державного управління в сфері охорони здоров'я

- метаекономічний рівень – економічні відносини систем охорони здоров'я різних країн з їх інтеграцією у світову економіку;
- макроекономічний рівень – економічні відносини в сфері охорони здоров'я з іншими галузями народного господарства та держави;
- медіекономічний рівень – економічні відносини в середині галузі і між її підгалузями;
- мікроекономічний рівень – економічні відносини, які охоплюють діяльність медичного закладу та його структурних підрозділів» [63].

В системі економічних наук громадське здоров'я та система охорони здоров'я розглядається із декількох позицій. Розглянемо особливості громадського здоров'я, як фактор, що визначає розвиток окремих об'єктів економічних систем:

1. Громадське здоров'я, як характеристика людського капіталу держави, що є об'єктом системи економічних наук. «Людський капітал - продуктивна здатність людини, тобто його працездатність. Вона визначається віком, освітою і, нарешті, здоров'ям. У той же час це, нагадаємо, базові ознаки категорії «трудові ресурси». Для нас важливо, що категорія «людський капітал» відображає працездатність людини безвідносно його соціального стану (розподілу на соціальні групи по законодавчо встановленим критеріям)» [83, с. 26]. «У міжнародній практиці особлива роль відведена здоров'ю населення, як фундаменту розвитку економіки і людського капіталу. Здоров'я населення є важливим індикатором соціального благополуччя суспільства, показником успішного функціонування держави у здійсненні ефективно побудованої соціальної політики. Інвестиції в здоров'я населення виражаються в збереженні працездатності за рахунок зменшення захворюваності і збільшення продуктивного періоду життя. Рівень здоров'я багато в чому залежить від якості послуг охорони здоров'я, яка супроводжує людину з самого народження до його пенсійного віку. Інвестиції в здоров'я забезпечують нормальний оборот робочої сили у виробництві. Зниження здоров'я, захворюваність, інвалідність виражаються в непрацездатності. Безумовно, чим менше хвороб, тим вищий рівень здоров'я населення країни і віддача від капіталовкладень в охорону здоров'я» [189, с. 48]. Будучи основою сталого розвитку сучасного суспільства і держави, людські ресурси вимагають збереження здоров'я для їх постійного відтворення. Сучасна система охорони здоров'я націлена на забезпечення розвитку і збереження всіх функцій людини шляхом створення комплексу

профілактичних та лікувальних заходів для досягнення нею максимальної тривалості життя» [198, с. 5]. Громадське здоров'я є важливою складовою управління людським капіталом держави, що в подальшому визначає її інвестиційну привабливість та можливість довгострокового розвитку. Крім того, громадське здоров'я з позицій характеристики людського капіталу держави визначає наступну позицію його вивчення економічними науками, а саме: вплив на національну безпеку.

2. Рівень громадського здоров'я та системи охорони здоров'я, як комплексний фактор впливу на рівень національної економічної безпеки. Адже, національна безпека охоплює увесь спектр суспільного розвитку. Погоджуємося із думкою, що національна безпека характеризує «стан національної соціально-економічної системи, при якому забезпечені захист інтересів людини, соціуму, держави, перебіг процесів сталого соціально-економічного розвитку при своєчасному виявленні і нейтралізації наявних та ймовірних загроз національним інтересам» [53]. Так, з одного боку, низький рівень громадського здоров'я знижує економічні показники, а з іншого, низькі показники економічного розвитку не дозволяють в повній мірі фінансувати систему охорони здоров'я для підвищення рівня життя населення й в результаті громадського здоров'я;

3. Громадське здоров'я, як показник якості життя населення, що є складовою результативних показників соціально-економічного розвитку. Так, якість життя населення в країні визначає її місце на геополітичній арені та місце в міжнародних рейтингах. В залежності від показників якості життя населення здійснюються оцінка стану соціально-економічного розвитку держави в достроковій перспективі. «Стан громадського здоров'я є узагальнена характеристика рівня і якості життя населення, що залежить від таких факторів, як структура і стандарти споживання, забезпеченість житлом, умови побуту, ступінь розвитку культури, соціально-політична комфортність і демократичність суспільства та ін. Здоров'я відображає умови праці, стан навколишнього середовища, тобто сформований рівень техніки і технології, матеріально-технічної бази суспільства, а також ефективність функціонування соціальних інститутів насамперед системи охорони здоров'я» [83, с. 28]. Тобто, громадське здоров'я є показником рівня якості життя населення, як результативним індикатором соціально-економічного розвитку, так і характеристикою перспективи розвитку держави. З даного приводу Тоноян Т.З., Лесян М.К. зазначають, що «якість життя - це також метод

оцінки інвестицій у людину, здійснюваних з метою формування, підтримки і вдосконалення його здоров'я і працездатності. Природно, тільки здоров'я, може, забезпечити людині інтегральну характеристику фізичного, психологічного, емоційного рівня. Несприятливий стан здоров'я населення, підвищений рівень захворюваності, впливає не лише на якість життя індивідуума, але призводить до економічного збитку й оцінюється рядом накладних витрат: додаткові витрати на надання медичних послуг; додаткові соціальні виплати внаслідок втрати працездатності індивідуума; втрати робочого часу і зниження продуктивності; втрати податкових надходжень до бюджету і відрхувань до позабюджетних цільових фондів (пенсійний, ОМС, соціальне страхування та ін.); порушення процесу відтворення населення та інші» [189, с. 50].

4. Громадське здоров'я на мікроекономічному рівні є характеристика трудового потенціалу суб'єкта господарювання. «Трудовий потенціал працівника не є величиною постійною, він безперервно змінюється. Працездатність людини акумулюється (накопичується) у процесі трудової діяльності, творчі здібності працівника підвищуються в міру розвитку і вдосконалення знань і навичок, зміцнення здоров'я, поліпшення умов праці й життєдіяльності. Здоров'я, як характеристика якості робочої сили, трудового потенціалу, людського капіталу стабільно і традиційно випадає з поля зору економістів. При цьому не враховується такий значущий момент, що в разі погіршення стану здоров'я працівника якість значно знижується. З позицій формування концепції зростання якості людського капіталу слід враховувати, що потенціал характеризується не ступенем підготовленості працівника в даний момент до заняття тієї чи іншої посади, а його можливостями в довгостроковій перспективі - з урахуванням віку, освіти, практичного досвіду, ділових якостей, рівня мотивації та, що важливо, – здоров'я» [83, с. 28]. Сьогодні питання здоров'я працівників, як характеристик трудового потенціалу підприємства піднімається досить рідко, хоча зазначене питання значно зросло в умовах пандемії коронавірусу, що в окремих випадках може спричинити припинення функціонування цілих виробництв.

В цілому зазначені положення впливають на систему охорони здоров'я, як об'єкта економічних наук за наступних позицій:

1. Охорона здоров'я виступає системою економічного управління та державному, регіональному та місцевому рівнях;

Розділ 1. Теоретичні положення розвитку державного управління в сфері охорони здоров'я

2. Охорона здоров'я є об'єктом фінансування державного та місцевого бюджетів;

3. Система охорони здоров'я розглядається економічними науками, як ринок медичних послуг, що можуть реалізуватися державними та приватними закладами охорони здоров'я;

4. Заклади охорони здоров'я є об'єктом менеджменту, як окремий суб'єкт господарювання в сфері медичних послуг;

5. Медична послуга розглядається як складова ринку суспільних послуг.

В цілому систематизуючи міждисциплінарний прояв громадського здоров'я та системи охорони здоров'я пропонуємо наступну матрицю (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Матриця міждисциплінарної взаємодії в сфері державного управління системою охорони здоров'я

Об'єкти	Громадське здоров'я	Система охорони здоров'я
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Характеристики	<i>Юридичні</i>	
<i>Об'єкт</i>	Конституційне право людини на здоров'я	Система охорони здоров'я є об'єктом правового регулювання
<i>Прояв в державному управлінні</i>	Державне управління має забезпечити виконання конституційного права людини на здоров'я	Державне управління системою охорони здоров'я може реалізуватися через правовий механізм
Характеристика	<i>Соціологічні</i>	
<i>Об'єкт</i>	Громадське здоров'я є об'єктом соціального дослідження як за якісними так і кількісними показниками, що характеризує стан суспільства	Соціологія вивчає вплив системи охорони здоров'я на стан громадського здоров'я
<i>Прояв в державному управлінні</i>	Державно-управлінські рішення в сфері охорони здоров'я приймаються на основі соціологічних досліджень якісних та кількісних показників громадського здоров'я	Соціологічні дослідження дозволяють оцінити ефективність державно-управлінських рішень щодо охорони здоров'я

Розділ 1. Теоретичні положення розвитку державного управління в сфері охорони здоров'я

Продовження табл. 1.1

1	2	3
Характеристика	<i>Економічні</i>	
<i>Об'єкт</i>	Громадське здоров'я виступає складовою людського капіталу та трудового потенціалу як об'єктів економічних систем та фактором їх розвитку	Система охорони здоров'я є об'єктом фінансування, а діяльність суб'єктів системи є об'єктом менеджменту
<i>Прояв в державному управлінні</i>	Громадське здоров'я може виступати фактором, що впливають на державно-управлінські рішення, а також визначальним детермінантом в формуванні системи охорони здоров'я	Система охорони здоров'я формується та управляється державним управлінням, а державно-управлінські рішення приймаються органами центральної виконавчої влади

Отже, нами окреслено особливості громадського здоров'я та системи охорони здоров'я, як об'єкта державного управління та державної політики. Це здійснено шляхом встановлення міждисциплінарних зв'язків із такими науками: юридичні, соціологічні та економічні. Зауважимо, що система державного управління охоплює всі властивості об'єкта, а державна політика реалізується через правові та економічні механізми. Державно-управлінські рішення проявляються в системі правових норм та сукупності економічних відносин. Лише при формуванні комплексного теоретичного бачення об'єкта дослідження є можливість сформулювати та реалізувати ефективну державну політику у сфері охорони здоров'я.

2. Багатофакторність впливу на громадське здоров'я та систему охорони здоров'я.

Сучасна система охорони здоров'я в Україні знаходиться в системній кризі, що обумовлена сукупністю причин. Така ситуація спіткала й інші країни пострадянського простору. «В даний час охорона здоров'я знаходиться в системній кризі, обумовленому безліччю проблем, які пов'язані, як зі стрімкою інтеграцією нашої країни в глобальне співтовариство, так і з супутньою їй модернізацією традиційних соціальних інститутів і соціальних відносин» [181].

«На думку аналітиків, системна криза, яку в останні роки переживає Україна, створює серйозні перешкоди для її стратегічного розвитку та економічного зростання. Експерти з державного управління, політології,

соціології, філософії та психології зазначають, що однією з головних передумов подолання кризи є консолідація української нації і впровадження ефективної національної моделі державного управління, що, у свою чергу, забезпечить підвищення ефективності функціонування суспільства, національний розвиток» [59, с. 5].

В цілому всі причини системної кризи у вітчизняній системі охорони здоров'я можна згрупувати за двома основними рівнями, які в свою чергу можуть впливати одне з одного:

- *на політичному рівні*: «пастка гібридності» політичного режиму, в яку потрапила Україна, через більшу силу неформальних інститутів (корупція, непотизм, клієнтізм) над формальними, що актуалізувало небажання політичної еліти змінювати систему зсередини. Вітчизняний вчений-політолог Ю.В. Мацієвський вперше в Україні увів в науковий обіг поняття «пастки гібридності» під якою розуміє: «сукупність стійких, але неефективних інститутів, що заважають елітам рухатися у бік демократії, але дозволяють зберігати монополію на політичну владу та ренту, не вдаючись до відвертого авторитаризму» [125]. Зокрема, автор зазначає, що Україна є прикладом країни з гібридним режимом, де формальні інститути, а це – конституція, закони, законодавчі акти є підірвані неформальними інститутами (клієнтелізмом, непотизмом і корупцією), що є деякою мірою сильнішими. Таке домінування неформальних інститутів над формальними, спровокувало неможливість елітам домовитися про так звану «гру за правилами». Це призвело до інволюції конституціоналізму.

В Україні виникла ситуація, у якій ніхто з політичної еліти не зацікавлений змінювати систему. Незважаючи на те, що в Україні змінилося кілька політичних режимів, така зміна швидше є формальною, тобто за період незалежності існував один режим. Випадок України є цікавим з позицій того, що зигзагоподібна траєкторія політичних змін в Україні значно відрізняється не лише від шляху країн Центральної та Східної Європи, а й від більшості пострадянських держав. Україна відрізняється від Росії, Білорусі, які потрапили у пастку авторитаризму, а також Україна відрізняється від Грузії та Молдови, які, в свою чергу, досягли більших успіхів на шляху реформ. З інших позицій, якщо враховувати той факт, що домінування неформальних інститутів над формальними спостерігається в більшості пострадянських держав, то, по-перше, одні пострадянські країни повернулися до авторитаризму, а інші чомусь стали демократіями, а ще треті, для прикладу Україна,

залишаються «гібридними», по-друге, демократичний транзит у країнах Балтії й більшості країн Східної Європи закінчився, то ключовим питанням залишається те, чи зможе Україна стати ліберальною демократією, чи, як і раніше, залишатиметься «гібридним режимом», чи, може, повернеться до авторитаризму.

З позицій останніх подій, починаючи з 2013 року це є надзвичайно актуальним. Такий стан політичної системи зумовив відсутність інституційного інтересу в політичній еліті розвивати систему охорони здоров'я, що займає ключову роль у формуванні людського капіталу країни й відповідно є фактором забезпечення національних інтересів;

- на економічному рівні: низький рівень економічної системи спричинив відсутність достатнього фінансування системи охорони здоров'я, і як результат відсутність будь-яких інвестицій в досліджувану сферу. Це в цілому знизило рівень ефективності системи охорони здоров'я та стану громадського здоров'я, як фактора розвитку людського капіталу країни.

«Україна частково втратила виробничий потенціал, сформований за часів СРСР, не зробивши якісних кроків у напрямку модернізації економіки ... Фундаментальною помилкою ринкових реформаторів першої хвилі було хибне сподівання, що для успішної економічної трансформації достатньо зруйнувати адміністративну машину, а ринок згодом магічним чином «сам все відрегулює». Демонтаж планової моделі економіки, апріорі, не міг призвести до автоматичного формування на її місці ринкової моделі. Ринок – не природна стихія, а складний механізм, який потребує колосальних зусиль і коштів для налаштування. Для його запуску треба було сконцентрувати зусилля на розбудові ринкової інфраструктури і формуванні соціально-економічних відносин, адекватних новим викликам. І лише тоді економіку слід було «очистити» від адміністративного «баласту». Очевидно, що такий еволюційний перехід потребував часу, але українська влада, намагаючись здійснити «ринковий ривок», обрала революційний шлях, в основі, якого лежали принципи політики «шокової терапії», ефективність якої доводив МВФ. Різкий демонтаж ключових механізмів функціонування планової економіки в період президентства Л. Кравчука за відсутності альтернативи призвів у середині 1990-х рр. до зупинки реального сектору, що спровокувало похідні проблеми: крах фінансової системи, вибух інфляції, катастрофічне падіння ВВП, ріст безробіття» [127, с. 44-45].

У 2016 р. А. Амелін підготував доповідь «25 років незалежності України: економічні підсумки», у якій зазначив: «За роки незалежності позиції України в багатьох світових рейтингах погіршилися. Наприклад, в 1992 р. Україна займала 54 місце у світі за індексом розвитку людського потенціалу. У 2015 р. Україна лише вісімдесят друга. Схожа динаміка спостерігається й по інших показникам: індексу економічної свободи, індексу сприйняття корупції, індексу глобальної конкурентоспроможності. Внаслідок відсутності чіткої стратегії розвитку Україна відстає від своїх сусідів, які також входили до складу країн соцтабору». [25]. Отже, політичний фактор спричинив відсутність чіткого переходу до ринкової економіки та ринкових механізмів регулювання соціальної сфери, що в результаті призвело до утворення гібридних ринків, зокрема, гібридних ринків приватних медичних послуг.

Зазначені фактори вплинули на системну кризу в системі охорони здоров'я, наслідками якої є:

- по-перше, зниження якості медичних послуг;
- по-друге, поява соціального конфлікту в контексті відносин «лікар-пацієнт»;
- по-третє, зниження рівня громадського здоров'я і, як наслідок, падіння показників ринку праці;
- по-четверте, зниження медичного, кадрового, фінансового та репутаційного капіталів державних закладів охорони здоров'я.

3. Перетин інтересів різних учасників суспільних відносин (людина, держава, суб'єкти господарювання).

«Охорона здоров'я є галуззю держави, метою якої є організація і забезпечення доступного медичного обслуговування населення, до складу якої входять поліклінічні заклади, дитячі лікарні, санітарно-епідеміологічні установи, науково-дослідні медичні установи, санаторно-курортні заклади, лікарні та спеціалізовані лікарняні заклади, будинки дитини, вищі медичні навчальні заклади, регіональні органи управління охороною здоров'я, інші заклади охорони здоров'я. Метою галузі є підтримка здоров'я нації» [63].

Сфера охорони здоров'я знаходиться на перетині соціально-економічних інтересів різних учасників суспільних відносин. Інтереси учасників соціально-економічних відносин є різноманітними, іноді, навіть, суперечать одне одному. Саме тому на державу покладається функція гармонізації інтересів та врегулювання соціального конфлікту. Це

особливо важливо в контексті забезпечення національної безпеки держави, адже «Охорона здоров'я є ключовим елементом соціальної сфери і становить особливий інтерес для забезпечення економічної безпеки країни як визначальний фактор якості життя і людського капіталу. Держава повинна визнати науково обґрунтовану концепцію сталого розвитку національної системи охорони здоров'я пріоритетною, поряд з розвитком економічної, політичної і національної безпеки» [198, с. 18].

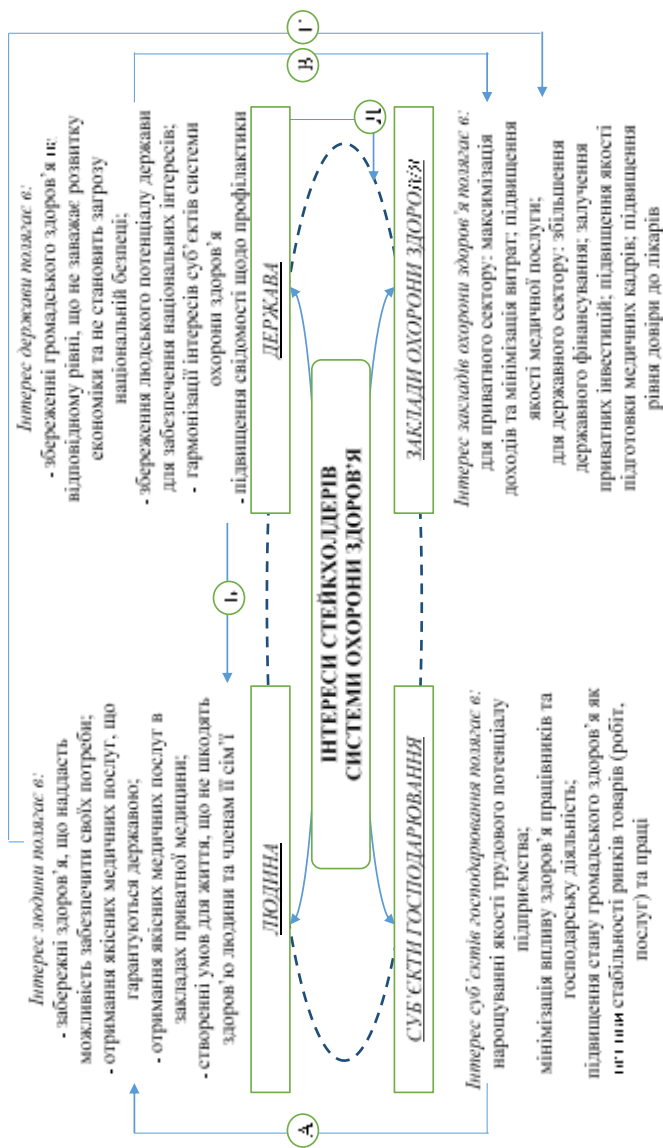
При вивченні соціально-економічних інтересів учасників суспільних відносин зазвичай використовують інституційну теорію дослідження суспільних явищ. Це дозволяє при дослідженні врахувати інтереси всіх соціальних інституцій та виробити державну політику у сфері охорони здоров'я, яка б дозволила уникнути, як конфлікту інтересів, так і інституційних пасток. Адже, якщо уважно прослідкувати провал будь-якої реформи, в тому числі у сфері охорони здоров'я, його причиною завжди буде зіткнення соціально-економічних інтересів різних учасників суспільних відносин.

Вивчення економічних інтересів через соціальні інститути та інституції дозволяє ідентифікувати інтереси, як окремої людини, так і соціальних агентів та держави. Варто зауважити, що держава, окрім того, що є носієм соціально-економічних інтересів, є також і інструментом врегулювання конфлікту інтересів. Особливо важливим є налагодження соціального консенсусу у сфері охорони здоров'я через врегулювання соціально-економічних інтересів різних учасників суспільних відносин.

Стейкхолдерами державної політики у сфері охорони здоров'я є:

- людина як користувач послуг у сфері охорони здоров'я;
- суб'єкти господарювання, як користувачі трудових ресурсів, які є носіями громадського здоров'я;
- держава, як носій національних інтересів та регулятор розвитку системи охорони здоров'я;
- реалізатори послуг у сфері охорони здоров'я (заклади охорони здоров'я).

Складові інтересів зазначених стейкхолдерів представлено на рис. 1.1.



Умовні позначення: А – становлять трудовий потенціал підприємства; В – гарантує забезпечення виконання права людини на здоров'я; В – визначає форуми та межі функціонування закладів охорони здоров'я; Г – користуються послугами для забезпечення здоров'я; Д – держава покликана гармонізувати інтереси різних стейхолдерів

Рис. 1.1. Зацікавлені сторони в системі охорони здоров'я

Відповідно до зазначеного, основна функція держави полягає в налагодженні соціального консенсусу через врегулювання конфлікту інтересів. Сфера охорони здоров'я знаходиться на перетині інтересів більшості соціальних інститутів, адже є інструментом забезпечення фундаментальної складової потреб людини.

Для врегулювання конфлікту інтересів між суб'єктами системи охорони здоров'я, держава має використати складний інструментарій державного управління та державної політики. Адже, у сучасних ринкових умовах господарювання, держава виступає не лише надавачем медичних послуг через державні заклади охорони здоров'я, але й виступає регулятором ринку приватної медицини. У цьому і полягає складність, власне, процесів формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Державна політика має бути побудована таким чином, щоб врегулювати інтереси людини, як носія індивідуального здоров'я, суспільства як носія громадського здоров'я, держави, як носія національних інтересів та власне суб'єктів ринку приватної медицини. Досить важливим при розробці державної політики у сфері охорони здоров'я врахування ринкових механізмів та інструментів їх гармонізації із забезпеченням національних інтересів та гарантією забезпечення конституційного права людини на здоров'я. Відповідно до цього можна визначити наступні конфлікти інтересів, які можуть виникнути при формуванні та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я:

- людина, як носій індивідуального здоров'я. «Споживач послуг охорони здоров'я і дійсний носій позитивного результату медичної діяльності (збереженого і зміцненого здоров'я) – конкретна людина. У зв'язку з цим виділяється така категорія як індивідуальне здоров'я. Самооцінка здоров'я пацієнтом виявляється через особисте відчуття бадьорості та відмінного самопочуття. Об'єктивно здоров'я виражається через встановлені медичними методами норми, параметри, показники функціонування фізичної основи та індивідуальної свідомості пацієнта при його зверненні за послугою до лікаря або при наданні профілактичних послуг (диспансеризація)» [57, с. 30]. Державна політика має врегулювати конфлікт інтересів у контексті наступних суб'єктних пар: «пацієнт – лікар»; «пацієнт – держава»; «пацієнт – заклад охорони здоров'я». Суб'єктна пара «пацієнт – лікар» є центром конфлікту інтересів, а умови незадоволеності пацієнта отриманою медичною послугою, що може бути причиною, як об'єктивних причин (стан здоров'я пацієнта, вчасність звернення за

допомогою, екологічні умови та інші), так і суб'єктивні причини, а саме: професійність лікаря, лікарська помилка, дотримання лікарем протоколу, дотримання етичних принципів та інше. Важливе значення у врегулюванні такого роду конфлікту інтересів є державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я. Конфлікт «пацієнт – держава», може проявитися у неспроможності держави (державної політики чи носія державної влади) забезпечити конституційне право людини на здоров'я. Конфлікт між пацієнтом та закладом охорони здоров'я, може проявитися, як в результаті конфлікту «пацієнт – лікар», так і в результаті неякісного обслуговування у закладі охорони здоров'я, або ж невідповідності вартості таких послуг, їх якості, якщо послуга була реалізована приватним закладом охорони здоров'я. Врегулювання зазначеного конфлікту можливе через встановлення вимог до закладів охорони здоров'я, як з позиції медичної частини, так і з позиції фінансової або бізнесової. Причиною такого конфлікту між пацієнтом та державним закладом охорони здоров'я може стати низький рівень державного фінансування, чого можливо уникнути при реформуванні державної фінансової політики у сфері охорони здоров'я;

- суспільство, як носій громадського здоров'я. Суспільство в цілому поєднує в собі інтереси населення, а тому може виникати конфлікт «суспільство – держава». Сутність даного конфлікту може проявлятися, як у низькій якості системи охорони здоров'я, так і неспроможності держави забезпечити конституційне право людини на здоров'я. Якщо перший вид конфлікту пов'язаний із низькою ефективністю державних фінансової, кадрової, інформаційно-профілактичної та інвестиційно-інноваційної політик в сфері охорони здоров'я, то другий охоплює усю сукупність факторів, що може вплинути на стан громадського здоров'я, а саме: охорона праці, екологія, промисловість, природно-кліматичні умови.

Вище представлено визначає, що державна політика у сфері охорони здоров'я повинна врахувати аспекти суспільного життя та відповідати іншим видам державної політики, зокрема: екологічної, економічної, промислової та іншим. Важливе значення для державної політики є врегулювання конфлікту інтересів між інституційними суб'єктами системи охорони здоров'я, як у частині державної, так і в частині приватної медицини. В цілому державна політика в сфері охорони здоров'я має бути направлена на дотримання конституційного права людини на здоров'я та забезпечення національних інтересів.

1.2. Проблеми системи охорони здоров'я та напрями їх вирішення в працях вітчизняних вчених

Розвиток теоретичних положень державного управління в будь-якій сфері суспільного життя, У тому числі у сфері охорони здоров'я, потребує ідентифікації основних проблем, з якими стикається галузь і відповідно систематизації запропонованих напрямів їх вирішення. Це дозволить в комплексі підійти до розвитку методології державного управління та розробки механізмів формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я. У результаті такого дослідження можливо отримати комплекс властивостей об'єкта та визначити вектори розвитку системи охорони здоров'я.

Питання ідентифікації проблеми та позицій щодо розвитку державного управління у сфері охорони здоров'я були розкриті в працях таких вчених: Радиш Я.Ф., Бугайцов С.Г., Ярош Н.П., Рингач Н.О., Банчук М.В., Клименко О.В., Надюк З.О., Курило Т.М., Рудий В.М., Мартинюк О.І., Лещенко В.В., Паращич І.М., Буравльов Л.О., Бедрик І.О., Ляховченко Л.А., Торбас О.М., Васюк Н.О., Корольчук О.Л., Висоцька Т.Є., Білоус І.В., Дудка В.В., Кузьмінський П.Й., Жилка К.І., Фірсова О.Д., Кризина Н.П., Мокрецов С.Є., Коваленко Т.Ю., Білінська М.М., Джафарова Д.М., Фуртак І.І., Пітко Я.М., Дуб Н.Є., Фільц Ю.О., Штогрин О.П., Юристовська Н.Я., Шегедин Я.Ю., Шевчук В.В., Вовк С.М., Карлаш В.В., Устимчук О.В., Галацан О.В., Котляревський Ю.О., Кравченко Ж.Д., Лермонтова Ю.О..

«Система охорони здоров'я покликана вирішувати великі стратегічні завдання розвитку країни, і перш за все, зміцнювати фізичне і соціальне благополуччя громадян і задовольняти зростаючі потреби населення в медичній допомозі. Охорона здоров'я покликана зробити свій внесок у формування виробничого потенціалу суспільства, забезпечуючи необхідне відтворення трудових ресурсів» [54]. Саме тому вагому роль у розвитку системи охорони здоров'я займає, як медична наука, так і науки державного управління, адже визначають механізми реалізації як медичної складової так і економічної, правової, інформаційної, організаційної, кадрової та інших. Саме зазначеним питанням присвячені праці видатних вітчизняних вчених.

Вагоме значення у розвитку теоретичних та методологічних положень державного управління у сфері охорони здоров'я мають

дисертаційні дослідження вітчизняних вчених в галузі наук – державного управління. Результати таких досліджень є основою реформування галузі та визначають примноження наукових знань. Вивчимо особливості таких досліджень з позиції піднятої проблеми та пропозицій щодо її вирішення (додаток А). Відповідно до проведеного дослідження, нами встановлено сукупність теоретичних, організаційних та методологічних положень розвитку державного управління у сфері охорони здоров'я. Їх сутність розглянемо у контексті аналізу наукової новизни досліджуваних дисертаційних робіт.

Радиш Я.Ф. [167] окреслив основні напрями історичного розвитку державного управління охороною здоров'я. У результаті дослідження автором було розроблені наступні пропозиції щодо удосконалення:

1. в частині теорії: а) понятійний апарат «державна система охорони здоров'я», «державне управління охороною здоров'я», «міжвідомчі державно-управлінські відносини в галузі охорони здоров'я», «державна політика України в галузі охорони здоров'я» та «єдиний медичний простір України»; б) сформульовано концепцію подолання організаційної роз'єднаності між складовими (компонентами) даної складної соціальної системи;

2. в частині організації та методології: а) удосконалено процедуру добору медичних кадрів; б) розроблено організаційно-правові та економічні засади формування єдиного медичного простору України; в) заходи щодо врегулювання міжвідомчих державно-управлінських відносин у галузі охорони здоров'я на основі досконалої нормативно-правової бази.

Дисертація Бугайцова С.Г. [39] присвячена проблемам державного регулювання системи онкологічної допомоги, які вчений запропонував вирішити наступним чином:

1. на рівні історико-теоретичних положень: а) запропоновано виділяти три основні історичні періоди державного регулювання онкологічної допомоги в Україні: I – дореволюційний (перебування України у складі Російської, Австро-Угорської імперії та Польщі), II – радянський, III – період державного управління онкологічною службою у незалежній Україні; б) визначена неадекватність між рівнем державного регулювання системи надання онкологічної допомоги населенню України й умовами періоду трансформації українського суспільства та держави;

2. на рівні механізмів реалізації державного управління:

а) сформована концепція модернізації системи державного регулювання системи надання онкологічної допомоги; б) розроблено організаційно-правові та соціально-економічні положення реалізації концепції; г) запропоновані заходи щодо удосконалення управління кадровим потенціалом.

Ярош Н.П. [207] присвятила своє дисертаційне дослідження досить складним аспектам, а саме регулюванню розвитку соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я та в результаті отримала наступні результати:

1. в частині теорії: а) розкрито напрями розвитку понятійного апарату за об'єктом дослідження; б) визначено результативність застосування державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я як інструмента державного управління;

2. в частині методології: а) розроблено положення підвищення ефективності державного регулювання розвитку соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я; б) визначено видові пріоритети соціальних стандартів; в) розроблено шкалу пріоритетності державних завдань і видів соціальних стандартів.

Система охорони здоров'я, як складова забезпечення національної безпеки досліджувалася вітчизняною дослідницею Рингач Н.О. [179]. У ході дослідження авторка отримала наступні результати:

1. у частині теорії: а) обґрунтовано, що громадське здоров'я є чинником національної безпеки України; б) розроблено теоретико-методологічні засади удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я, як складової системи забезпечення національної безпеки; в) визначено місце і функції державного управління охороною здоров'я в системі забезпечення національної безпеки;

2. у частині організації та методології: ідентифіковано фактори, що формують здоров'я населення та впливають на нього; ідентифіковано загрози національній безпеці, які пов'язані зі здоров'ям; розроблено методологію визначення ефективності національної політики у сфері охорони громадського здоров'я та діяльності галузі охорони здоров'я.

Банчук М.В. [29] обґрунтував особливості трансформації державного управління охороною здоров'я в умовах інституційних змін, зокрема:

1. у частині теорії: а) визначено фундаментальні засади державного управління інституційними змінами галузі охорони здоров'я;

б) обґрунтовано теоретико-методологічні положення удосконалення механізмів державного управління інституційними змінами в галузі охорони здоров'я України,

2. *на рівні організації та методології*: запропоновані форми, методи, інструменти діяльності органів державної влади; б) визначені пріоритетні напрями державної політики в галузі охорони здоров'я з метою виведення сфери охорони здоров'я із затьяжної системної кризи; в) розвинуто правові механізми управління інституційними змінами; г) запропоновано положення управління загальною практикою-сімейною медициною; д) запропоновано заходи дотримання лікувально-профілактичними закладами принципу “якісного медичного обслуговування”.

Медичну діяльність як об'єкт державного регулювання було досліджено в дисертації О.В. Клименко [97]. У результаті проведеного дослідження авторкою отримано сукупність результатів, що становлять наукову новизну. Зокрема:

1. Історичні положення: а) визначено генезис державного управління медичною діяльністю в Україні, на основі чого розроблено періодизацію; б) запропоновано етапи розвитку державного регулювання якості медичної допомоги; в) запропоновано періодизацію лікарського самоврядування;

2. Теоретичні положення: розвинуто понятійно-категоріальний апарат у частині: «державне регулювання медичної галузі», «лікарська помилка», «медична помилка», «професійна помилка», «дефект медичної допомоги»;

3. Організаційні положення: а) виявлено тенденції до зміни вертикальних адміністративних взаємовідносин; б) запропоновано положення регулювання професійної діяльності лікарів; в) організаційно-правові засади державного регулювання щодо запобігання лікарським помилкам;

4. Методологічні положення: а) модель державного регулювання медичної діяльності; б) запропоновано методи підвищення якості медичної допомоги.

Наукові результати у сфері державного управління охороною здоров'я отримані Надюк З.О. [139] в частині якості медичної допомоги. Отримані авторкою наукові положення систематизовано наступним чином:

1. Теоретичні положення: а) розвинуто понятійний апарат за темою дослідження; а) розроблено класифікацію-кодування стандартів медичної допомоги в Україні;

2. Організації та методології: а) здійснено оцінку задоволеності пацієнтів лікувально-профілактичних закладів і медичного персоналу цих закладів якістю медичної допомоги; б) встановлено рівень правової освіченості пацієнтів і медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів; в) розроблено концептуальну модель оптимізації державного управління системою інформаційно-освітнього забезпечення населення знаннями з якості медичної допомоги; г) розроблено стандартизовані анкети вивчення думки пацієнтів у процесі оцінки якості надання медичної допомоги.

У дисертації Курило Т.М. [113] запропоновано сукупність наукових положень щодо державного управління підготовкою керівників для охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. Оцінюючи науковий доробок авторки нами визначені ключові результати за наступними напрямками:

1. теоретичні результати: а) здійснено системний аналіз вітчизняних і зарубіжних наукових джерел щодо державного управління підготовкою керівників лікувально-профілактичних закладів; б) проаналізовано сучасний стан нормативно-правового забезпечення механізмів державного управління підготовкою керівників лікувально-профілактичних;

2. практичні результати: а) розроблено алгоритм підготовки та перепідготовки керівників охорони здоров'я і менеджерів галузі; б) розроблено модель менеджера майбутнього: глобальний стратег, політик par excellence (без кордонів), лідер, провідник змін.

Рудий В.М. [174] присвятив своє дисертаційне дослідження проблемам державного регулювання автономії закладів охорони здоров'я. Аналізуючи дисертацію вченого нами визначені наступні ключові наукові положення:

1. в частині теорії: а) визначено етапи запровадження адміністративної та фінансової автономії в діяльність закладів охорони здоров'я в Україні; б) удосконалено дефініції категорійно-понятійного апарату державного управління “медична допомога” та “медична послуга”.

2. в частині організації та методології: а) розроблено комплексну модель автономізації державних і комунальних закладів охорони здоров'я; б) розроблено заходи щодо вдосконалення законодавства з метою впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я сучасних інноваційних управлінських стратегій контролю над витратами і ефективним розподілом ресурсів.

Розвитку міжгалузевої взаємодії у державному управлінні охороною здоров'я населення присвячена дисертація О.І. Мартинюк [124], в якій авторка запропонувала сукупність інноваційних положень щодо розвитку державного управління в наступних розрізах:

1. *теоретичні положення*: а) принципи, які покладені в основу розробки державних управлінських рішень щодо міжгалузевої взаємодії з охорони здоров'я населення;

2. *організаційно-метрологічні положення*: а) обґрунтовано, що організаційно-функціональна модель, що базується на теорії кластерів, є найбільш прийнятною формою міжгалузевої взаємодії у державному управлінні та місцевому самоврядуванні з охорони суспільного здоров'я; б) розроблені методи організації та взаємодії асоціацій і коаліцій з метою підвищення ефективності державного управління; в) визначено алгоритм розробки, схвалення та впровадження управлінських рішень з міжгалузевої взаємодії з охорони здоров'я населення органами державного управління та місцевого самоврядування.

Особливим суб'єктом формування та реалізації формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я є громадські організації. Саме їх функціонуванню присвячене дисертаційне дослідження В.В. Лещенко [119]. Авторка одна з перших у вітчизняній науці розглянула зазначені аспекти державної політики та отримала наступні наукові результати:

1. *на теоретичному рівні*: а) встановлено особливості взаємодії українських професійних лікарських об'єднань з органами державного управління; б) визначено напрями наукових досліджень, проблеми участі громадських лікарських організацій у процесі формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я;

2. *на практичному рівні*: а) запропоновано напрями оптимізації впливу громадських лікарських організацій на діяльність галузі охорони здоров'я та її реформування; б) надано рекомендації органам державної

влади, громадським лікарським організаціям, іншим організаціям, діяльність яких пов'язана з питаннями охорони здоров'я.

У дисертаційному дослідженні Паращича І.М. [148] запропоновано напрями удосконалення державних механізмів забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні за наступними напрямками:

1. теоретичні: а) ідентифіковані напрями неврегульованих положень щодо забезпечення прав пацієнтів; б) обґрунтовано еволюційні особливості системи державного регулювання прав пацієнтів в Україні;

2. практичні: а) визначено основні способи захисту прав пацієнтів в Україні; б) запропонована структура судових способів захисту прав пацієнтів.

Буравльов Л.О. запропонував вирішення проблем щодо державного регулювання приватного сектора в галузі охорони здоров'я України за наступними рівнями:

1. теоретичний рівень: а) запропоновано тлумачення поняття «приватна система охорони здоров'я», «приватна медична діяльність» «приватні медичні організації», «державне регулювання приватного сектора охорони здоров'я», «професійний лікарський ризик»; «обґрунтований професійний лікарський ризик»;

2. практичний рівень: а) запропоновано особливості оцінки професійного лікарського ризику; б) обґрунтовано доцільність удосконалення нормативно-правової бази щодо регулювання приватного сектора системи охорони здоров'я в Україні.

В дисертації І.О. Бедрик [32] запропоновано наступні напрями розвитку приватної стоматологічної медицини:

1. теоретичні положення: а) доведено, що стоматологічна допомога – надзвичайно важлива, невід'ємна складова медичного обслуговування населення України, а приватна практика лікаря-стоматолога, як одна з форм надання стоматологічних послуг населенню в Україні отримала широкий розвиток; б) визначено коло неврегульованих питань щодо приватної стоматології; в) обґрунтовано еволюційні особливості системи державного регулювання приватної стоматологічної діяльності в Україні;

2. практичному рівні: а) визначено основні напрями оптимізації системи державного регулювання приватної стоматологічної діяльності; б) запропоновано нові форми контролю якості стоматологічної допомоги;

Розділ 1. Теоретичні положення розвитку державного управління в сфері охорони здоров'я

Вітчизняна вчена Ляховченко Л.А. [122] розробила напрями удосконалення державного регулювання фінансування закладів охорони здоров'я в Україні, зокрема:

- порядок формування глобального бюджету закладів охорони здоров'я України та обґрунтовано його основні принципи, переваги й недоліки;

- розроблено освітньо-професійну модель фахівця з фінансово-економічного забезпечення охорони здоров'я України;

- виявлено принципи конкуренції між закладами охорони здоров'я, що базується на цінності здоров'я та орієнтована на результат.

У дисертації Торбаса О.М. [190] визначено перспективи розвитку організації діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я. Зокрема, запропоновано:

1. теоретичні положення: а) обґрунтовано необхідність розвитку соціальної функції діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я; б) визначено необхідність еволюції від інтегрованої моделі управління та фінансування галузі до функції замовника послуг відповідно до потреб територіальної громади; в) визначено напрями розвитку фінансово-бюджетної функції в діяльності органів місцевого самоврядування; в) обґрунтовано необхідність запровадження ринкових відносин між замовником – місцевим органом виконавчої влади та незалежними з організаційно-правового погляду постачальниками послуг з охорони здоров'я;

2. методологічні положення: а) запропоновано впровадження інноваційних методів оплати послуг з охорони здоров'я; б) визначено напрями реструктуризації постачальників послуг з охорони здоров'я на рівні адміністративного району.

Васюк Н.О. [42] підготувала дисертацію з проблем державного управління підготовкою керівних кадрів для системи охорони здоров'я в Україні, в результаті вивчення якої нами ідентифіковані наступні наукові результати:

- розроблено наукову Концепцію підготовки керівних кадрів для системи охорони здоров'я в Україні;

- науково обґрунтовано й розроблено функціонально-організаційну модель підготовки керівних кадрів для системи охорони здоров'я України;

- розроблено ключові компетенції за спеціальністю «Державне управління у сфері охорони здоров'я».

Розробці механізмів інформаційного забезпечення державного регулювання охорони репродуктивного здоров'я присвячене дисертаційне дослідження О.Л. Корольчук [105], в якому запропоновані наступні напрями удосконалення:

- обґрунтовано основні теоретичні положення щодо впровадження механізму інформаційного забезпечення державного регулювання охорони репродуктивного здоров'я;

- запропоновано напрями удосконалення механізмів управління в сучасних умовах розвитку інформаційно-комунікативного суспільства;

- визначено роль інформаційного забезпечення державного регулювання охорони репродуктивного здоров'я та державного управління системою його охорони.

У дисертаційному дослідженні Висоцької Т.С. [44] визначено напрями розвитку механізмів державного управління охороною здоров'я працівників цивільної авіації України та запропоновано:

- обґрунтовано Концепцію формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я працівників цивільної авіації;

- розкрито роль та визначено місце авіаційної медицини в розслідуванні авіакатастроф, пов'язаних із «людським фактором»;

- розроблено рекомендації щодо вдосконалення міжгалузевої взаємодії в організації державного управління охороною здоров'я працівників цивільної авіації;

- запропоновано напрями оптимізації державного управління закладами охорони здоров'я цивільної авіації;

- розроблено сучасну управлінську модель удосконалення соціально-психологічних підходів в охороні здоров'я працівників цивільної авіації.

Білоус І.В. розробила напрями удосконалення механізмів державного регулювання безпечного материнства, що полягають в наступному:

1. на теоретичному рівні: а) розкрито зміст понять «безпечне материнство», «система безпечного материнства» та «державне регулювання безпечного материнства»; б) обґрунтовано, що національна система безпечного материнства формувалася під впливом історичних, регіональних та інших чинників і продовжує динамічно розвиватися під впливом структурних та функціональних реформ у галузі охорони здоров'я України;

Розділ 1. Теоретичні положення розвитку державного управління в сфері охорони здоров'я

2. на організаційно-методичному рівні: а) удосконалено організаційно-правові форми і процесуальні аспекти державного регулювання безпечного материнства на регіональному рівні; б) оцінено громадську думку стосовно реформування системи охорони здоров'я в державі; в) розроблено наукову концепцію державного регулювання системи безпечного материнства; г) розроблено рекомендації для органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування щодо вдосконалення співробітництва з міжнародними і громадськими організаціями на регіональному рівні.

Дудка В.В. [69] запропонував наступні положення щодо розвитку державного управління охороною здоров'я України на місцевому рівні:

- направи державного регулювання через: децентралізацію управління охороною здоров'я на рівні місцевих органів влади, законодавчого закріплення самостійності в діяльності закладів охорони здоров'я та широкого залучення громадських організацій до розв'язання проблем охорони громадського здоров'я;

- визначив положення щодо активізації процесу адаптації національного законодавства у сфері охорони здоров'я до міжнародних та європейських стандартів медичного права.

У дисертації Кузьмінського П.Й. визначені наступні положення щодо державного управління системою розвитку та реформування медсестринства в Україні:

1. теоретичні положення: а) обґрунтовано еволюційні особливості ролі та місця медичних сестер у зв'язку з організаційними змінами в охороні здоров'я; б) запропоновано сутність нової ролі медичних сестер; в) розширено категорійно-понятійний апарат державного управління системою розвитку та реформування медсестринства та уточнено дефініції окремих понять, які його утворюють;

2. практичні положення: а) запропоновано наступні механізми державного управління медсестринством: правовий, соціального моніторингу, економічний, організаційний, кадровий, мотиваційний, ринковий.

Жилки К.І. [77] в контексті розвитку взаємодії з міжнародними організаціями у сфері державного управління охороною здоров'я дітей розробила наступні положення:

1. теоретичні: а) обґрунтовано необхідність розвитку механізму взаємодії з міжнародними організаціями у сфері державного управління охороною здоров'я дітей;

2. методологічні: а) розроблено алгоритм взаємодії з міжнародними організаціями у сфері державного управління охороною здоров'я дітей, шляхом удосконалення механізмів державного управління та застосування сучасних організаційних технологій, рекомендованих ВООЗ.

Фірсова О.Д. [195], в контексті удосконалення механізмів геоінформаційного забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні, визначила наступні положення:

1. на рівні теорії: а) удосконалено понятійно-категоріальний апарат в частині: «механізм геоінформаційного забезпечення державного управління охороною здоров'я»; «геоінформаційний простір охорони здоров'я»;

2. на рівні організації та методології: а) розроблено проєкт Концепції формування геоінформаційного простору охорони здоров'я; б) розроблено модель взаємодії органів державної влади у геоінформаційному просторі; в) розроблено організаційний та правовий механізми формування геоінформаційного простору охорони здоров'я; г) механізм захисту персональних даних у практиці державного управління.

У дисертації Кризини Н.П. [109] визначено наступні напрями розвитку державної політики України в галузі охорони здоров'я:

- здійснено комплексний аналіз показників здоров'я населення, у тому числі й показників психічного здоров'я;

- встановлено регіональні особливості території України;

- оцінено можливості ресурсного забезпечення;

- розкрито сутність поняття «державна політика в галузі охорони здоров'я»;

- сформульовані практичні рекомендації для органів державного управління.

З метою розвитку державного управління медичним захистом в умовах надзвичайних ситуацій А.В. Терент'єва [187] запропонувала наступне:

1. теоретичні положення: а) теоретико-методологічні основи формування принципів державного управління подоланням медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного і техногенного

характеру; б) розкрито сутність понять «медичного компонента єдиної системи цивільного захисту населення і території», «медичний захист населення за умов НС», «управління системою медичного захисту населення за умов НС природного і техногенного характеру»;

2. на організаційно-методологічному рівні: а) розроблено організаційно-функціональну схему медичного забезпечення населення при подоланні наслідків надзвичайних ситуацій природного й техногенного характеру; б) запропоновано комплексний підхід до подолання наслідків надзвичайної ситуації в постраждалих та прилеглих (непостраждалих) районах; в) запропоновано систему оптимізації державного управління процесом подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру, яка включає такі блоки, як: структурна перебудова, кадри, матеріально-технічне забезпечення, підготовка нової генерації управлінських кадрів; в) сформульовані практичні рекомендації для органів державного управління.

Мокрецов С.Є. в контексті дослідження проблем державного управління охороною репродуктивного здоров'я України в умовах демографічної кризи, запропонував сукупність науково-обґрунтованих результатів:

1. на теоретичному рівні: а) здійснено аналіз загальнотеоретичних, правових та політологічних засад державного управління охороною репродуктивного здоров'я в Україні та окремих країнах світу; б) визначено загальний рівень репродуктивного здоров'я населення України; в) встановлено взаємозв'язок демографічного становища та стану репродуктивного здоров'я населення, а також стан правового регулювання охорони репродуктивного здоров'я в Україні; г) Ідентифіковано чинники впливу на стан репродуктивного здоров'я населення;

2. на організаційно-методичному рівні: а) удосконалення державного управління соціальними гарантіями як передумови розвитку репродуктивного здоров'я населення; б) визначено пріоритетні напрями кадрового та фінансового забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в Україні; в) розроблено модель державного управління охороною репродуктивного здоров'я; г) ідентифіковано пріоритетні напрями мотивації до збереження репродуктивного здоров'я серед молоді; д) удосконалено критерії оцінки державного управління охороною репродуктивного здоров'я.

Розділ 1. Теоретичні положення розвитку державного управління в сфері охорони здоров'я

Коваленко Т.Ю. розробила механізми державного управління у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей в Україні, що полягають у наступному:

1. теоретичні положення: а) запропоновано теоретичний конструкт системи державного управління у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей; б) встановлено специфіку трансформації ідеологічних, інституційних, фінансових, функціональних, правових механізмів реалізації державного управління в зазначеній сфері; в) визначено пріоритетні групи набувачів санаторно-курортних послуг за напрямками здоров'язберігаючого, соціально-захисного, соціально-мотиваційного та соціально-адаптаційного включення; г) обґрунтовано базові принципи здійснення адаптивного управління у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей;

2. організаційно-методичні положення: а) розроблено концептуальні засади реалізації та розвитку механізмів державного управління у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей в Україні.

Білінська М.М. вперше в Україні розробила наукові положення державного управління галузевою стандартизацією в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні. Зокрема вченою запропоновано наступні положення:

1. на теоретичному рівні: а) визначено процеси стандартизації вищої медичної освіти, як інноваційного соціального феномена; б) сформульовано і всебічно обґрунтовано найважливіші механізми державного управління галузевою стандартизацією вищої медичної освіти як складової підсистеми наукової галузі «державне управління»; в) конкретизовано дефініції категорійно-понятійного апарату державного управління стандартизацією вищої медичної освіти («державне управління стандартизацією вищої медичної освіти», «галузева стандартизація вищої медичної освіти», «концепція державного управління галузевою стандартизацією вищої медичної освіти», «соціальна відповідальність медичної школи»); г) обґрунтовано принципи побудови моделі міжнародної акредитації вітчизняних вищих медичних навчальних закладів на основі соціальної відповідальності медичної школи та розроблених стандартів з оцінки якісних показників роботи вищої медичної школи

2. на організаційно-методологічному рівні: а) розроблено концептуальний підхід до сучасної моделі управлінської діяльності зі

створення системи галузевих стандартів вищої медичної освіти на основі методу моделювання у вигляді розробки «дерева цілей – рішень»; б) визначено напрями формування стратегії управління якістю та визначено перспективи створення сучасної моделі системно-цільового типу національної системи управління якістю медичної освіти на основі галузевих стандартів вищої медичної освіти; в) ідентифіковано специфіку державного центрального та регіонального моніторингу якості вищої медичної освіти; г) встановленні тенденції розвитку організаційного та мотиваційного механізмів державного управління галузевою стандартизацією вищої медичної освіти в сучасних умовах.

Джафарова Д.М. [62] запропонувала напрями удосконалення системи управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні, зокрема:

- визначено процедуру застосування адаптивного механізму державного регулювання у первинній ланці охорони здоров'я на місцевому рівні;

- обґрунтовано економічні та організаційні механізми управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги в умовах перехідної економіки;

- визначено порядок та запропоновано застосування методів стратегічного планування при управлінських рішеннях та реалізації механізмів державного управління первинною ланкою охорони здоров'я;

- визначено порядок формування загальної лікарської практики (сімейної медицини) в умовах міста;

- удосконалено методи обробки та аналізу медичної інформації на основі нових інформаційних технологій.

Фуртак І.І. [196] в межах свого дослідження державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України, запропонував наступні наукові положення:

1. теоретичні: а) удосконалено засади забезпечення доступності, справедливості, прозорості, рівності та якості медичних послуг на основі європейського досвіду; б) визначено шляхи раціоналізації інституційного, фінансово-економічного й організаційно-правового механізмів державного управління у СОЗ України;

2. методологічні: а) обґрунтовано напрями розробки проекту закону про первинне медико-санітарне забезпечення, що запроваджує застосування методів формування персоналізованого фонду дільниць;

б) напрями використання комп'ютеризованих технології та методів покрокового й персоніфікованого обліку, аналізу і оброблення управлінської інформації та поособового фінансування медичної допомоги; в) розроблено засоби міжгалузевої координації в наданні медичних, медико-соціальних, соціально-медичних і соціальних послуг; д) методика державного фінансування охорони здоров'я населення з розрахунку «на мешканця» з бюджетів усіх рівнів; г) методика використання бюджетних коштів за визначеною ціною медичних послуг на основі стандартів та управління їх собівартістю; е) методика закупівлі медичних послуг через встановлення договірних відносин органів місцевого самоврядування з СОЗ за участі громадськості.

Пітко Я.М. [151] в дисертаційному дослідженні проблем ролі державних органів управління і місцевого самоврядування в механізмі реформування первинної медико-санітарної допомоги, запропонувала наступні положення:

1. на теоретичному рівні: а) принципи реформування закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини і темпи їх реструктуризації на основі організаційного механізму державного управління; б) уточнено понятійний апарат щодо об'єкта дослідження;

2. на організаційно-методологічному: а) метод формування медико-соціальних завдань і заходів щодо реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини; б) організаційний механізм державного управління розбудови первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини; в) реєстр здоров'я територіальної громади, який дозволяє за прямими показниками здоров'я, визначеними фахівцями сімейної медицини, оцінити стан громадського здоров'я і ефективність профілактичних заходів; г) модель реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з використанням комплексного механізму державного управління і відповідних ресурсів; д) положення щодо підготовки і безперервного професійного розвитку сімейних лікарів, медичних сестер і менеджерів сімейної медицини з урахуванням потреб населення у цих спеціалістах і сучасних вимог до таких фахівців.

Дуб Н.Є. [68] розробила сукупність механізмів, що стосуються державного управління реформуванням медсестринства. Зокрема, авторкою розроблено: нові підходи до підготовки сімейних медичних сестер; інноваційні педагогічні технології у підготовці майбутніх

медичних сестер; нормативно-правові механізми реформування медсестринства; засади розвитку вищої медсестринської освіти в Україні.

В дисертації Фільц Ю.О. [194] було обґрунтовано напрями удосконалення механізмів державного управління спеціалізованою амбулаторною медичною допомогою. Штогрин О.П. [201] запропонувала теоретичні основи державного управління у сфері репродуктивного здоров'я населення у контексті прав людини. Результати, отримані авторкою, мають вагомe значення, як власне в сфері охорони здоров'я, так і в сфері забезпечення конституційних прав людини. У контексті забезпечення конституційних прав на здоров'я виконано дисертаційне дослідження Юристовської Н.Я., в якій авторка розробила механізми публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні.

Шегедин Я.Ю. [200] запропонувала нові механізми реалізації державної політики в галузі медсестринства на регіональному рівні. Зокрема, авторкою розроблено правовий та організаційний механізми реалізації на регіональному рівні державної політики в галузі медсестринства.

Шевчук В.В. обґрунтувала наступні напрями удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я:

1. в частині теорії: а) концептуальні підходи до модернізації інструментарію організаційно-економічного механізму інноватизації системи надання медичних послуг; обґрунтовано сутність інновацій в охороні здоров'я;

2. в частині методології та організації: а) розроблено програмно-цільову модель розвитку системи охорони здоров'я в Україні; б) обґрунтовано методологічні підходи до розробки комплексної оцінки ефективності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я; в) концептуальні положення організаційно-функціональної моделі державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я; г) визначено елементне наповнення механізму державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я; д) визначено напрями модернізації системних засобів удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України, що передбачають моніторинг ефективності та

відповідності методологічного інструментарію інноваційного розвитку обраній моделі розвитку.

Вовк С.М. розробила теоретико-методологічні положення формування та реалізації механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я, зокрема:

- обґрунтовано функції державного управління ;
- вдосконалено структуру механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я України;
- розроблено концепцію системної трансформації механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні;
- введено поняття «ефект конкуренції у системі охорони здоров'я», що розглядається, як механізм державно-управлінського впливу;
- розроблено кластерну модель механізмів державного управління захистом здоров'я здорового і працюючого населення України;
- розроблено методика оцінювання медичними установами результатів ефективного державного управління в умовах системних змін через сукупність процедур та правил, що регламентують взаємодію партнерів на медичному ринку здоров'я України;
- обґрунтовано процес моделювання системних змін у сфері охорони здоров'я;
- запропоновано теоретичні аспекти проблеми механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я;
- обґрунтовано функції суб'єктів державного управління на різних рівнях;
- запропоновано підходи (діяльнісний, операційний) для дослідження механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я України.

Карлаш В.В. [90] в контексті дослідження механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення запропонував наступні положення:

1. в частині теорії: а) змістовне наповнення дефініції «державне регулювання у сфері охорони здоров'я» в якості сукупності організаційно-правових норм і механізмів, органів державної влади і місцевого самоврядування; б) теоретичний підхід до формування та впровадження механізму удосконалення існуючої в Україні державно-комунальної моделі охорони здоров'я;

2. в частині методології: а) підходи стосовно трансформації інноваційно-логістичного механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я України; б) методичний підхід до розвитку комплексного механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я, в) процесний підхід до модернізації моделі державного регулювання суспільно-солідарної системи організації та фінансування охорони здоров'я; г) системний підхід до розробки та реалізації ресурсно-кадрового механізму державного регулювання охорони здоров'я України.

Устимчук О.В. [193] розробила організаційно-правові аспекти комунікації у сучасних моделях державного управління охороною здоров'я. Зокрема, до наукового доробку авторки належить:

1. На теоретичному рівні: а) комплекс концептуальних положень у сфері державного управління охороною здоров'я, теоретичним базисом, якого є інтегрована модель комунікаційно-організаційних зв'язків між суб'єктами, об'єктами та стейкхолдерами галузевої взаємодії; б) становлення чотирьох моделей комунікації в галузі державного управління охороною здоров'я (помешканьово-візитова, кабінетношпитальна, діагностично-інструментальна, сервісно-електронічна); в) розвинено понятійно-категоріальний апарат науки державного управління, а саме уточнено зміст поняття «комунікації в галузі охорони здоров'я»;

2. в частині організації та методології: а) удосконалено технології управління в галузі охорони здоров'я в напрямку оперативної мінімізації комунікативних бар'єрів; б) управлінські підходи до використання інформаційних технологій в комунікаціях у галузі охорони здоров'я.

В дисертації Галацан О.В. розроблено теоретичні та методологічні положення формування та реалізації організаційно-економічного механізму управління охороною здоров'я.

Когляревський Ю.О. обґрунтував нові підходи до формування організаційно-економічного механізму державного регулювання якості медичних послуг в Україні.

Кравченко Ж.Д. запропонувала інноваційні підходи до державного регулювання структурно-організаційного забезпечення охорони здоров'я в Україні.

Лермонтова Ю.О. обґрунтувала розвиток державного управління лікарським забезпеченням в умовах надзвичайних ситуацій.

Розділ 1. Теоретичні положення розвитку державного управління в сфері охорони здоров'я

Проаналізувавши тематику, зміст та наукову новизну дисертаційних досліджень з проблем державного управління системою охорони здоров'я, пропонуємо наступну карту розвитку науки державного управління у контексті об'єктно-предметного поля системи охорони здоров'я (табл. 1.2).

Відповідно до зазначеного, розвиток наукових положень щодо державного управління у сфері охорони здоров'я стосувався наступних напрямів:

- обґрунтування напрямів удосконалення державного управління за складовими системи охорони здоров'я, а саме: освіта (підготовка кадрів для системи охорони здоров'я); репродуктивна медицина; медсестринство; онкологія; усі види приватної медицини; стоматологія. Так, вченими розроблено сукупність механізмів державного управління та державної політики та сформовано заходи щодо підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я;

- наукові положення розвитку державного управління системою охорони здоров'я. В даному напрямі вчені удосконалювали окремі складові науки, зокрема: історичні та теоретичні положення, методологію, інституційні положення. Формувалися нові знання, що характеризують державне управління, як суспільну науку;

- окремі аспекти розвитку охорони здоров'я представлені наступними напрямами: місце охорони здоров'я в забезпеченні національної безпеки; якість медичних послуг; автономія закладів охорони здоров'я; лікарське забезпечення та інноваційний розвиток;

- розвиток механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я. У даному напрямку дисертаційні дослідження присвячені конкретному механізму, зокрема: інформаційний, економічний, правовий, міжнародний, соціальний, організаційний. Окремі пропозиції вчених були прийняті до впровадження органами державної влади у сфері управління охороною здоров'я. Пропозиції становлять вагомий науковий інтерес з позиції подальшого реформування системи охорони здоров'я та розробки інноваційний механізмів державного управління;

- рівні державного управління системою охорони здоров'я. У цілому більшість проаналізованих дисертаційних досліджень присвячені розвитку державного управління на загальнодержавному рівні, проте окремі визначали особливості розвитку механізмів управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях.

Таблиця 1.2

Карта розвитку наукових положень державного управління у сфері охорони здоров'я

СКЛАДОВІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
<i>Освіта</i>	<i>Репродуктивна медицина</i>	<i>Медсестринство</i>
Курило Т.М., Васюк Н.О., Білинська М.М.,	Корольчук О.Л., Білоус І.В., Мокрецов С.С., Штогрин О.П.	Кузьмінський П.Й., Дуб Н.Є., Шегедин Я.Ю.
<i>Онкологія</i>	<i>Приватна медицина</i>	<i>Стоматологія</i>
Бугайцов С.Г.	Буравльов Л.О.	Бедрик І.О.,
<i>Санаторно-курортна сфера</i>	<i>Первинна медико-санітарної допомога</i>	<i>Спеціалізована амбулаторна медична допомога</i>
Коваленко Т.Ю.,	Джафарова Д.М., Пітко Я.М.,	Фільц Ю.О.,
НАУКОВІ ПОЛОЖЕННЯ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
<i>Історико-теоретичні</i>	<i>Інституційні</i>	<i>Методологічні</i>
Радиш Я.Ф., Клименко О.В.,	Банчук М.В, Вовк С.М.	Кризина Н.П.,
АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
<i>Національна безпека</i>	<i>Якість медичних послуг</i>	<i>Автономія закладів ОЗ</i>
Рингач Н.О.,	Надюк З.О.,	Рудий В.М.,
<i>Лікарське забезпечення</i>	<i>Інноваційні</i>	<i>Інші</i>
Лермонтова Ю.О.	Шевчук В.В.,	Висоцька Т.Є.
МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
<i>Організаційний</i>	<i>Правовий</i>	<i>Економічний</i>
Мартинюк О.І., Лещенко В.В., Торбас О.М., Кравченко Ж.Д.	Парашич І.М., Штогрин О.П., Юристовська Н.Я.	Ляховченко Л.А., Галацан О.В., Котляревський Ю.О.,
<i>Інформаційний</i>	<i>Міжнародний</i>	<i>Соціальний</i>
Корольчук О.Л., Фірсова О.Д., Устимчук О.В.	Жилка К.І., Фуртак І.І.,	Ярош Н.П.
РІВНІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
<i>Регіональний</i>		<i>Місцевий</i>
Шегедин Я.Ю.		Торбас О.М., Дудка В.В.,

У цілому проведене дослідження дозволило нам встановити розвиток наукового знання в державному управлінні, що полягає в розширенні його об'єктно-предметної сфери та методів вивчення процесів, що відбуваються у сфері охорони здоров'я. Крім того, вагоме значення в розвитку методології та організації науки державного управління мають пропозиції вчених щодо розширення форм та змісту механізмів реалізації державного управління та державної політики у сфері охорони здоров'я. У цілому науковий доробок вітчизняної науки дозволяє говорити про різновекторність системи охорони здоров'я, як об'єкта державного управління.

1.3. Удосконалення понятійно-категоріального апарату державного управління у сфері охорони здоров'я

Наукове дослідження в будь-якій сфері державного управління потребують обґрунтування властивостей об'єкту, як теоретичного підґрунтя розробки інноваційних підходів до державного управління чи державної політики. Більшість таких властивостей впливають із сутності об'єкту. Відповідно розвиток теоретичних положень державного управління системою охороною здоров'я має відбуватися в контексті розвитку понятійно-категоріального апарату. На сьогодні розвиток понятійно-категоріального апарату в контексті розвитку теорії, організації та методології державного управління у сфері охорони здоров'я піднімалося в працях багатьох вчених, як у контексті підготовки монографічних досліджень, так і в контексті здобуття наукових ступенів. Проте, для цілей власного дослідження та зважаючи на трансформаційні процеси, що відбулися в системі охорони здоров'я дане питання постійно актуалізується.

Питання розвитку понятійно-категоріального апарату державного управління системою охорони здоров'я піднімалося у працях наступних вчених: Радиш Я.Ф., Бугайцов С.Г., Ярош Н.П., Рингач Н.О., Банчук М.В., Клименко О.В., Надюк З.О., Курило Т.М., Рудий В.М., Мартинюк О.І., Лещенко В.В., Паращич І.М., Буравльов Л.О., Бедрик І.О., Ляховченко Л.А., Торбас О.М., Васюк Н.О., Корольчук О.Л., Висоцька Т.Є., Білоус І.В., Дудка В.В., Кузьмінський П.Й., Жилка К.І.,

Фірсова О.Д., Кризина Н.П., Мокрецов С.С., Коваленко Т.Ю., Білинська М.М., Джафарова Д.М., Фуртак І.І., Пітко Я.М., Дуб Н.С., Фільц Ю.О., Штогрин О.П., Юристовська Н.Я., Шегедин Я.Ю., Шевчук В.В., Вовк С.М., Карлаш В.В., Устимчук О.В., Галацан О.В., Котляревський Ю.О., Кравченко Ж.Д., Лермонтова Ю.О.

Деева Н.М., Редіна Н.І., Дулік Т.О. у своєму дослідженні зазначають, що «Кожна наука має свій понятійний апарат, особливі, специфічні категорії, що є концентрованим виразом загальних, найбільш суттєвих ознак, якостей, закономірностей і взаємозв'язків діалектичного руху матеріальних та духовних зв'язків тієї сфери дійсності, яку ця наука вивчає» [61, с. 50]. Відповідно система наук державного управління також володіє відповідними категоріями та поняттями, які розвиваються відповідно до практики та зважаючи на розвиток методології наукових досліджень.

Вітчизняний дослідник О.І. Баїк пише, що «З позиції лінгвістичного тлумачення термін «категорія» (грецьк. *kategoria* (κατηγορία) – ознака, висловлення, судження) – це одна з пізнавальних форм мислення людини, яка дає змогу узагальнити її досвід і здійснити його класифікацію. У когнітивній лінгвістиці категорія – когнітивна структура, концептуальний клас, що складається з елементів, членів категорії, об'єднаних “родинною подібністю». У всіх членів «родини» (слів або понять) є цілком реальні спільні характеристики, але вони можуть бути виявами не зовнішньої схожості, а глибинної генетичної основи. Елементи, що належать до категорії, можуть становити єдине ціле, незважаючи на те, що не всі вони мають саме ті спільні властивості, які визначають суть категорії. Об'єкти – члени категорії – не є рівноправними: у середині кожної категорії одні об'єкти є психологічно набагато значущими, ніж інші. Такі центральні члени мають особливий когнітивний статус – «бути найкращим прикладом категорії, її головним репрезентантом». Їх названо прототипами, або основними точками когнітивної референції. Навколо таких прототипів у свідомості індивіда об'єднуються усі інші об'єкти, що належать до категорії» [28, с. 12]. У контексті зазначеного є потреба в постійному розвитку понять та категорій державного управління, особливо в стратегічно важливих сферах суспільного життя, якою виступає система охорони здоров'я.

«Сама категорія «державне управління» застосовується науковцями для позначення двох взаємозв'язаних понять:

1) сектора зайнятості, ініціатив і видів діяльності, що стосуються формування й упровадження управлінської політики за допомогою державних та інших громадських програм і менеджменту відповідних організацій та діяльності;

2) академічної галузі, що займається вивченням, удосконаленням і підготовкою кадрів сфери діяльності» [188].

В контексті об'єктно-предметного поля нашого дослідження – державне управління системою охорони здоров'я, основними складовими понятійно-категоріального апарату виступатимуть: державне управління системою охорони здоров'я, охорона здоров'я, громадське здоров'я, медична послуга. Зазначенні поняття є взаємопов'язаними та в окремих випадках впливають одне з одного. Розглянемо кожне поняття в контексті їх дефініції в науковій та довідковій літературі (додаток Б).

Система охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я є особливим об'єктом державного управління, що обумовлено його її значенням у забезпеченні життєдіяльності суспільства. Водночас дана сфера державного управління має значні відмінності від інших, адже пов'язана зі здоров'ям людини та громадським здоров'ям в цілому. Сфера охорони здоров'я пов'язана із виконанням державою соціальної функції, з одного боку, та забезпечення безпеки з іншого. Крім того, система охорони здоров'я знаходиться на перетині інтересів різних соціальних інститутів та інституцій, що визначає необхідність їх врегулювання при розробці державно-управлінських рішень та формування державної політики. Адже, це дозволить уникнути конфлікту інтересів та налагодити соціальний консенсус у суспільстві.

«Специфіка управління в охороні здоров'я обумовлена перш за все тим, що це особлива сфера, яка значно відрізняється від інших видів діяльності. Заклади охорони здоров'я мають особливі характеристики, які вимагають модифікації загальних принципів управління або зміни акцентів. По-перше, результатом діяльності медичної установи є послуга, що визначає характер взаємодії зі споживачами – прямий контакт і залучення його в процес надання послуги. Це, в свою чергу, знаходить вираз у багатоваріантності способів управління, які використовуються в охороні здоров'я. По-друге, медичні послуги відносяться до соціальних послуг» [115, с. 97].

Відповідно для цілей формування теоретичного підґрунтя розробки державного управління потенціалом системи охорони здоров'я України є

потреба в обґрунтуванні сутності зазначеного поняття та встановлення його властивостей і взаємодії з іншими суміжними поняттями та категоріями. Складність формування дефініції «охорона здоров'я» («система охорони здоров'я») пов'язано із перетином різних суспільних наук та медичних наук, зокрема:

- медичні науки, як система знань щодо збереження здоров'я людини, профілактики та лікування;
- економічні науки – формування ринку надання медичних послуг державними та приватними закладними охорони здоров'я, фінансування медицини, медичної послуги, як соціально-економічної категорії та інші економічні аспекти;
- соціологічні науки з позиції дослідження стану громадського здоров'я;
- правові з позиції формування правового регулювання системи охорони здоров'я.

Власне науки державного управління при формуванні дефініції категорії «охорона здоров'я» («система охорони здоров'я») мають врахувати всі аспекти, адже державне управління потенціалом системи охорони здоров'я держави охоплює всі зазначенні властивості об'єкту дослідження.

Розглянемо особливості тлумачення охорони здоров'я в науковій, нормативній та довідковій літературі. На рівні законодавства сутність охорони здоров'я розкривається, як основа законодавства України про охорону здоров'я «система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя» [146]. В свою чергу, в науковій літературі дану категорію характеризують у різних аспектах. Досить поширеними є економічні підходи до сутності поняття «охорона» здоров'я. «В економічній літературі мають місце різні точки зору на охорону здоров'я як на економічну категорію і сформульовано значну кількість його визначень. Під охороною здоров'я слід розуміти систему відносин, метою якої є охорона здоров'я людини за допомогою організації та надання медичної допомоги, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя, а також організації надання супутніх товарів, робіт, послуг. До супутніх товарів, робіт, послуг належать лікарські засоби, медична техніка, роботи по протезуванню, послуги з перевезення

пацієнтів спеціальним транспортом, послуги з харчування хворих, а також інші товари, роботи, послуги, необхідні для надання медичної допомоги пацієнтам і (або) належної діяльності (функціонування) організацій охорони здоров'я та органів управління охороною здоров'я» [41]. У цілому можна погодитися із такими підходами, проте охорона здоров'я як об'єкт державного управління має значно ширший зміст.

Аналізуючи наукову та довідкову літературу ідентифіковано наступні підходи до сутності охорони здоров'я:

- *охорона здоров'я як галузь діяльності держави*. Такий підхід підтримує Опалько В.В. зазначаючи, що «охорона здоров'я – галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Охорона здоров'я – це ключовий елемент національної безпеки держави» [144]. Відповідно до зазначеної дефініції система охорони здоров'я розглядається, як галузь діяльності держави у контексті медичного обслуговування, що дозволить забезпечити національну безпеку держави. У такому ж контексті систему охорони здоров'я розглядає Дурманов Б. пропонуючи наступне визначення: «охорона здоров'я – це галузь економіки держави, що включає виробництво товарів і послуг, спрямованих на поліпшення та розвиток здоров'я громадян» [70]. Особливістю зазначеного тлумачення є те, що автор вважає охорону здоров'я як галузь економіки. З даним визначенням можливо погодитися лише частково, адже економічний аспект охорони здоров'я є занадто вузьким і не характеризує усю специфіку систем охорони здоров'я. Янова В.В., та Лесниченко Е.Н. розглядають також охорону здоров'я як галузь, проте не економіки та держави, а як галузь сфери обслуговування. Так, автори пропонують наступне тлумачення: «Охорона здоров'я – одна з галузей сфери обслуговування. Турбота про збереження здоров'я особистості, збереження здоров'я трудящих, профілактиці хвороб мають велике значення для виробництва, так як під впливом цих факторів зростає активний період людської діяльності і знижуються втрати робочого часу» [206]. Зазначений підхід є можливий лише, за умови, що охорона здоров'я є об'єктом наукового дослідження в економічних науках. Баранбаєва Л.З. пропонує під охороною здоров'я розглядати наступне: «сукупність галузей і організацій, що задовольняють потреби населення по охороні здоров'я. У цій сфері відбувається створення умов для відтворення працівника з метою продовження роду, підтримки і поліпшення його здоров'я» [41]. У даному випадку тлумачення є широким,

адже охоплює не лише власне медицину, але й фармацією та інші галузі задіяні в забезпеченні здоров'я населення;

- *охорона здоров'я як система заходів*. У даному напрямі зміст охорони здоров'я розглядав Лисицин Ю.П., який зазначає наступне: «охорона здоров'я суспільства – це система громадських і державних соціально-економічних та медичних заходів, які забезпечують високий рівень охорони й поліпшення здоров'я народу» [120]. Так, автор вважає, що такі заходи забезпечуються як державою через систему державного управління так і громадськістю. В свою чергу, такі заходи носять як соціально-економічний так і медичний характер, що визначає властивості системи охорони здоров'я як об'єкту державного управління. Булеца С.Б. вважає, що «охорона здоров'я – це система державних і суспільних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань та забезпечення довголіття людини» [40]. Визначення є подібним, проте автор не надає характеристики таким заходам, зазначаючи, що вони направлені на захист здоров'я, попередження та лікування захворювань;

- *охорона здоров'я як медицина*. Даного підходу дотримується К.І. Вінслоу, який вважає, що «охорона здоров'я не є синонімом медицини, а одним з головних факторів і критеріїв прогресу розвитку суспільства, тому що практично немає жодної галузі діяльності, які б так чи інакше не позначалися б на здоров'ї людей» [10]. В свою чергу, варто наголосити, що автор наголошує на важливості охорони здоров'я, як критерію розвитку суспільства.

Різноманітність підходів до сутності охорони здоров'я можна пояснити наступним чином:

- об'єктно-предметним полем дослідження. Так, залежно від об'єкта та предмета дослідження, вчені надають охороні здоров'я певних властивостей, що в результаті лягає в їх розумінні змісту зазначеного поняття;

- мета та завдання дослідження визначають особливості та вектор розвитку дослідження системи охорони здоров'я. Зазвичай поставлена мета дослідження характеризує об'єкт та проблему, що намагається вирішити автор;

- міждисциплінарність охорони здоров'я, обумовлює те, що охорону здоров'я характеризують різні сфери наук (економіка, право, медицина, соціологія, державне управління та інші). Залежно від сфери наук визначається і зміст поняття;

- методологія дослідження. При вивченні будь-якого об'єкта дослідник обирає ту чи іншу сукупність методів, зазвичай вибір таких методів суб'єктивний характер, що призводить до висновків щодо змісту охорони здоров'я.

Вважаємо, що зміст поняття «охорона здоров'я» має врахувати всі зазначенні підходи, щоб вмістити в собі більшість властивостей як об'єкту впливу державно-управлінських рішень. Власний комплексний підхід до сутності охорони здоров'я надамо нижче в контексті встановлення сутності інших суміжних понять.

Громадське здоров'я.

«Одним з найважливіших досягнень науки XIX–XX ст. стало вироблення уявлення про громадське (суспільне) здоров'я, як сукупність здоров'я всіх членів суспільства. У той час як історія вчення про індивідуальне здоров'я нараховує майже дві тисячі років, беручи свій початок від медицини Древньої Греції і Древнього Риму, концепція суспільного здоров'я існує приблизно два століття. Її виникнення зв'язане з Великою французькою революцією і деякими іншими подіями кінця XVIII – початку XIX століття» [52].

«Питання забезпечення здоров'я населення є одним з найбільш важливих питань державної соціальної політики у всіх розвинутих країнах світу. Значна увага надається йому і у європейській та світовій практиці у сфері охорони здоров'я. Так, нова європейська політика щодо здоров'я вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, удосконалення політики охорони здоров'я, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритету надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні чинники ризику. Основи політики Здоров'я-2020 включають чотири пріоритетні напрямки стратегічних дій, серед яких слід виділити зміцнення систем охорони здоров'я, які мають бути орієнтованими на людину, потенціалу системи громадського здоров'я, готовності до надзвичайних ситуацій, епіднагляду та реагування, підвищення «міцності» місцевих громад та створення підтримуючого середовища» [143, с. 58].

Більшого розвитку громадське здоров'я, як наука та практична діяльність здобула в країнах Заходу. В Україні дане поняття почало поширюватися не так давно. У зв'язку з цим нами вивчено підходу до змісту поняття «громадське здоров'я» в працях зарубіжних вчених.

- Хелінгберг Б (Hallingberg B.) вважає, що «громадське здоров'я являє собою важливий атрибут суспільного життя та структурну умову відтворення соціально-біологічної детермінації суспільства, що дає змогу проаналізувати антропоцентричну цінність людини в конкретних історичних умовах та фізіологічної будови» [5];

- Фрейдсон Е. (Freidson Eliott) пропонує розглядати громадське здоров'я «як об'єктивний фактор самореалізації індивідів у суспільстві, а відтак один із параметрів якості життя індивідів, соціальних груп» [4];

- Вінслоу Ч.Е.А. (Winslow Charles-Edward Amory), зазначає, що «громадське здоров'я (англ. Public health) – це наука та практика попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства» [16].

Таким чином, громадське здоров'я можна розглядати, як із статичної, так і динамічної точки зору. З одного боку, це стан здоров'я суспільства, а з іншого – процес забезпечення та вивчення здоров'я суспільства. В окремих випадках громадське здоров'я розглядають як науку, що вивчає здоров'я суспільства та механізми його забезпечення. Поняття громадського здоров'я та охорона здоров'я є взаємопов'язаними, а в окремих випадках вчені, навіть, вважають їх синонімами. На нашу думку, зазначенні поняття не є синонімами, хоча впливають одне з одного, що буде розглянуто нижче.

Медична послуга.

Медична послуга за своїм характером та змістом має економічну сутність, проте за технологією все ж таки впливає з медицини. Якщо розглядати медичну послугу з точки зору державного управління, то потрібно врахувати усі можливі підходи. Янова В.В., Лесниченко Е.Н. вважають, що «Дискусія про природу і суть медичної послуги як соціально-економічної категорії виявилася в центрі теоретичної і практичної розробки проблем ефективного розвитку системи охорони здоров'я. Тим часом, за міру розвитку економічної науки погляди економістів на сутність медичної послуги і визначення медичної послуги як соціально-економічної категорії ускладнювалися і розвивалися» [206, с. 33]. Зарубіжна дослідниця проблем громадського здоров'я Крестьянинова О.Г. наголошує, що «Медичні послуги мають особливий статус. Їх кількість і якість, доступність і технологічний рівень, а також інші ознаки визначають рівень життя населення, впливають на стан здоров'я, якість і тривалість життя людей» [107].

В історичному контексті сутність медичної послуги змінювалася, власне, зі зміною економічних та ринкових відносин. Проте, завжди медичну послугу розглядали, як певну корисну дію для суспільства, метою якої є забезпечення здоров'я людини збереження життя. Варто наголосити, що медичну послугу не можна розглядати лише в контексті послуги, як економічної категорії, адже в окремих випадках порушуються принцип її платності, якщо послуга надається на безоплатній основі державними суб'єктами охорони здоров'я.

Досить цікавою є думка вітчизняної дослідниці А. Мокрицької «На наш погляд, не можна говорити про те, що охорона здоров'я не може і не має розвиватися за законами ринкового господарювання. Саме в умовах ринкових відносин з'являються передумови радикальних змін в організації охорони здоров'я. Звісно, в Україні на даний момент ринкові відносини не можуть бути розповсюджені на всю систему надання медичної допомоги. Таке становище обумовлено, по-перше, практично повним державним регулюванням діяльності медичних установ, по-друге, обмеженим числом медичних установ, серед яких можлива конкуренція, регулююча роль якої стосовно якості медичних послуг очевидна. У зв'язку з цим, цілком виправданою є поява двох категорій, що позначають кінцеві результати лікарської діяльності. Так, «медична допомога» – це кінцевий результат безкоштовної медицини, тоді як «медична послуга» – це продукт або товар медицини платної. На нашу думку, безкоштовної медицини не існувало і не існує. Безкоштовне надання медичних послуг пацієнтам можливе тільки в тому випадку, коли оплата здійснюється іншими платниками (державою, підприємством або «знеособленим» платником податків до бюджету)» [133, с. 116]. Можна погодитися з авторкою в цілому, проте окремі аспекти все ж потребують додаткового вивчення та уточнення з позиції формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Власне, щодо дефініції медичної послуги, то в науковій та довідковій літературі існують наступні підходи:

- по-перше, *комплекс професійних відплатних послуг*. Даний підхід підтримує Дурманов Б., який пропонує наступну дефініцію даного поняття: «медична послуга – це комплекс відплатних послуг, що здійснюються персоналом медичної установи при наданні медичної допомоги пацієнту в певній клінічній ситуації з використанням певних медичних технологій, незалежно від використовуваних механізмів і методів оплати» [70]. Авторське тлумачення зводиться до медичної допомоги пацієнту. Варто

також наголосити, що механізм оплати такої послуги може бути різним. Подібну точку зору підтримує Данилочкина Ю.В., яка вважає, що медичні послуги – «це сукупність професійних відплатних, доцільно необхідних дій виконавця, в окремих випадках – зустрічних з боку пацієнта (замовника, споживача), спрямованих на задоволення потреб останнього в формі певного стану здоров'я» [55, с. 8]. Дане тлумачення має лише загальний характер, адже зміст послуги зводиться до задоволення потреб пацієнта у формі певного стану здоров'я;

- по-друге, *сукупність відносин та взаємодій між суб'єктами*. Так, Янова В.В., Лесниченко Е.Н. наголошують, що медична послуга – це економічна категорія, що «виражає економічні та соціальні відносини з приводу задоволення потреб у збереженні життя і здоров'я населення» [206]. Таке тлумачення носить суто економічний характер та не визначає змісту поняття, адже автори не визначають суб'єктів, між якими такі відносини реалізуються. У свою чергу Рожкова Е.В. такими суб'єктами визначає суб'єктів ринку, вказуючи, що сутність медичної послуги полягає в наступному: «погоджений процес взаємодії суб'єктів ринку, коли об'єктом обміну є медична діяльність в якості специфічної трудової діяльності» [172];

- по-третє, *правомірні дії*. Даний напрям характеризує медичну послугу, як сукупність дій, які є дозволенні системою медичного права та спрямованні на забезпечення здоров'я людини. Досить дискусійною в даному напрямі тлумачення медичної послуги є думка Раменської А.А.. Так, авторка під даним поняттям розуміє наступне: «сукупність правомірних дій, що здійснюються медичними працівниками, у державних (муніципальних) закладах охорони здоров'я або приватних медичних організаціях, спрямована на поліпшення здоров'я пацієнта і його одужання і носить безоплатний характер» [169, с. 251]. Дискусійність зазначеного визначення полягає в тому, що автор вважає, що зазначенні послуги мають безоплатний характер. Така позиція не зовсім відповідає сучасним реаліям в умовах розвитку ринку приватної медицини, що в окремих випадках надає медичну послугу якіснішу, ніж аналогічну послугу, що надають державні заклади охорони здоров'я;

- по-четверте, *медичне втручання відповідно умов договору*. Так, вітчизняні вчені А.О. Гаврилюк, Р.Г. Жарлінська, Г.В. Даценко, В.П. Сорокоумов, А.А. Міщук, А.С. Котуза вважають, що «медична послуга – визначене договором або законом медичне втручання або

комплекс медичних втручань, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування захворювань, медичну реабілітацію та які мають самостійне закінчене значення» [49]. Такий підхід має суто медичний характер. Що обумовлений договірними відносинами. Власне, така точка зору, в цілому, не враховує, що медична послуга може надаватися не лише за умовами договору, а наприклад, медичні послуги, що реалізуються державними закладами охорони здоров'я передбачають включення будь-якого договору. Такий підхід характерний лише суто для приватних закладів охорони здоров'я та не може використовуватися для цілей державного управління за основу.

- по-п'яте, послуга лікувально-профілактичного характеру. Вітчизняний вчений Пашков В. вважає, що «медична послуга – це послуга лікувально-профілактичного характеру, в основі якої лежить медична допомога відповідно до існуючих медичних стандартів, підкріплена системою конкурентних переваг» [149]. Разом з тим, автор надає визначення поняття медичної допомоги: «діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами» [149]. Так, автор визначає такий підхід з позиції господарського права, але й той же час не враховує суб'єктів, що їх реалізують та суб'єктів, що ними користуються. Проте занадто вузький підхід не може бути використаний за основу при дослідженні державного управління системою охороною здоров'я.

В цілому, говорячи про медичні послуги та їх сутність варто врахувати їх властивості. Серед зарубіжних вчених Бурунбаєва Л.З., характеризує медичні послуги, як вид суспільного блага. Так, дослідниця виділяє наступні властивості:

«- обмеженість дії принципу виключаємості зі споживання, тобто відсутність способу виключення індивіда з процесу користування цими благами;

- неподільність, тобто часто виникає неможливість надання цих благ окремим особам;

- труднощі нормування;

- труднощі вираження у вартісній (грошової) вартості;

- неможливість демонстрації;

- незбереженість;

- невіддільність від джерела (наприклад, медичного працівника, медичного обладнання);

- невідчутність, тобто соціальну послугу неможливо побачити, спробувати на відчуття, дізнатися до моменту придбання» [41].

У цілому вважаємо, що для цілей розробки заходів з удосконалення державного управління системою охорони здоров'я необхідно врахувати різні позиції та сформувані підходи, які б відповідали теорії та сучасній практиці державного управління. Відповідно до цього пропонуємо наступну модель розвитку понятійно-категоріального апарату державного управління системою охорони здоров'я (рис. 1.2).

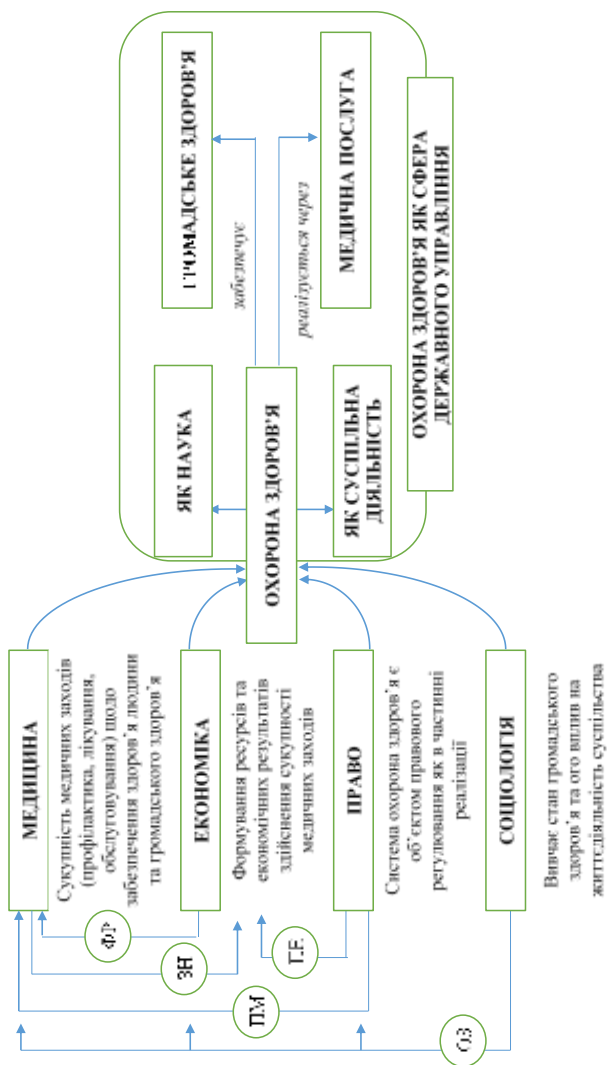
Таким чином, вивчення наукової та довідкової літератури, дозволило сформувані модель розвитку понятійно-категоріального апарату державного управління системою охорони здоров'я, що передбачає наступні комплекси підходи до змісту наступних категорій та понять:

1. Охорона здоров'я

- *як вид суспільної діяльності*: сукупність заходів та ресурсів у сферах матеріального та нематеріального виробництва, що в сукупності складає медичну послугу на платній чи безоплатній основі щодо забезпечення здоров'я окремою людиною та громадського здоров'я в цілому через профілактику, лікування, обслуговування та формування умов безпечної життєдіяльності суспільства, та ка реалізується державними та / або приватними організаціями;

- *як наука*: система знань щодо заходів медичного, управлінського, економічного, правового, соціального, інформаційного характеру в забезпеченні здоров'я окремої людини та громадського здоров'я в цілому;

- *як сфера державного управління*: це сфера державного управління, що регулює організації, реалізації та формування ресурсів для забезпечення заходів у сферах матеріального та нематеріального виробництва, що в сукупності складає медичну послугу на платній чи безоплатній основі щодо забезпечення здоров'я окремою людиною та громадського здоров'я в цілому через профілактику, лікування та формування умов безпечної життєдіяльності суспільства.



Умовні позначення: **ФР** – економічна система є настільником фінансових ресурсів для медицини; **ЗН** – медицина формує здоров'я населення, зокрема трудових ресурсів; **ПМ** – правове регулювання медицини (порядок надання медичних послуг та відповідальність за її якість); **ПЕ** – правове регулювання економічних відносин щодо надання медичних послуг; **СЗ** – оцінка зв'язків між усіма складовими

Рис. 1.2. Розвиток понятійно-категоріального апарату державного управління державного управління системою охорони здоров'я

2. Громадське здоров'я:

- *як наука*: система знань, щодо попередження захворювань населення, інструментів вивчення стану здоров'я населення та факторів впливу на нього, формування профілактичних заходів та напрямів розвитку охорони здоров'я та ресурсів підвищення її якості;

- *як сфера суспільної діяльності*: сукупність заходів щодо вивчення стану здоров'я суспільства, факторів впливу на нього та формування заходів щодо підвищення якості та тривалості життя населення.

3. Медична послуга:

- *теоретичний підхід*: суспільне благо щодо забезпечення здоров'я людини (фізіологічного та психологічного), яке реалізується на платній (приватними закладами охорони здоров'я) та / або безоплатній основі (державними закладами охорони здоров'я);

- *практичний підхід*: послуга, яка полягає у правових взаємовідносинах людини із закладами охорони здоров'я, щодо профілактики, лікування (медичної допомоги) та медичного обслуговування, що спрямовані на забезпечення здоров'я людини.

Як об'єкт державного управління медичну послугу варто розглядати як: по-перше, державну послугу, що реалізується державними закладами охорони здоров'я; по-друге, об'єкт державного регулювання щодо забезпечення здоров'я людини та громадського здоров'я в цілому.

Висновки до 1-го розділу

1. Окреслено особливості громадського здоров'я та системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління та державної політики. Це здійснено шляхом встановлення міждисциплінарних зв'язків із такими науками: юридичні, соціологічні та економічні. Зауважимо, що система державного управління охоплює всі властивості об'єкта, а державна політика реалізується через правові та економічні механізми. Державно-управлінські рішення проявляються в системі правових норм та сукупності економічних відносин. Лише при формуванні комплексного теоретичного бачення об'єкта дослідження є можливість формувати та реалізовувати ефективну державну політику в сфері охорони здоров'я.

2. При вивченні соціально-економічних інтересів учасників суспільних відносин зазвичай використовують інституційну теорію дослідження суспільних явищ. Це дозволяє при дослідженні врахувати інтереси всіх соціальних інституцій та виробити державну політику у сфері охорони здоров'я яка б дозволила уникнути як конфлікту інтересів, так і інституційних пасток. Адже, якщо уважно прослідкувати провал будь-якої реформи, у тому числі у сфері охорони здоров'я, його причиною завжди буде зіткнення соціально-економічних інтересів різних учасників суспільних відносин. Вивчення економічних інтересів через соціальні інститути та інституції дозволяє ідентифікувати інтереси як окремої людини, так і соціальних агентів та держави. Варто зауважити, що держава, окрім того, що є носієм соціально-економічних інтересів, є також і інструментом врегулювання конфлікту інтересів. Особливо важливим є налагодження соціального консенсусу у сфері охорони здоров'я через врегулювання соціально-економічних інтересів різних учасників суспільних відносин.

3. Стейкхолдерами державної політики у сфері охорони здоров'я є: людина як користувач послуг у сфері охорони здоров'я; суб'єкти господарювання як користувачі трудових ресурсів, які є носіями громадського здоров'я; держава як носій національних інтересів та регулятор розвитку системи охорони здоров'я; реалізатори послуг у сфері охорони здоров'я (заклади охорони здоров'я). На основі вивчення їх інтересів розроблено інформаційну модель взаємодії в процесі реалізації державно-управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

4. Основна функція держави полягає в налагодженні соціального консенсусу через врегулювання конфлікту інтересів. Сфера охорони здоров'я знаходиться на перетині інтересів більшості соціальних інститутів, адже є інструментом забезпечення фундаментальної складової потреб людини. Для врегулювання конфлікту інтересів між суб'єктами системи охорони здоров'я, держава має використати складний інструментарій державного управління та державної політики. Адже, у сучасних ринкових умовах господарювання, держава виступає не лише надавачем медичних послуг через державні заклади охорони здоров'я, але й виступає регулятором ринку приватної медицини. В цьому і полягає складність, власне, процесів формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Державна політика має бути побудована таким чином, щоб врегулювати інтереси людини як носія індивідуального

здоров'я, суспільства як носія громадського здоров'я, держави як носія національних інтересів та власне суб'єктів ринку приватної медицини. Досить важливим при розробці державної політики у сфері охорони здоров'я врахування ринкових механізмів та інструментів їх гармонізації із забезпеченням національних інтересів та гарантією забезпечення конституційного права людини на здоров'я. Відповідно до цього можна визначити наступні конфлікти інтересів, які можуть виникнути при формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я:

5. Проаналізувавши тематику, зміст та наукову новизну дисертаційних досліджень із проблем державного управління системою охорони здоров'я, запропоновано карту розвитку науки державного управління в контексті об'єктно-предметного поля системи охорони здоров'я. Розвиток наукових положень щодо державного управління у сфері охорони здоров'я стосувався наступних напрямів: обґрунтування напрямів удосконалення державного управління за складовими системи охорони здоров'я; наукові положення розвитку державного управління системою охорони здоров'я; окремі аспекти розвитку охорони здоров'я в забезпеченні національної безпеки, якості медичних послуг, автономії закладів охорони здоров'я; розвиток механізмів державного управління в сфері охорони здоров'я; рівні державного управління системою охорони здоров'я. В цілому проведене дослідження дозволило нам встановити розвиток наукового знання в державному управлінні, що полягає в розширенні його об'єктно-предметної сфери та методів вивчення процесів, що відбуваються в сфері охорони здоров'я. Крім того, вагоме значення в розвитку методології та організації науки державного управління мають пропозиції вчених щодо розширення форм та змісту механізмів реалізації державного управління та державної політики у сфері охорони здоров'я.

6. Розроблено модель розвитку понятійно-категоріального апарату державного управління системою охорони здоров'я, що передбачає наступні комплекси підходи до змісту категорій та понять: а) Охорона здоров'я: як вид суспільної діяльності (сукупність заходів та ресурсів у сферах матеріального та нематеріального виробництва, що в сукупності складає медичну послугу на платній чи безоплатній основі щодо забезпечення здоров'я окремою людиною та громадського здоров'я в цілому через профілактику, лікування, обслуговування та формування умов безпечної життєдіяльності суспільства, та ка реалізується державними та / або приватними організаціями) як наука (система знань щодо заходів

Розділ 1. Теоретичні положення розвитку державного управління в сфері охорони здоров'я

медичного, управлінського, економічного, правового, соціального, інформаційного характеру в забезпеченні здоров'я окремої людини та громадського здоров'я в цілому); як сфера державного управління (це сфера державного управління, що регулювання, організації, реалізації та формування ресурсів для забезпечення заходів у сферах матеріального та нематеріального виробництва, що в сукупності складає медичну послугу на платній чи безоплатній основі щодо забезпечення здоров'я окремою людиною та громадського здоров'я в цілому через профілактику, лікування та формування умов безпечної життєдіяльності суспільства); б) громадське здоров'я: як наука (система знань, щодо попередження захворювань населення, інструментів вивчення стану здоров'я населення та факторів впливу на нього, формування профілактичних заходів та напрямів розвитку охорони здоров'я та ресурсів підвищення її якості); як сфера суспільної діяльності (сукупність заходів щодо вивчення стану здоров'я суспільства, факторів впливу на нього та формування заходів щодо підвищення якості та тривалості життя населення); в) медична послуга: теоретичний підхід (суспільне благо щодо забезпечення здоров'я людини (фізіологічного та психологічного), яке реалізується на платній (приватними закладами охорони здоров'я) та / або безоплатній основі (державними закладами охорони здоров'я); практичний підхід (послуга, яка полягає у правових взаємовідносинах людини із закладами охорони здоров'я, щодо профілактики, лікування (медичної допомоги) та медичного обслуговування, що спрямованні на забезпечення здоров'я людини).

РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Системний підхід до методології державного управління системою охорони здоров'я

Питання розвитку державного управління системою охорони здоров'я вимагає ідентифікацію всіх властивостей досліджуваної системи, для визначення напрямів формування державно-управлінських рішень, розробки державної політики у сфері охорони здоров'я, розробка стратегій та реформ. При цьому державне управління має врахувати всі аспекти прояву та підходів до охорони здоров'я. Адже, «Сутність здоров'я стосується філософських, політичних, соціальних та інших аспектів. Філософські аспекти полягають у виборі ціннісних орієнтирів, політичні – в забезпеченні стабільності та безпеки держави, соціальні – у відновленні трудових ресурсів, здатності до суспільно-корисної діяльності, економічні – в підвищенні продуктивності праці, створенні матеріальних благ, що поліпшують добробут населення і якість життя. Психологічна складова визначається перевагами, мотивацією в поведінці зі збереження здоров'я, медична – у формуванні потреби в послугах охорони здоров'я» [134].

Це дозволить виявити властивості системи охорони здоров'я як об'єкту наукового дослідження у сфері державного управління. Так, актуалізується питання вивчення структури, характерних рис та властивостей системи здоров'я, як соціальної системи, що підлягає державному управлінню.

Питання розвитку системи охорони здоров'я як об'єкту державного управління вивчалися наступними вітчизняними вченими: Радиш Я.Ф., Рингач Н.О., Банчук М.В., Мартинюк О.І., Ляховченко Л.А., Висоцька Т.Є., Дудка В.В., Фірсова О.Д., Кризина Н.П., Білінська М.М., Фуртак І.І., Вовк С.М., Кравченко Ж.Д.. Серед зарубіжних вчених питання державного управління системою охорони здоров'я займалися: D. S. Kringos, W. G. W. Voerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman [6]; W.G. W. Voerma, D. M. Fleming [36]; R. B. Saltman, A. Rico, W. G. W. Voerma [12]; M.McKee, J.Healy [9]; Martin Roland, Bruce Guthrie, David Colin Thomé [11]; C. Schoen, R. Osborn, P.T. Huynh [13].

«Охорона здоров'я є найважливішою галуззю національної економіки, від якої значною мірою залежить нормальна життєдіяльність всіх членів суспільства. Тому зараз вкрай актуальним є питання адаптації його до умов ринкової економіки. Це обумовлено, перш за все, тим, що для будь-якої держави стабільність системи охорони здоров'я є однією з глобальних завдань, а рівень розвитку медичних послуг для населення є загальним показником добробуту країни в цілому. У цих умовах особливого значення набувають питання дослідження сутності економічного механізму розвитку ринку медичних послуг» [24].

«Матеріальне виробництво і система охорони здоров'я тісно взаємопов'язані між собою. З метою відтворення працівники направляють значну частину своїх доходів на придбання послуг медичних і супутніх послуг системи охорони здоров'я. Розвиток останньої залежить від рівня розвитку і функціонування матеріального виробництва, воно істотно впливає на формування доходів бюджету та державних позабюджетних фондів. Управління розвитком охорони здоров'я вимагає регулювання розвитку реального сектора економіки як основного джерела поповнення фінансовими ресурсами. Ефективна реалізація антикризових заходів повинна забезпечити макроекономічну стабілізацію. Макроекономічна політика держави повинна бути спрямована на підтримку балансу між цілями посилення соціальної підтримки населення, стимулювання внутрішнього попиту, розвитку реального сектора економіки, з одного боку, і цілями підтримки прийнятної рівня інфляції, рівноважного курсу рубля, забезпечення допустимого рівня бюджетного дефіциту, з іншого. Внутрішні фінансові ресурси повинні бути спрямовані на підтримку рівня життя населення, на вирішення соціальних питань. Незважаючи на економічні труднощі, держава повинна проводити політику щодо реалізації соціальних (в тому числі в системі охорони здоров'я) програм» [41].

«Україна вступила у ХХІ ст. я з одними з найгірших у Європі показників життєдіяльності і тягарем багатьох соціально-економічних та демографічних проблем. Кардинальні зміни соціально-економічної системи призвели до деструктивних процесів в економіці, скорочення виробництва, зменшення внутрішнього валового продукту та дефіциту бюджету. Гальмування економічних та соціальних реформ, неповна трудова зайнятість або безробіття, низький рівень заробітної плати та пенсій, несвоєчасна їх виплата, недостатня правова і соціальна захищеність громадян, соціальнополітичне напруження сприяли

погіршенню життя більшості населення. Особливо складним стало матеріальне становище літніх людей, які змушені жити на мізерну пенсію. Серйозні соціальні проблеми постали також перед молоддю, особливо перед молодими сім'ями, які не завжди мають гідну роботу і заробітну плату, не здатні придбати житло і тому не можуть дозволити собі народження дитини» [60, с. 24].

Система охорони здоров'я є особливою сферою державного управління, адже вміщує в собі сукупність соціально-економічних відносин та є взаємопов'язаною з іншими галузями національної економіки та сферами державного управління. На такому взаємозв'язку наголошується в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років: «Під час реформування та модернізації системи охорони здоров'я України повинні бути окреслені цілі та завдання, виконання яких допоможе реалізувати соціальні цінності та прагнення в дусі традицій сучасної, демократичної Європи. Право людини на здоров'я повинно базуватися на економічному та соціальному розвитку і політичній стабільності. Україна потребує ефективного функціонування юридичних, фінансових, економічних, структурних, управлінських, організаційних, інформаційних і комунікаційних інститутів із метою досягнення найкращих результатів для здоров'я (його рівня та рівності в ньому), фінансової захищеності при отриманні медичної допомоги, оперативного задоволення вимог та очікувань громадян і загальної ефективності галузі» [131, с. 16].

Особливостями системи охорони здоров'я як об'єкту державного управління є наступні:

1) стейкхолдери: зацікавленість більшості суб'єктів соціально-економічних відносин та суб'єктів державного управління в розвитку системи охорони здоров'я, як фактору формування людського капіталу держави, що є основою розвитку інших соціально-економічних систем;

2) багатогалузевість: система охорони здоров'я включає в себе сукупність галузей економіки, як власне надання медичних послуг, так і фармацевтичну галузь, галузі з виробництва медичних технологій; система освіти медичних працівників та інші;

3) взаємозалежність: система охорони здоров'я взаємопов'язана із соціально-економічними та політичними системами та природно-кліматичними умовами.

Відповідно система охорони здоров'я як об'єкт державного управління є складною та мінливою, що у свою чергу визначає складність та багатофункціональність державно-управлінських рішень та державної політики. «Суспільна охорона здоров'я України зазнає на сучасному етапі багато реформувань, як системи надання медичної допомоги так і у використанні існуючих ресурсів. Але, негативні наслідки які сформувалися у медичній галузі України є показником багаторічної державної політики з недооцінкою її для здоров'я населення країни. Поряд з цим, сучасна сфера охорони здоров'я країни ще не наповнена чітким необхідним потенціалом механізмів управління і слабо адаптована до реальних умов життя. Не дивлячись на конкретні кроки, які робляться для реформування медичної сфери, досить мають місце принципові суперечності в поглядах до механізмів управління, фінансування, медичне страхування та ін. Фактично, це втрата чіткої системи управління галуззю. А характер економічних зв'язків лікувальних закладів, ще не сприяє у повній мірі їх перетворенню в самостійні господарюючи суб'єкти» [45, с. 209].

Розглянемо властивості та структурні особливості системи охорони здоров'я.

Проблеми системи охорони здоров'я України.

Основоположною проблемою системи охорони здоров'я в Україні є те, що основні системні властивості були успадковані з Радянського Союзу. Це стосується, як власне фінансування, так і специфіки надання медичної послуги. «Виконавча і законодавча гілки української влади успадкували систему охорони здоров'я, успадковану від радянського періоду – модель Семашка, при цьому спотворивши її. В ній вся система є державною власністю та орієнтована на лікарні, з дуже фрагментованим управлінням та послугами, зосередженими на лікуванні гострих випадків при мінімальній профілактиці. Ця система не орієнтована на задоволення реальних потреб населення та виявилася нездатною реагувати на непомірний тягар НІЗ, оскільки була сформована для боротьби з інфекційними захворюваннями і травмами, які, в цілому, мають однакову причину і не залежать від особистої поведінки громадянина. Ця система була розроблена в ті часи, коли ще не було створено сучасних методів комунікації, а медичні технології були недостатньо розвиненими. Вона також ігнорує міжнародні тенденції модернізації та поліпшення системи охорони здоров'я (наприклад, пропонуючи простір для ініціатив приватного сектору) та не змогла забезпечити політичне керівництво у

таких життєво важливих галузях, як інформаційні технології. Існує багато доказів того, що система характеризується неефективним використанням коштів, що призводить до корупційних ризиків» [131, с. 14]. В цілому погоджуємося із підходом автора щодо характеристики національної системи охорони здоров'я, проте варто наголосити на причинах, що спричинили такий стан, а це в першу чергу: політична нестабільність держави, корупція в усіх гілках та рівнях влади, бюрократичний механізм, неготовність населення до ринкових перетворень та відсутність інформаційної політики щодо трансформаційних змін.

Говорячи про властивості власне системи оборони здоров'я України варто наголосити на наступних проблемах, які виділяються різними стекхолдерами. Так, відповідно до аналітичної записки «Щодо пріоритетних напрямів вдосконалення вітчизняної сфери охорони здоров'я», яка розроблена у 2010 р. Національним інститутом стратегічних досліджень [202], визначенні наступні проблеми системи охорони здоров'я.

1. Нестача ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я, зокрема, низька частка витрат на охорону здоров'я відносно валового внутрішнього продукту (ВВП) України. Вона за останні п'ять років коливається у межах 3-4 %, що є нижчим від середньосвітових витрат на медико-санітарну допомогу майже у 3 рази;

2. Недоліки механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я;

3. Недосконалість структурно-організаційної моделі системи охорони здоров'я;

4. Нераціональне використання наявних ресурсів;

5. Низька доступність до якісних послуг з охорони здоров'я;

6. Низька якість кадрового забезпечення системи охорони здоров'я;

7. Недосконалість законодавства, що регламентує діяльність системи охорони здоров'я [202].

Варто наголосити, що зазначенні проблеми не були вирішені за п'ять наступних років. Це спонукало до розробки нових стратегій, що орієнтуються на передовий досвід країн Європейського Союзу. Причиною відсутності системних змін в системі охорони здоров'я за період 2010-2014 рр. були: по-перше, відсутність політичної волі та політична нестабільність в державі; по-друге, системна економічна криза, що спричинена світовою фінансовою кризою 2008 р..

Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. Визначенні основні риси системи охорони здоров'я, які були характерні на момент 2014 р. «Сьогодні статус української системи охорони здоров'я (далі СОЗ) має такі характеристики:

- Україна суттєво відстає від своїх європейських сусідів за такими показниками, як тривалість життя та смертність. Основними передумовами високого рівня смертності є такі фактори ризику, як паління, зайва вага, брак фізичного навантаження та надмірне вживання алкоголю, поряд із невіршеними проблемами стосовно поширення інфекційних захворювань і високого рівня травматизму;

- Україна витрачає значну частину ВВП на послуги охорони здоров'я, проте рівень ВВП на душу населення в Україні є нижчим, ніж у більшості європейських країн. Водночас, багатьом країнам вдається досягати досить хороших показників тривалості життя та смертності, маючи співставні витрати на охорону здоров'я;

- Система охорони здоров'я в Україні є громіздкою та застарілою і базується на моделі Семашко з жорсткими процедурами управління та фінансування» [131, с. 5].

Структура системи охорони здоров'я України як об'єкту державного управління.

«Систему охорони здоров'я необхідно розглядати як систему, створену для подолання негативних тенденцій, які є результатом надмірної децентралізації управління, порушення єдності місцевого, регіонального та національного рівнів шляхом формування та реалізації політики з охорони здоров'я населення на основі системного підходу. Системний підхід являє собою методологію цілісного, системного сприйняття об'єктивної дійсності і спирається на діалектичний матеріалізм. Є і інше визначення: системний підхід являє собою сукупність методологічних принципів і теоретичних положень, що дозволяють розглядати кожен елемент системи в його зв'язку і взаємодії з іншими елементами, простежувати зміни, що відбуваються в системі в результаті зміни окремих його елементів, вивчити специфічні системні якості; робити обґрунтовані висновки щодо закономірностей розвитку системи, визначати оптимальний режим її функціонування» [41].

В класичному розумінні система розглядається, як сукупність взаємодії між суб'єктами та об'єктом через методологічну дію та зворотній зв'язок. При чому складність значно зростає, коли мова йде про систему

державного управління, адже переплітають суб'єктами з об'єктами в залежності від рівня системи охорони здоров'я.

«Управління, як функція організованої системи, являє процес впливу суб'єкта на об'єкт управління (особистість фахівця, кадрові процеси і відносини, трудовий колектив та ін.) В інтересах досягнення цілей і завдань організації. Теоретичні основи управлінського процесу включають сформовані науковим співтовариством закономірності організації управлінського процесу, методологічні прийоми, що відповідають логіці досліджуваного процесу, обґрунтування методів та технологій активного впливу суб'єкта на об'єкт управління, напрями вдосконалення аналізованого процесу» [89, с. 22].

В Україні діє багаторівнева система охорони здоров'я, зокрема, виділяють: національний, регіональний, субрегіональний.

Кожен нижчий рівень можна вважати об'єктом управління вищого рівня, а цілому уся система є об'єктом державного управління. Характеристика зазначених рівнів представлена в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Характеристика рівнів системи охорони здоров'я України

Рівень	Характеристика
1	2
Національний рівень	системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України (<i>суб'єкт управління</i>) та закладами охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані безпосередньо МОЗ України, а також науково-дослідними інститутами і вищими навчальними закладами підпорядкованими Академії медичних наук України та МОЗ України (<i>об'єкт управління</i>)
Регіональний рівень	системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях (<i>суб'єкт управління</i>) та державними закладами охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, а також закладами охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад. Наприклад, обласні лікарні, діагностичні центри, тощо (<i>об'єкти управління</i>)

Продовження табл. 2.1

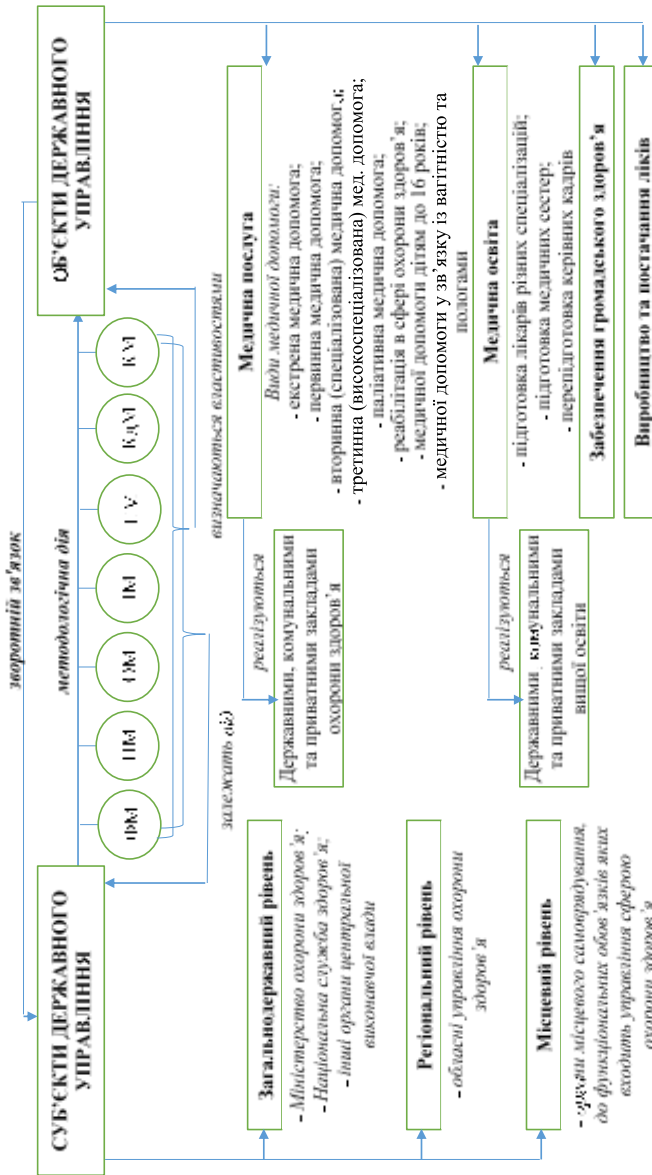
1	2
Субрегіональний (локальний) рівень	системи охорони здоров'я представляють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні, сільські органи місцевого самоврядування (<i>суб'єкт управління</i>) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (<i>об'єкт управління</i>)

Джерело: розроблено автором на основі [152]

В цілому систему державного управління можливо представити наступним чином (рис. 2.1).

Усіх суб'єктів державного управління, державного управління системою охорони здоров'я нами розподілено за рівнями: загальнодержавний рівень, регіональний рівень, місцевий рівень.

Загальнодержавний рівень – суб'єкти центральної виконавчої влади, що формують та реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я та приймають державно-управлінські рішення, що визначають розвиток усієї системи охорони здоров'я. «Державний рівень управління охороною здоров'я уособлюють Міністерство охорони здоров'я України та Комітет з питань охорони здоров'я Верховної Ради України, які формують політику в даній галузі, розробляють і реалізують цільові комплексні програми, що мають загальнодержавне значення. На державному рівні забезпечується управління медичною наукою. Разом з Академією медичних наук встановлюються наукові пріоритети, що впливають із проблем охорони здоров'я» [91, с. 332]. Відповідно до цього пропонуємо усіх суб'єктів розподіляти за рівнем впливу, а саме: суб'єкти безпосереднього впливу та суб'єктів опосередкованого впливу.



Умовні позначення: ФМ – фінансовий механізм; ІМ – правий механізм; ІУ – правий механізм; ІМ – інформаційний механізм; ІМ – інвестиційно-інноваційний механізм; КдМ – кадровий механізм; КМ – контрольний механізм

Рис. 2.1. Державне управління системою охорони здоров'я: системний підхід

До суб'єктів безпосереднього впливу належать:

- Міністерство охорони здоров'я України. До основних завдань Міністерства охорони здоров'я України належать: «Основними завданнями МОЗ є забезпечення формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, а також захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, забезпечення формування та реалізація державної політики у сферах: 1) епідеміологічного нагляду (спостереження), імунопрофілактики, промоції здорового способу життя та запобігання факторам ризику, попередження та зниження рівня вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення, безпеки харчових продуктів, регламентації факторів середовища життєдіяльності населення, гігієнічної регламентації небезпечних факторів, створення національної системи крові, управління системою якості щодо безпеки крові, біологічної безпеки та біологічного захисту, боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в сфері охорони здоров'я, а також забезпечення формування державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення; 2) розвитку медичних послуг, впровадження електронної системи охорони здоров'я, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; 3) забезпечення населення якісними, ефективними та безпечними лікарськими засобами, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також безпечних медичних виробів та косметичної продукції; 4) технічного регулювання медичних виробів, медичних виробів для діагностики *in vitro*, активних медичних виробів, які імплантують, косметичної продукції; 5) розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, вищої медичної, фармацевтичної освіти та науки» [153]. Варто зазначити, що Міністерство охорони здоров'я України є основним органом влади, що розробляє та реалізує медичну реформу, що розпочалася у 2014 р., згідно із Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років [131]. Відповідно до зазначеної реформи у даному міністерстві відбулися структурні зміни і на даний час його організаційна

структура має наступний вигляд (додаток В). Адже, «побудова дієвої багаторівневої організаційної структури управління системою охорони здоров'я – важлива загальної функції управління – функції організації. Між структурою управління та організаційною структурою існує тісний зв'язок: структура організації відбиває прийнятий в ній поділ робіт між підрозділами, групами і людьми, а структура управління створює механізми координації, що забезпечують ефективне досягнення загальних цілей і завдань організації. Структура управління являє собою впорядковану сукупність зв'язків між ланками і працівниками, зайнятими рішенням управлінських завдань» [91, с. 333].

Функціональні напрямки діяльності Міністерства охорони здоров'я України та його структурних підрозділів в контексті розробки та реалізації механізмів державного управління або їх окремих складових представлено в таблиці 2.2.

Варто зазначити, що діяльність структурних підрозділів Міністерства охорони здоров'я України організована таким чином, що в повній мірі реалізувати реформування системи охорони здоров'я та повній мірі забезпечувати механізми формувати та реалізації механізми державного управління, зокрема: фінансовий механізм; правовий механізм; організаційний механізм; інформаційний механізм; інвестиційно-інноваційний механізм; кадровий механізм; контрольний механізм.

- Національна служба здоров'я України. «Національна служба здоров'я України є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я» [140]. Організаційна структура новоствореного органу в системі охорони здоров'я представлена в табл. 2.3. Її структура відповідає сукупності функцій, які покладені на даний орган та обумовлена властивостями реформи, яка розпочалася в 2015 р.

Таблиця 2.2

Сучасна структура міністерства охорони здоров'я України

КЕРІВНИЦТВО МІНІСТЕРСТВА			
Міністр охорони здоров'я			Державний секретар
Перший заступник міністра	Заступник / Головний санітарний лікар	4-ри заступники за різними напрямками	
ДИРЕКТОРАТИ			
1. Директорат стратегічного планування та координації	2. Директорат міжнародного співробітництва та євроінтеграції	3. Директорат громадського здоров'я та профілактики захворюваності	
<u>ФМ, ПМ, ОМ, ІМ, ПМ, КдМ</u>	<u>ПМ, ПМ</u>	<u>ПМ, ОМ, ІМ</u>	
4. Директорат фармацевтичного забезпечення	5. Директорат медичного забезпечення	6. Директорат якості життя	
<u>ПМ, ОМ, ІМ</u>	<u>ПМ, ОМ, КдМ</u>	<u>ФМ, ПМ, ІМ,</u>	
7. Директорат медичних кадрів, освіти і науки	8. Директорат з розвитку цифрових трансформацій в охороні здоров'я	9. Директорат високотехнологічної медичної допомоги та інновацій	
<u>ПМ, ОМ, КдМ</u>	<u>ОМ, ІМ</u>	<u>ПМ</u>	
ДЕПАРТАМЕНТИ			
1. Фінансово-економічний департамент	2. Юридичний департамент	3. Департамент організаційного забезпечення	4. Департамент контролю якості надання медичної допомоги
<u>ФМ, ОМ, КдМ, КМ</u>	<u>ПМ, ОМ</u>	<u>ПМ, ОМ, ПМ, КМ</u>	<u>ФМ, ПМ, ОМ, ІМ, ПМ, КМ</u>
УПРАВЛІННЯ			
1. Управління бухгалтерського обліку та звітності	2. Управління по роботі з персоналом	3. Управління внутрішнього аудиту	

Умовні позначення: ФМ – фінансовий механізм; ПМ – правовий механізм; ОМ – організаційний механізм; ІМ – інформаційний механізм; ПМ – інвестиційно-інноваційний механізм; КдМ – кадровий механізм; КМ – контрольний механізм

Таблиця 2.3

Структура Національної служби охорони здоров'я України

КЕРІВНИЦТВО СЛУЖБИ		
Голова Національної служби охорони здоров'я України		
Заступники голови		
ФУНКЦІОНАЛЬНІ ДЕПАРТАМЕНТИ		
Юридичний департамент	Департамент моніторингу	Департамент комунікацій
Департамент взаємодії із зацікавленими сторонами	Департамент фінансів та бухгалтерського обліку	Департамент інформаційних технологій
Адміністративний департамент	Департамент договірної роботи	Департамент управління персоналом
Департамент замовлення медичних послуг та лікарських засобів		Департамент розвитку електронної системи охорони здоров'я
МІЖРЕГІОНАЛЬНІ ДЕПАРТАМЕНТИ		
Центральний міжрегіональний департамент	Північний міжрегіональний департамент	Південний міжрегіональний департамент
Східний міжрегіональний департамент		Західний міжрегіональний департамент
ВІДДІЛИ		
Відділ управління стратегічними проектами	Відділ з питань запобігання та виявлення корупції	Відділ внутрішнього аудиту
СЕКТОРИ		
Сектор режимно-секретної роботи	Сектор з мобілізаційної роботи та цивільного захисту	Сектор з питань охорони праці та пожежної безпеки

Основною метою створення зазначеного органу виконавчої влади була реалізація оголошеної у 2014 р. реформи системи охорони здоров'я. Більш детально особливості діяльності Національної служби здоров'я України буде розглянуто в контексті вивчення особливостей реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Суб'єктами державного управління системою охорони здоров'я опосередкованого впливу є наступні:

- в частині фінансування системи охорони здоров'я: Міністерство фінансів України, Державна податкова служба, органи соціального страхування; Міністерство соціальної політики; Державна аудиторська

служба України; Державна казначейська служба. Зазначені органи формують систему державного управління державними фінансами та відповідно процес фінансування;

- в частинні медичної освіти: Міністерство освіти і науки України, Національне агентство з питань якості вищої освіти, Державна служба якості освіти;

- в частинні юридичних питань та реалізації правових механізмів державного управління: Міністерство юстиції України;

- відомча медицина: Міністерство Внутрішні справ України (поліцейські госпіталі); Міністерство оборони України (військові госпіталі); Міністерство у справах ветеранів України (заклади охорони здоров'я, що надають послуги із реабілітації учасників бойових дій) та інші органи державної влади, що мають у підпорядкуванні заклади охорони здоров'я;

- інші складові системи охорони здоров'я: Міністерство цифрової трансформації України; Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України; Міністерство культури та інформаційної політики; Державна служба України з питань безпечності продуктів та захисту споживачів; Державна регуляторна служба України.

Регіональний рівень суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я представлений обласними управліннями охорони здоров'я. Так, при державних обласних адміністраціях діють управління охорони здоров'я, основними функціональними обов'язками яких є реалізація державної політики в досліджуваній сфері.

Місцевий рівень представлений районними адміністраціями, місцевими та селищними радами, об'єднаними територіальними громадами. Питання реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я значно трансформувалися в умовах децентралізації влади.

Об'єктом державного управління в цілому є система охорони здоров'я, яка має наступні складові: медична послуга, медична освіта, забезпечення громадського здоров'я, виробництво та постачання ліків. Варто зазначити, що система фінансування та реалізації медичних послуг трансформувалася відповідно до Закону України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. В цілому реформування системи охорони здоров'я з 2015 р. буде вивчено нижче.

Медичну послугу варто характеризували за видами медичної допомоги, які визначенні в Законі України Про державні фінансові гарантії

медичного обслуговування населення. Зазначеним законом визначено, що «програма медичних гарантій розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної фінансової і бюджетної політики» [158].

Відповідно до закону такими видами допомоги є наступні:

- екстреної медичної допомоги;
- первинної медичної допомоги;
- вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- паліативної медичної допомоги;
- реабілітації у сфері охорони здоров'я;
- медичної допомоги дітям до 16 років;
- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Особливою складовою об'єкту державного управління є надавачі медичних послуг, а саме: «заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи – підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів» [158]. В цілому усі надавачі медичних послуг можна згрупувати наступним чином:

- заклади охорони здоров'я державної форми власності (підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України, Академії медичних наук України, обласним управлінням охорони здоров'я (обласні лікарні, діагностичні центри));

- заклади охорони здоров'я комунальної форми власності (підпорядковані органам місцевого самоврядування);

- приватні заклади охорони здоров'я.

Кожен заклад охорони здоров'я для отримання державного фінансування укладає договір із Національною службою здоров'я України. У контексті зазначеного договору реалізуються послуги, які включенні до програми медичних гарантій населенню. В умовах ринку важливе значення держави полягає в формування дієвих механізмів державного регулювання ринку медичних послуг.

Методологічна дія впливу суб'єкта державного управління на об'єкт в системі охорони здоров'я відбувається на основі формування та реалізації механізмів державного управління, зокрема:

– фінансово-економічний механізм – визначає порядок фінансування надання медичних послуг державними, комунальними та приватними закладами охорони здоров'я та економічного стимулювання. Даний механізм реалізується сукупністю методів прямого та непрямого регулювання економіки (державне замовлення – державні фінансові гарантії медичного обслуговування; субсидії, субвенції, дотації для закладів охорони здоров'я; податкові пільги та канікули для приватних закладів охорони здоров'я, що є пріоритетними напрямками для держави; ліцензування та квотування);

– правовий механізм – визначає правове регулювання надання медичної послуги, управління громадським здоров'ям та функціонування ринку приватної медицини. Значений механізм реалізується через наступні методи: реформування законодавства, що регулює систему охорони здоров'я, прийняття нових нормативно-правових актів в контексті реформування; соціальна експертиза нормативно-правових актів з позиції відповідності стану системи охорони здоров'я та дотримання основних конституційних норм, міжнародної практики та відповідності суспільним запитам (закони, постанови, укази, накази, розпорядження, статuti, положення, регламенти, рекомендації, інструкції);

– організаційний механізм – визначає порядок взаємовідносин та координації дій між суб'єктами державного управління та регулювання функціонування організаційний структур в системі охорони здоров'я. Даний механізм може бути реалізований створенням відповідного органу влади, відповідального за формування та реалізацію визначено державного політики, наприклад Національна служба здоров'я України, яка була створена в 2015 р.. У контексті розвитку концепції громадського здоров'я пропонуємо необхідність створення органу, до функціональних обов'язків, якого входить контроль за рівнем захворюваності. Побудова системи державного управління має визначати ієрархічні взаємозв'язки чи взаємовідносини між відповідними органами, що складають дану систему, наприклад, статутом Національна служба здоров'я України визначено, що її діяльність координується Міністром охорони здоров'я України. Організаційний механізм повинен забезпечувати також чіткий розподіл обов'язків, повноважень та прав відповідних суб'єктів державного

управління в сфері охорони здоров'я, що буде проявлятися у вигляді задекларованих положень у відповідних нормативно-правових актів. Таким чином, інструментами реалізації організаційного механізму виступатимуть: закони, постанови, укази, накази, розпорядження, статuti, положення, регламенти, рекомендації, інструкції;

– інформаційний механізм – визначає складові створення інформаційного простору щодо реформування та трансформації системи охорони здоров'я для підтримки процесів формування та реалізації державної політики в досліджуваній сфері. Методами та способами реалізації інформаційного механізму є наступні: інформаційне стимулювання здійснення профілактичного лікування та культури вчасного діагностування хвороб; стимулювання наукових досліджень та підвищення свідомості населення щодо стану свого здоров'я та популяризація здорового способу життя, що включатиме фізичну культуру та спорт, правильне харчування, формування негативного ставлення до шкідливих звичок; забезпечення доступу до урядової інформації та формування онлайн-сервісів щодо підвищення якості охорони здоров'я. Інструментами реалізації інформаційного механізму в сфері охорони здоров'я виступатимуть: засоби масової інформації, загальне та цілеспрямоване інформування (пропаганда, агітація, реклама); соціологічні дослідження та їх влучна презентація для широкого загалу; опитування, анкетування;

– інвестиційно-інноваційний механізм – визначає особливості та порядок здійснення інвестиційно-інноваційної діяльності у процесі формування та реалізації державного управління у сфері охорони здоров'я. У даному напрямку основною метою є залучення додаткових інвестицій для модернізації державних закладів охорони здоров'я та впровадження і розробка інноваційних методик лікування. Інструментом можуть служити різні форми реалізації державно-приватного партнерства (ДПП) (табл. 2.4);

– кадровий механізм – порядок формування та використання кадрового потенціалу системи охорони здоров'я на різних рівнях державного управління. Методи управління кадровим потенціалом включають усі види мотивації, навчання, перепідготовка, підвищення кваліфікації та інше. Варто зауважити, що в умовах реалізації реформи 2015 р. змінилися вимоги до освіти керівного складу закладів охорони здоров'я;

Таблиця 2.4

Форми реалізації ДПП як інструменту реалізації інвестиційно-інноваційного механізму державного управління системою охорони здоров'я [183]

Назва	Характеристика
1	2
BBO (Buy – Build – Operate) "Придбання – будівництво – експлуатація"	Передача державного майна приватній або квазідержавній структурі на умовах контракту, згідно з яким майно повинне бути модернізовано і експлуатуватися певний період часу. Державний контроль здійснюється протягом дії контракту про передачу майна
BOO (Build – Own – Operate) "Будівництво – володіння – експлуатація"	Приватний сектор фінансує, будує, володіє і експлуатує споруду або надає послугу на основі довічного володіння чи оренди. Державні обмеження встановлюються в оригінальній угоді і за допомогою функціонування постійного регулюючого органу
BOOT (Build – Own – Operate – Transfer) "Будівництво – володіння – експлуатація – передача"	Приватна структура одержує дозвіл на будівництво за власний кошт і експлуатацію споруди (а також на стягування плати за її використання) на певний період, після закінчення якого право власності повертається державі
BOT (Build – Operate – Transfer) "Будівництво – експлуатація – передача"	Контракти, спеціально розроблені для великих інвестиційних проєктів з нового будівництва або реконструкції. Відповідальність за інвестиції та отримання прибутку лежить на приватному інвесторі
BLOT (Build – Lease – Operate – Transfer) "Будівництво – оренда – експлуатація – передача"	Приватна компанія одержує право на фінансування, проєктування, будівництво і експлуатацію орендованої споруди (а також і стягування платні із споживачів послуги) на період оренди, вносячи рентну платню
DBOT (Design – Build – Operate – Transfer) "Проєктування – будівництво – управління – передача"	Перевага цього підходу полягає в тому, що він містить у собі відповідальність приватного сектора щодо виконання одразу декількох функцій: проєктування, будівництво та утримання об'єкта

*Розділ 2. Методологія державного управління системою
охорони здоров'я України*

Продовження табл. 2.4

<i>1</i>	<i>2</i>
ROT (Reconstruct – Operate – Transfer) "Відновлення – управління – передача"	Схожий тип на DBOT (Design – Build – Operate – Transfer). Відмінність полягає в тому, що приватна сторона приймає в управління вже наявний об'єкт і в її обов'язки входить його відновити
DBFO (Design – Build – Finance – Operate) "Проектування – будівництво – фінансування – експлуатація"	Приватний сектор проектує, фінансує, будує і експлуатує нову споруду на основі і в період довгострокової оренди. Приватний сектор передає нову споруду державному сектору після закінчення оренди
FO (Finance Only) Участь у фінансуванні	Приватна структура (як правило, компанія з надання фінансових послуг) фінансує проект напряму або за допомогою різних механізмів, таких, як довгострокова оренда або випуск цінних паперів (облігацій)
O&M (Operation & Maintenance Contract) Контракт на експлуатацію і обслуговування	Приватне підприємство відповідно до умов контракту експлуатує певний період часу майно, що належить державному сектору. Право власності на майно зберігається за державною структурою
DB (Design – Build) "Проектування – будівництво"	Приватний сектор проектує і будує об'єкти інфраструктури на основі будівельного контракту негайної експлуатації для задоволення запитів державного сектора на послуги, які часто надаються по фіксованій ціні. Таким чином, ризик за перевитрату передається приватному сектору
OL (Operation License) "Право на експлуатацію"	Приватний оператор одержує право (ліцензію) на виробництво і надання суспільної послуги, як правило, на певний період. Така модель часто використовується в проектах з інформаційних технологій
PSA (Production Sharing Agreement) Угоди про розподіл продукції	Держава доручає приватному інвестору на визначений строк проведення пошуку, розвідки та видобування корисних копалин на визначеній ділянці надр та ведення пов'язаних з угодою робіт, а інвестор зобов'язується виконати доручені роботи за власний рахунок і на свій ризик з наступною компенсацією витрат і отриманням плати (винагороди) у вигляді частини прибуткової продукції

– контрольний механізм – визначає порядок здійснення контрольних заходів щодо оцінки стану системи охорони здоров'я, з метою встановлення причинно-наслідкових зв'язків та ідентифікації резервів підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Даний механізм реалізується через контрольні заходи фінансового, організаційного та медичного характеру. Основною метою таких заходів є встановлення відповідності системи охорони здоров'я в цілому або її окремих складових заданим параметрам.

Зворотній зв'язок проявляється через оцінку системи громадського здоров'я і внесення змін до державної політики у сфері охорони здоров'я та трансформації за змістом та формою механізмів державного управління системою охорони здоров'я.

Таким чином, нами обґрунтовано структуру державного управління системою охорони здоров'я із використанням системного підходу, який визначає взаємодію суб'єкту управління (органи державної влади) та об'єкту (системи охорони здоров'я) через методологічну дію (фінансовий механізм; правовий механізм; організаційний механізм; інформаційний механізм; інвестиційно-інноваційний механізм; кадровий механізм; контрольний механізм). Запропоновано поділ суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я на дві групи, а саме: безпосереднього впливу (ті, хто формують та реалізуються в цілому державну політику в сфері охорони здоров'я) та опосередкованого впливу (ті, хто забезпечують окремі складові реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я (підготовка кадрів, контрольна діяльність, інвестиційно-інноваційна діяльність, фінансування системи охорони здоров'я та інші)). Встановлено властивості об'єктів державного управління та визначено напрями їх трансформації. У контексті впливу суб'єктів на об'єкт державного управління обґрунтовано склад механізмів формування та реалізації державного управління, до яких віднесено наступні: фінансовий механізм; правовий механізм; організаційний механізм; інформаційний механізм; інвестиційно-інноваційний механізм; кадровий механізм; контрольний механізм.

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

Система охорони здоров'я України є досить мінливою до реформ галузю державного управління. Це обумовлено тим, що охорона здоров'я є складовою соціальної політики держави, та завжди знаходить на перетині соціальних інтересів більшості членів суспільства. «Охорона здоров'я є найважливішою сферою діяльності для благополучного і успішного розвитку будь-якої країни і територіального утворення. Від організаційної, фінансово-економічної, кадрової готовності надавати якісну і доступну медичну допомогу населенню залежать стійкість економічного розвитку країни і соціальна стабільність в суспільстві.» [84, с. 31]. Відповідно політичні еліти, з метою збереження свого авторитету та місця на політичній арені, зазвичай приділяють даному питанню значну увагу. Зазвичай при зміні політичної влади в країні розроблялися нові підходи до реформування системи охорони здоров'я. З метою розробки науково обґрунтованих напрямів розвитку системи охорони здоров'я необхідним є оцінка існуючих програм, стратегій та концепцій розвитку охорони здоров'я, які були розроблені міжнародними, громадськими, аналітичними організаціями та органами центральної виконавчої влади чи органами місцевого самоврядування. Це в цілому дозволить оцінити наслідки реформ та визначити напрями розвитку науки державного управління та сформувати інноваційні підходи до реформування системи охорони здоров'я України.

Питання оцінки напрямів розвитку системи охорони здоров'я піднімалися у наукових працях вітчизняних вчених, зокрема: В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко, А.Д. Барзилович, В.М. Пашков, С.В. Петрова, О. Фірсова, О. Загледа, Н. Кризина та інші.

Питання реформування системи охорони здоров'я для України є новим та завжди актуалізується в умовах зміни політичних еліт. Значна увага пов'язана із незадоволеністю системою охорони здоров'я більшості членів суспільства. «Для успішної реалізації трансформацій системи медичного обслуговування в Україні нагально необхідним є формування політики, яка базується на цілісній, виваженій, прийнятій консенсусом стратегії реформи охорони здоров'я; розробка адекватного нормативноправового забезпечення, збалансованого з конституційними

нормами; застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проектного підходу; постійний моніторинг та оцінка для швидкого реагування на виклики і ризики, які виникають в процесі реформування, а також ретельна підготовка керівників та працівників фінансово-економічних підрозділів органів та закладів охорони здоров'я щодо роботи в нових фінансово-економічних умовах» [117, с. 8].

Вітчизняний вчений Костюк В.С. з даного приводу вказує наступне: «нині в Україні станом охорони здоров'я незадоволені всі: і громадяни, і медичні працівники, і уряд, і Верховна Рада. Українська система охорони здоров'я не здатна повною мірою задовольнити потреби населення в медичній допомозі, забезпечити її доступність і належну якість, необхідний рівень профілактики захворюваності, зниження смертності, збільшення тривалості життя населення. Медична реформа не лише назріла, а й певним чином перезріла. Реалізація права людини на якісні медичні послуги зумовлює спрямування політики держави в Україні на реформування чинної системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі. Виконанню цього завдання сприятиме аналіз досвіду організації медичної сфери у країнах, системи охорони здоров'я яких визнано успішними. Руйнація системи охорони здоров'я Семашка (бюджетне утримання медичної інфраструктури) в Україні дає нашій державі унікальний шанс створити нову модель, яка буде побудована на сучасних досягненнях і враховувати позитивний досвід організації охорони здоров'я світового співтовариства» [106, с. 39].

Досить цікавою є позиція Буранбаєвої Л.З., щодо причин повільності реформування системи охорони здоров'я в кранах світу, особливо країнах пострадянського простору: «Реформа в охороні здоров'я здійснюється вкрай повільно. Є значні труднощі в реструктуризації цієї сфери. Низькі темпи структурних перетворень в системі охорони здоров'я обумовлюються в значною мірою недосконалістю системи управління – перш за все, її фрагментацією, ослабленням функцій стратегічного і поточного планування, недостатнім розвитком механізмів координації різних суб'єктів управління. Муніципалізація охорони здоров'я помітно знизила можливості побудови раціональної системи охорони здоров'я. Кожне муніципальне утворення буде свою замкнену систему охорони здоров'я. Місцеві органи з політичних міркувань схильні містити надмірну кількість медичних установ і підприємств, ніж йти на кооперацію з іншими муніципальними утвореннями. Жорстка прив'язка фінансування до

конкретних муніципальних підприємств і установ, неможливість перерозподілу фінансових ресурсів призводять до нераціонального їх використання як в окремому муніципальному освіті, так і в суб'єкті Федерації в цілому. Часто приймаються рішення, які суперечать регіональній стратегії розвитку охорони здоров'я (наприклад, щодо перерозподілу частини обсягів стаціонарної допомоги в амбулаторну ланку, реструктуризації ліжкового фонду і т.д.)» [41]. Таким чином, найбільш важливою проблемою системи охорони здоров'я авторка вважає управління, а саме систему державного управління, від удосконалення, якого залежить власне ефективність реалізації реформ, з одного боку, а з іншого, результативність інших систем суспільного розвитку.

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

Етапи реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Вітчизняні дослідники В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський зазначають, що «в усіх пострадянських країнах, включаючи й Україну, в системах охорони здоров'я розпочалися перетворення, які стосувалися реорганізації організації, фінансування та надання медичних послуг. В дослідженні Європейського регіонального бюро ВООЗ та Європейської обсерваторії по системах і політиці охорони здоров'я було проаналізовано процеси перетворень, які відбувалися протягом двох десятиліть в системах охорони здоров'я 12 пострадянських країн (Вірменії, Азербайджані Білорусі, Грузії, Казахстані, Киргизстані, Республіці Молдова, Російській Федерації, Таджикистані, Туркменістані, Україні та Узбекистані), і встановлено, що трансформації відбувалися в усіх країнах, однак темпи, змістовне наповнення і результативність змін в охороні здоров'я різних країн істотно відрізнялися» [117, с. 5]. В цілому погоджуючи із вченими наведемо їхні підходи щодо реформування системи охорони здоров'я в Україні за наступними етапами: 1) 1991–2000 рр., 2) 2000–2010 рр.; 3) 2010–2013 рр. 4) з 2014 р. і до теперішнього часу (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Періодизація процесів реформування системи охорони здоров'я України за В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський [117]

Сутність	Характеристика
<i>1</i>	<i>2</i>
<i>1991–2000 pp.</i>	
<i>в перше десятиріччя після проголошення незалежності реформи в системі охорони практично не проводилися</i>	зусилля уряду України і Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), як центрального виконавчого органу влади в сфері охорони здоров'я були спрямовані на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я і збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою
<i>2000–2010 pp.</i>	
<i>визначення основних напрямків та механізмів реформування СОЗ</i>	1) пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я (запровадження добровільного медичного страхування, створення лікарняних кас – громадських неурядових об'єднань громадян для добровільної солідарної участі населення у додатковому фінансуванні охорони здоров'я); 2) запровадження нових методів фінансування на рівні первинної ланки; 3) автономізація постачальників медичних послуг; 4) структурно-функціональні перетворення в системі медичної допомоги, в т.ч. реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини; 5) розвиток стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги; 6) регіоналізація родопомічної допомоги, а також комплекс підходів, спрямованих на поліпшення якості медичного обслуговування
<i>2010–2013 pp.</i>	
<i>проведення масштабної реформи СОЗ в пілотних регіонах</i>	Реалізовані пілотні проекти щодо комплексного реформування системи охорони здоров'я, найбільш ефективні із яких: 1) розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку ПМД на засадах загальної практики – сімейної медицини, створення центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості; 2) об'єднання (пулінгу) фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні;

*Розділ 2. Методологія державного управління системою
охорони здоров'я України*

Продовження табл. 2.5

1	2
	<p>3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що відповідають важкості і складності захворювання, та створення лікарень інтенсивного лікування як провідних закладів госпітальних округів;</p> <p>4) впровадження оплати праці за обсяги та якість роботи;</p> <p>5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації.</p>
	<i>2014 р. і до теперішнього часу</i>
<p><i>комплексне реформування системи охорони здоров'я – розпочався після певної паузи, яка була обумовлена необхідністю вироблення новим урядом підходів до реформування галузі</i></p>	<p>1) удосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань з включенням серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації – повного або часткового відшкодування вартості ліків;</p> <p>2) запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції;</p> <p>3) дозволено урядом фінансування ЗОЗ одночасно з державного та місцевого бюджетів та/або одночасно з різних бюджетів;</p> <p>4) впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги;</p> <p>5) пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг;</p> <p>6) перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах;</p> <p>7) автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я</p>

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

- організацію медичної допомоги через: розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; маршрутизація пацієнтів; розробка гарантованого державою пакету медичної допомоги; впровадження системи забезпечення ліками; формування стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги та інше;

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

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

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

Барзилович А.Д. [30] пропонує виділяти 4-ри етапи реформування системи охорони здоров'я в незалежній Україні, за кожен із яких виділяє сукупність нормативно-правових актів та дає характеристику. Варто зазначити, що періодизація реформ значно відрізняється від запропонованої авторами вище. Підхід А.Д. Барзиловича представлено в таблиці 2.6. Зокрема, автор визначає такі напрями реформування як: реформування первинної медико-санітарної допомоги; автоматизація постачальників медичної допомоги; запровадження соціального медичного страхування; стандартизація та акредитація медичних закладів.

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

- економічна – визначають напрями фінансування державної системи охорони здоров'я та формування системи оплати приватних медичних послуг, зокрема, страхування;

- соціальна – визначається напрями розвитку соціальної політики у сфері охорони здоров'я та формування напрямів надання медичної допомоги всім верствам населення, незалежно від соціального статусу, місця проживання й так далі;

- правова – напрями правового регулювання функціонування державних закладів охорони здоров'я та ринку приватної медицини за усіма галузями медицини;

- організаційна – визначає порядок надання медичної допомоги на усіх рівнях (первинна, вторинна, третинна) та напрями організації системи фінансування медицини.

Таблиця 2.6

Основні етапи формування системи охорони здоров'я України [30]

Етапи	Нормативно-правові акти	Основні напрями реформування
1991-1999 рр.	Конституція України; Закон України «Основні законодавства України про охорону здоров'я» [147]; наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 1998 р. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей» [161]	Визначення правових, організаційних, економічних та соціальних засад охорони здоров'я в Україні
2000-2007 рр.	Концепція розвитку охорони здоров'я населення України [101]; Міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я наші» [159]; Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [162]; Національний план дій («Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я»)	Початок управління інституту сімейного лікаря, боротьба з найбільш поширеними та серйозними захворюваннями, вдосконалення медичного обслуговування, спроби запровадження страхової медицини, впровадження стандартів лікування на основі доказової медицини, розвиток недержавного сектору медицини
2008-2014 рр.	Комплексний план розвитку охорони здоров'я населення України [101]; Міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я наші» [159]; Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [162]; Національний план дій («Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я»)	Початок управління інституту сімейного лікаря, боротьба з найбільш поширеними та серйозними захворюваннями, вдосконалення медичного обслуговування, спроби запровадження страхової медицини, впровадження стандартів лікування на основі доказової медицини, розвиток недержавного сектору медицини
2008-2014 рр.	Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 рр. [160]; оновлений Закон України «Основні законодавства України про охорону здоров'я» [147]	Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Стандартизація, ліцензування та акредитація медичних закладів
2015-2020 рр.	Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки [142]; Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [157] (автономізація постачальників медичної допомоги) та інші	Перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг. Запровадження нових форм фінансування медичних закладів та оплати праці медичних працівників. Запровадження гарантованого державою пакета медичних послуг. Створення єдиного замовника медичних послуг. Автономізація постачальників медичної допомоги. Запровадження принципів «гроші ходять за пацієнтом». Запровадження соціального управління медичною інформацією

Кринична І.П. досліджуючи історичні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні виділяє наступні етапи (табл. 2.7). В цілому характеризуючи зазначений період автор робить наступні висновки: «За роки незалежності України значно скоротилося державне фінансування безплатної для населення медичної допомоги. Розрахунок динаміки цін за різними видами витрат ОЗ свідчить, що обсяг державного фінансування з 1991 по 2001 р. зменшився на 2/3. Це дало підстави окремим авторам і політичним діячам для звинувачень уряду держави у неспроможності вирішувати соціальні питання. Однак справедливо зазначити, що безкоштовність медичної допомоги в СРСР мала обмежений характер, тому» що багато провідних медичних технологій або не застосовувалися, або були доступні лише певній категорії населення» [110, с. 21].

Більшою мірою автор визначав не особливості реформ, а їх наслідки й відповідно стан системи охорони здоров'я в певному періоді.

Підходи вчених до реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Вітчизняні вчені В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко [118] досліджуючи питання стратегії розвитку охорони здоров'я в Україні вказують пропонували наступні етапи реформування:

- I етап – підготовчий – 2010–2012 рр.:

- 1) Законодавче та нормативне забезпечення реформи;
- 2) Розробка органами місцевої влади всіх рівнів із залученням громадськості при організаційно-методичній підтримці МОЗ планів структурної реорганізації мережі закладів охорони здоров'я, відповідно до потреб населення у медичній допомозі різних рівнів (первинній, вторинній, третинній);
- 3) Створення за ініціативою МОЗ незалежної структури для оцінки відповідності медичних закладів ліцензійним та акредитаційним вимогам (агенції по акредитації та ліцензуванню);
- 4) Створення Всеукраїнського реєстру пацієнтів;
- 5) Створення Фонду медичного страхування та його територіальні відділення, забезпечити їх устаткування та комплектування необхідними спеціалістами;
- 6) Проведення апробації запропонованих змін на пілотних регіонах;

Таблиця 2.7.

Характеристика етапів реформування системи охорони здоров'я в незалежній Україні [110, с. 21]

Період	Етап	Характеристика
1991-1994 рр.	Переорієнтація	Помітно скоротилася управлінська вертикаль, управлінські посади не завжди займали особи, достатньо компетентні з питань управління, економіки, права і психології. Як результат – посилення соціального напруження в галузі, відтік кадрів, погіршення якості медичної допомоги, соціально-економічного та правового захисту медичних працівників
1995-1998 рр.	Перехідний	На фоні зниження основних демографічних показників, підвищення захворюваності на окремі соціально значущі хвороби (туберкульоз, СНІД) і низьких загальних показників здоров'я населення відзначалася деяка стабілізація політичної та соціально-економічної ситуації в країні, в тому числі в галузі охорони здоров'я. Так, формувалися перші ознаки ринкової економіки господарювання (виникло конкурентне середовище; зникав тотальний ринковий дефіцит медичних послуг, лікарських засобів, медичної техніки, втрачало своє значення детальне централізоване планування ОЗ), були прийняті основні закони в галузі ОЗ, протокольнo затверджена Кабінетом Міністрів України у 1997 р. Концепція реформування галузі, яка визначала деякі напрямки загальної державної політики щодо ОЗ населення, а також фінансувалися цільові науково-дослідні роботи, налагоджувалися міжнародні зв'язки з метою вирішення проблем ОЗ і надання медичної допомоги в рамках програм «TACIS», «Здоров'я реформ», «Трансформ» тощо.
з 1999 р.	Умовно-ринковий	реформ в ОЗ можна оцінити як відносно ринковий, що характеризується розробленням державної концепції реформування галузі та нової нормативно-правової бази, з'ясуванням необхідності переходу на науково обґрунтовані моделі управління, визначенням загальної державної політики в галузі ОЗ населення і перспективних напрямків щодо організації медичної допомоги – впровадження сімейної медицини та медичного страхування.

- II етап – 2013–2018 рр. – проведення реформування системи охорони здоров'я:

- 1) Здійснення структурної реорганізації системи медичного обслуговування;
- 2) Перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг;
- 3) Запровадження нових форм фінансування медичних закладів;
- 4) Запровадження нових форм оплати праці медичного персоналу;
- 5) Здійснення комплексу заходів щодо підвищення доступності ліків і забезпечення їх якості;
- 6) Завершення проведення комплексу заходів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги;
- 7) Запровадження соціального медичного страхування [118].

У контексті вказаних етапів розроблена авторами стратегія передбачала наступні напрями удосконалення системи охорони здоров'я: розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; формування структури надання медично допомоги в сільській місцевості; створення госпітальних округів; розробка структури вторинної медичної допомоги; розвиток структури лікарень різних типів; розвиток відомчої та приватної медицини; Запровадження договірних відносин при закупівлі медичних послуг; удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я. В цілому запроновані авторами пропозиції носять комплексний характер, а їх запровадження на практиці.

Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. пропонують наступні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні: «Щодо поліпшення надання медичних послуг, то реформою пропонується перш за все структурна перебудова, яка включає чітке розмежування первинного, вторинного і третинного рівня; забезпечення пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги з акцентом на її профілактичну складову; запровадження сучасних механізмів організації медичної допомоги, як то вільний вибір лікаря первинної ланки та систему направлень на вторинний і третинний рівень; запровадження дієвої системи управління якістю медичної допомоги із застосуванням медичних стандартів та клінічних протоколів, що базуються на надійних наукових даних» [47, с. 25]. Так, автор фактично погоджується із колегами щодо структурних перетворень, які полягають у визначенні чітких рис усіх трьох рівнів медичної допомоги, а також вагому значення надає саме профілактичній складовій.

Варто наголосити, на позиції автора, щодо якості медичних послуг та внесення змін в організацію процесів лікування.

Вітчизняний вчений Я.А. Аркатов характеризує напрями реформування системи охорони здоров'я, що визначають позитивні зрушення:

- «(а) збільшення бюджетного фінансування медичної галузі;
- (б) забезпечення збалансованості обсягів державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги з фінансовими можливостями держави;
- (в) запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування;
- (г) координацію діяльності органів державної влади, місцевого самоврядування й суб'єктів медичного страхування;
- (д) підвищення ефективності використання всіх фінансових ресурсів;
- (е) забезпечення господарської самостійності медичних закладів і перехід до прогресивних форм їх господарювання;
- (є) підвищення рівня оплати праці та соціального захисту медичних працівників» [26, с. 54].

Визначенні автором напрями є загальними та не враховують в цілому галузеву специфіку та ті проблеми, з якими стикається системи охорони здоров'я України. Більшою мірою зазначенні напрями можна вважати завданнями, які стоять перед державним управлінням щодо реформування системи охорони здоров'я, у свою чергу, зазначенні завдання визначають зміст та форму реалізації тієї чи іншої реформи у сфері охорони здоров'я, як ключової складової соціальної політики держави.

У 2016 р. вітчизняний дослідник проблем охорони здоров'я І.С. Музика провів аналіз системи реформування досліджуваної галуззі та виявив проблеми реалізації задекларованих реформ, на основі чого визначив наступні проблеми:

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

- удосконалення механізму фінансування (зокрема, введення медичної субвенції місцевим бюджетам), яке має місце нині, не враховує особливостей регіонів, а надалі відбувається за принципом «вирівнювання», що вимагає внесення уточнень і введення додаткових

вагових коефіцієнтів у формульний підхід до розрахунку обсягів медичної субвенції за її збереження в подальшому.

- слід зазначити брак характерних особливостей у фінансуванні системи охорони здоров'я в областях Карпатського регіону. Тенденції щодо зростання обсягів видатків на галузь є перманентними. Основні показники щодо фінансування видатків галузі, як за економічною, так і за функціональною класифікаціями залишаються практично незмінними впродовж усього горизонту досліджень.

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

- ухвалення рішень про оптимізацію мережі лікарських установ здебільшого не враховує потреб мешканців конкретних територій, розвиток транспортної інфраструктури, якості медичних послуг тощо, що є неприпустимим явищем, зважаючи на рівень надання медичних послуг, технічне оснащення установ, стан доріг, відстань між населеними пунктами, стан транспортного парку галузі на місцях тощо [137, с. 42].

У 2010 р. Національний інститут стратегічних досліджень розробив аналітичну записку «Щодо пріоритетних напрямів вдосконалення вітчизняної сфери охорони здоров'я» [202]. У зазначеному документі було обґрунтовано переваги та недоліки різних сценаріїв реформування системи охорони здоров'я (табл. 2.8). Так, у даному документі зазначається, що «Незважаючи на те, що дискусія щодо запровадження в Україні ОСМС ведеться принаймні протягом останніх дев'ятнадцяти років, у зв'язку з чим неодноразово розроблялись відповідні законопроекти, серед науковців, урядовців, законодавців, роботодавців, профспілок, представників медичної спільноти й пересічних громадян й досі відсутня єдина думка як щодо остаточного напрямку розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, бачення шляхів її фінансування, так і щодо необхідності, можливості й форми запровадження страхової медицини» [202].

Таблиця 2.8
Переваги та недоліки сценаріїв перетворень у СОЗ в Україні [202]

Характеристика	Переваги	Вад
<p>Фінансування: 1. бюджетне; 2. співучасть громадян (безпосередньо, за рахунок добровільного медичного страхування, лікарняних кас тощо). Всі фінансові ресурси концентруються на регіональному рівні; Платник (замовник): органи управління охороною здоров'я. Організація медичного обслуговування: пріоритетність первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.</p>	<p>Вдосконалення бюджетної СОЗ</p> <p>1. Загальна доступність до безкоштовної медичної допомоги; 2. Профілактична орієнтованість СОЗ; 3. Висока ефективність при особливо небезпечних інфекційних захворюваннях, професійних захворюваннях, а також в умовах надзвичайних ситуацій; 4. При відповідному управлінні менші адміністративні витрати; 5. Структурна оптимізація медичних послуг та підвищення ефективності використання ресурсів за рахунок принципу: фінанси «йдуть за пацієнтом»; 6. Мотиваційні та адміністративні механізми підвищення якості медичних послуг.</p>	<p>1. Відсутність цільового принципу фінансування СОЗ; 2. Недостатнє бюджетне фінансування, високий відсоток особистих витрат населення за послуги з охорони здоров'я; 3. Нерівність в доступі до якісних медичних послуг; 4. Можливість дуплювання медичних послуг (за рахунок відомчої медицини); 5. Більше можливостей для зловживань; 6. Вартість фармацевтичних препаратів покривається за рахунок пацієнтів; 7. Бюрократизована адміністративна ланка СОЗ.</p>
<p>Фінансування: 1. бюджетне (чітко визначений на законодавчому рівні перелік послуг з охорони здоров'я); 2. страхові внески роботодавців і робітників за працюючих; 3. співучасть населення (безпосередньо чи через ДМС); Платник (замовник): Фонд медичного страхування; Організація медичного обслуговування: пріоритетність первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини</p>	<p>Запровадження бюджетно-страхової СОЗ</p> <p>1. Зміцнення фінансової бази за рахунок ОСМС; цільового характеру внесків; 2. Достиження досить високого ступеню солідарності, незалежно від фінансової можливості людини; 3. Загальна доступність до обмеженого переліку медичної допомоги. Обмежена умовами медичного страхування; 4. Підвищення прозорості фінансування СОЗ; 5. Покращення чіткого переліку фармацевтичних препаратів за рахунок ОСМС; 6. Мотиваційні та адміністративні механізми підвищення якості медичних послуг; 7. Обов'язковість використання стандартів надання медичної допомоги</p>	<p>1. Запровадження нового цільового внеску – збільшення нарахувань на фонд оплати праці; 2. Додаткові витрати, пов'язані з формуванням структури ОСМС; 3. Великі витрати на управління інфраструктури та адміністрування; 4. Висутність відправлених механізмів державного регулювання медичного страхування; 5. Недостатня кількість спеціалістів у сфері страхового менеджменту; 6. Зростання обсягів не завжди виправданих медичних послуг та підвищення їх вартості; 7. Складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами</p>

За результатами проведеного дослідження нами визначені етапи реформування системи охорони здоров'я в Україні, які виділяються вітчизняними вченими, а також з'ясовано напрями, які ними пропонуються для удосконалення. В цілому вважаємо, що для реалізації ефективних системи охорони здоров'я потрібно на державному рівні визначити стратегічні напрями розвитку досліджуваної галузі з обмеженням впливу політичних змін. Це дозволить забезпечити, повною мірою, реалізацію стратегії та уникнути фрагментарних реформ.

2.3. Напрями розвитку державного управління системою охорони здоров'я України

Питання реформування системи охорони здоров'я є вкрай важливою сферою державного управління та розвитку політичної системи країни в цілому. Від ефективності здійснюваних реформ залежить розвиток національної економіки, налагодження соціального консенсусу та забезпечення відповідного рівня національної безпеки. «Необхідність реструктуризації охорони здоров'я багато в чому диктується об'єктивними процесами: розширенням потреб населення в медичних послугах, зростаючим попитом на нові – ефективні технології і засоби, підвищенням питомої ваги осіб похилого віку, зростаючою вартістю послуги при обмеженості фінансових і матеріальних ресурсів, якими володіє система охорони здоров'я. На основі проведення реструктуризації мережі охорони здоров'я можна підвищити ефективність використання ресурсів як на рівні окремої установи (локальна ефективність), так і на рівні підсистем медичних і супутніх послуг і системи в цілому» [41]. «Необхідність реформування сфери охорони здоров'я України зумовлена суттєвими суперечностями між зростаючими потребами населення в медичній допомозі та спроможністю галузі їх задовольнити на засадах якості, доступності, ефективності, рівності та справедливості» [150]

Для оцінки сучасного стану та формування інноваційних підходів до розвитку системи охорони здоров'я є необхідність оцінки та виявлення критичних точок реформ системи охорони здоров'я, які відбувалися, а також відбуваються за період незалежності України. Це в цілому дасть

можливість, в повній мірі, виявити аспекти об'єкта наукового дослідження та сформувати напрями формування державно-управлінських рішень.

Вітчизняними вченими зроблено вагомий внесок у розвиток теорії та методології державного управління системою охорони здоров'я. Зокрема, в більшості дисертаційних досліджень вітчизняних вчених, якій присвячені питання системи охорони здоров'я здійсненна оцінка реформ, якій відбувалися та відбуваються у системі державного управління в досліджуваній сфері, зокрема: Радиш Я.Ф., Бугайцов С.Г., Ярош Н.П., Рингач Н.О., Банчук М.В., Клименко О.В., Надюк З.О., Курило Т.М., Рудий В.М., Мартинюк О.І., Лещенко В.В., Паращич І.М., Буравльов Л.О., Бедрик І.О., Ляховченко Л.А., Торбас О.М., Васюк Н.О., Корольчук О.Л., Висоцька Т.Є., Білоус І.В., Дудка В.В., Кузьмінський П.Й., Жилка К.І., Фірсова О.Д., Кризина Н.П., Мокрецов С.Є., Коваленко Т.Ю., Білінська М.М., Джафарова Д.М., Фуртак І.І., Пітко Я.М., Дуб Н.Є., Фільц Ю.О., Штогрин О.П., Юристовська Н.Я., Шегедин Я.Ю., Шевчук В.В., Вовк С.М., Карлаш В.В., Устимчук О.В., Галацан О.В., Котляревський Ю.О., Кравченко Ж.Д., Лермонтова Ю.О. Праці зазначених вчених є вагомим внеском у розвиток вітчизняної науки державного управління та формують інноваційні підходи до реформування системи охорони здоров'я.

«Реформа системи охорони здоров'я – це діяльність, пов'язана зі зміною політики та інститутів охорони здоров'я, через які вона проводиться. Метою реформи є зміна парадигми державної політики, управління, забезпечення переходу до суспільства, де рішення виробляються відкрито, прозоро, демократично, згідно із законами, правилами, нормами і процедурами, що відповідають міжнародним стандартам» [154].

«Реформування системи охорони здоров'я передбачає розробку механізму, що дозволяє встановити закріплені джерела фінансування охорони здоров'я за різними категорії населення, зробити завдяки цьому розміри фінансування охорони здоров'я менш залежними від бюджетних пріоритетів; платити лікувально-профілактичного установ не за розміри ліжкового фонду і чисельність персоналу, а за реальні обсяги і якість наданої медичної допомоги; включити в систему охорони здоров'я поінформованих посередників – страхові фонди або страхові компанії» [41].

Для оцінки реформування системи охорони здоров'я України в останнє десятиліття розглянемо сукупність документів, що містять стратегічні та концептуальні напрями реформування, зокрема:

- Програма економічних реформ на 2010-2014 рр.

«Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [78]. Створення зазначеної програми з об'єктивних причин було обумовлено необхідністю формування кроків щодо виходу з економічної кризи (обумовленою Світовою фінансовою кризою 2008 р.) та суб'єктивних – зміна політичних еліт в центральних органах виконавчої влади. «У Програмі економічних реформ на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [1] закладено основи розбудови якісно нової системи охорони здоров'я. Актуальність цього завдання відмічена міжнародними експертами, які визначають стан галузі в Україні, як кризовий, що підтверджується незадовільними показниками діяльності системи, а також незадоволеність населення країни станом медичної допомоги. Про кризовий стан галузі об'єктивно свідчать такі показники: Україна займає перше місце за рейтингом в Європі за показниками малюкової смертності і за динамікою поширення ВІЛ/СНІДу, майже останнє (крім Молдови) місце в Європейському регіоні за середньою тривалістю життя. До цього слід додати наявність і прогресування в Україні епідемії такого соціально небезпечного захворювання, як туберкульоз, високий рівень захворюваності та низький рівень забезпечення населення послугами з охорони здоров'я» [76]. Суб'єктом формування зазначеної програми були Комітет з економічних реформ на чолі з Президентом України та робочі групи, які об'єднали у собі представників державного апарату, бізнесу, регіональної та місцевої влад, експертного середовища, як національного, так і міжнародного. Зазначена програма передбачала наступні напрями: 1) сталий економічний розвиток (стабілізація державного бюджету, реформування системи оподаткування, фінансового ринку та міжбюджетних відносин); 2) підвищення стандартів життя через реформу системи пенсійного забезпечення, охорони здоров'я, соціальної підтримки та освіти; 3) поліпшення бізнес-клімату та інвестиційної привабливості, що мало забезпечуватися наступними реформами: дерегуляція підприємництва, приватизація державної власності, розвиток інновацій та міжнародна співпраця та інтеграція; 4) модернізація інфраструктури та базових секторів через реформи у сферах: електроенергетики, вугільної галузі, нафтової промисловості, житлово-комунального господарства, системи транспорту, сільського господарства. Зазначена програма передбачала сукупність законодавчих змін та формування нових законопроектів щодо

регулювання тієї чи іншої сфери. Питання реформування системи охорони здоров'я визначалося у частинні медичного обслуговування. Особливості реформування системи охорони здоров'я у зазначений період та потреба в її повній переорієнтації буде розглянуто далі.

- Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на 3 період 2015 – 2025 [141]. «Цей документ був написаний Стратегічною дорадчою групою з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні (СДГ з охорони здоров'я), яка була створена Наказом МОЗ № 522 від 24.07.2014 року. Скликання СДГ було результатом спільної ініціативи громадянського суспільства, Уряду України та Міжнародного фонду «Відродження». Метою спільної ініціативи було залучення висококваліфікованих національних та міжнародних експертів для надання консультативної допомоги Уряду щодо стратегії реформування галузі, оптимального використання міжнародної допомоги, консолідації зусиль донорів відносно підтримки реформ в Україні та вирішення нагальних проблем» [141]. Основні положення в зазначеному документі викладенні в наступному порядку: по-перше, оцінка здоров'я населення та, власне, системи охорони здоров'я з метою ідентифікації ключових проблем; по-друге, обґрунтування політичних положень реформування системи охорони здоров'я; по-третє, зацікавленні сторони в розвитку системи охорони здоров'я; по-четверте, обґрунтування цілей, цінностей та ключових завдань реформування системи охорони здоров'я; по-п'яте, структура системи охорони здоров'я України; по-шосте, обґрунтування стратегічних можливостей для системи охорони здоров'я країни; по-сьоме, обґрунтування положень нової системи охорони здоров'я; по-восьме, розробка концепції та плану дій з реформування системи охорони здоров'я. Варто зазначити, що зазначений документ став основою національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. Більшість її положень були прийняті Урядом та на їх основі розроблено план дій щодо реформування національної системи охорони здоров'я.

- Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років [131]. Зазначений документ був розроблений з ініціативи Міністерства охорони здоров'я України, що було обумовлено повною переорієнтації економічного, соціального та політичного розвитку України після Революції Гідності. Стратегія побудована у відповідності до стандартів в сфері охорони здоров'я

Європейського Союзу. Варто зауважити, що досліджуваний документ є складовою Національного плану дій з реформування, що введений в дію Указом Президента України від 12.01.2015 р. «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»». Механізм реалізації визначених стратегічних цілей був впроваджений програмою діяльності Кабінету Міністрів України (11.12.2014 р.). Загальною метою зазначеної стратегії можна вважати ідентифікацію концептуальних проблем у системі охорони здоров'я та розробка механізмів та інструментів їх вирішення через формування інноваційної державної політики, яка врахує забезпечення дотримання основоположних (конституційних) прав людини. «Документ підготовлено як загальний недеталізований план, спрямований на досягнення мети Стратегії, що реалізовуватиметься органами влади із залученням представників громадянського суспільства. Документ пропонує чіткі та обґрунтовані пояснення щодо діяльності, яка повинна бути пріоритетною у цій царині. Таким чином Стратегія формує основу для оцінки та перегляду наявних програм, регуляторних механізмів та розробки нових законопроектів та планів, наприклад, стратегічного плану розвитку людських ресурсів, генерального плану лікарень, стратегічного плану розвитку паліативної допомоги, плану розвитку первинної ланки охорони здоров'я тощо» [131, с. 5]. Структура Національної стратегії є наступною: оцінка показників системи охорони здоров'я та стану громадського здоров'я в Україні; визначення політичних аспектів реформування системи охорони здоров'я; архітектура системи охорони здоров'я та стратегічні можливості для України; розробка концепції та плану дій щодо побудови нової системи охорони здоров'я. Відповідно до зазначеної Стратегії відбувається медична реформа й до цього часу, наслідки та особливості якої розглянемо далі.

- Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я [164]. 30 листопада 2016 р. Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1013-р. було схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я. «На сьогодні більшість механізмів управління системою охорони здоров'я не працює в результаті недофінансування галузі, недостатності сучасної техніки та повільного оновлення обладнання в медичних закладах, низької заробітної плати медичних працівників, відсутності економічних стимулів до ефективної роботи, невеликої кількості інновацій у методах лікування та низької ефективності використання ресурсів» [135]. Розробка зазначеної Концепції обумовлена

сукупністю проблем з фінансування системи охорони здоров'я, які більшою мірою обумовленні успадкованою системою Радянського Союзу. «Дисфункціональність діючої системи спричинена специфікою її організації та фінансування. На сьогодні в Україні досі діє успадкована від СРСР командно-адміністративна модель охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я є бюджетними установами і перебувають у власності держави або територіальних громад. Кошториси доходів і витрат цих закладів охорони здоров'я затверджуються тими ж органами влади, у власності яких вони перебувають, в результаті чого органи влади отримують стимул діяти в інтересах відповідних закладів, а не в інтересах конкретного пацієнта. Фінансування зазначених закладів здійснюється за жорстким постатейним кошторисом на основі застарілих інфраструктурних нормативів. Це позбавляє керівників закладів охорони здоров'я управлінської гнучкості та не сприяє мотивації до покращення результату» [164]. Відповідно до зазначеної концепції в Україні запроваджується модель державного солідарного медичного страхування. Зазначена модель враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема, у Центральній та Східній Європі. Варто зазначити, що основні положення Концепції було розроблено у відповідності до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, які визначають страховий принцип ключовим при реформуванні фінансування системи охорони здоров'я. Основні положення досліджуваного документу викладені у наступній послідовності: вступна частина; проблеми, які потребують розв'язання; мета і принципи реалізації концепції; шляхи і способи розв'язання проблеми; завдання реформи; етапи та строки реалізації концепції; очікування результату; обсяги та джерела фінансування.

Здійснимо оцінку реалізації концепцій та стратегій реформування системи охорони здоров'я в Україні за наступними етапами: 2010-2014 рр. та 2014-2020 рр.

Реформування державного управління системою охорони здоров'я в 2010-2014 рр.

Варто наголосити, що будь яка реформа в Україні більшою мірою обумовлена змінами політичних сил у органах законодавчої та виконавчої влади. Реформування системи охорони здоров'я в 2010-2014 рр., не стала виключенням, хоча й були об'єктивні причини, зокрема:

– низька якість медичних послуг. У результаті низької якості медичних послуг зменшується тривалість життя населення. На початок 2010 р. даний показник становив 68,2 роки, у той час, як у країнах Європейського союзу даний показник щонайменше на 10 років більший. В цілому такі показники збільшують ймовірність соціального конфлікту в державі та не дозволяють в повній мірі сформуванати засади стабільного економічного розвитку. Адже, людські ресурси є основою формування процвітаючого суспільства.

– нерівний доступ до послуг охорони здоров'я. Дана причина обумовлена низьким рівнем державної системи охорони здоров'я, що не повною мірою дозволяє забезпечити ефективність та результативність медичної послуги та задоволеність нею населення. У свою чергу відсутність підтримки приватної медицини та формування бюрократичних перепон для її розвитку не дозволяють повною мірою забезпечити населення медичними послугами. Вагомим фактором формування зазначеної проблеми є низький рівень доходів населення, що значно знизилися в результаті світової економічної кризи 2008 р. Як результат доходи населення не дозволяють користуватися платними послугами державних закладів охорони здоров'я та загалом послугами приватної медицини, через високий тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я.

Відповідно до Програми економічних реформ на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [78] можна визначити наступні напрями результати реформи системи охорони здоров'я, що реалізовувалися через пілотні проекти:

«1) розмежування ПМСД та вторинної медичної допомоги з розвитком ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини, зі створенням центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості;

2) пулінгу фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні;

3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до ЗОЗ, що відповідають важкості та складності захворювання;

4) впровадження (за умов методичного удосконалення) оплати праці за обсяги та якість роботи;

5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації» [116, с. 10].

Інформаційна модель реформи системи охорони здоров'я в 2010 – 2014 рр. представлено в табл. 2.9.

Реалізація зазначеної реформи відбувалася через внесення змін до існуючої нормативно-правової бази та формування нової, зокрема:

- **закони:** 1) Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві (від 07.07.2011 №3612-VI); Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (від 07.07.2011 №3611-VI); Про екстрену медичну допомогу (від 05 липня 2012 року №5081-VI);

- **постанови КМУ:** 1) Порядок формування фонду оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я; (від 20 травня 2013 р. №395); 2) Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я (від 5 березня 2012 р. №209); 3) Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві (від 24 жовтня 2012 р. №1113); 4) Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ 86 – редакція від 08.02.2012) (від 8 лютого 2012 р. №86);

- **накази МОЗ щодо фінансування системи охорони здоров'я:** 1) Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі "Охорона здоров'я" для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві (від 25.09. 2012 №1650/21962); 2) Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги (від 15.05.2013 №373); 3) Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою (від 25.04. 2012 р. №340); 4) Про затвердження примірного договору про медичне обслуговування населення (від 01.11.2011 №742); Про бюджетну класифікацію (від 14.01.2011 №11);

Таблиця 2.9
Характеристика реформи системи охорони здоров'я в 2010-2014 рр. згідно Програми економічних реформ на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [78]

Мета реформи	Закладання реформи		III етап (до кінця 2014 р.)
	підвищення якості медичних послуг	підвищення доступності медичних послуг	
поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг	підвищення якості медичних послуг	підвищення доступності медичних послуг	створення стимули для здорового способу життя
Етапи реалізації реформи			
I етап (до кінця 2010 р.)			
- внесення змін до Закону України «Про засади законодавства про охорону здоров'я» та прийняття Закону України «Про лікувально-профілактичні заклади й медичне обслуговування населення», - перегляд умов ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів і атестації медичного персоналу. Створення незалежних центрів (агентств) одержання відповідності медичних установ ліцензіям і акредитаціям	- проведення з 2011 р. апробації запропонованих змін на 2-ох пілотних регіонах, - розроблення комплексу законодавчих і нормативних документів для формування оптимальної територіальної мережі медичних закладів, створення госпитальних округів, оплати праці медичного персоналу, виключені з обсягу та вкості виконавчої роботи, - розроблення й прийняття комплексної програми «Здорова нація».	II етап (до кінця 2012 р.)	III етап (до кінця 2014 р.)
Індикатори успіху			
зниження загального коефіцієнта дитячої смертності до 6,5 % зниження смертності від туберкульозу на 30 %	зниження коефіцієнта материнської смертності до 13 % підвищення в загальній чисельності лікарів частки лікарів загальної практики з 4 % до 8-10 %	зниження коефіцієнта материнської смертності до 13 %	зниження перебісової смертності на 25 % - скорочення частки тиньових платежів у системі медичного обслуговування з 10-15 % до 5-7 %

- накази МОЗ щодо організації та надання медичних послуг різних рівнів: 1) Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я (від 28.03.2013 №249); 2) Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу (від 23.02.2012 №132); 3) Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи (від 23.02.2012 №131); 4) Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (від 23.02.2012 №129); 5) Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я (від 30.12.2011 №1008); 6) Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації (від 04.11.2011 №756); 7) Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи (від 04.11.2011 №755); 8) Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги (від 02.11.2011 № 743); 9) Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні відновного лікування (від 31.10.2011 №736); 10) Про затвердження положень про заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів (від 31.10.2011 №732); 11) Про організацію підготовки та підвищення кваліфікації лікарів, фельдшерів (медичних сестер) станцій швидкої медичної допомоги з медицини невідкладних станів у пілотних регіонах (від 17.08.2011 №519); 12) Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах (від 15.08.2011 №507); 13) Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі (від 15.07.2011 №420); 14) Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу (від 28.07.2011 №443); 15) Про створення робочої групи з інформаційного супроводу реформ за напрямом «Реформа медичного обслуговування» (від 20.07.2011 №428); 16) Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування регіонального Плану-графіку проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я (від 15.07.2011 №419); 17) Про організацію амбулаторної акушерськогінекологічної допомоги в Україні

(від 15.07.2011 №417); 18) Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги (від 29.06.2011 №384); 19) Про заходи щодо впровадження Єдиної системи екстреної медичної допомоги на території Вінницької, Донецької, Дніпропетровської областей та міста Києва (від 22.06.2011 №370); 5) Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проєктів (від 08.06.2011 №347).

«Вагомими досягненнями реалізації державної політики щодо охорони громадського здоров'я на цьому етапі стало поліпшення медичного обслуговування материнства і дитинства шляхом успішного впровадження Національного проєкту «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства» – відкриття сучасних перинатальних центрів в Автономній Республіці Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Харківській, Хмельницькій областях і м. Києві, що дало змогу від початку реформи медичного обслуговування знизити показники малокової смертності на 13,2% та материнської – на 21,0%» [203, с.168].

За кожним напрямком реформ у системі охорони здоров'я були визначені конкретні кроки, проте через бюрократичні перепони та корупцію, зазначена реформа не відбулася в повному обсязі.

Реформування державного управління системою охорони здоров'я з 2014 р.

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років є одним із найважливіших документів, що містить стратегічні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні. Зазначений документ покладений в основу реформи системи охорони здоров'я за останні п'ять років. Розробка зазначеної стратегії було ініційовано Міністерством охорони здоров'я України у серпні 2014 р. У першу чергу це було обумовлено зміною політичних еліт та формування нового політичного курсу до Європейського Союзу.

«Починаючи з 2014 року в Україні відбувається актив на трансформація системи охорони здоров'я та її перехід до нової моделі на основі принципу "гроші йдуть за пацієнтом». Реформування у галузі передбачає трансформацію усіх елементів системи: фінансового, організаційного, матеріально технічного, нормативно трудового. Узагальнення досвіду реформування від початку незалежності дає змогу

визначити результативність прийнятих управлінських рішень, оцінити ефективність та дієвість нормативно правового забезпечення, стану реалізації реформ, що проголошені на державному рівні» [30, с. 135].

Основними причинами формування Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. є стан досліджуваної сфери державного управління, що на той момент характеризувався наступним рисами:

1) високий рівень смертності, що обумовлений низьким рівнем медичних послуг та відсутністю дієвого підходу до попередження та профілактики захворювань;

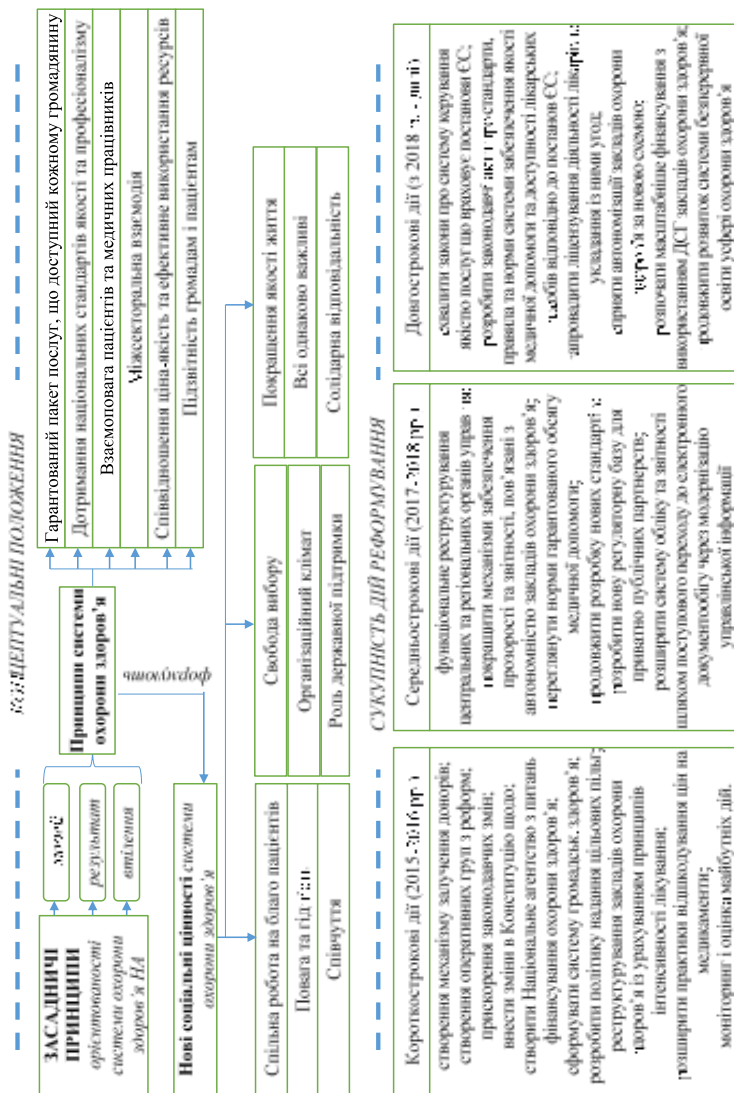
2) неефективність фінансування системи охорони здоров'я та його неспівставність із ВВП країни;

3) застарілість системи охорони здоров'я та невідповідність інфраструктури сучасним вимогам;

4) жорсткі процедури управління та фінансування закладів охорони здоров'я.

У передмові до Національної стратегії зазначено, що «стратегія формує підґрунтя для розробки політики та прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, включаючи рішення щодо розміру фінансування та бюджетних ресурсів у сфері охорони здоров'я. Мета Стратегії полягає у визначенні ключових проблем системи охорони здоров'я, потенційних напрямів і шляхів їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів, із метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я» [131, с. 5].

Зазначена стратегія передбачала комплексну реформу системи охорони здоров'я та інституційні зміни у системі державного управління зазначеної сферою. В цілому, аналізуючи зазначену стратегію, можливо побудувати наступну інформаційну модель (рис. 2.2).



СУКУПНІСТЬ ДІЙ РЕФОРМУВАННЯ

Короткострокові дії (2015-2016 рр.)	створення механізму залучення донорів; створення оперативних груп з реформи; прикриття законодавчих змін; внесення змін в Конституцію щодо; створення Національного агентства з питань фінансування охорони здоров'я; реформувати систему громадськ. здоров'я; розробити позитивну націану цільових планів;	розробити нову регуляторну базу для приватно публічних партнерств; розширити систему обліку та звітності шляхом поступового переходу до єдиного документації через міжвідомчу управлінську інформацій	Довгострокові дії (з 2018 - н.ч.)
Середньострокові дії (2017-2018 рр.)	функціональне реструктурування центральних та регіональних органів управління; покращити механізм забезпечення прозорості та звітності, пов'язані з автономністю закладів охорони здоров'я; переглянути норми гарантованого обсягу медичної допомоги;	розробити нову регуляторну базу для приватно публічних партнерств; розширити систему обліку та звітності шляхом поступового переходу до єдиного документації через міжвідомчу управлінську інформацій	ствалити закони про систему керування якістю послуг що враховує постанову ЄС; розробити законодавчі акти про стандарти, правила та норми системи забезпечення якості медичної допомоги та доступності лікарських препаратів відповідно до постанов ЄС; апробувати ліцензування діяльності лікарів; і; укладання із ними угоди;
Довгострокові дії (2015-2016 рр.)	створення механізму залучення донорів; створення оперативних груп з реформи; прикриття законодавчих змін; внесення змін в Конституцію щодо; створення Національного агентства з питань фінансування охорони здоров'я; реформувати систему громадськ. здоров'я; розробити позитивну націану цільових планів;	розробити нову регуляторну базу для приватно публічних партнерств; розширити систему обліку та звітності шляхом поступового переходу до єдиного документації через міжвідомчу управлінську інформацій	ствалити закони про систему керування якістю послуг що враховує постанову ЄС; розробити законодавчі акти про стандарти, правила та норми системи забезпечення якості медичної допомоги та доступності лікарських препаратів відповідно до постанов ЄС; апробувати ліцензування діяльності лікарів; і; укладання із ними угоди;

Рис. 2.2. Інформаційна модель реформування системи охорони здоров'я згідно Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. (початок)

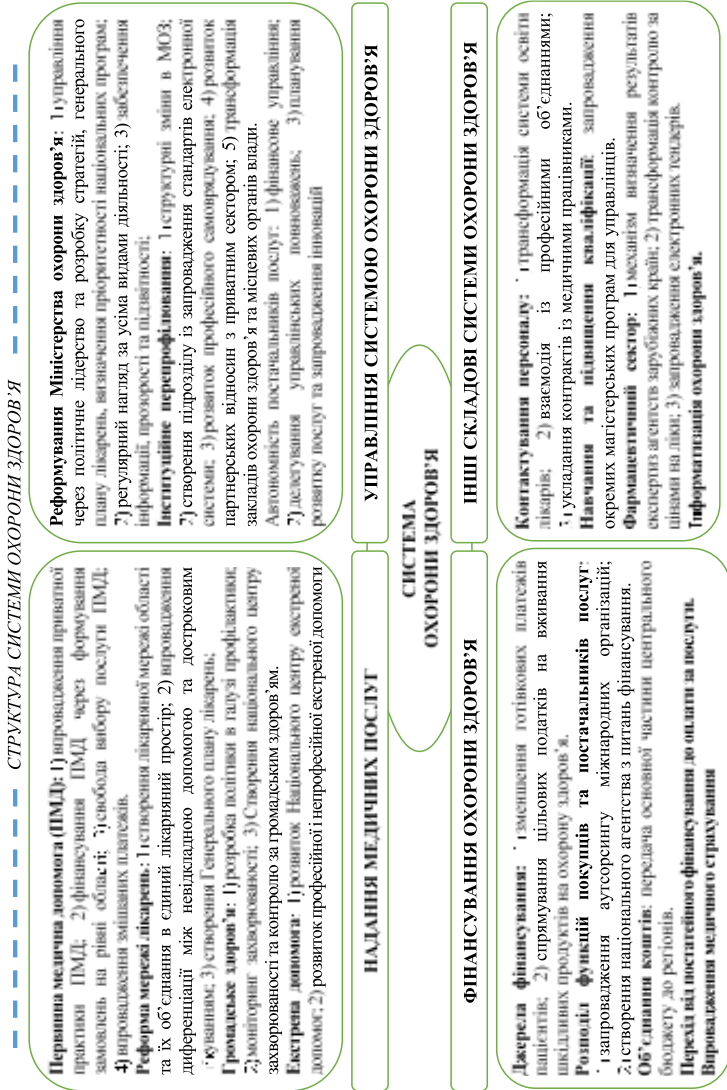


Рис. 2.2. Інформаційна модель реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. (кінець стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. (кінець))

Вивчаючи, власне, стратегію, варто наголосити на її структурі

- Цілі, цінності та основні завдання системи охорони здоров'я України;

- Архітектура системи охорони здоров'я. Стратегічні можливості для України (надання послуг, фінансування системи охорони здоров'я, управління, інші положення);

- Побудова нової системи охорони здоров'я: розробка концепції та план дій (короткострокові, середньострокові, довгострокові).

Реформа охорони здоров'я, що реалізується в Україні з 2014 р. направлена на забезпечення трьох засадничих принципів та шести принципів, власне, системи охорони здоров'я. До засадничих принципів належать наступні:

- орієнтованість на людей. У загальному розумінні сутність зазначеного принципу можна охарактеризувати, як необхідність врахування системою охорони здоров'я інтересів усіх стейкхолдерів, а особливо користувачів медичних послуг. Відповідно система охорони здоров'я має бути динамічною та мінливою системою, яка б оперативно могла враховувати запити та адаптуватися до викликів внутрішнього та зовнішнього середовища. Система охорони здоров'я має бути побудована таким чином, щоб налагодити соціальний консенсус, а в умовах нових викликів могла забезпечити ефективні взаємовідносини між усіма учасниками надання медичної послуги. В цілому ефективна взаємодія дозволить підвищити якість медичної послуги, а відповідно задоволеність нею, як окремого пацієнта, так і населення в цілому;

- орієнтованість на втілення. Цей принцип є особливим з позиції постійного вдосконалення, як окремої медичної послуги, так і системи охорони здоров'я в цілому. У Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я 2015-2020 рр. характеристика зазначеного принципу наступна: «відмінна ідея – це лише півшляху. Необхідно також провести підготовчу роботу, втілити ідею у життя та здійснити ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі та механізми підзвітності. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я мають бути ефективними, зменшувати фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я, та відкривати доступ до відповідних послуг» [131, с. 3]. Повна реалізація зазначеного принципу дозволить підвищити інвестиційну, інноваційну діяльність закладів охорони здоров'я;

- орієнтованість на результат є засадничим принципом системи охорони здоров'я, що направлені на підвищення якості медичної послуги через ефективність використання сукупності залучених ресурсів. Відповідно прийняття рішень від державно-управлінських до управлінських на рівні окремого закладу охорони здоров'я мають: по-перше, враховувати потреби пацієнтів, ефективність використання фінансових ресурсів; по-друге, забезпечувати фінансову захищеність пацієнтів, профілактику захворювань. Усі рішення мають бути оцінені за їх результативністю та направленістю на покращення роботи, як окремих закладів охорони здоров'я, так і системи в цілому. Крім того, зазначений принцип передбачає залучення приватних надавачів медичних послуг, але за умови, що у результаті пацієнт отримає кращу та результативнішу медичну послугу. Для забезпечення реалізації зазначеного принципу є потреба для формування інформаційної бази даних про якість надання медичних послуг.

Сутність інших принципів системи охорони здоров'я визначена Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр., що представлено у табл. 2.10.

Таблиця 2.10

Сутність принципів охорони здоров'я згідно із Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр.

Принцип	Сутність
<i>1</i>	<i>2</i>
Гарантований пакет послуг, що доступний кожному громадянину	Цей принцип повинен бути застосований незалежно від статі, віку, сексуальної орієнтації, релігійних чи політичних переконань, сімейного або цивільного стану. Він повинен бути застосований до всіх і кожного, та базуватися на повазі до прав людини. Водночас, держава повинна приділяти особливу увагу вразливим соціальним групам, оскільки показники здоров'я у них суттєво відстають від показників решти населення
Дотримання національних стандартів якості та професіоналізму	Цей принцип спрямований на надання якісної медичної допомоги, яка повинна бути безпечною, ефективною і спрямованою на задоволення потреб пацієнта, підтримку, освіту та розвиток персоналу, удосконалення управління галуззю

Розділ 2. Методологія державного управління системою охорони здоров'я України

Продовження табл. 2.10

1	2
Взаємоповага пацієнтів та медичних працівників	Повага, гідність, співчуття й турбота повинні бути принципом номер один у роботі з пацієнтами. Їх безпека, досвід під час перебування в системі та результати для здоров'я будуть покращуватися, коли медичні працівники відчуватимуть свою цінність, матимуть відповідні повноваження та підтримку, а пацієнти будуть відчувати себе партнером, а не об'єктом лікування.
Співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення (міжсекторальна взаємодія)	Система охорони здоров'я як галузь повинна взаємодіяти з іншими службами, органами державного сектору та широким колом громадських об'єднань, благодійних організацій та юридичних осіб приватної форми власності з метою підвищення рівня здоров'я та добробуту
Співвідношення ціна-якість та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів	Державні кошти на охорону здоров'я мають бути спрямовані винятково на благо громадян. Держава повинна прагнути до того, аби кожна витрачена платником податків гривня приносила якомога більше результату для здоров'я людей
Підзвітність громадам і пацієнтам	Система відповідальності та підзвітності за прийняття рішень повинна бути прозорою та зрозумілою для громадськості, персоналу та пацієнтів. Із цією метою уряд повинен гарантувати постійну можливість доступу до інформації та основних показників здоров'я, а органи центральної та місцевої влади систематично звітувати перед громадою або її представниками (радами) за результати діяльності в сфері охорони здоров'я.

Джерело складне автором на основі [131]

Для забезпечення відповідності системи охорони здоров'я України зазначим принципам було розроблено сукупність короткострокових (2015-2016 рр.), середньострокових (2017-2018 рр.) та довгострокових дій (з 2018 р. – далі). На кожному етапі було визначено сукупність дій, що направлені на реформування системи охорони здоров'я та трансформацію її структури. Важливими особливостями осаджуваної реформи для пацієнтів є наступні: вільний вибір лікаря, «Доступні ліки» за

електронним рецептом, додаткові сервіси для пацієнта, гарантована безоплатна допомога лікаря первинної ланки, корисна інформація он-лайн.

Реформування системи охорони здоров'я згідно із досліджуваною стратегією передбачало трансформацію нормативно-правового забезпечення державного управління системою охорони здоров'я. Основними нормативно-правовими актами, що є основою реформування системи охорони здоров'я за період 2015-2020 рр. є:

- **законои:** Закон від 19.10.17 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»; Закон від 06.04.17 р. № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я»;

- **постанови Кабінету Міністрів України:** від 25.03.16 р. № 246 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посад державної служби»; від 28.03.18 р. № 283 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню»; від 28.03.18 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення»; від 25.04.18 р. № 407 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік»; від 25.04.18 р. № 410 «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»; від 25.04.18 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»; від 27.12.17 р. № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»; від 27.11.2019 № 1073 «Деякі питання договорів медичного обслуговування населення»; від 27.11.2019 № 1119 «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік»; від 24.12.2019 № 1086 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення»; від 05.02.2020 № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році»;

- накази Міністерства охорони здоров'я України: від 26.01.18 р. № 148 «Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу»; від 19.03.18 р. № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»; від 19.03.18 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»; від 19.12.2019 № 2559 «Про затвердження Методики розрахунку тарифів».

Зазначена система нормативно-правових актів направлена на реформування структури системи охорони здоров'я. Зокрема, у частинні надання медичних послуг визначенні напрями трансформації первинної медичної допомоги, структури мережі лікарень, розробки політики громадського здоров'я та розвиток екстреної медичної допомоги.

У частинні фінансування системи охорони здоров'я визначенні: механізми формування нових джерел фінансування; розподілу функцій покупців та постачальників послуг; інструментів об'єднання коштів; перехід від постатейного фінансування до оплати за послуги; впровадження медичного страхування. Усе зазначене викладене в положеннях Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [164], що була прийнята 30 листопада 2016 р. розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1013-р. Більш детально структура та зміст даної концепції буде розглянуто далі.

Концептуальні моменти медичної реформи стосуються таких сфер системи охорони здоров'я як: контактування персоналу (трансформація системи освіти лікарів; взаємодія із професійними об'єднаннями; укладання контрактів із медичними працівниками); навчання та підвищення кваліфікації (запровадження окремих магістерських програм для управлінців); фармацевтичний сектор (механізм визначення результатів експертиз агентств зарубіжних країн; трансформація контролю за цінами на ліки; запровадження електронних тендерів); інформатизація охорони здоров'я.

У частинні державного управління системою охорони здоров'я було проведено структурні зміни в Міністерстві охорони здоров'я України та створено Національну службу здоров'я України. Даний центральний орган виконавчої влади функціонує з метою реалізації державної політики в сфері державний фінансових гарантій медичного обслуговування

населення. Варто зауважити, що Національна служба здоров'я України коригується кабінетом міністрів України через Міністра охорони здоров'я.

Відповідно до установчих документів [165] завданнями та сферами діяльності Національної служби здоров'я України є наступні:

1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);

2) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

3) внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Більш детальніше питання інституційного розвитку системи охорони здоров'я України у контексті проведених реформ буде розглянуто у подальших працях.

Основними результатами реформи системи охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку, що декларуються Міністерством охорони здоров'я України, як ключові, є наступні:

- трансформація системи охорони здоров'я: 1) заклади охорони здоров'я почали укладати договори з НСЗУ щодо спеціалізованої вторинної медичної допомоги (на 1 вересня 2020 р. укладено 3095 таких контрактів на загальну суму 51,6 млрд. грн. за надання послуг згідно з програмою медичних гарантій); 2) вільний вибір сімейного лікаря та заключення декларацій (на кінець 2020 р. кількість укладених декларацій із сімейними лікарями становить понад 30,5 млн. осіб); 3) визначенні пріоритетні види медичних послуг (лікування гострого мозкового інсульту; лікування гострого інфаркту міокарда; допомога при пологах; допомога у складних неонатальних випадках; інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкологічних захворювань); 4) Реалізується програма реімбурсації “Доступні ліки” (кількість таких ліків у 2020 р. становила 264 найменування, 85 з них на безоплатній основі; програмою користуються 2,4 млн. пацієнтів);

- підвищення заробітної плати медичним працівникам. «3 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» [126].

- розвиток цифрових трансформацій в охороні здоров'я. «На кінець 2019 року на сайті НСЗУ наявні 12 дашбордів (аналітичних панелей) з відкритими даними, їхня кількість буде збільшуватись, що дозволить пацієнтам дізнаватись більше потрібної інформації, не виходячи з дому. Також пацієнт має можливість звернутись до контакт-центру НСЗУ за номером 16-77» [79]. «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)» [126]. В цілому зазначенні сервіси дозволяють зменшити навантаження на медичних працівників. Позитивним є також запуск електронного медичного висновку народження.

- управління кадровим потенціалом. У даному напрямку визначено механізм відшкодування базам стажування витрат на оплату праці лікарям-інтернам першого року навчання.

- діяльність психіатричної та туберкульозної служб. Розроблено нормативну базу щодо тарифів на медичні послуги. Удосконалено пакети медичних послуг протитуберкульозної медичної допомоги. Розроблено план розвитку охорони психічного здоров'я в Україні.

В цілому медичну реформу можна оцінити позитивно, проте її реалізації є фрагментарної, а окремі сфери системи охорони здоров'я залишилися без змін, а трансформація деяких не дозволила підвищити результативність охорони здоров'я в Україні. Такий стан можна охарактеризувати наступними причинами:

- по-перше, не готовність центральних органів виконавчої влади та місцевих органів влади до реформування системи охорони здоров'я, в результаті чого виникла несприйняття реформи керівництвом різного рівня;

- по-друге, не врахування при розробці реформи як національних особливостей системи охорони здоров'я так я властивостей соціально-економічних системи, поведінки населення в умовах трансформаційних змін;

- по-третє, фрагментарність реалізації реформи та не врахування соціального протистояння, що у більшій мірі обумовлено низьким рівнем інформаційної складової політики реформ;

- по-четверте, відсутність політичної стабільності в державі та протистояння між правлячими політичними елітами. «З моменту запуску реформи системи охорони здоров'я деякі політичні сили неодноразово

намагалися дискредитувати програму реформування та заблокувати низку принципових нововведень. Внаслідок їхнього тиску на певний час була заблокована робота Міністерства охорони здоров'я, що поставило під загрозу всю трансформацію охорони здоров'я і ті якісні зміни, які вже відбулися. Неодноразові критичні заяви деяких авторитетних представників медичної галузі та політичних сил сприяли формуванню недовіри та несприйняття реформи населенням та медичною спільнотою, що суттєво загрожує впровадженню реформи. Основні загрози: зміна політичного вектора розвитку держави; незавершення структурної перебудови галузі; незабезпечення належного фінансування програм реформування у державному та місцевих бюджетах» [204];

- по-п'яте, низький рівень кадрового потенціалу відповідального за реформи системи охорони здоров'я (реформа реалізовувалася під керівництвом виконуючого обов'язки міністра, який за функціональними обов'язками має менше прав).

Таким чином, нами визначенні особливості реформування системи охорони здоров'я за останнє десятиліття, які визначені, як, власне, політичними особливостями, так і об'єктивним станом, власне, системи охорони здоров'я так і її впливом на інші сфери державного управління. Вважаємо, що визначенні властивості системи охорони здоров'я лягти в інноваційні підходи до розвитку державного управління системою охорони здоров'я. Зазначенні напрями представлені на рис. 2.3.

В цілому на основі вище викладеного пропонуємо наступну структуру розвитку методології державного управління системою охорони здоров'я:

- обґрунтування та розвиток системи фінансування охорони здоров'я в Україні;

- визначення напрямів розвитку управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я;

- ідентифікація напрямів інвестиційно-інноваційного розвитку системи охорони здоров'я;

- обґрунтування напрямів трансформації процесів забезпечення громадського здоров'я.

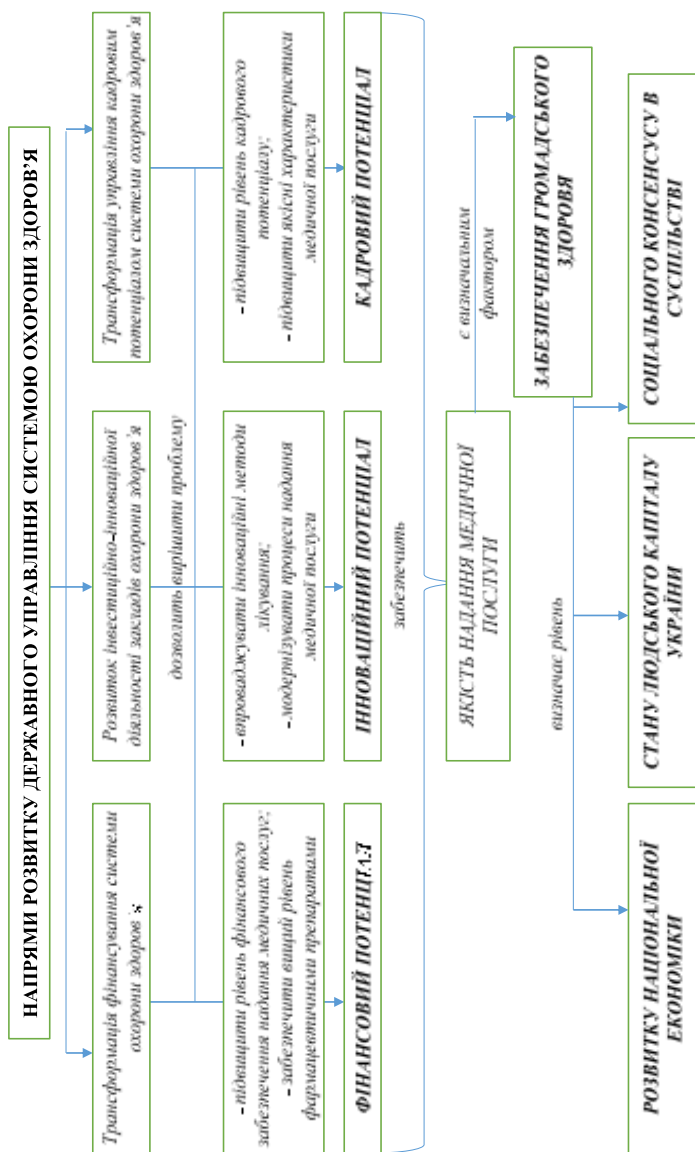


Рис. 2.3. Напрями розвитку державного управління системою охорони здоров'я України

Таким чином, реформування державного управління системою охорони здоров'я за ключовими складовими (фінансування, інвестиційно-інноваційні діяльність та управління кадровим потенціалом) дозволить вирішити сукупність проблем. Вирішення зазначених проблем дозволить підвищити рівень наступних видів потенціалу закладів охорони здоров'я: фінансовий, інноваційний та кадровий. Зазначенні складові потенціалу є основою забезпечення якості надання медичних послуг. У свою чергу від рівня якості надання медичних послуг в країна залежить рівень громадського здоров'я. Особливо важливим сьогодні є питання трансформації громадського здоров'я, адже його рівень є визначальним фактором розвитку національної економіки, людського капіталу та налагодження соціального консенсусу в суспільстві.

Висновки до 2-го розділу

Застосування системного підходу до методології державного управління системою охорони здоров'я та дослідження напрямів її реформування та стратегічних аспектів розвитку, дозволило отримати наступні результати, що мають наукову цінність:

1. Для цілей формування методологічних положень державного управління системою охорони здоров'я було обґрунтовано наступні її особливості: стейкхолдери (зацікавленість більшості суб'єктів соціально-економічних відносин та суб'єктів державного управління в розвитку системи охорони здоров'я як фактору формування людського капіталу держави); багатогалузевість (система охорона здоров'я включає в себе сукупність галузей економіки як власне надання медичних послуг, так і фармацевтичну галузь, галузі з виробництва медичних технологій; система освіти медичних працівників та інші); взаємозалежність (система охорони здоров'я взаємопов'язана із соціально-економічними та політичними системами та природно-кліматичними умовами). Зважаючи на зазначенні властивості було обґрунтовано сукупність проблем системи охорони здоров'я України та ідентифіковано напрями реформування державного управління для цілей їх подолання.

2. У результаті застосування системного підходу було розроблено інформаційну модель державного управління системою охорони здоров'я, особливостями якої є наступні:

- у частинні суб'єктів управління. Запропоновано суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я групувати за наступними напрямками: за рівнем державного управління (загальнодержавний, регіональний, місцевий); за сферами впливу (безпосереднього впливу (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України); опосередкованого впливу – органи державної влади, що регулюють суміжні галузі та сфери державного управління системою охорони здоров'я);

- у частинні об'єкту державного управління. Систему охорони здоров'я як об'єкту державного управління охарактеризовано за наступними напрямками: 1) медична послуга, що представлена наступними видами медичної допомоги: екстрена медична допомога; первинна медична допомога; вторинна (спеціалізована) медична допомога; третинна (високоспеціалізована) мед. допомога; паліативна медична допомога; реабілітація в сфері охорони здоров'я; медичної допомоги дітям до 16 років; медичної допомоги у зв'язку із вагітністю та пологами; б) медична освіта (підготовка лікарів різних спеціалізацій; підготовка медичних сестер; перепідготовка керівних кадрів); в) забезпечення громадського здоров'я; г) виробництво, постачання та реалізації ліків;

- у частинні методологічної дії. Запропоновано змістовне наповнення та напрями розвитку механізмів державного управління, зокрема: фінансовий; правовий; організаційний; інформаційний; інвестиційно-інноваційний; кадровий; контрольний.

3. За результатами проведеного дослідження визначенні етапи реформування системи охорони здоров'я в Україні, які виділяють вітчизняними вченими, а також з'ясовано напрями, які ними пропонуються для удосконалення. Доведено, що для реалізації ефективних системи охорони здоров'я потрібно на державному рівні визначити стратегічні напрями розвитку досліджуваної галузі з обмеженням впливу політичних змін. Це дозволить забезпечити в повній мірі реалізації стратегії та уникнути фрагментарних реформ.

4. Здійснено характеристику реформ системи охорони здоров'я, які відбувалися в Україні з 2010 р. за наступними програмами та стратегіями: а) Програми економічних реформ на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство,

конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»; б) Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. За кожною із реформ визначено ключові напрямки та цілі. Ідентифіковані напрями трансформації системи державного регулювання системи охорони здоров'я. З'ясовано фактори, що стримують реформування системи охорони здоров'я в країні: 1) не готовність центральних органів виконавчої влади та місцевих органів влади до реформування системи охорони здоров'я, в результаті чого виникла несприйняття реформи керівництвом різного рівня; 2) не врахування при розробці реформи, як національних особливостей системи охорони здоров'я, так я властивостей соціально-економічних системи, поведінки населення в умовах трансформаційних змін; 3) фрагментарність реалізації реформи та не врахування соціального протистояння, що в більшій мірі обумовлено низьким рівнем інформаційної складової політики реформ; 4) відсутність політичної стабільності в державі та протистояння між правлячими політичними елітами.

5. Запропоновано напрями розвитку державного управління системою охорони здоров'я за наступними напрямами: 1) розвиток інвестиційно-інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я; 2) трансформація фінансування системи охорони здоров'я; 3) трансформація управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я. За кожним напрямом визначено проблеми, які має вирішити державне управління для забезпечення якості медичної послуги. Вирішення зазначених проблем дозволить підвищити рівень наступних видів потенціалу закладів охорони здоров'я: фінансовий, інноваційний та кадровий. Зазначенні складові потенціалу є основою забезпечення якості надання медичних послуг. У свою чергу від рівня якості надання медичних послуг у країнах залежить рівень громадського здоров'я. Особливо важливим сьогодні є питання трансформації громадського здоров'я, адже його рівень є визначальним фактором розвитку національної економіки, людського капіталу та налагодження соціального консенсусу в суспільстві.

РОЗДІЛ 3

СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

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

Важливе значення при дослідженні реформування системи державного управління будь-якої сфери є оцінка результатів таких реформ. Особливо важливою реформою за останні п'ять років стала медична, яка концептуально трансформувала систему охорони здоров'я України. На сьогоднішній день питання якості медичних послуг залишається найбільш актуальною у системі розвитку державного управління, а тому оцінка наслідків проведеної реформи є важливою, як з позиції наукового дослідження, так і з позиції формування нових державно-управлінських рішень.

Питання реформування системи охорони здоров'я України піднімалося у працях наступних вчених: Ю.І. Войтович, В.В. Лазоришинець, Г.О. Слабкий, Н.П. Ярош, Л.А. Чепелевська, М.В. Шевченко, А.С. Кутуза, О.М. Ціборовський, С.В. Істомин, Н.Ю. Кондратюк, Н.Т. Кучеренко, Г.М. Тяпкін, В. Черненко, П. Аарва, В. Рудий, У. Маттіла, М. Карі, Е. Ліннакко, В. Лехан, А. Гук, В. Галайда, С.М. Вовк та інші. Зазначенні вчені, більшою мірою, оцінювали змістовні зміни реформи, проте їх наслідки в частині медичних послуг та якості медицини в цілому не розглядалися.

Необхідність постійного вдосконалення системи охорони здоров'я обумовлено його значенням та роллю у соціально-економічних відносинах. «Основною метою охорони здоров'я країни і її регіонів є підтримка і зміцнення здоров'я населення відповідно до основної ідеї виходу держави з кризи – «зберегти в країні найцінніше, тобто людські ресурси». Здоров'я в його широкому, системному сприйнятті є одночасно біологічною, психологічною, фізіологічною, економічною і соціальною категорією. З економічної та соціальної точок зору здоров'я розглядається як здатність людини (людей, суспільства) здійснювати доцільну, результативну та ефективну діяльність в мінливих умовах зовнішнього середовища і в рамках сукупності певних видів діяльності, до яких організм здатний адаптуватися» [41]. Відповідно, оцінка стану

реформування системи охорони здоров'я України дозволить виявити їх вплив на соціально-економічну систему. Крім того, оцінка наслідків та результатів реформ є основою формування зворотного зв'язку у системі державного управління системою охороною здоров'я.

Значні трансформації у системі охорони здоров'я розпочалися із прийняттям Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. Відповідно до зазначеного документу було розроблено державну політику реформування та впроваджено сукупність трансформаційних змін, які на сьогоднішній день мають певні результати та наслідки. Результати та наслідки оцінимо у наступні послідовності: оцінка фінансового забезпечення програми медичних гарантій; аналіз результатів реформування первинної медичної допомоги; оцінка планових показників фінансових гарантів вторинної медичної допомоги; оцінка результатів програми «Доступні ліки». Саме у зазначених напрямках відбулися найбільші трансформаційні зміни та отримано вагомні результати. Відповідно, нами здійснено оцінку результатів за зазначеними напрямками.

Оцінку сучасного стану результатів та наслідків реформування системи охорони здоров'я здійснимо шляхом застосування методів статистичного спостереження. Інформаційною базою аналізу стали: офіційні дані Міністерства охорони здоров'я України, Звіти Національної служби здоров'я України та дані Законів України про державний бюджет України за досліджувані роки, аналітичні огляди Світового банку та світової організації охорони здоров'я.

Медичні гарантії, що були заплановані на 2020 р.

Для оцінки результатів впровадження медичних гарантів в Україні здійснимо оцінку їх планових показників на 2020 р. (табл. 3.1)

Провівши оцінку планових показників, бачимо, що серед всіх гарантій заданими Національною службою охорони здоров'я України найбільшу частку займає вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога, яка складає 60,91%, на другому місці за часткою знаходиться первинна медична допомога, якій належить 26,58%, наступною за розміром частки гарантій є екстрена медична допомога, яка становить 6,47%, четвертою за часткою гарантій зафіксовано реімбурсація лікарських засобів, яка становить 4,29%, медична реабілітація складає лише 0,61% частки питомої ваги, наступний вид гарантій резерв, техзабезпечення у масовій частці становить лише

0,73%, на останньому місці зосереджена паліативна медична допомога, яка у загальній структурі складає лише 0,41% питомою ваги.

Таблиця 3.1

Заплановані медичні гарантії на 2020 р. заданими Національної служби здоров'я України

Вид гарантії	Сума, млн. грн.	ПВ, %
Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога	43852	60,91
Первинна медична допомога	19137	26,58
Екстрена медична допомога	4657	6,47
Медична реабілітація	440	0,61
Паліативна медична допомога	297	0,41
Реімбурсація лікарських засобів	3090	4,29
Резерв, техзабезпечення	527	0,73
Разом	72000	100

Оцінка результатів реформування первинної медичної допомоги

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

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

В таблиці 3.2 представлено співвідношення укладених декларацій про надання первинної медичної допомоги до населення регіонів в розрізі областей, станом на початок 2020 р..

Станом на 1 січня 2020 року кількість укладених декларацій за областями мають наступну послідовність:

- Вінницька (83 %), Волинська (81 %), Житомирська (80 %), Київська (83 %), Львівська (81 %), Полтавська (80 %), Рівненська (80 %), Сумська (81 %) та Хмельницька (81 %) області займають найбільшу частку серед

*Розділ 3. Сучасний стан державного управління системою
охорони здоров'я в Україні*

всіх областей, яка складає понад 80% за укладеними деклараціями з населенням та за кількістю поданих декларацій закладами ПМД;

Таблиця 3.2

**Кількісний аналіз укладених декларацій станом на 1 січня
2020 р.**

Область	Населення	Кількість декларацій		Співвідношення ¹ , у %
		Загальна	Поданих закладами ПМД ²	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Вінницька	1560394	1300182	1300182	83
Волинська	1035330	836990	836477	81
Дніпропетровська	3206477	2424089	2423710	76
Донецька	4165901	1346728	1346465	32
Житомирська	1220193	972876	972306	80
Закарпатська	1256802	934844	934556	74
Запорізька	1705836	1292605	1292456	76
Івано-Франківська	1373252	1075586	1068977	78
Київська	1767940	1464527	1464516	83
Кіровоградська	945549	682741	682741	72
Луганська	2151833	467914	467711	22
Львівська	2522021	2053448	2050422	81
м. Київ	2950819	1948791	1947859	66
Миколаївська	1131096	796668	796668	70
Одеська	2380308	1572125	1569543	66
Полтавська	1400439	1114384	1114381	80
Рівненська	1157301	924436	924243	80
Сумська	1081418	872520	872501	81
Тернопільська	1045879	818870	818584	78
Харківська	2675598	2049134	2049110	77
Херсонська	1037640	764868	763889	74
Хмельницька	1264705	1023824	1023821	81
Черкаська	1206351	930636	930636	77
Чернівецька	904374	682533	682293	75
Чернігівська	1005745	790741	790652	79
Україна	42153201	29142060	29124699	69

¹ Укладених декларацій до населення

² Кількість декларацій поданих закладам ПМД, які мають договір з НСЗУ

Розділ 3. Сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я в Україні

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

- місто Київ (66 %) та Одеська (66 %) область займає понад 60% загальної частки серед всіх областей за укладеними деклараціями з населенням та за кількістю поданих декларацій закладами ПМД;

- Донецька (32 %) та Луганська (22 %) області займають найменшу частку близько 30% серед всіх областей за укладеними деклараціями з населенням та за кількістю поданих декларацій закладами ПМД через нестабільну ситуацію в регіоні, яка пов'язана з військовими діями, що відбуваються на їх території.

В цілому по Україні було укладено 29142060 декларацій, що складає 69 % від населення.

Аналітична оцінка укладених декларацій за групами населення представлена в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Розподіл кількості укладених угод за складом населення станом на 1 січня 2020 р.

Регіон	За статтю, у %		За віковими групами				
	Чоловіки	Жінки	0-5	6-17	18-39	40-64	65 -
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8
Вінницька	45	55	6,4	14,4	26,0	34,6	18,7
Волинська	46	54	8,1	18,0	27,8	32,3	13,8
Дніпропетровська	43	57	6,4	14,6	25,5	34,6	18,9
Донецька	43	57	5,8	13,7	22,9	36,2	21,4
Житомирська	44	56	6,9	15,5	25,0	34,8	17,8
Закарпатська	46	54	8,4	18,2	28,6	31,2	13,5
Запорізька	43	57	6,2	14,3	23,4	35,7	20,4
Івано-Франківська	46	54	7,5	16,5	27,7	32,5	15,8
Київська	44	56	7,7	15,3	26,4	33,9	16,7
Кіровоградська	44	56	6,5	15,4	22,8	35,4	20,0
Луганська	43	57	5,6	13,1	21,3	37,7	22,3
Львівська	46	54	7,2	15,3	28,6	32,9	15,9
м. Київ	43	57	8,1	15,5	26,9	32,0	17,5

Розділ 3. Сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я в Україні

Продовження табл. 3.3

1	2	3	4	5	6	7	8
Миколаївська	44	56	7,0	15,4	24,3	34,5	18,8
Одеська	44	56	8,5	17,5	24,5	32,0	17,5
Полтавська	44	56	6,0	13,4	24,1	36,5	20,0
Рівненська	46	54	8,5	18,5	27,5	32,0	13,5
Сумська	46	54	5,5	12,7	24,2	37,5	20,2
Тернопільська	46	54	6,6	15,3	26,6	34,0	17,5
Харківська	43	57	6,0	13,6	26,0	34,8	19,6
Херсонська	44	56	6,8	15,5	32,9	34,8	19,0
Хмельницька	45	55	6,7	14,8	24,7	35,1	18,7
Черкаська	44	56	6,0	13,5	22,9	36,4	21,2
Чернівецька	46	54	8,0	16,6	27,6	31,4	16,4
Чернігівська	43	57	5,6	13,3	23,3	36,7	21,1
Україна	44	56	6,9	15,1	25,6	34,2	18,2

Проведена нами аналітична оцінка укладених угод за складом населення станом на 1 січня 2020 року, надає наступну послідовність розподілу за статтю по областях:

- у Вінницькій та Хмельницькій областях, загальна частка укладених декларацій з чоловіками становить 45% , з жінками – 55% питомої ваги всіх угод;

- у Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Сумській, Тернопільській та Чернівецькій областях, загальна частка укладених декларацій з чоловіками становить 46%, з жінками – 54% питомої ваги всіх угод;

- у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Луганській, Харківській та Чернігівській областях та місті Київ, загальна частка укладених декларацій з чоловіками становить 43% , з жінками – 57% питомої ваги всіх угод;

- у Житомирській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Херсонській, Черкаській областях загальна частка укладених декларацій з чоловіками становить 44% , з жінками – 56% питомої ваги всіх угод.

За віковими групами по областях зосереджена наступна послідовність:

- у Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, Запорізькій, Кіровоградській, Полтавській, Тернопільській, Харківській, Херсонській,

Хмельницькій, Черкаській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від народження до 5 років складає понад 6%;

- у Волинській, Закарпатській, Одеській, Рівненській, Чернівецькій областях та місті Київ загальна частка укладених декларацій з населенням від народження до 5 років понад 8%;

- у Донецькій, Луганській, Сумській та Чернігівській областях загальна частка укладених декларацій з населенням від народження до 5 років складає понад 5%;

- у Івано-Франківській, Київській, Львівська та Миколаївській областях укладено загальна частка укладених декларацій з населенням від народження до 5 років складає понад 7%;

- у Вінницькій, Дніпропетровській, Запорізькій та Хмельницькій областях загальна частка укладених декларацій з населенням від 6 до 17 років становить понад 14%;

- у Волинській, Закарпатській та Рівненській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 6 до 17 років становить понад 18%;

- у Донецькій, Луганській, Полтавській, Харківській, Черкаській та Чернігівська областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 6 до 17 років становить понад 13%;

- у Житомирській, Київській, Львівській, Миколаївській, Тернопільській, Херсонській областях та місті Київ загальна частка укладених декларацій з населенням від 6 до 17 років становить понад 15%;

- у Івано-Франківській та Чернівецькій областях загальна частка укладених декларацій з населенням від 6 до 17 років становить понад 16%;

- у Одеській області загальна частка укладених декларацій з населенням від 6 до 17 років становить понад 17%;

- у Сумській області загальна частка укладених декларацій з населенням від 6 до 17 років становить понад 12%;

- у Вінницькій, Київській, Тернопільській, Харківській областях та місті Київ загальна частка укладених декларацій з населенням від 18 до 39 років склала понад 26%;

- у Волинській, Івано-Франківській, Рівненській та Чернівецькій областях загальна частка укладених декларацій з населенням від 18 до 39 років склала понад 27%;

- у Дніпропетровській та Житомирській областях загальна частка укладених декларацій з населенням від 18 до 39 років склала понад 25%;

Розділ 3. Сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я в Україні

- у Донецькій, Кіровоградській та Черкаській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 18 до 39 років склала понад 22%;
- у Закарпатській та Львівській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 18 до 39 років склала понад 28%;
- у Запорізькій та Чернігівській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 18 до 39 років склала понад 23%;
- у Луганській області загальна частка укладених декларацій з населенням від 18 до 39 років склала понад 21%;
- у Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській та Хмельницькій областях загальна частка укладених декларацій з населенням від 18 до 39 років склала понад 24%;
- у Херсонській області загальна частка укладених декларацій з населенням від 18 до 39 років склала понад 32%;
- у Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, Миколаївській, Тернопільській, Харківській та Херсонській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 40 до 64 років понад 34%;
- у Волинській, Івано-Франківській, Львівській, Одеській, Рівненській областях та місті Київ загальна частка укладених декларацій з населенням від 40 до 64 років понад 32%;
- у Донецькій, Полтавській, Черкаській та Чернігівській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 40 до 64 років понад 36%;
- у Закарпатській та Чернівецькій областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 40 до 64 років понад 31%;
- у Запорізькій, Кіровоградській, Хмельницька областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 40 до 64 років понад 35%;
- у Луганській та Сумській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 40 до 64 років понад 37%;
- у Вінницькій, Дніпропетровській, Миколаївській та Хмельницькій областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 65 років склала понад 18%;
- у Волинській, Закарпатській та Рівненській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 65 років склала понад 13%;
- у Донецькій, Черкаській та Чернігівській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 65 років склала понад 21%;

Розділ 3. Сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я в Україні

- у Житомирській, Одеській, Тернопільській областях та місті Київ, загальна частка укладених декларацій з населенням від 65 років склала понад 17%;

- у Запорізькій, Кіровоградській, Полтавській та Сумській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 65 років склала понад 20%;

- у Івано-Франківській та Львівській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 65 років склала понад 15%;

- у Київській та Чернівецькій областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 65 років склала понад 16%;

- у Луганській області загальна частка укладених декларацій з населенням від 65 років склала понад 22%;

- у Харківській та Херсонській областях, загальна частка укладених декларацій з населенням від 65 років склала понад 19%.

Кількість надавачів первинної медичної допомоги, які уклали договір з Національною службою здоров'я України, представлено в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Розподіл надавачів первинної медичної допомоги, які уклали договір з НСЗУ за регіонами (2019 р.)

Область	Комунальні		Приватні		ФОП		Разом
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8
Вінницька	54	83,08	5	7,69	6	9,23	65
Волинська	36	100,00	3	8,33	5	13,89	36
Дніпропетровська	67	67,00	19	19,00	14	14,00	100
Донецька	41	100,00	5	12,20	3	7,32	41
Житомирська	45	78,95	5	8,77	7	12,28	57
Закарпатська	21	43,75	8	16,67	19	39,58	48
Запорізька	50	72,46	10	14,49	9	13,04	69
Івано-Франківська	47	65,28	9	12,50	16	22,22	72
Київська	41	66,13	10	16,13	11	17,74	62
Кіровоградська	27	84,38	1	3,13	4	12,50	32
Луганська	18	90,00	1	5,00	1	5,00	20
Львівська	90	75,00	7	5,83	23	19,17	120
м. Київ	28	38,89	30	41,67	14	19,44	72
Миколаївська	38	88,37	1	2,33	4	9,30	43
Одеська	58	51,33	13	11,50	42	37,17	113

*Розділ 3. Сучасний стан державного управління системою
охорони здоров'я в Україні*

Продовження табл. 3.4.

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
Полтавська	39	76,47	5	9,80	7	13,73	51
Рівненська	42	73,68	5	8,77	10	17,54	57
Сумська	48	68,57	13	18,57	9	12,86	70
Тернопільська	36	78,26	0	0,00	10	21,74	46
Харківська	72	81,82	5	5,68	11	12,50	88
Херсонська	30	81,08	3	8,11	4	10,81	37
Хмельницька	33	70,21	6	12,77	8	17,02	47
Черкаська	34	89,47	1	2,63	3	7,89	38
Чернівецька	37	90,24	1	2,44	3	7,32	41
Чернігівська	34	82,93	2	4,88	5	12,20	41
Україна	1050	71,62	168	11,46	248	16,92	1466

Згідно табл. 3.4 бачимо, що масову частку серед комунальних надавачів первинної медичної допомоги, які уклали договір з НСЗУ розподілено наступним чином:

- сума масової частки понад 30% зосереджена у місті Київ;
- сума масової частки понад 40% спостерігається у Закарпатській області;
- сума масової частки понад 50% зосереджена у Одеській області;
- сума масової частки понад 60% спостерігається у Дніпропетровській, Івано-Франківській, Київській, Сумській областях;
- сума масової частки понад 70% зосереджена у Житомирській, Запорізькій, Львівській, Полтавській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій областях;
- сума масової частки понад 80% притаманна для Вінницької, Волинської, Донецької, Кіровоградської, Миколаївської, Харківської, Херсонської, Черкаської областей;
- сума масової частки понад 90% спостерігається у Луганській та Чернівецькій областях.

Масова частка серед приватних надавачів первинної медичної допомоги, які уклали договір з НСЗУ має наступну структуру: сума масової частки понад 7% спостерігається у Вінницькій області, понад 6% у Волинській області; понад 19% у Дніпропетровській області; понад 10% у Донецькій області; понад 11% у Одеській області; понад 12% у Івано-Франківській та Хмельницькій областях; понад 16% у Закарпатській та Київській області; понад 14% у Запорізькій області; понад 3% у Кіровоградській області; понад 5% у Луганській, Львівській та Харківській

областях; понад 8% Житомирській, Рівненській, Херсонській областях; понад 9% у Полтавській області; понад 40% у місті Київ; понад 2% у Миколаївській, Черкаській та Чернівецькій областях; понад 4% у Чернігівській області; понад 18% у Сумській області.

Масову частку серед ФОП надавачів первинної медичної допомоги, які уклали договір з НСЗУ розподілено наступним чином: сума масової частки понад 9% зосереджена у Вінницькій та Миколаївській областях; понад 11% у Волинській області; понад 14% у Дніпропетровській області; понад 6% у Донецькій області; понад 12% у Житомирській області; понад 39% у Закарпатській області; понад 13% у Запорізькій та Полтавській областях; понад 22% у Івано-Франківській області; понад 17% у Київській, Рівненській та Хмельницькій областях; понад 12% у Кіровоградській, Харківській та Чернігівській областях; понад 5% у Луганській області; понад 19% у Львівській області та м. Київ; понад 9% у Миколаївській області; понад 37% у Одеській області; понад 13% у Полтавській області; понад 17% у Рівненській та Хмельницькій областях; понад 21% у Тернопільській області; понад 10% у Херсонській області; понад 7% у Черкаській та Чернівецькій областях.

У таблиці 3.5 представлено кількісний аналіз кадрового забезпечення первинної медичної допомоги у розрізі регіонів.

У наведених даних в табл. 3.5. щодо спеціальності лікарів, що надають першу медичну допомогу, можна виділити найбільшу питому вагу оптимального обсягу послуг по регіонах наступним чином:

1. Серед педіатрів:

- понад 30% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зосереджено у Вінницькій, Житомирській, Луганській, Хмельницькій областях та м. Київ;

- понад 40% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зосереджено у Волинській, Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Херсонській, Чернівецькій та Чернігівській областях;

- понад 50% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зосереджено у Донецькій, Одеській, Рівненській та Черкаській областях;

- понад 20% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зосереджено у Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Тернопільській та Харківській областях.

Таблиця 3.5
Спеціальності лікарів, що надають первинну медичну допомогу (2019 р.)

Область	Целяг		Сімейний лікар		Терапевт	
	К-ть	% ООП	К-ть	% ООП	К-ть	% ООП
Вінницька	43	32,6	818	316	44	15,9
Волинська	124	49,2	457	225	44	15,9
Дніпропетровська	182	41,2	1374	632	179	33,0
Донецька	180	53,3	547	311	219	76
Житомирська	196	37,2	558	166	44	8
Закарпатська	42	26,2	692	158	36	5
Запорізька	212	45,8	732	253	90	34
Івано-Франківська	216	22,2	530	128	271	36
Київська	225	45,8	691	346	156	65
Кіровоградська	129	47,3	279	146	95	31
Луганська	67	38,8	159	75	109	46
Львівська	289	25,6	1192	367	250	32
м. Київ	540	35,2	912	368	244	51
Миколаївська	91	47,3	403	216	73	20
Одеська	282	50,	979	304	54	9
Полтавська	192	47,9	633	252	55	11
Рівненська	142	51,4	492	226	84	10
Сумська	131	41,2	381	131	170	36
Тернопільська	118	24,6	521	167	33	1
Харківська	310	29,0	743	306	478	173
Херсонська	152	46,1	263	149	152	72
Хмельницька	188	31,9	541	192	108	33
Черкаська	166	50,6	448	237	77	18
Чернівецька	51	41,2	432	89	114	4
Чернігівська	130	43,1	339	188	98	40
Україна	4393	39,7	15092	5938	3233	853

2. Серед сімейних лікарів:

- понад 30% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню сконцентровано у Вінницькій, Запорізькій, Львівській, Одеській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій областях;

- понад 40% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню сконцентровано у Волинській, Дніпропетровській, Луганській, м. Київ, Рівненській та Харківській областях;

- понад 50% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню сконцентровано у Донецькій, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Херсонській та Черкаській областях;

- понад 20% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню сконцентровано у Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській та Чернівецькій областях;

3. Серед терапевтів:

- понад 15% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зафіксовано у Вінницькій та Волинській областях;

- понад 30% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зафіксовано у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Харківській та Хмельницькій областях;

- понад 18% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зафіксовано у Житомирській області;

- понад 13% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зафіксовано у Закарпатській та Івано-Франківській областях;

- понад 40% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зафіксовано у Київській, Луганській, Херсонській та Чернігівській областях;

- понад 12% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зафіксовано у Львівській області;

- понад 20% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зафіксовано у м. Київ, Миколаївській, Полтавській, Сумській та Черкаській областях;

- понад 16% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зафіксовано у Одеській області;

- понад 11% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зафіксовано у Рівненській області;

Розділ 3. Сучасний стан державного управління системою
охорони здоров'я в Україні

- понад 3% масової частки оптимального обсягу послуг наданих населенню зафіксовано у Тернопільській та Чернівецькій областях.

Стан виплат за надання першої медичної допомоги населенню різними надавачами медичної послуги представлено в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

**Стан виплат надавачам медичних послуг Національною
службою здоров'я України у розрізі регіонів у 2019 р. (у грн.)**

Область	ФОП	Приватні	Комунальні	Разом
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Вінницька	1521275	455920	750651412	752628608
<i>Питома вага</i>	<i>0,20</i>	<i>0,06</i>	<i>99,74</i>	<i>100</i>
Волинська	495893	48772	481994300	482538965
<i>Питома вага</i>	<i>0,10</i>	<i>0,01</i>	<i>99,89</i>	<i>100</i>
Дніпропетровська	5564020	13549431	1346928059	1366041510
<i>Питома вага</i>	<i>0,41</i>	<i>0,99</i>	<i>98,60</i>	<i>100</i>
Донецька	708063	746850	781032296	782487209
<i>Питома вага</i>	<i>0,09</i>	<i>0,10</i>	<i>99,81</i>	<i>100</i>
Житомирська	1663728	2295299	561542789	565501817
<i>Питома вага</i>	<i>0,29</i>	<i>0,41</i>	<i>99,30</i>	<i>100</i>
Закарпатська	9025860	2531814	550289869	561847543
<i>Питома вага</i>	<i>1,61</i>	<i>0,45</i>	<i>97,94</i>	<i>100</i>
Запорізька	1632255	10168969	733727065	745528289
<i>Питома вага</i>	<i>0,22</i>	<i>1,36</i>	<i>98,42</i>	<i>100</i>
Івано-Франківська	7697531	1164606	634370040	643232177
<i>Питома вага</i>	<i>1,20</i>	<i>0,18</i>	<i>98,62</i>	<i>100</i>
Київська	3177874	11615976	804862209	819656059
<i>Питома вага</i>	<i>0,39</i>	<i>1,42</i>	<i>98,20</i>	<i>100</i>
Кіровоградська	3241262	19493	392519968	395780723
<i>Питома вага</i>	<i>0,82</i>	<i>0,00</i>	<i>99,18</i>	<i>100</i>
Луганська	355140	309585	263565731	264230457
<i>Питома вага</i>	<i>0,13</i>	<i>0,12</i>	<i>99,75</i>	<i>100</i>
Львівська	11803794	35461541	1138594461	1153944409
<i>Питома вага</i>	<i>1,02</i>	<i>3,07</i>	<i>98,67</i>	<i>100</i>
м. Київ	6578020	7677469	1126334564	1140590054
<i>Питома вага</i>	<i>0,58</i>	<i>0,67</i>	<i>98,75</i>	<i>100</i>
Миколаївська	2175183	0	451848222	454023406
<i>Питома вага</i>	<i>0,48</i>	<i>0,00</i>	<i>99,52</i>	<i>100</i>
Одеська	4637253	7974934	901106250	913718437
<i>Питома вага</i>	<i>0,51</i>	<i>0,87</i>	<i>98,62</i>	<i>100</i>

Розділ 3. Сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я в Україні

Продовження табл. 3.6

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Полтавська	1301063	3555700	632803511	637660275
<i>Питома вага</i>	<i>0,20</i>	<i>0,56</i>	<i>99,24</i>	<i>100</i>
Рівненська	3737783	2380339	521418297	527536420
<i>Питома вага</i>	<i>0,71</i>	<i>0,45</i>	<i>98,84</i>	<i>100</i>
Сумська	1285370	9960252	485026318	496271940
<i>Питома вага</i>	<i>0,26</i>	<i>2,01</i>	<i>97,73</i>	<i>100</i>
Тернопільська	3294782	0	461486412	464781195
<i>Питома вага</i>	<i>0,71</i>	<i>0,00</i>	<i>99,29</i>	<i>100</i>
Харківська	2929991	748892	1161468926	1165147810
<i>Питома вага</i>	<i>0,25</i>	<i>0,06</i>	<i>99,68</i>	<i>100</i>
Херсонська	887550	1160665	434676019	436724234
<i>Питома вага</i>	<i>0,20</i>	<i>0,27</i>	<i>99,53</i>	<i>100</i>
Хмельницька	1805927	4029341	586378437	592213705
<i>Питома вага</i>	<i>0,30</i>	<i>0,68</i>	<i>99,01</i>	<i>100</i>
Черкаська	771068	144263	534130421	535045752
<i>Питома вага</i>	<i>0,14</i>	<i>0,03</i>	<i>99,83</i>	<i>100</i>
Чернівецька	86481	5444778	396713454	402244713
<i>Питома вага</i>	<i>0,02</i>	<i>1,35</i>	<i>98,62</i>	<i>100</i>
Чернігівська	2086074	259321	448349469	450694864
<i>Питома вага</i>	<i>0,46</i>	<i>0,06</i>	<i>99,48</i>	<i>100</i>
Україна	78463241	89788825	16581818501	16750070568
<i>Питома вага</i>	<i>0,47</i>	<i>0,54</i>	<i>99,00</i>	<i>100</i>

Згідно табл. 3.6., можемо констатувати, що найбільшу питому вагу серед виплат надавачам медичних послуг займають виплати комунальним надавачам, а саме понад 90% питомої ваги належать всім регіонам, що досліджуються, наступною за масовою часткою займають виплати приватним надавачам та становлять до 1% питомої ваги – Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Закарпатська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Луганська, м. Київ, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська та Чернігівська області, понад 1% питомої ваги – Чернівецька, Київська та Запорізька області; понад 2% питомої ваги – Сумська область; понад 3% питомої ваги – Львівська область.

Останні за кількісною ознакою займають виплати ФОП надавачам медичних послуг та складають до 1% питомої ваги наступні

регіони – Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Запорізька, Київська, Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська, Чернівецька, Чернігівська області та м. Київ, понад 1% питомої ваги виплат ФОП надавачам займають наступні регіони – Закарпатська, Івано-Франківська та Львівська області.

Динаміка виплат надавачам медичних послуг Національною службою здоров'я України у 2019 р. (у грн.), представлена в табл. 3.7.

Здійснивши аналіз динаміки виплат надавачам медичних послуг, можна констатувати, що комунальні надані послуги у другому кварталі зменшилися на 96661523 тис.грн. порівняно з першим кварталом, у третьому кварталі спостерігається збільшення значення наданих комунальних послуг на 115947122 тис.грн., а на кінець року спостерігається збільшення значення на 66106278 тис.грн. порівняно з третім кварталом. Щодо наданих приватних послуг спостерігається у другому кварталі збільшення на 7142269 тис.грн, у третьому кварталі також відбулося збільшення розміру наданих приватних послуг на 6857284 тис.грн порівняно з попереднім кварталом, на кінець року зафіксовано збільшення показника на 7579502 тис.грн порівняно з третім кварталом.

Тенденція до збільшення зосереджена наданими послугами ФОП протягом всього року, адже в другому кварталі виявлено збільшення на 4982622 тис.грн. порівняно з першим кварталом, у третьому кварталі відбулося збільшення на 4584892 тис.грн, а на кінець року збільшення склало на 7740200 тис.грн більше ніж у попередньому кварталі.

Таблиця 3.7
 Динаміка виплат надавачам медичних послуг Національною службою здоров'я України у 2019 р. (у грн.)

Надавачі послуг	I квартал		II квартал		III квартал		IV квартал		Разом
	Сума	Відх.	Сума	Відх.	Сума	Відх.	Сума	Відх.	
Коштовальні	4143450637	-966661523	4046789114	-966661523	4162736236	115947122	4228842514	66106278	16581818501
Літальна вага	99,44	174,34	99,13	174,34	98,88	91,02	98,55	81,19	99,00
Приватні	11766987	7142269	18909256	7142269	25766540	6857284	33346042	7579502	89788825
Літальна вага	0,28	-8,45	0,46	-8,45	0,61	5,38	0,78	9,31	0,54
ФОП	11651348	4982622	16633970	4982622	21218862	4584892	28959062	7740200	78463241
Літальна вага	0,28	-5,89	0,41	-5,89	0,50	3,60	0,67	9,51	0,47
Разом	4166868972	-84536633	4082332339	-84536633	4209721638	127389299	4291147619	81425981	16750070568

Оцінка планових показників фінансових гарантій вторинної медичної допомоги представлено в табл. 3.8.

Таблиця 3.8

Заплановані медичні гарантії на 2020 р. заданими Національної служби здоров'я України (вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога)

Вид гарантій	Сума, млн. грн.	ПВ
Стационарна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям	25208	57,48
Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу	6689	15,25
Допомога в пріоритетних станах в стаціонарі	3876	8,84
Діагностика та спеціальне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей	2421	5,52
Психіатрична допомога дорослим та дітям	1782	4,06
Лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах	1685	3,84
Інструментальні дослідження для ранньої діагностики новоутворень	978	2,23
Лікування дорослих та дітей із туберкульозом	628	1,43
Пілотний проєкт зміни системи фінансування закладів СМД в Полтавській області (І кв. 2020 року)	348	0,79
Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини	211	0,48
Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії	26	0,06
Разом	43852	100

Отже, серед запланованих медичних гарантій на 2020 рік заданими Національною службою здоров'я України, найбільшу питому вагу займають гарантії на Стационарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу дорослим та дітям та складають 57,48% загальної структури, наступною за розміром питомої ваги виступає амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна

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

Оцінка результатів програми «Доступні ліки».

«Програма реімбурсації «Доступні ліки» працює з 1 квітня 2017 року. Завдяки їй пацієнти, що мають серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму, можуть отримати потрібні їм ліки за рецептом свого лікаря первинки в аптеці безоплатно або з незначною доплатою. З 1 квітня 2019 року програма реімбурсації перейшла у адміністрування Національної служби здоров'я України і стала працювати за новими правилами: відпуск лікарських засобів відбувається лише за електронними рецептами. Це дозволяє людині отримати потрібні їй ліки у будь-якій аптеці, яка бере участь у програмі, незалежно від місця виписування рецепта. Програма з бюджетоорієнтованої стала пацієнтоорієнтованою. Завдяки тому що єдиним платником за програмою стала НСЗУ, вдалося уникнути проблем з фінансуванням, які були раніше» [79, с. 26].

Кількісний аналіз виписаних рецептів у розрізі регіонів представлено в табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Виписані рецепти за програмою «доступні ліки» у розрізі регіонів (2019 р.)

Регіон	Кількість виписаних е- рецептів		Кількість пацієнтів, яким відпущено ліки за е-рецептами		Середня вартість виписаного рецепта, грн	Кількість договорів про реімбурсацію	
	К-ть	ПВ	К-ть	ПВ		К-ть	ПВ
Вінницька	545313	5,00	78471	4,42	63	63	5,39
Волинська	248431	2,28	49291	2,78	81	16	1,37
Дніпропетровська	1255488	11,52	157931	8,90	64	70	5,99
Донецька	563319	5,17	94234	5,31	86	37	3,17
Житомирська	458473	4,21	72353	4,08	61	47	4,02
Закарпатська	285865	2,62	49283	2,78	78	42	3,59
Запорізька	549997	5,05	94075	5,30	86	43	3,68
Івано- Франківська	286167	2,63	57014	3,21	80	52	4,45
Київська	403167	3,70	72587	4,09	71	64	5,47
Кіровоградська	263765	2,42	40344	2,27	70	25	2,14
Луганська	196051	1,80	38768	2,18	75	9	0,77
Львівська	682712	6,26	118066	6,65	67	93	7,96
м. Київ	579436	5,32	107216	6,04	90	79	6,76
Миколаївська	374802	3,44	54040	3,04	68	36	3,08
Одеська	450731	4,14	75937	4,28	85	57	4,88
Полтавська	447627	4,11	76876	4,33	68	25	2,14
Рівненська	268074	2,46	54335	3,06	75	36	3,08
Сумська	333274	3,06	53629	3,02	71	30	2,57
Тернопільська	323959	2,97	50532	2,85	58	37	3,17
Харківська	855606	7,85	125228	7,05	67	88	7,53
Херсонська	267133	2,45	44323	2,50	76	49	4,19
Хмельницька	404878	3,71	71995	4,06	64	76	6,50
Черкаська	345368	3,17	65205	3,67	75	45	3,85
Чернівецька	208099	1,91	35008	1,97	84	35	2,99
Чернігівська	302165	2,77	47114	2,65	68	15	1,28
Разом	10899900	100	1775191	100	73	1169	100

Отже, за кількістю виписаних рецептів та за кількістю пацієнтів, яким було відпущено ліки за е-рецептами серед досліджених регіонів,

першість належить Дніпропетровській області, адже кількість виписаних е-рецептів становила більше як 1 млн.шт. та їх питома вага у загальній структурі склала понад 11% (11,52), кількість обслуговуваних пацієнтів, яким було реалізовано ліки за е-рецептами сягала близько 157931 тис.осіб та їх питома вага дорівнювала понад 8%, наступною за кількість виписаних рецептів та реалізованих ліків за е-рецептами пацієнтам є Харківська область, адже кількість виписаних рецептів склала близько 855606 тис.шт. та відпущено пацієнтів більше як 125228 тис.осіб, їх питома вага становила понад 7% відповідно. Зокрема, у Донецькій та Запорізькій областях кількість виписаних рецептів становила більше як 500 тис.штук та обслуговано понад 90 тис.осіб, їх масова частка становила понад 5% у загальній структурі. У Волинській, Закарпатській, Миколаївській, Сумській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Рівненській, Тернопільській, Херсонській та Чернігівській областях кількість виписаних е-рецептів склала понад 300 тис. рецептів та обслуговано більше як 40 тисяч пацієнтів, їх питома вага склала більше як 2% у загальній структурі відповідно. У Житомирській, Одеській, Київській, Хмельницькій та Полтавській областях кількість виписаних рецептів більше ніж 400 тисяч штук та відпущено пацієнтів за е-рецептами понад 70 тисяч осіб, при цьому їх питома вага становила понад 4% у загальній структурі. У Львівській області кількість виписаних е-рецептів дорівнювала близько 682712 тисяч штук та відпущено понад 118066 тисяч пацієнтів. Найменшу кількість виписаних рецептів, понад 200 тисяч та обслуговано понад 30 тисяч пацієнтів зафіксовано у Луганській та Чернівецькій областях та їх питома вага склала понад 1% у загальній структурі.

За найбільшою кількістю договорів про реімбурсацію займає Львівська та Харківська області, адже кількість договорів перевищує 80 штук та питома вага даних договорів у загальній структурі складає понад 7%. У Вінницькій, Дніпропетровській, Київській областях кількість договорів про реімбурсацію перевищує понад 70 штук, масова частка у загальній структурі складає більше як 5%. У Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Черкаська та Чернівецькій областях кількість про реімбурсацію склала понад 30 штук та їх масова частка дорівнювала більше як 3% питомої ваги. У Житомирській, Івано-Франківській, Одеській, Херсонській областях кількість договорів про реімбурсацію дорівнювала понад 60 штук, їх

масова частка становила більше як 4%. У Волинській та Чернігівська області кількість договорів складала лише 1% питомої ваги у загальній структурі. У Кіровоградській, Полтавській та Сумській областях зафіксовано кількість договорів про реімбурсацію понад 30 штук. Масова частка їх дорівнювала понад 2%. Масова частка менше одного відсотка зосереджена у Луганській області, адже кількість договорів про реімбурсацію становила лише 9 штук.

Розподіл погашених е-рецептів у 2019 р. за регіонами, групами захворювань, статтю пацієнтів, віковими групами та реалізаторами представлено в табл. 3.10.

Проведений розподіл погашених е-рецептів (табл.3.10) за групами захворювань, за статтю пацієнтів, за віковими групами та за реалізаторами, має наступну послідовність за регіонами, а саме:

1. За групами захворювань:

- найбільшу частку серед регіонів займають серцево-судинні захворювання, їх частка складає понад 70%;

- цукровий діабет II типу займає понад 14% у загальній структурі серед досліджених регіонів;

- бронхіальна астма займає понад 2% у загальній структурі серед досліджених регіонів.

Розділ 3. Сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я в Україні

Таблиця 3.10
Розподіл погашених е-рецептів у 2019 р.

Регіон	За групами захворювань			За статтю пацієнтів			За віковими групами пацієнтів						За регіонарами		
	А ³	Б ⁴	В ⁵	Ч	Ж	0-5	6-17	18-39	40-64	65-	К ⁶	П ⁷	Ф ⁸		
Вінницька	76,36	20,73	2,91	35	65	0,02	0,12	0,82	37,75	61,29	19	260	33		
Волинська	80,30	17,03	2,68	34	66	0,04	0,19	1,21	41,07	57,49	35	150	7		
Дніпропетровська	79,36	18,37	2,29	30	70	0,02	0,08	0,68	31,15	68,06	94	576	22		
Донецька	80,54	17,21	2,24	29	71	0,02	0,05	0,83	35,03	64,08	16	297	15		
Житомирська	81,43	15,93	2,62	32	68	0,02	0,10	1,09	39,31	59,49	37	253	22		
Закарпатська	77,27	19,09	3,64	38	62	0,04	0,17	1,51	41,40	56,87	1	136	31		
Запорізька	80,49	15,80	3,71	32	68	0,04	0,15	0,92	32,38	66,50	25	215	22		
Івано-Франківська	73,80	21,41	4,79	37	63	0,10	0,38	1,69	37,24	60,59	7	250	34		
Київська	76,00	20,77	3,23	34	66	0,06	0,14	1,10	37,63	61,06	39	411	16		
Кіровоградська	81,11	16,66	2,23	32	68	0,00	0,02	0,73	35,12	64,14	6	162	7		
Луганська	82,44	14,58	2,99	30	70	0,08	0,15	1,32	37,72	60,73	76	65	12		
Львівська	78,81	17,61	3,38	36	64	0,07	0,20	1,24	34,36	64,13	10	571	33		
м. Київ	75,30	20,72	3,98	34	66	0,06	0,14	1,25	29,31	69,23	54	552	1		
Миколаївська	78,33	18,84	2,83	32	68	0,01	0,08	0,98	35,51	63,42	20	136	24		
Одеська	76,04	20,18	3,78	32	68	0,02	0,07	0,99	33,91	65,02	26	368	19		
Полтавська	79,74	17,88	2,38	33	67	0,01	0,07	0,92	36,22	62,78	55	245	25		
Рівненська	81,26	14,65	4,09	33	67	0,04	0,17	1,49	42,26	56,05	9	222	19		
Сумська	78,73	18,89	2,39	32	68	0,03	0,09	0,79	36,27	62,82	3	193	12		
Тернопільська	79,80	16,85	3,35	38	62	0,02	0,16	1,21	37,74	60,86	24	145	28		
Харківська	80,79	16,19	3,02	31	69	0,04	0,18	0,68	32,94	66,16	50	546	20		
Херсонська	83,30	13,79	2,91	33	67	0,03	0,15	0,59	33,95	65,29	6	135	32		
Хмельницька	79,27	17,08	3,65	34	66	0,02	0,09	1,27	37,60	61,03	26	318	16		
Черкаська	78,19	17,96	3,85	34	66	0,04	0,12	1,11	36,09	62,63	73	144	18		
Чернівецька	79,22	16,79	3,99	37	63	0,09	0,36	1,46	36,66	61,42	16	136	19		
Чернігівська	79,76	17,19	3,05	32	68	0,05	0,13	1,06	36,21	62,54	0	173	5		
Разом	79,03	17,85	3,12	33	67	0,04	0,13	1,01	35,24	63,59	727	6621	492		

3 Серцево-судинні захворювання

4 Цукровий діабет II типу

5 Бронхіальна астма

6 Комаунальні

7 Приватні

8 ФОП

2. За статтю пацієнтів:

- чоловіки займають понад 29%, жінки понад 71% у Донецькій області;
- чоловіки займають понад 30%, жінки понад 70% у Луганська та Дніпропетровській області;
- чоловіки займають понад 31%, жінки 69% у Харківській області;
- чоловіки займають понад 32%, жінки понад 68% у Житомирській, Запорізькій, Кіровоградській, Миколаївській, Одеській, Сумській та Чернігівській областях;
- чоловіки займають понад 33%, жінки 67% у Полтавській, Рівненській, Херсонській областях;
- чоловіки займають понад 34%, жінки 66% у Волинській, Київській, м. Київ, Хмельницькій, Черкаській областях;
- чоловіки займають понад 35%, жінки 65% у Вінницькій області;
- чоловіки займають понад 36%, жінки 64% у Львівській області;
- чоловіки займають понад 37%, жінки 63% у Івано-Франківській та Чернівецькій областях;
- чоловіки займають понад 38%, жінки 62% у Закарпатській та Тернопільській області.

3. За віковими групами пацієнтів:

- від народження до 5 років займають до 0,10% питомої ваги серед досліджених регіонів;
- з 6 до 17 років займають до 0,20% питомої ваги серед досліджених регіонів;
- з 18 до 39 років займають до 1,49% питомої ваги серед досліджених регіонів;
- з 40 до 64 років займають до 42,26% питомої ваги серед досліджених регіонів;
- від 65 років займають до 69,25% питомої ваги серед досліджених регіонів;

4. За реалізаторами:

- до десяти погашених е-рецептів комунальними реалізаторами належить Закарпатській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Рівненській, Львівській та Херсонській області;
- до двадцяти погашених е-рецептів комунальними реалізаторами належить Вінницькій, Донецькій та Чернівецькій області;

- понад двадцять погашених е-рецептів комунальними реалізаторами належить Запорізькій, Миколаївській, Тернопільській та Хмельницькій області;

- понад тридцять погашених е-рецептів комунальними реалізаторами належить Волинській, Житомирській та Київській області;

- понад п'ятдесят погашених е-рецептів комунальними реалізаторами належить Полтавській, Харківській області та м. Київ;

- понад сімдесят погашених е-рецептів комунальними реалізаторами належить Луганській та Черкаській області;

- понад дев'яносто погашених е-рецептів комунальними реалізаторами належить Дніпропетровській області.

- до ста погашених е-рецептів приватними реалізаторами належить Луганській області;

- понад сто погашених е-рецептів приватними реалізаторами належить Волинській, Кіровоградській, Миколаївській, Сумській, Тернопільській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській області;

- понад двісті погашених е-рецептів приватними реалізаторами належить Вінницькій, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській, Полтавській та Рівненській області;

- понад триста погашених е-рецептів приватними реалізаторами належить Одеській та Хмельницькій області;

- понад чотириста погашених е-рецептів приватними реалізаторами належить Київській області;

- понад п'ятсот погашених е-рецептів приватними реалізаторами належить Дніпропетровській, Львівській, Харківська область та м. Київ.

- до десяти погашених е-рецептів ФОП реалізаторами належить Волинській, Кіровоградській, Чернігівська область та м. Київ;

- понад десять погашених е-рецептів ФОП реалізаторами належить Донецькій, Київській, Луганській, Одеській, Рівненській, Сумській, Харківській, Хмельницькій, Черкаській та Чернівецькій області;

- понад тридцять погашених е-рецептів ФОП реалізаторами належить Вінницькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській та Херсонській області;

- понад двадцять погашених е-рецептів ФОП реалізаторами належить Дніпропетровській, Житомирській, Миколаївській, Полтавській, Тернопільській та Харківській області.

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

3.2. Оцінка стану здоров'я населення України

Стан здоров'я населення будь-якої країни є ключовим фактором соціально-економічного розвитку країни, адже визначає стан людських ресурсів, а отже, кадрового потенціалу для держави, інвесторів, роботодавців та інших учасників господарських відносин. Особливо важливим стан здоров'я населення є при формування та розробці державної політики в сфері охорони здоров'я. «Система охорони здоров'я регіону є одним з основоположних компонентів регіональної соціально-економічної політики, сукупністю галузей, що характеризуються стійкими економічними, організаційними, технічними і технологічними зв'язками між суб'єктами системи, націленими на поліпшення відтворення населення. Система охорони здоров'я регіону є територіальні поєднання суб'єктів галузей, об'єднані для надання певних видів медичних послуг на основі встановлення; економічних, соціальних, фінансових, правових взаємовідносин між собою і з органами державного управління. Удосконалення управління охороною здоров'я має бути направлено на забезпечення ефективного функціонування в регіонах системи охорони здоров'я і реалізації соціально-економічної політики регіонів» [41]. Усе зазначене актуалізує статичний аналіз стану здоров'я населення України у порівнянні із світовими показниками.

Питання дослідження стану здоров'я населення є основою наукових досліджень присвячених удосконаленню державного управління в сфері охорони здоров'я: Радиш Я.Ф., Бугайцов С.Г., Ярош Н.П., Рингач Н.О., Банчук М.В., Клименко О.В., Надюк З.О., Курило Т.М., Рудий В.М.,

Мартинюк О.І., Лещенко В.В., Паращич І.М., Буравльов Л.О., Бедрик І.О., Ляховченко Л.А., Торбас О.М., Васюк Н.О., Корольчук О.Л., Висоцька Т.Є., Білоус І.В., Дудка В.В., Кузьмінський П.Й., Жилка К.І., Фірсова О.Д., Кризина Н.П., Мокрецов С.Є., Коваленко Т.Ю., Білінська М.М., Джафарова Д.М., Фуртак І.І., Пітко Я.М., Дуб Н.Є., Фільц Ю.О., Штогрин О.П., Юристовська Н.Я., Шегедин Я.Ю., Шевчук В.В., Вовк С.М., Карлаш В.В., Устимчук О.В., Галацан О.В., Котляревський Ю.О., Кравченко Ж.Д., Лермонтова Ю.О..

Напрями оцінки здоров'я населення, що є особливо актуальними на сьогодні являються наступні: чисельність населення, очікувана тривалість життя при народженні, очікувана тривалість здорового життя, оцінка материнської та дитячої смертності, стан захворюваності населення на вірусні хвороби. Дослідження у зазначених напрямках характерне з позиції оцінки стану здоров'я у світі у розрізі регіонів та України і її найближчих сусідів.

Стан здоров'я населення у краях світу за регіонами Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я щорічно оприлюднюється звіт зі статистикою охорони здоров'я у країнах світу. Важливими показниками, що містяться у звіті є чисельність населення та тривалість життя, що представлено в табл. 3.11.

Таблиця 3.11

Стан здоров'я населення світу за регіонами

Регіон ВООЗ	Загальна чисельність населення (тис. осіб) (2018 р.)			Очікувана три-валість життя при народженні (2016 р.)			Очікувана тривалість здорового життя (2016 р.)		
	Ч	Ж	Р	Ч	Ж	Р	Ч	Ж	Р
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Африканський регіон	530 907	532 833	1 063 740	59.6	62.7	61.2	52.6	54.9	53.8
Регіон країн Америки	493 940	507 706	1 001 647	73.8	79.8	76.8	65.5	69.6	67.5
Регіон Південно-Східної Азії	1 016 068	966 171	1 982 238	67.9	71.3	69.5	59.5	61.3	60.4
Європейський регіон	449 315	477 596	926 911	74.2	80.8	77.5	66.1	70.7	68.4
Регіон Східного Середземномор'я	360 913	338 106	699 019	67.7	70.7	69.1	59.1	60.4	59.7

Продовження табл. 3.11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Регіон Західної частини Тихого Океану	978 281	942 859	1 921 140	75.0	78.9	76.9	67.7	70.0	68.9
Весь Світ	3 829 425	3 765 271	7 594 696	69.8	74.2	72.0	62.0	64.8	63.3

Отже, наведені дані в табл. 3.11 дають змогу, розподілити загальну чисельність чоловічого та жіночого населення серед регіонів наступним чином:

- в Африканському регіону, чоловічий склад населення становить близько 530 907 тис.осіб, жінки при цьому складають 532 833 тис.осіб. Очікувана тривалість життя при народженні серед чоловіків становить понад 60 років (59,6), а серед жінок понад 63 роки (62,7). Очікувана тривалість здорового життя складає у чоловіків більше як 53 роки (52,6), у жінок більше як 55 років (54,9);

- у регіонах країн Америки чоловічий склад населення становить близько 493 940 тис.осіб, жінки при цьому дорівнюють близько 507 706 тис.осіб. Очікувана тривалість життя при народженні серед чоловіків становить понад 74 роки (73,8), а серед жіночого складу населення понад 80 років (76,8). Очікувана тривалість здорового життя у чоловіків сягає більше як 66 роки (65,5), у жінок більше як 70 років (69,6);

- у регіоні Південно – Східної Азії чоловічий склад населення є найбільший серед представлених країн та дорівнює 1 016 068 тис.осіб, жіночий склад є також найвищий серед всіх країн та складає близько 966 171 тис.осіб. Очікувана тривалість життя при народженні серед чоловіків становить понад 68 років (67,9), а серед жіночого складу населення понад 71 рік (71,3). Очікувана тривалість здорового життя у чоловіків більше як 60 років(59,5), а у жінок більше як 61 років (61,3);

- в Європейському регіоні чоловічий склад населення становить близько 449 315 тис.осіб, жінки при цьому дорівнюють близько 477 596 тис.осіб. Очікувана тривалість життя при народженні серед чоловіків становить понад 74 роки (74,2), а серед жіночого складу населення понад 78 років (77,5). Очікувана тривалість здорового життя складає у чоловіків більше як 66 років (66,1), у жінок більше як 71 рік (70,7);

- в регіоні Східного Середземномор'я чоловічий склад населення складає близько 360 913 тис.осіб, жінки при цьому дорівнюють близько 338 106 тис.осіб. Очікувана тривалість життя при народженні серед

чоловіків становить понад 68 років (67,7), а серед жіночого складу населення понад 71 рік (70,7). Очікувана тривалість здорового життя у чоловіків дорівнює більше як 59 років (59,1), у жінок більше як 60 років (60,4);

- у регіоні Західної частині Тихого Океану чоловічий склад населення складає близько 978 281 тис. осіб, жінки при цьому дорівнюють близько 942 859 тис. осіб. Очікувана тривалість життя при народженні серед чоловіків становить понад 75 років (75,0), а серед жіночого складу населення понад 79 рік (78,9). Очікувана тривалість здорового життя у чоловіків дорівнює більше як 68 років (67,7), у жінок більше як 69 років (68,9).

Оцінка материнської та дитячої смертності Світовим Банком у регіонах ВООЗ у табл. 3.12.

Таблиця 3.12

Оцінка смертності населення в регіонах ВООЗ

Країна	Коефіцієнт материнської смертності (На 100 000 живонароджених) (2017 р.)	Частка пологової допомоги кваліфікованими медичними працівниками (%) (2010–2019 рр.)	Коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років (на 1000 живонароджених) (2018 р.)	Коефіцієнт неонатальної смертності (На 1000 живонароджених) (2018 р.)
Африканський регіон	525	-	76	27
Регіон країн Америки	57	-	14	7
Регіон Південно-Східної Азії	152	-	34	20
Європейський регіон	13	-	9	5
Регіон Східного Середземно-мор'я	164	-	47	26
Регіон Західної частини Тихого Океану	41	-	12	6
Весь Світ	211	81	39	18

Джерело: сформовано автором на основі [128]

На основі вище представленого можна зробити наступні висновки:

- в Африканському регіоні найвищий коефіцієнт материнської смертності серед решти регіонів та коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років, що становить 525% та 76% відповідно. Коефіцієнт неонатальної смертності склав в даному регіоні становить 27%;

- у регіоні країн Америки коефіцієнт материнської смертності та коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає 57% та 14% відповідно. Коефіцієнт неонатальної смертності склав в даному регіоні становить 7%;

- у регіоні Південно-Східної Азії коефіцієнт материнської смертності та коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає 152% та 34% відповідно. Коефіцієнт неонатальної смертності склав у даному регіоні становить 20%;

- у регіоні Східного Середземномор'я коефіцієнт материнської смертності та коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає 164% та 47% відповідно. Коефіцієнт неонатальної смертності склав у даному регіоні становить 26%;

- у регіон Західної частини Тихого Океану коефіцієнт материнської смертності та коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає 152% та 34% відповідно. Коефіцієнт неонатальної смертності склав у даному регіоні становить 20%;

- в Європейському регіоні коефіцієнт материнської смертності та коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років є найнижчий серед інших регіонів та становить складає 41% та 12% відповідно. Коефіцієнт неонатальної смертності склав у даному регіоні становить 6%.

Оцінка вірусної захворюваності у регіонах ВООЗ представлено у табл. 3.13

Здійснивши оцінку захворюваності на вірусні хвороби в регіонах світу, можна зробити наступні висновки:

- в Африканському регіоні зосереджено найвищі показники вірусних хвороб серед інших регіонів, адже нові випадки зараження ВІЛ становлять 1,07 випадків, захворюваність туберкульозом складає 231 випадків, захворюваність малярією складає 229,3 випадків, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років дорівнює 2,34 %, зареєстрована кількість людей, які потребують лікуванні від ЗТБ понад 592 459 240 тис. осіб;

Таблиця 3.13

Захворюваність на вірусні хвороби в регіонах ВООЗ

Країна	А ⁹ (2018 р.)	Б ¹⁰ (2018 р.)	В ¹¹ (2018 р.)	Г ¹² (2017 р.)	Д ¹³ (2018 р.)
Африканський регіон	1.07	231	229.3	2.34	592 459 240
Регіон країн Америки	0.16	29	6.7	0.07	62 906 099
Регіон Південно-Східної Азії	0.09	220	4.9	0.26	917 512 156
Європейський регіон	0.19	28	0.0	0.21	5 857 390
Регіон Східного Середземномор'я	0.07	115	10.0	0.69	82 215 011
Регіон Західної частини Тихого Океану	0.06	96	2.6	0.38	94 381 715
Весь Світ	0.24	132	57.4	0.80	1 755 331 611

Джерело: сформовано автором на основі [128]

- у регіоні країн Америки зафіксовано нові випадки зараження ВІЛ 0,16 осіб, захворюваність туберкульозом складає понад 29 випадків, захворюваність малярією становить 6,7 випадків, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей у віці до 5 років дорівнює 0,07%, зареєстрована кількість людей, які потребують лікування від ЗТБ понад 62 906 099тис. осіб;

- у регіоні Південно-Східної Азії зареєстровано нові випадки зараження ВІЛ 0,09 осіб, захворюваність туберкульозом складає понад 220 випадків, захворюваність малярією становить більше як 4,9 випадків, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років дорівнює 0,26%, зареєстрована кількість людей, які потребують лікуванні від ЗТБ понад 917 512 156 тис.осіб;

⁹ нові випадки зараження ВІЛ (На 1000 неінфікованих)

¹⁰ захворюваність туберкульозом (На 100 000 людина населення)

¹¹ захворюваність малярією (На 1000 схильних до ризику людина)

¹²поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років (%)

¹³ зареєстрована кількість людей, які потребують лікуванні від ЗТБ

- у Європейському регіон виявлено нові випадки зараження ВІЛ понад 0,19 осіб, захворюваність туберкульозом становить понад 28 випадків, захворюваність малярією не зафіксовано, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років дорівнює 0,12%, зареєстрована кількість людей, які потребують лікуванні від ЗТБ понад 917 5 857 390 тис.осіб;

- у регіоні Східного Середземномор'я зафіксовано нові випадки зараження ВІЛ 0,07 випадків, захворюваність туберкульозом складає понад 115 випадків, захворюваність малярією становить більше як 10 випадків, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років дорівнює 0,69%, зареєстрована кількість людей, які потребують лікуванні від ЗТБ понад 82 215 011 тис.осіб;

- у регіон Західної частини Тихого Океану спостерігаються нові випадки зараження ВІЛ 0,06 випадків, захворюваність туберкульозом складає понад 96 випадків, захворюваність малярією становить більше як 2,6 випадків, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років дорівнює 0,38%, зареєстрована кількість людей, які потребують лікуванні від ЗТБ понад 94 381 715 тис.осіб.

Стан здоров'я населення в Україні.

Питання здоров'я населення України є важливим з позиції її економічної стабільності, інвестиційної привабливості та налагодження соціального консенсусу. У 2019 р. було проведено Загальнонаціональне дослідження індексу здоров'я населення України, у результаті чого було питано 10000 респондентів. Основними результатами опитування населення стали наступні:

«- Половина дорослих жителів України вважають своє здоров'я добрим (при цьому кожен десятий назвав його дуже добрим). Ще 37,9% вважають своє здоров'я посереднім, а 12,1% – поганим або дуже поганим.

- За результатами цього річного опитування показники охоплення населення основними профілактичними оглядами в цілому демонструють зростання. Спостерігається збільшення кількості звернень для проходження флюорографії (з 55,0% у 2018 р. до 57,3% у 2019 р.) та кардіограми (з 42,2% у 2018 р. до 44,4% у 2019 р.). Флюорографія залишається найпоширенішим видом профілактичного огляду; до нього за рік вдавалася більш ніж половина дорослого населення.

- Більше половини опитаних жінок (52,0%) відвідували гінеколога з профілактичною метою впродовж останніх 12 місяців, 40,0% опитаних

жінок здавали мазок на цитологічне дослідження і 22,2% робили мамографічне обстеження. За цими показниками результати у 2019 р. є дещо вищими, ніж ті, що були у 2017–2018 рр. Чоловіки звертаються до уролога з метою профілактики майже вдвічі рідше (23,7%), аніж жінки до гінеколога, і цей показник дещо зріс порівняно з 2018 р. (20,5%). Для обох статей характерне зменшення таких звернень з віком.

- Понад 80% респондентів, які мають у своєму домогосподарстві дітей віком до 18 років і мають інформацію про стан свого здоров'я, позитивно ставляться до вакцинації. Окрім того, дані дослідження показують позитивну динаміку у ставленні населення до дитячої вакцинації: підтримували вакцинацію 70,9% у 2016 р., 73,4% у 2017 р., 74,5% у 2018 р. та 80,4% у 2019 р.

- Самолікуванням у разі виникнення хвороби займаються 45,4% опитаних дорослих (31,7% вживають медикаменти, ще 13,7% лікуються за допомогою народних засобів). Для більш ніж третини населення (37,4%) звернення до медичного працівника є типовою поведінкою в разі хвороби: 27,0% звикли звертатися до сімейного/дільничного лікаря, 3,7% звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста, 2,6% мають лікарів серед родичів, друзів чи знайомих, 2,9% викликають швидку допомогу, а 1,2% звертаються одразу до стаціонару.

- Хоча сумарна частка прихильників самолікування залишається майже незмінною (близько 45–47%), порівняно з результатами попередніх опитувань спостерігається поступове зростання частки тих, хто в разі захворювання звертається по допомогу до медичного працівника (з 29,0% у 2017 р. до 33,8% у 2018 р. та 37,4% у 2019 р.) переважно за рахунок почастішання візитів до сімейного/дільничного лікаря (18,6% у 2017 р., 23,1% у 2018 р. і 27,0% у 2019 р.)» [87].

Для визначення власне стану охорони здоров'я України та її найближчих сусідів нами проаналізована світова статика охорони здоров'я, що формується та оприлюднюється Світовим банком: [128]. У рамках її дослідження нами визначено стан охорони здоров'я населення України та її найближчих сусідів: Молдова, Румунія, Угорщина, Словаччина, Польща, Білорусь, Росія, Грузія.

Важливим показником оцінки стану здоров'я населення є тривалість життя, що представлено в табл. 3.14

Таблиця 3.14

Аналіз тривалості життя населення України та її найближчих
сусідів

Країна	Загальна чисельність населення (тис. осіб.) (2018 р.)			Очікувана тривалість життя при народженні (2016 р.)			Очікувана тривалість здорового життя (2016 р.)		
	Ч	Ж	З	Ч	Ж	З	Ч	Ж	З
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
Україна	20 491	23 755	44 246	67.6	77.1	72.5	60.3	67.6	64.0
Молдова	1 943	2 108	4 052	67.6	75.3	71.5	60.7	66.4	63.6
Румунія	9 491	10 015	19 506	71.6	79.0	75.2	63.7	69.7	66.6
Угорщина	4 618	5 090	9 708	72.3	79.4	76.0	64.1	69.5	66.8
Словаччина	2 654	2 799	5 453	73.8	80.9	77.4	65.3	71.2	68.3
Польща	18 380	19 541	37 922	73.8	81.6	77.7	65.4	71.7	68.5
Білорусь	4 400	5 053	9 453	68.8	79.2	74.2	61.4	69.3	65.5
Росія	67 531	78 203	145 734	66.4	77.2	72.0	59.1	67.5	63.5
Грузія	1 910	2 093	4 003	68.3	76.8	72.6	61.5	68.4	64.9

Джерело: сформовано автором на основі [128]

На основі вище представленого можна зробити наступні висновки:

- в Україні чисельність чоловічого складу населення серед інших представлених країн та становить понад 20 491 тис. осіб та жіночого складу, яке дорівнює понад 23 755 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні чоловік складає понад 68 років (67,6), жінок більше як 77 років (77,1), очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 60 років (60.3), серед жінок понад 68 років (67,6);

- у Молдові чисельність чоловічого складу населення серед інших представлених країн становить понад 1 943 тис. осіб та жіночого складу, яке дорівнює понад 2 108 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні чоловіків складає понад 68 років (67,6), жінок більше як 75 років (75,3), очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 60 років (60,7), серед жінок понад 66 років (66,4);

- у Румунії чисельність чоловічого складу населення серед інших представлених країн складає понад 9 491 тис. осіб та жіночого складу, яке дорівнює понад 10 015 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні чоловік складає понад 71 рік (71,6), жінок більше як 79 років

(79,0), очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 63 роки (63,7), серед жінок понад 70 років (69,7);

- в Угорщині чисельність чоловічого складу населення серед інших представлених країн сягає понад 4 618 тис. осіб та жіночого складу, яке дорівнює понад 5 090 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні чоловік складає понад 72 роки (72,3), жінок більше як 81 рік (80,9), очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 64 роки (64,1), серед жінок понад 70 років (69,5);

- у Словаччині чисельність чоловічого складу населення серед інших представлених країн становить понад 2 654 тис. осіб та жіночого складу, яке дорівнює понад 2 799 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні чоловік складає понад 73 роки (73,8), жінок більше як 79 років (79,4), очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 65 років (65,3), серед жінок понад 71 років (71,2);

- у Польщі чисельність чоловічого складу населення серед інших представлених країн складає понад 18 380 тис. осіб та жіночого складу, яке дорівнює понад 19 541 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні чоловік складає понад 73 роки (73,8), жінок більше як 82 роки (81,6), очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 65 років (65,4), серед жінок понад 71 років (71,7);

- у Білорусії чисельність чоловічого складу населення серед інших представлених країн становить понад 4 400 тис. осіб та жіночого складу, яке дорівнює понад 5 053 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні чоловік складає понад 69 років (68,8), жінок більше як 79 роки (79,2), очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 61 рік (61,4), серед жінок понад 69 років (69,3);

- у Росії найбільша чисельність чоловічого складу населення серед інших представлених країн, що становить понад 67 531 тис. осіб та жіночого складу, яке дорівнює понад 78 203 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні чоловік складає понад 66 років (66,4), жінок більше як 77 роки (77,2), очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 59 років (59,1), серед жінок понад 68 років (67,5);

- у Грузії чисельність чоловічого складу населення серед інших представлених країн становить понад 1 910 тис. осіб та жіночого складу, яке дорівнює понад 2 093 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні чоловік складає понад 69 років (68,3), жінок більше як 77 років

(76,8), очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 61 рік (61,5), серед жінок понад 68 років (68,4).

Оцінка материнської та дитячої смертності Світовим Банком в досліджуваних країнах представлена в табл. 3.15.

Таблиця 3.15
Оцінка смертності населення в Україні та її найближчих сусідів

Країна	Коефіцієнт материнської смертності (На 100 000 живонароджених) (2017 р.)	Частка пологової допомоги кваліфікованими медичними працівниками (%) (2010–2019 рр.)	Коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років (на 1000 живонароджених) (2018 р.)	Коефіцієнт неонатальної смертності (На 1000 живонароджених) (2018 р.)
Україна	19	100	9	5
Молдова	19	100	16	12
Румунія	19	97	7	3
Угорщина	12	100	4	2
Словаччина	5	98	6	3
Польща	2	100	4	3
Білорусь	2	100	3	1
Росія	17	100	7	3
Грузія	25	99	10	6

Джерело: сформовано автором на основі [128]

На основі вище представленого можна зробити наступні висновки:

- в Україні коефіцієнт материнської смертності становить понад 19%, коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає понад 9% та коефіцієнт неонатальної смертності дорівнює більше як 5%;

- у Молдові коефіцієнт материнської смертності становить понад 19%, коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає понад 16% та коефіцієнт неонатальної смертності дорівнює більше як 12%;

- у Румунії коефіцієнт материнської смертності становить понад 19%, коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає понад 7% та коефіцієнт неонатальної смертності дорівнює більше як 3%;

- в Угорщині коефіцієнт материнської смертності становить понад 12%, коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає понад 4% та коефіцієнт неонатальної смертності дорівнює більше як 2%;

- у Словаччині коефіцієнт материнської смертності становить понад 5%, коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає понад 6% та коефіцієнт неонатальної смертності дорівнює більше як 3%;

- у Польщі коефіцієнт материнської смертності становить понад 2%, коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає понад 4% та коефіцієнт неонатальної смертності дорівнює більше як 3%;

- у Білорусії зафіксовано найменші показники смертності населення, адже коефіцієнт материнської смертності становить 2%, коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає понад 3% та коефіцієнт неонатальної смертності дорівнює лише 1%;

- у Росії коефіцієнт материнської смертності становить понад 17%, коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає понад 7% та коефіцієнт неонатальної смертності дорівнює більше як 3%;

- у Грузії спостерігаються найбільші показники смертності населення, адже коефіцієнт материнської смертності становить понад 25%, коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає понад більше як 10% та коефіцієнт неонатальної смертності дорівнює понад 6%.

Оцінка вірусної захворюваності представлено в табл. 3.16

Таблиця 3.16

Захворюваність на вірусні хвороби в Україні та її найближчих сусідів

Країна	A¹⁴	B¹⁵	B¹⁶	Г¹⁷	Д¹⁸
Україна	0.28	80	-	0.46	0
Молдова	0.25	86	-	0.65	0
Румунія	0.04	68	-	0.65	0
Угорщина	0.02	6.4	-	0.44	0
Словаччина	0.02	5.8	-	0.56	6
Польща	0.04	16	-	0.04	36
Білорусь	0.22	31	-	0.20	0
Росія	-	54	-	0.88	3
Грузія	0.18	80	-	0.26	412 310

Джерело: сформовано автором на основі [128]

¹⁴ нові випадки зараження ВІЛ (На 1000 неінфікованих)

¹⁵ захворюваність туберкульозом (На 100 000 людина населення)

¹⁶ захворюваність малярією (На 1000 схильних до ризику людина)

¹⁷ поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років (%)

¹⁸ зареєстрована кількість людей, які потребують лікуванні від ЗТВ

Оцінка захворюваності на вірусні хвороби має наступні характерні риси:

- в Україні, Грузії та Молдові спостерігається найбільша захворюваність туберкульозом та виявлено найбільшу кількість нових випадків ВІЛ серед інших країн, адже в Україні та Грузії захворюваність туберкульозом становить понад 80 випадків, в Молдові понад 86 випадків, а кількість нових випадків зараження ВІЛ зареєстровано в Україні понад 0,28, в Молдові понад 0,25, в Грузії понад 0,18 випадки; поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років в Україні складає понад 0,46%, в Молдові понад 0,65%, в Грузії понад 0,26%;

- у Румунії зафіксовано нові випадки зараження ВІЛ, які становлять понад 0,04, захворюваність туберкульозом складає більше як 68 випадків, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років становить понад 0,65%;

- в Угорщині зосереджено понад 0,02 нових випадки зараження ВІЛ, захворюваність туберкульозом становить понад 6,4 випадків, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років дорівнює більше як 0,44%;

- у Словаччині виявлено понад 3 понад 0,02 нових випадки зараження ВІЛ, захворюваність туберкульозом становить понад 5,8 випадків, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років дорівнює більше як 0,56%;

- у Польщі спостерігається нових випадків зараження ВІЛ понад 0,04, захворюваність туберкульозом становить понад 16 випадків, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років дорівнює більше як 0,04%;

- у Білорусії зафіксовано 0,22 нових випадків зараження ВІЛ, захворюваність туберкульозом становить понад 31 випадків, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей у віці до 5 років дорівнює більше як 0,20%;

- у Росії не виявлено нових випадків зараження ВІЛ, захворюваність туберкульозом становить понад 54 випадків, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей в віці до 5 років дорівнює більше як 0,88%.

Проведений статичний аналіз дозволив виявити набільш критичні точки щодо розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Зокрема в останні десятиліття спостерігається падіння чисельності населення України, що є негативною тенденцією, яка характеризує низький рівень медичної допомоги в країні.

3.3. Стан здоров'я населення України та країн Європи за міжнародними рейтингами

Для оцінки стану охорони здоров'я в певній країні є можливість вивчення міжнародний рейтингів країн світу, що оцінюються за міжнародними індексами. Зазвичай такі рейтинги розробляються та розраховуються міжнародними неурядовими організаціями. З точки зору державного управління, вивчення таких рейтингів дозволить встановити напрями розвитку механізмів щодо удосконалення системи охорони здоров'я. Міжнародними показниками, що характеризують стан здоров'я населення є наступні: 1) показники дитячої смертності; 2) рівень щастя; 3) індекс якості життя; 4) індекс задоволеності життям. Зазначенні індекси вивчимо з позиції стану охорони здоров'я в Україні та країнах Європи. Усі країни розподілимо за регіонами: Західна Європа; Східна Європа; Північна Європа; Південна Європа.

1. Показники дитячої смертності в Україні та країнах Європи.

«Дитяча смертність – це число випадків смерті дітей у віці до одного року на 1000 народжених живими. Коефіцієнт дитячої смертності є одним з базових у оцінці загального рівня соціально-демографічного розвитку та досить точно характеризує соціальне становище населення, стан національних систем охорони здоров'я і ставлення до людського життя в цілому на території тієї чи іншої країни. Показники дитячої смертності в країнах світу регулярно розраховуються в рамках спеціальної програми міжвідомчого агентства Організації Об'єднаних Націй по оцінці дитячої смертності (МГДС ООН) на основі статистичних даних, одержуваних від національних інститутів і міжнародних організацій.»[14].

Оцінка коефіцієнту дитячої смертності у країнах Західної Європи у 2016-2019 рр. представлено на рис. 3.1.

Протягом досліджуваного періоду ситуація щодо індексу смертності у Західній Європі прослідковується наступна:

- в Австрії у 2016 році індекс дитячої смертності становив 3,00% на 1000 новонароджених живих дітей, до 2019 року показник становив 2,90%, а вже у 2020 році зафіксовано збільшення дитячої смертності, адже показник зріс та склав 3,30%;

- у Бельгії найвищий індекс спостерігається у 2020 році та дорівнює 3,30% на 1000 новонароджених дітей, протягом 2017-19 рр. показник був дещо менший та становив 2,90%;

- у Хорватії значення індексу протягом 2016-18 рр. становило 3,40%, в 2019 році, зосереджено збільшення індексу, а на кінець спостерігається негативна ситуація, адже відбулося різке збільшення смертності дітей та індекс становить понад 8,60%, що є найбільший серед країн Західної Європи;

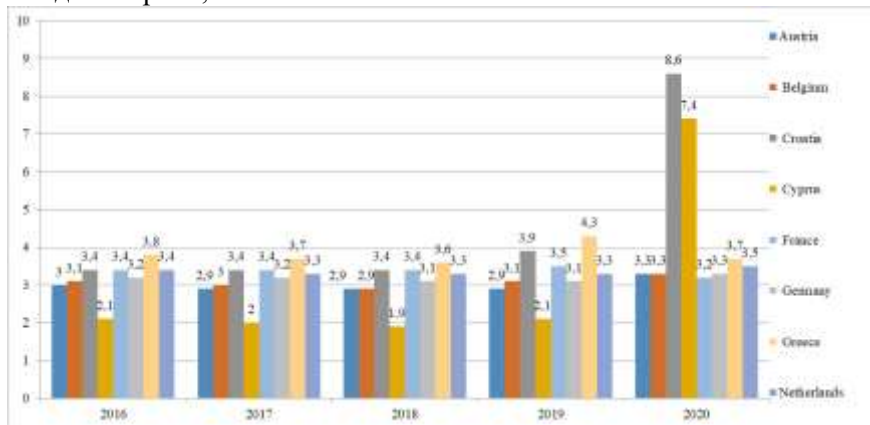


Рис. 3.1. Оцінка коефіцієнту дитячої смертності в країнах Західної Європи у 2016-2019 рр.

Джерело: сформовано автором на основі [14]

- на Кіпрі протягом 2016-2019 років індекс коливався у межах 1,90-2,10%, значне збільшення показника індексу дитячої смертності відбулося у 2020 році, яке становило більше як 7,40% серед інших досліджуваних країн;

- у Франції протягом 2016-18 рр. зафіксована стабільна та незмінна тенденція індексу дитячої смертності, на кінець 2020 року спостерігається зменшення індексу, яке дорівнює понад 3,20%;

- у Німеччині у 2016-17 рр. показник індексу дитячої смертності становив 3,20%, протягом 2018 та 2019 року показник знизився та становив 3,10%, на кінець 2020 року зосереджено збільшення індексу та яке становить 3,30%;

- у Греції у 2016 році індекс дорівнював 3,80%, протягом 2017 та 2018 року зафіксовано зменшення показника до 3,60%, а значне зростання дитячої смертності зосереджено у 2019 році, на кінець 2020 року спостерігається зменшення індексу, що складає понад 3,70%.

Підводячи підсумок проведеного аналізу варто наголосити, що у країнах Західної Європи коефіцієнт дитячої смертності коливався від 3,1 до 3,7. Лише в 2020 р. у деяких країнах зазначений показник значно збільшився, що свідчить про негативні тенденції.

Оцінка коефіцієнту дитячої смертності у країнах Північної Європі у 2016 – 2020 рр. представлено на рис. 3.2.

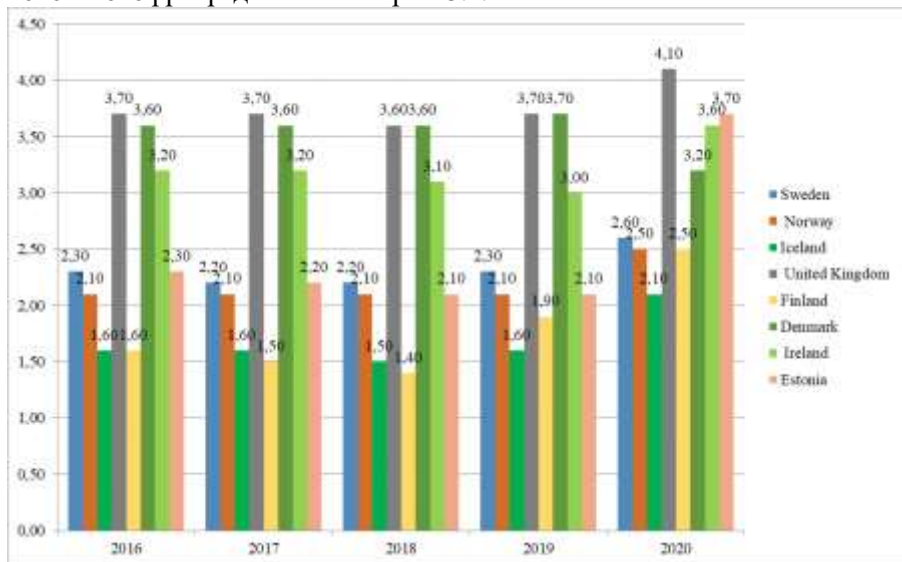


Рис. 3.2. Оцінка коефіцієнту дитячої смертності в країнах Північної Європи у 2016 – 2020 рр.

Джерело: сформовано автором на основі [14]

У Північній Європі зосереджена наступна ситуація щодо індексу дитячої смертності:

- у Швеції індекс смертності у 2016 році становив понад 2,30%, протягом 2017-18 рр. показник становив близько 2,10%, починаючи з 2019 року і до кінця досліджуваного періоду показник збільшувався до 3,60%;

- у Норвегії показник смертності протягом 2016-2019 року залишався незмінним та дорівнював близько 2,10%, на кінець 2020 року ситуація погіршилася, адже відбулося збільшення індексу дитячої смертності, що становив понад 2,50%;

- в Ісландії індекс смертності з 2016- 19 рр. коливався у межах 1,50-1,60%, а на кінець досліджуваного періоду індекс збільшився та дорівнював понад 2,10%;

- у Великобританії починаючи 2016 року і до 2019 року індекс смертності коливався в межах 3,60-3,70%, у 2020 році відбулося збільшення смертності, що становило більше як 4,10%;

- у Фінляндії спостерігається стала тенденція протягом 2016-18 рр., у 2019 році зафіксовано збільшення показника, та як індекс склав 1,90%, на кінець досліджуваного періоду зосереджено різке збільшення індексу, що становило більше як 2,50%;

- у Данії показник дитячої смертності у 2016-18 рр. перевищував значення понад 3,60%, у 2019 році зареєстровано збільшення індексу, який дорівнював 3,70%, на кінець досліджуваного періоду спостерігається зменшення дитячої смертності, так як індекс зменшився і дорівнював 3,20%;

- в Ірландії протягом всього досліджуваного періоду індекс коливався в межах 3,00-3,20%, на кінець 2020 року зафіксовано збільшення індексу;

- у Естонії стрімке збільшення індексу дитячої смертності зафіксовано у 2020 році, а протягом 2016-2019 років показник знаходився у межах 2,10-2,30% .

У загальному варто наголосити, що показник дитячої смертності у країнах Північної Європи є не рівномірним, що обумовлено різними соціально-економічними умовами проживання населення.

Оцінка коефіцієнту дитячої смертності у країнах Південної Європи у 2019-2020 рр. представлено на рис. 3.3.

У Південній Європі спостерігається наступна ситуація щодо індексу дитячої смертності:

- у Португалії індекс смертності протягом 2016-2019 рр. зафіксовано індекс у межах 3,00-3,10%, на кінець досліджуваного періоду спостерігається тенденція до зменшення індексу до 2,60%;

- у Швейцарії у 2016 році значення індексу складало 3,80%, стала та незмінна тенденція спостерігається протягом 2017-19 рр., на кінець 2020 року індекс зменшився та становив 3,50%;

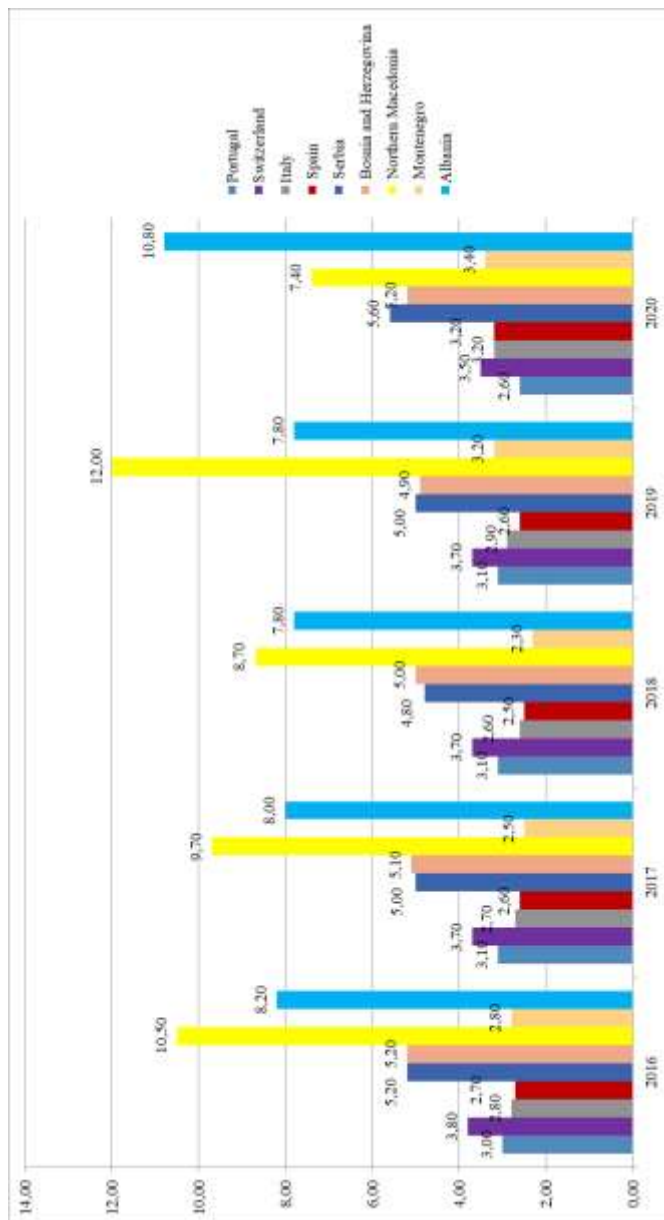


Рис. 3.3. Оцінка коефіцієнту дитячої смертності в країнах Південної Європи у 2019-2020 рр.
Джерело: сформовано автором на основі [14]

Розділ 3. Сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я в Україні

- в Італії починаючи з 2016 до 2018 року зафіксовано зменшення індексу з 2,80% до 2,60%, у 2019 році значення показнику дитячої смертності становило понад 2,90%, на кінець 2020 року показник склав більше як 3,20%;

- в Іспанії показник дитячої смертності у 2016-19 рр. був у межах 2,50-2,70%, на кінець 2020 року індекс становив близько 3,20%;

- у Сербії спостерігається у тенденція до зменшення індексу дитячої смертності протягом 2016-18 рр., у 2019 році зосереджена збільшення показника, яке становить близько 5,00%, у 2020 році показник зріс та склав понад 5,60%;

- у Боснії та Герцеговина індекс дитячої смертності у 2016-19 рр. дорівнював 5,00-5,20%, на кінець 2020 року індекс становив 5,20%;

- у Північній Македонії зафіксовано найвищий індекс дитячої смертності протягом всього досліджуваного періоду порівняно з іншими країнами Південної Європі; адже індекс коливався в межах 7,40-12,00%;

- у Чорногорії індекс дитячої смертності протягом 2016-2019 рр. коливався в межах 2,50-3,20%, у 2020 році індекс становив понад ;

- в Албанії зафіксована тенденція до зменшення показника дитячої смертності починаючи з 2016 року індекс становив близько 8,20% і до кінця 2019 року індекс дорівнював вже 7,80%, на кінець досліджуваного періоду спостерігається різке збільшення індексу, що становив понад 10,80%.

Оцінка коефіцієнту дитячої смертності у країнах Західної Європи у 2019-2020 рр. представлено на рис. 3.4.

Ситуація щодо індексу дитячої смертності зосереджена серед країн Західної Європи та, у тому числі, України, наступна:

- у Росії індекс дитячої смертності у 2016 році склав близько 6,90%, у 2017-18 рр. спостерігається зменшення індексу до 6,10%, на кінець 2020 року індекс збільшився та склав 6,50%;

- в Україні зосереджена тенденція до зменшення індексу дитячої смертності протягом всього досліджуваного періоду (2019-2020 рр.), адже індекс знизився з 7,90% у 2016 році до 7,40% у 2020 році;

- у Білорусії до кінця досліджуваного періоду індекс збільшився та дорівнював близько 3,50%;

- у Болгарії протягом 2016-18.рр. зафіксовано зменшення індексу, з 2019 року індекс почав зростати та на кінець 2020 року показник дитячої смертності дорівнював понад 8,10%;

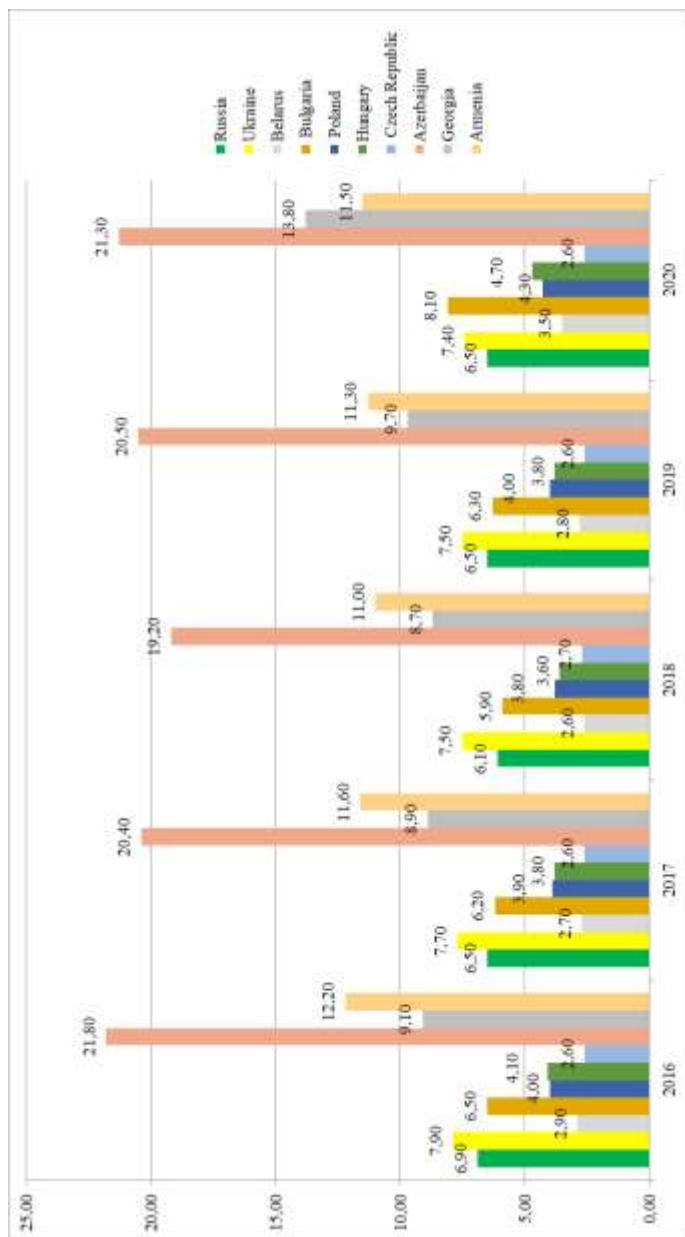


Рис. 3.4. Оцінка коефіцієнту дитячої смертності в країнах Західної Європи у 2019-2020 рр.
Джерело: сформовано автором на основі[14]

- у Польщі спостерігається тенденція до зменшення індексу з 2016 по 2018 рік. У 2019 році індекс смертності становив близько 4,00%, а у 2020 році індекс зріс до 4,30%;

- в Угорщині також зафіксована тенденція до зменшення з 2016 року по 2018 рік, у 2019 році індекс зріс та склав 3,80%, у 2019 – 4,70%;

- у Чехії зосереджена стала тенденція протягом всього досліджуваного періоду та індекс був в межах 3,60-3,70%;

- найбільший показник дитячої смертності серед країн Західної Європи зорієнтований у Азербайджані, так як у 2016 році показник сягав понад 21,80%, з 2017 до 2019 року індекс знаходився в межах 19,20-20,50%, на кінець досліджуваного періоду індекс становив 21,30%;

- у Грузії до 2018 року спостерігається зменшення індексу дитячої смертності, а вже у 2019 році значення індексу зросло та становило понад 9,70%;

- у Вірменії показники дитячої смертності знаходяться протягом досліджуваного періоду на досить високому рівні та коливаються у межах 11,00-12,20%.

2. Оцінка рівня щастя в Україні та країнах Європи.

«Рейтинг країн світу за рівнем щастя (World Happiness Report) – це міжнародний дослідницький проєкт, який вимірює показник щастя населення у країнах світу. Дослідження проводиться діючими при Колумбійському університеті дослідними центрами «Інститут Землі» (The Earth Institute) і «Центр сталого розвитку» (Center for Sustainable Development) під егідою Організації Об'єднаних Націй в рамках глобальної ініціативи «Мережа рішень сталого розвитку» (UN Sustainable Development Solutions Network) з метою показати досягнення країн світу і окремих регіонів з точки зору їх здатності забезпечити своїм жителям щасливе життя. Перший подібний рейтинг був підготовлений в квітні 2012 року і приурочений до Конференції ООН по щастю, яка проводилася за рішенням Генеральної Асамблеї. Автори проєкту вважають, що дані дослідження можуть допомогти державним керівникам, політичним і громадським діячам краще реагувати на потреби і сподівання своїх громадян з метою підвищення добробуту і сталого розвитку. При складанні рейтингу враховуються такі показники добробуту, як рівень ВВП на душу населення, очікувана тривалість життя, наявність громадянських свобод, почуття безпеки і впевненості у завтрашньому дні, стабільність сімей, гарантії зайнятості, рівень

корупції, а також непрямі показники стану суспільства, такі як рівень довіри, великодушність і щедрість. Крім зазначених статистичних даних і непрямих показників, значну частину дослідження становлять результати опитувань громадської думки жителів різних країн про те, наскільки щасливими вони себе почувають, які проводить Міжнародний дослідницький центр Геллапа (Gallup International), що пропонують респондентам в кожній країні оцінити своє відчуття щастя за спеціальною шкалою. Детальний опис методології формування Індексу і джерел даних для нього наводиться на сайті проекту за результатами чергового порівняльного дослідження» [21].

На рис. 3.5 представлено результати оцінки індексу щастя у країнах Західної Європи за 2016-2019 рр.

За наведеними даними можемо зробити наступні висновки:

- найбільший рівень показника індексу щастя протягом всього досліджуваного періоду притаманний для Австрії та Нідерландів, оскільки індекс дорівнює понад 7,00% порівняно з іншими країнами Західної Європи;

- у Бельгії спостерігається стала тенденція показника індексу щастя майже протягом всього досліджуваного періоду, адже показник коливається в межах 6,927- 6,929% у період починаючи з 2016 року і до 2018 року, на кінець 2019 року зафіксовано зменшення індексу, яке склало близько 6,864%;

- у Хорватії індекс щастя у 2016 році становить 5,488%, у 2017 році зосереджено зменшення показника, а починаючи з 2018 року індекс зріс та дорівнював більше як 5,432%, на кінець досліджуваного періоду також відбулося збільшення, яке склало більше як 5,505%;

- на Кіпрі індекс щастя у 2016 році становив близько 5,546%, у 2017 та 2018 році показник зріс та дорівнював 5,762%, та 5,718% відповідно, у 2019 році показник зріс та склав понад 6,159%;

- у Франції індекс щастя у 2016 році становив близько 6,478%, починаючи з 2017 року зафіксовано збільшення значення індексу, так як у 2017 році показник зріс та дорівнював 6,489%, у 2018 році індекс становив вже 6,592%, а на кінець досліджуваного періоду індекс щастя становив вже понад 6,664%;

- у Німеччині спостерігається протягом всього досліджуваного періоду стала та незмінна тенденція індексу щастя, яке коливається у

Розділ 3. Сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я в Україні

межах 6,965-7,076%, зростання індексу зафіксовано на кінець періоду, що досліджується та яке складає більше як 7,076%;

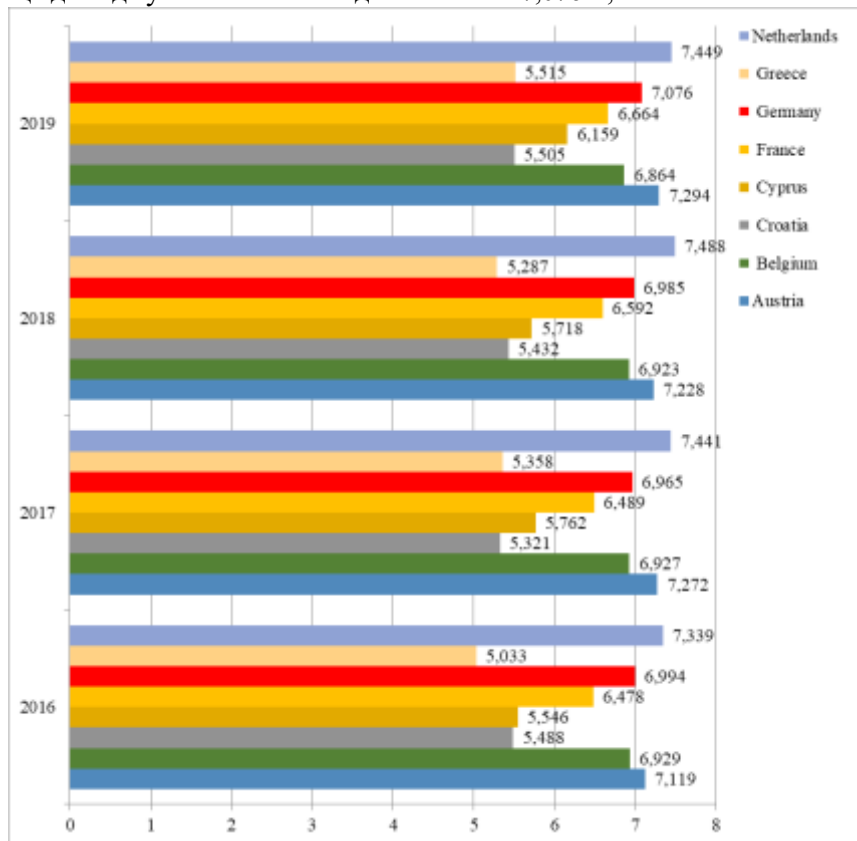


Рис. 3.5. Оцінка індексу щастя в країнах Західної Європи у 2016-2019 рр.

Джерело: сформовано автором на основі [17], [18], [19], [20]

- у Греції у 2016 році індекс щастя становив 5,033%, у 2017 році відбулося збільшення індексу щастя, що становило понад 5,358%, незначне зменшення зафіксовано у 2018 році, яке становило 5,287%, на кінець досліджуваного періоду індекс щастя зріс та дорівнював близько 5,515%.

На рис. 3.6 представлено результати оцінки індексу щастя у країнах Північної Європи у 2016-2019 рр.

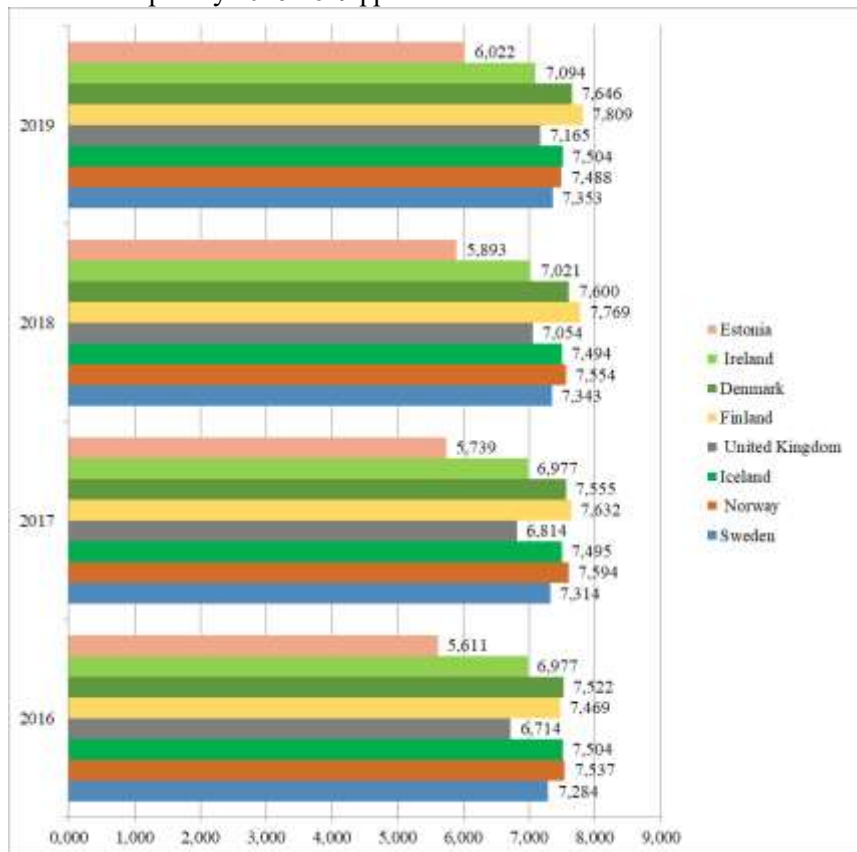


Рис. 3.6. Оцінка індексу щастя в країнах Північної Європи у 2016-2019 рр.

Джерело: сформовано автором на основі [17], [18], [19], [20]

Щодо індексу щастя у Північній Європі спостерігається наступна ситуація:

- найбільший показник індексу щастя серед країн Північної Європи протягом всього досліджуваного періоду зафіксовано у Фінляндії, адже показник становив у 2016 році близько 7,469%, у 2017 році понад 7,632%,

у 2018 році більше як 7,769%, на кінець досліджуваного періоду понад 7,809% порівняно з іншими досліджуваними країнами;

- у Швеції спостерігається стала та майже незмінна тенденція індексу щастя, хоча на кінець досліджуваного періоду зафіксовано незначне збільшення показника, який склав 7,353%;

- у Норвегії сконцентровано поступове зменшення індексу щастя, починаючи з 2017 року і до кінця досліджуваного періоду з 7,594% до 7,488%;

- у Ісландії спостерігається стала та незмінна тенденція індексу щастя, який коливався в межах 7,494%- 7, 504%;

- у Великобританії зафіксовано поступове збільшення індексу щастя, адже у 2017 році показник збільшився та склав 6,814%, у 2018 році показник становив вже 7,054%, а на кінець 2019 року показник взагалі становив понад 7,165%;

- у Данії індекс щастя становив протягом досліджуваного періоду близько 7,522%-7,646%;

- у Ірландії у 2016-2017 рр. індекс щастя був рівний близько 6,977%, у 2018 році відбулося незначне збільшення та показник склав понад 7,021%, а на кінець 2019 року індекс зріс та становив близько 7,094%;

- у Естонії індекс щастя поступово збільшувався, починаючи з 2016 року з 5.611% і до кінця досліджуваного періоду індекс щастя знаходився вже на рівні близько 6,022%.

На рис. 3.7 представлено результати оціни індексу щастя в країнах Південної Європи в 2016-2019 рр.

Щодо індексу щастя у Південній Європі, спостерігається наступна ситуація:

- найбільший показник індексу щастя протягом всього досліджуваного періоду серед країн , що досліджуються спостерігається у Швейцарії та коливається в межах 7,480%- 7,560%;

- у Португалії сконцентровано збільшення показника індексу щастя протягом всього періоду, оскільки у 2017 році показник збільшився та становив 5,410%. У наступному році індекс становив вже понад 5,693%, а на кінець 2019 року індекс щастя вже становив понад 5,911%;

- у Італії зафіксовано збільшення показника, починаючи з 2017 року, показник дорівнював 6,00%, в 2018 – 6,223%, а на кінець 2019 року 6,387%;

- у Іспанії індекс щастя протягом досліджуваного періоду знаходився в межах 6,310%-6,403%;

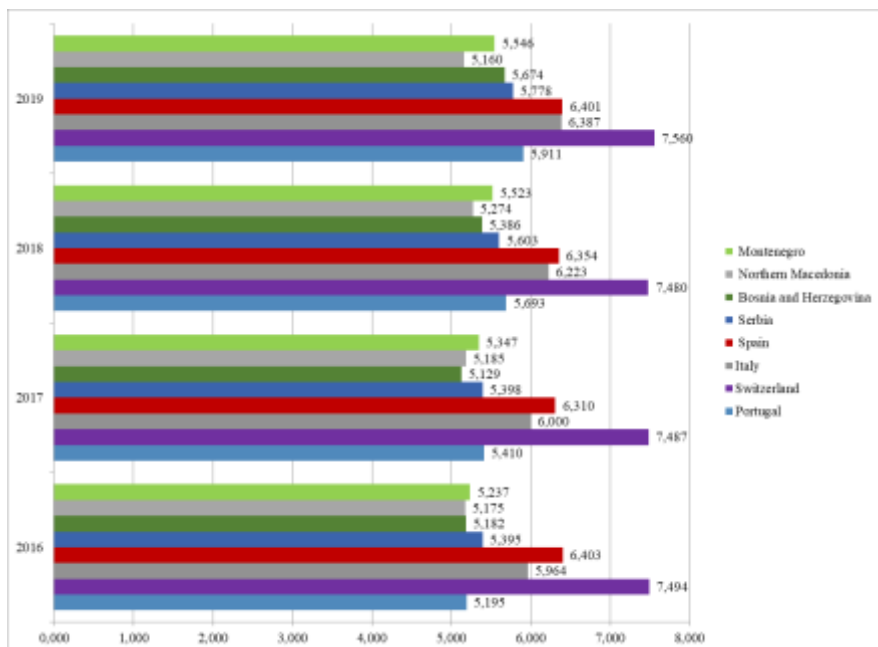


Рис. 3.7. Оцінка індексу щастя в країнах Південної Європи у 2016-2019 рр.

Джерело: сформовано автором на основі [17], [18], [19], [20]

- у Сербії протягом 2016-2018 рр. показник знаходився в межах 5,386%-5,398%, а на кінець 2019 року показник збільшився та склав близько 5,778%;

- у Боснії та Герцеговині індекс щастя залишався майже на одному рівні протягом 2016-2018 рр. а на кінець 2019 року збільшився та склав близько 5,674%;

- у Північній Македонії у 2016 році індекс щастя дорівнював 5,175%, збільшення індексу щастя спостерігається з 2017 по 2018 рік, адже показник становить близько 5,185% та 5,274% відповідно. На кінець 2019 року зафіксовано зменшення індексу, оскільки показник склав 5,160%;

- у Чорногорії показник індексу щастя у 2016 році складав понад 5,237%, у 2017 році індекс щастя збільшився та дорівнював вже 5,347%, протягом 2018-2019 рр. також зафіксовано, що індекс дещо збільшився та дорівнював вже близько 5,523% та 5,546% відповідно.

На рис. 3.8 представлено оцінку індексу щастя в країнах Східної Європи у 2016-2019 рр.

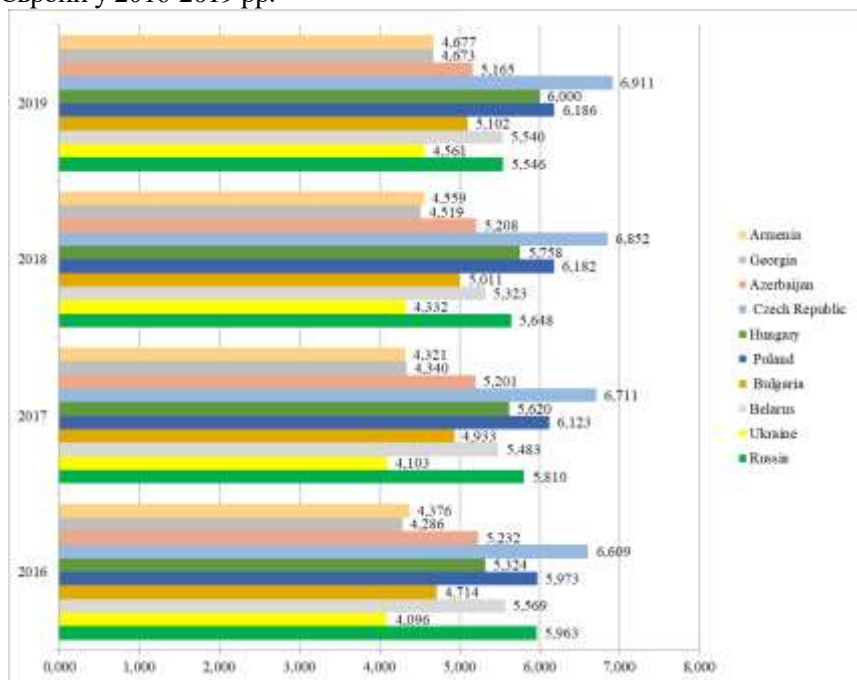


Рис. 3.8 Оцінка індексу щастя в країнах Східної Європи у 2016-2019 рр.

Джерело: сформовано автором на основі [17], [18], [19], [20]

Щодо індексу щастя у Західній Європі, спостерігається наступна ситуація:

- найбільший показник індексу щастя зосереджений у Чехії, адже протягом всього досліджуваного періоду індекс щастя коливається в межах 6,609%-6,911% та поступово зростає до кінця періоду, що досліджується серед країн Західної Європи;

- у Вірменії зафіксовано поступове збільшення індексу щастя з 4,376% у 2016 році до 4,677% у 2019 році;

- у Грузії індекс щастя також поступово збільшувався з 4,286% у 2016 році до 4,673% у 2019 році;

- в Азербайджані зареєстрована стала та майже незмінна тенденція щодо індексу щастя протягом періоду, що досліджується та коливається в межах 5,165%-5,232%;

- в Угорщині спостерігається різке збільшення індексу щастя з 2017 року і до кінця досліджуваного періоду, оскільки у 2017 році індекс збільшився та становив 5,620%, у 2018 році близько 5,758%, а на кінець 2019 року понад 6,00%;

- у Польщі протягом 2016-2019 рр. відбулося поступове збільшення індексу щастя з 5,973% у 2016 році до 6,1865 у 2019 році;

- у Болгарії також зареєстровано збільшення індексу щастя з 4,714% у 2016 році до 5,102% у 2019 році;

- у Білорусі зосереджено зменшення індексу щастя протягом 2016-2018 рр., на кінець 2019 року спостерігається незначне збільшення індексу щастя, що становить понад 5,540%;

- в Україні у 2016 році індекс щастя складав близько 4,096%, у 2017 році індекс зріс та дорівнював уже 4,103%, у 2018 році зафіксовано збільшення – 4,332%, на кінець 2019 року також відбулося збільшення значення показника та становило більше як 4,561%;

- зменшення індексу протягом усього досліджуваного періоду зафіксовано у Росії, адже у 2016 році показник дорівнював близько 5,963%, а вже у 2017 році індекс становив 5,810%, на кінець 2019 року показник індексу щастя також зменшився та становив уже 5,546%.

3. Індекс якості життя в Україні та країнах Європи.

«Індекс якості життя вимірює результати суб'єктивної задоволеності життям громадян різних країн світу і співвідносить їх з об'єктивними показниками соціально-економічного добробуту жителів цих країн. Індекс складається на основі статистичного аналізу дев'яти ключових показників, які відображають різні аспекти якості життя населення: здоров'я, сімейне життя, громадська життя, матеріальне благополуччя, політична стабільність і безпеку, клімат і географія, рівень зайнятості, політичні та громадянські свободи, гендерна рівність. По кожній групі показників досліджуваних країнах виставляється оцінка в балах – від 1 до 10 (з використанням тисячних часток). Чим більше балів, тим більш високо оцінюється країна за даним критерієм. При підсумковому розрахунку Індексу показники сумуються відповідно до заданої шкалою зважування, яка

визначається дослідницькою групою після консультацій з експертами, опитаними в процесі дослідження.»[15].

Здійснивши оцінку якості життя в країнах Європи бачимо (рис. 3.9), що найбільший показник якості життя спостерігається у Німеччині та становить за 10-бальною шкалою понад 8,333 балів. Наступною країною за оцінюванням жителів країни є Норвегія, адже індекс якості життя становить близько 8,051 балів, дещо менший показник зафіксований у Швеції та Ісландії, що відповідно дорівнюють 7,937 та 7,911 балів.

Наступними країнами за розміром індексу в понад 7,00 балів є Данія, Фінляндія, Нідерланди, Греція, Німеччина, Франція, Кіпр, Бельгія та Австрія. Зокрема, у Данії індекс становив близько 7,797 балів, у Фінляндії показник дорівнював близько 7,618 балів, у Нідерландах індекс сягав близько 7,433 балів, у Греції індекс склав більше як 7,163 балів, у Німеччині значення показника становило понад 7,048 балів, у Франції індекс дорівнював близько 7,084 балів, у Кіпрі індекс становив більше як 7,097 балів, у Бельгії індекс якості життя знаходився на рівні 7,095 балів, в Австрії індекс склав близько 7,268 балів.

Наступними країнами з розміром індексу якості життя понад 6,00 балів є Хорватія, Великобританія, Чехія, Польща, Угорщина та Болгарія. Зокрема, у Хорватії індекс становив близько 6,301, у Великобританії індекс якості життя дорівнював 6,917, у Чехії значення якості життя становила більше як 6,629, у Польщі показник задоволеності життям становив понад 6,309, в Угорщині індекс знаходився на рівні 6,534, у Болгарії показник був на рівні близько 6,162.

Індекс якості життя в межах понад 5,00 балів притаманний для наступних країн: Вірменія, Грузія, Азербайджан, Україна та Естонія. У Вірменії показник якості життя складає понад 5,422 балів, у Грузії близько 5,365 балів, в Азербайджані більше як 5,377 балів, в Україні індекс якості життя склав понад 5,032 балів, у Естонії більше як 5,905 балів.

Найменший показник якості життя характерний для двох країн Європи це Білорусь та Росія, адже їх індекси становлять лише 4,978 та 4,796 балів відповідно.

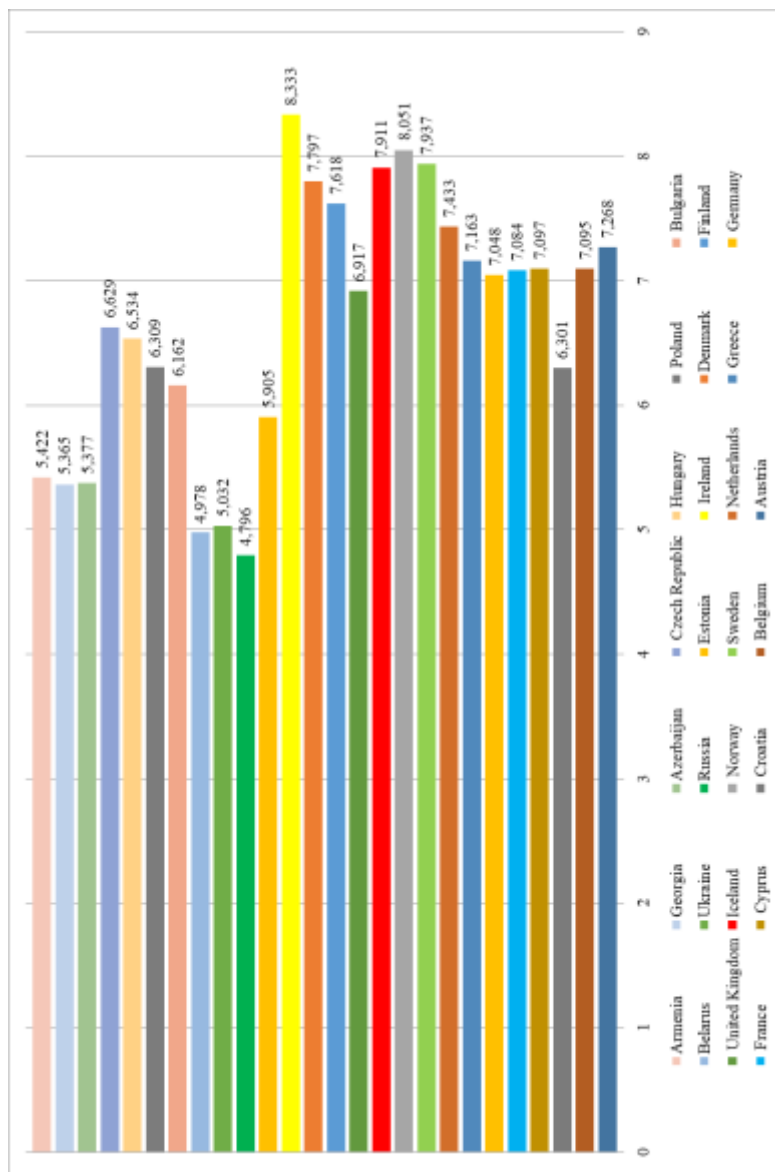


Рис. 3.9. Оцінка індексу якості життя в країнах Європи, 2005 рік

Джерело: сформовано автором на основі [15]

4. Індекс задоволеності життям в Україні та країнах Європи.

«В даний час вважається, що поняття щастя або задоволеності життям – одне з найбільш важливих напрямків досліджень в області соціології, психології, економіки та державного управління. Показники задоволеності життям стали особливістю нинішнього політичного дискурсу і часто розглядаються як певної альтернативи показниками економічного зростання, так як в цілому мають більше спільного з життям реальних людей, ніж абстрактні економічні теорії. Індекс задоволеності життям позиціонується як глобальна проєкція суб'єктивного благополуччя людей на планеті і ґрунтується на статистичному аналізі даних мета досліджень різних опитувань, індексів та інших показників за рівнем щастя громадян відповідних країн. В ході дослідження проаналізовано дані, опубліковані спеціалізованими установами Організації Об'єднаних Націй, Світового банку, Організації Економічного співробітництва та розвитку, Світової Організації Торгівлі організації, Gallup, Economist Intelligence Unit, New Economics Foundation, інших міжнародних організацій та національних інститутів – всього понад 100 різних досліджень по всьому світу»[1]

Щодо оцінки індексу задоволеності життя в країнах Європи (рис. 3.10) спостерігається наступна ситуація:

- найбільший показник індексу задоволеності зосереджений у Данії, оскільки його значення є найбільшим серед інших досліджуваних країн та складає 273,40, наступними країнами за розміром індексу задоволеності життя є Ісландія та Австрія, значення індексу в даних країнах рівне 260,00.

- значення індексу понад 250,00 характерно для Ірландії, її індекс становить близько 253,33, у Фінляндії та Швеції понад 256,67, у Нідерландах близько 250,00;

- у Норвегії, Німеччині та Бельгії індекс задоволеності життям становить понад 240,00, а саме в Норвегії – 246,67, у Німеччині – 240,00, у Бельгії – 243,33;

- на Кіпрі та у Великобританії індекс задоволеності життям дорівнює близько 230,00 та 236,67 відповідно;

- у Франції індекс задоволеності життям дорівнює 220,00, дещо менший показник близько 213,33 характерний для Чехії, а близько 210,00 зосереджено у Греції;

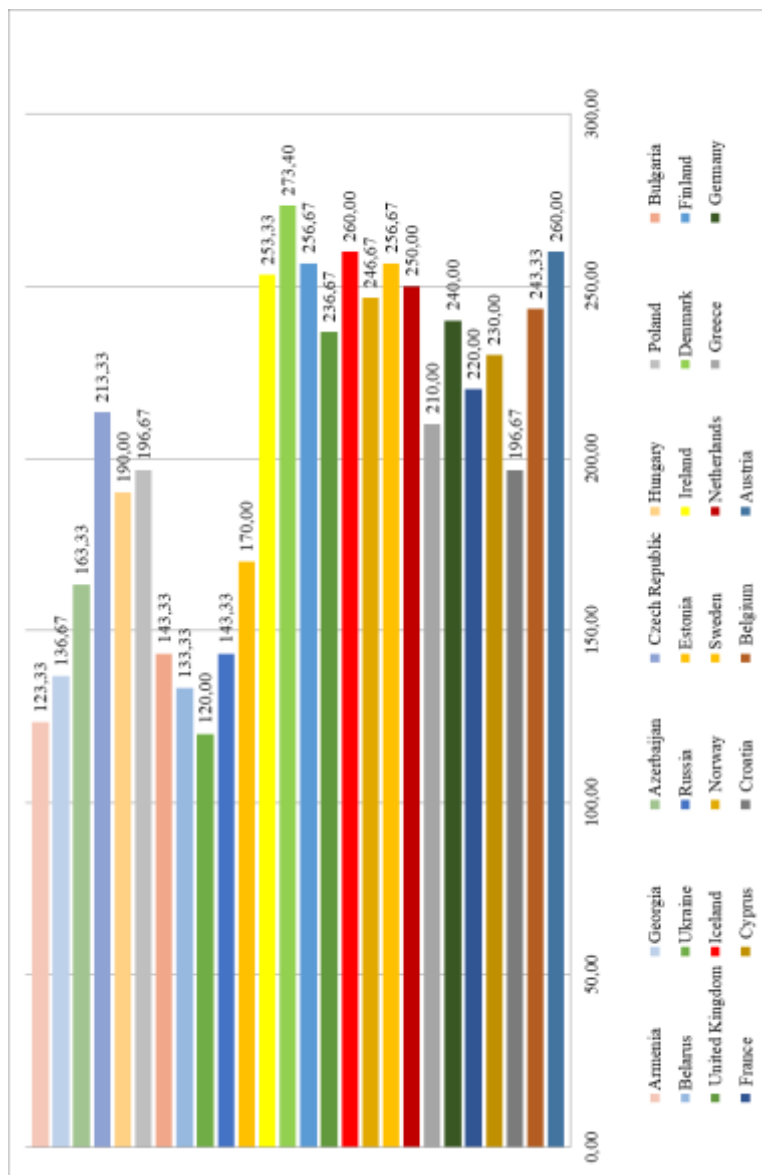


Рис. 3.10. Оцінка індексу задоволеності життя в країнах Європи, 2006 рік

Джерело: сформовано автором на основі [1]

- у Хорватії та Польщі значення індексу задоволеності життям знаходиться на рівні 196,67 відповідно, дещо менше значення індексу зафіксовано в Угорщині, що становить близько 190,00;

- у Естонії та Азербайджані показник індексу становить понад 170,00 та 163,33 відповідно;

- у Росії та Болгарії показник знаходиться на одному рівні та дорівнює 143,33 відповідно;

- у Грузії та Білорусі показник становить більше як 136,67 та 133,33 відповідно;

- найменший показник індексу якості життя зосереджений у Україні та Вірменії, та становить 120,00 та 123,33 відповідно.

Висновки до 3-го розділу

1. Важливе значення при дослідженні реформування системи державного управління будь-якої сфери має оцінка результатів таких реформ. Особливо важливою реформою за останні п'ять років стала медична, яка концептуально трансформувала систему охорони здоров'я України. На сьогодні питання якості медичних послуг залишається найбільш актуальним в системі розвитку державного управління, а тому оцінка наслідків проведеної реформи є важливою як із позиції наукового дослідження, так і з позиції формування нових державно-управлінських рішень. Провівши оцінку планових показників, бачимо, що серед усіх гарантій, наданих Національною службою охорони здоров'я України, найбільшу частку займає вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога, яка складає 60,91%, на другому місці за часткою знаходиться первинна медична допомога, якій належить 26,58%, наступною за розміром частки гарантій є екстрена медична допомога, яка становить 6,47%, четвертою за часткою гарантій зафіксована реімбурсація лікарських засобів, яка становить 4,29%, медична реабілітація складає лише 0,61% частки питомої ваги, наступний вид гарантій резерв, техзабезпечення в масовій частці становить лише 0,73%, на останньому місці зосереджена паліативна медична допомога, яка в загальній структурі складає лише 0,41% питомою ваги.

2. У цілому по Україні було укладено 29142060 декларацій, що складає 69 % від населення. Дослідження за регіонами показало, що більшість угод укладено жінками, понад 55 %. Важливе значення проведення реформи має для приватної медицини. Частка серед приватних надавачів первинної медичної допомоги, які уклали договір із НСЗУ має наступну структуру: сума масової частки понад 7% спостерігається у Вінницькій області, понад 6% у Волинській області; понад 19% у Дніпропетровській області; понад 10% у Донецькій області; понад 11% у Одеській області; понад 12% у Івано-Франківській та Хмельницькій областях; понад 16% у Закарпатській та Київській області; понад 14% у Запорізькій області; понад 3% у Кіровоградській області; понад 5% у Луганській, Львівській та Харківській областях; понад 8% Житомирській, Рівненській, Херсонській областях; понад 9% у Полтавській області; понад 40% у місті Київ; понад 2% у Миколаївській, Черкаській та Чернівецькій областях; понад 4% у Чернігівській області; понад 18% у Сумській області.

3. Серед запланованих медичних гарантій на 2020 рік заданими Національною службою здоров'я України, найбільшу питому вагу займають гарантії на Стационарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу дорослим та дітям та складають 57,48% загальної структури, наступною за розміром питомої ваги виступає амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу, якій належить 15,25% питомої ваги, допомога в пріоритетних станах в стаціонарі становить 8,84% питомої ваги, діагностика та спеціальне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей займає 5,52% питомої ваги, лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах складає 3,84% питомої ваги, інструментальні дослідження для ранньої діагностики новоутворень становлять 2,23% питомої ваги, лікування дорослих та дітей із туберкульозом займає 1,43% питомої ваги, пілотний проєкт зміни системи фінансування закладів СМД у Полтавській області (І кв. 2020 року) становить 0,79% питомої ваги, Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини складає 0,48% питомої ваги, останнім за масовою часткою

питомої ваги запланованих медичних гарантій є лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії, яке займає лише 0,06% загальної структури.

4. Стан здоров'я населення будь-якої країни є ключовим фактором соціально-економічного розвитку країни, адже визначає стан людських ресурсів, а, отже, кадрового потенціалу для держави, інвесторів, роботодавців та інших учасників господарських відносин. Особливо важливим стан здоров'я населення є при формуванні та розробці державної політики у сфері охорони здоров'я. Напрямами оцінки здоров'я населення, що є особливо актуальними на сьогодні являються наступні: чисельність населення (в Україні чисельність чоловічого складу населення серед інших представлених країн та становить понад 20 491 тис.осіб та жіночого складу, яке дорівнює понад 23 755 тис.осіб), очікувана тривалість життя при народженні (очікувана тривалість життя при народженні чоловіків складає понад 68 років (67,6), жінок більше як 77 років (77,1)), очікувана тривалість здорового життя (очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 60 років (60.3), серед жінок понад 68 років (67,6)), оцінка материнської та дитячої смертності (Коефіцієнт материнської смертності становить понад 19%, коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає понад 9% та коефіцієнт неонатальної смертності дорівнює більше як 5%), стан захворюваності населення на вірусні хвороби (в Україні спостерігається найбільша захворюваність туберкульозом та виявлено найбільшу кількість нових випадків ВІЛ серед інших країн). Дослідження в зазначених напрямках характерне з позиції оцінки стану здоров'я в світі в розрізі регіонів та України і її найближчих сусідів.

5. Для оцінки стану охорони здоров'я в певній країні є можливість вивчення міжнародних рейтингів країн світу, що оцінюються за міжнародними індексами. Зазвичай такі рейтинги розробляються та розраховуються міжнародними неурядовими організаціями. З точки зору державного управління вивчення таких рейтингів дозволить встановити напрями розвитку механізмів щодо удосконалення системи охорони здоров'я. Міжнародними показниками, що характеризують стан здоров'я населення є наступні: 1) показники дитячої смертності (в Україні зосереджена тенденція до

зменшення індексу дитячої смертності протягом всього досліджуваного періоду (2019-2020 рр.), адже індекс знизився з 7,90% у 2016 році до 7,40% у 2020 році); 2) рівень щастя (в Україні у 2016 році індекс щастя складав близько 4,096%, у 2017 році індекс зріс та дорівнював уже 4,103%, у 2018 році зафіксовано збільшення 4,332%, на кінець 2019 року також відбулося збільшення значення показника та становило більше як 4,561%); 3) індекс якості життя (індекс якості життя в межах понад 5,00 балів притаманний для наступних країн Європи: Вірменія, Грузія, Азербайджан, Україна та Естонія); 4) індекс задоволеності життям (серед країн Європи найменший показник індексу задоволеності життям зосереджений в Україні та Вірменії, та становить 120,00 та 123,33 відповідно). Зазначенні індекси вивчимо з позиції стану охорони здоров'я в Україні та країнах Європи. Усі країни розподілимо за регіонами: Західна Європа; Східна Європа; Північна Європа; Південна Європа.

РОЗДІЛ 4 УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

4.1. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я

Важливе значення в удосконаленні державного управління системою охорони здоров'я має кадровий механізм. Так, управління медичними кадрами є вкрай важливим виходячи з наступного:

- по-перше, від керівних кадрів залежить ефективність системи управління. «Причиною кадрових негараздів фахівці вважають несучасність управління кадровими ресурсами охорони здоров'я, застарілу систему планування, невідповідні часу кадрові нормативи, що особливо помітно на регіональному та місцевому рівнях. Потреба в модернізації кадрової політики в системі охорони здоров'я підкреслюється відсутністю в списку кваліфікацій таких поширених у світі фахівців, як менеджери з охорони здоров'я. Відповідно, цих спеціалістів також не готують вищі навчальні заклади для сфери охорони здоров'я. Недостатньою є кількість фахівців з вищою освітою – медичних сестер» [99, с. 43];

- по-друге, кадри є найбільш важливим ресурсом системи охорони здоров'я. «Ефективне функціонування національної системи охорони здоров'я, в першу чергу, визначається її ресурсами, головним чином кадровим забезпеченням. Медичні кадри, будучи найбільш важливим ресурсом галузі, мають вирішальний вплив на збереження і поліпшення громадського здоров'я. Сучасні тенденції в забезпеченні медичними працівниками в багатьох країнах характеризуються дефіцитом різних категорій персоналу, дисбалансом їх розподілу, некерованою міграцією, поганими умовами праці, невисокою продуктивністю, слабким розвитком інформаційної бази для планування, підготовки та використання кадрових ресурсів» [48, с. 34]

- по-третє, від професіоналізму медичних кадрів залежить якість медичної послуги. «Якість і доступність надання медичної допомоги населенню країни залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їхнього професійного рівня. Реалізація ефективної кадрової політики в системі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування медичної сфери. Складовими

успіху розвитку медицини в будь-якій країні є професійна освіта, профільна наука і практична діяльність» [37]. «У комплексі механізмів регулювання кадрових процесів в медичних організаціях своєрідними каталізаторами ефективності їх дії виступає вдосконалення нормативно-правових основ розвитку медичних організацій, впорядкування контрольних функцій управлінських структур, економічні та мотиваційні механізми регулювання кадрових процесів, сучасні кадрові технології.» [89].

Вагоме значення в розвитку наукових положень державної кадрової політики системи охорони здоров'я України має дисертаційне дослідження з проблем підготовки медичних кадрів, що підготовлено М.М. Білинською. В цілому питання державної кадрової політики України піднімали: Ю.В. Ковбасюк, К.О. Ващенко, Ю.П. Сурмін, М.М. Білинська, О.Ю. Амосов, В.С. Загорський, М.М. Іжа, В.А. Ландсман, С.М. Серьогін, Л.М. Гогіна, В.А. Дон, Л.І. Загайнова, С.В. Загороднюк, Н.В. Корень, Т.П. Крушельницька, Р.А. Науменко, О.М. Руденко, О.І. Пархоменко-Куцевіл та інші.

Авраменко Т.П. вважає, що «серед невідкладних завдань, що стоять перед вітчизняною системою охорони здоров'я, на перший план виступає вдосконалення кадрової політики. Кадровий потенціал є вагомішою складовою ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я. Наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл, умови діяльності, оплата праці, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню. Кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі. Це підтверджують і міжнародні експерти, які зазначають, що для усунення ризиків на шляху досягнення національних і глобальних цілей у сфері охорони здоров'я необхідно створити контингент кваліфікованих, цілеспрямованих і авторитетних працівників охорони здоров'я. Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності діяльності як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому. А стратегія вироблення кадрової політики повинна ґрунтуватися на реальних потребах медичної галузі» [23, с. 4]. У цілому погоджуємося з авторськими положеннями щодо управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я. Особливою думкою автора, що має проходити червоною лінією в реалізації кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я, є те, що всі зусилля мають бути направлені як на удосконалення результативності

діяльності окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому.

«Український досвід формування та реалізації державної кадрової політики пов'язаний з подальшим удосконаленням нормативно-правового забезпечення та створенням сучасної системи державної кадрової політики. Протягом останніх років в Україні оновлюється та уніфікується законодавство; здійснюється стратегічне управління державною кадровою політикою; впроваджуються система управління результативністю та функціональне управління; реформується система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів, оптимізується мережа навчальних закладів усіх рівнів, функціонує система державного замовлення відповідно до потреб ринку праці; з'являються нові форми здобуття освіти; модернізується система профорієнтації, формується мережа центрів професійної орієнтації тощо» [104, с. 39].

Вагоме значення в удосконаленні та розвитку кадрової політики в системі охорони здоров'я України мають наукові результати отриманні вітчизняними вченими. Питання формування напрямів удосконалення державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я України піднімалися багатьма вченими. Зокрема, вченими пропонувалися різні напрями розвитку як кадрового механізму державного управління, так і концептуальних положень державної кадрової політики.

Савіна Т.В. пропонує наступні напрями удосконалення державної кадрової політики:

«- розробка та впровадження ефективних методів та інструментів для реалізації кадрової політики;

- створення національної обсерваторії кадрових ресурсів охорони здоров'я як центру збору даних, моніторингу, аналізу та проведення досліджень для надання рекомендацій з метою прийняття управлінських рішень;

- створення єдиного реєстру медичних працівників;

- продовження підготовки відповідних медичних кадрів (середній медичний персонал, лікарі, управлінці);

- активну співпрацю з міжнародними організаціями, у тому числі з ВООЗ, з питань кадрових ресурсів охорони здоров'я тощо;

- запровадження системи страхування професійної відповідальності на випадок помилки і за наявності ризику у зв'язку з медичним втручанням;

- поетапний перехід на оптимальну систему співвідношення медичних кадрів; досягнення співвідношення чисельності лікарів та середнього медичного персоналу 1 до 4 (7—8) для патронажної служби;

- формування професійного самоврядування у вирішенні питань кадрової та інноваційної політики, розробці єдиних стандартів надання медичної допомоги та оцінці її якості» [175, с. 97-98].

Важливими пропозиціями автора щодо розвитку системи управління кадрами системи охорони здоров'я є: формування інформаційної бази даних кадрового складу системи охорони здоров'я; впровадження системи страхування професійних ризиків медичних працівників. Саме зазначені пропозиції значно модернізують кадровий потенціал системи охорони здоров'я в напрямі її відповідності передовим технологіям управління кадровим потенціалом у сфері охорони здоров'я, що визначена світовими стандартами.

Бойко С.Г. пропонує наступні напрями удосконалення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я:

«1) розробити регіональні програми підготовки медичних працівників для закладів охорони здоров'я, ширше використовувати при цьому систему цільового направлення на підготовку кадрів (особливо серед сільської молоді, а також молоді «проблемних» регіонів). Для цього передбачити відповідні кошти в місцевих бюджетах;

2) внести зміни до системи вузької спеціалізації в інтернатурі після того, як випускники відпрацюють сімейними лікарями три роки в регіонах, де найбільш гостро відчувається в них потреба;

3) запровадити диференціацію розміру оплати праці медичних працівників залежно від рівня їхньої кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи, а також неперервності стажу роботи» [37].

Зазначенні пропозиції дозволять лише частково задовольнити потребу в медичних кадрах окремих територій та регіонів. Проте, таке використання випускників медичних закладів вищої освіти може призвести до кадрового голоду в інших сферах системи охорони здоров'я, а в окремих випадках призведе до старіння медичних працівників вузькоспеціалізованих напрямів. Механізми забезпечення кадрами окремих територій та регіонів має визначитися на рівні регіональної політики шляхом фінансової та дотаційної підтримки випускників шкіл.

Л. Круп'як та І. Круп'як вважають, що розвиток державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я має бути визначений наступними напрямками:

«- удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб;

- реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки;

- здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями: медичний психолог, клінічний фармацевт, економіст охорони здоров'я, фахівець з інформатики охорони здоров'я, фахівець з експлуатації медичної техніки, менеджер охорони здоров'я;

- розширення підготовки сімейних лікарів – лікарів загальної практики;

- удосконалення системи підготовки медичних сестер;

- розробка нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників;

- удосконалення обліково-звітної документації кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я, системи моніторингу та критеріїв оцінки якості роботи медичних працівників, вироблення ефективних механізмів підвищення мотивації тощо;

- підготовка відповідних медичних кадрів (середній медичний персонал, лікарі, управлінці);

- розробка та впровадження ефективних методів та інструментів для реалізації кадрової політики в закладах охорони здоров'я;

- удосконалення методології та практики адміністрування діяльності закладів охорони здоров'я» [111].

Визначені пропозиції не повною мірою враховують сучасні підходи до реформування системи охорони здоров'я, а в окремих випадках є суперечливими. Зокрема, пропозиції авторів щодо підготовки фахівців за новими спеціальностями є дискусійним з тієї позиції, що розширення спектру спеціальностей в інших галузях знань (економіка, інформатика, менеджмент, психологія) лише спотворить підготовку фахівців і не повною мірою зможе зменшити кадровий голод. Крім того, питання підготовки сімейних лікарів сьогодні є не настільки актуальним як підготовка

вузькоспеціалізованих лікарів. Розподіл підготовки медичних кадрів за рівнями (середній медичний персонал, лікарі, управлінці) теж не зможе вирішити проблему, а лише зробить плутанину в національній рамці кваліфікацій. Ряд позицій авторів визначають лише напрямки, які потребують удосконалення, але в жодному напрямі не дають конкретних пропозицій.

Фахівцями Національної академії державного управління при Президентові України за редакцією Ю.В. Ковбасюк, К.О. Ващенко, Ю.П. Сурмін, підготовлено наукову доповідь щодо реформування державної кадрової політики. Так, у частині управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я запропоновані наступні напрями удосконалення:

«- необхідно підвищити відсоток фахівців – лікарів і медичних сестер для первинної медико-санітарної. У розвинених країнах світу довела свою ефективність практика відпрацювання всіма випускниками медичних навчальних закладів по два-три роки сімейними лікарями, що сприяє укомплектуванню сфери первинної медико-санітарної допомоги і практичному вдосконаленню молодого фахівця.

- для модернізації кадрової політики у сфері охорони здоров'я слід розробити регіональні програми підготовки медичних працівників для місцевих закладів охорони здоров'я, при цьому запровадити систему цільового направлення на підготовку місцевих випускників навчальних медичних закладів;

- відповідно до стратегії реформування сфери охорони здоров'я набувають нових структурно-функціональних рис не тільки галузь охорони здоров'я, але й ціла низка галузей, дотичних до системи охорони здоров'я, в тому числі й органів державної влади, як центрального, так і регіонального та місцевого рівнів, які в новій політиці охорони здоров'я беруть на себе відповідальність за територіальну охорону громадського здоров'я і стають замовниками послуг з охорони здоров'я і, відповідно, платниками послуг. Відтак, ціла низка посадових осіб як у галузі охорони здоров'я, так і в органах влади мають набути компетентності вирішення нових проблем, що зрештою теж входить до сутності модернізації державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я» [99, с. 43].

Автори підняли вагому проблему в системі кадрової політики в системі охорони здоров'я, що полягає в удосконаленні підготовки керівних кадрів системи охорони здоров'я. Дискусійним вважаємо

питання підготовки сімейних лікарів, адже така практика є позитивною з одного боку, але з іншого є можливість втрати молодих потенційних вузькоспеціалізованих лікарів. Вважаємо, що потребує підтримки позиція авторів щодо регіональної підготовки медичних працівників. Вважаємо, що регіональна підготовка медичних працівників повинна здійснюватися виходячи із потреби регіону та фінансуватися місцевими бюджетами. Таке фінансування має відбуватися через укладання тристоронніх договорів між: органом місцевої влади, абітурієнтом (або батьками до досягнення 18 років) та закладом вищої освіти.

Колектив авторів під загальною редакцією М.М. Білинської та Я.Ф. Радиша підготували монографічне дослідження з проблем розвитку державної політики у сфері охорони здоров'я. У свою чергу, розвиток кадрового механізму її реалізації визначили наступним:

«- забезпечення потрібних для держави науково-обґрунтованих обсягів підготовки фахівців (з пріоритетним забезпеченням сімейними лікарями закладів охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості);

- забезпечення належною кількістю лікарів та молодших медичних працівників закладів охорони здоров'я в пілотних регіонах і достатньої кількості спеціалістів та фахівців для мережі обласних перинатальних центрів, надання знань з проблем реформ охорони здоров'я керівним кадрам усіх рівнів державного управління» [56, с. 297].

Вважаємо, що визначенні авторами пропозиції виходять із сучасних вимог соціально-економічної системи, відповідно до якої розвивається система охорони здоров'я.

Вітчизняні вчені Я.Ф. Радиш, О.В. Поживілова, Н.О. Васюк вважають, що «кадрова політика у державі повинна формуватися за вже встановленими організаційними принципами державної кадрової доктрини, зокрема:

- добір кадрів за діловими, професійними і моральними якостями на засадах комплексної і об'єктивної їх оцінки;

- рівність і відкритість усіх прийнятих на посаду за умови наявності відповідних професійних знань і кваліфікації;

- вирішення всіх кадрових питань демократично і гласно, забезпечення оновлення кадрів, дотримання законності і нормативних вимог у кадрових питаннях» [168, с. 99].

Зазначені положення є не стільки напрямками удосконалення державного управління кадрами системи охорони здоров'я, скільки положеннями, на яких повинен базуватися зазначений процес.

«Професіоналізація медичного персоналу має системний характер у вигляді сукупності заходів, здійснюваних в процесі управління людськими ресурсами організації, включаючи формування кадрового потенціалу, особистісно-професійний розвиток, формування і вдосконалення професійного досвіду. Мотиваційний механізм професіоналізації медичних працівників повинен будуватися на паритетному дотриманні інтересів медичних організацій та особистісних інтересів медичних кадрів» [89, с. 8].

Напрями удосконалення державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я має відбуватися виходячи із рівнів такого управління. Вважаємо, що в цілому державне управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я відбувається за наступними рівнями (рис. 4.1).

Найвищим рівнем державного управління кадровим потенціалом є керівні кадри системи охорони здоров'я держави. До даного рівня відносимо: 1) кадровий склад центральних органів виконавчої влади, зокрема Міністерство охорони здоров'я України та Національна служба здоров'я України; 2) керівники обласних управлінь охорони здоров'я. Фактично зазначений рівень реалізації кадрового механізму визначає ключових осіб щодо формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Мірошнікова Ю.В. в контексті удосконалення управління керівними кадрами системи охорони здоров'я зазначає наступне: «В останні десятиліття в період інтенсивних організаційно-структурних змін і фінансових обмежень, що відбуваються в охороні здоров'я, дедалі очевиднішою стає потреба галузі в підвищенні якості управління на всіх рівнях, що багато в чому визначається складом керівного корпусу, його професіоналізмом, умінням реагувати на виклики часу, відповідністю його професійно-ділових і особистісних якостей вимогам сучасного менеджменту. Робота в умовах ринку, що розвивається медичних послуг, розширення правової та господарської самостійності установ, необхідності забезпечення стратегічного розвитку, нарощування конкурентних переваг керованих підсистем змінює уявлення про сучасний керівника. Безповоротно проходить час виконавців. Керівник нового типу – це

креативно і раціонально мислячий, досвідчений в області суміжних галузей знань, добре підготовлений в частині практичних навичок лідер, що володіє необхідними професійними якостями, ініціативною, харизмою» [129, с. 5].

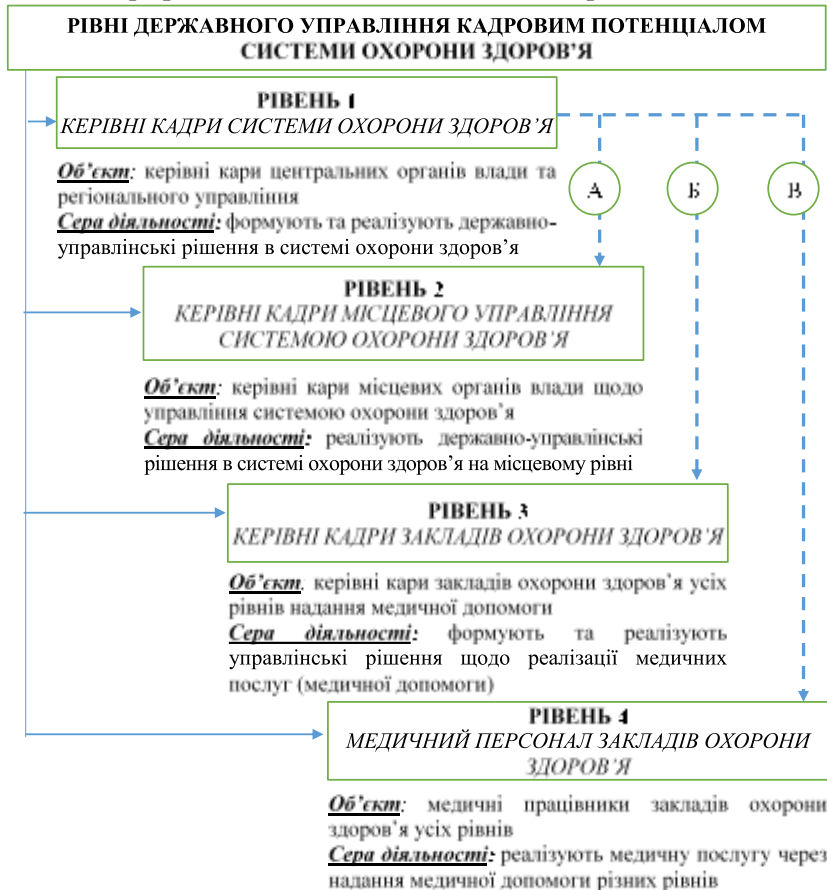


Рис. 4.1. Рівня державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я

Система державного управління має забезпечити безперервний процес формування кадрового складу вказаних державних органів та їх використання для цілей формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Особливо гостро питання якості та ефективності управління кадрами центральних органів влади стоїть в умовах реформування системи охорони здоров'я. Так, вважаємо, що важливе значення при управлінні кадровим потенціалом центральних органів виконавчої влади, має положення щодо кадрового складу. Таким положенням може бути постанова Кабінету міністрів України, яка б регулювала порядок управління кадрами зазначених органів. Постанова має містити:

- вимоги до організаційної структури центральних органів виконавчої влади та можливість її зміни в умовах трансформацій та реформ системи охорони здоров'я. Так, відповідно до розробленої національної стратегії реформування системи охорони здоров'я виникла необхідність оновлення кадрів центральних органів виконавчої влади, які б змогли сформувати та реалізувати державно-управлінські рішення, що є основою трансформації системи охорони здоров'я. У свою чергу, створення нового органу державного управління – Національної служби здоров'я України, потребувало формування нового кадрового складу;

- професійні вимоги до керівників структурних підрозділів (директоратів, служб, відділів). В даному випадку вагоме значення має освіта отримана особою, практична діяльність (досвід роботи на керівних посадах), підвищення кваліфікації, участь в міжнародних стажуваннях та інше;

- порядок кадрового (конкурсного) відбору керівників структурних підрозділів. Необхідним є встановлення чітких правил конкурсного відбору на керівні посади центральних органів виконавчої влади та керівників обласних управлінь охорони здоров'я. Зокрема, під час конкурсного відбору пропонуємо оцінювати як за формальними ознаками (рівень освіти, підвищення кваліфікації, міжнародні стажування, досвід та інше), так і не формальними, зокрема (психологічний портрет, врахування думки осіб, що працювали із претендентом, рекомендації та інше);

- порядок призначення та функціонування державного секретаря Міністерства охорони здоров'я України. Державний секретар є особливим видом керівних посад, що були впровадженні для збереження інституційної пам'яті діяльності відповідного органу державного управління.

Варто зазначити, що основним напрямом удосконалення кадрового механізму державного управління охороною здоров'я на рівні органів центральної виконавчої влади є формування кадрового резерву, адже в умовах реформування системи охорони здоров'я є потреба в постійному оновленні персоналу з метою переходу на наступний крок реформи. Так, кадровий механізм має забезпечити формування кадрового резерву як для структурних підрозділів центральних органів виконавчої влади, так і для керівних посад обласних управлінь охорони здоров'я. Формування такого резерву має бути не лише формальним, але й змістовним, а саме постійне вдосконалення компетенції осіб, що включенні до резерву.

На другому рівні державного управління кадровим потенціалом встановлюються вимоги щодо кадрового складу та його функціонування на рівні органів місцевого самоврядування. Такий рівень є особливо важливим із позиції децентралізації та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад. Так, на державному рівні є потреба у визначенні суб'єктів реалізації державно-управлінських рішень на місцевому рівні з урахуванням реформи децентралізації та первинної медичної допомоги.

Особливим рівнем державного управління кадровим потенціалом є керівні кадри закладів охорони здоров'я, а саме головні лікарі, їх заступники та завідувачі відділенням. «Стан розвитку кадрових процесів в сучасних медичних організаціях, що зумовлює процес формування і реалізації кадрової політики в системі охорони здоров'я, її структурах і організаціях, характеризується проблемними тенденціями, які вимагають ефективного управлінського впливу, заснованого на теоретичних уявленнях про управління кадровими процесами в медичних організаціях і реальної лікувальної практики» [89, с. 8].

Держава приділяє даному аспекту особливу увагу з позиції володіння такими категоріями працівників як медичними знаннями, так і компетенціями у сфері менеджменту. У процесі адміністративної реформи в Україні нового змісту повинен набути й один із найважливіших принципів кадрової політики – принцип перспективності кадрів. Зазначений принцип передбачає необхідність виконання таких вимог: – встановлення і, найголовніше, чітке дотримання вікового цензу для різних категорій посад. Ігнорування цієї вимоги призводить до того, що сьогодні, наприклад, у медичній службі ЗС України на дійсній військовій службі перебувають офіцери, яким за 65 років; – визначення терміну роботи на

одній посаді; – можливість зміни професії чи спеціальності; – організація систематичного підвищення кваліфікації; – відповідний стан здоров'я.» [168, с. 99]. З початком реформування системи охорони здоров'я було визначено, що такі категорії працівників у сфері охорони здоров'я мають отримати освіту у сфері менеджменту за спеціальностями галузей знань: 281 «Публічне управління та адміністрування» та 07 «Управління та адміністрування». Зазначені положення державної реформи значно вплинули на керівний кадровий склад закладів охорони здоров'я в Україні, проте, в цілому, не вирішили проблеми якості та ефективності управління з одного боку, та кадрового голоду з іншого. Підготовка керівного складу закладів охорони здоров'я за управлінськими спеціальностями є особливо важливою в умовах повної трансформації системи охорони здоров'я та необхідністю набуття нових знань та навичок для реалізації державної політики.

Особливим рівнем державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я є кадри закладів охорони здоров'я. Саме в зазначеному напрямі формуються ключові аспекти кадрового механізму державного управління, адже медичні працівники є ключовим ресурсом реалізації медичної послуги рівнів. Від кадрового складу залежить якість та ефективність медичної послуги. На рівні державного управління є потреба у формуванні загальних засад кадрового процесу в закладах охорони здоров'я, які мають враховувати цілі медичної реформи.

«У медичних організаціях кадрові процеси та відносини виступають об'єктом їх кадрової політики, відображаючи проблемні риси масштабного реформування лікувально-профілактичних установ, оптимізацію кадрового складу, забезпечення націленості кадрових процесів на підвищення соціально-економічної ефективності медичної діяльності і поліпшення здоров'я громадян. Управління кадровими процесами в медичних організаціях це не тільки вирішення питань кадрового адміністрування, а й реалізація комплексу задач кадрової політики, що включають в себе відтворення кадрового потенціалу, адаптацію та мотивацію, соціальне та професійний розвиток, затребуваність і соціальний захист медичного персоналу. Здійснення заходів щодо повноцінного кадрового забезпечення медичних організацій кваліфікованими кадрами можна досягти на основі розробки і реалізації науково-обґрунтованої кадрової політики в охороні здоров'я. Удосконалення системи управління кадровими процесами повинно включати розвиток суб'єктно-об'єктних

відносин, освоєння сучасних кадрових технологій, що забезпечують якісний підбір, відбір і найм медичних кадрів, їх професійну орієнтацію, адаптацію, мотивацію і затребуваність, ефективні форми професіоналізації, мотивації та комплексної оцінки, а в кінцевому підсумку – рішення проблем доступності та підвищення якості медичної допомоги громадянам країни» [89, с. 8].

Кадровий механізм державного управління системою охорони здоров'я є багатопрофільним та переплітається із різними видами державної політики, зокрема:

- державна освітня політика – трансформація підготовки медичних кадрів за освітніми програмами галузі знань «Охорона здоров'я»;
- державна кадрова політика – формування вимог до кадрового потенціалу системи охорони здоров'я;
- державна фінансова політика – визначає порядок та систему оплати праці медичних працівників.

У цілому підводячи підсумок зазначеного вище, варто вказати на те, що вищезазначені рівні формування та реалізації кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я становлять кадровий потенціал. Адже, вищезазначені рівні визначають кадровий склад як управління системою охорони здоров'я на різних рівнях, так і власне кадровий склад закладів охорони здоров'я, що реалізують медичні послуги. У загальному розумінні об'єктом кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я є:

- кадрові процеси, що відбуваються в системі державного управління у сфері охорони здоров'я на різних рівнях (загальнодержавний, регіональний, місцевий). Дані кадрові процеси визначають ефективність управління як на рівні державного управління, так і на рівні управління закладом охорони здоров'я;
- кадрові процеси в закладах охорони здоров'я. У даному випадку ефективність реалізації зазначених кадрових процесів визначає якість медичної послуги.

Важливим напрямом удосконалення кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я є формування кадрових резервів керівних кадрів та медичних працівників системи охорони здоров'я. Варто зауважити, що кадровий механізм державного управління в частині формування кадрових резервів на різних рівнях системи охорони здоров'я з одного боку виступає як:

- по-перше, частина державно-управлінського процесу, адже формується ресурсна складова реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

- по-друге, кадрові резерви керівних та медичних кадрів закладів охорони здоров'я виступають об'єктом державного управління системою охорони здоров'я.

Формування кадрового резерву в системі охорони здоров'я має стати сьогодні пріоритетним методом реалізації державно-управлінських рішень. «Резерв керівних кадрів – це визначений в теорії і практиці світового менеджменту метод (технологія) своєчасного і якісного відтворення кадрового управлінського потенціалу. Водночас якісне формування резерву керівників медичних закладів сприяє розвитку такого закладу та здійснення в майбутньому ефективного реформування системи охорони здоров'я» [176 с. 128]. Погоджуючись із думкою автора, варто наголосити, що формування кадрового резерву має відбуватися не лише на рівні керівників закладів охорони здоров'я, але й на інших рівнях як управління, так і процесу реалізації медичної послуги.

У цілому даний метод дозволить підвищити кадровий потенціал системи охорони здоров'я. «Підготовка кадрового резерву має тісний зв'язок з розвитком інтелектуального потенціалу, оскільки в резерві потрібно мати претендентів на посади з відповідним рівнем освіти, кваліфікації та потенціалом саморозвитку на посаді. Розвиток інтелектуального потенціалу персоналу може відбуватися безпосередньо під час формування кадрового резерву» [98, с. 50]. Формування резерву на різних рівнях системи охорони здоров'я, дозволить підвищити якість кадрового складу та безперервне його удосконалення.

При формуванні кадрового резерву системи охорони здоров'я варто враховувати як формальні, так і неформальні вимоги, а також не лише професійні якості, але й психологічні. «Кількісні методи досліджень, як правило, доповнюються якісними методами оцінки, представленими традиційним аналізом документів і різними видами інтерв'ю (біографічне, поведінковий, ситуаційний, проєктивне, що відрізняється меншою ймовірністю отримання соціально бажаних відповідей). При цьому результативність інтерв'ю в значній мірі залежить від особистісно-професійних якостей інтерв'юера. Слід зауважити, що різноманіття використовуваних в процесі відбору оціночних методик має своєю головною метою відсів тих кандидатів,

які володіють якостями, несумісними з успішною роботою в конкретній посаді. Фахівцями наголошується висока надійність і валідність імітаційних тестів, що дозволяють виявляти ступінь оволодіння навичками, безпосередньо пов'язаними з майбутньою діяльністю» [129, с. 27].

Крім того, методика формування резерву має враховувати прогностичні, психологічні та соціологічні інструменти. Адже, висока невизначеність прогнозування кадрового потенціалу та потреби в кадрах системи охорони здоров'я вимагає застосування комплексу інноваційних методів і процедур у наступних напрямках:

- по-перше, оцінки майбутньої потреби в кадрах на різних рівнях системи охорони здоров'я;
- по-друге, формування вимог до кандидатів, які формують кадровий резерв за групами посад;
- по-третє, процес оцінки відповідності особи вимогам, які висувуються до певних категорій посад.

Відповідно до зазначеного та сучасної потреби в кадрах системи охорони здоров'я пропонуємо формувати кадрові резерви за наступними напрямками:

- 1) кадровий резерв керівних кадрів державного управління системи охорони здоров'я;
- 2) кадровий резерв керівних кадрів державних та комунальних закладів охорони здоров'я;
- 3) кадровий резерв медичних працівників регіону;
- 4) мобілізаційний кадровий резерв медичних працівників на випадок надзвичайних ситуацій.

Особливості формування зазначених видів кадрових резервів системи охорони здоров'я представлено в табл. 4.1.

Варто зазначити, що формування вищезазначених резервів дозволить підвищити ефективність як власне системи державного управління, так і результативність та якість медичних послуг. Від державно-управлінських кадрів залежить результат рішень та ефективність реформ та реалізації державної політики.

Таблиця 4.1
Формування кадрових резервів системи охорони здоров'я

КАДРОВІ РЕЗЕРВИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
<i>Резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я</i>	<i>Резерв керівних кадрів закладів охорони здоров'я комунального та державної власності</i>	<i>Кадровий резерв медичних працівників регіону (лікаря, медичні сестри / брати, інший персонал)</i>
Резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я	Резерв керівних кадрів закладів охорони здоров'я комунального та державної власності	Мобілізаційний кадровий резерв медичних працівників на випадок надзвичайних ситуацій
Резерв кадрів, що можуть потенційно зайняти керівні посади в органах центральної виконавчої влади та обласних управліннях в системі охорони здоров'я	Резерв кадрів, що можуть потенційно зайняти керівні посади в комунальних та державних закладах охорони здоров'я (головний лікар, заступники головного лікаря)	Резерв кадрів, для мобільного формування групи медичної допомоги на випадок надзвичайних ситуацій різних рівнів
Силісність		
Резерв кадрів, що можуть потенційно зайняти керівні посади в комунальних та державних закладах охорони здоров'я	Резерв кадрів, що можуть зайняти медичні посади в закладах охорони здоров'я за різними спеціалізаціями	Резерв кадрів, для мобільного формування групи медичної допомоги на випадок надзвичайних ситуацій різних рівнів
Суб'єкти формування		
Органи центральної виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України; Національна служба здоров'я України)	Для комунальних закладів охорони здоров'я – обласні управління охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування Для державних закладів охорони здоров'я – Міністерство охорони здоров'я України	Органи місцевого самоврядування (обласні державні адміністрації, міські та селищні ради)
Кадрові служби центральних органів виконавчої влади	Кадрові служби обласних управлінь охорони здоров'я	Управління охорони здоров'я; Служби надзвичайних ситуацій
Об'єктивності формування		
При формуванні резерву необхідно врахувати кількість посад керівного складу, плинність кадрів, підтерські здібності, психологічні опитування, результати анкетування та інше	При формуванні резерву враховують: кількість закладів охорони здоров'я; ймовірність зміни їх кількості; плинність кадрів	Резерв формується в розрізі видів надзвичайних ситуацій, а саме визначає спеціалізації фахівців, потреба в яких може виникнути

Так, формування кадрових резервів дозволяє:

- безперервному впровадженню реформ у системі охорони здоров'я;

- готувати кандидатів на заміщення новостворених посад або вакантних посад;

- ефективно організувати підвищення кваліфікації та стажування керівних та медичних кадрів усіх рівнів;

- зберегти інституційну пам'ять органу управління системою охорони здоров'я;

- залучення представників кадрового резерву до реформування системи охорони здоров'я як експертів;

- підвищити ефективність кадрового процесу на всіх рівнях державного управління системою охорони здоров'я та закладами охорони здоров'я;

- визначати ресурсний потенціал для реалізації стратегічних цілей в розвитку системи охорони здоров'я;

- унеможливити випадкові призначення на керівні посади державного управління системою охорони здоров'я.

Формування кадрових резервів у системі охорони здоров'я є досить складним процесом, адже передбачає оцінку претендентів за сукупністю формальних та неформальних ознак, які передбачають не лише оцінку успішної роботи на попередніх посадах, але й мотивацію, можливість безперервного розвитку та вдосконалення навичок, наявність комунікативних здібностей, організаторські здібності та інші.

На державному рівні необхідно сформувати чіткий процес формування та використання кадрових резервів різних рівнів. Зокрема, необхідно:

- чітко визначити суб'єктів формування кадрових резервів та їх професійні обов'язки;

- обґрунтувати методикку визначення необхідності та обсягів кадрового резерву;

- визначити процедуру відбору осіб до кадрового резерву (методика буде визначатися видом кадрового резерву);

- обґрунтувати механізм використання кадрового резерву.

Резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я.

Ефективність реалізації реформи в системі охорони здоров'я та, власне, державно-управлінського процесу залежить від керівних кадрів. Відповідно система відбору керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я має відбуватися враховуючи, що претенденти на керівні посади мають володіти сукупністю рис, які проявляються у формальних та неформальних положеннях. Це можливо через планомірний та постійний процес формування та використання кадрового резерву керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я. Формування особливих вимог до керівних кадрів системи охорони здоров'я обумовлено тим, що управлінські технології є мінливими до зовнішнього середовища та підлягають постійному вдосконаленню, що вимагає відповідного професійного рівня. Відповідно наявність підготовленого кадрового резерву керівних кадрів дозволить забезпечити спадкоємність кадрів та забезпечення збереження інституційної пам'яті відмовного органу державного управління.

Формування резерву керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я має бути затверджене на державному рівні через положення, що затверджене постановою Кабінету міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України Про затвердження Положення про формування та використання резерву керівних кадрів державного управління системи охорону здоров'я. Дана постанова має містити наступні положення:

1. Основні поняття та категорії, що використовуються при формуванні та використанні резерву керівного складу державного управління системою охорони здоров'я. Зокрема, такими поняттями є: кадровий резерв; резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я; суб'єкт формування резерву керівних кадрів державного управління системи охорони здоров'я; коефіцієнт плинності кадрів; принципи формування та використання резерву керівних кадрів; учасник кадрового резерву.

2. Принципи, на яких базуються формування та використання резерву керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я:

- системності – резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я має переглядатися постійно із врахуванням факторів внутрішнього та зовнішнього середовища;

Розділ 4. Удосконалення механізмів державного управління системою охорони здоров'я

- періодичності – при формуванні резерву керівних кадрів необхідно визначати період, на який він створюється та надавати один із статусів такого резерву: короткостроковий, середньостроковий, довгостроковий;

- плановості – резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я має враховувати стратегічні напрями та плани розвитку системи охорони здоров'я та відповідних органів державного управління;

- гласності – можливість доступу до інформації про результати формування та використання резерву керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я внутрішніх та зовнішніх стейкхолдерів;

- незалежності – уникнення конфлікту інтересів між суб'єктами формування та використання резерву керівних кадрів та претендентів, що можуть бути включенні до резерву;

- рівності – можливість участі у кадровому резерві широкого кола осіб, що відповідають формальним та неформальним характеристикам, які оцінюються.

2. Порядок доступу зацікавлених сторін до інформації про результати формування та використання резерву керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я.

3. Встановлення обсягів кадрового резерву керівного складу державного управління системою охорони здоров'я. При визначенні обсягів кадрового резерву суб'єкт формування має врахувати:

- по-перше, кількість посад щодо яких формується резерв; організаційну структуру управління органів центральної виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України; Національна служба здоров'я України) та обласних управлінь охорони здоров'я;

- по-друге, коефіцієнт плінності кадрів в цілому в системі державного управління;

- по-третє, ймовірність збільшення чи зменшення кількості посад керівного складу в умовах реформування системи охорони здоров'я;

- по-четверте, визначення кадрових вимог, що висувуються до тих чи інших посад керівного складу державного управління системою охорони здоров'я.

4. Визначення вимог до кандидатів у резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я. Такі вимоги

формуються на основі формальних та неформальних характеристик претендентів до внесення у кадровий резерв. Зокрема:

- вивчення та аналіз документів про освіту, підвищення кваліфікації, стажування та можливість безперервного навчання. Вважаємо, що для такого виду посад має бути вимога: наявність вищої медичної освіти та освіти в сфері управління, зокрема в галузях знань 281 «Публічне управління та адміністрування» та 07 «Управління та адміністрування». Крім того, підвищення кваліфікації має бути також як в сфері медицини за спеціалізацією претендента, так і у сфері управління, зокрема державного управління (публічне управління та адміністрування). Крім того, при формуванні професійних вимог варто врахувати необхідність управлінських, правових та фінансових навичок;

- вивчення та аналіз анкетних даних та характеристик із місць роботи учасника. Такі характеристики мають бути як від співробітників, так від керівників та від стейкхолдерів при можливості;

- вивчення та аналіз резюме та / або мотиваційного листа претендента до кадрового резерву;

- психологічне тестування учасника щодо оцінки його рис як керівника з позицій: особистої зацікавленості, стресостійкості, комунікації, лідерські здібності, мотивації та інше;

- вивчення та аналіз документів щодо порушення претендентом законодавства України. Претендент має пред'явити довідку про несудимість та завірену трудову книжку в частині записів про порушення трудової дисципліни та притягнення до дисциплінарної відповідальності;

- вивчення та аналіз документів про попередні місця роботи, досвід роботи на медичних посадах та керівних посадах, пов'язаних з управлінням у системі охорони здоров'я;

- вивчення та аналіз документів про стан здоров'я претендента;

- вивчення можливих скарг із попередніх місць роботи.

5. Склад та зміст документів, що використовуються для формування та використання резерву керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я. При формуванні резерву, пропонуємо визначити наступний склад документів, щодо оцінки претендентів:

- копії документів, що підтверджують освіту, підвищення кваліфікації та стажування претендента;

- мотиваційний лист, у якому претендент вказує посади, на які може претендувати та мотивації: власні та суспільні;

- резюме претендента за відповідною формою;
- опитувальники та анкети щодо психологічних характеристик претендента;
- анкети щодо професійної характеристики претендента;
- характеристики претендента з інших місць роботи;
- відомості про відсутність судимості;
- документи про стан здоров'я претендента;
- інші види документів, що унеможливають займання претендентом посади в органах державного управління.

Документи щодо результатів оцінки претендента:

- відомість оцінки претендента;
- профіль претендента.

Для оперативного управління резервом керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я пропонуємо створити базу даних про учасників кадрового резерву, яка б містила профіль претендента.

6. Механізм перегляду кадрового резерву. Зазначений механізм має визначати наступне: періодичність перегляду кадрового резерву; можливі причини дострокового перегляду кадрового резерву; методи перегляду кадрового резерву.

7. Порядок безперервного навчання учасників резерву керівних кадрів державного управління системи охорони здоров'я.

8. Порядок використання резерву керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я. Зокрема, є необхідність визначення послідовності пропозиції членам кадрового резерву на заміщення відповідної вакантної посади.

Впровадження зазначеного положення є основою правового регулювання формування та використання резерву керівного складу державного управління системою охорони здоров'я. Вважаємо, що визначенні нами положення в загальному характеризують досліджуваний процес та можуть бути зміннені за потреби та в умовах реформування системи охорони здоров'я у зв'язку із трансформацією

Резерв керівних кадрів закладів охорони здоров'я комунальної та державної власності.

Зарубіжна дослідниця Капріна І.В. вказує, що «Управління кадровими процесами в медичній організації може включати аналіз кадрової ситуації, кадрове планування і прогнозування, розробку і прийняття управлінських рішень, організаційні заходи, що включають

реалізацію політики підбору і розстановки медичного персоналу з урахуванням моральних і особистісних якостей лікарів і персоналу, стимулювання лікарських кадрів, оцінка професійного рівня, формування і використання кадрового резерву та робота з ним, правове регулювання кадрових відносин.» [89]. Основою забезпечення безперервності процесу оновлення керівних кадрів закладів охорони здоров'я є формування резерву на заміщення посад: головних лікарів, заступників головних лікарів, завідувачів відділення, головних медичних сестер / братів. Це є основою стратегічного планування кадрового потенціалу закладу охорони здоров'я.

Вітчизняна дослідниця Савіна Т.В. вважає, що «Робота з резервом керівників медичних закладів передбачає такі напрями діяльності:

- планування кадрового резерву, прогнозування змін у складі керівних посад;
- визначення вимог до кандидатів, які беруть участь у формуванні резерву керівників медичних закладів;
- визначення фахівців, які мають потенціал для зайняття посад керівників медичних закладів;
- цільова підготовка учасника резерву до роботи на посаді керівника медичного закладу;
- забезпечення заміщення вакантної посади керівника медичного закладу з числа учасників резерву;
- створення системи моніторингу діяльності резерву керівників медичних закладів» [176, с. 129].

У даному контексті система державного управління має передбачати чіткі правила формування такого резерву з врахуванням галузевих особливостей. На державному рівні необхідно затвердити обов'язковість формування резерву керівних кадрів закладів охорони здоров'я із врахуванням наступних особливостей регіону:

- кількість госпітальних округів в області;
- кількість лікарень в області за різними формами власності (державні та комунальні);
- кількість посад керівного складу в розрізі: головні лікарі та їх заступники; кількість завідувачів відділень;
- середній вік осіб, що займають керівні посади в закладах охорони здоров'я регіон.

Власне, механізм формування даного резерву пропонуємо затвердити на державному рівні постановою Кабінету міністрів України «Про формування та використання резерву керівних кадрів закладів охорони здоров'я регіону». Структура такої постанови має бути наступна:

1. Сфера поширення зазначеного положення. Суб'єктами формування резерву керівних кадрів закладів охорони здоров'я є обласні управління охорони здоров'я. Кадровий резерв формується для регіону, зважаючи на кількість державних та комунальних закладів охорони здоров'я. Формування такого резерву є обов'язковим.

2. Порядок доступу зацікавлених сторін до інформації про результати формування та використання резерву керівних кадрів закладів охорони здоров'я регіону.

3. Встановлення обсягів кадрового резерву керівного складу закладів охорони здоров'я. Вимоги до обсягів зазначеного резерву визначенні вище.

4. Визначення вимог до кандидатів в резерв керівних кадрів закладів системи охорони здоров'я в розрізі груп.

5. Склад та зміст документів, що використовуються для формування та використання резерву керівних кадрів закладів охорони здоров'я.

6. Механізм перегляду кадрового резерву.

7. Порядок безперервного навчання учасників резерву керівних кадрів закладів охорони здоров'я.

8. Порядок використання резерву керівних кадрів закладів охорони здоров'я.

Основними професійними вимогами до претендентів у кадровий резерв є, крім медичної освіти та досвіду роботи, ще й компетенції в сфері управління, права та фінансів

Кадровий резерв медичних працівників регіону (лікарі, медичні сестри / брати, інший персонал).

При формуванні кадрового резерву медичних кадрів використовуються загальні підходи, які були визначенні нами вище (при формуванні резервів керівних кадрів), але з модифікацією в частині власне медичного досвіду, спеціалізації, освіти та інше.

Мобілізаційний кадровий резерв медичних працівників на випадок надзвичайних ситуацій.

Формування мобілізаційного резерву медичних працівників є важливим із позиції формування груп медичної допомоги на випадки

надзвичайних ситуацій. Так, мобілізаційні кадрові резерви медичних працівників мають формуватися на рівні регіону за кожним видом надзвичайних ситуацій. Включення до такого виду кадрового резерву має мотивуватися. Мотивацією може бути: по-перше, постійне безоплатне підвищення кваліфікації за спеціалізаціями; по-друге, необмежений доступ до лабораторій, інформаційних баз, інноваційних технологій; по-третє, міжнародні стажування.

Підводячи підсумок викладеного вище, наголосимо, що нами обґрунтовано напрями розвитку кадрового потенціалу, зокрема: ідентифіковано рівні державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я; визначено вплив різних видів державної політики на державне управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я; розроблено порядок формування кадрових резервів системи охорони здоров'я (резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я; резерв керівних кадрів закладів охорони здоров'я комунальної та державної власності; кадровий резерв медичних працівників регіону (лікарі, медичні сестри / брати, інший персонал); мобілізаційний кадровий резерв медичних працівників на випадок надзвичайних ситуацій.

4.2. Інвестиційно-інноваційна діяльність держави у сфері охорони здоров'я

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

вимагають посилення державних заходів щодо ефективності медичного обслуговування населення з метою збереження людського потенціалу, підвищення результативності діяльності охорони здоров'я на всіх рівнях управління, в тому числі в результаті проведення інноваційних змін і управління ними» [108, с. 165]. «Підґрунтям підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності функціонування системи охорони здоров'я є раціональне впровадження інноваційних технологій лікування, діагностики, профілактики та реабілітації захворювань, вдосконалення менеджменту та професійної підготовки медичних кадрів закладів охорони здоров'я. Інноваційні підходи відіграють вирішальну роль у поступальному розвитку будь-якого сектору економіки, у тому числі й сектору охорони здоров'я» [180, с. 7]. Відповідно актуалізується питання вивчення інвестиційно-інноваційної діяльності держави.

Інвестиційний розвиток системи охорони здоров'я та впровадження інновацій були окреслені в наукових працях вітчизняних та зарубіжних вчених: О. Амоша, М. Гичиєв, Д. Гендерсон, О. Євсєєва, О. Заглада, А. Калюжний, Д. Карамішев, Н. Кривенко, Е. Магуайр, В. Лехан, О. Мендрік, З. Митник, Г. Муні, В. Пашков, І. Розпутенко, В. Рудий, Р. Салтман, Г. Слабкий, І. Солоненко, Н. Солоненко, С. Стеценко, Дж. Фігейрас, В. Черненко, М. Шевченко, С. Шоргела, І. Щербина, М. Ятребова та інші.

«Слово «інновація» вперше з'явилося у французькій мові на початку XIII століття і означало «оновлення», «зміна». У XIX столітті термін «інновація» став використовуватися в етнографії, в природознавстві, в лінгвістиці, в юриспруденції, що означає виникнення якоїсь якості, якого раніше не було, причому способи виникнення різні: це і перенесення вже відомого в нові умови, і поступова зміна, але завжди з'являється щось нове. Завдяки австрійському економісту Й. Шумпетером поняття «інновація» увійшло в економічну науку на початку XX століття. Він, підкреслюючи визначальну роль інновацій в циклічній динаміці економічного розвитку, визначає інновації «як будь-які зміни з метою впровадження і використання нових товарів, ринків і форм організації компанії, підкреслюючи при цьому, що інновації є головним джерелом розвитку економічних систем» [71, с. 11].

«Інновація в медицині пов'язана з процесом перетворення продуктивної ідеї у практичну площину, у щось таке, що може бути використано, реалізовано або досягнуто і, за можливості, має принести

плоди у вигляді підвищення ефективності системи охорони здоров'я, профілактики найпоширеніших захворювань» [136, с. 29].

«В динаміці інновацій спостерігається дія імперативу певної генетики. Продуктивні сили, створені попередніми поколіннями, служать новим поколінням сирым матеріалом для нового виробництва, для розвитку продуктивних сил, для створення нових знарядь праці. Кожна інновація спирається на накопичений попередній доробок інноваційного розвитку, успадковує генотип трансформованою системи, перетворюючи його стосовно до нових внутрішніх і зовнішніх умов, оновлюючи застарілі елементи: при цьому здійснюється відбір найбільш ефективних нововведень з безлічі можливих» [178, с. 17].

Питання інвестиційно-інноваційної діяльності держави у сфері охорони здоров'я є основою підвищення якості медичної послуги, поліпшення здоров'я населення, забезпечення доступності медичної допомоги. Саме на цьому неодноразово наголошували вчені багатьох країн світу, зокрема:

- Гичиев М.М. у своєму дослідженні вказує на наступні переваги інноваційної модернізації в системі охорони здоров'я: «інноваційна модернізація охорони здоров'я дозволить найбільш оптимальним шляхом вирішити кардинально поліпшення здоров'я і, як наслідок, якості життя населення, демографічні проблеми питання з передчасною смертністю. Інноваційний процес характеризується послідовним колом подій, в результаті яких інновація поширюється в практичному використанні для досягнення установ охорони цілей» [51, . 61]

- Євсєєва О.О. досліджувала модернізаційні процеси в охороні здоров'я. В одній зі своїх праць авторка зазначає: «Перспективи подальшого розвитку соціальної сфери нерозривно пов'язані з модернізаційними процесами в охороні здоров'я, покликаними забезпечити доступність медичної допомоги, досягти максимальної результативності та підвищення якості медичних послуг, що надаються, на основі перспективних досягнень медичної науки та їх практичної реалізації в діяльності установ охорони здоров'я. Створення і використання інновацій у системі охорони здоров'я як у галузі профілактики й лікування захворювань, так і в галузі соціально-економічного розвитку установ охорони здоров'я, їх організаційно-управлінській діяльності особливо актуально в напрямку орієнтації державної політики у сфері охорони здоров'я на комплексний підхід до охорони здоров'я населення, на

розширення діапазону медичних послуг і їх принципово якісне поліпшення в цілях збільшення тривалості життя громадян, зміцнення їх здоров'я, підвищення працездатності, а, отже, поліпшення якості трудової діяльності. У зв'язку із цим держава докладає значних зусиль в цілях формування комфортного середовища для здійснення в Україні досліджень світового рівня, сприяння науковим дослідженням у перспективних напрямках як самої медичної науки, так і її організації та управління. Держава реалізує федеральні цільові програми, спрямовані на розвиток і підвищення ефективності охорони здоров'я і підтримку комплексних соціально орієнтованих інноваційних проєктів у сфері охорони здоров'я» [73, с. 95].

При обґрунтуванні державно-управлінських рішень у сфері інвестицій та інновацій необхідно враховувати, що держава виступає як: управлінець, контролер, інвестор. При цьому власне систему охорони здоров'я варто розглядати як ринок медичних послуг, незважаючи на те, ким реалізуються ці послуги, приватними чи комунальними або державними закладами охорони здоров'я. Ринок медичних послуг – це обмін послугами й товарами медичного призначення, організований за законами товарно-грошового обігу відповідно до попиту і пропозиції. Попит – кількість медичних послуг, які бажать і можуть придбати люди за деякий період часу за певною ціною. Попит характеризує платоспроможну потребу в медичних послугах. Пропозиція – кількість медичних послуг, яке працівники охорони здоров'я можуть надати в певний період часу за певною ціною. [41].

Ястребова М.В. в контексті управління інноваційним забезпеченням системи охорони здоров'я пропонує розглядати ринок медичних послуг у контексті наступних властивостей:

«- значний вплив на динаміку попиту на медичні послуги надає сезонний фактор;

- територіальна сегментації ринку послуг охорони здоров'я;
- відносно висока швидкість оборотності капіталу;
- великий вплив на попит і пропозицію медичної послуги надають

особисті контакти виробника і споживача, що з одного боку може сприяти збільшенню попиту на медичні послуги, а з іншого боку, невдоволення пацієнта може зменшити попит, підірвати імідж установи охорони здоров'я та створити труднощі на ринку;

- мінливість ринкової кон'юнктури в залежності від природно-кліматичних катаклізм;
- складна структура попиту на послуги охорони здоров'я, пов'язана з необхідністю їх персоніфікації та індивідуалізації;
- специфіка результату медичної діяльності;
- асиметричність інформації на ринку медичних послуг
- недолік медичних знань робить пацієнта як споживача вразливим по відношенню до лікаря, і лікар може диктувати умови економічних взаємовідносин;
- ризик впровадження новинки значно вищий і небезпечний, тому що при несприятливому результаті наслідки позначаються на здоров'ї пацієнта, а відповідальність мед. персоналу значно вище;
- суб'єктивний підхід виробника послуг до визначення переліку лікарських процедур;
- нераціональне споживчу поведінку і інші» [208]

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

- «- установи сфери охорони здоров'я повинні працювати за новими стандартами надання медичної допомоги;
- удосконалювати механізми залучення кваліфікованих фахівців;
- підвищити ефективність медичної допомоги, служби маршрутизації, відповідальної за організацію доліковування і реабілітації виписуються хворих;
- забезпечити спадкоємність ведення хворого на всіх етапах для підвищення якості надання медичної допомоги;
- оптимізувати структуру галузі шляхом об'єднання малопотужних лікарень і поліклінік і створення багатопрофільних центрів;
- забезпечити доступність для населення сучасних ефективних медичних технологій для надання медичної допомоги в амбулаторних умовах і в умовах денного стаціонару;
- впроваджувати сучасні інформаційні технології, до яких відносяться електронний документообіг, електронна медична карта і телемедицина.» [51, . 63].

Особливо важлива інвестиційна діяльність у системі охорони здоров'я в контексті впровадження інновацій як в процеси реалізації медичних послуг, так і в управлінські процеси. Відповідно держава

має налагодити цілісну систему підтримки, управління, регулювання інвестиційно-інноваційної діяльності.

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

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

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

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

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

5. Медико-фармацевтичні, медико-технічні інновації, що є різновидом медичних технологічних інновацій, однак полягають у використанні нових лікарських засобів (технічних систем), конкурентоспроможних за ціною і основними параметрами медичної ефективності» [136, с. 30].

Серед вітчизняних вчених питання інновацій в охороні здоров'я розглядала О.О. Євсєєва, саме авторка визначила їх властивості, що лягли в розроблену класифікацію (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Класифікація інновацій в охороні здоров'я за О.О. Євсєєвою

1. Характер потреб, що задовольняються		
<i>задовольняючі існуючі потреби</i>	<i>створюють нові потреби</i>	
2. Роль у лікувальному процесі		
<i>забезпечуючі інновації</i>	<i>медичні інновації</i>	
у сфері організації охорони здоров'я, підготовки медичного персоналу, засобів діагностики, засобів моніторингу захворювань, фармацевтики, виробництва засобів медичного призначення	у сфері профілактики захворювань, діагно-стичні, пов'язані з винаходом нових способів діагностики, у хірургічній техніці, у сфері консервативного лікування, впровадження нанотехнологій в лікувальний процес та інші	
3. Сфера прояву		
<i>продуктові</i>	<i>процесні</i>	<i>маркетингові</i>
нові послуги охорони здоров'я	нові методи, способи і засоби діагностики, лікування і профілактики захворювань	нові прийоми і методи маркетингового супроводу послуг охорони здоров'я
<i>організаційно-управлінські</i>	<i>Економічні</i>	
нові методи організації праці медичного персоналу, організації прийому пацієнтів, схеми і методи управління і т. д.	тобто такі, що забезпечують впровадження сучасних методів планування, фінансування, стимулювання і аналізу діяльності установ охорони здоров'я	
<i>Інформаційно-технологічні</i>	<i>Соціальні</i>	
спрямовані на автоматизацію процесів збору, обробки, аналізу інформаційних потоків у сфері охорони здоров'я	спрямовані на підвищення доступності послуг охорони здоров'я для населення	
4. Міра (ступінь) новизни		
<i>радикальні</i>	принципово нові послуги охорони здоров'я, методи і засоби лікування	
<i>революційні</i>	пов'язані з появою нових методів (способів, прийомів) профілактики, діагностування та лікування на базі наявних препаратів (устаткування) або нових комбінацій їх застосування	
<i>інкрементальні</i>	використання нових лікарських засобів і технічних систем), конку-рентоздатні (за ціною і основними параметрами медичної ефективності)	

Продовження табл. 4.2.

5. Сила дії		
<i>точкові</i>	<i>системні</i>	
реалізовується в масштабах установи охорони здоров'я	реалізуються в масштабах тієї або іншої системи охорони здоров'я	
6. Характер прояву ефекту для установи охорони здоров'я		
<i>той, що запізнюється</i>	<i>своєчасний</i>	<i>випереджаючий</i>
7. Пріоритетність і специфіка впровадження		
<i>інновації-лідери</i>	<i>інновації-послідовники</i>	<i>інновації такі, що «терплять»</i>
8. Терміни корисного використання		
<i>до 1 року</i>	<i>від 1 року до 5 років</i>	<i>понад 5 років</i>
9. Джерело ініціації інновації		
<i>ініційовані вище стоячими органами управління</i>	<i>ініційовані установами охорони здоров'я</i>	

Джерело: розроблено автором на основі [163, с. 95]

Зазначена класифікація враховує більшість властивостей даного об'єкта державного управління в системі охорони здоров'я, адже побудована виходячи із економічних, правових, організаційних та галузевих особливостей інновацій. Від ефективності інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі охорони здоров'я залежить якість та результативність медичних послуг і, в результаті, вирішення ряду соціально-економічних проблем у суспільстві. Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я в цілому та закладів охорони здоров'я зокрема є важливим стратегічним положенням вирішення нагальних суспільних проблем. Це пов'язано з тим, що система охорони здоров'я забезпечує якість людського капіталу держави як основи економічного розвитку з одного боку та забезпечення соціального консенсусу з іншого.

Інновації є вкрай важливою основою підвищення якості медичних послуг. Так, однією із проблем системи охорони здоров'я України, що визначений «Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я», визначено низьку якість медичної послуги, та встановлені наступні причини цього: «Причини цього полягають не у кількісному дефіциті медичної інфраструктури (зокрема лікарень, лікарняних ліжок і медичних працівників), а в її якісній відсталості (відсутності сучасного оснащення, застарілих підходах до лікування та організації праці, недостатньому робочому завантаженні) та у вкрай неефективній моделі

загальної організації системи охорони здоров'я, передусім в організації її фінансування та управління нею. Значна зношеність основних фондів, відсутнє відставання медичної інфраструктури та вітчизняної клінічної практики від вимог сучасних європейських та світових стандартів не дозволяють змістити акценти в бік активного та широкого використання нових, менш інвазивних і водночас більш ефективних медичних технологій, високотехнологічного обладнання та більш складних і динамічних знань та навичок медичних працівників, що мають базуватися на принципах доказової медицини. Від цього страждає якість надання послуг» [163].

Складність інновацій у досліджуваній галузі полягає в тому, що система охорони здоров'я поєднує в собі як власне реалізацію медичної послуги (надання медичної допомоги різних рівнів), так і допоміжні галузі, які функціонують як в приватному, так і державному секторах. Саме тому при обґрунтуванні складових інвестиційно-інноваційної діяльності держави будемо брати її за основу. В свою чергу на складність процесу реалізації державної інвестиційно-інноваційної діяльності в системі охорони здоров'я впливає опір основних стейкхолдерів та учасників реалізації медичної послуги. Вітчизняний вчений Ю. Мочалов запропонував виділяти два види опору: внутрішній та зовнішній. Їх характеристика представила в табл. 4.3.

Інвестиційно-інноваційна діяльність держави у системі охорони здоров'я проявляється в різних проявах участі суб'єктів державного управління в інвестиційному процесі щодо запровадження інновацій в системі охорони здоров'я. Держава завжди виступає суб'єктом інвестиційної діяльності в різних іпостасях. «Держава бере участь в інвестиційному процесі як прямо – через державний сектор економіки, так і опосередковано – через свої інституції: органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, Національний банк України, Фонд державного майна України, Державний антимонопольний комітет, Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг, Державну комісію з цінних паперів та фондового ринку. Прямий вплив держави на інвестування здійснюється в адміністративній та цільовій формах. Адміністративна форма – це пряме дотаційне фінансування, здійснюване відповідно до спеціальних законів. Цільова форма – елемент системи контрактних відносин, за яких укладаються угоди між підрядником і замовником. Це може бути конкретне фінансування шляхом державних цільових програм

підтримки інвестицій» [58]. Ефективною інвестиційно-інноваційна діяльність буде лише за умови поєднання усіх проявів держави (прямого та опосередкованого впливу).

Таблиця 4.3

Опір інноваціям в системі охорони здоров'я

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

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

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

- правовим, кадровим (проявляється у формуванні правового підґрунтя інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі

охорони здоров'я, а також державного регулювання інвестиційно-інноваційної діяльності державних закладів охорони здоров'я. Реалізується через прийняття нових та зміни існуючих законів, постанов, наказів, указів, положень, рекомендацій);

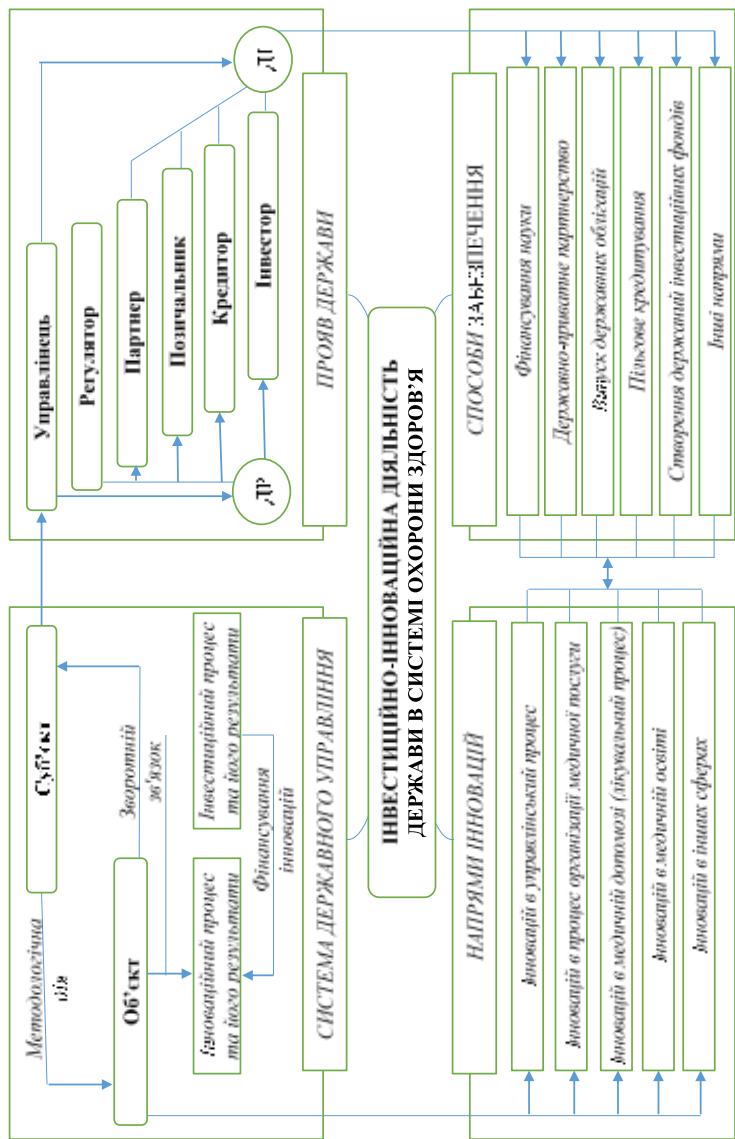
- організаційним (полягає в налагодженні комунікації між різними учасниками інвестиційно-інноваційних процесів у системі охорони здоров'я та визначенні функціональних положень діяльності суб'єктів державного управління, органів місцевого управління, державних підприємств, закладів охорони здоров'я);

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

Це є важливим, адже механізми державного управління не можуть функціонувати відокремлено один від одного.

В контексті реформування системи охорони здоров'я вважаємо, що інвестиційно-інноваційна діяльність держави має відбуватися наступними напрямками та способами (рис. 4.2).

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



Умовні позначення: ДР – держава регулює; ДІ – держава інвестує;

Рис. 4.2. Складові інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі охорони здоров'я

У контексті зазначеного варто чітко ідентифікувати роль держави в інвестиційно-інноваційних процесах системи охорони здоров'я:

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

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

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

В умовах розвитку такого виду співпраці держави та бізнесу є потреба в створенні відповідного державного органу, наприклад, Національного агентства з питань державно-приватного партнерства.

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

- облігації внутрішніх державних позик України («державні цінні папери, що розміщуються виключно на внутрішньому фондовому ринку і підтверджують зобов'язання України щодо відшкодування пред'явникам цих облігацій їх номінальної вартості з виплатою доходу відповідно до умов розміщення облігацій. Номінальна вартість облігацій внутрішніх державних позик України може бути визначена в іноземній валюті» [166]);

- облігації зовнішніх державних позик України («державні боргові цінні папери, що розміщуються на міжнародних фондових ринках і підтверджують зобов'язання України відшкодувати пред'явникам цих облігацій їх номінальну вартість з виплатою доходу відповідно до умов розміщення облігацій» [166]);

- казначейські зобов'язання («державний цінний папір, що розміщується виключно на добровільних засадах серед фізичних осіб, посвідчує факт заборгованості Державного бюджету України перед власником казначейського зобов'язання України, дає власнику право на отримання грошового доходу та погашається відповідно до умов розміщення казначейських зобов'язань України. Номінальна вартість казначейських зобов'язань України може бути визначена у національній або іноземній валюті» [166]);

- цільові облігації внутрішніх державних позик України («облігації внутрішніх державних позик, емісія яких є джерелом фінансування дефіциту державного бюджету в обсягах, передбачених на цю мету законом про Державний бюджет України на відповідний рік, та в межах граничного розміру державного боргу» [166]).

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

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

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

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

Складність державного регулювання досліджуваної діяльності полягає в наступному:

- по-перше, інвестиційно-інноваційні діяльність держави в системі охорони здоров'я має принести як соціальний ефект (підвищення якості медичної послуги і як результат стану громадського здоров'я) так і економічний ефект (економія бюджетних коштів; надходження до державного бюджету та інше) як для усієї системи так і для окремого закладу охорони здоров'я, пацієнта та громадського здоров'я загалом. «Впровадження теоретичних знань та розроблених технологій у практичну охорону здоров'я стають вирішальними чинниками для поліпшення показників здоров'я населення та отримання максимальної користі для пацієнтів від сучасних досягнень медицини» [180];

- по-друге, інвестиційно-інноваційна діяльність держави у сфері охорони здоров'я охоплює різні сфери державного регулювання, а саме: інвестиції як об'єкт державного регулювання; ринок цінних паперів; інновації; наукова діяльність; діяльність закладів охорони здоров'я; бюджетний процес; місцеві фінанси та інші;

- по-третє, формування та реалізація механізмів державного регулювання інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі охорони здоров'я охоплює велику кількість суб'єктів виконавчої та законодавчої влади.

«Згідно із Законом № 40 державне регулювання інноваційної діяльності здійснюється шляхом:

1) визначення й підтримки пріоритетних напрямів інноваційної діяльності державного, галузевого, регіонального та місцевого рівнів;

2) формування і реалізації державних, галузевих, регіональних та місцевих програм;

3) створення нормативно-правової бази та економічних механізмів для підтримки і стимулювання інноваційної діяльності;

4) фінансової підтримки виконання інноваційних проектів;

5) встановлення пільгового оподаткування суб'єктів інноваційної діяльності;

6) підтримки функціонування і розвитку сучасної інноваційної інфраструктури» [136, с. 32].

Основними напрямками державного регулювання інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі охорони здоров'я є:

- формування комплексу заходів та правового регулювання інвестицій і інновацій системи охорони здоров'я;

- закріплення на державному рівні основних напрямів інноваційної діяльності в системі охорони здоров'я;

- визначення концептуальних положень щодо інвестиційно-інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я;

- регулювання наукової діяльності в медицині з метою створення інновацій.

б) *Держава як управлінець* – через систему органів виконавчої влади здійснює управління інвестиційно-інноваційними процесами в системі охорони здоров'я. Важливе значення ефективності інвестиційно-інноваційного механізму державного управління у сфері охорони здоров'я має його взаємозв'язок з організаційним, а саме в частині налагодження взаємодії між різними органами державного управління. Прояв держави як управлінця охоплює в собі всі інші аспекти прояву держави в реалізації інвестиційно-інноваційного механізму державного управління системою охорони здоров'я, що є об'єктивною причиною складних інформаційно-комунікаційних зв'язків. В цілому за вище зазначеними проявами держави

в реалізації інвестиційно-інноваційного механізму державного управління визначаються суб'єкти державного управління, які забезпечують інвестиційний процес.

Усіх суб'єктів інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі охорони здоров'я можливо представити наступним чином:

- суб'єкти, що регулюють інвестиційно-інноваційну діяльність держави в системі охорони здоров'я;

- суб'єкти, діяльність яких направлена на управління інвестиційним процесом фінансового забезпечення інновацій в системі охорони здоров'я;

- суб'єкти, що забезпечують процеси розробки та впровадження інновацій;

- суб'єкти, які впроваджують інновації – заклади охорони здоров'я.

Окремі суб'єкти державного управління можуть відносити до різних груп.

Усі прояви держави в інвестиційно-інноваційній діяльності в системі охорони здоров'я є складовими інвестиційно-інноваційного механізму державного управління. Кожен прояв держави визначає суб'єктів державного управління. У свою чергу, об'єкт державного управління має наступні невіддільні одне від одної складові:

- інвестиційний процес та його результати. Інвестиційний процес визначає фінансове забезпечення розробки та впровадження інновацій у системі охорони здоров'я;

- інноваційний процес та його результати. У даному випадку визначається процес розробки та впровадження інновацій в системі охорони здоров'я. Інноваційний процес проявляється в напрямках інновацій та їх властивостях.

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

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

Зазначені напрями охарактеризовані нами в частині проявів держави в інвестиційно-інноваційній діяльності в системі охорони здоров'я. Їх спектр може розширюватися в контексті появи нових методів

інвестиційної діяльності. Роль держави, у свою чергу, проявляється як в якості регулятора зазначених напрямів, так і в якості суб'єкта їх реалізації. В умовах реформування системи охорони здоров'я та потреби її інноваційного розвитку, вважаємо за необхідне в структурі суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України; Національна служба здоров'я України) створити директорати інноваційного розвитку охорони здоров'я, основними функціями яких мають стати:

- формування стратегії інноваційного розвитку як держави в цілому, так і окремих регіонів або закладів;
- визначення джерел фінансування інновацій (інвестиції) у сфері охорони здоров'я;
- формування пріоритетних напрямів інноваційного розвитку системи охорони здоров'я;
- інформаційний, організаційний, правовий супровід інвестиційно-інноваційних проєктів у системі охорони здоров'я;
- управління інформаційно-комунікаційними зв'язками між суб'єктами інвестиційно-інноваційної діяльності держави в сфері охорони здоров'я;
- розробка та впровадження методичних рекомендацій щодо інвестиційно-інноваційної діяльності держави в сфері охорони здоров'я;
- розробка, оцінка та впровадження проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;
- розробка та впровадження методики оцінки ефективності інвестиційно-інноваційних проєктів та інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я.

Основними напрямками інноваційного процесу в системі охорони здоров'я є наступні:

1) Інновації в управлінський процес – це інноваційні методики, інструменти, заходи щодо удосконалення управління системою охорони здоров'я в цілому та окремими її складовими. Прикладами інновацій в управлінському процесі, які сьогодні набувають особливої актуальності в умовах реформування системи охорони здоров'я є:

- впровадження інформаційно-комп'ютерних технологій у частині управління закладами охорони здоров'я та інформаційно-комунікаційних зв'язків між ними;

- розширення асортименту медичних послуг, особливо в частині профілактики та діагностування хвороби;

- створення інноваційних підрозділів щодо управління громадським здоров'ям регіону та країни в цілому.

2) Інновації в процес організації медичної послуги – це інноваційні підходи до організації медичної послуги (медичної допомоги) в закладах охорони здоров'я та налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків для лікувальних цілей між ними. Особливо важливою для України сьогодні є відсутність дієвої системи обміну інформацією про методики лікування та стан здоров'я пацієнтів. Дана проблем зумовлена паперовим веденням історії хвороби. Саме тому особливим напрямом запровадження інновацій в організаційний процес є створення баз даних:

а) з історіями хвороби пацієнта (інформаційно-комп'ютерна технологія, що дозволяє зберігати та передавати за потреби історію хвороби пацієнта, особливо, якщо це стосується необхідності спеціалізованої медичної допомоги). Її запровадження дозволить оперативно реагувати на хід хвороби та лікування та залучати спеціалістів із різних регіонів та закладів охорони здоров'я;

б) з інноваційними методиками та прикладами лікування та діагностування хвороби;

в) з експериментальними методиками лікування;

г) з результатами моніторингу стану громадського здоров'я (особливо в частині захворювань, що знаходяться під особливим контролем держави: ВІЛ / СНІД; гепатит; туберкульоз) або призводять до епідемій (пандемії), наприклад, COVID-19);

д) з даними про фахівців за різними спеціалізаціями, з метою їх залучення до лікування пацієнтів.

3) Інновації у медичній допомозі (лікувальний процес) – усі види інноваційного та експериментального лікування, новітніх медичних технологій та нових медичних препаратів.

4) Інновації у медичній освіті – це інноваційні підходи до викладання спеціалізованих дисциплін та використання інноваційних технологій в освітньому процесі. Прикладом може слугувати анатомічний стіл, який розроблений та ефективно використовується Медичним факультетом Чорноморського національного університету імені Петра Могили. Зазначені інноваційні реалізуються в закладах вищої освіти.

5) Інновації в інших сферах можуть бути представлені впровадженням інноваційних методів в лабораторних дослідженнях.

Окремі аспекти інноваційної діяльності щодо впровадження інформаційно-комп'ютерних технологій були запроваджені в умовах реформи, що розпочалася у 2015 р., зокрема e-health. «Електронна система охорони здоров'я (e-health) – це проект Міністерства охорони здоров'я, який в даний час перебуває на етапі розробки. Перший етап цієї розробки передбачає запровадження електронних систем для підтримки закупівель послуг ПМД. В даний час система служить в першу чергу для фінансових і платіжних цілей, а не виступає в якості повноцінної електронної системи охорони здоров'я з електронними медичними записами. Електронна система охорони здоров'я (e-health) включає в себе певні модулі, які дозволяють НСЗУ укладати договори з надавачами (електронне укладання договорів з надавачами послуг ПМД та аптеками), реєструвати вибір громадянами лікарів ПМД (електронні декларації) та здійснювати реімбурсацію лікарських засобів в рамках програми «Доступні ліки» (електронний рецепт)» [191, с. 38].

Зазначені напрями інноваційної діяльності пропонуємо затвердити на державному рівні Постановою Кабінету Міністрів України про Затвердження перспективних напрямів інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Окрім вищезазначених напрямів інноваційного розвитку пропонуємо визначити наступні способи забезпечення таких інновацій: фінансування науки; державно-приватне партнерство; випуск державних облігацій; пільгове кредитування; створення державних інвестиційних фондів; інші напрями. Важливою складовою постанови має стати порядок взаємодії між різними суб'єктами державного управління.

Таким чином, нами обґрунтовано властивості інвестиційно-інноваційної діяльності держави як механізму державного управління системою охорони здоров'я. Розроблено структуру такої діяльності, яка передбачає різні прояви держави і, як результат порядок налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між різними суб'єктами державного управління. Встановлено напрями інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

4.3. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я

Забезпечення ефективної системи охорони здоров'я є пріоритетним завданням державного управління. Саме через систему охорони здоров'я держава забезпечує виконання основних конституційних прав населення. «В умовах побудови правової та демократичної держави з соціально-орієнтованою ринковою економікою актуалізуються питання забезпечення реалізації конституційного права людини на охорону здоров'я. Провідну роль у підвищенні доступності та якості надання медичних послуг населенню, гарантованих державою, відіграють фінансові ресурси, які надходять у розпорядження галузі охорони здоров'я» [85, с. 73]. Реформування системи охорони здоров'я України вимагає трансформації механізмів державного управління. Особливо гостро стоїть питання щодо фінансового забезпечення як реформ, так і їх напрямів, що актуалізує пошук напрямів удосконалення системи фінансового забезпечення.

Питання розвитку фінансового механізму державного управління системою охорони здоров'я розглядалися в працях вітчизняних та зарубіжних вчених: Н. Авраменко, М. Білинська, У. Беверидж, Ю. Вороненко, В. Войцехівський, А. Григоренко, Т. Грузєва, О. Гульчій, Г. Дзяк, Л. Жаліло, О. Заглада, Д. Карамишев, Б. Криштопа, В. Лазоришинець, Е. Лібанова, В. Лобас, В. Лехан, В. Москаленко, З. Надюк, Я. Радиш, І. Рожкова, І. Солоненко, Н. Солоненко, Г. Слабкий, О. Шапгала, М. Шевченко, Дж. Фигейрас, О. Фірсова, М. Філд, М. Фотакі. Вченими визначено напрями розвитку фінансування системи охорони здоров'я та ідентифіковано ключові проблеми. Проте, в умовах реформування системи охорони здоров'я в цілому є потреба в трансформації фінансового механізму державного управління для відповідності цілям реформи.

За плановими показниками державного бюджету на 2020 р. загальний обсяг видатків становив 115 889,9 млн. грн. Основними напрямами видатків державного бюджету було фінансування наступних напрямів:

- апарат Міністерства охорони здоров'я України (табл. 4.4);
- Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (табл. 4.5);
- Національна служба здоров'я України (табл. 4.6);

- Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування) (табл. 4.7)

Таблиця 4.4

Загальний обсяг видатків на функціонування апарату Міністерства охорони здоров'я України

Стаття видатків	Обсяг, млн.грн.	Питома вага
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Апарат Міністерства охорони здоров'я України</i>	25 789,4	100
Керівництво та управління у сфері охорони здоров'я	93,4	0,36
Наукова і науково-технічна діяльність у сфері охорони здоров'я	161,7	0,63
Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями	3721,4	14,43
Підготовка і підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовка наукових та науково-педагогічних кадрів закладами фахової передвищої та вищої освіти	6088,4	23,61
Підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовка наукових та науково-педагогічних кадрів закладами післядипломної освіти	429,0	1,66
Загальнодержавні заклади та заходи у сфері медичної освіти	364,5	1,41
Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	1093,8	4,24
Реалізація державного інвестиційного проєкту «Удосконалення молекулярно-генетичної діагностики онкологічних захворювань в Україні»	106,2	0,41
Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладах Міністерства охорони здоров'я України	1712,2	6,64
Санаторне лікування хворих на туберкульоз та дітей і підлітків з соматичними захворюваннями	502,5	1,95
Спеціалізована консультативна амбулаторно-поліклінічна та стоматологічна допомога, що надається вищими навчальними закладами, науково-дослідними установами та загальнодержавними закладами охорони здоров'я	177,2	0,69

*Розділ 4. Удосконалення механізмів державного управління
системою охорони здоров'я*

Продовження табл. 4.4

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Модернізація та оновлення матеріально-технічної бази багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування	1000,0	3,88
Виконання боргових зобов'язань за кредитами, залученими ДП «Укрмедпостач» під державні гарантії, для реалізації інвестиційного проєкту, оплата податкових зобов'язань (з урахуванням штрафних санкцій), що виникли в рамках реалізації інвестиційного проєкту	319,8	1,24
Організація і регулювання діяльності установ та окремі заходи у системі охорони здоров'я	107,0	0,41
Лікування громадян України за кордоном	1089,9	4,23
Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру	8071,9	31,30
Функціонування Національної наукової медичної бібліотеки, збереження та популяризація історії медицини	45,5	0,18
Реалізація пілотного проєкту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів	112,0	0,43
Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей	92,9	0,36
Реалізація державного інвестиційного проєкту «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит»	500,0	1,94

Представлений загальний обсяг видатків на функціонування апарату Міністерства охорони здоров'я України в табл. 4.4. свідчить, що найбільша частка державних видатків припадає на забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру та складає 8071,9 млн.грн або ж 31,30% питомої ваги в структурі видатків.

Слід зазначити, що на підготовку і підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовку наукових та науково-педагогічних кадрів закладами фахової передвищої та вищої освіти виділено 6088,4 млн.грн. державних коштів або ж у відсотковому вираженні частка

становить 23,61%. Частка виділених державних коштів на громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями становить 14,43% або ж 3721,4 млн.грн. На діагностику й лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладах Міністерства охорони здоров'я України виділено понад 1712,2 млн.грн або ж 6,64% частки в загальній структурі видатків.

Варто підкреслити, що на спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я відведено з державного бюджету понад 1093,8 млн.грн, або ж 4,24% частки питомої ваги всіх видатків. На лікування громадян України за кордоном виділено з державного бюджету близько 1089,9 млн.грн, а на модернізацію та оновлення матеріально-технічної бази багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування виділено понад 1000,0 млн.грн, що становить 3,88% питомої ваги видатків.

Понад 500,00 млн.грн. виділено з державного бюджету на санаторне лікування хворих на туберкульоз, дітей і підлітків із соматичними захворюваннями та на реалізацію державного інвестиційного проєкту «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит».

Видатки з державного бюджету понад 3918,8 млн.грн передбачено для виконання боргових зобов'язань за кредитами, залученими ДП «Укрмедпостач» під державні гарантії, для реалізації інвестиційного проєкту, оплати податкових зобов'язань (з урахуванням штрафних санкцій), що виникли в рамках реалізації інвестиційного проєкту.

На підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовку наукових та науково-педагогічних кадрів закладами післядипломної освіти та на загальнодержавні заклади та заходи у сфері медичної освіти призначено більше як 429,00 млн.грн та 364,50 млн.грн відповідно.

На реалізацію пілотного проєкту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів виділено з державного бюджету понад 112,00 млн.грн., або ж 0,43% видатків у загальній структурі.

Понад 106 млн.грн. державних видатків, що займають 0,41% у загальній структурі, передбачено урядом на організацію і регулювання діяльності установ та окремі заходи у системі охорони здоров'я та на

реалізацію державного інвестиційного проекту «Удосконалення молекулярно-генетичної діагностики онкологічних захворювань в Україні».

Зокрема, на наукову і науково-технічну діяльність у сфері охорони здоров'я та на спеціалізовану консультативну амбулаторно-поліклінічна та стоматологічну допомога, що надається вищими навчальними закладами, науково-дослідними установами та загальнодержавними закладами охорони здоров'я виділено з державного бюджету близько 161,7 млн.грн (0,63% питомої ваги) та 177,20 млн.грн (0,69% питомої ваги) відповідно.

Таблиця 4.5

Загальний обсяг видатків на функціонування Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками

Стаття видатків	Обсяг, млн.грн.	Питома вага
<i>Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками</i>	104,6	100
Керівництво та управління у сфері лікарських засобів та контролю за наркотиками	104,6	

На поліпшення охорони здоров'я на службі в людей та на керівництво та управління у сфері охорони здоров'я виділено більше як 92,9 млн.грн та 93,4 млн.грн, що у відсотковому вираженні становить 0,36% питомої ваги.

Таблиця 4.6

Загальний обсяг видатків на функціонування Національної служби здоров'я України

Стаття видатків	Обсяг, млн.грн.	Питома вага
<i>Національна служба здоров'я України</i>	72289,3	100
Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення	288,8	0,40
Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	72000,5	99,60

Найменшу частку серед державних видатків займають видатки на функціонування Національної наукової медичної бібліотеки, збереження

*Розділ 4. Удосконалення механізмів державного управління
системою охорони здоров'я*

та популяризацію історії медицини, так як урядом виділено лише 45,5 млн.грн, що в загальній структурі видатків складає всього 0,18% питомої ваги серед інших статей видатків.

На 2020 р. державним бюджетом заплановано 104,6 млн. грн на фінансування системи управління Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками.

Обсяг видатків на функціонування Національної служби здоров'я України становить понад 72289,3 млн.грн. Зокрема, на керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення видатки склали лише 288,80 млн.грн, або ж 0,40% питомої ваги у загальній структурі видатків. Майже вся частка державних видатків виділена на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення, адже урядом передбачено понад 72000,5 млн.грн, що становить 99,60% питомої ваги всіх виділених державних коштів.

Таблиця 4.7

**Загальнодержавні видатки та кредитування Міністерства
охорони здоров'я**

Стаття видатків	Обсяг, млн.грн.	Питома вага
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)	17 706,6	100
Медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам	14 582,8	82,36
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангіографічного обладнання	80,8	0,46
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на розвиток системи екстреної медичної допомоги	922,6	5,21
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я	1450,6	8,19
Субвенція з державного бюджету обласному бюджету Львівської обл. на погашення кредиторської заборгованості, що утворилася за придбане у 2012 р. медичне обладнання (мамографічне, рентгенологічне та апарати ультразвукової діагностики) вітчизняного виробництва	10,8	0,06

*Розділ 4. Удосконалення механізмів державного управління
системою охорони здоров'я*

Продовження табл. 4.7

1	2	3
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проєкту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»	659,1	3,72

Отже, з наведених даних у табл.4.7 бачимо, що загальнодержавні видатки та кредитування Міністерства охорони здоров'я становлять більше як 17706,6 млн.грн. Слід відзначити, що найбільшу суму видатків виділено на медичну субвенцію з державного бюджету місцевим бюджетам, це понад 14582,8 млн.грн, що складає 82,36% питомої ваги всіх видатків. Щодо субвенцій із державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я, то на дану статтю видатків приділено суму в розмірі 1450,6 млн.грн, яка складає 8,19% питомої ваги всіх державних видатків. На розвиток системи екстреної допомоги урядом передбачено медичні субвенції в розмірі 922,6 млн.грн, а на на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів із виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проєкту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» розмір субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам складає 659,1 млн.грн.

Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангиографічного обладнання складає лише 80,8 млн.грн або ж 0,46% питомої ваги серед інших видатків. Найменший розмір загальнодержавних видатків передбачено на субвенцію з державного бюджету обласному бюджету Львівської обл. на погашення кредиторської заборгованості, що утворилася за придбане у 2012 р. медичне обладнання (мамографічне, рентгенологічне та апарати ультразвукової діагностики) вітчизняного виробництва, які складають лише 10,8 млн.грн, або ж 0,06% питомої ваги всіх передбачених урядом загальнодержавних видатків.

Фінансування системи охорони здоров'я в Україні значно трансформувалося в умовах ініційованої реформи у 2015 р., яка була продовжена після зміни політичної влади. «У 2015 році Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я з метою поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту

від надмірних витрат «з кишені» шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та покращення доступу до якісного медичного обслуговування. Комплексна стратегія передбачала першочергове здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я для того, щоб прискорити перетворення у сфері надання медичних послуг (як для окремих осіб, так і для населення) та впровадити інформаційні технології в якості каталізаторів. Стратегія фінансування системи охорони здоров'я була сформульована в концептуальному документі, який був затверджений Кабінетом Міністрів України. І У жовтні 2017 року парламент ухвалив новий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Закон №2168), який регулює фінансування системи охорони здоров'я, та пакет відповідних підзаконних нормативно-правових актів. Цей пакет документів створив міцну правову та політичну основу для впровадження нових механізмів фінансування охорони здоров'я. Передбачалася поетапна реалізація реформи. Перший етап реформи зосереджено на первинній медичній допомозі (ПМД), а другий – на вторинній і третинній» [191, с. 3].

Важливе значення в реформуванні системи охорони здоров'я мала прийнята на законодавчому рівні Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я [163] (Розпорядження Кабінету міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р). «Відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я та ряду законів, підписаних Президентом України у грудні 2017 року, із 2018 року розпочалося втілення масштабної трансформації фінансування системи охорони здоров'я. Нова модель фінансування ставить пацієнта у центр уваги, забезпечує виконання державних гарантій щодо медичної допомоги та дозволяє чітко визначити ролі та зобов'язання Уряду, органів місцевого самоврядування та керівництва медичних закладів. Оскільки первинна медична допомога (далі – ПМД) є найважливішим елементом національної системи охорони здоров'я, першими у нові умови фінансування входять саме заклади охорони здоров'я, які надають ПМД. Заклади отримують самостійність у питаннях внутрішнього управління та налагодження бізнеспроцесів» [75, с. 3].

Аналізуючи текст концепції [163] визначено, що її мета пов'язана із вирішенням наступних проблем системи охорони здоров'я України:

1. Катастрофічна фінансова незахищеність пацієнтів;
2. Низька якість та ефективність надання послуг;
3. Неefективне витрачання бюджетних коштів.

Для вирішення зазначених проблем в концепції були визначені наступні вихідні положення (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

**Вихідні положення концепції реформи фінансування
системи охорони здоров'я**

<i>Метою реформи фінансування системи охорони здоров'я</i> є створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я	
Принципи реформи фінансування	
<i>фінансовий захист</i>	недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання
<i>універсальність покриття та справедливості доступу до медичної допомоги</i>	забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує
<i>прозорість і підзвітність</i>	недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів
<i>ефективність</i>	максимально висока віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість та доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів
<i>вільний вибір</i>	можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби
<i>конкуренція постачальників</i>	залучення постачальників усіх форм власності, що створює мотивацію надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані та економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів та професійних стандартів
<i>передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті</i>	повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї

Продовження табл. 4.8

<i>субсидіарність</i>	встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити відповідні доступність, належну якість та найкращу можливу економічну ефективність цієї допомоги, а також необхідні для цього ресурси
-----------------------	--

Джерело: сформовано автором на основі [163]

«Концепція пропонує практичні кроки, яких необхідно вжити протягом 2016-2020 років для забезпечення реформи фінансування охорони здоров'я в Україні як пускового механізму реформи національної системи охорони здоров'я в цілому: 1) запровадження чітко визначеного державного гарантованого пакету (далі – ДГП) медичних послуг відповідно до пріоритетів в охороні здоров'я та економічного стану країни, що розповсюджуватиметься на всіх без винятку громадян держави і включатиме первинну медичну допомогу, екстрену медичну допомогу, основні види спеціалізованих амбулаторних послуг та планової стаціонарної медичної допомоги за направленням, а також чітко визначений перелік лікарських засобів. Послуги, що не входять до ДГП передбачають спів-оплату чи повну оплату отримувачем такої послуги, а пільгові категорії громадян звільняються від такої спів-оплати чи оплати. До надання ДГП допущені постачальники всіх форм власності; 2) розмежування функцій замовника і постачальника послуг через створення єдиного національного замовника – незалежної інституції з регіональними підрозділами, яка діє в інтересах пацієнтів, закупаючи медичні послуги з єдиного національного пулу коштів на основі єдиних базових тарифів та вимог до якості та надання бюджетним закладам фінансової та управлінської автономії шляхом перетворення їх на державні та комунальні некомерційні підприємства; 3) впровадження нових механізмів оплати медичної допомоги: “гроші йдуть за пацієнтом” – відмова від фінансування закладів на основі постатейного кошторису (утримання інфраструктури) та переходу до оплати постачальникові фактично наданих послуг (оплата результату). Для первинної медичної допомоги запроваджується змішаний метод оплати на основі нормативу на одного жителя з поправкою на ризики. Для спеціалізованої амбулаторної допомоги використовуються різні методи оплати, залежно від виду послуг: фінансування з розрахунку

на одного жителя, плата за послугу, чи плата за пролікований випадок. Для стаціонарної допомоги використовується метод фінансування на основі оплати за пролікований випадок із застосуванням діагностично-споріднених груп (ДСГ); 4) реорганізацію та спрощення структури переліку бюджетних програм у відповідності до ключових функцій системи охорони здоров'я: “Державний гарантований пакет медичних послуг”, “Громадське здоров'я”, “Реабілітація та медико-соціальна допомога”, “Медична освіта, дослідження та підвищення кваліфікації”, “Адміністрування, централізовані закупівлі та інші витрати» [2].

Медична реформа передбачала значну трансформацію системи охорони здоров'я та порядку реалізації медичних послуг, що визначило напрями трансформації процесу фінансування. Основними аспектами реформування системи охорони здоров'я в Україні, що вплинули на фінансовий механізм державного управління є наступні (табл. 4.9).

Таблиця 4.9

**Напрями реформування системи охорони здоров'я, що
вплинули на фінансовий механізм державного управління**

Напря́м	Характеристика
1	2
<i>запровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги</i>	держава бере на себе чіткі зобов'язання щодо фінансування медичних послуг, бюджет починають розподіляти за медичними послугами, необхідними пацієнтам, на рівних для всіх громадян умовах; пакет медичної допомоги, гарантований державою, визначатимуть, виходячи з пріоритетів охорони здоров'я в Україні, за обсягом можливостей державного фінансування; державний гарантований пакет медичної допомоги (програма медичних гарантій) включатиме доволі широкий спектр амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, а також лікарських засобів, а вартість відповідних послуг буде повністю оплачена НСЗУ; послуги екстренної, первинної, амбулаторної, госпітальної та паліативної допомоги будуть фінансовані державою в межах програми медичних гарантій; самостійно пацієнтам доведеться сплачувати за такі послуги, як неекстренна стоматологія, звернення до лікаря без направлення, естетична медицина тощо

*Розділ 4. Удосконалення механізмів державного управління
системою охорони здоров'я*

Продовження табл. 4.8.

1	2
<i>національний закупівельник медичних послуг</i>	Національна служба здоров'я України – центральний орган виконавчої влади, який реалізує основний принцип медичної реформи «гроші йдуть за пацієнтом», оплачує вартість реально наданих медичних послуг і цей механізм оплати нарешті запрацював в Україні
<i>запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом»</i>	держава переходить від утримування мережі медичних закладів, які надають безоплатні послуги (як відомо, цей варіант у нас працював, і не надто добре), до стратегічної закупівлі послуг у цієї мережі; держава більше не виділятиме грошей згідно з кошторисом на утримання того чи іншого закладу охорони здоров'я, державного чи комунального, натомість медичні заклади мають перетворитися на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримуватимуть оплату за результатами своєї діяльності, тобто за фактично надану ними пацієнтам медичну допомогу
<i>автономізація постачальників медичної допомоги</i>	запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я потребує принципової зміни характеру відносин між медичним закладом (постачальником послуг) та розпорядником бюджетних коштів – НСЗУ (замовником послуг), а відносини регулюватимуться договорами про медичне обслуговування населення з чітко визначеними параметрами фінансування результату; в межах зазначених договорів НСЗУ діятиме в інтересах пацієнтів (платників податків), як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я або індивідуальний лікар приватної практики буде як постачальники послуг
<i>запровадження системи e-Health</i>	застаріла паперова звітність піде в небуття, всю медичну документацію буде переведено в електронний вигляд, а це розвантажить лікарів, дозволить їм більш якісно та оперативно надавати медичні послуги пацієнтам та унеможливить ситуацію втрати медичних даних пацієнтів, а також це дозволить збирати дані щодо необхідних послуг в окремих районах, більш точно розраховувати тарифи та контролювати якість медичної допомоги
<i>програма «Доступні ліки»</i>	у квітні 2017 року уряд запустив програму «Доступні ліки», пацієнти, які мають серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму, можуть отримати препарати безкоштовно або з незначною доплатою, а для цього потрібно звернутися до лікаря за рецептом, а потім отримати препарати в аптеці, що долучилася до програми

Джерело: сформовано автором на основі [27]

У 2019 р. Всесвітня організація охорони здоров'я та Світовий банк підготували Спільний звіт про систему фінансування охорони здоров'я України [191], в якому містяться наступні висновки:

- Загальна структура реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг. Якщо послідовно впроваджувати реформу далі, можна очікувати, що найближчими роками вона принесе відчутні результати у вигляді покращення показників здоров'я та зниження фінансового тягара для населення;

- Реформа фінансування системи охорони здоров'я добре узгоджується із загальними цілями розвитку України і, за умови її послідовної реалізації, вона також повинна принести дивіденди у вигляді поліпшення економічних результатів та забезпечення фінансової дисципліни.

- Впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я відбувається успішно. Створено єдиного закупівельника послуг – Національну службу здоров'я України. Добре просуваються реформи, пов'язані з первинною медичною допомогою (ПМД), включаючи розробку гарантованого пакету послуг первинної медичної допомоги, перетворення центрів первинної медичної допомоги на автономні суб'єкти господарювання, запровадження оплати ПМД на основі капітаційної ставки з вільним вибором пацієнтом свого сімейного лікаря, а також реімбурсацію вартості окремих лікарських засобів за електронним рецептом. Ухвалення парламентом закону про Державний бюджет України на 2020 рік забезпечить безперервне продовження реформ.

- Однією з ключових причин успішного впровадження реформи на сьогодні є стійкі політичні зобов'язання та якісні міжвідомчі відносини між Кабінетом Міністрів, Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України та Міністерством фінансів. У перспективі вкрай важливо, щоб ці відносини продовжували зміцнюватися і підтримуватися.

- Зараз Національна служба здоров'я України є найважливішим провідником змін у системі охорони здоров'я. Для того, щоб вона відіграла ключову роль в подальшій трансформації системи охорони здоров'я України, потрібні постійний інституційний розвиток і нарощування потенціалу.

- Загальна макрофінансова ситуація в Україні залишається складною. Як результат, підвищення ефективності матиме ключове значення для демонстрації результатів реформи і створення можливостей для подальшої підтримки пріоритетних дій; зокрема, суттєвим буде підвищення ефективності за рахунок реструктуризації лікарень, що потребуватиме політичної підтримки і витривалості.

- Забезпечення загальної стабільності розподілу бюджету на охорону здоров'я матиме ключове значення для подальшого впровадження реформи системи охорони здоров'я і дозволить зберегти ресурси, отримані від підвищення ефективності, та перетворити їх на кращу якість охоплення та надання послуг.

- Фінансування в необхідному обсязі і визнання пріоритетною сфери громадського здоров'я (заохочення до здорового способу життя та попередження захворювань) і первинної медичної допомоги потребує захисту в межах бюджетного розподілу, щоб реформа стаціонарної допомоги не змістила фокус від важливості фінансування послуг на первинній ланці.

- Місцеві органи влади повинні відігравати важливу роль як власники установ і органи фінансування, проте необхідний подальший політичний діалог щодо того, яким чином узгодити децентралізовані функції з пріоритетами національної політики в галузі охорони здоров'я.

- Стратегічні закупівлі і нові фінансові стимули добре продумані і якісно розроблені, реалізація йде успішно; проте для досягнення змін в клінічній практиці на місцях потрібен ширший спектр інструментів, таких як інституціоналізовані механізми підвищення якості.

- Для забезпечення сталості реформи важливо забезпечити розподіл відповідальності за її проведення між основними зацікавленими сторонами, включаючи місцеві органи влади, надавачів послуг та населення [191].

Фінансовий механізм державного управління системою охорони здоров'я є складним, адже охоплює різні сфери державної політики та сукупність суб'єктів управління. Основну проблему недосконалості фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні вбачаємо у відсутності чітких критеріїв оцінки ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління та закладами охорони здоров'я. В умовах реформування системи охорони здоров'я фінансове забезпечення значно трансформувалося через визначення

*Розділ 4. Удосконалення механізмів державного управління
системою охорони здоров'я*

гарантованого пакету медичних послуг з одного боку, та в частині надання первинної медичної допомоги через укладання декларацій із сімейними лікарями з іншого боку. Трансформована система фінансування первинної медичної допомоги представлена в табл. 4.10.

Таблиця 4.10.

**Трансформація фінансового забезпечення системи охорони
здоров'я в умовах реформування**

ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
<i>Перехідний період (2018 р.)</i>		
<i>Державний бюджет</i>		<i>Місцеві бюджети</i>
<i>Національна служба здоров'я України</i>	<i>Міністерство охорони здоров'я України</i>	<i>За видами органів місцевого самоврядування</i>
<ul style="list-style-type: none"> - капітаційна оплата, що здійснювалася на основі динаміки підписання декларацій; - уніфікована базова ставка становила 370 грн.; - діяли вікові коефіцієнти; - діяв коригувальний коефіцієнт гірської місцевості; 	<ul style="list-style-type: none"> - фінансування здійснювалося через субвенцію державного бюджету на основі капітаційної ставки 270 грн.; - фінансування визначалося за кількістю населення, що закріплене за закладом первинної медичної допомоги 	<ul style="list-style-type: none"> Фінансування здійснювалося за наступними складовими: - передбаченні бюджетним кодексом статті витрат, що обов'язкового фінансуються; - додаткове фінансування витрат, що визначення органами місцевої влади
3 2019 р.		
<i>Державний бюджет</i>		<i>Місцеві бюджети</i>
<i>Національна служба здоров'я України</i>		<i>За видами органів місцевого самоврядування</i>
<ul style="list-style-type: none"> - капітаційна оплата, що здійснювалася на основі динаміки підписання декларацій; - уніфікована базова ставка становила 370 грн.; - діяли вікові коефіцієнти; - діяв коригувальний коефіцієнт гірської місцевості; - можливість зменшення остаточної оплати на понад 20 % в межах понадлімітних декларацій 		<ul style="list-style-type: none"> Фінансування здійснювалося за наступними складовими: - передбаченні бюджетним кодексом статті витрат, що обов'язкового фінансуються; - додаткове фінансування витрат, що визначення органами місцевої влади

Продовження табл. 4.10

РОЗРАХУНОК БЮДЖЕТНОГО ФІНАНСУВАННЯ									
БзозПМД = БС x КН x КК,									
Де БзозПМД – бюджет закладу охорони здоров'я, що надає первинну медичну допомогу; БС – базова ставка; КН – кількість підписаних декларацій; КК – корегувальні коефіцієнти									
КОРИГУВАЛЬНІ КОЕФІЦІЄНТИ									
0-5 років		6-17 років		18-39 років		40-64 років		65 + років	
Н*	Г**	Н	Г	Н	Г	Н	Г	Н	Г
<i>Віковий коефіцієнт</i>									
4	4	2,2	2,2	1	1	1,2	1,2	2	2
<i>Коефіцієнт місяця проживання</i>									
1	1,25	1	1,25	1	1,25	1	1,25	1	
<i>Капітаційна ставка (у грн.)</i>									
1480	1850	814	1017,5	370	462,5	444	555	740	925
КІЛЬКІСТЬ ДЕКЛАРАЦІЙ									
Оптимальний обсяг практики (декларацій)			Ліміт кількості декларацій для коригування капітаційної виплати						
<i>Сімейний лікар</i>			1800	100% – 110%	1	130% – 140%	0,4		
<i>Дорослих на терапевта</i>			2000	110% – 120%	0,8	140% – 150%	0,2		
<i>Дітей на педіатра</i>			900	120% – 130%	0,6	150% –	0		

* Н – Низовина; ** Г – гірська місцевість

Реалізація зазначеної концепції відбувалася із розвитком правового механізму, який передбачав наступні нормативно-правові акти:

1. *Верховна Рада України:*

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (від 19 жовтня 2017 № 2168-VIII);

- Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (від 14 листопада 2017 № 2206-VIII)

- Закон України «Про Державний бюджет України на 2018 рік» (від 7 грудня 2017 № 2246-VIII);

- Закон України «Про Державний бюджет України на 2019 рік» (28 лютого 2019 № 2696-VIII);

2. *Кабінет міністрів України:*

- Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я» (від 30 листопада 2016 № 1013-р);

- Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» (Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки») (від 16 березня 2017 № 180);

- Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» (від 27 грудня 2017 № 1101-2017-п);

- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» (від 25 квітня 2018 № 407);

3. Міністерство охорони здоров'я України:

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (від 19 березня 2018 № 503);

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (19 березня 2018 № 504).

В цілому реалізовані етапи реформи фінансування системи охорони здоров'я значно трансформували фінансовий механізм державного управління системою охорони здоров'я. Проте на сьогодні залишається ряд не вирішених проблем, а окремі із них виникли в умовах реформування, що пов'язано із первинним неврахуванням при розробці концептуальних положень. Відповідно фінансовий механізм має бути розвинутий, що ставить перед наукою сукупність нових завдань.

Основними напрямками удосконалення фінансового механізму державного управління системою охорони здоров'я є наступні:

1) На рівні державного управління системою охорони здоров'я:

- сформувати чіткий механізм надання та фінансування гарантованих медичних послуг, через внесення змін до Закону України Про Державний бюджет та Бюджетний Кодекс України. При формуванні державного бюджету необхідно визначати чіткий перелік гарантованих медичних послуг. Вважаємо, що на державному рівні необхідно затвердити недоторканий список, який не буде змінюватися кожного року,

та варіативний список, який буде доповнювати перший, зважаючи на: по-перше, певний стан здоров'я населення; по-друге, соціально-економічні показники, що визначають планові доходи та видатки державного бюджету; по-третє, пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я.

- розширити діяльність Національної служби охорони здоров'я України в регіонах, з метою підвищення ефективності фінансового забезпечення надання медичних послуг. Створити регіональні відділення (управління) Національної служби здоров'я України. Такі, відділення можуть бути створені як в кожній області, так і в сукупності областей. На Початковому етапі з метою оптимізації управління та фінансового забезпечення адміністративних витрат пропонуємо створювати регіональні управління, які охоплюють декілька областей, зокрема: Управління Національної служби здоров'я України Північно-Західного регіону (включає: Житомирську, Рівненську, Волинську, Київську області); Управління Національної служби здоров'я України Західного регіону (включає: Львівську, Закарпатську Івано-Франківську, Чернівецьку та Тернопільську області); Управління Національної служби здоров'я України Центрального регіону (включає: Хмельницьку, Вінницьку, Кіровоградську та Черкаську області); Управління Національної служби здоров'я України Південного регіону (включає: Одеську, Миколаївську, Херсонську, Запорізьку області); Управління Національної служби здоров'я України в Автономній Республіці Крим (включає: територію АР Крим, що на даний час є анексованою); Управління Національної служби здоров'я України Східного регіону (включає: Дніпропетровську, Донецьку, Луганську, Харківську області); Управління Національної служби здоров'я України Північно-Східного регіону (включає: Чернігівську, Полтавську, Сумську області). Створення регіональних управлінь дозволить при розподілі коштів врахувати регіональні особливості та стан здоров'я населення в певних областях.

- сформувати комплекс заходів щодо налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між центральними органами виконавчої влади щодо фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Зокрема, є потреба у формуванні інформаційно-комунікаційних зв'язків між: по-перше, центральними органами виконавчої влади щодо розподілу державних коштів (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України); по-друге, центральними органами виконавчої

влади та місцевими органами влади. Більш детальніше дані зв'язки будуть розглянуті в наступних дослідженнях.

- визначити спектр державного фінансування інноваційної діяльності закладами охорони здоров'я. У Бюджетному кодексі передбачати обов'язкові статті державних та місцевих видатків, що направленні на розвиток інноваційної діяльності як в цілому системи охорони здоров'я, так і фінансування інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я. Крім того, вагоме значення для інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я має його стимулювання через оплату праці лікарів та інших медичних працівників.

- розробити комплексні методики оцінки ефективності фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в цілому та закладів охорони здоров'я зокрема. Встановити, 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. За результатами такого аналізу оцінювати діяльність менеджменту закладу охорони здоров'я (головного лікаря та його заступників).

- врегулювати на державному рівні порядок використання місцевих бюджетних ресурсів для фінансування закладів охорони здоров'я. Є необхідність внесення змін до бюджетного кодексу України, яким слід передбачити чіткий перелік обов'язкових статей видатків закладів охорони здоров'я, які фінансуються місцевими бюджетами. Зобов'язати місцеві органи влади проводити періодичний аналіз ефективності фінансування закладів охорони здоров'я та на його основі оцінювати діяльність менеджменту закладів охорони здоров'я, що підпорядковуються місцевим органам влади.

- трансформувати механізм стратегічних закупівель НСЗУ через впровадження інноваційних програмних продуктів, що 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. Для цього є необхідність впровадження програмних продуктів щодо стратегічних закупівель Національної служби здоров'я України.

- при фінансуванні закладів охорони здоров'я враховувати їх ефективність та якість надання медичних послуг, що реалізуються. Розробити галузеві методики аналітичної оцінки ефективності

використання економічних ресурсів закладами охорони здоров'я, що враховують якість надання медичної допомоги та, в результаті цього коригувати державне фінансове забезпечення.

- визначити механізми фінансового контролю за діяльністю Національної служби здоров'я України. Визначити органи 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:

- оптимізація кількості закладів охорони здоров'я в регіонах, що дозволить оптимізувати витрачання фінансових ресурсів для надання медичної допомоги усіх рівнів. У контексті зазначеного варто продовжити формувати госпітальні округи, але водночас враховувати не лише кількість населення, але й можливість доступу до закладів охорони здоров'я всього населення округу.

- трансформувати систему оплати праці лікарів та іншого персоналу закладів охорони здоров'я, що дозволить підвищити якість кадрового складу закладів охорони здоров'я і, як результат якість медичної послуги. Встановити мінімальний рівень оплати праці лікарів, що має відповідати рівню середньої заробітної плати в країні. Визначити надбавки до оплати праці за результати інноваційної діяльності та використання експериментальних методи лікування.

- розширити спектр платних медичних послуг державних закладів охорони здоров'я, що дозволить підвищити їх фінансовий стан та формувати власні фонди для інноваційної діяльності. За рахунок розширення спектру платних медичних послуг державними та комунальними закладами охорони здоров'я можливо отримати додаткові фінансові ресурси, у результаті чого є можливість формування фондів для фінансування інноваційної діяльності та резервів фінансування наслідків надзвичайних ситуацій.

- визначити напрями оцінки ефективності фінансового управління закладами охорони здоров'я, на основі чого визначити результативність діяльності менеджменту закладу (головного лікаря та його заступників);

- встановити види відповідальності менеджменту закладів охорони здоров'я, що пов'язані з неефективним використанням бюджетних коштів та фінансовим управлінням.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження нами визначення властивості 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. Впровадження визначених нами реформ, дозволить підвищити результативність державного управління та уникнути сукупності ризиків, які обумовлені сучасними реформами в досліджуваній сфері.

Висновки до 4-го розділу

1. Запропоновано багаторівневу структуру управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я, яка передбачає наступні рівні: 1) керівні кадри системи охорони здоров'я; 2) керівні кадри місцевого управління системою охорони здоров'я; 3) керівні кадри закладів охорони здоров'я; 4) медичний персонал закладів охорони здоров'я. За кожним рівнем визначено об'єкт управління та сфери діяльності кадрів. Зазначені рівні визначають кадровий склад як управління системою охорони здоров'я на різних рівнях, так і власне кадровий склад закладів охорони здоров'я, що реалізують медичні послуги. У загальному розумінні об'єктом кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я є: кадрові процеси, що відбуваються в системі державного управління у сфері охорони здоров'я на різних рівнях (загальнодержавний, регіональний, місцевий). Дані кадрові процеси визначають ефективність управління як на рівні державного управління, так і на рівні управління закладом охорони здоров'я; кадрові процеси в закладах охорони здоров'я. У даному випадку ефективність реалізації зазначених кадрових процесів визначає якість медичної послуги.

2. Обґрунтовано взаємозв'язок кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я як такими видами державної політики як: освітня (трансформація підготовки медичних кадрів за освітніми програмами галузі знань «Охорона здоров'я»); кадрова (формування вимог до кадрового потенціалу системи охорони здоров'я);

фінансова (визначає порядок та систему оплати праці медичних працівників).

3. У зв'язку із сучасною потребою в кадрах системи охорони здоров'я запропоновано формувати кадрові резерви за наступними напрямками: 1) кадровий резерв керівних кадрів державного управління системи охорони здоров'я (резерв кадрів, що можуть потенційно зайняти керівні посади в органах центральної виконавчої влади та обласних управлінь в системі охорони здоров'я); 2) кадровий резерв керівних кадрів державних та комунальних закладів охорони здоров'я (резерв кадрів, що можуть потенційно зайняти керівні посади в комунальних та державних закладах охорони здоров'я (головний лікар, заступники головного лікаря)); 3) кадровий резерв медичних працівників регіону (резерв кадрів, що можуть зайняти медичні посади в закладах охорони здоров'я за різними спеціалізаціями); 4) мобілізаційний кадровий резерв медичних працівників на випадок надзвичайних ситуацій (резерв кадрів, для мобільного формування групи медичної допомоги на випадок надзвичайних ситуацій різних рівнів). За кожним рівнем формування кадрового резерву визначено суб'єктів формування та управління, а також запропоновано процедуру формування кожного резерву.

4. Обґрунтовано необхідність формування (затвердження) та визначено основні положення: Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про формування та використання резерву керівних кадрів державного управління системи охорону здоров'я»; Постанови Кабінету міністрів України «Про формування та використання резерву керівних кадрів закладів охорони здоров'я регіону».

5. Встановлено, що формування кадрових резервів дозволяє: безперервно впроваджувати реформи у системі охорони здоров'я; готувати кандидатів на заміщення новостворених посад або вакантних посад; ефективно організувати підвищення кваліфікації та стажування керівних та медичних кадрів усіх рівнів; зберегти інституційну пам'ять органу управління системою охорони здоров'я; залучати представників кадрового резерву до реформування системи охорони здоров'я як експертів; підвищити ефективність кадрового процесу на усіх рівнях державного управління системою охорони здоров'я та закладами охорони здоров'я; визначати ресурсний потенціал для реалізації стратегічних цілей в розвитку системи охорони здоров'я; унеможливити випадкових

призначень на керівні посади державного управління системою охорони здоров'я.

6. Інвестиційно-інноваційна діяльність держави в системі охорони здоров'я проявляється в різних проявах участі суб'єктів державного управління в інвестиційному процесі щодо запровадження інновацій у системі охорони здоров'я. Держава завжди виступає суб'єктом інвестиційної діяльності в прямому або опосередкованому впливі. У цілому обґрунтовано роль держави та державного управління в інвестиційно-інноваційній діяльності за наступними формами прояву: 1) Держава як інвестор – створення інвестиційних фондів за рахунок коштів державного бюджету для фінансування інновацій та модернізації системи охорони здоров'я; 2) Держава як партнер – участь держави через відповідні органи державної влади, державних чи комунальних підприємств в різних формах державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я; 3) Держава як позичальник – випуск державних боргових цінних паперів (облігацій) для фінансування інновацій у системі охорони здоров'я; 4) Держава як кредитор – надання пільгових державних кредитів для фінансування інноваційних процесів у системі охорони здоров'я; 5) Держава як регулятор – формування комплексу механізмів державного регулювання інвестиційно-інноваційної діяльності у системі охорони здоров'я. У даному випадку основним напрямом діяльності держави; 6) Держава як управлінець – через систему органів виконавчої влади здійснює управління інвестиційно-інноваційними процесами в системі охорони здоров'я.

7. В умовах реформування системи охорони здоров'я та потреби її інноваційного розвитку, вважаємо за необхідне в структурі суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України; Національна служба здоров'я України) створити директорати інноваційного розвитку охорони здоров'я основними функціями, яких мають стати: формування стратегії інноваційного розвитку як держави в цілому так і окремих регіонів або закладів; визначення джерел фінансування інновацій (інвестиції) у сфері охорони здоров'я; формування пріоритетних напрямів інноваційного розвитку системи охорони здоров'я; інформаційний, організаційний, правовий супровід інвестиційно-інноваційних проєктів в системі охорони здоров'я; управління інформаційно-комунікаційними зв'язками між суб'єктами інвестиційно-інноваційної діяльності держави в сфері охорони здоров'я; розробка та впровадження методичних рекомендацій щодо інвестиційно-

інноваційної діяльності держави в сфері охорони здоров'я; розробка, оцінка та впровадження проєктів державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я; розробка та впровадження методики оцінки ефективності інвестиційно-інноваційних проєктів та інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я.

8. Обґрунтовано основні напрями об'єктів інвестиційно-інноваційної діяльності держави: 1) Інновації в управлінський процес – це інноваційні методики, інструменти, заходи щодо удосконалення управління системою охорони здоров'я в цілому та окремими її складовими; 2) Інновації в процес організації медичної послуги – це інноваційні підходи до організації медичної послуги (медичної допомоги) у закладах охорони здоров'я та налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків для лікувальних цілей між ними; 3) Інновації в медичній допомозі (лікувальний процес) – усі види інноваційного та експериментального лікування, новітніх медичних технологій та нових медичних препаратів; 4) Інновації в медичній освіті – це інноваційні підходи до викладання спеціалізованих дисциплін та використання інноваційних технологій в освітньому процесі; 5) Інновації в інших сферах можуть бути представлені впровадженням інноваційних методів в лабораторних дослідженнях. Зазначені напрями інноваційної діяльності пропонуємо затвердити на державному рівні Постановою Кабінету Міністрів України про Затвердження перспективних напрямів інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Окрім вищезазначених напрямів інноваційного розвитку, пропонуємо визначити наступні способи забезпечення таких інновацій: фінансування науки; державно-приватне партнерство; випуск державних облігацій; пільгове кредитування; створення державних інвестиційних фондів; інші напрями. Важливою складовою постанови має стати порядок взаємодії між різними суб'єктами державного управління.

9. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні значно трансформувалося в умовах ініційованої реформи у 2015 р., яка була продовжена після зміни політичної влади. Важливе значення в реформуванні системи охорони здоров'я мала прийняття на законодавчому рівні Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я. Основну проблему недосконалості фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні вбачаємо у відсутності чітких критеріїв оцінки ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління закладами охорони здоров'я.

10. Визначено наступні напрями удосконалення фінансового механізму державного управління системою охорони здоров'я: 1) на рівні державного управління системою охорони здоров'я: сформувати чіткий механізм надання та фінансування гарантованих медичних послуг, через внесення змін до Закону України Про Державний бюджет та Бюджетний Кодекс України; розширити діяльність Національної служби охорони здоров'я України в регіонах, з метою підвищення ефективності фінансового забезпечення надання медичних послуг (створити регіональні відділення (управління) Національної служби здоров'я України); сформувати комплекс заходів щодо налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між центральними органами виконавчої влади щодо фінансового забезпечення системи охорони здоров'я; визначити спектр державного фінансування інноваційної діяльності закладами охорони здоров'я; розробити комплексні медичні оцінки ефективності фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в цілому та закладів охорони здоров'я зокрема; врегулювати на державному рівні порядок використання місцевих бюджетних ресурсів для фінансування закладів охорони здоров'я; трансформувати механізм стратегічних закупівель НСЗУ через впровадження інноваційних програмних продуктів, що мають галузеві особливості; при фінансуванні закладів охорони здоров'я враховувати їх ефективність та якість надання медичних послуг, що реалізуються; визначити механізми фінансового контролю за діяльністю Національної служби здоров'я України; 2) на рівні реформування державного регулювання діяльності закладів охорони здоров'я: оптимізувати кількість закладів охорони здоров'я в регіонах, що дозволить оптимізувати витрачання фінансових ресурсів для надання медичної допомоги всіх рівнів; трансформувати систему оплати праці лікарів та іншого персоналу закладів охорони здоров'я, що дозволить підвищити якість кадрового складу закладів охорони здоров'я і як результат якість медичної послуги; розширити спектр платних медичних послуг державних закладів охорони здоров'я, що дозволить підвищити їх фінансовий стан та формувати власні фонди для інноваційної діяльності; визначити напрями оцінки ефективності фінансового управління закладами охорони здоров'я, на основі чого визначити результативність діяльності менеджменту закладу (головного лікаря та його заступників); встановити види відповідальності менеджменту закладів охорони здоров'я, що пов'язані із неефективним використанням бюджетних коштів та фінансовим управлінням.

РОЗДІЛ 5 УДОСКОНАЛЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

5.1. Налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків у державному управлінні системою охорони здоров'я

Сучасні умови розвитку суспільства трансформують систему державного управління такої його сфери як охорона здоров'я. Трансформації державного управління системою охорони здоров'я висувують на новий план інформаційно-комунікаційні зв'язки, від яких залежить результативність та ефективність державно-управлінських рішень, що є особливо важливим в умовах реформування системи охорони здоров'я. «Комунікативні процеси у державному управлінні відіграють надзвичайно важливу роль у процесі підготовки та прийняття управлінських рішень, адже використання інформації щодо потреб громадськості та її настроїв щодо діяльності органів державної влади є запорукою розвитку демократичного суспільства» [65, с. 159]. Зазначене актуалізує науковий пошук формування та налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків в державному управлінні системи охорони здоров'я, як основою формування методологічного впливу суб'єкта управління та об'єкт та зворотного зв'язку як основи трансформації державної політики.

Питання інформаційно-комунікаційних зв'язків в державному управлінні системою охорони здоров'я піднімалися в працях вітчизняних та зарубіжних вчених: Г.О. Слабкий, Ю.Б. Ященко, Л.В. Ященко, Р.П. Кнут, М.А. Знаменська, О.Р. Ситенко, Є.М. Кривенко, Д.О. Самофалов, О.В. Копняк, Н.М. Драгомирецька, К.С. Кандагура, А.В. Букач, J. Graham (Дж. Грахам), В. Amos (Б. Амос), Т. Plumptre (Т. Плумптре), Р. Kirk (П. Кірк), I. Kickbusch (І. Кікбурш), D. Gleicher (Д. Глейчер) та інші.

В умовах динамічного розвитку глобалізаційних процесів, соціально-економічних відносин, цифровізації суспільства, політичних систем, перед соціальними інститутами, метою яких є налагодження соціального консенсусу, постає нове завдання: об'єднання різнорідних

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

типів соціальної поведінки учасників суспільних відносин для гармонізації інтересів як окремої людини, так і суспільства в цілому. Важливим соціальним інститутом, що може забезпечити соціальний консенсус у суспільстві є держава. «Багато фахівців засвідчують, що на сьогодні у світі активізується увага до комунікативної діяльності. Вважається, що це нова хвиля, спрямована на вироблення сучасних підходів щодо практики державних комунікацій. Головним у розумінні комунікацій вважається постулат, що державне управління є специфічним видом спеціально побудованої діяльності, як особливого виду діяльності з соціального управління. Відповідно і комунікативна діяльність має свої специфічні особливості і має бути спрямована на побудову міцних соціальних зв'язків» [64, с. 14].

Через систему державного управління є можливість налагодження зв'язків між усіма членами суспільства, що дозволить гармонізувати їх іноді діаметрально протилежні інтереси. Особливо гостро дане питання стоїть в умовах забезпечення конституційного права людини на здоров'я. Відповідно система державного управління повинна будуватися таким чином, щоб забезпечити високий рівень комунікації між усіма елементами системи. Вітчизняні вчені Н.М. Драгомирецька, К.С. Кандагура, А.В. Букач зазначають: «сьогодення характеризується великою увагою багатьох урядів держав світу до комунікативної діяльності суб'єктів державного управління, оскільки завдяки цьому вирішується низка завдань щодо побудови взаємовідносин держави і суспільства, державної влади та громадськості. Виробляються нові підходи, методи та практики державних комунікацій. Йдеться про комунікативну діяльність, яка є складовою діяльності державного службовця і сприяє побудові міцних соціальних зв'язків» [64, с. 5].

«У 60-і-70-і домінуюча емпірична парадигма в США зазнала модифікації. Це було пов'язано з істотними змінами в методологічній базі: біхевіоризм втратив вплив, соціально-психологічні підходи ставали все менш популярними, дослідники все частіше зверталися до соціокультурних складових медіавпливу. З'являється окрема дисциплінарна сфера досліджень – масова комунікація, для дослідження нової дисципліни створюються спеціальні кафедри в університетах, дослідницькі центри, наукові видання» [179].

Масуда Е. охарактеризував комунікацію як «економічну категорію та суспільне благо, яке впливає на розвиток всіх сфер суспільного життя» [8]. Особливо важливою сферою суспільного життя вбачаємо забезпечення громадського здоров'я, як фактору розвитку соціально-економічної системи суспільства та забезпечення соціального консенсусу.

Система охорони здоров'я знаходиться на перетині різних соціально-економічних інтересів членів суспільства, а тому перед державним управлінням стоїть завдання не лише державного регулювання реалізації медичних послуг, але й формування комплексу заходів із її динамічного розвитку, що враховуватиме трансформацію інтересів соціальних інститутів. Ефективність державного управління системою охорони здоров'я буде залежати від налагодженої системи інформаційно-комунікаційних зв'язків. Так, комунікація сьогодні виходить на якісно новий рівень у державному управлінні.

Вітчизняний дослідник проблем управління Мізюк Б.М. вважає, що «інформаційні потоки забезпечують прямий і зворотній зв'язки зі своїм генератором, що позитивно впливає на ефективність управлінського рішення. Дані сприймаються отримувачем як інформація у тому випадку, коли у його «пам'яті» закладено поняття і моделі, що дозволяють зрозуміти зміст отриманих відомостей» [130, с. 9].

Розглядаючи державне управління як систему, прямий та зворотній зв'язок є особливо важливим з позиції впливу суб'єкту державного управління на об'єкт, що можна представити громадським здоров'ям населення країни. Крім того, в умовах демократичного суспільства значно актуалізується комунікація між державним управлінням та громадянським суспільством, що може стосуватися підтримки медичної реформи. Вітчизняний дослідник функцій та сутності комунікацій в державному управлінні Є.В. Драчов вказує, що «комунікація між владою та громадськістю є однією з найважливіших складових системи державного управління. Однією з її головних функцій є забезпечення легітимності поширення повідомлень у інформаційному просторі, отримання підтримки і схвалення громадськістю управлінських рішень. Велике значення для реалізації цієї функції має налагодження ефективного діалогу між державою та громадськістю і отримання належного рівня довіри до органів влади» [65, с. 159].

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

На подібній позиції стоїть П.Я. Унгурян, зазначаючи, що «Державна комунікація є однією з найважливіших складових системи державного управління сталим розвитком. Однією з її головних функцій є забезпечення легітимності державної політики сталого розвитку, отримання підтримки і схвалення громадськістю управлінських рішень у цій сфері. Велике значення для реалізації цієї функції має налагодження ефективного діалогу між державою та громадськістю і отримання належного рівня довіри до органів влади» [192, с. 112].

Мазур В.Г. також вказує на значення комунікацій в демократизації суспільства: «Комунікація – основа державного управління і важливий чинник демократизації суспільного життя. В загальному вигляді її можна визначити як процес обміну інформацією, що об'єднує в єдине ціле органи державного управління, органи місцевого самоврядування та групи громадськості; зміцнює необхідний зворотний зв'язок між адміністративним апаратом, управлінськими структурами, суспільством, окремими громадами й індивідами» [123].

«Сучасне комунікаційне суспільство характеризується постійним збільшенням та глобалізацією комунікацій. Кількість та якість комунікацій безперервно зростають, значна кількість людей залучається до комунікаційного процесу, взаємозв'язок між окремими комунікаціями стає тісним, зростає дія комунікацій, мережа яких досягла глобальних масштабів. Зростання комунікацій відкриває нові можливості, які звільняють людей від певних обмежень, систем соціального контролю та примусу, створюють нові засади особистої репрезентації» [34, с. 171].

Вітчизняний дослідник із питань комунікації у сфері мікроекономічного управління суб'єктами господарювання В.В. Муравський вказує, що «комунікації як спосіб інформаційного обміну достатньо давно є об'єктом наукових досліджень і дискусій. Ускладнення лінгвістичних конструкцій, поява нових засобів зв'язку, удосконалення методів відображення інформації визначило необхідність формування наукової теорії комунікацій» [138].

Вперше питання теорії комунікації та формування її наукової парадигми було обґрунтовано політологом зі США Гарольдом Лассуеллом у 1948 р. Свою точку зору, вчений політолог обґрунтував із позиції послідовності сукупності питань, які визначають передачу інформації, а саме:

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

- хто передав?
- що передав?
- по якому каналу?
- кому?
- з яким результатом?.

Усі зазначені питання є актуальними та особливо важливими в державному управлінні системою охорони здоров'я. Адже, власне результат такої комунікації впливає на громадське здоров'я населення, і, як наслідок на сукупність соціально-економічних показників розвитку держави. «Його дослідження відобразили домінування в той час в США соціологічного емпіризму. Емпіричний метод користувався привілейованим становищем як найбільш продуктивний і надійний спосіб отримання «об'єктивного», експериментального, кількісного знання шляхом розробки жорстко певних процедур спостереження і збору інформації. Лассуелл створив модель односпрямованої лінійної моделі комунікативного акту. Його схема «хто – що – по якому каналу – кому – з яким ефектом» передбачає бихевиористську реакцію реципієнта і відображає концепцію масового суспільства. Той, на кого спрямований вплив, є пасивним і беззахисним учасником комунікативного акту, зажигаючого одержувача інформації як електричну лампочку» [179].

Складність вивчення комунікації та налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків у державному управлінні системою охорони здоров'я полягає в тому, що комунікація є об'єктом дослідження різних галузей суспільних наук, а саме: соціології, психології, політології, журналістики, економіки та інших. «Наукова картина світу в ХХ столітті формувалася здебільшого політологією, соціологією, культурологією, філософією, психологією і економічною теорією. В початку ХХІ століття комунікація міцно зайняла ключові позиції в дослідженнях цих наук. Масова комунікація виходить за рамки медіасектору, що змушує аналізувати дискурсивний режим і різноманітні характеристики аудиторії на основі Інтердисциплінарний. Міждисциплінарні дослідження дозволяють створити контекстуальну когнітивну карту масової комунікації» [179].

Дослідження комунікацій представниками різних наук визначило різносторонні підходи до моделей комунікації та формування теорії комунікації. Зарубіжний дослідник теорії й комунікації Г.Г. Почепцов

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

зазначає, що «теорія комунікації в значній мірі формується різноманітними прикладними областями, де комунікативний вплив відіграє визначальну роль. Тільки за допомогою ефективно проведеної комунікації в сучасному суспільстві здійснюється все більше і більше подій. Суспільство стало більш залежним від комунікації. Ні в одному столітті не розвивалося стільки різноманітних дисциплін, пов'язаних з впливом людини на людину» [155].

Варто зазначити, що роль та значення комунікацій значно підвищилася та трансформувалася в умовах інформаційного суспільства. Зокрема, трансформувалися механізми формування та реалізації державної політики в усіх сферах та рівнях державного управління. У ХХ ст. комунікації все більше почали входити в термінологічний апарат та методології політичної науки. Формування інформаційного суспільства значно трансформувало політичні системи і відповідно вироблення державної політики та державно-управлінських рішень на різних рівнях державного управління.

Важливе значення в розвитку теоретико-методологічних положень державного управління системи охорони здоров'я займає теоретичне підґрунтя комунікацій.

«Комунікативна теорія може бути описана в певних термінах системи правил. Зазначається, що люди роблять свій вибір в спілкуванні ґрунтуючись на соціокультурних контекстах, а не на граматичних формах. При цьому люди є користувачами символів які відображають соціокультурне життя певної групи. Це допомагає будувати відносини, побудовані на ієрархії. Людське спілкування структуроване, що впливає на вибір зв'язків індивіда при побудові комунікації. У повсякденному житті у людини існує велика кількість послідовних зв'язків, які відбуваються через комунікації (спілкування, перемовини, виступи тощо). Всі ці зв'язки відрізняються методами, видами комунікації та її оцінювання у різних соціокультурних контекстах. Особливе значення мають ритуали повсякденного спілкування людей, які будують певні зв'язки та відносини. Це передбачає певні дії, які використовуються в культурному відношенні і передаються через комунікації. Люди можуть вільно змінювати і переглядати комунікативні моделі. Комунікативні акти відносяться до використання мови задля певної діяльності. Мовні акти включають команди, обіцянки, побажання, попередження, погрози, компліменти, вибачення, пропозиції, плітки, сварку тощо. Мовні акти допомагають

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

визначити значимі контексти для діяльності. Кожен з контекстів формує міжособистісні змісти. Учасники комунікації обмінюються вербальними і невербальними елементами, характерними для їх спільноти та системи цінностей» [64, с. 7-8].

Аналізуючи теоретичні положення та місце комунікацій у різних суспільних науках можна видіти сукупність теорій комунікації, що представленні в табл. 5.1.

Визначене є теоретичним підґрунтям формування інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я. Варто наголосити, що при розробці інформаційно-комунікаційних зв'язків варто враховувати усі види теорій комунікації, що обумовлено наступними причинами:

- державне управління є складовою системою, що враховує прийняття управлінських рішень як на рівні держави (органами центральної виконавчої влади) та регіону (органів місцевого самоврядування), так і на рівні управління, власне, окремим органом державної влади та закладом охорони здоров'я. Зазначене впливає на потребу формування багаторівневої системи інформаційно-комунікаційних зв'язків;

- багатосуб'єктність державного управління системою охорони здоров'я визначає необхідність застосування різних функцій управління та інструментів прийняття управлінських рішень, в ході яких відбуваються комунікації між різними суб'єктами. Так, відбуваються *міжособистісні* комунікації (комунікації між окремими особами, наприклад, керівником та підлеглим в певному органі державного управління або закладі охорони здоров'я, між лікарем та пацієнтом в ході реалізації медичної послуги); *міжсистемні* комунікації (комунікації між певними видами систем або підсистем, зокрема, між закладами охорони здоров'я та органами державного управління; між економічною системою (фінансовою системою держави) та системою охорони здоров'я); *міжінституційні* комунікації (комунікації між різними соціальними інститутами, наприклад, державою та суспільством, суспільством та бізнесом, людиною та системою охорони здоров'я, органами державної влади та громадськістю); міжсуб'єктні (комунікації між різними суб'єктами охорони здоров'я, наприклад, між різними закладами охорони здоров'я як одного рівня (наприклад, первинна медична допомога) так і між різними рівнями медичної допомоги);

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

Таблиця 5.1
Сучасні теорії та моделі комунікації як підґрунтя формування державно-управлінських рішень в системі охорони здоров'я

ТЕОРІЯ КОМУНІКАЦІЙ В ІНФОРМАЦІЙНОМУ СУСПІЛЬСТВІ		Характеристика	
Теорія	Розробники	Період	
Теорія масового суспільства	Э. Берк, Ж. Де Местр, Л. Г. А. Бональд, К. Манкейм, Э. Ледерер, Х. Аренд	Початок XX ст.	описує і пояснює як патологію суспільства соціальні та особистісні відносини з точки зору зростання році народних мас в історії, розглядає взаємодію різних соціальних інститутів, в результаті чого ЗМІ виявляються інтегрованими в них і тим самим впливають на політичні рішення, що приймаються органами влади
Критична теорія масової комунікації	М. Хоркхаймер, Г. Маркузе, Т. Адорно	30-ті роки XX ст.	вклав собою різновид неомарксистського (в більшій частині немарксистського) підходу до аналізу соціальних процесів в суспільстві
Теорія егеґемонії масової комунікації	Н. Пуланзас, Л. Альтоссер	60-70-ті роки XX ст.	система положець, що розкривають пануючу роль масової комунікації в суспільстві завдяки їх масовості і можливості впливу на людей як в прямій, так і в опосередкованій, латентній формі
Теорія еґзітарної масової комунікації	Ж. Д. Арси	70-ті роки XX ст.	виходить з постулату надання рівного доступу всім громадянам права вибору каналу комунікації для отримання будь-якої їх цікавить
Культурологічна теорія комунікації	Х. Мак-Люэн, А. Моль	60-70-ті роки XX ст.	засоби масової комунікації формують характер суспільства, а «масова культура» долучає до духовних цінностей
СУЧАСНІ МОДЕЛІ КОМУНІКАЦІЙ В СУСПІЛЬСТВІ			
<i>Загальні моделі комунікації</i>			
Лнійна	Діурнуларна		Багатоступенева
К. Шеннон, У. Уївер, Д. Ріли, М. Вайт	Т. Ньюкомб	Г. Малецке, Э. Андерс, Л. Стаатс, Р. Бостром	П. Лазарсфельд, Р. Мертон, Э. Кац
Дифузна	Трасактна	Мозайчна	Спиральна
Е. Роджерс	К. Барнхунд	Л. Бейкер	Ф. Девіс
<i>Прикладні моделі комунікації в різних сферах соціального знання</i>			
Математична	Кібернетична	Соціально-психологічна	Розвідувальна
К. Шеннон	Н. Вїннер	О. Хольсті	В. Плетт
			У. Юрі

Джерело: розроблено автором на основі [79], [155], [7]

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

- державне управління в системі охорони здоров'я виконує сукупність функцій соціального, економічного, правового характеру. Відповідно при формуванні інформаційно-комунікаційних зв'язків варто враховувати різні види комунікацій, які визначаються різними їх теоріями;

- комунікації в державному управлінні системою охорони здоров'я мають забезпечити зв'язок як між власне суб'єктами, суб'єктом та об'єктом управління, так і зв'язки із громадськістю. Адже, жодна державна політика не може оминати думку громадськості задля налагодження соціального консенсусу та уникнення інституційних конфліктів, що можуть вплинути на рівень громадського здоров'я.

Представлені теорії та обґрунтоване місце комунікацій в державному управлінні системою охорони здоров'я вказують на різноманітність підходів до її сутності як категорії різних соціальних наук, в тому числі наук з державного управління. Ми не будемо визначати дефініцію комунікацій, а лише визначимо найбільш значні підходи до її сутності, що можуть вплинути на теоретичне підґрунтя розвитку державного управління системою охорони здоров'я.

Варіації наукового позиціонування «комунікацій» присвячено в монографічному дослідженні В.В. Муравського [138], який виділив наступні підходи до розуміння комунікацій (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Підходи до розуміння комунікацій

Підхід	Характеристика
Лінгвістика	Процес обміну інформацією між людьми
Філософія	Змістовий аспект соціальної взаємодії людей
Психологія	Процес передачі інформаційного та емоційного змісту
Соціологія	Засіб соціалізації та об'єднання людей
Маркетинг	Засіб зв'язку з покупцями та суб'єктами ринку
Менеджмент	Спосіб доведення управлінських рішень та мотивація працівників
Інформатика	Передача повідомлення (набору символів) від відправника до одержувача

Джерело: сформовано автором на основі [138]

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

Усі зазначені підходи варто враховувати при розвитку теоретико-методологічних положень та практики формування інформаційно-комунікаційних зв'язків у державному управлінні системою охорони здоров'я. Це обумовлено тим, що систему охорони здоров'я неможливо ідентифікувати лише з однією сферою суспільних відносин, а відповідно багатовекторний прояв вимагає багатоаспектного застосування комунікацій.

Унгурян П.Я. пропонує наступні підходи до сутності комунікацій в державному управлінні:

«1. Комунікація як передача знань, ідей, інформації тощо.

2. Комунікація як розуміння, тобто вона розглядається як процес, завдяки якому ми розуміємо інших і самі стараємося бути зрозумілими.

3. Комунікація як вплив, тобто коли людина з допомогою символів, знаків намагається впливати на інших людей.

4. Комунікація як творення спільноти, процес, коли за допомогою вживання мови, знаків із окремих осіб відбувається творення людських об'єднань.

5. Комунікація як взаємодія між людьми за допомогою символів.

6. Комунікація як обмін значеннями між людьми (вона можлива тією мірою, якою особи мають спільні прагнення й відносно єдину культурну базу).

7. Комунікація як складова суспільного процесу, тобто акт комунікації розглядається як засіб, через який виражаються групові норми, здійснюється суспільний контроль і тощо» [192, с. 111].

Усі зазначені підходи до комунікацій повною мірою лягають в основу інформаційно-комунікаційної системи державного управління в сфері охорони здоров'я. І відповідно їх налагодження є основою ефективної реалізації медичної реформи, що направлення на підвищення якості медичної послуги та стану громадського здоров'я.

У контексті розвитку теорії комунікації Н.М. Драгомирецька, К.С. Кандагура, А.В. Букач вбачають наступні підходи до їх розуміння:

«- теорія, яка має справу з технологією передачі інформації (з використанням усної чи писемної мови, або через комп'ютер) між людьми, людьми та машинами або машинами та машинами (де основний вплив справляють телекомунікація та інформатизація);

- галузь знань, яка стосується принципів та методів завдяки яким передається інформація;

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

- теорія, яка знаходиться у діалогічно-діалектичному полі у відповідності з двома принципами: установча модель комунікації як метамодель і теорія як метадискурсивна практика у суспільстві;

- способи визначення комунікації і проблеми комунікації у певному полі (риторичному, семіотичному, феноменологічному, кібернетичному, соціальнопсихологічному, соціально-культурному тощо)» [64].

Досить широкий та змістовний підхід до сутності комунікацій міститься в дослідженнях [156], [66]. У таблиці 5.3 представлено результати стигматизації підходів вчених до сутності комунікацій.

Таблиця 5.3

Підходи до сутності комунікацій за [156], [66]

Напрямок	Характеристика
2	3
1. Традиційний підхід	
<i>Риторика</i>	мистецтво правильного мовлення, науки про те, як впливати на людей своїм мовленням
<i>Філософія та логіка</i>	науки, які дали змогу створити моделі реального спілкування людей
<i>Теорія аргументації</i>	науки, що є, власне, відгалуженням логіки і вчить, як треба переконувати людей, шукати незаперечної аргументації для доказу власної думки або для спростування думки співрозмовника
2. Загальнотеоретичний підхід	
<i>Теорії комунікації</i>	наука про теоретичні концепції стосовно загальних питань людського спілкування
<i>Теорії масової комунікації</i>	наука про особливості спілкування з масовою аудиторією
<i>Семіотика</i>	наука про знаковий аспект комунікації, яка розглядає знак як вільне поєднання значення (змісту) і форми
<i>Теорії міжнародних комунікацій</i>	наука, що розглядає такі різновиди діяльності, як урядові переговори, переклад як засіб міжнародного спілкування, менеджмент конфліктних міжнародних ситуацій
3. Прикладний підхід	
<i>Психоаналіз</i>	наука, яка розглядає комунікативні процеси як такі, що дають можливість зазирнути у підсвідоме, у ту частину нашої психіки, яку звичайно закрито для інших індивідуально цензурою

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

Продовження табл. 5.3

2	3
<i>Ділова комунікація</i>	наука, яка вивчає найраціональніші способи розв'язування ділових проблем
<i>Теорія інформації</i>	прикладна математична наука
<i>Теорія комунікативних обмінів</i>	наука про стратегію і тактику людської поведінки під час обміну інформацією
4. Фізіологічний підхід	
<i>Лінгвістика</i>	наука промову, яка пояснює мовні форми, що з їхньою допомогою саме й відбувається комунікація
<i>Семантика</i>	наука, що вивчає значення мовних одиниць, бо без формалізації семантики неможливе будь-яке комп'ютерне моделювання людського мислення та спілкування (на ній базується комп'ютерна лінгвістика, штучний інтелект)
<i>Соціолінгвістика</i>	наука, яка досліджує зв'язок соціальних і мовних структур
<i>Психолінгвістика</i>	наука про еквіваленти нових процесів у психіці
<i>Паралінгвістика</i>	наука про процеси, які супроводжують мовну комунікацію, тобто про невербальні комунікації
5. Психологічний і соціологічний підхід	
<i>Психологія</i>	наука про поведінку окремого індивідуума, групи людей або народу в цілому згідно з менталітетом
<i>Соціологія</i>	наука, що вивчає відносини соціальних структур

Із зазначеного випливають функції комунікації, склад та структура яких різняться у працях вчених. Це обумовлено, насамперед, тим, що комунікації є об'єктом дослідження різних суспільних наук і вчені переслідують різну мету, обираючи різний склад методів дослідження та власне структуру пізнавального процесу. Так, Ведерніков М.Д., Волянська-Савчук Л. В., Дубілей Ю.А. [43] виділяють чотири функції комунікацій, а саме: інформативна (передача істинних чи помилкових відомостей); інтерактивна (спонукальна) (організація взаємодії між людьми, наприклад, узгодити дії, розподілити функції, вплинути на настрій, переконання, поведінку співрозмовника, використовуючи різні форми впливу: навіювання, наказ, прохання, переконання); сприйняття

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

один одного партнерами по спілкуванню і встановлення на цій основі взаєморозуміння; експресивна (збудження чи зміна характеру емоційних переживань). Більшою мірою визначені функції комунікації визначають взаємовідносини між окремими особами, що може проявитися на етапі реалізації медичної послуги.

Драчов Є.В. [65] пропонує виділяти наступні функції комунікацій у державному управлінні: 1) інформаційна (є основною функцією, оскільки на організації й управлінні потоками інформації побудовані паблік рилейшнз (ПР), реклама тощо); 2) соціалізуюча (пов'язана із соціальним вихованням членів суспільства, формуванням або зміною інтенсивності і спрямованості соціальних настанов, цінностей та ціннісних орієнтацій аудиторії, з якою здійснюється комунікація); 3) емоційно-тонізуюча (полягає в регулюванні емоційного рівня аудиторії, стимулюванні її емоційних реакцій та пов'язана з регулюванням зв'язків між різними індивідами або сегментами аудиторії, а також комунікатора з тією самою аудиторією); 4) регулююча (полягає в запобіганні можливостям маніпулювати і керувати суспільною свідомістю за допомогою інформаційних повідомлень, фактично здійснювати функцію соціального контролю за наповненням інформаційного простору, роз'ясненням та коментарям щодо інформаційних повідомлень, які можуть бути використані для поширення агресивних настроїв у суспільстві, закликів до расової та інших видів дискримінації тощо); 5) науково-культурологічна (виконує основне освітньо-пізнавальне завдання – інформування про досягнення культури, мистецтва, освіти, науки); 6) демократична функція (полягає у використанні комунікативних зв'язків між владою та громадськістю для здійснення народовладдя, залучення громадян до процесів прийняття управлінських рішень, забезпечення виконання законів у процесі розвитку як державного управління, так і суспільства в цілому). Зазначений перелік функцій комунікації в державному управлінні не варто вважати вичерпним, або ж повною мірою таким, що відповідає державному управлінню системою охорони здоров'я. Вважаємо, що окремі функції не відповідають за своїм змістом окремим рівням державного управління системою охорони здоров'я та не повною мірою враховують управлінський процес.

Дослідники маркетингових комунікацій Н.В. Карпенко, Н. І. Яловега [92, с.9] пропонують наступний склад та зміст функцій комунікацій: 1) референтивна (вибіркове подання необхідної інформації,

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

враховуючи ментальні особливості кожної референтної групи); 2) метамовна (зосередження уваги на кодах повідомлень); 3) емотивна (формування через інформаційні подання певного емоційного стану громадськості); 4) інтерактивна (спонукання до бажаних дій); 5) бар'єрна (застережувальні інформаційні подання щодо причин, об'єктів, дій, які прямо чи опосередковано несуть шкоду суспільству); 6) організаційно-методична (інформаційні подання формують та організують здійснення певних суспільних дій); 7) консультативна (інформаційні повідомлення несуть роз'яснення щодо проблемних ситуацій, які виникають у суспільних колах); 8) коннاتیвна (привертання уваги громадськості).

Дрешпак В.М. [67] виокремлює внутрішні та зовнішні функції комунікації в державному управлінні. Зокрема, до внутрішніх відносить: 1) формування та підтримання усталених комунікативних зв'язків між елементами системи державного управління та ними й елементами середовища; 2) виробництва та збереження значень і смислів, носіями яких є елементи семіотичної підсистеми, що забезпечує генерування та збереження державно-управлінської інформації, а також створює «ідейно-смісловий каркас» системи державного управління. Склад зовнішніх функцій автор визначає наступні: 1) номінативна, що полягає у відображенні через певні семіотичні елементи предметів, явищ і процесів, притаманних системі державного управління, шляхом встановлення усталених зв'язків між цим означуванним та означником – функція називання цих предметів, явищ і процесів; 2) соціального управління, що полягає у використанні комунікативних засобів для упорядкування та спрямування діяльності людей, забезпечення її ціннісного наповнення.

Кирилко Н.М. [93] пропонує виділяти функції публічної комунікації в діяльності органів влади та посадових осіб. До таких функцій авторка відносить: 1) функція забезпечення обміну даними на високоєфективному рівні між керуючими суб'єктами і керованими об'єктами; 2) функція вдосконалення відносин суб'єктів комунікації на різних рівнях в процесі обміну даними; 3) функція формування каналів передачі інформації між окремими державними службовцями та їх групами з метою координації їх дій; 4) функція регулювання і раціоналізації потоків інформації.

Функції комунікацій у державному управлінні соціальною сферою виділяє Ісаченко В. [88]. Авторка доводить необхідність виділення наступних функцій: 1) інформаційна – включає в себе інформацію, що стосується послуги, яку забезпечує державне управління, а також правил,

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

через які виконуються державні функції; 2) просування послуг, які надаються державними установами; 3) надання пропозицій, що охоплює проекти й політичні пропозиції, які виносяться на публічні дебати.

Борисенко О.П., Чернокалова К.О. [30] вважають, що державна комунікація виконує наступні функції: 1) консервативну, спрямовану на збереження статус-кво державної системи, що сприяє стабільному існуванню соціального організму; 2) координуючу, покликану забезпечувати координацію владних впливів суб'єкта управління відповідно до параметрів об'єкта управління, і їх можливими змінами; 3) інтегруючу, пов'язану зі здійсненням такої державної політики, яка б враховувала інтереси всіх елементів суспільної системи, сприяла виробленню і прийняттю узгоджених управлінських рішень; 4) мобілізаційну, спрямовану на забезпечення легітимності чинного громадського порядку, отримання підтримки та схвалення суспільства з приводу прийнятих управлінських рішень; 5) соціальну, пов'язану із засвоєнням у процесі інформаційного обміну соціально-політичних норм, цінностей і традицій держави, підвищенням рівня політичної компетентності громадян.

Вітчизняна дослідниця проблем функціонування органів державної влади Кириченко Г.В. [94, с. 47] в одній зі своїх праць запропонувала склад та зміст функцій державної комунікації (табл. 5.4).

Дослідивши підходи вчених до складу функцій комунікації в державному управлінні вважаємо, що формування чіткого переліку є неможливим, що обумовлено динамічним розвитком механізмів державного управління та, власне, трансформацією суспільних відносин, особливо в сфері охорони здоров'я. Вважаємо, що на кожному рівні та напрямку державного правління системою охорони здоров'я комунікації виконують різні функції. Погоджуємося з Є.В. Драчовим, що «для вдосконалення системи комунікацій необхідно враховувати величину і кількість структурних ланок на кожному ієрархічному рівні управління, ступінь формального регламентування організаційних зв'язків. Тим самим забезпечуються можливості для раціонального розподілу повноважень, відповідальності та істотного скорочення обсягу інформації, яка циркулює в системі управління» [65].

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

Таблиця 5.4

Функції державної комунікації за Г.В. Кириченко [94, с. 47]

Функція	Зміст
<i>Консервативна</i>	спрямована на збереження статус-кво державної системи, яка сприяє стабільному існуванню соціального організму
<i>Координуюча</i>	покликана забезпечувати координацію владних впливів суб'єкта управління у відповідності до параметрів об'єкта управління та їх можливими змінами
<i>Мобілізаційна</i>	спрямована на забезпечення легітимності наявного суспільного ладу, отримання підтримки і схвалення суспільства щодо ухвалених управлінських рішень
<i>Інтегруюча</i>	пов'язана із здійсненням такої державної політики, яка б враховувала інтереси всіх елементів соціальної системи, сприяла б виробленню та прийняттю узгоджених управлінських рішень
<i>Управлінська</i>	інформація в державі реалізується в таких формах: як джерело влади, як фактор регулювання політичних систем і процесів, як засіб політичного управління і як продукт управлінського процесу
<i>Соціалізуюча</i>	пов'язана із засвоєнням у процесі інформаційного обміну соціально-політичних норм, цінностей і традицій держави, підвищенням рівня політичної компетентності громадян

Варто зауважити, що комунікації можуть виступати як окремою функцією управління, так і забезпечувати виконання інших. Важливою функціональною складовою комунікацій є інформація та реакція на неї з боку суб'єктів управління та учасників надання медичних послуг. Відповідно метою комунікацій у системі державного управління є рух інформації між різними суб'єктами системи охорони здоров'я та зацікавленими сторонами. Це, з одного боку, ускладнює інформаційно-комунікаційні зв'язки, а з іншого дозволяє врахувати при реформуванні системи охорони здоров'я інтереси різних внутрішніх та зовнішніх стейкхолдерів. Адже, як зазначають вітчизняні дослідники: «засоби комунікації та інформації є невід'ємним елементом усіх процесів, що формують загальне уявлення про події та суб'єктів, які публічно представляють інтереси різних груп населення» [96, с. 5].

Основою налагодження комунікацій у державному управлінні системою охорони здоров'я є інформаційні потоки. Класифікація інформаційних потоків у системах управління різних рівнів, що виділяється вітчизняними та зарубіжними вченими, представлено в табл. 5.5.

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

Таблиця 5.5

Класифікація інформаційних потоків у державному управлінні

1. Відносно стану об'єкту			
випереджаючі	синхронні	наступні	
2. За тематичним спрямуванням змісту			
мономатичні		політематичні	
3. За спеціалізацією використання			
однопрофільні		багатопрофільні	
4. Відносно системи (або сферою циркуляції)			
внутрішньосистемні	міжсистемні	зовнішні	
5. За напрямом руху відносно суб'єкту			
вхідні		вихідні	
6. За способом отримання інформації із зовнішнього середовища			
самостійні		опосередковані	
7. За ієрархічним рівнем			
однорівневі		багаторівневі	
8. Залежно від носія інформації			
документальні	електронні	усні	комбіновані
9. За періодом інформаційних даних			
планові		поточні	ретроспективні
10. За офіційністю			
офіційні		неофіційні	
11. За масштабом дій			
міжнародні		національні	локальні
12. За частотою руху інформації			
дискретні		регулярні	
13. За рівнем законодавчої регламентації			
регламентовані		нерегламентовані	
14. За приналежністю до учасників інформаційного обміну			
прямі		зворотні	
15. За рівнем управління			
вертикальні		горизонтальні	
16. За надійністю			
надійні		ризикові	ненадійні
17. За ступенем ідентифікації			
ідентифіковані		частково ідентифіковані	ідентифіковані
18. За періодичністю виникнення			
однократні		періодичні	постійні
19. За структурою			
прості		складні	

Джерело: розробка автора на основі [86], [130].

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

Вищезазначене визначає, що інформаційно-комунікаційна система державного управління у сфері охорони здоров'я може вміщати в собі різні моделі комунікацій, що будуть проявлятися як на окремому рівні державного управління або державно-управлінському, так в його цілісній системі. Комунікація та, власне, інформаційно-комунікаційні зв'язки є важливими в державному управлінні системою охорони здоров'я через вплив на якість, адже від їх ефективної організації залежать державно-управлінські рішення, що мають соціальне, економічне та безпекове значення для держави. На інформаційно-комунікаційні зв'язки в державному управлінні системою охорони здоров'я впливають:

- соціально-економічні відносини в суспільстві;
- вид політичної системи та політичних відносин у державі;
- правова система держави.

Систенко О.Р. зазначає, що «Розвиток комунікації має охоплювати такі аспекти:

1. Стратегічний та систематичний характер комунікації у галузі громадської охорони здоров'я, що розвивається на основі розуміння особливостей сприйняття та потреб різних аудиторій.

2. Розповсюдження інформації серед різних аудиторій у таких форматах і через такі канали, які є доступними, зрозумілими та зручними для користування.

3. Роз'яснення та захист ідеї про необхідність розробки та реалізації здорової політики і створення здорового середовища у всіх секторах державного управління (принцип урахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях та напрямках політики).

4. Навчання комунікації у галузі громадської охорони здоров'я та розвиток необхідного для цього кадрового потенціалу» [184, С. 50].

Вищезазначене вказує, що інформаційно-комунікаційна система впливає на формування та реалізацію механізмів державного управління системою охорони здоров'я з одного боку, а з іншого комунікаційна діяльність та інформаційно-комунікаційна система в цілому залежать від змісту та структури механізмів державного управління. Розглядаючи державне управління як систему в класичному розумінні, комунікації відбуваються з позиції впливу суб'єкту на об'єкт, що в нашому випадку відбувається через механізми державного управління, а також через зворотній зв'язок, що впливає на формування та реалізацію механізмів державного управління в майбутньому.

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

Варто зазначити, що комунікації в державному управлінні системою охорони здоров'я проявляється в двох значення, а саме:

- по-перше, комунікації є складовою формування та реалізації державно-управлінського рішення. Так, суб'єкт управління через канали комунікації доводить управлінське рішення до нижчих рівнів управління, які, у свою чергу, реалізують його. Крім того, інформація зовнішнього та внутрішнього середовища системи охорони здоров'я є особливо важливою для реформування державного управління та коригування раніше прийнятих рішень, відповідно отримання такої інформації від різноманітних джерел проявляється у зворотному зв'язку;

- по-друге, комунікації є об'єктом державного управління. Так, держава має забезпечити процес регулювання інформаційно-комунікаційних зв'язків у системі охорони здоров'я, що дозволить підвищити ефективність реалізації медичної послуги.

Інформаційно-комунікаційні зв'язки в державному управлінні можуть мати різний зміст, а саме:

- матеріальний характер, інформація про рух економічних (матеріальних) ресурсів у системі охорони здоров'я;

- фінансовий характер, інформація про рух фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я;

- медичний загальний характер, інформація про стан громадського здоров'я населення;

- медичний особистісний характер, інформація про стан здоров'я окремого пацієнта.

Роль державного управління як регулятора інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я є важливою як з позиції налагодження зазначеної системи та взаємодії її елементів, так і з позиції забезпечення інформаційної безпеки системи охорони здоров'я в цілому та її окремого суб'єкта зокрема.

Зазначене впливає на елементи інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я, під якими розуміємо наступне:

- комунікативний простір – простір, у якому відбуваються інформаційно-комунікаційні зв'язки, у випадку із нашим дослідженням це власне система охорони здоров'я, природно-кліматичні умови та суспільні відносини, що впливають на громадське здоров'я з одного боку, а з іншого

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

використовують людські ресурси, що характеризують певним станом здоров'я;

- комунікативний процес – це взаємодія між суб'єктами інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я через обмін інформацією, що відбувається з використанням різних каналів зв'язку;

- комунікант – будь-яка зі сторін (суб'єктів) комунікаційного процесу в державному управлінні. Від взаємодії між комунікантами залежить ефективність комунікацій державного управління. Так, А.Р. Бахарєв, вважає, що комунікація вважається успішною, якщо одержувач інформації розуміє її адекватно тому змісту, який у неї вкладає відправник [31]. В свою чергу, Е.Бернард (E. Bernard) вказує, що «ефективною є та комунікація, яка забезпечує мінімізацію непорозуміння між відправником та одержувачем, неефективною – та, вплив на одержувача якої відсутній або неочікуваний» [3];

- комунікатор – це ініціатор комунікаційних зв'язків, а також суб'єкт, що є джерелом формування та передачі інформації;

- реципієнт – суб'єкт, що ступає приймачем інформації, яка надходить через відповідний канал;

- канали комунікації – це сукупність засобів зв'язку між суб'єктами комунікації (комунікатором та реципієнтом) та джерелом і споживачем інформації. Від каналів зв'язку залежить ефективність комунікації. Мелон Д. (D. Mallon) вказує, що «комунікація вважається ефективною, якщо максимальна кількість повідомлень успішно доставлена та була успішно зрозуміла одержувачем із мінімальними витратами» [7].

- бар'єри комунікації – це фактори, що заважають взаємодії між комунікатором та реципієнтом у частині сприйняття інформації, прийому та процесу її використання для реалізації державно-управлінського рішення;

- верифікація інформації – це перевірка інформації та встановлення її якісних властивостей;

- захист інформаційно-комунікаційних систем державного управління – це сукупність заходів щодо обмеження доступу до інформаційно-комунікаційних зв'язків та впливу на них внутрішніх та зовнішніх факторів;

- інформаційний обмін – це дво- або багатосторонній обмін інформацією між різними учасниками державного управління системою охорони здоров'я;

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

Саме зазначені елементи визначають процеси обміну інформацією і, на їх основі формування державно-управлінських рішень та їх доведення до об'єкту. У цілому при вивченні інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я варто говорити про наступні її рівні та роль державного управління в їх забезпеченні (табл. 5.6).

Зазначені рівні інформаційно-комунікаційних зв'язків у державному управлінні системою охорони здоров'я визначають особливості елементів інформаційно-комунікаційної системи. Важливе значення в їх реалізації покладається на організаційний та інформаційний механізми реалізації державного управління. У подальших дослідженнях нами буде розроблено інформаційні моделі інформаційно-комунікаційних зв'язків за кожним із визначених рівнів, а також визначено особливості застосування сучасних інформаційно-комп'ютерних технологій у їх реалізації.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження нами обґрунтовано сукупність наукових положень, що визначають напрями розвитку інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я, зокрема:

- обґрунтовано вплив сучасних теорій та моделей комунікації на процеси формування та розвитку теоретико-методологічних положень державного управління та встановлено їх місце у формуванні державно-управлінських рішень. Доведено необхідність визначати комунікації як складову державного управління в частині реалізації державно-управлінських рішень та як складових методологічного впливу об'єкту на об'єкт та зворотного зв'язку;

- визначено, комунікації в системі державного управління можуть виступати як складовою формування та реалізації державно-управлінського рішення, так і об'єктом власне державного управління. У першому випадку, за допомогою комунікацій відбувається власне управлінський процес, а в другому державне управління має сформувати комплекс заходів із регулювання інформаційно-комунікаційної системи, для ефективного обміну інформації та забезпечення інформаційної безпеки суб'єктів. Це значно розширює функціонал державного управління та нові напрями інформаційного механізму його реалізації;

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

Таблиця 5.6
Рівні інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я

Характеристика <i>1</i>	Суб'єкти <i>2</i>
МІЖІНСТИТУЦІЙНИЙ РІВЕНЬ	
<p><i>В даному вивадку досліджується зворотній зв'язок, який характеризує зовнішні стейкхолдери системи охорони здоров'я на основі їх інтересів визначення напрямів подальшого розвитку та реформування системи охорони здоров'я</i></p> <p>Взаємодія державного управління охороною здоров'я із зовнішніми стейкхолдерами щодо її модернізації та розвитку системи охорони здоров'я</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Органи державного управління, що формують та реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я; 2. Зовнішні стейкхолдери, що представлені професійними організаціями, асоціаціями компанії, консалтингові компанії 3. Населення країни, думка яких виражається в різних соціологічних дослідженнях; 4. Суб'єкти економічної діяльності 	
МІЖСИСТЕМНИЙ РІВЕНЬ	
<p><i>В даному вивадку досліджується як методологічна дія, тобто вплив суб'єкту державного управління на систему охорону здоров'я через різні механізми (фінансовий, контрольний, освітній, інноваційний та інші) так і зворотній зв'язок вплив економічної на фінансування системи охорони здоров'я, підготовку та верифікацію медичних кадрів, інноваційний розвиток медицини</i></p> <p>Комунікації між певними видами систем або підсистем, зокрема між закладами охорони здоров'я та органами державного управління;</p> <p>Між економічною системою (фінансовою системою держави) та системою охорони здоров'я</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Органи державного управління, що формують та реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я; 2. Органи державного управління, що формують та реалізують інші види державної політики, що впливають на систему охорони здоров'я (фінансова, економічна, освітня, наукова, інноваційна, антимонопольна); 3. Заклади охорони здоров'я комунальної, державної, приватної власності; 4. Суб'єкти економічної діяльності 	
МІЖСУБ'ЄКТНИЙ РІВЕНЬ	
<i>Управлінський</i>	
<p><i>В даному вивадку досліджується методологічна дія об'єкту на об'єкті через виконання державно-управлінського рішення нижчим рівнем організаційної структури державного управління системою охорони здоров'я. Зворотній зв'язок визначається через звітування нижчих рівнів управління перед вищими</i></p> <p>Комунікації між різними суб'єктами формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Органи центральної виконавчої влади в сфері державного управління системою охорони здоров'я; 2. Регіональні управління охорони здоров'я; 3. Заклади охорони здоров'я усіх рівнів медичної допомоги та форм власності 	

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

Продовження табл. 5.6

1	2
	<i>Медицинський</i>
<p>Комунікації між різними суб'єктами охорони здоров'я, наприклад між різними закладами охорони здоров'я як одного рівня (наприклад первинна медична допомога) так і між різними рівнями медичної допомоги</p>	<p>Завзначений рівень комунікації є об'єктом державного управління, а саме організаційного механізму, що визначає порядок організації взаємодії між закладами охорони здоров'я</p> <p>1. Заклади охорони здоров'я усіх рівнів медичної допомоги та форм власності</p>
	МІЖОСОБИСТІСНИЙ РІВЕНЬ
<p>Комунікації між окремими особами, наприклад керівником та підлеглим в певному органі державного управління або закладі охорони здоров'я, між лікарем а пацієнтом в ході реалізації медичної послуги</p>	<p>Взаємодія між пацієнтом та закладом охорони здоров'я визначається державним регулюванням порядку реалізації медичної послуги на усіх рівнях медичної допомоги</p> <p>1. Пацієнт 2. Лікар 3. Менеджмент закладу охорони здоров'я 4. Інший персонал закладу охорони здоров'я</p>

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

- обґрунтовано структуру інформаційно-комунікаційної системи державного управління в сфері охорони здоров'я, що має наступні рівні: *міжособистісні* комунікації (комунікації між окремими особами, наприклад керівником та підлеглим в певному органі державного управління або закладі охорони здоров'я, між лікарем а пацієнтом в ході реалізації медичної послуги); *міжсистемні* комунікації (комунікації між певними видами систем або підсистем, зокрема між закладами охорони здоров'я та органами державного управління; між економічною системою (фінансовою системою держави) та системою охорони здоров'я); *міжінституційні* комунікації (комунікації між різними соціальними інститутами, наприклад, державою та суспільством, суспільством та бізнесом, людиною та системою охорони здоров'я, органами державної влади та громадськістю); міжсуб'єктні (комунікації між різними суб'єктами охорони здоров'я, наприклад, між різними закладами охорони здоров'я як одного рівня (наприклад, первинна медична допомога) так і між різними рівнями медичної допомоги);

- обґрунтовано склад та зміст елементів інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я, до яких віднесено: комунікативний простір, комунікативний процес, комунікант, комунікатор, реципієнт, канали комунікації, бар'єри комунікації, верифікація інформації, захист інформаційно-комунікаційних систем державного управління, інформаційний обмін.

Вищезазначене формує нове наукове знання про розширення методології державного управління системою охорони здоров'я та трансформує систему його об'єктів. Застосування визначених нами положень є основою формування нових ефективних механізмів державного управління.

5.2. Організація інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я

Важливість та значення комунікацій та інформаційно-комунікаційних зв'язків в державному управлінні системою охорони здоров'я є безперечною. Проте нині питання формування інформаційно-комунікаційної системи державного управління залишається не вирішеним, що обумовлено відсутністю дієвого механізму її формування як складовою державно-управлінського процесу, так і механізмів державного регулювання комунікації в реалізації медичних послуг. «Кожна система управління, яка функціонує як відкрита система, має отримувати адекватну інформацію до і після прийняття рішень, тому вона потребує якісного інформаційного забезпечення й ефективних комунікацій. При здійсненні основних управлінських функцій – планування, організації, мотивації, координації, аналізу та контролю, – комунікація виступає як інтегруючий фактор: використовуючи потоки інформації, вона спрямовує повідомлення від однієї ланки до іншої відповідно встановленим цілям. Фактично, система обробки інформації виступає об'єднуючою функцією для всіх підсистем або підрозділів державного управління» [65, с. 163].

Зазначене актуалізує дослідження проблем налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків у державному управлінні системою охорони здоров'я в контексті їх інформаційного моделювання для ідентифікації елементів інформаційно-комунікаційної системи та формування заходів із державної регламентації їх функціонування.

Зазначені питання стали об'єктом дослідження наступних вчених: Г.О. Слабкий, Ю.Б. Яценко, Л.В. Яценко, Р.П. Кнут, М.А. Знаменська, О.Р. Ситенко, Є.М. Кривенко, Д.О. Самофалов, О.В. Копняк, Н.М. Драгомирецька, К.С. Кандагура, А.В. Букач, J. Graham (Дж. Грахам), В. Amos (Б. Амос), Т. Plumtre (Т. Плумптре), Р. Kirk (П. Кірк), I. Kickbusch (І. Кікбурш), D. Gleicher (Д. Глейчер) та інші.

«Сучасний етап побудови та розвитку ефективної держави потребує запровадження нових форм налагодження комунікативної взаємодії органів публічної влади з громадськістю. Однією із таких форм є комунікативна взаємодія, яка спрямована на активізацію громадської участі та забезпечення зворотного спілкування у процесах реалізації

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

державної політики. Вочевидь, ефективність реалізації публічної політики визначається рівнем залучення громадян до процесів державного управління. Комунікація зумовлює виникнення нових інформаційних зв'язків, структур та механізмів впливу на розвиток сучасного суспільства. Комунікація впливає на всі без винятку сфери суспільного життя, у зв'язку з чим постає значна кількість проблемних питань у межах сучасної державно-управлінської науки. Серед таких питань найбільш актуальними є ті, які стосуються дослідження специфіки поширення комунікативних процесів на розвиток сучасного суспільства, що зрештою приводить до трансформації різних ціннісних систем, на яких базуються відповідні ідеологічні доктрини формування державної політики. Саме тому вкрай необхідним є створення системи спілкування населення з керівництвом держави та розробка чіткої стратегії розвитку державного управління з його подальшим удосконаленням у напрямку вирішення нагальних суспільних проблем з урахуванням інтересів усіх соціальних груп у суспільстві» [170, с. 1]. Зазначене вказує, що система державного управління не може повною мірою реалізувати свої функції з налагодження комунікації. Причому досить важливою є комунікація із громадськістю, що дозволяє встановити запит до системи охорони здоров'я з одного боку, а з іншого задоволеність населення реалізованими реформами.

Вітчизняний дослідник Є.О. Романенко вважає комунікацію в публічному управлінні важливою складовою формування та реалізації державної політики в різних сферах суспільного життя. Зокрема, автор вказує на наступне: «загалом, державно-управлінська комунікація є механізмом упорядкування відповідних процесів циркулювання інформації у всіх сферах суспільного життя. У такому її розумінні, вона вносить певну структурованість у функціонування інформаційних потоків, яка завжди чітко детермінується певними ідеологічними установками притаманними для різних сфер суспільного життя. Виходячи із цього, можна виокремити основні рівні державно-управлінської комунікації у процесі реалізації державної політики. До них зокрема належить: виявлення інформаційних масивів та потоків, необхідних для ефективної реалізації державної політики; збір та оброблення даних необхідних для прийняття відповідних державно-управлінських рішень та оцінки їх результативності; збереження, розподіл та контроль за інформацією на

каналами її поширення» [173]. В контексті реформування системи охорони здоров'я комунікація з громадськістю є важлива, адже визначає стан громадського здоров'я та задоволеність населення медичними послугами.

Напрями формування інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я розглянемо в контексті рівнів комунікації, а саме:

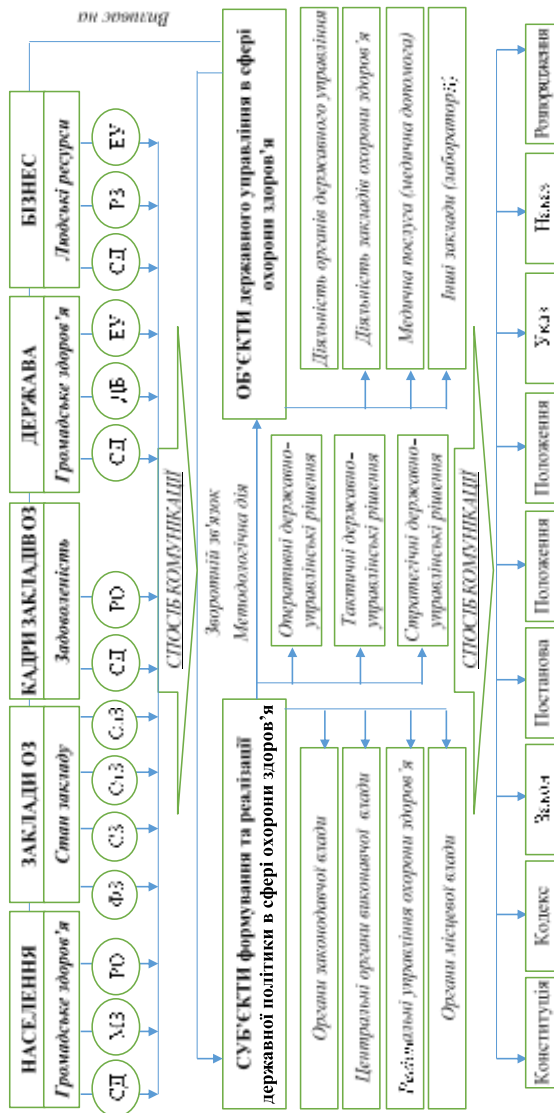
- міжінституційний рівень (рис. 5.1);
- міжсистемний рівень (рис. 5.2);
- міжсуб'єктний рівень: управлінський та медичний (рис. 5.3);
- міжособистісний.

Міжінституційний рівень інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я.

Важливе значення в міжінституційних комунікаціях має формування інформаційного підґрунтя державно-управлінських рішень щодо реформування системи охорони здоров'я з позиції запиту зовнішнього середовища. Фактично, на даному рівні відбувається комунікація органів державної влади із громадськістю. Це є важливим як з позиції почути основних стейкхолдерів (зацікавлених) державного управління системою охорони здоров'я, так і з позиції оцінки ефективності державно-управлінських рішень.

«В окреслених контекстах вибудовується проблема в наукових, управлінських і соціальних питаннях, від глобального до національного рівня: зростає ризику в гуманітарній безпеці суспільства і особистості; підвищення значення комунікативного дії влади і людини; проблеми з процесами формування бюджетів соціальних систем (держави, громади) і особистості; нові виклики в становленні «суспільства знання»; нерівномірні тенденції в ефективно розвитку демократичних процесів в суспільстві і освітній сфері; пошук ефективне механізмів розвитку інформаційно-комунікативних моделей розвитку гуманної особистості через освітнє середовище і комунікативна дія; потреба в новому рівні становлення процесів самоорганізації публічних інститутів суспільства і громади; пошук нових механізмів залучення громадян до суспільно-значущих справах; та ін.» [33, с. 61].

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування



Умовні позначення: СД – соціологічні дослідження; МЗ – результати моніторингу стану здоров'я; РО – результати опитувань; ФЗ – фінансова звітність; СЗ – статистична звітність; СТЗ – статистична звітність; СПЗ – спеціальна звітність; ДБ – державний бюджет; ЕУ – електронне урядування; РЗ – резолюції спільних заходів між бізнесом та органами державної влади

Рис. 5.1. Модель інформаційно-комунікаційної системи державного управління в сфері охорони здоров'я на міжінституційному рівні

Рівень комунікації між державною та громадськістю вказує на рівень демократизації в суспільстві. «При проведенні комунікаційних заходів з питань проведення реформи системи охорони здоров'я їх організатори спілкуються не з громадськістю взагалі, а з її окремими групами. Всі вказані вище групи мають особливі потреби, цінності та орієнтири, тому для кожної з них необхідно використовувати особливі типи комунікацій та підходи до них. Велике значення має вибір пріоритетних груп громадськості. Власне йдеться про ранжування вагомості тієї чи іншої групи громадськості для комунікативної роботи в певний проміжок часу. Тобто в цьому випадку використовується ситуаційний підхід. Залежно від цього з певних проблемних ситуацій і визначається пріоритетна група громадськості – та цільова група громадськості, що потрапляє на даному етапі у фокус PR-зусиль комунікативного впливу» [81, с. 97].

Досліджуючи сучасну державну політику України в різних суспільних сферах та формування комунікації з громадськістю, можна визначити наступні їх властивості:

- комунікації державного управління та громадськості у сфері охорони здоров'я залежить від рівня демократизації в державі. «Комунікативна взаємодія між органами державної влади та громадськістю не може бути реалізована в умовах тотального контролю за діями та думками громадянина з боку держави, що здебільшого характеризуватиме процес одностороннього диктування управлінських рішень, які визначаються однією силою. Це підтверджує той факт, що комунікативна взаємодія у найвищій формі її прояву можлива лише за умови розвитку громадянського суспільства, в іншому випадку вона поглиблюватиме певні конфлікти між громадянином та державою, створивши умови виключно для інтерсуб'єктного дискурсу між ними. У межах такого підходу виникає необхідність вироблення єдиної системи цінностей, яка забезпечить компроміс та згоду між органами державної влади та громадськістю» [170, с. 1]. Фактично комунікація є основою формування громадянського суспільства та формування суспільної думки, що впливає на механізми реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

- рівень комунікації органів державної влади та громадськості визначає рівень довіри суспільства до держави та державного управління.

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

«процес комунікації між громадськістю і органами публічної влади характеризується певною складністю та неоднозначністю. Актуальним та проблемним є питання розроблення і реалізації засад державної комунікативної політики, що обумовлюється, насамперед, необхідністю запровадження загальних стандартів двостороннього інформаційного обміну з метою врахування інтересів та потреб усіх зацікавлених сторін. Це, своєю чергою, сприятиме суспільній стабільності, підвищенню рівня довіри громадян до органів державної влади, формуванню соціального капіталу» [100, с. 132]. Відповідно, рівень довіри до органів публічної влади впливає на стабільність у суспільстві, рівень задоволеності населення проведеними реформами у сфері охорони здоров'я, а також забезпечення соціального консенсусу;

- важливе значення в ефективності комунікаційних процесів у державному управлінні та взаємодії із громадськістю має достовірність інформації. Драчов Є.В. з даного приводу зазначає, що «У комунікативному процесі між владою та громадськістю достовірність інформації відіграє надзвичайно важливу роль. Вона виступає інструментом створення ефективних управлінських рішень з однієї сторони та можливістю прийняття участі та впливу на процес здійснення державного управління.» [65, с. 166]. Вплив на якість та достовірність інформації, яка отримується різними суб'єктами комунікації державного управління із громадськістю впливає на ефективність державно-управлінських рішень з одного боку, та довіри до них населення з іншого боку.

Важливе значення в реформуванні системи охорони здоров'я займає оцінка рівня громадського здоров'я і, в даному контексті, формування державних програм. Так, держава має забезпечити моніторинг та контроль захворюваності, що є основою формування здоров'я нації. Важливе значення в даному контексті має формування комунікативної карти громадського здоров'я. Дане питання особливо актуалізувалося у 2020 р. в умовах пандемії, викликаної вірусом COVID-19. Адже, відсутність в Україні органу державного управління, відповідального за епідеміологічну ситуацію обумовило ряд проблем на повну неготовність України до боротьби із коронавірусом. Відповідно, є потреба в розробці нових підходів до управління процесами вивчення громадського здоров'я, а для цього пропонуємо наступне:

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

- створити орган державного управління, основними функціями якого будуть моніторинг та контроль за захворюваністю населення;

- затвердити на державному рівні можливість залучення до вивчення стану здоров'я населення приватного сектору, зокрема міжнародних компаній;

- розробити комунікаційну карту зв'язку між приватними, державними та комунальними закладами охорони здоров'я в частині моніторингу та контролю за захворюваністю;

- розробити сукупність програм щодо дій органів державного управління, місцевої влади, закладів охорони здоров'я, суб'єктів економічної діяльності в умовах пандемії;

- визначити на державному рівні відповідальність громадянина, закладу охорони здоров'я та інших суб'єктів системи охорони здоров'я щодо приховування захворюваності, яка може становити небезпеку оточуючим.

Усі вищезазначені властивості міжінституційної комунікації в державному управлінні системою охорони здоров'я впливають, власне, на систему прийняття та реалізації державно-управлінських рішень.

Відповідно до запропонованої моделі інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я на міжінституційному рівні, можна визначити наступні характерні риси складових інформаційно-комунікаційної системи:

1) Комунікативним простором виступають система охорони здоров'я, як внутрішнє середовище та суспільні відносини, що пов'язані із громадським здоров'ям. Загалом можна говорити, що комунікаційним середовищем є сукупність суспільних відносин між суб'єктами державного управління системою охорони здоров'я (суб'єкти формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я) з одного боку та споживачами медичних послуг, громадськістю та іншими стейкхолдерами з іншого боку.

2) Комунікативний процес визначаємо як взаємодію між суб'єктами державного управління системою охорони здоров'я (суб'єкти формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я), з одного боку, та споживачами медичних послуг, громадськістю та іншими стейкхолдерами з іншого боку. Така взаємодія полягає в можливості

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

впливу громадськості на формування та реалізацію державної політики, її трансформації та видозміни.

3) Комуникантами виступають вищезазначені суб'єкти. Причому з боку державного управління комуникантами виступають:

- органи законодавчої влади (Верховна рада України);
- центральні органи виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Міністерство фінансів України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство цифрової трансформації України);
- регіональні управління охорони здоров'я;
- профільні відділи в органах місцевого самоврядування.

4) Комуникатором на міжінституційному рівні інформаційно-комунікаційних зв'язків можуть виступати:

- по-перше, органи державного управління, які є ініціаторами круглих столів, форумів, конференцій, замовниками соціологічних досліджень, опитувань та ін. Так, суб'єкти формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я ініціюють різноманітні заходи, для оцінки інтересів стейкхолдерів та оцінки задоволеності населення медичними послугами, які гарантуються державою. У результаті таких заходів є можливим оцінити ефективність механізмів державного управління, з одного боку, та визначити напрями їх трансформації в майбутньому з іншого боку.

- по-друге, громадськість через різноманітних суб'єктів громадського суспільства, а саме: громадські організації, консалтингові компанії, адвокаційні організації, професійні організації, організації, що проводять соціологічні дослідження та опитування, суб'єкти економічної діяльності та інші. Зазначені суб'єкти є стейкхолдерами, що зацікавлені в розвитку системи охорони здоров'я, а також можуть виступати ініціаторами реформування державного управління системою охорони здоров'я.

Важливе значення в комунікації з органами державного управління системою охорони здоров'я має концепція електронного урядування. Так, через систему електронного урядування налагоджується ефективна та оперативна комунікація між державним управлінням системою охорони здоров'я та громадськістю. Така комунікація може відбуватися як в одну,

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

так і іншу сторону. Електронне урядування дозволяє оптимізувати адміністративні послуги та підвищити задоволеність ними населення.

5) Реципієнтом можуть виступати суб'єкти, що визначені як комунікатори.

6) Каналами комунікації виступають різноманітні засоби зв'язку між органами державного управління та громадськістю. Такими каналами можуть виступати різноманітні заходи, що організовані комунікантами. Крім того, через систему електронного урядування є можливість повністю модернізувати інформаційно-комунікаційні зв'язки між органами державного управління та громадськістю.

7) Бар'єрами комунікації між системою державного управління системою охорони здоров'я та громадськістю можуть виступати: політична нестабільність, соціальна нестабільність, надзвичайні ситуації, корупція, неосвіченість населення, неефективна інформаційна політика, недовіра до державної влади та інше. Так, за умови політичної нестабільності в державі різноманітні заходи щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я можуть саботуватися опозиційними політичними силами. Системна корупція призводить до недовіри населення до органів державного управління та усієї системи здоров'я, що може викликати супротив в реалізації медичної реформи. Неефективна інформаційна політика держави може викликати супротив населення як щодо усієї реформи так і до окремих її складових.

8) Визначені вище бар'єри можуть спричинити недостовірність отримуваної інформації всіма комунікаторами та неефективність інформаційних каналів і потоків, що сприяє потребі в формуванні напрямів її верифікації та захисту. З метою уникнення недовіри між комунікаторами держава має завжди при реформуванні будь-якої сфери, зокрема охорони здоров'я, визначати напрями трансформації інформаційної політики. Особливо напрями верифікації та захисту інформаційних потоків важливі в електронному урядуванні.

Роль держави в досліджуваному рівні інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я полягає в наступному:

1) Держава як суб'єкт інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я. Так, органи державного управління виступають комунікаторами, тобто учасниками інформаційно-комунікаційних зв'язків із громадськістю. В окремих

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

випадках органи державного управління можуть виступати складовими каналу зв'язку, що залежить від напрямку взаємодії.

2) Держава як регулятор інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я. Важливе значення у формуванні зв'язків із громадськістю має державне регулювання. Зокрема, держава має розробити та реалізувати відповідні механізми, що дозволяють формувати та регулювати порядок взаємодії з громадськістю в частині:

- по-перше, участь громадськості у формуванні державної політики в сфері охорони здоров'я;

- по-друге, доступ громадськості до інформаційних систем державного управління системою охорони здоров'я;

- по-третє, особливості формування інформаційних запитів.

3) Держава як зацікавлена особа. У даному випадку держава зацікавлена в позитивному стані громадського здоров'я як основи людського капіталу. Це, зокрема, позитивно вплине на ринок трудових ресурсів, що в результаті забезпечить відповідний соціально-економічний розвиток в суспільстві.

Для ефективної комунікації держави та громадськості в умовах реформування системи охорони здоров'я, пропонуємо на державному рівні затверджувати інформаційно-комунікаційну програму як складову Стратегії реформування системи охорони здоров'я України. Адже, як стверджують вітчизняні дослідники «Комунікація у сфері охорони здоров'я охоплює декілька напрямків, до яких належать медична журналістика, індустрія розваг, освіта, міжособистісне спілкування, інформаційно-пропагандистська робота через ЗМІ, комунікація в середині організацій та між ними, розповсюдження інформації про ризики та кризи, соціальна комунікація та соціальний маркетинг. Вона може набирати численних форм – від масової, мультимедійної та інтерактивної (включаючи мобільний зв'язок та Інтернет) до традиційної, що враховує культурну специфіку, та охоплювати різні канали, такі як міжособистісне спілкування, ЗМІ, інформаційні засоби організацій та невеликих груп, блоги, електронні дошки об'яв, підкастинг та обмін відеофайлами, розсилка повідомлень по мобільному телефону та он-лайн форуми» [184, с. 50]. Враховуючи вище викладене, пропонуємо наступні складові інформаційно-комунікаційної програми щодо реформування системи охорони здоров'я:

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

1. Метою інформаційно-комунікаційної програми є формування комунікації з громадськістю через канали зв'язку, якими виступають засоби масової інформації та громадські організації, які через відповідні органи центральної виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України) поширюють інформацію про медичну реформу, її концептуальні положення, поточні, тактичні та стратегічні дії, зміни в наданні медичних послуг, дії населення щодо отримання медичної допомоги, результати реалізації реформи, а також забезпечують зворотній зв'язок щодо перебігу медичної реформи та можливості внесення відповідних змін, що обумовлені отриманими результатами.

2. Завдання інформаційно-комунікаційної програми пропонуємо визначати за методом дерева цілей, тобто мета з кожним разом буде деталізуватися. Завданнями першого рівня пропонуємо визначати наступні.

- всебічна інформаційна підтримка на всіх етапах реформування системи охорони здоров'я;

- інформаційний супровід відповідних дій, передбачених медичною реформою;

- формування та реалізація механізму зворотного зв'язку щодо державного управління медичною реформою;

- формування інформаційної політики органів центральної виконавчої влади відповідальних за реформування системи охорони здоров'я;

- формування та реалізація механізму використання можливостей електронного урядування.

Усі подальші завдання мають деталізуватись відповідно до перебігу медичної реформи, зокрема будуть визначатися етапом, що передбачений Стратегією реформування.

3. Ідентифікація основних проблем, які можуть стати бар'єрами для налагодження ефективної комунікації державного управління системою охорони здоров'я із громадськістю:

- низька довіра населення до органів державної влади та засобів масової інформації;

- заполітизованість більшості засобів масової інформації, що може призвести до деструктивності через політичний вплив опонентів;

- низький рівень обізнаності населення щодо системи охорони здоров'я та напрямів її реформування;

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

- низький рівень кадрового потенціалу в частині використання інноваційних комунікаційних технологій та методів роботи із клієнтами;
- структурна неузгодженість дій у системі управління органом державної влади, що відповідальний за реалізацію медичної реформи;
- неготовність персоналу органів державного управління та закладів охорони здоров'я до комунікації з громадськістю;
- неузгодженість дій між різними органами центральної виконавчої влади, що відповідальні за реалізацію медичної реформи.

Інформаційно-комунікаційна програма медичної реформи має вирішити зазначені проблеми. Відповідно усі заходи, які будуть передбачені в програмі, мають бути направлені на їх вирішення.

4. Інформаційно-комунікаційна програма медичної реформи має врахувати наступні етапи:

- визначення ключових суб'єктів, відповідальних за реалізацію інформаційно-комунікаційної програми (структурні підрозділи органів державного управління, що формують та реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я);
- налагодження інформаційної комунікації з основними стейкхолдерами, до яких відносимо: населення (користувачі медичних послуг); професійне середовище (медичні працівники, керівники закладів охорони здоров'я, власники приватних закладів охорони здоров'я, військові лікарі, представники закладів вищої освіти, що готують за медичними спеціальностями, представники наукової спільноти, зокрема співробітники наукових установ медичного профілю); органи державного управління (органи державного управління, що реалізують певний напрям державної політики, наприклад: освітню та наукову – Міністерство освіти і науки України; фінансову – Міністерство фінансів України; інформаційну – Міністерство цифрової трансформації України, Міністерство культури та інформаційної політики України); засоби масової інформації; громадські організації, в тому числі міжнародними; професійні організації; Всесвітня організація охорони здоров'я;
- ідентифікація та налагодження каналів зв'язку: соціальні мережі, радіо та телебачення, соціальна реклама, івент-заходи, конференції, семінари, тренінги, круглі столи, навчання, обмін досвідом, корпоративні та роз'яснювальні видання, пресконференції, залучення громадських та

професійних організацій до засідань та інше. Програма має передбачати пан вище зазначених заходів із визначення суб'єктів та тематики.

5. Постійний моніторинг інформаційно-комунікаційних зв'язків органів державного управління системою охорони здоров'я із громадськістю. Моніторинг має здійснюватися відповідно до розробленого плану комунікативних заходів, що висвітлюють етапи медичної реформи. Важливе значення моніторингу полягає у зворотному зв'язку та використанні в державному управлінні результатів такої комунікації. Наприклад, врахування положень резолюції конференції чи круглих столів у прийнятті державно-управлінських рішень (тактичного, оперативного та стратегічного характеру) щодо реформування системи охорони здоров'я.

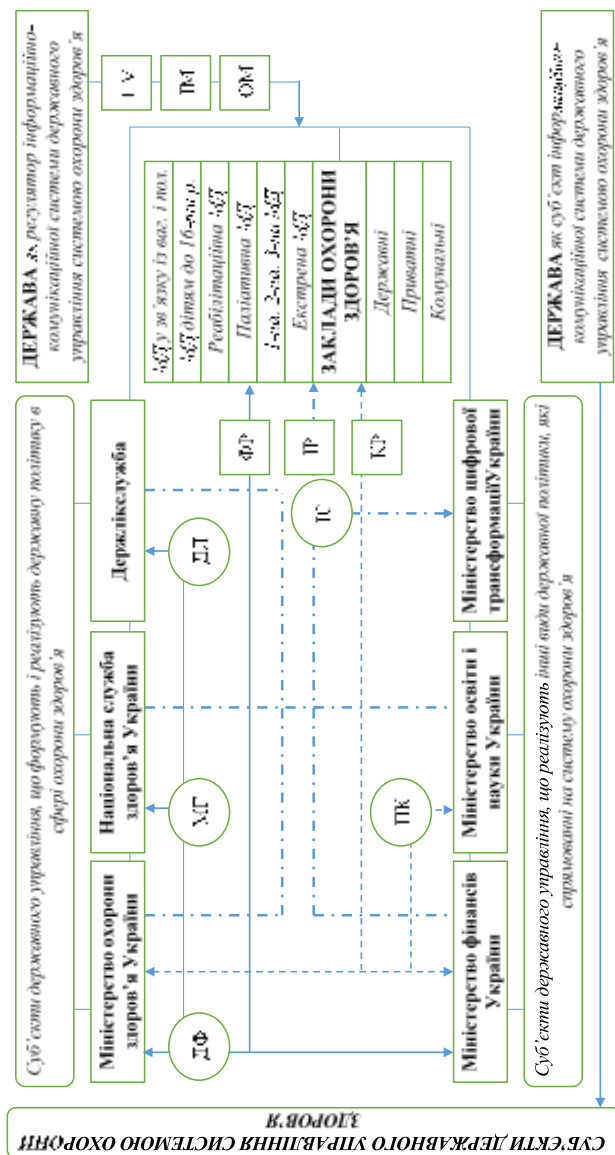
6. Оцінка ефективності інформаційно-комунікаційних зв'язків органів державного управління системою охорони здоров'я з громадськістю. В даному контексті пропонуємо використовувати сукупність методів, які оцінюють кількісні та якісні результати комунікації. Зокрема, кількісні методи варто використовувати щодо заходів, які були реалізовані для цілей комунікації, а якісні мають оцінити ефективність зворотного зв'язку у співвідношення до витрачених фінансових ресурсів.

Міжсистемний рівень інформаційно-комунікаційної системи державного управління в сфері охорони здоров'я.

Розглянемо особливості прояву держави на зазначеному рівні як:

1) Суб'єкт інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я. Державне управління системою охорони здоров'я реалізується різними суб'єктами державної влади. Варто виділити суб'єктів за наступними групами: суб'єкти державного управління, що формують і реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Держлікслужба) та суб'єкти державного управління, що реалізують інші види державної політики, які спрямовані на систему охорони здоров'я (Міністерство фінансів України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство цифрової трансформації). Між зазначеними суб'єктами є потреба у формуванні ефективної інформаційно-комунікативної системи.

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування



Умовні позначення: МГ – медичні гарантії; ДЛ – доступні ліки; ДФ – державне фінансування; МД – медична допомога; ПК – підготовка кадрів; ІС – інформаційні системи; ФР – фінансові ресурси; КР – кадрові ресурси; ІР – інформаційні ресурси; ІМ – інвестиційно-інноваційний механізм; ІП – інформаційний механізм; ІОМ – організаційний механізм

Рис. 5.2. Модель інформаційно-комунікаційної системи державного управління в сфері охорони здоров'я на міжсистемному рівні

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

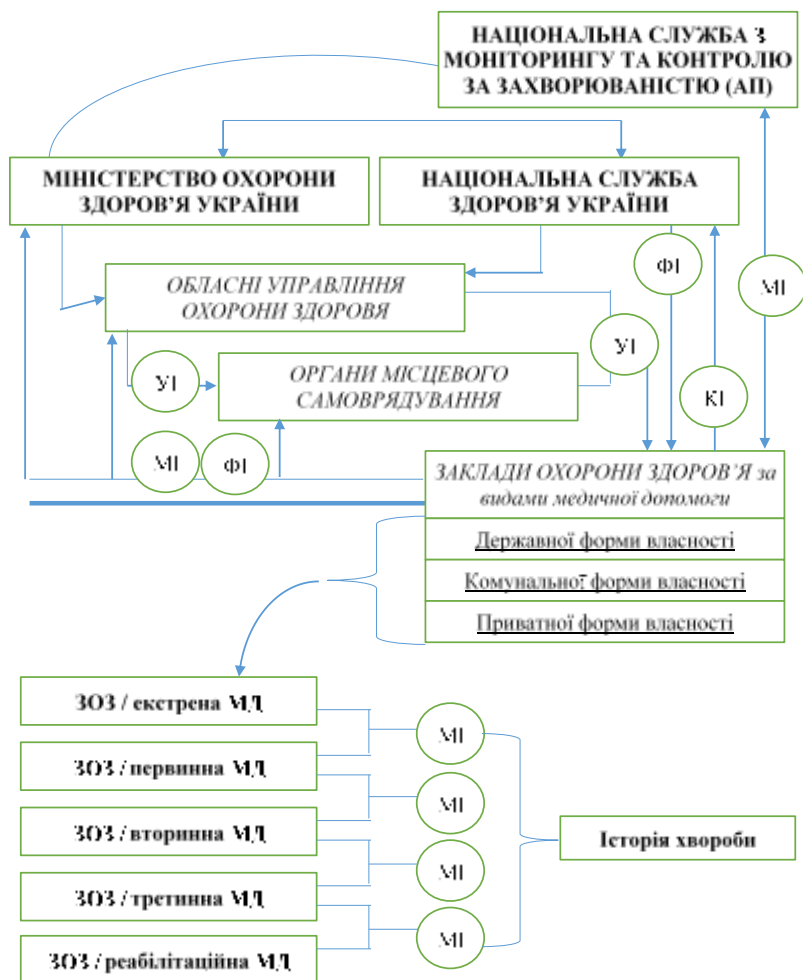
Дана інформаційно-комунікативна система визначає організаційні аспекти механізмів формування та реалізації державного управління. Так, взаємодія Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України та Міністерства фінансів України визначають порядок реалізації фінансового механізму державного управління. Взаємодія Міністерства охорони здоров'я із Міністерством освіти і науки України є складовою кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я. Ефективний інформаційно-комунікаційний зв'язок між Міністерством охорони здоров'я, Міністерством освіти і науки України та Міністерством цифрової трансформації України визначають специфіку реалізації організаційного та інвестиційно-інноваційного механізму державного управління системою охорони здоров'я. Ефективність інформаційно-комунікаційної системи між органами державного управління залежить від дієвості державного регулювання даного процесу.

2) Регулятор інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я. Державне регулювання інформаційно-комунікаційних зв'язків має передбачати наступні положення:

- затвердити на державному рівні (Постановою Кабінету Міністрів України) інформаційно-комунікаційну карту взаємодії органів державного управління щодо реформування системи охорони здоров'я;

- визначити канали зв'язку для взаємодії органів державного управління у сфері охорони здоров'я, що матимуть оперативний, тактичний та стратегічний характер;

- передбачити зміни установчих документів органів державного управління у сфері охорони здоров'я, що передбачають зміни в організаційній структурі, зокрема виділення структурного підрозділу відповідального за комунікацію з органами державного управління щодо реформування охорони здоров'я.



Умовні позначення: МІ – медична інформація; ФІ – фінансова інформація; ДІ – декларативна інформація; управлінська інформація; АП – авторська пропозиція щодо створення відповідного органу державного управління; ЗОЗ – заклад охорони здоров'я; МД – медична допомога

Рис. 5.3. Модель інформаційно-комунікаційної системи державного управління в сфері охорони здоров'я на міжсуб'єктному рівні (управлінський та медичний)

Міжсуб'єктний рівень інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я.

Міжсуб'єктний рівень інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я є вкрай важливим у контексті забезпечення якості медичної послуги. Зазначений рівень виконує сукупність завдань, зокрема:

1. Взаємодія на рівні управління дозволить оперативно отримувати інформацію про стан громадського здоров'я та на її основі розробляти державно-управлінські рішення й відповідно доносити її до кінцевого реципієнта;

2. Взаємодія на рівні надання медичної допомоги особливо важлива в контексті формування, збереження та передачі інформації про історію хвороби пацієнта між закладами охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги. 3. Оптимізація процедур отримання фінансування закладами охорони здоров'я;

4. Оптимізація процедури отримання належних ліків.

В цілому, окремі аспекти визначених завдань вирішені із прийняттям Постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 Деякі питання електронної системи охорони здоров'я. Відповідно до даної постанови було впроваджено електронну систему охорони здоров'я – eHealth [72]. «Завданням електронної системи охорони здоров'я є забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією, запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Електронна система охорони здоров'я складається з центральної бази даних та електронних медичних інформаційних систем, між якими забезпечено автоматизований обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API). Відповідно до даної постанови, функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я, визначені в Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, впроваджуються поступово, відповідно до етапів реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”. Тому,

дуже важливо, щоб всі медичні заклади, які реалізують програму державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення були підключені до Електронної системи охорони здоров'я. Крім того, тільки ті заклади, які підключились до даної системи і правильно ввели інформацію про надавачів медичних послуг, місця надання ПМД та декларації з пацієнтами зможуть отримувати фінансування від НСЗУ за новою моделлю фінансування медичних закладів» [74].

Відповідно до зазначеного пропонуємо на державному рівні затвердити концепцію розвитку інформаційно-комунікаційної взаємодії в управлінні та надання медичних послуг закладами охорони здоров'я. Дана концепція має передбачати комплекс заходів щодо формування, зберігання та передачі інформації про громадське здоров'я, здоров'я та лікування пацієнта та взаємодію між різними суб'єктами системи охорони здоров'я, зокрема між різними рівнями медичної допомоги та закладами охорони здоров'я різної організаційно-правової форми (державні, приватні, комунальні). Важливе значення в реалізації концепції має визначення вимог до програмного забезпечення та інформаційно-комп'ютерної техніки з метою формування електронної системи формування, обміну та забезпечення інформації.

Міжособистісний рівень інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я.

У частині міжособистісної комунікації в контексті «пацієнт» – «лікар» варто наголосити, що воно завжди проявляється тим чи іншим чином у вище досліджених рівнях інформаційно-комунікаційної системи. Важливе значення в їх ефективній реалізації належить державі, як інституту регулювання суспільних відносин. Основними напрямки державного регулювання системи охорони здоров'я є наступні:

1. Врегулювання питання лікарської та медичної таємниці. «Лікарська таємниця є одним із видів медичної таємниці. Медичну таємницю можна розглядати у двох площинах: лікарська таємниця і хворий та лікарська таємниця і треті особи. У першій площині важливе значення має про право пацієнта на медичну інформацію і проблеми його реалізації. Для другої площини важливо, що медичні працівники та інші особи, які, виконуючи професійні чи службові обов'язки, отримали інформацію про стан здоров'я, сімейне та особисте життя, не мають права її розголошувати без згоди особи, крім випадків, передбачених

законодавчими актами» [182, с. 196]. «інститут медичної таємниці має вагомим медико-правовим практичним значенням. Знання медиками і юристами особливостей збереження медичної таємниці є вкрай важливими. Причинами порушення медичної таємниці, у першу чергу, є незнання законодавства й нерозуміння шкоди, якої можна завдати, порушуючи конфіденційність. Тому модифікація норм, що регулюють питання медичної таємниці, залишається актуальною» [95]. Основними напрямками державного управління в частині лікарської таємниці є наступні:

- врегулювання на правовому рівні понятійного апарату лікарської таємниці. У ст. 39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я йдеться про Право на таємницю про стан здоров'я. Пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Термін «право на таємницю про стан здоров'я» використовується і Цивільним Кодексом України. Відповідно до ст. 286 Цивільного Кодексу України фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні. Паралельно з цим законотворець використовує і термін «лікарська таємниця». У ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я лікарська таємниця визначається як відомості про хворобу, медичні обстеження, огляд та їх результати, інтимну й сімейну сторони життя громадянина, які стали відомі медичним працівникам та іншим особам у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків, і не можуть бути розголошені, крім передбачених законодавчими актами випадків. У багатьох інших законодавчих актах також вживається термін «лікарська таємниця» та конкретизується перелік відомостей, які становлять його зміст. Відповідно до Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» до лікарської таємниці відносять відомості про реципієнтів, а також про осіб, які заявили про свою згоду або незгоду стати донорами у разі смерті. Згідно із Законом України «Про донорство крові та її компонентів» до лікарської таємниці відносять відомості про перенесені та наявні захворювання особи-донора, про вживання нею наркотичних речовин та властиві їй інші форми ризикованої поведінки, що можуть сприяти зараженню донора інфекційними хворобами, які передаються через кров і за наявності яких виконання донорської функції може бути

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

обмежено. У Законі України «Про психіатричну допомогу» законотворюєць використовує поняття «конфіденційність відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги». Така неузгодженість понятійного апарату, на нашу думку, зумовлена широким колом зобов'язаних суб'єктів «лікарської таємниці», адже не тільки лікар є зобов'язаною особою. Крім того, немає експліцитно вичерпного переліку відомостей, що становлять лікарську таємницю» [197].

- визначення інформації, яка підлягає лікарській та медичній таємниці. «Визначення інформаційних складових змісту медичної таємниці, дозволить сформувати систему захисту права на медичну таємницю, оскільки конфіденційність у відносинах надання медичної допомоги забезпечує реалізацію особою свого права на повагу до приватного та сімейного життя і сприяє встановленню довірчих взаємовідносин між лікарем та пацієнтом» [95].

- визначення підстав, за умови яких медична таємниця може бути розголошена. «якщо збереження медичної таємниці шкодить суспільству або оточуючим хворого, то лікар повинен порушити таємницю. Сучасне вітчизняне та міжнародне законодавство забороняє поширення інформації що порушує права людини та передбачає випадки правомірного розголошення медичної таємниці» [103, с.60].

В частині сучасної медичної реформи пропонуємо розробити Положення Міністерства охорони здоров'я України «Про лікарську та медичну таємницю», а закладені в ній положення узгодити з іншими нормативно-правовими актами. Дане положення має містити наступну інформацію: терміни, що стосуються медичної таємниці; перелік даних та інформації, що становить медичну таємницю; випадки, що дозволяють розголосити медичну інформацію про пацієнта; відповідальність медичного працівника за розголошення медичної таємниці.

2. Регулювання етики лікаря у взаємовідносинах із пацієнтом. У 2009 р. на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій Х з'їзду всеукраїнського лікарського товариства було запропоновано Етичний кодекс лікаря України. Вважаємо, що окремі його положення необхідно модернізувати в контексті проведеної медичної реформи, а також затвердити зміст даного кодексу постановою Кабінету Міністрів України, з метою встановлення відповідальності за порушення його положень. Крім того, пропонуємо передбачати зазначеною постановою обов'язковість

формування в кожному закладі охорони здоров'я Комісії із дотримання Кодексу етики лікаря України. При формуванні профілю лікаря в кадрових резервах різних рівнів, обов'язково враховувати, за наявності, рішення комісії за конкретною особою.

Таким чином, нами запропоновано сукупність організаційних положень щодо формування інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я на наступних рівнях: міжінституційний рівень; міжсистемний рівень; міжсуб'єктний рівень: управлінський та медичний; міжособистісний рівень. Запропоновано напрями державного регулювання організації інформаційно-комунікаційних зв'язків та сформовано механізм участі органів державного управління системою охорони здоров'я в таких зв'язках.

5.3. Застосування інформаційно-комп'ютерних технологій в інформаційно-комунікаційній системі державного управління у сфері охорони здоров'я

Питання застосування інформаційно-комп'ютерних технологій у державному управлінні системою охорони здоров'я є особливо важливим в умовах сучасності через наступні причини: збільшення обсягів інформації; укладення системи управління системою охорони здоров'я; збільшення ролі інформації в суспільстві; потреба підвищення якості надання медичних послуг. Інформаційно-комп'ютерні технології впливають на усі сфери суспільного життя та особливо охорону здоров'я як у частині реалізації медичної послуги, так і в частині управління. У частині наукового дослідження особливо актуальними є проблеми визначення місця інформаційно-комп'ютерних технологій у реалізації державно-управлінських рішень та напрямів державного регулювання процесів впровадження інформаційно-комп'ютерних технологій у реалізацію медичних послуг. Значної актуальності дані проблеми набувають в умовах реформування системи охорони здоров'я, що передбачає трансформацію видів медичної допомоги.

Питання застосування інформаційно-комп'ютерних технологій в інформаційно-комунікаційній системі державного управління у сфері

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

охорони здоров'я стали об'єктом дослідження вітчизняних та зарубіжних вчених, зокрема: Абдєєв Р.Ф., Авер'янов В.Б., Атамчук Г.В., Афанасьєв В.Г., Бандурка О.М., Банчук О.А., Бачило І.Л., Белл Д., Берг А.І., Брижка В.М., Битяк Ю.П., Валєвський О.Л., Вертузаєв М.С., Вировий С.В., Галантер Є., Глушков В.М., Гуцу С.Ф., Гурковського В.І., Дегтяр А.О., Емері Ф.Є., Зуй В.В., Калюжний Р.А., Кастельс М., Козлов Ю.М., Корєнєв А.П., Машликін В.Г., Міллер Дж., Март'янова І.В., Марущака А.І., Мінаєв В.А. Михалєвич В.С., Нісєвєч Ю.А., Омаров А.М., Опришко В.Ф., Паршиної Н.В., Петров Г.І., Полевий Н.С., Почєпцов Г.Г., Попов Г.Х., Прибрам К., Рейтерович І.В., Сассєрінд Р., Синєєкого О.В., Семенюк Е.П., Сергєєнко І.В., Узнадзе Д.Н., Цимбалюка В.С. та інші. Праці зазначених вчених є теоретичним підґрунтям розвитку методології державного управління системою охорони здоров'я в умовах цифровізації суспільного розвитку. Проте на даний час залишаються невирішеними сукупність проблем, які визначають напрями розвитку державного управління системою охорони здоров'я.

«Охорона здоров'я – це область, де вимоги до точності та оперативності інформації є особливо високими, а сама медична інформація є досить складною за своєю структурою. Інформаційні технології здатні заповнити існуючі прогалини та оптимізувати процеси отримання, зберігання й надання медичних даних, тобто істотно полегшити працю медичного персоналу й підвищити якість обслуговування. Спектр завдань інформатизації медичної галузі є надзвичайно широким та, серед інших, включає отримання інформації з метою прийняття рішень, надання медичної допомоги, навчання обслуговуючого персоналу, виконання наукових та організаційних запитів тощо» [102].

Важливість та значення застосування інформаційно-комп'ютерних технологій у державному управлінні системою охорони здоров'я полягає в наступному:

- по-перше, дозволяє налагодити взаємодію між громадськістю та, власне, між суб'єктами державного управління та реалізації медичних послуг. «Інформаційно-комунікаційні технології нині посідають важливе місце у всіх сферах життєдіяльності країни та сприяють взаємодії різних суб'єктів управління. Саме тому практично неможливо вирішити головні

проблеми влади без розв'язання питань, пов'язаних з ефективним, масовим використанням інноваційних інформаційно-комунікаційних технологій та розвитком інформаційно-комунікаційної інфраструктури. Прозорість – це ключовий фактор для України, яка нині запроваджує демократичну модель взаємодії між суспільством та владою. Органи державної влади мають звітувати перед громадськістю про прийняття різних державно-управлінських рішень, забезпечуючи при цьому координацію двосторонньої комунікації з громадськістю. Цю функцію виконують відділи зв'язку або інші інформаційні служби в органах державної влади, які забезпечують зв'язок з громадськістю» [94, с. 46];

- по-друге, дозволяє підвищити ефективність управління інформаційними потоками в умовах збільшення обсягу медичної та управлінської інформації. «Використання сучасних інформаційних технологій в охороні здоров'я продиктовано збільшеними обсягами інформації, її достовірності, способами отримання і передачі. Процес комп'ютеризації охорони здоров'я в нашій країні з кожним роком все сильніше набирає обертів, а з цим і збільшується кількість медичних установ, які впроваджують і використовують медичні інформаційні системи. Сучасні інформаційні технології, в тому числі і в сфері охорони здоров'я, допомагають раціоналізувати працю медичних працівників, підвищити ефективність лікувально-профілактичних установ і вивести системи охорони здоров'я на новий рівень, як за обсягами, наданих послуг, що надаються, так і за якістю. Тому слід удосконалювати нормативно-правову базу для використання інформаційних систем в охороні здоров'я, підвищувати довіру лікарів і апарату управління до комп'ютеризації галузі, створювати навчальні центри для лікарів, висвітлювати позитивні результати» [82];

Лапкова А.К. вважає, що «використання інформаційних технологій в охороні здоров'я направлено, перш за все, на вирішення наступних завдань:

- створення електронної черги, електронний запис до фахівців;
- моніторинг і управління якістю медичної допомоги;
- скорочення термінів обстеження і лікування пацієнтів;
- створення єдиної інформаційної мережі, в межах клініки і для взаємодії з аптеками та іншими установами;

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

- підвищення прозорості діяльності медичних установ і ефективності прийнятих управлінських рішень;
- надання консультаційної медичної підтримки фахівців;
- моніторинг фізіологічних параметрів пацієнта;
- автоматизація різних медичних документів;
- створення та ведення електронної бази даних всіх пацієнтів з повною історією звернення;
- надання телемедичної підтримки при бойових діях у відповідних районах». [114]

Гаспарян С.А. пропонує наступні переваги запровадження інформаційно-комп'ютерних технологій в системі охорони здоров'я:

«- досягти нової якості роботи від конкретного робочого місця до галузі в цілому;

- створити і впровадити наукомісткі та ресурсозберігаючі технології;

- інтегрувати засоби інформатизації охорони здоров'я в єдине інформаційний простір країни і глобальні інформаційні мережі» [50].

Іванищева І.В. вважає, що перевагами застосування інформаційно-комп'ютерних технологій у системі охорони здоров'я є наступні:

«- вигоди від скорочення кількості дій з медичними картами, можливості для копіювання записів;

- економія витрат на лікарські засоби;
- економія на лабораторних і радіологічних дослідженнях;
- вигоди від скорочення термінів госпіталізації;
- вигоди адміністрації, отримані при роботі з платіжними документами» [82].

Юсупова Б.Н. вважає, що застосування інноваційних комп'ютерних технологій дозволяють вирішити наступні завдання:

«- досягти нової якості роботи від конкретного робочого місця до галузі в цілому;

- створити і впровадити наукомісткі та ресурсозберігаючі технології;

- інтегрувати засоби інформатизації охорони здоров'я в єдине інформаційний простір країни і глобальні інформаційні мережі» [205].

Варто зазначити, що переваги впровадження інформаційно-комунікаційних технологій у системі охорони здоров'я підтверджуються

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

практикою. Так, у 2016-2020 рр., м. Вінниця попало до пілотного проекту інформатизації. У результаті реалізації даного проекту були отримані наступні позитивні результати:

«– підвищення якості управління медичною, адміністративною та фінансовою діяльністю організації охорони здоров'я за рахунок комплексного впровадження електронної медичної картки та електронного талона;

- скорочення часу оформлення медичної документації;
- скорочення термінів надання звітів та реєстрів послуг;
- оптимізація штату медичного персоналу закладу;
- забезпечення оперативного контролю за показниками роботи, експертизи якості надання медичної допомоги;
- виключення ручної праці;
- підвищення достовірності інформації про показники лікувально-діагностичної роботи та фінансової діяльності;
- підвищення пропускну здатності амбулаторно-поліклінічних організацій за рахунок скорочення часу роботи з амбулаторною картою та іншими документами, і як наслідок – скорочення черг» [56, 132, 52, 186, 22]

Відповідно до зазначеного розглянемо місце державного управління в процесах застосування інформаційно-комп'ютерних технологій із наступних позицій:

1) у частині використання органами державного управління системою охорони здоров'я;

2) у частині державного регулювання використання інформаційно-комп'ютерних технологій в управлінні та реалізації медичних послуг.

Впровадження інформаційно-комп'ютерних технологій у державному управлінні системою охорони здоров'я може відбуватись за наступними рівнями:

– на рівні державного управління системою охорони здоров'я використання інформаційно-комп'ютерних технологій відбуваються в контексті комунікації власне в системі менеджменту відповідного органу державного управління та в частині взаємодії із громадськістю;

– на рівні управління закладом охорони здоров'я важливе значення має управління такими об'єктами управління: управління персоналом; управління фінансовими ресурсами; управління матеріальними та технологічними ресурсами; управління медичними послугами;

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

- на рівні реалізації медичної послуги важливе значення має комунікація як, власне, в межах одного закладу, так і в частині взаємодії з іншими закладами з метою надання відповідної медичної допомоги пацієнту.

Важливе значення в цифровізації державного управління та реалізації медичної послуги має запровадження в Україні eHealth.

У сучасних умовах, eHealth, визначається всесвітньою організацією охорони здоров'я як система безпечного та економічно обґрунтованого обліку та обробки існуючих інформаційних та комунікаційних технологій сфери охорони здоров'я, враховуючи особливості надання медичної допомоги, організаційного процесу нагляду за здоров'ям населення, медичної освіти, поширення знань та використання результатів дослідження.

Впровадження цифрової трансформації в українські реалії більшою мірою пов'язані з візуалізацією повсякденного життя населення та перетворенням багатьох послуг у цифрову площину.

Проте, слід зауважити, що впровадження eHealth в систему охорони здоров'я вимагає досить ретельного спостереження та налагодження комунікаційного процесу між працівниками медичної галузі, пацієнтами, кінцевими споживачами медичних послуг.

Використання цифрового обладнання в медичній галузі відкриває можливість розвитку електронної системи взаємодії лікарів, пацієнтів та різних видів медичних установ за допомогою eHealth, завдяки якій стає можливим облік укладених договорів. Доступ до інформації стає більш зручним, дані про пацієнтів – доступні кожному лікарю.

У процесі реформування медицини в Україні eHealth є однією з обов'язкових складових, оскільки застосування цієї системи необхідне для підвищення якісного впливу на сам рівень надання допомоги медичного характеру громадянам, які б наближали всі послуги до стандартів високо розвинутих країн.

На сьогодні eHealth є українською інформаційно-телекомунікаційною системою, яку використовують для забезпечення автоматизованого ведення обліку медичних послуг та встановлення чіткого контролю та управління за медичною інформацією в електронному вигляді. Електронна система, як і будь-яка інша система містить базу даних

та медичну інформаційну системи, яка містить автоматизований обмін існуючими даними завдяки відкритому інтерфейсу.

Основним компонентом системи eHealth стає технологічний обліковий інструмент, який використовується для накопичення та обробки інформаційних даних про медичні заклади, практична реалізація яких дасть змогу реалізувати основний принцип, задуманий реформою – «гроші йдуть за пацієнтом» і «фінансування не ліжок, а наданих послуг».

Відповідно до задумів, першочергові зміни стосуються первинної ланки медицини, до яких прийнято відносити сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. На цьому етапі пацієнти укладають декларації з лікарями, яких обирають самостійно, обраний лікар реєструє пацієнта в системі. Завдяки такій реєстрації держава фінансує лікарю ту кількість пацієнтів, яка за ним закріплена, натомість пацієнт отримує гарантовані державою медичні послуги безкоштовного характеру.

Процес впровадження eHealth передбачає використання двох основних напрямів свого розвитку: першим є використання спеціальних інформаційних технологій та продуктів програмного характеру, які стосуються виключно професійної діяльності лікарів; другим є надання інформаційних сервісів для населення, за допомогою яких відбуватиметься підвищення якості медичного обслуговування потенційних споживачів. Такі напрями позитивно впливають на процес реформування медицини в Україні, адже в сучасних умовах пандемії всі послуги стають наблизеними для громадян, доступна інформація про кожну послугу скорочує час на вибір спеціаліста галузі, який необхідний у певний момент часу.

Аналіз певних наукових досліджень, в основі яких лежить оцінка ефективності електронної системи охорони здоров'я, свідчать, що час, який лікар витрачає на оформлення однієї паперової виписки історії хвороби займає не менше 4 хв, якщо поррахувати цей час за рік – виходить 384 години робочого часу. Таким чином, ми бачимо, що ведення електронної картки пацієнта дозволяє не лише наблизити доступ персоналу до інформації про хворого, але й скоротити витрати часу на оформлення паперової документації. Відвідуючи різні заклади охорони здоров'я система eHealth дозволяє аналізувати попередні візити та лікування, а також оцінити попередній стан особи, яка звернулась за послугами. Як результат вищезазначеного – працівники закладів охорони

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

здоров'я всіх типів мають більше часу на роботу із самими пацієнтами, а також зможуть обслуговувати більшу кількість людей, що впливає не лише якісне, але й кількісне збільшення числа відвідувачів певного закладу. Також, цей фактор значною мірою впливає на підвищення економічних показників діяльності закладів медичного обслуговування.

Таким чином, впровадження та розвиток системи eHealth дозволяє мінімізувати кількість медичних помилок, які можуть виникати в процесі спілкування з пацієнтами. Розвиток електронної системи охорони здоров'я в Україні є корисним для: фахівців медичної галузі – доступність до даних пацієнта в будь-який час; пацієнтів – підвищення якісних показників наданих медичних послуг завдяки доступу до даних з попередніми дослідженнями; медичних закладів – покращити ведення статистичних та аналітичних даних, сприятиме попередженню виникнення конфліктних ситуацій через спостереження загальної картини дослідження; науковців – можливість аналізу методики лікування та обробки даних, щодо можливості їх удосконалення.

Отже, використання системи eHealth, як способу реформування існуючої системи охорони здоров'я в Україні дозволить: визначити найбільш пріоритетні напрями подальшого удосконалення існуючої системи охорони здоров'я; створити інформаційний простір, який буде єдиним для всіх медичних закладів; приймати ефективні управлінські рішення з боку Міністерства охорони здоров'я України; налагодити ефективний облік даних між медичними закладами різних форм власності; своєчасно ознайомлюватись з досягненнями в медицині; максимально використовувати всю інформацію про пацієнтів з моменту їх народження до моменту звернення до конкретного спеціаліста.

Єдина електронна система охорони здоров'я eHealth буде єдиним медико-інформаційним простором, що забезпечить достатній рівень управління системою охорони здоров'я та задоволення інформаційних потреб щодо стану здоров'я населення відповідно до ресурсів охорони здоров'я згідно із вимогами Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Проте, слід пам'ятати про проблеми, які можуть виникати в результаті використання зазначеної системи. Однією з найбільших проблем є захист персональних даних. У результаті складності самої системи, доступності бази до ресурсів інтернету, складності встановлення програмного забезпечення існує ймовірність розповсюдження даних за

межі eHealth. Ще однією проблемою є недостатнє забезпечення комп'ютерною технікою та відсутність знань та умінь нею користуватись. Відповідно, медичним працівникам необхідно пройти відповідне навчання щодо використання сучасних технологій та достовірності введення даних задля усунення можливості їх дублювання.

Важливими напрямками удосконалення процесу впровадження інформаційно-комп'ютерних технологій в інформаційно-комунікаційну систему державного управління у сфері охорони здоров'я різних рівнів є наступні:

1. Реалізація проєкту розробки інноваційної інформаційно-комп'ютерної системи щодо комунікації між закладами охорони здоров'я щодо лікування пацієнта. Таке програмне забезпечення направлене на реалізацію взаємодії між лікарями різних закладів охорони здоров'я. У більшості випадків така взаємодія буде полягати між закладами, що надають різні види медичної допомоги, наприклад: екстрена медична допомога → вторинна медична допомога; первинна медична допомога → вторинна медична допомога → третинна медична допомога; третинна медична допомога → реабілітаційна медична допомога. На рівні органів центральної виконавчої влади (Міністерства охорони здоров'я України) має бути ініційована розробка програмного забезпечення та її впровадження в медичну практику щодо обміну інформацією про стан здоров'я пацієнта. Так, програмне забезпечення має забезпечити формування профілю пацієнта та порядок передачі такої інформації лікарям інших закладів охорони здоров'я. Профіль пацієнта має містити сукупність основної та додаткової інформації про стан здоров'я пацієнта. До основної інформації відносяться: дані про громадянство пацієнта; місце роботи пацієнта; історія хвороби; порядок лікування; усі види діагностики, які були застосовані; інформація про експериментальне лікування та усі посилання на електронні ресурси, що стосуються такого виду лікування; дані про генетичні захворювання. До додаткової інформації можуть відноситися дані про: додаткові фактори зовнішнього середовища, що можуть вплинути на розвиток хвороби; психологічний стан пацієнта, що може вплинути на подальше лікування та інші дані.

2. Реалізація проєкту розробки бази даних про лікарів та кадрові резерви різних рівнів. На сьогодні вкрай важливим є формування бази даних про кадрові резерви. Це можливо через розробку програмного

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

продукту, який би містив профіль лікаря, що дозволив би отримувати уповноваженим особам наступну інформацію: загальні дані про лікаря; освіта; підвищення кваліфікації; участь в міжнародних стажуваннях; досвід роботи; участь в експериментальних лікуваннях; дані про порушення положень етичного Кодексу лікаря України; дані про порушення медичної таємниці; інші дані. Доступ до такої бази даних варто надати уповноваженим особам, відповідальним за формування та використання кадрового резерву відповідного рівня. Така база даних дозволить оперативно отримати інформацію про лікарів та їх залучення до лікування пацієнтів.

3. Реалізація проекту розробки та формування бази даних про стан громадського здоров'я. Дана база є вкрай актуальною в умовах поширення епідемій різних захворювань. Так, кожен лікар в умовах виявлення захворювань, що становлять особливу небезпеку для громадського здоров'я має вносити відповідні дані до програмного продукту. У результаті, це дасть можливість оптимізувати процеси дослідження стану здоров'я, а також отримання оперативної інформації результатами моніторингу стану громадського здоров'я (особливо в частині захворювань, що знаходяться під особливим контролем держави: ВІЛ / СНІД; гепатит; туберкульоз або призводять до епідемій (пандемії), наприклад, COVID-19).

Зазначені напрями можуть бути реалізовані через такі механізми державного управління як: інвестиційно-інноваційний, фінансовий, організаційний, правовий. У цілому застосування таких видів програмних продуктів дозволять повною мірою сформувати ефективну інформаційно-комунікаційну систему державного управління системою охорони здоров'я.

Висновки до 5-го розділу

1. Доведено, що комунікації в державному управлінні системою охорони здоров'я проявляються в двох значеннях, а саме: 1) комунікації є складовою формування та реалізації державно-управлінського рішення; 2) комунікації є об'єктом державного управління (державна має забезпечити процес регулювання інформаційно-комунікаційних зв'язків у системі охорони здоров'я, що дозволить підвищити ефективність реалізації медичної послуги). Обґрунтовано, що інформаційно-комунікаційні зв'язки можуть мати різний зміст, а саме: матеріальний характер, інформація про рух економічних (матеріальних) ресурсів у системі охорони здоров'я; фінансовий характер, інформація про рух фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я; медичний загальний характер, інформація про стан громадського здоров'я населення; медичний особистісний характер, інформація про стан здоров'я окремого пацієнта.

2. Визначено зміст та властивості елементів інформаційної комунікаційної системи, до яких віднесено наступні: комунікативний простір (простір, у якому відбуваються інформаційно-комунікаційні зв'язки, у випадку із нашим дослідженням це, власне, система охорони здоров'я, природно-кліматичні умови та суспільні відносини, що впливають на громадське здоров'я, з одного боку, а з іншого використовують людські ресурси, що характеризують певним станом здоров'я); комунікативний процес (взаємодія між суб'єктами інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я через обмін інформацією, що відбувається з використанням різних каналів зв'язку); комунікант (будь-яка із сторін (суб'єктів) комунікаційного процесу в державному управлінні) комунікатор (ініціатор комунікаційних зв'язків, а також суб'єкт, що є джерелом формування та передачі інформації); реципієнт (суб'єкт, що ступає приймачем інформації, яка надходить через відповідний канал; канали комунікації (сукупність засобів зв'язку між суб'єктами комунікації (комунікатором і реципієнтом) та джерелом і споживачем інформації); бар'єри комунікації (фактори, що заважають взаємодії між комунікатором та реципієнтом у частині сприйняття інформації, прийому та процесу її використання для реалізації державно-управлінського рішення); верифікація інформації (перевірка інформації та встановлення її якісних

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

властивостей); захист інформаційно-комунікаційних систем державного управління (сукупність заходів щодо обмеження доступу до інформаційно-комунікаційних зв'язків та впливу на них внутрішніх та зовнішніх факторів); інформаційний обмін (дво- або багатосторонній обмін інформацією між різними учасниками державного управління системою охорони здоров'я). Саме зазначені елементи визначають процеси обміну інформацією й на їх основі формування державно-управлінських рішень та їх доведення до об'єкту.

3. Визначено, що при вивченні інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я варто говорити про наступні її рівні та роль державного управління в їх забезпеченні: міжінституційний рівень; міжсистемний рівень; міжсуб'єктний рівень: управлінський та медичний; міжособистісний. Зазначені рівні інформаційно-комунікаційних зв'язків у державному управлінні системою охорони здоров'я визначають особливості елементів інформаційно-комунікаційної системи. Важливе значення в їх реалізації покладається на організаційний та інформаційний механізми реалізації державного управління. У подальших дослідженнях нами буде розроблено інформаційні моделі інформаційно-комунікаційних зв'язків за кожним із визначених рівнів, а також визначено особливості застосування сучасних інформаційно-комп'ютерних технологій у їх реалізації.

4. В дослідженні розробленні інформаційні моделі за кожним рівнем інформаційно-комунікаційної системи, у результаті чого запропоновано напрями удосконалення державного управління системою охорони здоров'я в частині формування інформаційно-комунікаційних зв'язків за кожним рівнем, зокрема:

А) На міжінституційному рівні:

1) визначено місце держави, державного управління та суб'єктів державного управління у формуванні інформаційно-комунікаційної системи: по-перше, держава як суб'єкт інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я; по-друге, держава як регулятор інформаційно-комунікаційної системи; по-третє, держава як зацікавлена особа. За кожним напрямком визначено зміст та властивості елементів інформаційно-комунікаційної системи;

2) у частині оцінки рівня громадського здоров'я запропоновано: створити орган державного управління, основними функціями якого

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

будуть моніторинг та контроль за захворюваністю населення; затвердити на державному рівні можливість залучення до вивчення стану здоров'я населення приватного сектору, зокрема, міжнародних компаній; розробити комунікаційну карту зв'язку між приватними, державними та комунальними закладами охорони здоров'я в частині моніторингу та контролю за захворюваністю; розробити сукупність програм щодо дій органів державного управління, місцевої влади, закладів охорони здоров'я, суб'єктів економічної діяльності в умовах пандемії; визначити на державному рівні відповідальність громадянина, закладу охорони здоров'я та інших суб'єктів системи охорони здоров'я щодо приховування захворюваності, яка може становити небезпеку оточуючим;

3) у частині взаємодії із громадськістю обґрунтовано формування інформаційно-комунікаційної програми, що має наступні складові: мета програми; завдання програми; ідентифікація основних проблем, які можуть стати бар'єрами для налагодження ефективної комунікації державного управління системою охорони здоров'я із громадськістю; етапи реалізації програми; постійний моніторинг інформаційно-комунікаційних зв'язків органів державного управління системою охорони здоров'я із громадськістю; оцінка ефективності інформаційно-комунікаційних зв'язків органів державного управління системою охорони здоров'я з громадськістю; 2. На міжсистемному рівні запропоновано: затвердити на державному рівні (Постановою Кабінету Міністрів України) інформаційно-комунікаційну карту взаємодії органів державного управління щодо реформування системи охорони здоров'я; визначити канали зв'язку для взаємодії органів державного управління в сфері охорони здоров'я, що матимуть оперативний, тактичний та стратегічний характер; передбачити зміни в установчих документах органів державного управління в сфері охорони здоров'я, що передбачають зміни в організаційній структурі, зокрема виділення структурного підрозділу відповідального за комунікацію з органами державного управління щодо реформування охорони здоров'я.

Б) На міжсуб'єктному рівні запропоновано на державному рівні затвердити концепцію розвитку інформаційно-комунікаційної взаємодії в управлінні та надання медичних послуг закладами охорони здоров'я. Дана концепція передбачає комплекс заходів щодо формування, зберігання та передачі інформації про громадське здоров'я, здоров'я та лікування

Розділ 5. Удосконалення інформаційно-комунікаційних зв'язків державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування

пацієнта та взаємодію між різними суб'єктами системи охорони здоров'я, зокрема, між різними рівнями медичної допомоги та закладами охорони здоров'я різної організаційно-правової форми (державні, приватні, комунальні). Важливе значення в реалізації концепції має визначення вимог до програмного забезпечення та інформаційно-комп'ютерної техніки з метою формування електронної системи формування, обміну та забезпечення інформації.

В) На міжособистісному рівні запропоновано напрями врегулювання проблем медичної та лікарської таємниці (запропоновано розробити Положення Міністерства охорони здоров'я України «Про лікарську та медичну таємницю», а закладені в ній положення узгодити з іншими нормативно-правовими актами) та дотримання кодексу етики лікаря (обґрунтовано необхідність формування в кожному закладі охорони здоров'я Комісії із дотримання Кодексу етики лікаря України та при формуванні профілю лікаря в кадрових резервах різних рівнів, обов'язково враховувати, за наявності, рішення комісії за конкретною особою).

5. Обґрунтовано необхідність та визначено властивості нових напрямів формуванні інформаційно-комп'ютерного забезпечення державного управління системою охорони здоров'я: розробка інноваційної інформаційно-комп'ютерної системи щодо комунікації між закладами охорони здоров'я щодо лікування пацієнта; розробка бази даних про лікарів та кадрові резерви різних рівнях; розробка та формування бази даних про стан громадського здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. Обґрунтовано міждисциплінарні зв'язки державного управління системою охорони здоров'я із такими науками як: юридичні, соціологічні та економічні. Такий підхід дозволяє врахувати інституційні інтереси усіх учасників суспільних відносин. Вивчення економічних інтересів через соціальні інститути та інституції дозволило ідентифікувати інтереси як окремої людини, так і соціальних агентів та держави. Визначено, що держава, окрім того, що є носієм соціально-економічних інтересів, є також і інструментом врегулювання конфлікту інтересів. Розроблено інформаційну модель взаємодії стейкхолдерів державного управління системою охорони здоров'я, до яких віднесено: людина, як користувач послуг в сфері охорони здоров'я; суб'єкти господарювання, як користувачі трудових ресурсів, які є носіями громадського здоров'я; держава, як носій національних інтересів та регулятор розвитку системи охорони здоров'я; реалізатори послуг в сфері охорони здоров'я (заклади охорони здоров'я). На основі цього обґрунтовано, що державна політика має бути побудована таким чином, щоб врегулювати інтереси людини, як носія індивідуального здоров'я, суспільства, як носія громадського здоров'я, держави, як носія національних інтересів та власне суб'єктів ринку приватної медицини.

2. Встановлено індикатори розвитку наукового знання в державному управлінні, що полягають у розширенні його об'єктно-предметної сфери та методів вивчення процесів, що відбуваються у сфері охорони здоров'я. Крім того, вагоме значення в розвитку методології та організації науки державного управління мають пропозиції вчених щодо розширення форм та змісту механізмів реалізації державного управління та державної політики в сфері охорони здоров'я. У цілому науковий доробок вітчизняної науки дозволяє говорити про різновекторність системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління.

3. Запропоновано модель розвитку понятійно-категоріального апарату державного управління системою охорони здоров'я. Зазначена модель визначає взаємозв'язки між такими категоріями та поняттями як: а) охорона здоров'я – як вид суспільної діяльності, як наука; як сфера державного управління; б) громадське здоров'я – як наука; як сфера суспільної діяльності; в) медична послуга на теоретичному та практичному рівнях. Запропоновано власні підходи до змісту зазначених понять, які враховують їх властивості, як об'єкта державного управління. Це становить теоретичне підґрунтя запропонованих напрямів

розвитку методології державного управління та удосконалення механізмів реалізації.

4. Визначено, що методологія державного управління системою охорони здоров'я має враховувати сукупність специфічних рис (зацікавленість більшості стейкхолдерів, багатогалузевість, взаємозалежність), на основі чого було ідентифіковано сукупність проблем та напрями реформування системи охорони здоров'я. Застосування системного підходу дозволить сформувати інформаційну модель державного управління системою охорони здоров'я, структурними елементами якої є наступні: 1) суб'єкти управління – згруповано за рівнем державного управління (загальнодержавний, регіональний, місцевий) та сферами впливу (безпосереднього впливу (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України); опосередкованого впливу – органи державної влади, що регулюють суміжні галузі та сфери державного управління системою охорони здоров'я); 2) об'єкти державного управління, до яких віднесено медичну послугу за видами медичної допомоги, медичну освіту, забезпечення громадського здоров'я, виробництво, постачання та реалізацію ліків; 3) методологічна дія – визначено особливості розвитку фінансового, правового, організаційного, інформаційного, інвестиційно-інноваційного кадрового та контрольного механізмів.

5. За результатами проведеного дослідження визначено етапи реформування системи охорони здоров'я в Україні, які виділяють вітчизняні вчені, а також з'ясовано напрями, які пропонуються ними для удосконалення. Доведено, що для реалізації ефективних реформ системи охорони здоров'я потрібно на державному рівні визначити стратегічні напрями розвитку досліджуваної галузі з обмеженням впливу політичних змін. Це дозволить повною мірою забезпечити реалізацію стратегії та уникнути фрагментарних реформ. Обґрунтовано фактори стримування реформування системи охорони здоров'я в країні, до яких віднесено: неготовність центральних органів виконавчої влади та місцевих органів влади до реформування системи охорони здоров'я, у результаті чого виникло несприйняття реформи керівництвом різного рівня; 2) неврахування при розробці реформи як національних особливостей системи охорони здоров'я, так і властивостей соціально-економічних системи, поведінки населення в умовах трансформаційних змін; фрагментарність реалізації реформи та неврахування соціального протистояння, що здебільшого обумовлено низьким рівнем інформаційної

складової політики реформ; відсутність політичної стабільності в державі та протистояння між правлячими політичними елітами. На основі зазначеного визначено ключові напрями розвитку державного управління системою охорони здоров'я, зокрема: розвиток інвестиційно-інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я; трансформація фінансування системи охорони здоров'я; трансформація управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я. Визначено, що зазначені напрями є основними кроками підвищення якості медичної послуги й відповідного стану громадського здоров'я.

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

7. Проведений статичний аналіз дозволив виявити найбільш критичні точки щодо розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Зокрема, в останні десятиліття спостерігається падіння чисельності населення України, що є негативною тенденцією, яка характеризує низький рівень медичної допомоги в країні. В Україні чисельність чоловічого складу населення серед інших представлених країн становить понад 20 491 тис.осіб та жіночого складу, який дорівнює понад 23 755 тис.осіб. Очікувана тривалість життя чоловіків при народженні складає понад 68 років(67,6), жінок більше як 77 років(77,1), очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 60 років (60.3), серед жінок понад 68 років (67,6). Коефіцієнт материнської смертності становить понад 19%, коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років складає понад 9% та коефіцієнт неонатальної смертності дорівнює більше як 5%. В Україні, Грузії та Молдові спостерігається найбільша захворюваність туберкульозом та виявлено найбільшу кількість нових випадків ВІЛ серед інших країн. В Україні та Грузії захворюваність туберкульозом становить понад 80 випадків, у Молдові понад 86 випадків. Кількість нових випадків зараження ВІЛ в Україні зареєстровано понад 0,28, у Молдові понад 0,25, у Грузії понад 0,18 випадки. Поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) серед дітей у віці до 5 років в Україні складає понад 0,46%, у

Молдові понад 0,65%, у Грузії понад 0,26%. У результаті оцінки міжнародних рейтингів, які характеризують стан охорони здоров'я в країні, з'ясовано наступне: по-перше, серед країн Європи найменший показник індексу якості життя зосереджений в Україні та Вірменії, та становить 120,00 та 123,33 відповідно; по-друге, індекс якості життя в межах понад 5,00 балів притаманний для наступних країн Європи: Вірменія, Грузія, Азербайджан, Україна та Естонія. У Вірменії показник якості життя складає понад 5,422 балів, у Грузії близько 5,365 балів, в Азербайджані більше як 5,377 балів, в Україні індекс якості життя склав понад 5,032 балів, в Естонії більше як 5,905 балів; по-третє, в Україні у 2016 році індекс щастя складав близько 4,096%, у 2017 році індекс зріс та дорівнював вже 4,103%, у 2018 році зафіксовано збільшення 4,332%, на кінець 2019 року також відбулося збільшення значення показника та становило більше як 4,561%; по-четверте, – в Україні спостерігається тенденція до зменшення індексу дитячої смертності протягом всього досліджуваного періоду (2019-2020 рр.), адже індекс знизився з 7,90% у 2016 році до 7,40% у 2020 році.

8. Обґрунтовано напрями розвитку кадрового потенціалу, зокрема: ідентифіковано рівні державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я; визначено вплив різних видів державної політики на державне управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я; розроблено порядок формування кадрових резервів системи охорони здоров'я (резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я; резерв керівних кадрів закладів охорони здоров'я комунальної та державної власності; кадровий резерв медичних працівників регіону (лікарі, медичні сестри / брати, інший персонал); мобілізаційний кадровий резерв медичних працівників на випадок надзвичайних ситуацій.

9. Обґрунтовано властивості інвестиційно-інноваційної діяльності держави, як механізму державного управління системою охорони здоров'я. Розроблено структуру такої діяльності та основні напрями (інновації в управлінському процесі, інновації в процесі організації медичної послуги, інновації в медичній допомозі (лікувальний процес), інновації в медичній освіті, інновації в інших сферах), яка передбачає різні прояви держави і, як результат порядок налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між різними суб'єктами державного управління. Встановлені напрями інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

10. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні значно трансформувалося в умовах ініційованої реформи у 2015 р., яка була продовжена після зміни політичної влади. Важливе значення в реформуванні системи охорони здоров'я мала прийняття на законодавчому рівні Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я. Основну проблему недосконалості фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні вбачаємо у відсутності чітких критеріїв оцінки ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління закладами охорони здоров'я. У результаті проведеного дослідження нами визначено властивості 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. Впровадження визначених нами реформ дозволить підвищити результативність державного управління та уникнути сукупності ризиків, які обумовлені сучасними реформами в досліджуваній сфері.

11. У результаті проведеного дослідження нами обґрунтовано сукупність наукових положень, що визначають напрями розвитку інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я. Обґрунтовано вплив сучасних теорій та моделей комунікації на процеси формування та розвитку теоретико-методологічних положень державного управління та встановлено їх місце у формуванні державно-управлінських рішень. Доведено необхідність визначати комунікації, як складову державного управління в частині реалізації державно-управлінських рішень та як складову методологічного впливу об'єкту на об'єкт та зворотного зв'язку. Визначено, що комунікації в системі державного управління можуть виступати як складовою формування та реалізації державно-управлінського рішення, так і об'єктом власне державного управління. Обґрунтовано структуру інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я, що має наступні рівні: міжособистісні комунікації; міжсистемні комунікації; міжінституційні комунікації; міжсуб'єктні комунікації. Визначено склад та зміст елементів інформаційно-комунікаційної системи державного управління (комунікативний простір, комунікативний процес, комунікант, комунікатор, реципієнт, канали комунікації, бар'єри

комунікації, верифікація інформації, захист інформаційно-комунікаційних систем державного управління, інформаційний обмін). Це формує нове наукове знання про розширення методології державного управління системою охорони здоров'я та трансформує систему його об'єктів. Запропоновано сукупність організаційних положень щодо формування інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я на наступних рівнях: міжінституційний рівень; міжсистемний рівень; міжсуб'єктний рівень: управлінський та медичний; міжособистісний. Запропоновано напрями державного регулювання організації інформаційно-комунікаційних зв'язків та сформовано механізм участі органів державного управління системи охорони здоров'я в таких зв'язках. Обґрунтовано необхідність та визначено властивості нових напрямів формування інформаційно-комп'ютерного забезпечення державного управління системою охорони здоров'я: розробка інноваційної інформаційно-комп'ютерної системи комунікації між закладами охорони здоров'я щодо лікування пацієнта; розробка бази даних про лікарів та кадрові резерви різних рівнів; розробка та формування бази даних про стан громадського здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Adrian G. White. A Global Projection of Subjective Well-being: A Challenge To Positive Psychology? *Psychtalk* 56. 2007. P. 17-20.
2. Association of International Pharmaceutical Manufactures (AIMP) Ukraine. Official website. URL: <http://aipm.org.ua/kontseptsiyu-reformi-finansuvannya-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini-vineseno-na-gromadske-obgovorennya/>.
3. Bernard L. Erven. Overcoming Barriers to Communication. URL: <http://printfu.org/read/overcoming-barriers-to-communication-2085.html?f=1qeYpurpn6WihSUpOGumaunh7vFu7e3t7K5wLCOtqfHv66xwcmFyLeFs8G2u8m0vrCmwLjFs5aj2Kqko5Do2peo2Kagp5-W0trj5tbexLba2cqOqumfpaKH1pSk4a6cq6eH1OPq1a6XINHXzdOix9yb1NTY5ZLn3Mbk15fT2Nuk3crb3-LKo83X5tfXnKWVvb-ym9Ll0uHd09nVyuLd1eOb1dDVmKDx>.
4. Freidson Elliott. Brown, Phil. *The Social Organization of Illness. Perspectives in Medical Sociology*. Illinois : Waveland Press, 2000. P. 285–294.
5. Hallingberg B., Fletcher A., Murphy S., Morgan K., Littlecott H. J., Roberts J., Moore G. F. Do stronger school smoking policies make a difference? Analysis of the health behaviour in school-aged children survey. *The European Journal of Public Health*. 2016. URL: <http://www.shrn.org.uk/2016-publications/>.
6. Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. *Building primary care in a changing Europe: case studies*. World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies. 2015. 315 p.
7. Mallon D. *Borderless Business Communication: Global English Supports Effective Global Communication*. Research Bulletin. 2011. Vol. 6, no. 33. P. 1-20.
8. Masuda Y. *The Information Society as Post-Industrial Society*. Washington, 2005. 456 p.
9. McKee M., Healy J. *Hospitals in a changing Europe: options for Europe*. European Observatory on Health Care. Buckingham: Open University Press, 2002. 324 p.
10. Milton Terris. *Epidemiology and Leadership in Public Health in the Americas*. *Journal of Public Health Policy*. 1998. № 2. V. 9. P. 250-260.
11. Roland M., Guthrie B., Thomé D.C. *Primary Medical Care in the United Kingdom*. *Journal of the American Board of Family Medicine (JABFM)*. 2015. July-August. Vol. 28 (4). P.6-11.

12. Saltman R.B. Rico A., Boerma W.G.W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care / European Observatory on Health Systems and Policies Series : Open University Press. 2006. 286 p.
13. Schoen C. Osborn R., Huynh P.T. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. Health Affairs. 2005. W5. P.509-525.
14. Stillbirth and child mortality estimates. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. URL: <http://www.childmortality.org/>.
15. The Economist intelligence unit. Official website. URL: <http://www.eiu.com/>.
16. Winslow Ch.-E.A. The Untilled Field of Public Health. 1920. Modern Medicine 2: 183–191.
17. World Happiness Report 2017. URL: <https://worldhappiness.report/ed/2017/>.
18. World Happiness Report 2018. URL: <https://worldhappiness.report/ed/2018/>.
19. World Happiness Report 2019. URL: <https://worldhappiness.report/ed/2019/>.
20. World Happiness Report 2020. URL: <https://worldhappiness.report/ed/2020/>.
21. World Happiness Report. URL: <http://www.worldhappiness.report/>.
22. Авраменко В.І., Качмар В.О. Формування основних напрямків розвитку інформаційних технологій в охороні здоров'я України на основі світових тенденцій. Український журнал телемедицини та медичної телематики. 2011. Т.9. № 2. С. 124-133.
23. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. Київ: НІСД, 2012. 35 с.
24. Алиев М.А., Насрулаева П.М. Сущность экономического механизма развития рынка медицинских услуг. РППЭ. 2008. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/suschnost-ekonomicheskogo-mehanizma-razvitiya-rynka-meditsinskih-uslug>.
25. Амелін А. 25 років незалежності України: Економічні підсумки. Київ, 2016. 45 с.
26. Аркатов Я.А. Шляхи реформування системи охорони здоров'я в Україні. Адаптація до права ЄС регулювання економіки України в сучасних умовах: зб. наук. пр. (за матеріалами «Круглого столу», м. Харків, 26 трав. 2015 р.). Харків, 2015. С. 50–58.

27. Бабченко В.Л., Андрушко О.Г. Пріоритетні напрями реформування галузі охорони здоров'я у Житомирській області. Економіка, управління та адміністрування: наук. журнал. Житомир: Житомир. політехніка, 2019. № 3 (89). С. 158-164.

28. Баїк О.І. Поняття і категорії як основа науки податкового права України. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Юридичні науки. 2015. № 824. С. 10-13. URL: <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/31262/1/03-10-13.pdf>.

29. Банчук М.В. Державне управління інституційними змінами галузі охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора наук держ. упр. спец.25.00.02. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2014. 36 с.

30. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Державне управління. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134-140.

31. Бахарев А. Р. Коммуникации внутри компании: как добиться эффективности. URL: http://www.iteam.ru/publications/human/section_44/article_2669.

32. Бедрик І.О. Державне регулювання приватної стоматологічної діяльності в Україні: організаційно-правові засади: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2010.

33. Безена І.М. "Коммуникативное действие" Юргена Хабермаса в контекстах развития современной Украины. Norwegian Journal of Development of the International Science. 2020. No. 40-3. P. 60-64.

34. Білан Н.І. Соціальні комунікації в інформаційному суспільстві. URL: http://papers.univ.kiev.ua/12/Main/articles/bilan-nadiya-social-communications-in-the-information-society_22506.pdf.

35. Білинська М.М., Радиш Я.Ф., Рожкова І.В. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / за заг. ред. проф. М.М. Білинської. Львів: НАДУ, 2012. 240 с.

36. Боерма В.Г.В., Флеминг Д.М. Роль общей практики в первичной медикосанитарной помощи. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001. 182 с.

37. Бойко С.Г. Тенденції та особливості державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Механізми державного управління Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. 2018. № 1. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2018_1/12.pdf.

38. Борисенко О.П., Чернокалова К.О. Комунікація як інструмент державного управління: сучасні тенденції. Механізми публічного

управління. Публічне управління та митне адміністрування. № 2 (25). 2020. С. 58-62.

39. Бугайцов С.Г. Державне регулювання системи онкологічної допомоги в Україні: генезис та тенденції розвитку: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2009.

40. Булеца С.Б. Деякі аспекти поняття права на охорону здоров'я, медичну допомогу та біоетики в Україні, Словаччині та Угорщині. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. (Львів, 19-20 квіт. 2007 р.) С. 38-44.

41. Буранбаева Л.З. Реализация социально ориентированной стратегии регионального развития на основе совершенствования инструментов управления системой здравоохранения: дисс. на соиск. науч. степени канд. экон. наук спец. 08.00.05. Казань, 2012.

42. Васюк Н.О. Механізми державного управління підготовкою керівних кадрів для системи охорони здоров'я в Україні: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2013.

43. Ведерніков М.Д., Волянська-Савчук Л.В., Дубілей Ю.А. Комунікаційні процеси в ефективному управлінні персоналом. Monografia pokonferencyjna. Science, research, development. 2019. №23. С. 66-68.

44. Висоцька Т.Є. Механізм державного управління охороною здоров'я працівників цивільної авіації України: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2013.

45. Вовк С.М. Інституційна трансформація сучасних механізмів державного управління охороною здоров'я. URL: [https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol7\(17\)/28.pdf](https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol7(17)/28.pdf).

46. Волков В.Д., Дешко Л.Н., Заблоцкий В.П. Медицинское право Украины: учебное пособие. Донецк: ДонНУ, 2005. 268 с.

47. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. Реформування охорони здоров'я: успіхи та перешкоди. Сучасні медичні технології. 2013. № 2. С. 24-26.

48. Вторушин Д.В. Состояние и пути укрепления кадрового обеспечения муниципального здравоохранения: дисс. на соиск. науч. степени канд. мед. наук спец. 14.02.03. Москва, 2010.

49. Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Даценко Г.В., Сорокоуов В.П., Міщук А.А., Котуза А.С. Особливості удосконалення надання медичних послуг в Україні. Світ Медицини та Біології. 2019. №3(69). С. 39-43.

50. Гаспарян С.А. Моделирование системы здравоохранения как основы построения автоматизированной системы управления. Критерии

ефективности организационных структур в здравоохранении. Труды 2-го ММИ. 2003. Вып.4. С.30-40.

51. Гичиев М.М. Роль инноваций в системе модернизации здравоохранения региона. Вестник экспертного совета. 2016. №2 (5). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-innovatsiy-v-sisteme-modernizatsii-zdravoohraneniya-regiona>.

52. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія. Тернопіль: Економічна думка, 2005. 460 с. URL: http://library.tneu.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf.

53. Головкин М.В., Плотников В.А. Неэкономические факторы экономической безопасности. Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2019. Т. 15. № 1 (370). С. 35-52.

54. Гусейнов Р.А., Семенихина В.А. Экономическая теория. М.: Изд-во «Омега-Л», 2010. С. 439.

55. Данилочкина Ю.В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг. Волгоград, 2003. 24 с.

56. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. монографія: у 2 ч. / за заг. ред. проф. М.М. Білінської, Я.Ф. Радиша. К.: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

57. Денисенко М.П. Здоров'я як економічна категорія. Економічна наука. Економіка та держава. 2017. № 4. С. 29-31. URL: http://www.economy.in.ua/pdf/4_2017/7.pdf.

58. Держава як суб'єкт інвестиційної діяльності. Навчальні матеріали онлайн. URL: <https://pidru4niki.com/83553/investuvannya/derzhava-subyekt-investitsiynoyi-diyalnosti>.

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

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

61. Деева Н.М., Редіна Н.І., Дулік Т.О. Оподаткування в Україні: навч. посіб. / за ред. Н. І. Редіної. К.: Центр учбової літератури, 2009. 544 с.

62. Джафарова Д.М. Управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні (на прикладі м. Львова): дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02.

Львівський регіональний інститут державного управління НАДУ при Президентіві України. Львів, 2004.

63. Джемелінська Л.В. Економіка охорони здоров'я в системі охорони здоров'я. Проблеми та перспективи розвитку національної економіки. Сучасні проблеми економіки та підприємництва. 2014. Вип. 13. С. 25-30.

64. Драгомирецька Н.М., Кандагура К.С., Букач А.В. Комунікативна діяльність в державному управлінні: навч. пос. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2017 180 с.

65. Драчов Є.В. Сутність та функції комунікації в системі державного управління. Науковий вісник Академії муніципального управління: Серія «Управління». 2014. № 3. С. 159-167.

66. Дрешпак В.М. Комунікації в публічному управлінні: навч. посіб. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2015. 168 с.

67. Дрешпак В.М. Структура та функції комунікативної підсистеми державного управління. Теорія та історія публічного управління. Аспекти публічного управління. 2013. № 1 (1). С. 22-27.

68. Дуб Н.Є. Механізми державного управління реформуванням медсестринства в системі охорони здоров'я України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. Львів, 2011. 20 с.

69. Дудка В.В. Розвиток державного управління охороною здоров'я України на місцевому рівні: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2013.

70. Дурманов Б. Экономическая сущность и природа здравоохранения: некоторые теоретические и практические аспекты. Экономика и финансы (Узбекистан). 2013. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ekonomicheskaya-suschnost-i-priroda-zdravoohraneniya-nekotorye-teoreticheskie-i-prakticheskie-aspekty>.

71. Дячук Е.А. Управление развитием инновационной системы учреждений здравоохранения: дисс. на соиск. науч. степени канд. экон. наук спец. 08.00.05. Санкт-Петербург, 2018.

72. EHealth CIET Holding. Електронна система охорони здоров'я. URL: <https://ehealth.ciet-holding.com/>.

73. Евсева О.А. Инновационное развитие системы здравоохранения региона. БИ. 2013. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/innovatsionnoe-razvitiye-sistemy-zdravoohraneniya-regiona>.

74. Електронна система охорони здоров'я. URL: <https://healthreform.in.ua/ehealth/>.
75. Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2018 році: збірка матеріалів методологічної підтримки для закладів ПМД. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». URL: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID_2018_interactiv_1.pdf.
76. Жаліло Л.І., Мартинюк О.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>.
77. Жилка К.І. Розвиток механізму взаємодії з міжнародними організаціями у сфері державного управління охороною здоров'я дітей: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец.25.00.02. Київ, 2015.
78. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки. Комітет з економічних реформ при Президенті України. URL: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf.
79. Звіт Національної служби здоров'я України 2019. Національна служба здоров'я України. URL: https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2019_1586443884.pdf?1610039976.
80. Здоровье населения: Социологический энциклопедический словарь. На русском, английском, немецком, французском и чешском языках / Ред.-координатор Г.В. Осипов. Москва: Издательская группа ИНФРА М–НОРМА, 1998. 87 с.
81. Знаменська М.А., Слабкий Г.О., Знаменська Т.К. Комунікації в охороні здоров'я: монографія. Київ, 2019. 194 с.
82. Иванищева И.В. Информационные технологии в здравоохранении. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI Веке». 2010. №4. Т.12. С. 495.
83. Иванова И.Г. Общественное здоровье – стратегическое направление развития человеческого капитала региона: дисс. на соиск. науч. степени канд. экон. наук спец. 08.00.05. Воронеж, 2011.
84. Илюшкина О.В. Классификация факторов, влияющих на конкурентоустойчивость в системе оказания услуг в области здравоохранения. Экономический анализ: теория и практика. 2013. №33 (336). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klassifikatsiya-faktorov->

vliayayuschih-na-konkurentoustoychivost-v-sisteme-okazaniya-uslug-v-oblasti-zdravoohraneniya

85. Іваненко Є. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в умовах соціально-економічних трансформацій. Фінансово-кредитний механізм. Світ фінансів. 2013. Вип. 3. С. 71-81.

86. Іванова О.М. Характеристика та класифікація інформаційних потоків підприємств. Економічна наука. Інвестиції: практика та досвід. 2016. № 13. С. 18-22.

87. Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020.

88. Ісаченко В. Механізми управління системою комунікативної діяльності в соціальній роботі. Теорія і методика соціальної роботи та соціальної освіти. 2020. Вип. 2(5). С. 5-12.

89. Капріна І.А. Совершенствование управления кадровыми процессами в современных медицинских организациях: дисс. на соиск. уч. степени канд. социолог. Наук спец. 22.00.08. Москва, 2018.

90. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Нац. універ. цивільного захисту України. Харків, 2020. URL: <https://nuczu.edu.ua/images/topmenu/science/spetsializovani-vcheni-rady/arefkarlash.pdf> (Дата останнього звернення 14.03.2019).

91. Кармишев Д.В. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією. Університетські наукові записки. 2005. Вип. 3 (15). С. 330-333.

92. Карпенко Н.В., Яловега Н.І. Комплекс маркетингових комунікацій у стратегічному управлінні маркетинговою діяльністю підприємства: монографія. Полтава: ПУЕТ, 2012. 278 с.

93. Кирилко Н.М. Особливості та роль публічної комунікації в діяльності органів влади та їх посадових осіб. Scientific horizon in the context of social crises. Interconf. 2020. С. 18-24.

94. Кириченко Г.В. Інформаційно-комунікаційні механізми як інновації в системі формування позитивного іміджу органів державної влади. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Державне управління. Одеса, 2019. Т. 30 (69), № 6. С. 46-54.

95. Кичма О.Ю. Медико-правове значення медичної таємниці. Європейські перспективи. 2013. № 11. С. 11-15.

96. Ківалов С.В. Теоретичні аспекти розвитку права та політики. Актуальні проблеми політики. 2020. Вип. 66. С. 5-10.

97. Клименко О.В. Державне регулювання медичної діяльності в Україні: генеза та тенденції розвитку. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук держ. упр. спец. 25.00.01. Київ, 2016.

98. Князева О.А., Шамін М.В. Формування кадрового резерву для забезпечення розвитку інтелектуального потенціалу персоналу підприємства. Економіка праці, демографія, соціальна політика. Socio-economic problems of the modern period of Ukraine. 2019. Вип. 5 (139). С. 49-55.

99. Ковбасюк Ю.В., Ващенко К.О., Сурмін Ю.П. Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку: наук. доп. / за заг. ред. проф. Ю.В. Ковбасюка, проф. К.О. Ващенко, проф. Ю. П. Сурміна (кер. проекту). Київ : НАДУ, 2012. 72 с.

100. Колосовська І. Комуникативна складова в контексті модернізації управлінських підходів і механізмів. Ефективність державного управління. 2016. Вип. 4 (49). Ч. 1. С. 129-135.

101. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000.

102. Копняк К.В. Оцінювання ефективності впровадження медичних інформаційних систем. Економіка і організація управління. 2017. №2(26). С.109-113.

103. Коробцова Н.В. Правове регулювання медичної таємниці. Підприємство, господарство і право. 2005. №4. С.65-78.

104. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. Київ, 2018. 96 с.

105. Корольчук О.Л. Механізм інформаційного забезпечення державного регулювання охорони репродуктивного здоров'я: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2013.

106. Костюк В.С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. С. 39-43.

107. Крестьянинова О.Г. Исследование сущности медицинских услуг как экономической категории. Известия СПбГЭУ. 2019. №3 (117). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-suschnosti-meditsinskih-uslug-kak-ekonomicheskoy-kategorii>

108. Кривенко Н.В., Елишев В.Г., Кривенцова Л.А. Влияние инноваций на результативность здравоохранения в системе экономической безопасности региона. Экономика региона. 2019. №1. URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-innovatsiy-na-rezultativnost-zdravoohraneniya-v-sisteme-ekonomicheskoy-bezopasnosti-regiona>.

109. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2008.

110. Кринична І.П. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект. Аспекти публічного управління. 2015. № 3 (17) Березень. С. 19-26.

111. Круп'як Л., Круп'як І. Кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/jspui/bitstream/316497/33280/1/%D0%9A%D0%90%D0%94%D0%A0%D0%9E%D0%92%D0%95%20%D0%97%D0%90%D0%91%D0%95%D0%97%D0%9F%D0%95%D0%A7%D0%95%D0%9D%D0%9D%D0%AF%20%D0%97%D0%90%D0%9A%D0%9B%D0%90%D0%94%D0%86%D0%92%20%D0%9E%D0%A5%D0%9E%D0%A0%D0%9E%D0%9D%D0%98%20%D0%97%D0%94%D0%9E%D0%A0%D0%9E%D0%92%E2%80%99%D0%AF%20%20%D0%92%20%D0%A3%D0%9C%D0%9E%D0%92%D0%90%D0%A5%20%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%92%D0%95%D0%94%D0%95%D0%9D%D0%9D%D0%AF%20%D0%9C%D0%95%D0%94%D0%98%D0%A7%D0%9D%D0%9E%D0%87%20%D0%A0%D0%95%D0%A4%D0%9E%D0%A0%D0%9C%D0%98.pdf>.

112. Курдяев С.М. Эффективность информационнокоммуникативного управления общественным здоровьем: дисс. на соиск. уч. степени канд. полит. наук спец. 10.01.10. Москва, 2009.

113. Курило ТМ. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2006.

114. Лапкова А.К. Информационные технологии и их применение в современной системе здравоохранения. Современные инновации. 2018. № 4(26). С.35-37.

115. Леонтьев И.Л., Махинова Н.В. Особенности современной системы управления здравоохранением. Journal of new economy. 2010. №2 (28). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sovremennoy-sistemy-upravleniya-zdravoohraneniem>.

116. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В. Управління змінами в системі охорони. Дніпропетровськ, 2016. 53 с.

117. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4 (52). С. 5-11.

118. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації. 2010. № 1(13). С. 5-23.

119. Лещенко В.В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я: дис. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец.25.00.02. Київ, 2009.

120. Лисицин Ю.П. Слово о здоровье. Москва: Сов. Россия, 1986. С.9.

121. Луценко Е.В., Коржаков В.Е. Применение СК-анализа и системы «Эйдос» для синтеза когнитивной матричной передаточной функции сложного объекта управления на основе эмпирических данных. Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета (Научный журнал КубГАУ). Краснодар: КубГАУ, 2012. №01(75). С. 681-714.

122. Ляховченко Л.А. Державне регулювання фінансування закладів охорони здоров'я в Україні: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец.25.00.02. Київ, 2011.

123. Мазур В.Г. Комунікації як механізм взаємодії державних органів влади та громадськості на регіональному рівні. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2011. № 8. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=313>.

124. Мартинюк О.І. Розвиток міжгалузевої взаємодії у державному управлінні охороною здоров'я населення України: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец.25.00.02. Київ, 2006.

125. Мацієвський Ю.В. У пастці гібридності: зигзаги трансформацій політичного режиму в Україні (1991-2014). Чернівці: Книги – XXI, 2016. 552 с.

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

127. Мельник Т.О. Економіка України в період незалежності: втрати, прорахунки і перспективи розвитку. Актуальні проблеми економіки. 2012. № 8. С. 42-49.

128. Мирова статистика здравоохранения, 2020 г: мониторинг показателей здоровья в отношении ЦУР, целей в области устойчивого развития [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Женева: Всемирная организация

здоровоохранения; 2020. Лицензия: ССВУ-NC-SA 3.0IGO. URL: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

129. Мирошникова Ю.В. Руководящие кадры здравоохранения и организационноуправленческие технологии подготовки резерва: дисс. на соиск. уч. степени д-ра мед. наук спец. 14.02.03. Москва, 2018.

130. Мізюк Б.М. Інформаційна природа управління. Економіка та держава. 2012. № 2. С. 8-13.

131. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>.

132. Мінцер О.П., Вороненко Ю.В. Концепція інформатизації охорони здоров'я України. Медична інформатика та інженерія. 2012. №3. С. 5-29.

133. Мокрицька А. Сутність та класифікація медичних послуг як основа їх фінансування. Бюджетна система і бюджетний механізм. Світ фінансів. 2013. Вип. 4. С. 115-120.

134. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. Національна академія медичних наук України. URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>.

135. Москаленко В.Ф. Стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення (доповідь на «Дні Уряду України» у Верховній Раді України 14.11.2000 р.). Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. 2000. № 4. С. 6–9.

136. Мочалов Ю. Інноваційна діяльність у роботі закладів охорони здоров'я. Охорона здоров'я сьогодні. Практика управління медичним закладом. 2014. № 3. С. 28-37.

137. Музика І.С. Реформа охорони здоров'я: проблеми, аналіз, напрями реалізації (на прикладі Карпатського регіону України). Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України. 2016. Вип. 2 (118). С. 38-42.

138. Муравський В.В. Комп'ютерно-комунікаційна форма обліку: монографія. Тернопіль: ТНЕУ, 2018. 486 с.

139. Надюк З.О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец.25.00.02. Київ, 2006.

140. Національна служба здоров'я України. Про НСЗУ. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu> (Дата останнього звернення 10.10.2020).

141. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025. URL: https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Projekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf.

142. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015—2020 роки. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>.

143. Огнєв В.А., Чухно І.А. Громадське здоров'я: змістовно-управлінський аспект. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 3 (50). С. 58-61.

144. Опалько В.В. Реформування системи охорони здоров'я в Україні. Вісник Черкаського університету Науковий журнал. 2011. № 207.

145. Осипова Н.Г. Социальное конструирование общественного здоровья. Вестник московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. № 4. С. 123.

146. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Відомості Верховної Ради України. 1993. №4. С. 20.

147. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801 XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280112>.

148. Паращич І.М. Державні механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні: стан і тенденції розвитку: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец.25.00.02. Київ, 2010.

149. Пашков В. Сутність медичних послуг у системі господарського законодавств. Медичне право. 2013. 2(12). С. 88-101.

150. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування. Механізми державного управління Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. 2014. № 2. URL: http://el-zbirn- du.at.ua/2014_2/14.pdf.

151. Пітко Я.М. Роль державних органів управління і місцевого самоврядування в механізмі реформування первинної медико-санітарної допомоги: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец. 25.00.02. Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Львів, 2010. 22 с.

152. Погребський Т.Г. Особливості організації національної системи охорони здоров'я України. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Геологія. Географія. Екологія. 2014. № 1098, Вип. 40. С. 101-104.

153. Положення про Міністерство охорони здоров'я України: затв. постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267.

Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/polozhennja-pro-ministriv>.

154. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення. Київ: НІСД, 2011. 41 с.

155. Почепцов Г.Г. Теория коммуникации. Москва: Рефл-бук. Киев: Ваклер, 2001. 656 с.

156. Почепцов О.О. Теория коммуникаций. Київ: Київський університет, 1999. 238 с.

157. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 № 2002VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/200219>.

158. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

159. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки: Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. № 14. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/142002%D0%BF>.

160. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 № 815. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/8152007%D0%BF>.

161. Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасові стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.07.1998 р. № 226. URL: https://ips.ligazakon.net/document/moz209?ed=1998_07_27.

162. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення: Указ Президента України від 06.12.2005 № 1694/2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005>.

163. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>.

164. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%25D1%2580#Text>.

165. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>.

166. Про цінні папери та фондовий ринок: Закон України від 23 лютого 2006 року № 3480-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3480-15#n251>.

167. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2003.

168. Радиш Я.Ф. Кадрове забезпечення охорони здоров'я України: сутність понять. Державне управління. Економіка та держава. 2012. № 1. С. 97-101. URL: http://www.economy.in.ua/pdf/1_2012/28.pdf.

169. Раменская А.А. Медицинская услуга: понятие и содержание. Татищевские чтения: актуальные проблемы науки и практики: материалы XII Международной науч. практич. конф.: в 2-х ч. Ч. 2. Тольятти: Волжский ун-т им. В.Н. Татищева, 2015. С. 248-251.

170. Рачинська О.А. Механізми реалізації комунікативної взаємодії у сфері публічного управління: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України. Київ, 2019. URL: http://ipk.edu.ua/wp-content/uploads/2019/06/a-ref_Rachyns-ka2.pdf

171. Рингач Н.О. Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2010.

172. Рожкова Е.В. Медицинские услуги: понятие и особенности. Russian Journal of Education and Psychology. 2011. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskie-uslugi-ponyatie-i-osobennosti>.

173. Романенко Є.О. Державно-управлінська комунікація як механізм реалізації державної політики. Нац. академія державного управління при Президентові України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2013. № 2.

174. Рудий В.М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2006.

175. Савіна Т.В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку. Державне управління. Інвестиції: практика та досвід. 2017. № 15. С. 95-98.
176. Савіна Т.В. Підготовка учасників резерву керівників медичних закладів шляхом післядипломного навчання. Державне управління. Інвестиції: практика та досвід. 2019. № 10. С. 126-132.
177. Савостьянова С.Л. Соціалізація здоров'я як напрям реалізації державної політики щодо поліпшення громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2011. № 2. С. 152-156.
178. Салимьянова, И.Г. Методологические аспекты построения национальной инновационной системы: монография. СПб.: СПбГИЭУ, 2011. 226 с.
179. Сапунов В.И. Массовая коммуникация в XX веке: концепции западных исследователей. Воронеж, 2005. 110 с.
180. Свінціцький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. Практикуючий лікар. 2015. №1.
181. Семина Т.В. Солидарность и конфликт в социальной системе «врач – пациент» в современном российском обществе: дис. на соиск. уч. степени д-ра социолог. наук спец. 22.00.04. Москва, 2019.
182. Сенюта І.Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я: монографія. Львів: Астолябія, 2007. 224 с.
183. Сергієнко Л.В. Впровадження циркулярної економіки в Україні: державно-управлінський аспект: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук держ. упр. спец. 25.00.02, Чернігів, 2017. 265 с.
184. Ситенко О.Р., Кривенко Є.М. Роль комунікаційної діяльності у розвитку охорони здоров'я (огляд літератури). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2015. № 4. С. 49-55.
185. Соломенцева Г.П. Социология здоровья: социологическая энциклопедия в 2-х т. Москва: Мысль, 2003. Т. 2. С. 524.
186. Степанов В.Ю. Інформаційний простір охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління. 2016. Вип. 3. С. 96-100.
187. Терент'єва А.В. Державне управління медичним захистом за умов надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2010.
188. Ткач А.Г. Теоретичні засади виникнення державного управління як наукової галузі. Галузь науки "Державне управління": історія, теорія, впровадження : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар.

участю (Київ, 2010. 28 трав.): у 2 т. / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трошинського, С. В. Загороднюка. Київ : НАДУ, 2010. Т. 1. 536 с.

189. Тоноян Т.З., Лепян М.К. Здоров'я населення – основа формування людського капіталу і розвитку економіки. Національний інститут Охорони Здоров'я Міністерства Охорони Здоров'я Республіки Вірменія. Єреван, 2010.

190. Торбас О.М. Організація діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец. 25.00.04. Київ, 2012.

191. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019: Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf (Дата останнього звернення 16.01.2020).

192. Унгурян П.Я. Комунікаційні процеси в державному управлінні сталим розвитком. Державне управління. Інвестиції: практика та досвід. 2012. № 5. С. 110-113.

193. Устимчук О.В. Комунікація у сучасних моделях державного управління охороною здоров'я: організаційно-правові аспекти: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец. 25.00.01. Дніпро, 2020.

194. Фільц Ю.О. Удосконалення механізмів державного управління спеціалізованою амбулаторною медичною допомогою: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец. 25.00.02. Львів, 2012.

195. Фірсова О.Д. Механізми геоінформаційного забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Нац. Академія державного управління при Президентові України. Київ, 2016. URL: <http://academy.gov.ua/pages/dop/138/files/f1d7a4c7-d790-446c-bde3-630b38e44e92.pdf>.

196. Фуртак І.І. Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Львів, 2010. 20 с.

197. Чабан О.А. Лікарська таємниця у приватному та публічному праві. Часопис Київського університету права. 2014. № 1. С. 215-219.

198. Швець Ю.Ю. Развитие методологии и инструментария мониторинга социально-экономической безопасности системы здравоохранения: дисс. на соиск. уч. степени д-ра экон. наук спец. 08.00.05. Москва, 2020.

199. Швець Ю.Ю. Реалізація особою конституційного права на охорону здоров'я: порівняльно-правове дослідження: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра юрид. наук спец. 12.00.02. ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Ужгород, 2019. <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/19675>.

200. Шегедин Я.Ю. Механізми реалізації державної політики в галузі медсестринства на регіональному рівні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Нац. акад. держ. упр. при Президенті України. Львів. регіон. ін-т держ. упр. Львів, 2018. 20 с.

201. Штогрин О.П. Теоретичні основи державного управління у сфері репродуктивного здоров'я населення в контексті прав людини: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.01. Нац. акад. держ. упр. при Президенті України, Львів. регіон. ін-т держ. упр. Львів, 2017. 20 с.

202. Щодо пріоритетних напрямів вдосконалення вітчизняної сфери охорони здоров'я: аналітична записка. Національний інститут стратегічних досліджень. Київ, 2012. URL: <http://old2.niss.gov.ua/articles/480>.

203. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за заг. ред. О.С. Мусія. Київ, 2014. 405 с.

204. Юрочко Т., Бубенчикова С. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я в Україні. URL: https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin_11.Toronto_Ohorona_zdorovyua.pdf.

205. Юсупова Б.М. Применение информационно-коммуникационных технологий в сфере здравоохранения. Региональные проблемы преобразования экономики. 2011. №1. С. 376-380.

206. Янова В.В., Лесниченко Е.Н. Сущность медицинской услуги как социальноэкономической категории. Пространство экономики. 2009. №2-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/suschnost-meditsinskoj-uslugi-kak-sotsialnoekonomicheskoy-kategorii>.

207. Ярош Н.П. Державне регулювання розвитку соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2009.

208. Ястребова М.В. Развитие системы управления инновационным обеспечением системы здравоохранения на современном этапе. ЭВР. 2011. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-sistemy-upravleniya-innovatsionnym-obespecheniem-sistemy-zdravoohraneniya-na-sovremennom-etape>.

ДОДАТКИ

**Дисертаційні дослідження присвячені проблемам охорони
здоров'я в галузі знань – державне управління**

ПБ, рік	Тема	Спеціальність
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Радиш Я.Ф., 2003	Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку,	25.00.01 – теорія та історія державного управління
Бугайцов С.Г., 2009	Державне регулювання системи онкологічної допомоги в Україні: генезис та тенденції розвитку	25.00.02 – механізми державного управління
Ярош Н.П., 2009	Державне регулювання розвитку соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я	25.00.02 – механізми державного управління
Рингач Н.О., 2010	Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки	25.00.02 – механізми державного управління
Банчук М.В., 2015	Державне управління інституційними змінами галузі охорони здоров'я в Україні	25.00.02 – механізми державного управління
Клименко О.В., 2016	Державне регулювання медичної діяльності в Україні: генеза та тенденції розвитку	25.00.01 – теорія та історія державного управління
Надюк З.О., 2006	Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України	25.00.02 – механізми державного управління
Курило Т.М., 2006	Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції	25.00.02 – механізми державного управління
Рудий В.М., 2006	Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні	25.00.02 – механізми державного управління
Мартинюк О.І., 2006	Розвиток міжгалузевої взаємодії у державному управлінні охороною здоров'я населення України	25.00.02 – механізми державного управління

Продовження додатку А

1	2	3
Лещенко В.В., 2009	Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я	25.00.02 – механізми державного управління
Паращич І.М., 2010	Державні механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні: стан і тенденції розвитку	25.00.02 – механізми державного управління
Буравльов Л.О., 2010	Механізми державного регулювання приватного сектора в галузі охорони здоров'я України	25.00.02 – механізми державного управління
Бедрик І.О., 2010	Державне регулювання приватної стоматологічної діяльності в Україні: організаційно-правові засади	25.00.02 – механізми державного управління
Ляховченко Л.А., 2011	Державне регулювання фінансування закладів охорони здоров'я в Україні	25.00.02 – механізми державного управління
Торбас О.М., 2012	Організація діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я	25.00.04 – місцеве самоврядування
Васюк Н.О., 2013	Механізми державного управління підготовкою керівних кадрів для системи охорони здоров'я в Україні	25.00.02 – механізми державного управління
Корольчук О.Л., 2013	Механізм інформаційного забезпечення державного регулювання охорони репродуктивного здоров'я	25.00.02 – механізми державного управління
Висоцька Т.С., 2013	Механізм державного управління охороною здоров'я працівників цивільної авіації України	25.00.02 – механізми державного управління
Білоус І.В., 2013	Механізми державного регулювання безпечного материнства в Україні на регіональному рівні	25.00.02 – механізми державного управління

Продовження додатку А

1	2	3
Дудка В.В., 2013	Розвиток державного управління охороною здоров'я України на місцевому рівні	25.00.02 – механізми державного управління
Кузьмінський П.Й., 2014	Механізми державного управління системою розвитку та реформування медсестринства в Україні	25.00.02 – механізми державного управління
Жилка К.І., 2015	Розвиток механізму взаємодії з міжнародними організаціями у сфері державного управління охороною здоров'я дітей	25.00.02 – механізми державного управління
Фірсова О.Д., 2016	Механізми геоінформаційного забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні	25.00.02 – механізми державного управління
Кризина Н.П., 2008	Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації	25.00.02 – механізми державного управління
Мокрецов С.Є., 2012	Державне управління охороною репродуктивного здоров'я України в умовах демографічної кризи	25.00.02 – механізми державного управління
Коваленко Т.Ю., 2015	Механізми державного управління у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей в Україні	25.00.02 – механізми державного управління
Білинська М.М., 2005		25.00.02 – механізми державного управління
Джафарова Д.М., 2004	Управління реформування первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні (на прикладі м. Львова)»	25.00.02 – механізми державного управління
Фуртак І.І., 2010	Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України	25.00.02 – механізми державного управління

Продовження додатку А

1	2	3
Пітко Я.М., 2010	Роль державних органів управління і місцевого самоврядування в механізмі реформування первинної медико-санітарної допомоги	25.00.02. – Механізми державного управління
Дуб Н.Є., 2011	Механізми державного управління реформуванням медсестринства в системі охорони здоров'я України	25.00.02. – Механізми державного управління
Фільц Ю.О., 2012	Удосконалення механізмів державного управління спеціалізованою амбулаторною медичною допомогою	25.00.02. – Механізми державного управління
Штогрин О.П., 2017	Теоретичні основи державного управління у сфері репродуктивного здоров'я населення в контексті прав людини	25.00.01 – Теорія та історія державного управління
Юристовська Н.Я., 2018	Механізми публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні	25.00.02 – Механізми державного управління
Шегедин Я.Ю., 2018	Механізми реалізації державної політики в галузі медсестринства на регіональному рівні	25.00.02 – Механізми державного управління
Шевчук В.В., 2017	Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України	25.00.02 – механізми державного управління
Вовк С.М., 2019	Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я	25.00.02 – механізми державного управління
Карлаш В.В., 2020	Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України	25.00.02 – механізми державного управління
Устимчук О.В., 2020	Комунікація у сучасних моделях державного управління охороною здоров'я: організаційно-правові аспекти	25.00.01 – теорія та історія державного управління

Продовження додатку А

1	2	3	
Галацан О.В., 2004	Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я	25.00.02 механізми державного управління	–
Котляревський Ю.О., 2009	Організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичних послуг в Україні	25.00.02 механізми державного управління	–
Кравченко Ж.Д. , 2014	Державне регулювання структурноорганізаційного забезпечення охорони здоров'я в Україні	25.00.02 механізми державного управління	–
Лермонтова Ю.О., 2014	Державне управління лікарським забезпеченням в умовах надзвичайних ситуацій	25.00.02 механізми державного управління	–

Система категорій та понять в сфері розвитку державного управління системою охорони здоров'я

Джерело	Тлумачення
1	2
Охорона здоров'я	
К.-І. Вінслоу [10]	Охорона здоров'я не є синонімом медицини, а одним з головних факторів і критеріїв прогресу розвитку суспільства, тому що практично немає жодної галузі діяльності, які б так чи інакше не позначалися б на здоров'ї людей
Основи законодавства України про охорону здоров'я [146]	охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя
Лисицин Ю.П. [120]	охорона здоров'я суспільства – це система громадських і державних соціально-економічних та медичних заходів, які забезпечують високий рівень охорони й поліпшення здоров'я народу
Опалько В.В. [144]	Охорона здоров'я – галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Охорона здоров'я – це ключовий елемент національної безпеки держави
Булеца С.Б. [40]	охорона здоров'я – це система державних і суспільних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань та забезпечення довголіття людини
Янова В. В., Лесниченко Е. Н. [206]	Охорона здоров'я – одна з галузей сфери обслуговування. Турбота про збереження здоров'я особистості, збереження здоров'я трудящих, профілактиці хвороб мають велике значення для виробництва, так як під впливом цих факторів зростає активний період людської діяльності і знижуються втрати робочого часу.
Дурманов Б. [70]	Охорона здоров'я – це галузь економіки держави, що включає виробництво товарів і послуг, спрямованих на поліпшення та розвиток здоров'я громадян
Баранбасва Л.З. [41]	Охорона здоров'я являє собою сукупність галузей і організацій, що задовольняють потреби населення по охороні здоров'я. У цій сфері відбувається створення умов для відтворення працівника з метою продовження роду, підтримки і поліпшення його здоров'я
Медична послуга	
Янова В. В., Лесниченко Е. Н. [206]	медична послуга як економічна категорія виражає економічні та соціальні відносини з приводу задоволення потреб у збереженні життя і здоров'я населення

1	2
Данилочкіна Ю.В. [55, с. 8]	Це сукупність професійних відплатних, доцільно необхідних дій виконавця, в окремих випадках – зустрічних з боку пацієнта (замовника, споживача), спрямованих на задоволення потреб останнього в формі певного стану здоров'я
Раменская А.А. [169, с. 251].	сукупність правомірних дій, що здійснюються медичними працівниками, в державних (муніципальних) закладах охорони здоров'я або приватних медичних організаціях, спрямована на поліпшення здоров'я пацієнта і його одужання і носить безоплатний характер
Рожкова Е.В. [172]	Погоджений процес взаємодії суб'єктів ринку, коли об'єктом обміну є медична діяльність в якості специфічної трудової діяльності
А.О. Гаврилук, Р.Г. Жарлінська, Г.В. Даценко, В.П. Сорокоумов, А.А. Міщук, А.С. Котуза [49]	Медична послуга – визначене договором або законом медичне втручання або комплекс медичних втручань, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування захворювань, медичну реабілітацію та які мають самостійне закінчене значення
Дурманов Б. [70]	Медична послуга – це комплекс відплатних послуг, що здійснюються персоналом медичної установи при наданні медичної допомоги пацієнту в певній клінічній ситуації з використанням певних медичних технологій, незалежно від використовуваних механізмів і методів оплати
Пашков В. [149]	медична послуга – це послуга лікувально-профілактичного характеру, в основі якої лежить медична допомога відповідно до існуючих медичних стандартів, підкріплена системою конкурентних переваг
Громадське здоров'я	
Hallingberg В. [5]	Громадське здоров'я являє собою важливий атрибут суспільного життя та структурну умову відтворення соціально-біологічної детермінації суспільства, що дає змогу проаналізувати антропоцентричну цінність людини в конкретних історичних умовах та фізіологічної будови.
Freidson Elliott [4]	постає як об'єктивний фактор самореалізації індивідів у суспільстві, а відтак один із параметрів якості життя індивідів, соціальних груп
Winslow Charles-Edward Amory [16]	Громадське здоров'я (англ. Public health) – це наука та практика попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства
Суміжні поняття	
Пашков В. [149]	Медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами

Сучасна структура міністерства охорони здоров'я України

КЕРІВНИЦТВО МІНІСТЕРСТВА			
Міністр охорони здоров'я			Державний секретар
Перший заступник міністра	Заступник / Головний санітарний лікар	4-ри заступники за різними напрямками	
ДИРЕКТОРАТИ			
1. Директорат стратегічного планування та координації			
<i>Генеральний директор</i>			
Експертна група з питань планування та контролю виконання бюджетних програм	Експертна група з питань регіонального розвитку та взаємодії	Експертна група із стратегічного та операційного планування	
2. Директорат міжнародного співробітництва та євроінтеграції			
<i>Генеральний директор</i>			
Експертна група з питань євроінтеграції	Експертна група з питань надання міжнародної технічної допомоги	Експертна група з питань міжнародного співробітництва	
3. Директорат громадського здоров'я та профілактики захворюваності			
<i>Генеральний директор</i>			
Експертна група з питань імунопрофілактики, розвитку програм профілактики інфекційних захворювань, розбудови системи епідеміологічного нагляду та моніторингу за захворюваннями	Експертна група з питань розвитку служби крові, біобезпеки та оперативного реагування на події, що мають міжнародне значення	Експертна група з питань формування державної політики щодо регламентування факторів ризику середовища життєдіяльності	
Експертна група з розвитку регіональних систем громадського здоров'я та прогнозування	Експертна група з питань моніторингу, оцінки та комунікації	Експертна група з питань профілактики неінфекційних хвороб та формування здорового способу життя	

4. Директорат фармацевтичного забезпечення		
<i>Генеральний директор</i>		
Експертна група з питань якості та доступності лікарських засобів	Експертна група з питань раціонального застосування лікарських засобів	Експертна група з питань медичних виробів та косметичних засобів
Експертна група з питань обігу наркотичних засобів		Експертна група з питань реєстрації лікарських засобів та дезінфікуючих засобів
5. Директорат медичного забезпечення		
<i>Генеральний директор</i>		
Експертна група з питань організації надання первинної медичної допомоги	Експертна група з питань спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги	
Експертна група з питань розвитку екстреної допомоги	Експертна група з питань медичної допомоги дітям і матерям	
6. Директорат якості життя		
<i>Генеральний директор</i>		
Експертна група з реформування психіатричної служби	Експертна група з медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування	
Експертна група з розвитку паліативної допомоги	Експертна група з медико-соціальної експертизи	
7. Директорат медичних кадрів, освіти і науки		
<i>Генеральний директор</i>		
Експертна група з розвитку медичної освіти	Експертна група з медичної науки	
Експертна група з координації медичних кадрів	Експертна група з розвитку медсестринства	
8. Директорат з розвитку цифрових трансформацій в охороні здоров'я		
<i>Генеральний директор</i>		
Експертна група з впровадження Електронної системи охорони здоров'я	Експертна група з питань захисту інформації	Відділ з питань інформаційних технологій
9. Директорат високотехнологічної медичної допомоги та інновацій		
<i>Генеральний директор</i>		
Експертна група з питань високотехнологічної медичної допомоги	Експертна група з питань лікування за кордоном	

СЛУЖБИ		
<i>1. Служба забезпечення діяльності керівництва (самостійний відділ)</i>		
<i>2. Служба забезпечення діяльності державного секретаря (самостійний відділ)</i>		
ДЕПАРТАМЕНТИ		
<i>1. Фінансово-економічний департамент</i>		
<i>Директор департаменту</i>		
Відділ фінансового забезпечення закладів та установ	Відділ супроводу державних закупівель	Сектор супроводу інвестиційних проєктів
Відділ взаємодії з підприємствами, установами, та організаціями, що належать до сфери управління міністерства	Відділ фінансово-економічного супроводу централізованих заходів і державних програм	Відділ нормування, оплати праці та роботи з місцевими бюджетами
<i>2. Юридичний департамент</i>		
<i>Директор департаменту</i>		
Відділ організації роботи щодо представництва в судових та інших органах державної влади	Відділ організаційно-методичного забезпечення	
Відділ договірної роботи	Відділ юридичної експертизи	
<i>3. Департамент організаційного забезпечення</i>		
<i>Директор департаменту</i>		
Відділ діловодства та забезпечення дотримання виконавської дисципліни самостійних структурних підрозділів апарату МОЗ	Відділ документального забезпечення та зберігання архівних документів	Відділ звернень громадян, доступу до публічної інформації та роботи гарячої лінії
Відділ організаційної роботи	Відділ контролю	Відділ взаємодії з державними органами та громадськістю
<i>4. Департамент контролю якості надання медичної допомоги</i>		
<i>Директор департаменту</i>		
Відділ контролю якості надання медичних послуг	Відділ ліцензування, сертифікації та акредитації	Відділ аналізу результатів та ефективності медичних послуг
Відділ контролю нормативів професійної діяльності в сфері охорони здоров'я	Відділ державного контролю ліцензування медичної практики	

Продовження додатку В

УПРАВЛІННЯ		
<i>1. Управління бухгалтерського обліку та звітності</i>		
<i>Начальник управління</i>		
Відділ бухгалтерського обліку	Відділ консолідованої звітності та методології бухгалтерського обліку	Сектор бухгалтерського обліку централізованих закупівель
<i>2. Управління по роботі з персоналом</i>		
<i>Начальник управління</i>		
Відділ медичних і фармацевтичних кадрів	Відділ державної служби та службової кар'єри	
Відділ керівних кадрів	Сектор підвищення кваліфікації	
<i>3. Управління внутрішнього аудиту</i>		
Відділ внутрішнього аудиту в бюджетній сфері	Відділ внутрішнього аудиту діяльності державних підприємств	

Наукове видання

КРИНИЧКО Лілія Романівна

**ТЕОРІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДЕРЖАВНОГО
УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

МОНОГРАФІЯ

В авторській редакції

Технічний редактор *Т.М. Тростенюк*
Коректор *Т.М. Тростенюк*

Підписано до друку 22.12.2020 р.
Папір офсетний. Формат 60x84 1/16
Гарнітура “Таймс”. Друк офсетний. Ум. др. арк. 16,58
Наклад 300 прим. Зам. № 848

Друк та палітурні роботи ФОП О.О. Євенок
м. Житомир, вул. Мала Бердичівська, 17а
тел.: (0412) 422-106, e-mail: book_druk@i.ua

*Свідоцтво про внесення до
Державного реєстру суб'єктів видавничої справи України
серія ДК № 3544 від 05.08.2009 р.*