

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

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

**ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ**

Завідувач кафедри

Тамара ЛОЗИНСЬКА

18 квітня 2022 року

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему: «Державне управління системою охорони здоров'я в умовах  
реформування»

виконала здобувач вищої освіти заочної форми навчання

**Зоря Анна Іванівна**

Керівник кваліфікаційної роботи

Олександр ДОРОФЄЄВ

Полтава – 2022 року

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	9
1.1. Державне управління в сфері охорони здоров'я: соціальний вплив .....	9
1.2. Особливості розвитку та трансформації державного управління системою охорони здоров'я в Україні .....	15
Висновки до розділу 1 .....	22
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	24
2.1. Оцінка наслідків та результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні .....	24
2.2. Оцінка стану здоров'я населення України .....	32
Висновки до розділу 2 .....	38
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ .....	40
3.1. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я .....	40
3.2. Розвиток інформаційно-комунікаційних зв'язків у державному управлінні охороною здоров'я .....	46
Висновки до розділу 3 .....	53
ВИСНОВКИ .....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	58
ДОДАТКИ .....	66

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Охорона здоров'я є особливою сферою державного управління, оскільки стосується охорони здоров'я, яке в свою чергу є частиною людського капіталу держави; характеризує рівень економічного, соціального та екологічного розвитку держави; впливає на всі сфери суспільного життя; представляє інтерес для всіх без винятку учасників суспільних відносин (людей, суспільства, держави, компаній, громадських організацій та інших); охорона здоров'я знаходиться на стику між інституційними інтересами суб'єктів формування та реалізації державної політики. Система охорони здоров'я України до реформ державного управління була досить нестабільною. Це пов'язано з тим, що охорона здоров'я є частиною соціальної політики держави і завжди знаходиться на перетині соціальних інтересів більшості членів суспільства. Питання реформування охорони здоров'я є надзвичайно важливою сферою державного управління та розвитку політичної системи країни в цілому. Від ефективності реформ, що проводяться, залежить розвиток національної економіки, формування соціального консенсусу та забезпечення належного рівня національної безпеки. Це оновлює науковий пошук шляхів подальшого розвитку державного управління системою охорони здоров'я в рамках реформи.

Значний внесок у розвиток теорії, організації та методології управління системою охорони здоров'я зробили вітчизняні та зарубіжні вчені та дослідники: Білоус І., Боєрма В., Васюк Н., Галацан О., Дацій Н., Жилка К., Крінгос Д., Курило Т., Лещенко В., Мартинюк О., Надюк З., Петрик С., Ріко А., Рудий В., Сергієнко Л., Солтман Р., Устимчук О., Флемінг М., Фуртак І., Шевчук В., Юристовська Н., Ярош Н. та інші. З огляду на досягнення та проблеми в дослідженні, слід зазначити, що, особливо в контексті розпочатої реформи охорони здоров'я, деякі питання частково або повністю втрачено з уваги. Необхідність комплексного вивчення розвитку теорії, організації та методології державного управління системою охорони здоров'я визначає актуальність обраної теми дослідження та визначає її цілі та завдання.

**Зв'язок роботи з науковими темами.** Кваліфікаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Полтавського державного аграрного університету за темою «Формування ефективної системи публічного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0117U003104, 2017-2026 рр.).

**Мета і завдання дослідження.** Метою дослідження є теоретичне обґрунтування сутності, змісту та процесів державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування як важливого інструменту підвищення ефективності діяльності органів публічної влади.

Для досягнення цієї мети необхідно було вирішити наступні завдання:

- ознайомитись із теоретичними засадами державного управління в сфері охорони здоров'я;
- провести діагностику сучасного стану державного управління системою охорони здоров'я в Україні;
- розглянути напрями удосконалення державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування.

**Об'єкт дослідження.** Об'єктом дослідження виступає процес державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування.

**Предмет дослідження.** Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних проблем, що виникають в процесі державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування.

**Методи дослідження.** Розроблені теоретичні основи управління охороною здоров'я населення, базуються на методах індукції та дедукції, теоретичного узагальнення, аналізу та синтезу, групування, абстракції та аналогії. Методичні положення державного управління системою охорони здоров'я розроблено шляхом використання системного підходу, методів моделювання, систематизації, індукції та дедукції, абстракції. На основі методів групування та теоретичного узагальнення, аналізу та синтезу визначено особливості етапів реформування системи управління охороною здоров'я. Для супроводу напрямів розвитку кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я використано методи аналізу та синтезу, абстрагування, порівняння та

групування, моделювання. Методологічною основою розвитку інформаційно-комунікаційної системи управління охороною здоров'я були методи: аналіз і синтез, групування, моделювання, індукція та дедукція.

**Інформаційна база.** Інформаційною базою слугували нормативно-правові акти України, офіційні дані Організації об'єднаних націй, Всесвітньої організації здоров'я, Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, Міністерства фінансів України, міжнародних урядових та неурядових організацій щодо міжнародних рейтингів; матеріали міжнародної наукометричної база даних SCOPUS; довідкові та інформаційні видання професійних міжнародних організацій..

**Наукова новизна одержаних результатів.** Окремі положення і висновки кваліфікаційної роботи мають наукову і практичну цінність. До елементів наукової новизни можна віднести:

**набуло подальшого розвитку:**

окреслення напрямів формування та розвитку кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я;

систематизація досвіду налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків у державному управлінні системою охорони здоров'я.

**Практичне значення одержаних результатів.** Найважливіші теоретичні положення, пропозиції, узагальнення і висновки дослідження спрямовані на підвищення ефективності державного управління системою охорони здоров'я в умовах реформування. Основні ідеї та висновки дослідження можуть бути використані на практиці органами публічного управління, органами місцевого самоврядування та муніципальними органами, підприємствами, громадськими організаціями.

**Апробація результатів дослідження.** Основні результати дослідження за темою кваліфікаційної роботи оприлюднені у формі доповідей.

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

– «Інтенсифікація інноваційного розвитку системи охорони здоров'я як реакція на виклики середовища», яку включено до збірника матеріалів наукових

досліджень молодих учених кафедри публічного управління та адміністрування «ТЕРИТОРІЯ НАУКИ». Частина 2. Полтава : ПДАА, 2021.

– «Важливість державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я як суспільного блага», яку включено до збірника матеріалів наукових досліджень молодих учених кафедри публічного управління та адміністрування «ТЕРИТОРІЯ НАУКИ». Частина 3. Полтава : ПДАА, 2021.

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст викладено на 66 сторінках друкованого тексту, робота містить 9 таблиць та 9 додатків.



## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Державне управління в сфері охорони здоров'я: соціальний вплив

Охорона здоров'я є особливою сферою управління з кількох точок зору: по-перше, громадське здоров'я є складовою людського капіталу держави; по-друге, здоров'я населення характеризує рівень економічного, соціального та екологічного розвитку держави; по-третє, рівень здоров'я населення впливає на всі сфери суспільного життя; по-четверте, усі, хто займається зв'язками з громадськістю (люди, суспільство, влада, бізнес, громадські організації та інші), мають інтерес до охорони здоров'я; по-п'яте, охорона здоров'я не знаходиться на перетині інституційних інтересів суб'єктів формування та реалізації державної політики. У цьому ключову роль відіграє охорона здоров'я [40].

Оскільки об'єктивна реальність управління є соціальним явищем, притаманним усім країнам на всіх етапах людської цивілізації. У момент виникнення управління йому передують поява перших державних утворень. Основні риси владної управлінської діяльності характерні для історичних періодів доісторичних часів, коли основою влади були кровні зв'язки, традиції, звичаї та вірування племені. Адже вже тоді головною функцією влади (глави сім'ї чи старійшини) було життєзабезпечення племені, а соціальні цінності повинні відповідати інтересам більшості суспільства в цілому. Отже, генезис у соціальних спільнотах розглядається як історичне відокремлення певного виду діяльності від групової співпраці людей. Тому система державного управління у сфері охорони здоров'я має враховувати інтереси різних суб'єктів, які беруть участь у зв'язках з громадськістю, і, зокрема, інтереси суспільства в цілому.

Держава як суб'єкт управління суспільним розвитком існує тисячі років і зарекомендувала себе як універсальна організація суспільства. Це форма і спосіб організації та забезпечення нормальних умов життя людей. Управління як

функція організованих систем будь-якого виду передбачає не тільки збереження їх специфічної структури, реалізацію цілей у стабільних умовах, а головне – розвиток системи, зміну їх якісного (структурного) стану в мінливому. Таким чином, основним компонентом життєдіяльності держави є забезпечення високого рівня громадського здоров'я, якого можна досягти шляхом ефективного управління охороною здоров'я [75, с. 14].

Особливістю охорони здоров'я як суб'єкта державного управління є такі ознаки:

- міждисциплінарні дослідження (медицина, економіка, право, психологія, соціологія, державне управління, технології та інші наукові галузі);
- багатофакторний вплив на здоров'я населення та систему охорони здоров'я;
- перетин інтересів різних учасників суспільних відносин (особи, держави, компанії).

Відповідно трансформуються завдання держави та здійснюється їх реалізація в частині забезпечення високого рівня здоров'я населення шляхом поєднання різних видів державної політики. Вважаємо, що для забезпечення теоретичної основи для розробки методології та організації розробки та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я необхідно обґрунтувати характеристики системи охорони здоров'я, пов'язані з наведеними характеристиками. Давайте детальніше розглянемо кожну з характеристик, які розкривають як реальні характеристики, так і критичні моменти сучасної системи охорони здоров'я, на які має орієнтуватися державна політика.

Громадське здоров'я та система охорони здоров'я як інструмент забезпечення першого знаходяться в полі, і їх поєднання відбувається лише через систему наук державного управління. Це пов'язано з тим, що науки державного управління орієнтовані на врахування всіх властивостей суспільних явищ та розробку теоретичної основи для розробки методології державного управління як системи, що враховує різні інтереси до конкретного соціального явища. Одним із таких суспільних явищ є охорона здоров'я, а система охорони здоров'я,



у свою чергу, є результатом рішень, прийнятих державним управлінням [15].

Загалом для систематизації міждисциплінарного прояву 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 [15]**

Об'єкти	Громадське здоров'я	Система охорони здоров'я
Характеристика	Юридичні	
Об'єкт	Конституційне право людини на здоров'я	Система охорони здоров'я підлягає правовому регулюванню
Прояв в державному управлінні	Державне управління має забезпечити реалізацію конституційного права людини на здоров'я	Державне управління системою охорони здоров'я може здійснюватися через правовий механізм
Характеристика	Соціологічні	
Об'єкт	Громадське здоров'я є предметом соціальних досліджень як за скелетними, так і за кількісними показниками, що характеризують стан суспільства	Соціологія вивчає вплив системи охорони здоров'я на здоров'я населення
Прояв в державному управлінні	Державні управлінські рішення у сфері охорони здоров'я приймаються на основі соціологічних досліджень якісних і кількісних показників здоров'я населення	Соціологічні дослідження дозволяють оцінити ефективність управлінських рішень громадського здоров'я
Характеристика	Економічні	
Об'єкт	Здоров'я населення є складовою людського капіталу та трудового потенціалу як об'єктів економічних систем та чинником їх розвитку	Система охорони здоров'я є суб'єктом фінансування, а діяльність суб'єктів системи – суб'єктом управління
Прояв у державному управлінні	Громадське здоров'я може бути фактором, що впливає на рішення державного управління, а також критичною детермінантою в розробці системи охорони здоров'я	Система охорони здоров'я проектується та керується державною адміністрацією, а рішення державного управління приймаються центральними органами виконавчої влади

Тому окреслимо характеристики громадського здоров'я та системи охорони здоров'я як суб'єкта державного управління та державної політики. Це здійснюється через міждисциплінарні зв'язки з такими науками: право, соціологія

та економіка. Зауважимо, що система державного управління охоплює всі властивості об'єкта, а громадський порядок реалізується через правові та економічні механізми. Рішення державного управління виявляються в системі правових норм і ряді економічних відносин. Лише за умови формування комплексного теоретичного бачення предмета дослідження можливе формування та реалізація ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я.

Сучасна система охорони здоров'я в Україні з різних причин перебуває в системній кризі. Така ситуація торкнулася й інших країн пострадянського простору. Наразі система охорони здоров'я перебуває в системній кризі через багато проблем, пов'язаних зі стрімкою інтеграцією нашої країни у світове співтовариство та супутньою модернізацією традиційних соціальних інститутів та соціальних відносин [31, с. 212].

На думку аналітиків, системна криза, яку Україна пережила останні роки, створює серйозні перешкоди для її стратегічного розвитку та економічного зростання. Фахівці з державного управління, політології, соціології, філософії та психології зазначають, що однією з головних умов виходу з кризи є консолідація української нації та запровадження ефективної національної моделі державного управління.

Стейкхолдерами державної політики у сфері охорони здоров'я є:

- особа як користувач медичних послуг;
- компанії як користувачі трудових ресурсів, які є носіями охорони здоров'я;
- держава як носій національних інтересів і регулятор розвитку охорони здоров'я;
- постачальники медичних послуг (заклади охорони здоров'я).

Компоненти інтересів цих зацікавлених сторін представлені в Додатку А.

Відповідно, головним завданням держави є створення соціального консенсусу шляхом вирішення конфлікту інтересів. Сфера охорони здоров'я знаходиться на перехресті інтересів більшості соціальних інститутів, оскільки є засобом забезпечення базової складової потреб людини.

Для вирішення конфлікту інтересів між суб'єктами охорони здоров'я держава має використовувати комплексні інструменти державного управління та громадського порядку. Адже в сучасній ринковій економіці держава виступає не лише як постачальник медичних послуг через державні заклади охорони здоров'я, а й як регулятор приватного ринку ліків. Така складність процесів формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я [72].

Громадський порядок має бути побудований таким чином, щоб він регулював інтереси людини як носія здоров'я особистості, суспільства як носія здоров'я населення, держави як носія національних інтересів і суб'єктів приватного фармацевтичного ринку. При розробці політики охорони здоров'я велике значення має врахування ринкових механізмів та інструментів їх узгодження із захистом національних інтересів та гарантією конституційного права людини на здоров'я. Відповідно, ми можемо визначити такі конфлікти інтересів, які можуть виникнути при розробці та реалізації політики громадського здоров'я:

– людина як носій індивідуального здоров'я. Споживач медичних послуг і реальний носій позитивного результату медичної діяльності (підтримка та зміцнення здоров'я) – конкретна особа. У зв'язку з цим існує така категорія, як індивідуальне здоров'я. Самооцінка стану здоров'я пацієнта виражається в особисте ставлення до життя і відмінне самопочуття. Об'єктивно здоров'я виражається нормами, параметрами, показниками функціонування фізичної бази та індивідуальної свідомості пацієнта, встановленими медичними методами при зверненні за медичними послугами або при надання профілактичних послуг (диспансеризації). Державна політика спрямована на вирішення конфліктів інтересів, пов'язаних із такими предметними парами: «пацієнт-лікар»; «пацієнт-держава»; «пацієнт-заклад охорони здоров'я». Суб'єктна пара «пацієнт – лікар» знаходиться в основі конфлікту інтересів, а умови незадоволення пацієнта отриманою медичною послугою, яке може мати як фактичні причини (стан здоров'я пацієнта, своєчасність лікування, умови навколишнього середовища тощо), так і суб'єктивні причини, а саме: професіоналізм лікаря, помилки

лікування, дотримання протоколу лікаря, дотримання етичних принципів та інші. Для вирішення такого конфлікту інтересів важлива політика охорони здоров'я. Конфлікт «пацієнт-держава» може проявлятися у нездатності держави (громадського порядку чи авторитету держави) гарантувати конституційне право людини на здоров'я. Конфлікти між пацієнтом і закладом охорони здоров'я можуть виникнути як внаслідок конфлікту «пацієнт-лікар», так і внаслідок неякісного обслуговування в закладі охорони здоров'я або невідповідності вартості таких послуг, їх якості, якщо послуга надавалась приватним закладом охорони здоров'я. Цей конфлікт можна вирішити, висунувши вимоги до закладів охорони здоров'я, як з медичної, так і з фінансової чи управлінської точки зору. Такий конфлікт між пацієнтом та державним закладом охорони здоров'я може бути пов'язаний із низьким рівнем державного фінансування, якого можна уникнути шляхом реформування політики фінансування громадського здоров'я;

– суспільство як носій охорони здоров'я. Суспільство в цілому об'єднує інтереси населення, а тому може виникнути конфлікт «суспільство-держава». Суть цього конфлікту може проявлятися як у низькій якості системи охорони здоров'я, так і у неспроможності держави забезпечити конституційне право людини на здоров'я. Якщо перший тип конфліктів пов'язаний з низькою ефективністю державних фінансів, людських ресурсів, інформаційно-профілактичної, інвестиційної та інноваційної політики у сфері охорони здоров'я, то другий включає всю сукупність факторів, які можуть впливати на здоров'я населення, а саме: охорону праці, екологію, промисловість, природно-кліматичні умови [11, с. 14].

Вище зазначено, що політика охорони здоров'я має враховувати аспекти суспільного життя та узгоджуватися з іншими державними політиками, зокрема екологічними, економічними, промисловими та іншими. Для державної політики важливо розв'язувати конфлікти інтересів між інституційними суб'єктами в системі охорони здоров'я, як у державній, так і в приватній медицині. Загалом політика охорони здоров'я має бути спрямована на повагу до конституційного права людини на здоров'я та національних інтересів.

## **1.2. Особливості розвитку та трансформації державного управління системою охорони здоров'я в Україні**

Українська система охорони здоров'я – це нестабільний сектор державного управління. Це пояснюється тим, що охорона здоров'я є частиною соціальної політики держави і завжди знаходиться на перетині соціальних інтересів більшості членів суспільства. Охорона здоров'я є найважливішою сферою діяльності для успішного та процвітаючого розвитку країни та територіального утворення. Сталість економічного розвитку країни та соціальна стабільність суспільства залежить від організаційної, фінансової, економічної та людської готовності забезпечити населення з якісним наданням якісної та доступної медичної допомоги. Таким чином, щоб зберегти свій авторитет і своє місце на політичній арені, політичні еліти зазвичай приділяють цьому питанню значну увагу. Традиційно, зі зміною політичної влади в країні, розробляють нові підходи до реформування системи охорони здоров'я. Розробляючи напрями розвитку системи охорони здоров'я, необхідно оцінити існуючі програми, стратегії та концепції розвитку охорони здоров'я, прийняті міжнародними, громадськими, аналітичними організаціями та центральних органів виконавчої влади чи органів місцевого самоврядування. Це дозволить оцінити наслідки реформ та визначити напрями розвитку науки державного управління та розробити інноваційні підходи до реформування системи охорони здоров'я України [14, с. 146].

Питання реформування системи охорони здоров'я в Україні не є новим і завжди актуальним у контексті зміни політичних еліт. Велика увага приділяється незадоволенню системою охорони здоров'я більшості членів суспільства. Для успішного здійснення трансформацій системи охорони здоров'я в Україні існує нагальна потреба у формулюванні політики на основі цілісної, збалансованої та прийнятої консенсусом стратегії реформування охорони здоров'я; розробка адекватного нормативного забезпечення, збалансованого з конституційними нормами; застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проектний підхід; постійний моніторинг та оцінка з метою оперативного

реагування на виклики та ризики, що виникають у процесі реформування, а також ґрунтовна підготовка керівників та працівників фінансово-економічних відділів органів та установ охорони здоров'я до роботи в нових фінансових умовах. та економічне середовище.

Краєзнавець Костюк В. С. З цього приводу вказує, що сьогодні в Україні станом охорони здоров'я незадоволені всі: громадяни, медичні працівники, уряд, Верховна Рада. Українська система охорони здоров'я не в змозі повністю задовольнити потреби населення в медичній допомозі, забезпечити її доступність та якість, забезпечити необхідний рівень профілактики захворювань, знизити смертність та збільшити тривалість життя. Медична реформа не тільки дозріла, вона в чомусь перезріла. Реалізація права людини на якісну медичну допомогу визначає напрями державної політики в Україні на реформування існуючої системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі. Цьому завданню сприяє аналіз досвіду медичної галузі в країнах, чії системи охорони здоров'я визнані успішними. Руйнування системи охорони здоров'я Семашко (бюджетне утримання медичної інфраструктури) в Україні дає нашій державі унікальний шанс створити нову модель на основі сучасних досягнень та з урахуванням позитивного досвіду Всесвітньої організації охорони здоров'я [21].

Реформа в охороні здоров'я здійснюється вкрай повільно. Є значні труднощі в реструктуризації цієї сфери. Низькі темпи структурних перетворень в системі охорони здоров'я обумовлюються в значною мірою недосконалістю системи управління – перш за все, її фрагментацією, ослабленням функцій стратегічного і поточного планування, недостатнім розвитком механізмів координації різних суб'єктів управління. Муніципалізація охорони здоров'я помітно знизила можливості побудови раціональної системи охорони здоров'я. Кожне муніципальне утворення будує свою замкнену систему охорони здоров'я. Місцеві органи з політичних міркувань схильні містити надмірну кількість медичних установ і підприємств, ніж йти на кооперацію з іншими муніципальними утвореннями. Жорстка прив'язка фінансування до конкретних муніципальних підприємств і установ, неможливість перерозподілу фінансових

ресурсів призводять до нераціонального їх використання як в окремому муніципальному освіті, так і в 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 тощо). 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 [65, с. 42].

Багато вітчизняних 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 представлено у додатку Б.

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 [46, с. 75].

Барсилович А. пропонує виділити 4 етапи реформування системи охорони здоров'я в незалежній Україні, для кожного з яких буде визначено та описано набір нормативних актів. Слід зазначити, що періодизація реформ істотно відрізняється від запропонованої вищевказаними авторами. Даний підхід представлений у додатку Б. Зокрема, автор виділяє такі напрями реформ, як: реформа первинної медичної допомоги; автоматизація діяльності постачальників медичних послуг; запровадження соціального медичного страхування; стандартизація та акредитація медичних закладів.

Таким чином, кожен етап реформування охорони здоров'я характеризується змінами таких складових:

– економічної – визначають напрями фінансування державної системи охорони здоров'я та формування системи оплати приватних медичних послуг, особливо страхових;

– соціальної – визначає напрями розвитку соціальної політики у сфері охорони здоров'я та формування напрямів надання медичної допомоги всім групам населення незалежно від соціального статусу, місця проживання тощо;

– правової – напрями правового регулювання функціонування державних закладів охорони здоров'я та ринку приватної медицини в усіх галузях медицини;

– організаційної – визначає порядок надання медичної допомоги на всіх рівнях (первинному, вторинному, третинному) та напрями організації системи фінансування медицини [24, с. 126].

За результатами вивчення історичних аспектів реформування охорони здоров'я в Україні Кринична І. виділяє такі етапи (табл. 1.2). Загалом, характеризуючи зазначений період, нею зроблено висновок, що за роки незалежності України державні кошти на безоплатну медичну допомогу населенню значно зменшилися. Розрахунок динаміки цін на різні види витрат на охорону здоров'я показує, що рівень державного фінансування з 1991 по 2001



роки знизився на 2/3. Це змусило деяких письменників і політиків звинуватити уряд у нездатності вирішувати соціальні проблеми. Проте справедливо сказати, що безкоштовна медична допомога в СРСР була обмежена, оскільки багато передових медичних технологій або не використовувалися, або були доступні лише певній верстві населення.

Таблиця 1.2

**Характеристика етапів реформування системи охорони здоров'я в незалежній Україні [32, с. 12]**

Період	Етап	Характеристика
1991-1994 рр.	Переорієнтація	Управління значно скоротилося, а керівні посади не завжди займали особи з достатніми управлінськими, економічними, юридичними та психологічними навичками. Як наслідок – зростання соціальної напруженості в галузі, відтік мізків, погіршення якості медичної допомоги, соціально-економічного та правового захисту медичних працівників
1995-1998 рр.	Перехідний	На тлі зниження основних демографічних показників, зростання захворюваності на окремі соціально значущі захворювання (туберкульоз, СНІД) та загалом погіршення стану здоров'я політична та соціально-економічна ситуація в країні, у тому числі й охорона здоров'я, дещо стабілізувалася. Таким чином, сформувалися перші ознаки ринкової економіки (виникло конкурентне середовище; зник весь ринковий дефіцит медичних послуг, ліків, виробів медичного призначення, стало неактуальним детальне централізоване планування охорони здоров'я), прийняті та затверджені основні закони у сфері охорони здоров'я. Кабінетом Міністрів України в 1997 р. прийнято Концепцію реформування галузі, яка визначила окремі напрями державної політики у сфері охорони здоров'я, а також профінансувала цільові дослідження, налагодила міжнародні зв'язки щодо вирішення проблем охорони здоров'я та надання медичної допомоги за програмами «TACIS», «Здоров'я реформ», «Трансформ» тощо
з 1999 р.	Умовно-ринковий	Реформи охорони здоров'я можна оцінити як відносно ринкові, що характеризуються розробкою урядової концепції реформування галузі та нової нормативно-правової бази, які підкреслюють необхідність переходу до науково обґрунтованих моделей управління, визначення загальної політики охорони здоров'я та перспективних напрямків. для медичної служби – запровадження сімейної медицини та медичного страхування

Підходи вчених до реформування охорони здоров'я в Україні. Вітчизняні вчені В. Лехан, Г. Слабкий, М. Шевченко, вивчаючи стратегію розвитку охорони здоров'я в Україні, запропонували наступні етапи реформування:

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

- 1) законодавче та нормативне забезпечення реформи;
- 2) розробка муніципалітетами всіх рівнів із залученням громадськості за організаційно-методичної підтримки Міністерства охорони здоров'я, планів структурної реорганізації мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення в медичній допомозі на різних рівнях (первинна, вторинна, третинна);
- 3) створення за ініціативою МОЗ незалежної структури для оцінки відповідності медичних установ (органів з акредитації та акредитації) вимогам ліцензування та акредитації;
- 4) створення Всеукраїнського реєстру пацієнтів;
- 5) створення лікарняної каси та її регіональних відділень, забезпечення обладнанням та кадрами необхідними спеціалістами;
- 6) затвердження запропонованих змін у пілотних регіонах;

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

- 1) здійснення структурної реорганізації системи охорони здоров'я;
- 2) перехід на договірну модель закупівлі медичних послуг;
- 3) запровадження нових форм фінансування медичних закладів;
- 4) запровадження нових форм оплати праці медичного персоналу;
- 5) здійснення низки заходів щодо підвищення доступності лікарських засобів та забезпечення їх якості;
- 6) завершення комплексу заходів щодо підвищення якості медичної допомоги;
- 7) запровадження соціального медичного страхування [2, с. 176].

У рамках цих етапів розроблена авторами стратегія передбачала такі напрямки вдосконалення системи охорони здоров'я: розрізнення первинної та вторинної медичної допомоги; структурування медичної допомоги в сільській місцевості; створення госпітальних округів; розвиток структури вторинної медичної допомоги; розвиток структури лікарень різних типів; розвиток відомчої та приватної медицини; запровадження договірних відносин при

придбанні медичних послуг; удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я. Загалом пропозиції авторів є комплексними, а їх впровадження на практиці.

Вороненко Ю. пропонує такі напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні – що стосується вдосконалення системи охорони здоров'я, то реформа передусім передбачає структурні зміни, які передбачають чітке розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів; забезпечення пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги з акцентом на її профілактичну складову; запровадження сучасних механізмів організації медичної допомоги, таких як вільний вибір лікаря загальної практики та система направлення на середню та вищу освіту; створення ефективної системи управління якістю медичної допомоги з використанням медичних стандартів та клінічних протоколів на основі достовірних наукових даних. Автор фактично погоджується зі своїми колегами щодо структурних змін, які мають на меті визначити чіткі характеристики всіх трьох рівнів охорони здоров'я, а також надає великого значення профілактичній складовій. Слід підкреслити позицію автора щодо якості медичних послуг та змін в організації лікувальних процесів.

Вітчизняний вчений Я. Аркатов описує напрями реформування системи охорони здоров'я, які визначають позитивні зміни: збільшення бюджетного фінансування медичної галузі; збалансування державних гарантій щодо надання населенню безкоштовної медичної допомоги з державними фінансовими можливостями; запровадження загальнообов'язкового національного медичного страхування; координація діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування та закладів медичного страхування; покращення використання всіх фінансових ресурсів; забезпечення економічної самостійності медичних закладів та перехід до прогресивних форм управління ними; підвищення оплати праці та соціального захисту медичного персоналу [23].

Визначені автором напрямки є загальними і загалом не враховують специфіку галузі та проблеми, з якими стикається система охорони здоров'я України. Скоріше, ці сфери можна розглядати як завдання державного

управління щодо реформування системи охорони здоров'я, які в свою чергу визначають зміст і форму реалізації реформи охорони здоров'я як невід'ємної частини соціальної політики.

У 2010 р. Національний інститут стратегічних досліджень розробив аналітичну записку «Про пріоритетні напрями удосконалення національної галузі охорони здоров'я». У цьому документі обґрунтовуються плюси та мінуси різних сценаріїв реформування охорони здоров'я (Додаток Д). Згідно з цим документом: «Незважаючи на те, що дискусія щодо впровадження СУОП в Україні триває щонайменше дев'ятнадцять років, у зв'язку з чим відповідні законопроекти неодноразово обговорювалися серед науковців, державних службовців, законодавців, роботодавців, профспілки, представники медичної професії та громадяни досі не одностайні щодо кінцевого напрямку розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, уявлень про шляхи її фінансування, про необхідність, можливості та форму страхової медицини [9].»

За результатами нашого дослідження ми визначили етапи реформування системи охорони здоров'я в Україні, які висвітлюють місцеві вчені, а також уточнили напрямки, які вони пропонують для вдосконалення. Загалом ми вважаємо, що для впровадження ефективних систем охорони здоров'я необхідно визначити стратегічні напрямки розвитку наукової сфери на державному рівні та обмежити вплив змін політики. Це забезпечить повну реалізацію стратегії та уникне часткових реформ.

## **Висновки до розділу 1**

Окреслено специфіку громадського здоров'я та охорони здоров'я як суб'єкта державного управління та громадського порядку. Це здійснюється через міждисциплінарні зв'язки з такими науками: право, соціологія та економіка. Зауважимо, що система державного управління охоплює всі властивості об'єкта, а громадський порядок реалізується через правові та економічні механізми.

Рішення державного управління виявляються в системі правових норм і ряді економічних відносин. Лише за умови формування комплексного теоретичного бачення предмета дослідження можливе формування та реалізація ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я.

За результатами дослідження визначено виокремлені вітчизняними вченими етапи реформування системи охорони здоров'я в Україні та з'ясовано напрями, які вони пропонують для вдосконалення. Доведено, що для впровадження ефективних систем охорони здоров'я необхідно на державному рівні визначити стратегічні напрями розвитку досліджуваної галузі та обмежити вплив змін політики. Це забезпечить повну реалізацію стратегії та уникне часткових реформ.

Опис реформ системи охорони здоров'я, які впроваджуються в Україні з 2010 року за такими програмами та стратегіями: а) Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»; б) Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 рр. в) Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. Для кожної з реформ визначено ключові напрями та цілі. Визначено напрями трансформації системи державного регулювання охорони здоров'я. Визначено фактори, що гальмують реформування системи охорони здоров'я в країні: 1) небажання центральних органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування реформувати систему охорони здоров'я, що призвело до відмови від реформи керівництвом різних рівнів; 2) неврахування при розробці реформи як національних особливостей системи охорони здоров'я, так і особливостей соціально-економічної системи, поведінки населення в умовах трансформаційних змін; 3) неоднозначне впровадження реформ та ігнорування соціальної конфронтації, значною мірою через слабку інформаційну складову політики реформ; 4) відсутність політичної стабільності в державі та протистояння правлячих політичних еліт.

## РОЗДІЛ 2

# СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

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

Важливим фактором при розгляді реформи державного управління в будь-якій сфері є оцінка результатів таких реформ. Особливо важливою реформою останніх п'яти років стала медична, яка концептуально змінила систему охорони здоров'я України. Сьогодні питання якості медичних послуг у системі державного управління залишається найактуальнішим, а тому оцінка наслідків реформи є важливою, як з точки зору досліджень, так і з точки зору формування нові рішення державного управління.

Необхідність постійного вдосконалення системи охорони здоров'я впливає з її значення та ролі в соціально-економічних відносинах. Основною метою охорони здоров'я в країні та її регіонах є підтримка та зміцнення здоров'я населення відповідно до основної ідеї держави, що виходить із кризи – зберегти найцінніше в країні, тобто людські ресурси. Здоров'я в його широкому системному сприйнятті є водночас біологічною, психологічною, фізіологічною, економічною та соціальною категорією З економічної та соціальної точки зору здоров'я розглядається як здатність людини (людей, суспільства) здійснювати відповідну, ефективну та результативну діяльність за мінливих умов довкілля та в рамках комплексу конкретних заходів, до яких організм може адаптуватися. Відповідно, оцінка стану реформування системи охорони здоров'я України дозволить виявити її вплив на соціально-економічну систему. Крім того, оцінка наслідків і результатів реформ є основою для формування зворотного зв'язку в Системі державного управління охороною здоров'я.

Істотні зміни в системі охорони здоров'я почалися з прийняттям Національної стратегії реформування охорони здоров'я в Україні до 2025 року.

Відповідно до цього документа була розроблена політика державних реформ та здійснено ряд трансформаційних змін, які сьогодні мають певні результати та наслідки. Оцінювати результати та наслідки будемо в такій послідовності: Оцінка фінансового забезпечення програми медичних гарантій; аналіз результатів реформи первинної медичної допомоги; оцінка планових показників фінансових гарантів вторинної медичної допомоги; оцінка результатів програми «Доступні ліки». Саме в цих сферах відбулися найбільші трансформаційні зміни та досягнуто значних результатів. Відповідно, ми оцінювали результати за цими напрямками.

Ми оцінимо поточний стан результатів та наслідків реформи охорони здоров'я за допомогою методів статистичного спостереження. Інформаційною основою аналізу були: офіційні дані МОЗ України, звіти Національної служби здоров'я України та дані законів України про державний бюджет України за звітні роки, аналітичні огляди Світового Банку і Всесвітньої організації охорони здоров'я. Оцінюючи планові показники, зазначимо, що серед усіх гарантій Національної служби здоров'я України найбільшу частку займає вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога, а саме 60,91 %, далі йде первинна медична допомога – 26,58%, наступна за величиною гарантія – екстрена медична допомога, яка становить 6,47%, четверта частка гарантій – відшкодування медикаментів, яка становить 4,29%, медична реабілітація – лише 0,61% питомої ваги, наступний вид гарантованого резерву, технічна підтримка в масовій частці становить лише 0,73%, на останньому місці знаходиться концентрована паліативна допомога, на яку в загальній структурі припадає лише 0,41% питомої ваги.

Оцінка результатів реформи первинної медичної допомоги. Первинна медична допомога – це особливий вид медичної допомоги, який зазнав серйозних змін у рамках реформи охорони здоров'я. Його рейтинг базується на таких складових:

1. Співвідношення заповнених декларацій до чисельності населення за регіонами України;

2. Аналітична оцінка заповнених декларацій за групами населення;
3. Кількісний аналіз постачальників первинної медичної допомоги та їх кадрового забезпечення;
4. Аналітична оцінка розподілу послуг постачальниками послуг.

У табл. 2.1 наведено співвідношення заповнених декларацій про охоплення первинною медичною допомогою до населення регіонів за регіонами станом на початок 2021 року.

Таблиця 2.1

### Кількісний аналіз укладених декларацій станом на 1 січня 2021 р. [9]

Область	Населення	Кількість декларацій		Співвідношення, %
		Загальна	Поданих закладами ПМД	
Вінницька	1560394	1300182	1300182	83
Волинська	1035330	836990	836477	81
Дніпропетровська	3206477	2424089	2423710	76
Донецька	4165901	1346728	1346465	32
Житомирська	1220203	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

В цілому по Україні було укладено 29142060 декларацій, що складає 69 % від населення. Аналітична оцінка укладених декларацій за групами населення представлена в табл. 2.2.



Таблиця 2.2

**Розподіл кількості укладених угод за складом населення  
станом на 1 січня 2021 р. [35]**

Регіон	За статтю, у %		За віковими групами				
	Чоловіки	Жінки	0-5	6-17	18-39	40-64	65 -
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
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

У Додатку Е наведено кількісний аналіз надання первинної медичної допомоги за регіонами. У інформації в Додатку Е щодо спеціальності осіб, які надають першу допомогу, найбільша частка оптимального обсягу послуг може бути визначена за регіонами наступним чином:

1. Серед педіатрів:

– понад 30% масової частки оптимального спектру послуг для населення зосереджено у Вінницькій, Житомирській, Луганській, Хмельницькій областях та м. Києві;

– понад 40% масової частки оптимального спектру послуг для населення

зосереджено у Волинській, Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Херсонській, Чернівецькій та Чернігівській областях;

– понад 50% масової частки оптимального спектру послуг, що надаються населенню, зосереджено в Донецькій, Одеській, Рівненській та Черкаській областях;

– понад 20% масової частки оптимального спектру послуг для населення зосереджено в Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Тернопільській та Харківській областях.

## 2. Серед сімейних лікарів:

– понад 30% масової частки оптимального спектру послуг для населення зосереджено у Вінницькій, Запорізькій, Львівській, Одеській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій областях;

– понад 40% масової частки оптимального спектру послуг для населення зосереджено у Волинській, Дніпропетровській, Луганській, Київській, Рівненській та Харківській областях;

– понад 50% масової частки оптимального спектру послуг, що надаються населенню, зосереджено в Донецькій, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Херсонській та Черкаській областях;

– понад 20% масової частки оптимального спектру послуг для населення зосереджено в Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській та Чернівецькій областях;

## 3. Серед терапевтів:

– понад 15% масової частки оптимального спектру послуг, що надаються населенню, зареєстровано у Вінницькій та Волинській областях;

– понад 30% масової частки оптимального спектру послуг, що надаються населенню, зареєстровано у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Харківській та Хмельницькій областях;

– понад 18% масової частки оптимального спектру послуг для населення зареєстровано в Житомирській області;

- понад 13% масової частки оптимального спектру послуг, що надаються населенню, зареєстровано в Закарпатській та Івано-Франківській областях;
- понад 40% масової частки оптимального спектру послуг, що надаються населенню, зафіксовано у Київській, Луганській та Чернігівській областях;
- у Львівській області зареєстровано понад 12% масової частки оптимального спектру послуг, що надаються населенню;
- понад 20% масової частки оптимального спектру послуг, що надаються населенню, зафіксовано у Київській, Миколаївській, Полтавській, Сумській та Черкаській областях;
- понад 16% масової частки оптимального спектру послуг, що надаються населенню, зареєстровано в Одеській області;
- понад 11% масової частки оптимального спектру послуг для населення зареєстровано в Рівненській області;
- понад 3% масової частки оптимального спектру послуг, що надаються населенню, зареєстровано у Тернопільській та Чернівецькій областях.

Стан платежів за першу медичну допомогу населенню різними медичними працівниками представлений у додатку Ж, після чого бачимо, що найбільшу частку виплат медичним працівникам становлять платежі комунальних послуг, а саме понад 90% усіх регіонів дослідження Вінницька область Волинь, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Закарпатська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Луганська, Київська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Тернопільська, Рівненська, Харківська, Херсонська, Хмельницька та більше, ніж 1%, частки – Чернівецька області, Київська та Запорізька; більше 2% акцій – Сумська область; понад 3% акцій – Львівська область.

Оцінка планових показників фінансових гарантій вторинної медичної допомоги представлено в табл. 2.3. Отже, серед запланованих медичних гарантій на 2021 рік заданими Національною службою здоров'я України, найбільшу питому вагу займають гарантії на Стаціонарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу дорослим та дітям та складають 57,48% загальної структури.

Таблиця 2.3

**Заплановані медичні гарантії на 2021 р. заданими Національної служби  
здоров'я України (вторинна (спеціалізована) та третинна  
(високоспеціалізована) медична допомога) [9]**

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

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 2016 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 2020 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.

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

## 2.2. Оцінка стану здоров'я населення України

Питання здоров'я населення України є важливим з точки зору його економічної стабільності, інвестиційної привабливості та соціального консенсусу. У 2020 році було проведено загальнонаціональне опитування щодо індексу здоров'я населення України, за результатами якого було опитано 10 тис. респондентів. Основними результатами опитування були:

- половина дорослих жителів України характеризують своє здоров'я як хороше (кожен десятий вважає його дуже хорошим). Ще 37,9% вважають своє здоров'я нормальним, а 12,1% – поганим або дуже поганим;

- за результатами цього річного опитування показники охоплення населення найважливішими профілактичними медичними оглядами загалом свідчать про зростання. Зросла кількість звернень на флюорографію (з 55,0% у 2018 році до 57,3% у 2020 році) та кардіограму (з 42,2% у 2018 році до 44,4% у 2020 році). Флюорографія залишається найпоширенішим видом скринінгу; більше половини дорослого населення вдалися до нього протягом року;

- більше половини опитаних жінок (52,0%) відвідували гінеколога для огляду за останні 12 місяців, 40,0% опитаних жінок здали мазок на цитологічне дослідження та 22,2% зробили мамографію. За цими показниками результати у 2020 р. дещо вищі, ніж у 2016-2018 рр. Чоловіки звертаються до уролога з метою профілактики майже вдвічі частіше (23,7%), ніж жінки до гінеколога, і цей показник зріс у порівнянні дещо зріс порівняно з 2018 року (20 травня 2018 року). Для обох статей характерне зменшення таких подразників з віком;

- понад 80% респондентів, у домогосподарстві яких є діти до 18 років і які мають інформацію про стан свого здоров'я, позитивно ставляться до вакцинації. Крім того, ці дослідження свідчать про позитивну динаміку ставлення населення до вакцинації дітей: 70,9% підтримали вакцинацію у 2016 році, 73,4% у 2016 році, 74,5% у 2018 році та 80,4% у 2020 році;

- 45,4% опитаних дорослих займаються самолікуванням при захворюванні (31,7% приймають ліки, ще 13,7% лікуються народними

засобами). Для понад третини населення (37,4%) звернення до медичного працівника є типовою поведінкою у разі захворювання: 27,0% звикли до лікаря загальної практики/дільничного лікаря, 3,7% звертаються безпосередньо до спеціаліста, 2,6% серед родичів, друзів чи знайомих є сімейні лікарі, 2,9% викликають швидку допомогу, а 1,2% негайно звертаються до лікарні;

– хоча загальна частка тих, хто виступає за самолікування, залишається майже незмінною (45-47%), частка тих, хто звертається за медичною допомогою у разі захворювання, послідовно збільшується з 29,0% у 2016 році до 33,8% порівняно з результати попередніх опитувань у 2018 р. та 37,4% у 2020 р.), в основному за рахунок збільшення відвідувань терапевтів/дільничних лікарів (18,6 % у 2016 р., 23,1 % у 2018 р. та 27,0 % у 2020 р.).

Щоб визначити реальний стан охорони здоров'я в Україні та її найближчих сусідах, ми проаналізували світову статистику охорони здоров'я, яку збирає та публікує Світовий банк. У рамках його досліджень ми визначили стан охорони здоров'я населення України та її найближчих сусідів: Молдови, Румунії, Угорщини, Словаччини, Польщі, Білорусі, Росії, Грузії.

Важливим показником для оцінки здоров'я населення є тривалість життя, яка представлена в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

#### Аналіз тривалості життя населення України та її найближчих сусідів [9]

Країна	Загальна чисельність населення (тис. осіб.) (2020 р.)			Очікувана тривалість життя при народженні (2016 р.)			Очікувана тривалість здорового життя (2016 р.)		
	Ч	Ж	З	Ч	Ж	З	Ч	Ж	З
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Україна	20491	23755	41246	67,6	77,1	72,5	60,3	67,6	64,0
Молдова	1943	2108	4052	67,6	75,3	71,5	60,7	66,4	63,6
Румунія	9491	10015	19506	71,6	79,0	75,2	63,7	69,7	66,6
Угорщина	4618	5090	9708	72,3	79,4	76,0	64,1	69,5	66,8
Словаччина	2654	2799	5453	73,8	80,9	77,4	65,3	71,2	68,3
Польща	18380	19541	37922	73,8	81,6	77,7	65,4	71,7	68,5
Білорусь	4400	5053	9453	68,8	79,2	74,2	61,4	69,3	65,5
Росія	67531	78203	145734	66,4	77,2	72,0	59,1	67,5	63,5
Грузія	1910	2093	4003	68,3	76,8	72,6	61,5	68,4	64,9

На підставі вищевикладеного можна зробити наступні висновки:

– в Україні серед інших представлених країн чоловіче населення становить понад 20491 тис. осіб, а жіноче – понад 23755 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні – понад 68 років (67,6), жінок – понад 77 років (77,1), очікувана тривалість життя чоловіків понад 60 років (60,3), жінок понад 68 років (67,6);

– у Молдові, серед інших представлених країн, чоловіче населення становить понад 1943 тис. осіб і жіноче, що становить понад 2108 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні більше 68 років (67,6), жінок понад 75 років (75,3), очікувана тривалість життя чоловіків – понад 60 років (60,7), жінок – понад 66 років (66,4);

– у Румунії серед інших представлених країн чоловіче населення становить понад 9491 тис. чоловік, а жіноче – понад 10015 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні понад 71 рік (71,6), жінки понад 79 років (79,0), здорові очікувана тривалість життя чоловіків – понад 63 роки (63,7), жінок – понад 70 років (69,7);

– в Угорщині серед інших представлених країн чоловіче населення становить понад 4618 тис. осіб, а жіноче – понад 5090 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні – понад 72 роки (72,3), жінки – понад 81 рік (80,9), очікувана тривалість життя чоловіків – понад 64 роки (64,1), жінок – понад 70 років (69,5);

– у Словаччині серед інших представлених країн чоловіче населення становить понад 2654 тис. осіб, а жіноче – понад 2799 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні – понад 73 роки (73,8), жінок – понад 79 років (79,4), очікувана тривалість життя становить понад 65 років для чоловіків (65,3) і понад 71 рік для жінок (71,2);

– у Польщі, серед інших представлених країн, чоловіче населення становить понад 18380 тис. осіб, а жіноче – понад 1941 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні – понад 73 роки (73,8), жінки – понад 82 роки (81,6), тривалість життя – понад 65 років для чоловіки (65,4) та старше 71 року у



жінок (71,7);

– у Білорусі, серед інших представлених країн, чоловіче населення становить понад 4400 тис. осіб і жінок, що становить понад 5053 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні понад 69 років (68,8), жінок понад 79 років (79, 2) очікувана тривалість здорового життя становить понад 61 рік для чоловіків (61,4) і 69 років для жінок старше 69,3 років;

– Росія має найбільше чоловіче населення серед інших представлених країн – понад 67531 тис. осіб і жінок, що становить понад 78203 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні більше 66 років (66,4), жінок більше 77 років (77,2), життя очікувана тривалість – понад 59 років у чоловіків (59,1) і понад 68 років у жінок (67,5);

– у Грузії серед інших представлених країн чоловіче населення становить понад 1910 тис. осіб, а жіноче – понад 2093 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні – понад 69 років (68,3), жінок – понад 77 років (76, 8). Очікувана тривалість життя становить понад 61 рік для чоловіків (61,5) і 68 років для жінок (68,4).

Оцінка Світового банку материнської та дитячої смертності в досліджуваних країнах представлена в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

#### Оцінка смертності населення в Україні та її найближчих сусідів [9]

Країна	Коефіцієнт материнської смертності (на 100 000 живонароджених) (2016 р.)	Частка пологової допомоги кваліфікованими медичними працівниками (%) (2010–2020 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

На підставі вищевикладеного можна зробити наступні висновки:

- в Україні материнська смертність становить понад 19%, смертність дітей у віці до 5 років становить понад 9%, а неонатальна смертність – понад 5%;
- у Молдові рівень материнської смертності становить понад 19%, смертність немовлят – понад 16%, а неонатальної – понад 12%;
- у Румунії рівень материнської смертності становить понад 19%, рівень смертності дітей у віці до 5 років становить понад 7% і рівень неонатальної смертності понад 3%;
- в Угорщині рівень материнської смертності становить понад 12%, дитяча смертність – понад 4%, а неонатальна – понад 2%;
- у Словаччині рівень материнської смертності становить понад 5%, рівень смертності дітей у віці до 5 років становить понад 6% і рівень неонатальної смертності понад 3%;
- у Польщі рівень материнської смертності становить понад 2%, смертність у віці до 5 років становить понад 4%, а неонатальна смертність понад 3%;
- Білорусь має найнижчий рівень смертності, оскільки материнська смертність становить 2%, дитяча смертність до 5 років – понад 3%, а неонатальна – лише 1%;
- у Росії материнська смертність становить більше 17%, смертність дітей до 5 років – більше 7%, неонатальна – більше 3%;
- у Грузії найвищий рівень смертності з материнською смертністю понад 25%, смертністю понад 10% серед дітей віком до 5 років і неонатальною смертністю понад 6%.

Оцінка вірусної захворюваності представлена в табл. 2.6

Оцінка захворюваності на вірусні захворювання має такі особливості:

- Україна, Грузія та Молдова серед інших країн мають найвищий рівень захворюваності на туберкульоз та найбільшу кількість нових випадків ВІЛ, оскільки в Україні та Грузії захворюваність на туберкульоз становить понад 80 випадків, у Молдові понад 86 випадків та кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ. В Україні – понад 0,28, у Молдові – понад 0,25, у Грузії – понад 0,18 випадків;

поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) у дітей до 5 років становить понад 0,46% в Україні, понад 0,65% у Молдові, понад 0,26% у Грузії;

Таблиця 2.6

### Захворюваність на вірусні хвороби в Україні та її найближчих сусідів

Країна	А	Б	В	Г	Д
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

– у Румунії зареєстровано нових випадків ВІЛ-інфекції в кількості понад 0,04, захворюваність на туберкульоз – понад 68 випадків, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) у дітей до 5 років – більше 0,65%;

– в Угорщині зосереджено понад 0,02 нових випадків ВІЛ-інфекції, захворюваність на туберкульоз – понад 6,4 випадки, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) у дітей до 5 років – понад 0,44%;

– у Словаччині виявлено більше 0,02 нових випадків ВІЛ-інфекції, захворюваність на туберкульоз – понад 5,8, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) у дітей до 5 років – понад 0,56%;

– у Польщі більше 0,04 нових випадків ВІЛ-інфекції, понад 16 випадків туберкульозу, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) у дітей до 5 років становить понад 0,04%;

– у Білорусі зареєстровано 0,22 нових випадків ВІЛ-інфекції, захворюваність на туберкульоз становить понад 31 випадок, поширеність поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg) у дітей до 5 років становить понад 0,20%;

– у Росії не виявлено нових випадків ВІЛ-інфекції, захворюваність на туберкульоз – понад 54 випадки, поширеність поверхневого антигену гепатиту

В (HBsAg) у дітей до 5 років – понад 0,88%.

Проведений статичний аналіз дозволив виявити найбільш критичні моменти щодо розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Особливо в останні кілька десятиліть населення України скорочується, що є негативною тенденцією, що характеризує низький рівень медичної допомоги в країні.

## **Висновки до розділу 2**

Оцінка результатів таких реформ є важливою при розгляді реформи державного управління в будь-якій сфері. Особливо важливою реформою останніх п'яти років стала медична, яка концептуально змінила систему охорони здоров'я України. Сьогодні питання якості медичних послуг у системі державного управління залишається найактуальнішим, а тому оцінка наслідків реформи є важливою як з точки зору досліджень, так і з точки зору формування нових рішень державного управління. Оцінюючи поставлені цілі, зазначимо, що серед усіх гарантій Національної служби здоров'я України найбільшу питому вагу припадає на вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, а саме 60,91%, далі йде частка первинної медичної допомоги, яка складає 26,58%, другу за величиною частку гарантій займає невідкладна медична допомога, яка становить 6,47%, четверта за часткою гарантій – відшкодування витрат на ліки, яка становить 4,29%, медична реабілітація лише 0,61%. Частка, наступна від резервних гарантій, технічна підтримка в масовій частці становить лише 0,73%, останнє – це концентрована паліативна допомога, яка займає лише 0,41% частки в загальній структурі.

Загалом в Україні було складено 29142060 декларацій, що становить 69% населення. Опитування регіонів показало, що більшість угод укладено жінками, понад 55%. Реформа важлива для приватної медицини. Частка постачальників первинної приватної медичної допомоги, які уклали договір з НСЗУ в Полтавській області, становить понад 9%. Для порівняння: понад 16% у

Закарпатській та Київській областях та понад 2% у Миколаївській, Черкаській та Чернівецькій областях.

Серед запланованих медичних гарантій Національної служби здоров'я України на 2020 рік найбільшу питому вагу займали гарантії на стаціонарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу дорослим та дітям і становлять 57,48% від загальної структури, після є Амбулаторна вторинна та третинна медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу. Пілотний проект зміни системи фінансування установ СМД у Полтавській області (1 квартал 2020 року) становить 0,79% частки. На діагностику, лікування та догляд за хворими на вірус імунодефіциту людини припадає 0,48% частки, останнє в масі запланованих медичних гарантій займає лікування осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із підтримуючою терапією, яка триває лише 0,06% від загальної структури.

Стан здоров'я населення країни є ключовим фактором соціально-економічного розвитку країни, оскільки визначає стан людських ресурсів, а отже, і кадрових відносин держави, інвесторів, роботодавців та інших економічних відносин. Особливо актуальними сьогодні є напрямки оцінки здоров'я населення: населення (в Україні серед представлених країн чоловіче населення та понад 20491 тис. осіб та жінок, що становить понад 23755 тис. осіб), очікувана тривалість життя при народженні (очікувана тривалість життя при народженні – понад 68 років для чоловіків (67,6), жінок – старше 77 років (77,1)), тривалість здорового життя – понад 60 років для чоловіків (60,3), понад 68 років для жінок (67,6)), оцінка материнської та дитячої смертності (материнська смертність більше 19%, смертність дітей до 5 років понад 9% і неонатальна смертність понад 5%), захворюваність на вірусні захворювання (в Україні найвищий рівень захворюваності на туберкульоз захворюваність та більшість нових випадків ВІЛ серед інших країн). Дослідження в цих сферах характерні для оцінки стану здоров'я у світі щодо регіонів та України та її найближчих сусідів.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

#### **3.1. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я**

Для вдосконалення державного управління системою охорони здоров'я важливий кадровий механізм. Тому вкрай важливим є управління медичним персоналом, виходячи з таких моментів:

- по-перше, ефективність системи управління залежить від менеджменту;
- по-друге, людські ресурси є найважливішим ресурсом системи охорони здоров'я;
- по-третє, від професіоналізму медперсоналу залежить якість медичних послуг.

Одним із найактуальніших завдань національної системи охорони здоров'я є вдосконалення кадрової політики. Людські ресурси є важливою частиною ресурсів системи охорони здоров'я. Наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл, умови праці, заробітна плата, соціальні виплати, матеріально-технічне та технологічне забезпечення процесу праці визначають належний рівень медичного обслуговування. Кадрова політика покликана забезпечити ефективне функціонування медичної галузі. Це підтверджують міжнародні експерти, які вказують на те, що для зниження ризику національних та глобальних цілей охорони здоров'я необхідно створити контингент кваліфікованих, цілеспрямованих та шанованих медичних працівників. Ефективна кадрова політика має бути спрямована на підвищення ефективності як окремих медичних працівників, так і системи охорони здоров'я в цілому. А стратегія розробки кадрової політики має базуватися на реальних потребах медичної галузі. В принципі, ми погоджуємося з авторським положенням про управління персоналом у сфері охорони здоров'я. Особлива думка автора, яка має стати

червоною лінією у впровадженні кадрового механізму управління системою охорони здоров'я, полягає в тому, що всі зусилля мають бути спрямовані на підвищення ефективності роботи окремих медичних працівників та 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. За останні роки в Україні оновлено та уніфіковано законодавство; здійснюється стратегічне управління державною кадровою політикою; впроваджено систему управління продуктивністю та функціональне управління; реформується система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів, оптимізується мережа навчальних закладів усіх рівнів, функціонує система державних закупівель відповідно до потреб ринку праці; виникають нові форми навчання; буде модернізована система профорієнтації, створена мережа профорієнтаційних центрів тощо.

Система державного управління має забезпечити безперервний процес підготовки кадрів цих державних органів та використання їх для формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Питання якості та ефективності управління кадрами центрального уряду є особливо гострим у контексті реформування охорони здоров'я. Тому ми вважаємо, що кадрове положення є важливим для управління кадрами центральних органів управління. Таким положенням може бути рішення Кабінету Міністрів України, яке б регулювало порядок управління персоналом цих органів. Рішення повинно містити:

– вимоги до організаційної структури центральних органів управління та можливості їх зміни в контексті трансформацій та реформування системи охорони здоров'я. Тому, відповідно до розробленої національної стратегії реформування охорони здоров'я, виникає потреба в поновленні кадрового складу центральних органів виконавчої влади, які могли б приймати та виконувати державно-управлінські рішення, що становлять основу

трансформації системи охорони здоров'я. Створення нового державного органу управління – Національної служби здоров'я України – у свою чергу потребувало формування нових кадрів;

- професійні вимоги до керівників структурних підрозділів (управлінь, служб, відділів). При цьому важливість отриманої людиною освіти, практичної діяльності (досвід роботи на керівних посадах), курсів підвищення кваліфікації, участі в міжнародних стажуваннях тощо;

- порядок кадрового (конкурсного) відбору керівників структурних підрозділів. Необхідно встановити чіткі правила конкурсного відбору на керівні посади центральних органів виконавчої влади та керівників обласних управлінь охорони здоров'я. Зокрема, на конкурсному відборі ми пропонуємо оцінювати як формальну (рівень освіти, навчання, стажування за кордоном, досвід тощо), так і неформальну, зокрема (психологічний портрет з урахуванням думки тих, хто працював з заявником), рекомендації тощо;

- порядок призначення та діяльності Державного секретаря МОЗ України. Державний секретар – це особливий вид керівної посади, створений для збереження інституційної пам'яті відповідного державного управління.

Слід зазначити, що основним напрямком удосконалення кадрового механізму управління охороною здоров'я на рівні центральних органів виконавчої влади є формування кадрового резерву, оскільки реформування системи охорони здоров'я потребує постійного кадрового оновлення з метою перейти до наступного кроку. Кадровий механізм покликаний забезпечити формування кадрового резерву як для структурних підрозділів центральних органів виконавчої влади, так і для керівних посад в державних органах охорони здоров'я. Формування такого резерву має бути не лише формальним, а й змістовним, а саме безперервним підвищенням компетенції осіб, які входять до резерву.

Другий рівень державного управління персоналом встановлює вимоги до кадрового забезпечення та його функціонування на рівні місцевого самоврядування. Цей рівень є особливо важливим з точки зору децентралізації та реалізації державної політики охорони здоров'я на рівні єдиної місцевої влади.



Тому на державному рівні необхідно визначити питання реалізації рішень державного управління на місцевому рівні з урахуванням реформи децентралізації та первинної медико-санітарної допомоги.

Особливим рівнем управління державними кадрами є керівництво закладів охорони здоров'я, а саме головні лікарі, їх заступники та завідувачі відділень. Рівень розвитку кадрових процесів у сучасних медичних організаціях, що визначає процес проектування та реалізації кадрової політики в охороні здоров'я, її структурах та організаціях, характеризується проблемними тенденціями, які потребують ефективного управлінського впливу на основі ідей управління людськими ресурсами в медичних організаціях і в реальній медичній практиці.

Держава приділяє цьому аспекту особливу увагу з точки зору володіння такими категоріями працівників, як медичні знання та навички у сфері управління. У процесі адміністративної реформи в Україні нового значення потребує один із найважливіших принципів кадрової політики – принцип кадрової перспективи. Цей принцип передбачає необхідність виконання таких вимог: встановлення і, перш за все, суворе дотримання вікового обмеження для різних категорій робіт. Ігнорування цієї вимоги означає, що сьогодні, наприклад, у медичній службі Збройних Сил України є офіцери, яким виповнилося 65 років на фактичній військовій службі; визначення робочого часу на посаді; можливість змінити професію або спеціальність; Організація системного підвищення кваліфікації; відповідний стан здоров'я. З початком реформування системи охорони здоров'я визначено, що наступні категорії медичних працівників мають отримати управлінську підготовку за галузями знань 28 Публічне управління та адміністрування та 07 Управління та адміністрування. Ці положення державної реформи суттєво вплинули на управління закладами охорони здоров'я в Україні, але загалом не вирішили проблеми якості та ефективності управління, з одного боку, та кадрового дефіциту – з іншого. Підготовка керівництва закладів охорони здоров'я за управлінськими спеціальностями особливо актуальна в умовах повної трансформації системи охорони здоров'я та необхідності набуття нових знань і навичок для реалізації державної політики.

Особливим рівнем управління персоналом охорони здоров'я є персонал закладів охорони здоров'я. Від персоналу залежить якість та ефективність медичних послуг. На рівні державного управління виникає потреба сформулювати загальні принципи кадрового процесу в закладах охорони здоров'я, які мають враховувати цілі реформування охорони здоров'я.

У медичних організаціях кадрові процеси та взаємовідносини є предметом їх кадрової політики, яка відображає проблемні особливості масштабного реформування лікувально-профілактичних закладів, оптимізації кадрового забезпечення, забезпечення орієнтації кадрових процесів на покращення соціально-економічна ефективність здоров'я та оздоровлення здоров'я населення. Управління кадровими процесами в медичних організаціях – це не тільки управління персоналом, а й реалізація низки завдань кадрової політики, зокрема відтворення, адаптації та мотивації людських ресурсів, соціального та професійного розвитку, попиту та соціального захисту медичного персоналу. Реалізація заходів щодо повного комплектування медичних організацій кваліфікованими кадрами може бути досягнута шляхом розробки та впровадження науково обґрунтованої кадрової політики в системі охорони здоров'я. Удосконалення системи управління кадровими процесами має включати розвиток суб'єкт-об'єктних відносин, розвиток сучасних кадрових технологій, що дозволяють якісно відбирати, підбирати та підбирати медичні кадри, їх профорієнтацію, налагодження, мотивацію та затребуваність, ефективну форми професіоналізації, мотивації та комплексної оцінки і в кінцевому підсумку – вирішення проблем доступності та підвищення якості медичної допомоги громадянам.

Механізм кадрового забезпечення державного управління системою охорони здоров'я є багатодисциплінарним і переплітається з різними видами державної політики, зокрема:

- державна освітня політика – реорганізація медичної освіти за освітніми програмами у галузі знань «здоров'я»;
- державна кадрова політика – формування потреби в кадровому

потенціалі системи охорони здоров'я;

- державна фіскальна політика – визначає порядок і систему оплати праці медичного персоналу.

Підводячи підсумок, загалом варто відзначити, що вищенаведені рівні формування та реалізації кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я є кадровими. Нарешті, вищезазначені рівні визначають кадровий склад як керівництва системи охорони здоров'я різних рівнів, так і власне персонал закладів охорони здоров'я, які надають медичні послуги. Предметом кадрових ресурсів у державному управлінні охорони здоров'я в цілому є:

- кадрові процеси, що відбуваються в системі державного управління у сфері охорони здоров'я на різних рівнях (державному, регіональному, місцевому). Ці кадрові процеси визначають ефективність управління як на рівні державного управління, так і на рівні управління закладами охорони здоров'я;

- кадрові процеси в закладах охорони здоров'я. Ефективність реалізації цих кадрових процесів визначає якість надання медичних послуг.

Важливим напрямом удосконалення кадрового механізму управління держслужбою охорони здоров'я є формування кадрових резервів керівників та медперсоналу в охороні здоров'я. Слід зазначити, що кадровий механізм державного управління в частині створення кадрових резервів на різних рівнях системи охорони здоров'я діє, з одного боку, як:

- перша частина процесу державного управління, як ресурсної складової реалізації державної політики охорони здоров'я;

- по-друге, кадрові резерви керівництва та медичного персоналу закладів охорони здоров'я є суб'єктом державного управління охороною здоров'я.

Особливості формування такого кадрового резерву системи охорони здоров'я наведені в додатку 3. Крім медичної підготовки та професійного досвіду, основними професійними вимогами до претендентів на кадровий резерв є навички в сферах менеджменту, права та фінансів. При формуванні резерву медичних кадрів ми використовуємо загальні підходи, які ми визначили вище (при

формуванні резерву керівних кадрів), але із змінами, пов'язаними з фактичним медичним стажем, спеціалізацією, освітою тощо.

Формування мобілізаційного резерву медичного персоналу має важливе значення в плані формування груп медичного забезпечення при надзвичайних ситуаціях. Тому на регіональному рівні мають формуватися мобілізаційні резерви медичного персоналу на будь-які види невідкладних ситуацій. Включення до такого кадрового резерву має бути обґрунтованим. Мотивацією може бути: по-перше, безперервне безкоштовне навчання за спеціалізаціями; по-друге, необмежений доступ до лабораторій, інформаційних баз даних, інноваційних технологій; по-третє, міжнародні стажування.

Підсумовуючи, підкреслимо, що ми конкретизували напрями розвитку людських ресурсів, зокрема: визначено рівні державного управління людськими ресурсами системи охорони здоров'я; визначено вплив різних видів державної політики на державне управління людськими ресурсами системи охорони здоров'я; порядок формування кадрових резервів системи охорони здоров'я (резерву керівних кадрів держадміністрації системи охорони здоров'я; резерву керівних кадрів закладів охорони здоров'я комунальної та державної власності; кадрового резерву медичних працівників області ( лікарі, медсестри/брати, інший персонал) мобілізаційний кадровий резерв медичного персоналу на випадок невідкладної ситуації.

### **3.2. Розвиток інформаційно-комунікаційних зв'язків у державному управлінні охороною здоров'я**

Сучасні умови суспільного розвитку змінюють систему державного управління у сфері охорони здоров'я. Трансформації в управлінні державною охороною здоров'я висувають на перший план нові інформаційно-комунікаційні зв'язки, що визначають ефективність та результативність державних управлінських рішень, що особливо важливо в контексті реформування охорони

здоров'я. Комунікаційні процеси в державному управлінні відіграють надзвичайно важливу роль у підготовці та прийнятті рішень, адже використання інформації про потреби громадськості та її ставлення до діяльності державного управління є запорукою демократичного суспільства. Це актуалізує науковий пошук формування та налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків у державному управлінні охорони здоров'я, як основи формування методологічного впливу на суб'єкта управління та об'єкта та зворотного зв'язку як основи трансформації державної політики.

Інформаційні потоки є основою налагодження комунікації в державному управлінні системою охорони здоров'я. Класифікація інформаційних потоків у системах управління різного рівня, виокремлена вітчизняними та зарубіжними вченими, представлена в табл. 3.1.

Викладене визначає, що інформаційно-комунікаційна система державного управління у сфері охорони здоров'я може містити різноманітні моделі комунікації, які проявляються як на окремому рівні державного управління чи державного управління, так і в його системі в цілому. Комунікації, а власне інформаційно-комунікаційні зв'язки, важливі в управлінні охороною здоров'я через вплив на якість, оскільки їх ефективна організація залежить від державних управлінських рішень, які мають соціальні, економічні та безпекові наслідки для держави. На інформаційно-комунікаційні відносини в державному управлінні охорони здоров'я впливають:

- соціально-економічні відносини в суспільстві;
- тип політичної системи та політичні умови в державі;
- правова система держави.

Розвиток комунікації має включати такі аспекти:

1. Стратегічний і системний спосіб комунікації у сфері громадського здоров'я, розроблений на основі розуміння уявлень і потреб різних цільових груп.
2. Поширення інформації серед різних аудиторій у форматах і каналами, які є доступними, зрозумілими та зручними для користувачів.
3. Роз'яснення та відстоювання ідеї про необхідність розробки та

впровадження здорової політики та створення здорового середовища в усіх сферах державного управління (принцип врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях та політиках).

4. Навчання комунікації у сфері охорони здоров'я та розвиток необхідних людських ресурсів.

Таблиця 3.1

### Класифікація інформаційних потоків у державному управлінні

1. Відносно стану об'єкту			
випереджаючі		синхронні	
		наступні	
2. За тематичним спрямуванням змісту			
монометатичні		політематичні	
3. За спеціалізацією використання			
однопрофільні		багато профільні	
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	

Викладене свідчить про те, що, з одного боку, інформаційно-комунікаційна система впливає на формування та реалізацію механізмів державного управління системою охорони здоров'я, а з іншого боку, комунікаційна діяльність та інформаційно-комунікаційна система в цілому залежить від зміст і структура механізмів державного управління. Розглядаючи державне управління як систему в класичному розумінні, комунікація відбувається з точки зору впливу суб'єкта на об'єкт, що в нашому випадку відбувається через механізми державного управління, а також зворотного зв'язку, що впливає на проектування та реалізацію механізмів державного управління.

Слід зазначити, що комунікація в державному управлінні системою охорони здоров'я проявляється у двох значеннях, а саме:

– по-перше, комунікація є частиною формування та реалізації рішень державного управління. Тема лідерства через комунікаційні канали переносить управлінські рішення на нижчі управлінські рівні, які в свою чергу реалізують їх. Крім того, інформація про зовнішнє та внутрішнє середовище системи охорони здоров'я особливо важлива для реформування державного управління та коригування раніше прийнятих рішень, тому збір такої інформації з різних джерел відображається у зворотному зв'язку;

– по-друге, комунікація – це предмет державного управління. Тому держава має забезпечити процес регулювання інформаційно-комунікаційних зв'язків у сфері охорони здоров'я, що підвищить ефективність медичних послуг.

Інформаційно-комунікаційні відносини в державному управлінні можуть мати різне значення, а саме:

– суттєвість, інформація про рух економічних (матеріальних) ресурсів в охороні здоров'я;

– фінансовий характер, інформація про рух фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я;

– загальномедичного характеру, відомості про стан здоров'я населення;

– медичний особистий характер, відомості 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 точки зору становлення цієї системи та взаємодії її елементів, так і з точки зору створення цієї системи та взаємодії її елементів. інформаційна безпека системи охорони здоров'я в цілому та окремої особи зокрема.

Це стосується елементів інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я, а саме:

– комунікативний простір – простір, в якому відбуваються інформаційно-комунікаційні зв'язки, у випадку нашого дослідження, з одного боку, це система охорони здоров'я, природно-кліматичні умови та соціальні відносини, які впливають на здоров'я населення, з іншого боку. , інші використовують людські ресурси, що характеризують певний стан здоров'я;

– комунікаційний процес – це взаємодія між суб'єктами інформаційно-комунікаційної системи управління охороною здоров'я шляхом обміну інформацією, що відбувається за різними каналами зв'язку;

– комунікатор – кожна із сторін (суб'єктів) комунікаційного процесу в державному управлінні. Від взаємодії між комунікаторами залежить ефективність комунікації державного управління. Так, А. Бахарев вважає, що спілкування вважається успішним, коли одержувач інформації розуміє її відповідно до змісту, який в неї вкладає відправник. Е. Бернар, у свою чергу, зазначає, що ефективним є спілкування, яке мінімізує непорозуміння між відправником і одержувачем, неефективним – і тим, чия дія на одержувача відсутня або неочікувана;

– комунікатор є ініціатором комунікаційних зв'язків, а також суб'єктом, який є джерелом формування та передачі інформації;

– приймач – суб'єкт, що виконує роль приймача інформації, що надходить по відповідному каналу;

– канали зв'язку – це сукупність засобів зв'язку між суб'єктами комунікації (комунікатором і приймачем) та джерелом і споживачем інформації. Ефективність комунікації залежить від комунікаційних каналів. Д. Меллон



зазначає, що комунікація вважається ефективною, коли максимальна кількість повідомлень успішно доставлено та успішно зрозуміло одержувачем за мінімальних витрат;

– комунікаційні бар'єри – це фактори, що перешкоджають взаємодії між комунікатором і реципієнтом щодо сприйняття інформації, отримання та процесу її використання для реалізації державно-управлінських рішень;

– перевірка інформації – це перевірка інформації та визначення її якісних характеристик;

– захист інформаційно-комунікаційних систем державного управління – це комплекс заходів, спрямованих на обмеження доступу до інформаційно-комунікаційних ланок та впливу на них внутрішніх і зовнішніх факторів;

– інформаційний обмін – це двосторонній або багатосторонній обмін інформацією між різними учасниками управління охороною здоров'я.

Ці елементи визначають процеси інформаційного обміну і на їх основі формування рішень державного управління та їх передачу об'єкту. Загалом, вивчаючи інформаційно-комунікаційну систему державного управління системою охорони здоров'я, необхідно говорити про її наступні рівні та роль державного управління в їх забезпеченні (додаток К).

Ці рівні інформаційно-комунікаційних зв'язків в управлінні охороною здоров'я визначають характеристики елементів інформаційно-комунікаційної системи. Важливе значення в його реалізації покладається на організаційно-інформаційні механізми здійснення державного управління. У подальших дослідженнях ми розробимо інформаційні моделі інформаційно-комунікаційних зв'язків на кожному з визначених рівнів, а також виявимо особливості використання сучасних інформаційно-комп'ютерних технологій при їх реалізації.

Таким чином, в результаті проведених досліджень нами встановлено низку наукових визначень, що визначають напрями розвитку інформаційно-комунікаційної системи управління громадським здоров'ям, зокрема:

– встановлено вплив сучасних теорій та комунікаційних моделей на процеси формування та розвитку теоретико-методологічних положень

державного управління та визначено їх місце у формуванні державно-управлінських рішень. Показано необхідність визначення комунікації як частини державного управління щодо виконання рішень державного управління та як складових методологічного впливу об'єкта на об'єкт та зворотного зв'язку;

– встановлено, що комунікація в системі державного управління може бути частиною формування та реалізації рішень державного управління та суб'єктом державного управління. У першому випадку за допомогою комунікації здійснюється власне адміністративний процес, а в другому державне управління має сформулювати комплекс заходів щодо регулювання інформаційно-комунікаційної системи для ефективного обміну інформацією та інформаційної безпеки підприємств. Це значно розширює функціональні можливості державного управління та нові напрями інформаційного механізму його реалізації;

– обґрунтовано структуру інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я, яка має такі рівні: міжособистісне спілкування (спілкування між особами, наприклад при наданні медичних послуг); міжсистемний зв'язок (зв'язок між окремими типами систем чи підсистем, зокрема між закладами охорони здоров'я та державними адміністраціями; між економічною системою (фінансовою системою держави) та системою охорони здоров'я); міжінституційна комунікація (комунікація між різними соціальними інститутами, такими як держава і суспільство, суспільство та економіка, індивід і охорона здоров'я, влада та громадськість); міжорганізаційні (спілкування між різними суб'єктами охорони здоров'я, наприклад, між різними закладами охорони здоров'я на одному рівні (наприклад, первинна медична допомога) та між різними рівнями медичної допомоги;

– обґрунтовано склад та зміст елементів інформаційно-комунікаційної системи державного управління системою охорони здоров'я, зокрема: комунікаційний простір, комунікаційний процес, комунікатор, комунікатор, приймач, канали зв'язку, комунікаційні бар'єри, перевірка інформації, захист інформації та зв'язок. системи державного управління, обміну інформацією.

Викладене формує нові наукові знання щодо розширення методології управління системою охорони здоров'я та трансформації системи її об'єктів. Застосування визначених нами нормативно-правових актів є основою для формування нових ефективних механізмів державного управління.

### **Висновки до розділу 3**

Запропоновано багаторівневу структуру управління людськими ресурсами системи охорони здоров'я, яка передбачає такі рівні: 1) керівники системи охорони здоров'я; 2) керівники місцевої системи охорони здоров'я; 3) керівники закладів охорони здоров'я; 4) медичний персонал закладів охорони здоров'я. Для кожного рівня визначено предмет управління та напрями діяльності персоналу. Ці рівні визначають кадровий склад як керівництва системи охорони здоров'я різних рівнів, так і власне штат закладів охорони здоров'я, які надають медичні послуги. Предметом кадрових ресурсів в управлінні охороною здоров'я в загальному розумінні є: кадрові процеси, які відбуваються в управлінні державним охороною здоров'я на різних рівнях (національному, регіональному, місцевому). Ці кадрові процеси визначають ефективність управління як на рівні державного управління, так і на рівні управління закладами охорони здоров'я; HR процеси в закладах охорони здоров'я. Ефективність реалізації цих кадрових процесів визначає якість надання медичних послуг.

Обґрунтовано взаємозв'язок кадрового механізму державного управління охороною здоров'я з такими видами державної політики, як: педагогічна (трансформація підготовки медичних кадрів на освітні програми у галузі знань «охорона здоров'я»); кадри (розробка вимог до кадрового потенціалу системи охорони здоров'я); фінансовий (визначає порядок і систему оплати праці медичного персоналу).

У зв'язку з поточними кадровими потребами охорони здоров'я пропонується створити кадрові резерви за напрямами: 1) кадровий резерв вищих

працівників держслужби та обласних управлінь охорони здоров'я); 2) резерв управління державними та комунальними закладами охорони здоров'я (резерв кадрів, які потенційно можуть займати керівні посади в комунальних та державних закладах охорони здоров'я (головний лікар, заступник головного лікаря)); 3) кадровий резерв медичних кадрів області (резерв кадрів, здатних обіймати медичні посади в закладах охорони здоров'я за різними спеціальностями); 4) мобілізаційний кадровий резерв медичного персоналу в надзвичайних ситуаціях (кадровий резерв для мобільного формування груп медичного забезпечення в надзвичайних ситуаціях різного рівня). Для кожного етапу формування кадрового резерву визначаються суб'єкти формування та управління, а також пропонується порядок формування кожного резерву.

Вивчаючи інформаційно-комунікаційну систему державного управління системою охорони здоров'я, необхідно говорити про такі рівні та роль державного управління в їх забезпеченні: міжінституційний рівень; міжсистемний рівень; міждисциплінарний рівень: менеджмент і медицина; міжособистісний. Ці рівні інформаційно-комунікаційних зв'язків в управлінні охороною здоров'я визначають характеристики елементів інформаційно-комунікаційної системи. Важливе значення в його реалізації покладається на організаційно-інформаційні механізми здійснення державного управління.

## ВИСНОВКИ

Громадський порядок має бути побудований таким чином, щоб він регулював інтереси особи як носія індивідуального здоров'я, суспільства як носія громадського здоров'я, держави як носія національних інтересів і суб'єктів приватного фармацевтичний ринок.

Методологія управління охороною здоров'я населення має враховувати низку специфічних особливостей (інтереси більшості зацікавлених сторін, диверсифікація, взаємозалежність), на основі яких визначено низку проблем та напрямів реформування охорони здоров'я. Застосування системного підходу дозволить сформуувати інформаційну модель державного управління системою охорони здоров'я, структурними елементами якої є: 1) суб'єкти управління – згруповані за рівнем державного управління (національний, регіональний, місцевий) та сферами впливу (безпосереднього впливу (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України); непрямий вплив – органи державної влади, що регулюють суміжні галузі та сфери управління системою охорони здоров'я; 2) об'єкти державного управління, до яких належать медичні послуги за видами медичної допомоги, медична освіта, охорона здоров'я, виробництво, постачання та реалізація лікарських засобів; 3) методична дія – виявлено особливості розвитку фінансово-правових, організаційних, інформаційних, інвестиційно-інноваційних кадрів та механізмів контролю.

Для здійснення ефективних реформ системи охорони здоров'я необхідно на державному рівні визначити стратегічні напрями розвитку досліджуваної галузі та обмежити вплив змін політики. Це забезпечить повну реалізацію стратегії та уникне часткових реформ. Обґрунтовано чинники, що гальмують реформування системи охорони здоров'я в країні, зокрема: небажання центральних органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування реформувати систему охорони здоров'я, що призвело до неприйняття реформи керівництвом різних рівнів; 2) ігнорування при розробці реформи таких як національних особливостей системи охорони здоров'я та особливостей соціально-економічної системи,

поведінки населення в умовах трансформаційних змін; фрагментарне впровадження реформи та ігнорування суспільних дебатів, що значною мірою пов'язано з слабкою інформаційною складовою політики реформ; відсутність політичної стабільності в державі та протистояння правлячих політичних еліт. На основі цього визначено ключові напрями розвитку державного управління системою охорони здоров'я, зокрема: розвиток інвестиційно-інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я; трансформація фінансування охорони здоров'я; трансформація управління людськими ресурсами в охороні здоров'я. Ці сфери є найважливішими кроками у покращенні якості медичних послуг та відповідного стану здоров'я населення.

Зроблено оцінку впливу та результатів реформи охорони здоров'я. Варто зазначити, що розглянута реформа охорони здоров'я найбільше вплинула на населення України та його участь у реформі через укладання декларацій з лікарями загальної практики. Реформа найбільш ефективна у фінансуванні закладів охорони здоров'я усіх форм власності, у тому числі приватної, комунальної та державної. Цифровий матеріал дає змогу зрозуміти зміну механізмів фінансування базової медичної допомоги, державних гарантій та постачання населення ліками.

Результати статичного аналізу виявили найбільш критичні моменти для розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Особливо в останні кілька десятиліть населення України скорочується, що є негативною тенденцією, що характеризує низький рівень медичної допомоги в країні. В Україні серед інших представлених країн чоловіче населення становить понад 20491 тис. осіб, а жіноче – понад 23755 тис. осіб. Очікувана тривалість життя чоловіків при народженні становить понад 68 років (67,6), жінок – старше 77 років (77,1), очікувана тривалість здорового життя – понад 60 років для чоловіків (60,3) і понад 68 років для жінок старше 67,6 років. Материнська смертність становить понад 19%, дитяча смертність – понад 9%, неонатальна – понад 5%.

Конкретизовано напрями розвитку людських ресурсів, зокрема: визначено рівні державного управління людськими ресурсами системи охорони здоров'я;

визначено вплив різних видів державної політики на державне управління людськими ресурсами системи охорони здоров'я; порядок формування кадрових резервів системи охорони здоров'я (резерву керівних кадрів держадміністрації системи охорони здоров'я; резерву керівних кадрів закладів охорони здоров'я комунальної та державної власності; кадрового резерву медичних працівників області (лікарі, медсестри/брати, інший персонал) мобілізаційний кадровий резерв медичного персоналу на випадок невідкладної ситуації.

Встановлено, що комунікація в системі державного управління може бути частиною формування та реалізації рішень державного управління, а також суб'єктом державного управління. Уточнено структуру інформаційно-комунікаційної системи державного управління у сфері охорони здоров'я, яка має такі рівні: міжособистісне спілкування; зв'язок між системами; міжвідомче спілкування; міжпредметне спілкування. Склад і зміст елементів інформаційно-комунікаційної системи державного управління (комунікативний простір, комунікативний процес, комунікатор, приймач, канали зв'язку, комунікаційні бар'єри, перевірка інформації, захист інформаційно-комунікаційних систем державного управління, обмін інформацією) визначаються. Це формує нові наукові знання про розширення методології управління охороною здоров'я та трансформує систему її об'єктів. Комплекс організаційних положень щодо формування інформаційно-комунікаційних систем управління охороною здоров'я на таких рівнях: міжвідомчий рівень; міжсистемний рівень; міждисциплінарний рівень: менеджмент і медицина; міжособистісний. Запропоновано напрями державного регулювання організації інформаційно-комунікаційних комунікацій та сформовано механізм участі органів державного управління системою охорони здоров'я в таких комунікаціях.