

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА  
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА  
(повне найменування вищого навчального закладу)

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ  
(повне найменування інституту, факультету)

Кафедра: публічного управління та адміністрування  
(повна назва кафедри)

# МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: «Трансформація державного управління  
системою охорони здоров'я в Україні»

Виконала: студентка магістратури за  
спеціальністю 281 Публічне управління  
та адміністрування заочної форми  
навчанням

Анастасія ЛУБОВА

Керівник: завідувач кафедри публічного  
управління та адміністрування, доктор  
наук з державного управління, доцент  
Едуард ЩЕПАНСЬКИЙ

Рецензент: \_\_\_\_\_

Хмельницький – 2022 рік

## АНОТАЦІЯ

**Лубова А. О. Трансформація державного управління системою охорони здоров'я в Україні. – Рукопис.**

У магістерській роботі запропоновано розв'язання актуального наукового завдання, яке полягає в теоретичному обґрунтуванні й розробленні практичних рекомендацій щодо удосконалення механізмів державного управління системою охорони здоров'я за умов сучасної трансформації в Україні.

Удосконалено понятійно-категоріальний апарат державного управління системою охорони здоров'я через обґрунтування багатоаспектної сутності наступних понять та категорій: 1) охорона здоров'я як вид суспільної діяльності; науки та сфери державного управління; 2) громадське здоров'я як наука та сфера суспільної діяльності; 3) медична послуга на теоретичному та практичному рівнях.

Ідентифіковано властивості етапів розвитку системи охорони здоров'я за часів незалежності України, що дозволило виявити її властивості під впливом різних видів державного регулювання та втручання, повною мірою визначити стратегічні загрози та переваги реформування.

Розроблено організаційно-методологічні положення механізму формування та використання багаторівневого кадрового резерву державного управління системи охорони здоров'я, які передбачають чотири рівні кадрового резерву.

Запропоновано інвестиційно-інноваційний механізм державного управління системою охорони здоров'я, що включає в себе: 1) багаторівневий прояв держави; 2) порядок трансформації складових системи в частинні взаємодії інвестиційного та інноваційного процесів; 3) напрями розробки інноваційного продукту; 4) способи фінансового забезпечення.

**Ключові слова:** державне управління, державна політика, система охорони здоров'я, трансформація, кадровий механізм, кадровий резерв, інвестиційно-інноваційний механізм.

## SUMMARY

**Lubova A.O. Transformation of state management of the health care system in Ukraine. - Manuscript.**

The master's thesis offers a solution to an actual scientific task, which consists in theoretical substantiation and development of practical recommendations for improving the mechanisms of state management of the health care system under the conditions of modern transformation in Ukraine.

The conceptual and categorical apparatus of state management of the health care system has been improved through the justification of the multifaceted essence of the following concepts and categories: 1) health care as a type of social activity; sciences and spheres of public administration; 2) public health as a science and sphere of social activity; 3) medical service at the theoretical and practical levels.

The properties of the stages of development of the health care system during the independence of Ukraine were identified, which made it possible to identify its properties under the influence of various types of state regulation and intervention, to fully determine the strategic threats and benefits of reform.

The organizational and methodological provisions of the mechanism for the formation and use of the multi-level personnel reserve of the state administration of the health care system, which provide for four levels of the personnel reserve, have been developed.

An investment-innovation mechanism of state management of the health care system is proposed, which includes: 1) multi-level manifestation of the state; 2) the order of transformation of system components into partial interactions of investment and innovation processes; 3) areas of innovative product development; 4) methods of financial support.

**Keywords:** public administration, public policy, health care system, transformation, personnel mechanism, personnel reserve, investment and innovation mechanism.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	8
1.1. Сутність та основний зміст понятійно-категоріального апарату державного управління системою охорони здоров'я.....	8
1.2. Особливості трансформації державного управління системою охорони здоров'я в Україні.....	19
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	29
2.1. Оцінка стану здоров'я населення України .....	29
2.2. Аналіз наслідків та результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні .....	37
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	47
3.1. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я .....	47
3.2. Інвестиційно-інноваційний механізм державного управління системою охорони здоров'я .....	58
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73
ДОДАТКИ.....	81

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Стан здоров'я населення країни є ключовим чинником соціально-економічного розвитку країни, оскільки визначає стан людських ресурсів, а отже, кадровий потенціал держави, інвесторів, роботодавців та інших суб'єктів економічної діяльності. Стан здоров'я населення має особливе значення при розробці та реалізації державної політики охорони здоров'я.

Охорона здоров'я є особливою сферою державного управління, оскільки стосується здоров'я населення, яке, у свою чергу, є невід'ємною частиною людського капіталу держави; характеризує рівень економічного, соціального та екологічного розвитку держави; впливає на всі сфери суспільного життя; представляє інтереси всіх без винятку учасників суспільних відносин (осіб, компаній, держави, суб'єктів господарювання, громадських організацій тощо). Система охорони здоров'я знаходиться на стику інституційних інтересів суб'єктів формування та реалізації державної політики.

До реформ у сфері державного управління система охорони здоров'я України була досить нестабільною. Адже охорона здоров'я є невід'ємною частиною соціальної політики держави і завжди знаходиться на перетині соціальних інтересів більшості суспільства. Питання реформування системи охорони здоров'я є надзвичайно важливим напрямком державного управління та розвитку політичної системи країни в цілому. Від ефективності реформ, що проводяться, залежить розвиток національної економіки, формування суспільного консенсусу та забезпечення належного рівня національної безпеки. Викладене актуалізує науковий пошук шляхів розвитку управління системою охорони здоров'я в умовах реформування.

Значний внесок у розвиток теорії, організації та методології управління охороною здоров'я зробили вітчизняні та зарубіжні вчені, зокрема, Радиш Я.Ф., Бугайцов С.Г., Курило Т.М., Рудий В.М., Лещенко В.В., Парацич І.М., Буравльов Л.О., Васюк Н.О., Корольчук О.Л., Висоцька Т.Є., Мокрецов С.Є.

Окремі аспекти державного управління системою охорони здоров'я викладені в наукових працях А.В. Антонов, Л.В. Антонова, Н.В. Дацій, С.М. Домбровська, Д.В. Карамишев, Л.В. Сергієнко, О.Д. Крикун, С.М. Петрик, Ф.Р. Криничко та інші.

Невирішеність ряду теоретичних і практичних аспектів подальшої трансформації державного управління системою охорони здоров'я в Україні обумовили актуальність теми магістерської роботи.

**Мета та завдання роботи.** Метою магістерської роботи є обґрунтування теоретичних засад і розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення механізмів державного управління системою охорони здоров'я за умов сучасної трансформації в Україні.

Для досягнення поставленої мети в роботі були визначені та вирішені такі **завдання:**

- з'ясувати сутність та основний зміст понятійно-категоріального апарату державного управління системою охорони здоров'я;
- визначити особливості трансформації державного управління системою охорони здоров'я в Україні;
- оцінити сучасний стан здоров'я населення України;
- проаналізувати наслідки та результати реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- розробити кадровий механізм державного управління системою охорони здоров'я;
- удосконалити інвестиційно-інноваційний механізм державного управління системою охорони здоров'я.

*Об'єктом дослідження* є процес формування та реалізації механізмів державного управління системою охорони здоров'я в умовах трансформації.

*Предметом дослідження* є теоретичні, організаційні та методологічні положення формування та реалізації механізмів державного управління системою охорони здоров'я в умовах трансформації.

**Методи дослідження.** Методологічною основою дослідження є загальнофілософські та загальнонаукові методи пізнання явищ і процесів у системі державного управління. В основу розроблених теоретичних положень державного управління системою охорони здоров'я, що полягають в обґрунтуванні міждисциплінарності та ідентифікації інституційних інтересів, покладено методи індукції та дедукції, теоретичного узагальнення, аналізу та синтезу, групування, абстрагування та аналогії.

*Інформаційною базою дослідження є наукова вітчизняна і зарубіжна література з теми дослідження, нормативно-правові акти України, міжнародні правові акти, аналітичні та звітні документи.*

**Практичне значення одержаних результатів.** Основні теоретичні положення магістерської роботи доведено до рівня конкретних концептуальних і практичних висновків, пропозицій та рекомендацій щодо удосконалення механізмів державного управління системою охорони здоров'я в Україні за умов трансформації.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **1.1. Сутність та основний зміст понятійно-категоріального апарату державного управління системою охорони здоров'я**

Наукові дослідження у будь-якій галузі державного управління вимагають обґрунтування властивостей об'єкта як теоретичної основи для розробки інноваційних підходів до державного управління чи державної політики. Більшість цих властивостей впливають із сутності об'єкта. Відповідно розробка теоретичних положень державного управління системою охорони здоров'я має відбуватися у контексті розвитку понятійно-категоріального апарату. Наразі розробка понятійно-категоріального апарату у контексті розвитку теорії, організації та методології державного управління у сфері охорони здоров'я піднімалася у роботах багатьох учених, як у контексті підготовки монографічних досліджень та у зв'язку з отриманням вчених ступенів. Однак для цілей власного дослідження та з урахуванням трансформаційних процесів, що відбувалися у системі охорони здоров'я, це питання постійно актуалізується.

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

«Сама категорія «державне управління» використовується вченими для позначення двох взаємопов'язаних понять:

1) сфера зайнятості, ініціативи та види діяльності, пов'язані з формуванням та реалізацією управлінської політики за допомогою державних

та інших громадських програм та керівництва відповідними організаціями та заходами;

2) академічна галузь, що займається вивченням, удосконаленням та підготовкою кадрів у сфері діяльності» [54].

У контексті об'єктно-предметного поля нашого дослідження – державне управління системою охорони здоров'я, основними складовими понятійно-категоріального апарату будуть: державне управління системою охорони здоров'я, охорона здоров'я, громадське здоров'я, медична послуга. Ці поняття взаємопов'язані й у деяких випадках впливають одне з одного. Розглянемо кожне поняття в контексті їх визначення у науковій та довідковій літературі (Додаток А).

Система охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я є особливим об'єктом державного управління через її важливість у забезпеченні життєдіяльності суспільства. У той самий час дана галузь державного управління має суттєві відмінності від інших, оскільки пов'язані з здоров'ям людини і здоров'ям населення загалом. Сфера охорони здоров'я пов'язана з виконанням державою соціальної функції, з одного боку, та забезпеченням безпеки, з іншого. Крім того, система охорони здоров'я перебуває на перетині інтересів різних соціальних інститутів та інститутів, що визначає необхідність їх регулювання при виробленні державно-управлінських рішень та формуванні державної політики. Адже це дозволить уникнути конфлікту інтересів та встановити соціальний консенсус у суспільстві.

«Специфіка управління в охороні здоров'я обумовлена, насамперед, тим, що це особлива сфера, яка суттєво відрізняється від інших видів діяльності. Установи охорони здоров'я мають особливі характеристики, які потребують модифікації загальних принципів управління чи зміни акцентів. По-перше, результатом діяльності медичного закладу є послуга, що визначає характер взаємодії зі споживачами - безпосередній контакт та залучення їх до процесу надання послуги. Це, своєю чергою, виявляється у багатоваріантних методах

управління, застосовуваних у охороні здоров'я. По-друге, медичні послуги відносяться до соціальних послуг» [28, с. 97].

Відповідно, з метою формування теоретичної бази розвитку державного управління потенціалом системи охорони здоров'я України необхідно обґрунтувати сутність зазначеного поняття та встановити його властивості та взаємодію з іншими спорідненими поняттями та категоріями. Складність формування визначення «охорона здоров'я» («система охорони здоров'я») пов'язана з перетином різних соціальних та медичних наук, зокрема:

- медичні науки, як система знань про збереження здоров'я людини, профілактику та лікування;
- економічні науки – формування ринку надання медичних послуг державними та приватними закладами охорони здоров'я, фінансування медицини, медичних послуг як соціально-економічної категорії та інші економічні аспекти;
- соціологічні науки з погляду досліджень громадського здоров'я;
- правової з погляду формування правового регулювання системи охорони здоров'я.

Сама наука державного управління при формуванні визначення категорії «охорона здоров'я» («система охорони здоров'я») має враховувати всі аспекти, оскільки державне управління потенціалом системи охорони здоров'я держави охоплює всі ці властивості об'єкту дослідження.

Аналізуючи наукову та довідкову літературу, було виявлено такі підходи до сутності охорони здоров'я:

- охорона здоров'я як галузь державної діяльності. Цей підхід підтримує Опалько В.В. наголошуючи, що «охорона здоров'я є галуззю державної діяльності, метою якої є організація та надання доступної медичної допомоги населенню. Охорона здоров'я є ключовим елементом національної безпеки держави» [38]. Згідно з зазначеним визначенням, система охорони здоров'я розглядається як галузь діяльності держави в контексті надання медичної

допомоги, яка забезпечує національну безпеку держави. У цьому контексті Б. Дурманов розглядає систему охорони здоров'я, пропонуючи таке визначення: «охорона здоров'я – це галузь економіки держави, що включає виробництво товарів і послуг, спрямованих на поліпшення та розвиток здоров'я громадян» [14]. Особливість даного трактування у тому, що автор розглядає охорону здоров'я як галузь економіки. З цим визначенням можна погодитись лише частково, оскільки економічний аспект охорони здоров'я надто вузький і не характеризує всієї специфіки систем охорони здоров'я. Янова В.В. та Лесніченко Е.Н. вони ж розглядають охорону здоров'я як галузь, але не економіки та держави, а як галузь сфери послуг.

- охорона здоров'я як система заходів. У цьому напрямі зміст охорони здоров'я розглядав Ю.П. Лисицин, який зазначає таке: «Охорона здоров'я є система громадських та державних соціальних, економічних та медичних заходів, які забезпечують високий рівень охорони та зміцнення здоров'я людей». Таким чином, автор вважає, що такі заходи забезпечуються як державою через систему державного управління, так і громадськістю. У свою чергу такі заходи мають як соціально-економічний, так і медичний характер, що визначає властивості системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління. Булець С.Б. вважає, що «охорона здоров'я – це система державних та соціальних заходів, спрямованих на охорону здоров'я, профілактику та лікування захворювань та забезпечення довголіття людини» [7]. Визначення аналогічне, але автор не характеризує таких заходів, зазначаючи, що вони спрямовані на охорону здоров'я, профілактику та лікування захворювань;

- охорона здоров'я як медицина. Такого підходу дотримується К.І. Вінслоу, який вважає, що «охорона здоров'я не є синонімом медицини, а є одним з основних факторів та критеріїв прогресу у розвитку суспільства, оскільки практично немає сфери діяльності, яка так чи інакше не впливає на здоров'я людей» [60]. У свою чергу, варто підкреслити, що автор підкреслює

важливість охорони здоров'я як критерію розвитку суспільства. Різноманітність підходів до сутності охорони здоров'я можна пояснити так:

- об'єктно-предметне поле дослідження. Так, залежно від об'єкта та предмета дослідження вчені надають охороні здоров'я ті чи інші властивості, що в результаті полягає в їх розумінні сенсу згаданого поняття;

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

- міждисциплінарний характер охорони здоров'я визначає той факт, що охороні здоров'я властиві різні галузі науки (економіка, право, медицина, соціологія, державне управління та ін.). Залежно від галузі науки визначається і зміст поняття;

- методологія дослідження. При вивченні будь-якого об'єкта дослідник вибирає той чи інший набір методів, зазвичай вибір таких методів має суб'єктивний характер, що дозволяє зробити висновки про зміст охорони здоров'я.

Ми вважаємо, що зміст поняття «охорона здоров'я» має враховувати всі зазначені підходи, щоб включити до нього більшість властивостей як об'єкта впливу державно-управлінських рішень. Свій комплексний підхід до сутності охорони здоров'я ми подаємо нижче в контексті встановлення сутності інших родинних понять.

Громадське здоров'я.

«Одним з найважливіших досягнень науки XIX–XX ст. стало вироблення уявлення про громадське (суспільне) здоров'я, як сукупність здоров'я всіх членів суспільства. У той час як історія вчення про індивідуальне здоров'я нараховує майже дві тисячі років, беручи свій початок від медицини Древньої Греції і Древнього Риму, концепція суспільного здоров'я існує приблизно два століття. Її виникнення зв'язане з Великою французькою революцією і деякими іншими подіями кінця XVIII - початку XIX століття» [10].

«Питання забезпечення здоров'я населення є одним із найважливіших питань державної соціальної політики у всіх розвинених країнах світу. Йому приділяється значна увага в європейській та світовій практиці у галузі охорони здоров'я. Таким чином, нова європейська політика охорони здоров'я вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, вдосконалення політики охорони здоров'я, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритетного надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні фактори ризику. Основи політики Здоров'я-2020 включають чотири пріоритетні напрямки стратегічних дій, серед яких слід виділити зміцнення систем охорони здоров'я, які мають бути орієнтовані на людину, потенціал системи громадської охорони здоров'я, готовність до надзвичайних ситуацій, епіднадгляд та реагування, підвищення «сили» місцевих спільнот та створення підтримуючого середовища» [37, с. 58].

Громадське здоров'я як наука та практична діяльність отримали більший розвиток у західних країнах. В Україні це поняття почало поширюватися не так давно. У зв'язку з цим вивчено підхід до змісту поняття «громадське здоров'я» у роботах зарубіжних учених.

- Хелінгберг Б (Hallingberg B.) вважає, що «громадське здоров'я є важливим атрибутом суспільного життя та структурною умовою відтворення соціально-біологічної детермінації суспільства, що дозволяє аналізувати антропоцентричну цінність людини в конкретних історичних умовах та фізіологічній структурі» [59] ;

- Фрейдсон Е. (Freidson Elliott) пропонує розглядати громадське здоров'я «як об'єктивний фактор самореалізації індивідів у суспільстві, а отже, і один із параметрів якості життя індивідів та соціальних груп» [58];

- Вінслоу Ч.Е.А. (Winslow Charles-Edward Amory), зазначає, що «громадське здоров'я (англ. Public health) - це наука і практика попередження хвороб, збільшення тривалості життя та зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства» [61].

Таким чином, громадське здоров'я можна розглядати як зі статичної, так і динамічної точки зору. З одного боку, це стан здоров'я суспільства, з другого - процес забезпечення та вивчення здоров'я суспільства. У ряді випадків громадське здоров'я сприймається як наука, вивчає здоров'я нашого суспільства та механізми його підтримки.

Медична послуга.

Медична послуга за своєю природою та змістом має економічну сутність, але в технологічному відношенні вона все ж таки впливає з медицини. Якщо розглядати медичну службу з погляду державного управління, необхідно враховувати всі можливі підходи. Янова В.В., Лесниченко Е.Н. вважають, що «Дискусія про природу та сутність медичної послуги як соціально-економічної категорії перебувала у центрі теоретичної та практичної розробки проблем ефективного розвитку системи охорони здоров'я. Тим часом, з розвитком економічної науки ускладнювалися та розвивалися погляди економістів на сутність медичної послуги та визначення медичної послуги як соціально-економічної категорії» [57, с. 33]. Зарубіжна дослідниця проблем громадського здоров'я Крестьянинова О.Г. наголошує, що «Медичні послуги мають особливий статус. Їх кількість та якість, доступність і технологічність, а також інші характеристики визначають рівень життя населення, впливають на стан здоров'я, якість та тривалість життя людей» [25].

Власне, щодо визначення медичної послуги у науковій та довідковій літературі існують такі підходи:

- по-перше, комплекс професійних послуг з оплатою праці. Такий підхід підтримує Б. Дурманов, який пропонує таке визначення даного поняття: «медична послуга – це сукупність відплатних послуг, що надаються персоналом медичного закладу при наданні медичної допомоги хворому у певній клінічній ситуації з використанням певних медичних технологій, незалежно від механізмів і методів оплати, що використовуються» [14].

- по-друге, сукупність відносин та взаємодій між суб'єктами. Так, Янова В.В., Лесниченко Е.Н. підкреслюють, що медична послуга є економічною категорією, що «виражає економічні та соціальні відносини з приводу задоволення потреб у збереженні життя та здоров'я населення» [57].

- по-третє, правомірні дії. Цей напрямок характеризує медичну послугу як сукупність дій, дозволених системою медичного права та спрямованих на забезпечення здоров'я людини. Думка А.А. Раменської досить дискусійна у цьому напрямі трактування медичних послуг. Так, автор розуміє це поняття так: «сукупність правомірних дій, що здійснюються медичними працівниками державних (муніципальних) закладів охорони здоров'я або приватних медичних організацій, спрямованих на оздоровлення та одужання хворого та здійснюваних на безоплатній основі».

- по-четверте, медичне втручання відповідно до умов договору. Так, вітчизняні вчені А.О. Гаврилюк, Р.Г. Жарлінська, Г.В. Даценко вважають, що «медична послуга – це медичне втручання чи сукупність медичних втручань, визначених договором чи законом, вкладених у профілактику, діагностику та лікування захворювань, медичну реабілітацію і мають самостійне кінцеве значення» [9].

- по-п'яте, послуги лікувально-профілактичного характеру. Російський учений В. Пашков вважає, що «медична послуга – це послуга лікувально-профілактичного характеру, основою якої є надання медичної допомоги відповідно до медичних стандартів, що діють, підкріплене системою конкурентних переваг» [40]. При цьому автор визначає поняття медичної допомоги: «діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку із захворюваннями, травмами, отруєннями та патологічними станами, а також у зв'язку із вагітністю та пологами» [40].

Загалом, говорячи про медичні послуги та їхню сутність, варто враховувати їх властивості. Серед зарубіжних вчених Л.З. Бурунбаєва

характеризує медичні послуги як вид суспільного блага. Так, дослідниця виділяє такі характеристики:

- «- обмеження принципу виключення із споживання;
- неподільність, тобто надання цих благ окремим особам часто неможливе;
- складність нормування;
- проблема вираження у грошовій вартості;
- неможливість демонстрації;
- незбереження;
- невіддільність від джерела;
- невідчутність».

Загалом вважаємо, що з метою розробки заходів щодо вдосконалення державного управління системою охорони здоров'я необхідно враховувати різні позиції та формувати підходи, які б відповідали теорії та сучасній практиці державного управління. Відповідно ми пропонуємо наступну модель розвитку понятійно-категоріального апарату державного управління системою охорони здоров'я (рис. 1.1).

Таким чином, вивчення наукової та довідкової літератури дозволило сформулювати модель розвитку понятійно-категоріального апарату державного управління системою охорони здоров'я, яка передбачає такі комплексні підходи до змісту наступних категорій та понять. :

#### 1. Охорона здоров'я

- як вид суспільної діяльності: сукупність видів діяльності та ресурсів у сферах матеріального та нематеріального виробництва, які в сукупності складають медичну послугу на платній або безоплатній основі для забезпечення здоров'я особи та здоров'я населення загалом через профілактику, лікування, підтримання та формування умов безпечної життєдіяльності суспільства, що здійснюються державними та/або приватними організаціями;



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

Рис. 1.1. Розвиток понятійно-категоріального апарату державного управління державного управління системою охорони здоров'я

- як наука: система знань про заходи медичного, управлінського, економічного, правового, соціального, інформаційного характеру щодо забезпечення здоров'я особи та здоров'я населення загалом;

- як сфера державного управління: це сфера державного управління, що регулює організацію, здійснення та формування ресурсів для забезпечення заходів у сферах матеріального та нематеріального виробництва, які в сукупності складають медичну послугу на платній або безоплатній основі забезпечення здоров'я особи та здоров'я населення загалом шляхом профілактики, лікування та формування умов для безпечної життєдіяльності суспільства.

## 2. Громадське здоров'я:

- як наука: система знань про профілактику хвороб населення, інструментарій вивчення стану здоров'я населення та факторів, що впливають на нього, формування профілактичних заходів та напрямів розвитку охорони здоров'я та ресурсів підвищення її якості;

- як сфера соціальної діяльності: комплекс заходів щодо вивчення стану здоров'я суспільства, факторів, що впливають на нього, та формування заходів щодо підвищення якості та тривалості життя населення.

## 3. Медична послуга:

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

- практичний підхід: послуга, що полягає у правовідносинах особи з установами охорони здоров'я з питань профілактики, лікування (медичної допомоги) та надання медичних послуг, спрямованих на забезпечення здоров'я людини.

Як об'єкт державного управління медичну послугу слід розглядати як: по-перше, як державну послугу, що реалізується державними установами охорони

здоров'я; по-друге, об'єкт державного регулювання щодо забезпечення здоров'я людини та здоров'я населення в цілому.

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

Система охорони здоров'я України є досить мінливою галуззю державного управління до проведення реформ. Це пов'язано з тим, що охорона здоров'я є складовою соціальної політики держави і завжди перебуває на перетині соціальних інтересів більшості членів суспільства. «Охорона здоров'я є найважливішою сферою діяльності для благополучного та успішного розвитку будь-якої країни та територіального утворення. Від організаційної, фінансово-економічної, кадрової готовності до забезпечення високоякісної та доступної медичної допомоги населенню» [18, с. 31]. Відповідно, політичні еліти, щоб зберегти свій авторитет та місце на політичній арені, зазвичай приділяють цьому питанню значну увагу. Зазвичай зі зміною політичної влади країни вироблялися нові підходи до реформування системи охорони здоров'я. Для розробки науково обґрунтованих напрямків розвитку системи охорони здоров'я необхідна оцінка існуючих програм, стратегій та концепцій розвитку охорони здоров'я, які розроблялися міжнародними, громадськими, аналітичними організаціями та органами центральної виконавчої влади чи органів місцевого самоврядування. Загалом це дозволить оцінити наслідки реформ та визначити напрями розвитку науки державного управління та сформулювати інноваційні підходи до реформування системи охорони здоров'я України.

Питання оцінки напрямів розвитку системи охорони здоров'я порушувалося у наукових працях вітчизняних науковців, зокрема: В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченка, О.Д. Барзилович, В.М. Пашков, С.В. Петрова, О. Фірсова, О. Заглада, Н. Кризіна та інші.

Питання реформування системи охорони здоров'я для України не нове і завжди актуалізується в умовах зміни політичних еліт. Значна увага приділяється незадоволеності системою охорони здоров'я більшості членів суспільства. «Для успішної реалізації перетворень системи медичної допомоги в Україні вкрай потрібне формування політики, заснованої на послідовній, виваженій, узгоджено прийнятій стратегії реформування охорони здоров'я; розробка адекватного нормативно-правового забезпечення, збалансованого із конституційних норм; застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проектний підхід; постійний моніторинг та оцінка для оперативного реагування на виклики та ризики, що виникають у процесі реформування, а також ретельне навчання керівників та співробітників фінансово-економічних підрозділів органів та установ охорони здоров'я працювати у нових фінансово-економічних умовах» [29, с. 8].

Вітчизняний вчений Костюк В.С. з цього приводу вказує наступне: «наразі станом охорони здоров'я в Україні 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 належну якість, необхідний рівень профілактики захворювань, зниження смертності та збільшення тривалості життя населення. Медична реформа не тільки назріла, а й перезріла. Реалізація прав людини на якісні медичні послуги визначає напрямок державної політики в Україні щодо реформування існуючої системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі. Реалізації цього завдання сприятиме аналізу досвіду організації медичної сфери в країнах, системи охорони здоров'я яких визнані успішними. Руйнація системи охорони здоров'я Семашка (бюджетне утримання медичної інфраструктури) в Україні дає нашій державі унікальний шанс створити нову модель, яка буде побудована на сучасних досягненнях та

враховуватиме позитивний досвід організації охорони здоров'я у світовій спільноті» [24, с. 39].

Цікавою є позиція Л.З. Буранбаєвої щодо причин повільних темпів реформування системи охорони здоров'я у багатьох регіонах світу, особливо у країнах пострадянського простору: «Реформа охорони здоров'я здійснюється вкрай повільно. Є значні проблеми в реструктуризації даної сфери. Низькі темпи структурних перетворень у системі охорони здоров'я обумовлені значною мірою недосконалістю системи управління - передусім її роздробленістю, ослабленням функцій стратегічного та поточного планування, недостатнім розвитком координації механізмів різних суб'єктів управління. Муніципалізація охорони здоров'я значно зменшила можливості побудови раціональної системи охорони здоров'я. Кожне муніципальне утворення буде своєю замкнутою системою охорони здоров'я. За політичними мотивами місцеві органи влади мають тенденцію утримувати надмірну кількість медичних установ та підприємств, а не співпрацювати з іншими муніципальними утвореннями. Фінансування окремих муніципальних підприємств та установ, неможливість перерозподілу фінансових ресурсів призводять до нераціонального їх використання. Часто приймаються рішення, що суперечать регіональній стратегії розвитку охорони здоров'я (наприклад, про перерозподіл частини обсягу стаціонарної допомоги на амбулаторно-поліклінічне відділення, реструктуризації ліжкового фонду та ін.) [4]. Таким чином, найважливішою проблемою системи охорони здоров'я автор вважає управління, саме систему державного управління, від вдосконалення якої залежить, з одного боку, реальна ефективність реалізації реформ, з другого - результативність інших систем у суспільному розвитку.

Багато вітчизняних науковців, які працювали в таких галузях науки, як: медицина, економіка, право, соціологія, державне управління, порушували питання про реформування системи охорони здоров'я та наслідки реформ, що проводяться в Україні. Щоб їх оцінити, розглянемо думку вчених та

проаналізуємо найважливіші сучасні стратегії та програми реформування системи охорони здоров'я України.

Етапи реформування системи охорони здоров'я України.

Вітчизняні дослідники В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський зазначають, що «у всіх пострадянських країнах, у тому числі й в Україні, у системах охорони здоров'я розпочалися перетворення, які стосувалися реорганізації організації, фінансування та надання медичних послуг. У дослідженні Європейського регіонального бюро ВООЗ та Європейської обсерваторії з систем та політики охорони здоров'я, процеси трансформації, що відбувалися протягом двох десятиліть у системах охорони здоров'я 12 пострадянських країн (Вірменія, Азербайджан, Білорусь, Грузія, Казахстан, Киргизстан, Республіка Молдова) Російська Федерація, Таджикистан, Туркменістан, Україна та Узбекистан), і встановлено, що перетворення відбувалися у всіх країнах, але темпи, зміст та ефективність змін у охороні здоров'я в різних країнах суттєво відрізнялися» [29, с. 5]. Загалом, погоджуючись із вченими, представимо їх підходи до реформування системи охорони здоров'я України на наступних етапах: 1) 1991–2000 рр.; 2) 2000–2010 рр.; 3) 2010–2013 рр. 4) з 2014 р. до теперішнього часу (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Періодизація процесів реформування системи охорони здоров'я України за

В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський [29]

Сутність	Характеристика
	1991–2000 рр.
в перше десятиріччя після проголошення незалежності реформи в системі охорони практично не проводилися	зусилля уряду України і Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), як центрального виконавчого органу влади в сфері охорони здоров'я були спрямовані на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я і збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою
	2000–2010 рр.
визначення основних напрямків та механізмів реформування СОЗ	1) пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я (запровадження добровільного медичного страхування, створення лікарняних кас – громадських неурядових об'єднань громадян для добровільної солідарної участі населення у додатковому фінансуванні охорони здоров'я);

	<p>2) запровадженням нових методів фінансування на рівні первинної ланки;</p> <p>3) автономізація постачальників медичних послуг;</p> <p>4) структурно-функціональні перетворення в системі медичної допомоги, в т.ч. реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;</p> <p>5) розвиток стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги;</p> <p>6) регіоналізація родопомічної допомоги, а також комплекс підходів, спрямованих на поліпшення якості медичного обслуговування</p>
2010–2013 рр.	
проведення масштабної реформи СОЗ в пілотних регіонах	<p>Реалізовані пілотні проекти щодо комплексного реформування системи охорони здоров'я, найбільш ефективні із яких:</p> <p>1) розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку ПМД на засадах загальної практики – сімейної медицини, створення центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості;</p> <p>2) об'єднання (пулінгу) фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні;</p> <p>3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що відповідають важкості і складності захворювання, та створення лікарень інтенсивного лікування як провідних закладів госпітальних округів;</p> <p>4) впровадження оплати праці за обсяги та якість роботи;</p> <p>5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації.</p>
2014 р. і до теперішнього часу	
Комплексне реформування системи охорони здоров'я – розпочався після певної паузи, яка була обумовлена необхідністю вироблення новим урядом підходів до реформування галузі	<p>1) удосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань з включенням серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації – повного або часткового відшкодування вартості ліків;</p> <p>2) запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції;</p> <p>3) дозволено урядом фінансування ЗОЗ одночасно з державного та місцевого бюджетів та/або одночасно з різних бюджетів;</p> <p>4) впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги;</p> <p>5) пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг;</p> <p>6) перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах;</p> <p>7) автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я.</p>

Примітка. Сформовано автором.

Зазначений підхід до періодизації реформування системи охорони здоров'я країни свідчить про те, що реформи охопили такі складові цієї сфери державного управління:

- організація медичної допомоги шляхом: диференціації первинної та вторинної медичної допомоги; маршрутизація пацієнтів; розроблення гарантованого державою пакету медичної допомоги; впровадження системи лікарського забезпечення та інше;

- організація управління закладами охорони здоров'я: автоматизація постачальників медичних послуг; запровадження оплати за обсяг та якість роботи; стратегічні закупівлі медичних послуг на договірній основі;

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

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

А.Д. Барзилович [4] пропонує виділити 4 етапи реформування системи охорони здоров'я у незалежній Україні, для кожного з яких виділяє комплекс нормативно-правових актів та дає характеристику. Варто зазначити, що періодизація реформ суттєво відрізняється від запропонованої авторами вище. Підхід А.Д. Барзиловича подано у таблиці 1.2.

Таким чином, кожен етап реформування системи охорони здоров'я характеризується зміною наступних компонентів:

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

- соціальні - визначаються напрями розвитку соціальної політики у сфері охорони здоров'я та формування напрямів надання медичної допомоги всім верствам населення, незалежно від соціального стану, місця проживання тощо;

Таблиця 1.2

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

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

Примітка. Систематизовано автором.

- правові - напрями правового регулювання функціонування державних установ охорони здоров'я та ринку приватної медицини у всіх галузях медицини;

- організаційні – визначається порядок надання медичної допомоги на всіх рівнях та напрями організації системи фінансування медичної допомоги.

Кринична І.П. досліджуючи історичні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні, робить такі висновки: «За роки незалежності України значно скоротилося державне фінансування безоплатної медичної допомоги населенню. Розрахунок динаміки цін на різні види видатків на охорону здоров'я показує, що обсяг державного фінансування з 1991 по 2001 р. скоротився на 2/3, що дало підстави деяким авторам і політикам звинувачувати уряд держави в нездатності вирішувати соціальні питання, проте справедливо зазначити, що безкоштовне медичне обслуговування в СРСР мало обмежений характер, оскільки «багато передових медичних технологій або не застосовувалися, або були доступні лише певній категорії населення» [27, с. 21].

У 2010 р. Національний інститут стратегічних досліджень розробив аналітичну записку «Про пріоритетні напрямки вдосконалення вітчизняної сфери охорони здоров'я» [56]. У зазначеному документі обґрунтовано переваги та недоліки різних сценаріїв реформування системи охорони здоров'я (табл. 1.3). Так, у цьому документі зазначено, що «Незважаючи на те, що дискусія про впровадження ОСМС в Україні ведеться як мінімум останні дев'ятнадцять років, у зв'язку з чим неодноразово розроблялися відповідні законопроекти, серед науковців, державних службовців, законодавців, роботодавці, профспілки, представники медичного спільноти та пересічні громадяни досі не мають єдиної думки щодо остаточного спрямування розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, бачення шляхів її фінансування, необхідності, можливості та форми впровадження страхової медицини» [56].

Таблиця 1.3

## Переваги та недоліки сценаріїв перетворень у СОЗ в Україні [56]

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

Примітка. Систематизовано автором.

За результатами дослідження визначено етапи реформування системи охорони здоров'я України, які виділяють вітчизняні вчені, а також уточнено напрями, які вони пропонують для вдосконалення. Загалом ми вважаємо, що для впровадження ефективних систем охорони здоров'я необхідно визначити стратегічні напрями розвитку галузі, що досліджується, на державному рівні, обмежуючи вплив політичних змін. Це забезпечить повну реалізацію стратегії та дозволить уникнути фрагментарних реформ.

## РОЗДІЛ 2

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

#### 2.1. Оцінка стану здоров'я населення України

Стан здоров'я населення будь-якої країни є ключовим фактором соціально-економічного розвитку країни, оскільки визначає стан людських ресурсів, а отже, і кадрового потенціалу для держави, інвесторів, роботодавців та інших учасників господарських відносин. Особливого значення набуває стан здоров'я населення при формуванні та розвитку державної політики у галузі охорони здоров'я. «Система охорони здоров'я регіону — одна з основоположних складових регіональної соціально-економічної політики, сукупність галузей, що характеризуються стійкими економічними, організаційно-технічними та технологічними зв'язками між суб'єктами системи, спрямованими на поліпшення відтворення населення. Система охорони здоров'я регіону є територіальним об'єднанням суб'єктів надання окремих видів медичних послуг на основі встановлення економічних, соціальних, фінансових, правових відносин між собою та з органами державного управління. Вдосконалення управління охороною здоров'я має бути спрямоване на забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я в регіонах та реалізацію соціально-економічної політики регіонів». Все перераховане вище актуалізує статичний аналіз стану здоров'я населення України в порівнянні зі світовими показниками.

Питання дослідження стану здоров'я населення лежить в основі наукових досліджень, присвячених удосконаленню державного управління у сфері охорони здоров'я: Радиш Я.Ф., Бугайцов С.Г., Ярош Н.П., Рингач Н.О, Банчук М.В., Клименко О.В., Надюк З.О., Курило Т.М., Рудий В.М., Мартинюк О.І., Лещенко В.В., Паращич І.М., Буравльов Л.О., Бедрик І.О., Ляховченко Л.А., Торбас О.М., Васюк Н.О., Корольчук О.Л., Висоцька Т.Є., Білоус І.В., Дудка

В.В., Кузьмінський П.Й., Жилка К.І., Фірсова О.Д., Кризина Н.П., Мокрецов С.Є., Коваленко Т.Ю., Білинська М.М., Джафарова Д.М., Фуртак І.І.

Особливо актуальними на сьогоднішній день напрямками оцінки здоров'я населення є: чисельність населення, очікувана тривалість життя при народженні, очікувана тривалість здорового життя, оцінка материнської та дитячої смертності, захворюваність населення на вірусні захворювання.

Дослідження у зазначених напрямках характерне з позицій оцінки стану здоров'я у світі у розрізі регіонів та України та її найближчих сусідів.

Стан здоров'я населення світу у регіонах Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я щорічно оприлюднює звіт зі статистикою здоров'я у країнах світу. Важливими показниками, що містяться у звіті, є чисельність населення та очікувана тривалість життя, подані у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

## Стан здоров'я населення світу за регіонами

Регіон ВООЗ	Загальна чисельність населення (тис. осіб.) (2018 р.)			Очікувана тривалість життя при народженні (2016 р.)			Очікувана тривалість здорового життя (2016 р.)		
	ч	ж	разом	ч	ж	разом	ч	ж	разом
Африканський регіон	530907	532833	1063740	59.6	62.7	61.2	52.6	54.9	53.8
Регіон країн Америки	493 940	507706	1001646	73.8	79.8	76.8	65.5	69.6	67.5
Регіон Південно-Східної Азії	1016068	966171	1982239	67.9	71.3	69.5	59.5	61.3	60.4
Європейський регіон	449315	477596	926911	74.2	80.8	77.5	66.1	70.7	68.4
Регіон Східного Середземномор'я	360913	338106	699019	67.7	70.7	69.1	59.1	60.4	59.7
Регіон Західної частини Тихого Океану	978281	942859	1921140	75.0	78.9	76.9	67.7	70.0	68.9
Весь Світ	3829425	3765271	7594696	69.8	74.2	72.0	62.0	64.8	63.3

Примітка. Складено автором.

Отже, дані наведені в табл. 2.1 дозволяють розподілити загальну чисельність чоловічого та жіночого населення по регіонах таким чином:

- у Африканському регіоні чисельність чоловічого населення становить близько 530907 тис. осіб, а жіночого - 532833 тис. осіб. Очікувана тривалість життя при народженні становить понад 60 років для чоловіків (59,6) та більше 63 років для жінок (62,7). Очікувана тривалість здорового життя у чоловіків понад 53 роки (52,6), у жінок понад 55 років (54,9);

- У регіонах Американських країн чоловіче населення становить близько 493940000 осіб, а жіноче - близько 507706000 осіб. Очікувана тривалість життя при народженні у чоловіків становить понад 74 роки (73,8), у жінок – понад 80 років (76,8). Очікувана тривалість здорового життя у чоловіків досягає понад 66 років (65,5), у жінок понад 70 років (69,6);

- у регіоні Південно-Східної Азії чоловіче населення найбільше серед представлених країн і дорівнює 1016068 тисяч осіб, жіноче населення також найвище серед усіх країн і становить близько 966171 тисячі осіб. Очікувана тривалість життя при народженні у чоловіків становить понад 68 років (67,9), у жінок – понад 71 рік (71,3). Очікувана тривалість здорового життя у чоловіків становить понад 60 років (59,5), у жінок – понад 61 рік (61,3);

- у Європейському регіоні чисельність чоловічого населення становить близько 449315 тис. осіб, а жіночого – близько 477596 тис. осіб. Очікувана тривалість життя при народженні у чоловіків становить понад 74 роки (74,2), у жінок – понад 78 років (77,5). Очікувана тривалість здорового життя у чоловіків понад 66 років (66,1), у жінок понад 71 рік (70,7);

- у районі Східного Середземномор'я чоловіче населення становить близько 360 913 тисяч, а жіноче - близько 338 106 тисяч осіб. Очікувана тривалість життя при народженні у чоловіків становить понад 68 років (67,7), у жінок – понад 71 рік (70,7). Очікувана тривалість здорового життя у чоловіків понад 59 років (59,1), у жінок понад 60 років (60,4);

- У районі Західної частини Тихого океану чисельність чоловічого населення становить близько 978281 тис. осіб, жіночого - близько 942859 тис. осіб. Очікувана тривалість життя при народженні у чоловіків становить понад 75 років (75,0), у жінок – понад 79 років (78,9). Очікувана тривалість здорового життя у чоловіків становить понад 68 років (67,7), у жінок – понад 69 років (68,9).

Оцінка материнської та дитячої смертності Світовим Банком у регіонах ВООЗ у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

## Оцінка смертності населення в регіонах ВООЗ

Країна	Коефіцієнт материнської смертності (На 100000 живонароджених) (2017 р.)	Частка пологової допомоги кваліфікованими медичними працівниками (%) (2010–2019 рр.)	Коефіцієнт смертності серед дітей у віці до 5 років (на 1000 живонароджених) (2018 р.)	Коефіцієнт неонатальної смертності (На 1000 живонароджених) (2018 р.)
Африканський регіон	525	-	76	27
Регіон країн Америки	57	-	14	7
Регіон Південно-Східної Азії	152	-	34	20
Європейський регіон	13	-	9	5
Регіон Східного Середземномор'я	164	-	47	26
Регіон Західної частини Тихого океану	41	-	12	6
Весь Світ	211	81	39	18

Джерело: сформовано автором на основі [30].

З вищевикладеного (табл. 2.2) можна зробити такі висновки:

- Африканський регіон має найвищий коефіцієнт материнської смертності серед решти регіону та коефіцієнт смертності дітей до 5 років, який становить 525% та 76% відповідно. Показник неонатальної смертності у цьому регіоні становить 27%;

- у регіоні країн Америки коефіцієнт материнської смертності та коефіцієнт смертності серед дітей віком до 5 років становлять 57% та 14% відповідно. Коефіцієнт неонатальної смертності у цьому регіоні становить 7%;

- у регіоні Південно-Східної Азії коефіцієнт материнської смертності та коефіцієнт смертності серед дітей віком до 5 років становлять 152% та 34% відповідно. Коефіцієнт неонатальної смертності у цьому регіоні становить 20%;

- у регіоні Східного Середземномор'я коефіцієнт материнської смертності та коефіцієнт смертності серед дітей віком до 5 років становлять 164% та 47% відповідно. Рівень неонатальної смертності у цьому регіоні становить 26%;

- в районі Західної частини Тихого Океану коефіцієнт материнської смертності та коефіцієнт смертності дітей віком до 5 років становлять 152% та 34% відповідно. Рівень неонатальної смертності у цьому регіоні становить 20%;

- у Європейському регіоні коефіцієнт материнської смертності та коефіцієнт смертності дітей віком до 5 років найнижчі серед інших регіонів і становлять 41% та 12% відповідно. Коефіцієнт неонатальної смертності у цьому регіоні становить 6%.

Стан здоров'я населення України.

Питання здоров'я населення України важливе з погляду її економічної стабільності, інвестиційної привабливості та встановлення соціального консенсусу. У 2019 року було проведено всеукраїнське дослідження індексу здоров'я населення України, за результатами якого було опитано 10 000 респондентів. Далі наведемо основні результати опитування населення:

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

– За результатами опитування цього року показники охоплення населення базовими профілактичними оглядами загалом показують зростання. Зазначається збільшення кількості звернень на флюорографію (з 55,0% у 2018р. до 57,3% у 2019р.) та кардіограму (з 42,2% у 2018р. до 44,4% у 2019р.). Флюорографія залишається найпоширенішим видом профілактичного огляду; за рік до неї вдавалися більше половини дорослого населення.

- Понад 80% респондентів, які мають дітей до 18 років та володіють інформацією про стан їхнього здоров'я, позитивно ставляться до вакцинації. Крім того, дані дослідження показують позитивну динаміку ставлення населення до вакцинації дітей: у 2016 р. за вакцинацію виступали 70,9%, у 2017 р. – 73,4%, у 2018 р. – 74,5%, у 2019 р. - 80,4%.

- 45,4% опитаних дорослих займаються самолікуванням у разі захворювання (лікарськими препаратами користуються 31,7%, ще 13,7% лікуються народними засобами). Для більш ніж третини населення (37,4 %) звернення до медичного працівника є типовою поведінкою у разі хвороби: 27 % звикли звертатися до сімейного/дільничного лікаря, 3,7% звертаються безпосередньо до вузького фахівця, 2,6% мають лікарів серед родичів, друзів чи знайомих, 2,9% викликають швидку допомогу, а 1,2% одразу звертаються до лікарні.

- Хоча загальна частка прихильників самолікування залишається практично незмінною (близько 45–47%), порівняно з результатами попередніх опитувань, спостерігається поступове збільшення частки тих, хто звертається за допомогою до медичного працівника у разі захворюваності (з 29,0% у 2017 році). до 33,8% у 2018 р. та 37,4% у 2019 р.) в основному за рахунок збільшення звернень до сімейного/дільничного лікаря (18,6% у 2017 р., 23,1% у 2018 р. та 27),0% у 2019 р.)» [19].

Для визначення фактичного стану охорони здоров'я в Україні та її найближчих сусідах ми проаналізували глобальну статистику охорони здоров'я, яка формується та публікується Світовим банком [30]. У рамках дослідження ми визначили стан охорони здоров'я населення України та її найближчих сусідів: Молдови, Румунії, Угорщини, Словаччини, Польщі, Грузії.

Важливим показником оцінки стану здоров'я населення є тривалість життя, яка представлена у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

## Аналіз тривалості життя населення України та її найближчих сусідів

Країна	Загальна чисельність населення (тис. осіб.) (2018 р.)			Очікувана тривалість життя при народженні (2016 р.)			Очікувана тривалість здорового життя (2016 р.)		
	ч	ж	р	ч	ж	р	ч	ж	р
Україна	20 491	23 755	44 246	67.6	77.1	72.5	60.3	67.6	64.0
Молдова	1 943	2 108	4 051	67.6	75.3	71.5	60.7	66.4	63.6
Румунія	9 491	10 015	19 506	71.6	79.0	75.2	63.7	69.7	66.6
Угорщина	4 618	5 090	9 708	72.3	79.4	76.0	64.1	69.5	66.8
Словаччина	2 654	2 799	5 453	73.8	80.9	77.4	65.3	71.2	68.3
Польща	18 380	19 541	37 921	73.8	81.6	77.7	65.4	71.7	68.5
Грузія	1 910	2 093	4 003	68.3	76.8	72.6	61.5	68.4	64.9

Джерело: сформовано автором на основі [30]

З вищевикладеного можна зробити такі висновки:

- в Україні чоловіче населення серед інших представлених країн становить понад 20 491 тис. осіб, а жіноче населення – понад 23 755 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні у чоловіків понад 68 років (67,6), у жінок понад 77 років. років (77,1), очікувана тривалість здорового життя понад 60 років у чоловіків (60,3), у жінок понад 68 років (67,6);

- у Молдові чоловіче населення серед інших представлених країн становить понад 1 943 тис. осіб, а жіноче населення - понад 2 108 тис осіб, очікувана тривалість життя при народженні у чоловіків понад 68 років (67,6), у жінок понад 75 років (75, 3), очікувана тривалість здорового життя понад 60 років у чоловіків (60,7), у жінок понад 66 років (66,4);

- у Румунії серед інших представлених країн чоловіче населення становить понад 9 491 тис. осіб, а жіноче - понад 10 015 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні у чоловіків понад 71 рік (71,6), у жінок понад 79 років (79) ,0), очікувана тривалість здорового життя понад 63 років (63,7) у чоловіків, понад 70 років (69,7) у жінок;

- в Угорщині серед інших представлених країн чоловіче населення досягає понад 4618 тис. осіб, а жіноче - понад 5090 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні у чоловіка більше 72 років (72,3), у жінок

старше 81 року (80, 9), очікувана тривалість здорового життя у чоловіків понад 64 роки (64,1), у жінок понад 70 років (69,5);

- у Словаччині чоловіче населення серед інших представлених країн становить понад 2 654 тис., а жіноче - понад 2 799 тис., очікувана тривалість життя при народженні у чоловіків більше 73 років (73,8), у жінок понад 79 років (79,4), очікувана тривалість здорового життя у чоловіків понад 65 років (65,3), у жінок понад 71 рік (71,2);

- у Польщі серед інших представлених країн чоловіче населення становить понад 18 380 тис. осіб, а жіноче населення – понад 19 541 тис. осіб, очікувана тривалість життя при народженні у чоловіків понад 73 роки (73,8), у жінок понад 82 роки (81,6), очікувана тривалість здорового життя понад 65 років (65,4) у чоловіків, понад 71 рік (71,7) у жінок;

- у Грузії чоловіче населення серед інших представлених країн становить понад 1 910 тис., а жіноче - понад 2 093 тис., очікувана тривалість життя при народженні у чоловіків понад 69 років (68,3), у жінок понад 77 років (76,8), очікувана тривалість здорового життя становить понад 61 рік (61,5) у чоловіків, понад 68 років (68,4) у жінок.

Оцінка материнської та дитячої смертності Світовим банком у досліджуваних країнах представлена у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

## Оцінка смертності населення в Україні та її найближчих сусідів

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

Таким чином, з огляду на табл. 2.4 можемо дійти таких висновків:

- в Україні материнська смертність становить понад 19%, смертність дітей віком до 5 років – понад 9%, неонатальна смертність – понад 5%;
- у Молдові материнська смертність становить понад 19%, смертність дітей віком до 5 років – понад 16%, неонатальна смертність – понад 12%;
- у Румунії материнська смертність становить понад 19%, смертність дітей віком до 5 років – понад 7%, неонатальна смертність – понад 3%;
- в Угорщині материнська смертність становить понад 12%, смертність дітей віком до 5 років – понад 4%, неонатальна смертність – понад 2%;
- у Словаччині материнська смертність становить понад 5%, смертність дітей віком до 5 років – понад 6%, неонатальна смертність – понад 3%;
- у Польщі материнська смертність становить понад 2%, смертність дітей віком до 5 років – понад 4%, неонатальна смертність – понад 3%;
- У Грузії найвищі показники смертності населення, оскільки материнська смертність становить понад 25%, смертність дітей віком до 5 років – понад 10%, а неонатальна смертність – понад 6%.

Проведений статичний аналіз дав змогу виявити критичні точки розвитку системи охорони здоров'я України. Зокрема, останні десятиліття спостерігається спад населення України, що є негативною тенденцією та характеризує низький рівень медичного обслуговування в країні.

## **2.2. Аналіз наслідків та результатів реформування системи охорони здоров'я в Україні**

Оцінка результатів таких реформ має велике значення щодо реформування системи державного управління у будь-якій сфері. Особливо важливою реформою протягом останніх п'яти років стала медична реформа, яка концептуально перетворила систему охорони здоров'я України. На сьогоднішній день питання якості медичних послуг залишається найактуальнішим у системі розвитку державного управління, у зв'язку з чим

важлива оцінка наслідків реформи як з позицій наукового дослідження, так і з позицій формування нових державно-управлінських рішень.

Питання реформування системи охорони здоров'я України порушувалося у роботах наступних учених: Ю.І. Войтович, В.В. Лазоришинець, Г.О. Слабкий, Н.П. Ярош, Л.А. Чепелєвська, М.В. Шевченка, О.С. Кутуза, О.М. Циборовський, С.В. Істомін, Н.Ю. Кондратюк, Н.Т. Кучеренко, Х.М. Тяпкін, В. Черненко, П. Аарва, В. Руді, У. Маттіла, М. Карі, Е. Ліннакко, В. Лехан, А. Хук, В. Галайда, С.М. Вольф та ін. Ці вчені більшою мірою оцінили змістовні зміни реформи, але не розглянули їх наслідки з погляду медичних послуг та якості медицини загалом.

Необхідність постійного вдосконалення системи охорони здоров'я обумовлена її важливістю та роллю у соціально-економічних відносинах. «Головною метою охорони здоров'я країни та її регіонів є підтримка та зміцнення здоров'я населення відповідно до основної ідеї виходу держави з кризи — зберегти найцінніше, що є в країні, тобто людські ресурси». Здоров'я у його широкому, системному розумінні є біологічної, психологічної, фізіологічної, економічної та соціальної категорією одночасно. З економічної та соціальної точки зору здоров'я розглядається як здатність людини (людей, суспільства) здійснювати доцільну, ефективну та результативну діяльність у мінливих умовах довкілля та в рамках сукупності певних видів діяльності, до яких здатний адаптуватися організм». Відповідно оцінка стану реформування системи охорони здоров'я України дозволить виявити їх вплив на соціально-економічну систему. Крім того, оцінка наслідків та результати реформ є основою формування зворотного зв'язку в системі державного управління системою охорони здоров'я.

Значні перетворення у системі охорони здоров'я розпочалися з ухваленням Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України на період 2015-2020 років. Відповідно до зазначеного документу було розроблено державну політику реформ та реалізовано комплекс

трансформаційних змін, які на сьогодні мають певні результати та наслідки. Оцінюватимемо результати та наслідки в наступній послідовності: оцінка фінансового забезпечення програми медичних гарантій; аналіз результатів реформи первинної медико-санітарної допомоги; оцінка планових показників фінансових гарантів вторинної медичної допомоги; оцінка результатів програми "Доступні ліки". Саме у цих напрямках відбулися найбільші трансформаційні зміни та були отримані значні результати. Відповідно, ми оцінювали результати за вказаними напрямками.

Оцінимо поточний стан результатів та наслідків реформування системи охорони здоров'я, застосовуючи методи статистичного спостереження. Інформаційною базою аналізу послужили: офіційні дані Міністерства охорони здоров'я України, Звіти Національної служби охорони здоров'я України та дані Законів України про державний бюджет України за роки, що вивчаються, аналітичні огляди Світового банку та Всесвітня організація охорони здоров'я.

Медичні гарантії заплановано на 2020 рік.

Для оцінки результатів запровадження медичних гарантій в Україні оцінимо їх показники на 2020 р. (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

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

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

Примітка. Сформовано автором.

Оцінивши планові показники, ми бачимо (табл. 2.5), що серед усіх гарантій, які надає Національна служба охорони здоров'я України, найбільша частка припадає на вторинну (спеціалізовану) та третинну

(високоспеціалізовану) медичну допомогу, яка становить 60,91%, друге місце за обсягом становить первинна медична допомога, якій належить 26,58 %, наступна за величиною частка гарантій – невідкладна медична допомога, що становить 6,47 %, четверта за величиною частка гарантій – відшкодування витрат на ліки, що становить 4,29 %, медична реабілітація становить лише 0,61% частки питомої ваги, наступний вид гарантій резервний, технічне забезпечення в масовій частці складає всього 0,73%, на останньому місці зосереджено паліативну медичну допомогу, яка в загальній структурі складає всього 0,41% питомої ваги.

Оцінка результатів реформи первинної медико-санітарної допомоги.

Первинна медико-санітарна допомога – це особливий вид медичних послуг, яка суттєво трансформувалася за умов реформування системи охорони здоров'я. Оцінюватимемо за такими компонентами:

1. Відношення укладених декларацій до населення в областях України;
2. Аналітична оцінка укладених декларацій щодо груп населення;
3. Кількісний аналіз постачальників первинної медико-санітарної допомоги та їх штатного розкладу;
4. Аналітична оцінка розподілу платежів за постачальниками медичних послуг.

У таблиці 2.6 подано співвідношення укладених декларацій про надання первинної медико-санітарної допомоги населенню регіонів в областях, станом на початок 2020 року.

Станом на 1 січня 2020 року кількість укладених декларацій щодо регіонів така:

Вінницька (83 %), Волинська (81 %), Житомирська (80 %), Київська (83 %), Львівська (81 %), Полтавська (80 %), Рівненська (80 %), Сумська (81 %) та Хмельницька (81 %) області займають найбільшу частку серед всіх областей, яка складає понад 80% за укладеними деклараціями з населенням та за кількістю поданих декларацій закладами ПМД;

Таблиця 2.6

Кількісний аналіз укладених декларацій станом на 1 січня 2020 р.

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

<sup>1</sup> Укладених декларацій до населення

<sup>2</sup> Кількість декларацій поданих закладам ПМД, які мають договір з НСЗУ - Дніпропетровська (76 %), Закарпатська (74 %), Запорізька (76 %), Івано-Франківська (78 %), Кіровоградська (72 %), Миколаївська (70 %), Харківська (77 %), Тернопільська (78 %), Херсонська (74 %), Черкаська (77 %), Чернівецька (75 %) та Чернігівська (79 %) області займають понад 70 % від загальної частки серед усіх регіонів за деклараціями, укладеними з населенням, та кількістю декларацій поданих установами ПМД;

- місто Київ (66%) та Одеська (66%) область займають понад 60% від загальної частки серед усіх регіонів за деклараціями, укладеними з населенням, та кількістю декларацій, поданих установами ПМД;

- Донецька (32%) та Луганська (22%) області мають найменшу частку близько 30% серед усіх областей за укладеними з населенням деклараціями та за кількістю декларацій, поданих установами ПМД у зв'язку з нестабільною ситуацією в регіоні, що пов'язано з воєнними діями, які продовжуються на їх території.

Загалом по Україні подано 29142060 декларацій, що становить 69% населення.

Динаміка виплат надавачам медичних послуг Національною службою охорони здоров'я України у 2019 р. (у грн.) представлена у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

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

Надавачі послуг	I квартал	II квартал		III квартал		IV квартал		Разом
	Сума	Сума	Відх.	Сума	Відх.	Сума	Відх.	
Комунал.	4143450637	4046789114	-96661523	4162736236	115947122	4228842514	66106278	16581818501
Питома вага	99,44	99,13	114,34	98,88	91,02	98,55	81,19	99,00
Приватні	11766987	18909256	7142269	25766540	6857284	33346042	7579502	89788825
Питома вага	0,28	0,46	-8,45	0,61	5,38	0,78	9,31	0,54
ФОП	11651348	16633970	4982622	21218862	4584892	28959062	7740200	78463241
Питома вага	0,28	0,41	-5,89	0,50	3,60	0,67	9,51	0,47
Разом	4166868972	4082332339	-84536633	4209721638	127389299	4291147619	81425981	16750070568

Примітка. Сформовано автором.

Аналізуючи динаміку виплат надавачам медичних послуг, можна констатувати, що комунальні послуги, надані у другому кварталі, зменшились на 96 661 523 тис. грн. порівняно з першим кварталом у третьому кварталі відбулося збільшення вартості наданих комунальних послуг на 11 594 7122 тис. грн., а на кінець року збільшення вартості на 6 610 6278 тис. грн. порівняно із третім кварталом. За наданими приватними послугами у II кварталі спостерігалось збільшення на 7 142 269 тис. грн., у III кварталі також сталося збільшення обсягу наданих приватних послуг на 6 857 284 тис. грн. порівняно з

попереднім кварталом, на кінець року зафіксовано зростання на 7 579 502 тис. грн. у порівнянні з III кварталом.

Тенденцію зростання зосереджено у послугах, що надаються ФОП протягом року, оскільки у II кварталі виявлено збільшення на 4 982 622 тис. грн. порівняно з I-м кварталом у III кварталі відбулося збільшення на 4584892 тис. грн., а на кінець року приріст склав на 7 740 200 тис. грн. більше, ніж у попередньому кварталі.

Оцінку планових показників фінансового забезпечення вторинної медичної допомоги представлено в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

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

Вид гарантій	Сума, млн. грн.	ПВ,%
Стационарна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям	25208	57,94
Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу	6689	15,38
Допомога в пріоритетних станах в стаціонарі	3876	8,91
Діагностика та спеціальне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей	2421	5,57
Психіатрична допомога дорослим та дітям	1782	4,10
Лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах	1685	3,87
Інструментальні дослідження для ранньої діагностики новоутворень	978	2,25
Лікування дорослих та дітей із туберкульозом	628	1,44
Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини	211	0,49
Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії	26	0,06
Разом	43852	100

Примітка. Сформовано автором.

Відтак серед планових медичних гарантій на 2020 рік, встановлених Національною службою охорони здоров'я України (табл. 2.8), гарантії на Стационарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу дорослим та дітям займають найбільшу питому вагу та

становлять 57,94% від загального обсягу, наступним за питомою вагою є амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (вузькоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, у тому числі медична реабілітація та стоматологічна допомога, на частку якої припадає 15,38% питомої ваги, допомога у пріоритетних станах у стаціонарі 8,91% питомої ваги, діагностика та спеціальне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей займає 5,57% питомої ваги, лікування хворих методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах становить 3,84% питомої ваги, інструментальне дослідження для ранньої діагностики новоутворень становить 2,25% від питомої ваги, лікування дорослих та дітей п з туберкульозом займає 1,44% питомої ваги. На діагностику, лікування та підтримку осіб з вірусом імунодефіциту людини припадає 0,49% питомої ваги, останнім за масовою часткою питомої ваги планових медичних гарантій є лікування осіб з психічними та поведінковими розладами у зв'язку із застосуванням опіоїдів із застосуванням препаратів замісної підтримувальної терапії лише 0,06% від загальної структури.

Оцінка результатів програми «Доступні ліки».

«Програма реімбурсації «Доступні ліки» діє з 1 квітня 2017 року. Завдяки їй пацієнти із серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом II типу або бронхіальною астмою можуть безкоштовно отримати в аптеці необхідні ліки за рецептом лікаря безкоштовно або з невеликою доплатою. З 1 квітня 2019 року програму реімбурсації було передано в управління Національної служби здоров'я України та почала працювати за новими правилами: лікарські засоби відпускаються лише за електронними рецептами. Це дозволяє людині отримати необхідні йому ліки в будь-якій аптеці, що бере участь у програмі, незалежно від того, де виписаний рецепт. Програма з бюджетоорієнтованої стала пацієнтоорієнтованою. Завдяки тому, що Національна служба охорони здоров'я стала єдиним платником за програмою, вдалося уникнути існуючих раніше проблем із фінансуванням» [17, с. 26].

За кількістю виписаних рецептів та кількістю пацієнтів, яким видано електронні рецепти, серед досліджуваних регіонів Дніпропетровська область посідає перше місце, оскільки кількість виписаних 191 електронних рецептів становила понад 1 млн одиниць а їхня питома вага в загальній структурі склала понад 11% (11,52), кількість обслуговуваних хворих, яким були реалізовані ліки за електронними рецептами, досягла близько 157 931 тис. осіб і їхня питома вага дорівнювала більше 8%. Далі до кількості виписаних е-рецептів є Харківська область, оскільки їх кількість становила близько 855606 тис. одиниць та виписано понад 125 228 тис. хворих, їхня питома вага становила відповідно понад 7%. Зокрема, у Донецькій та Запорізькій областях кількість виписаних рецептів становила понад 500 тис. штук та обслуговано понад 90 тис. осіб, їх масова частка становила понад 5% у загальній структурі. У Волинській, Закарпатській, Миколаївській, Сумській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Рівненській, Тернопільській, Херсонській та Чернігівській областях кількість виписаних електронних рецептів становила понад 300 тис. та обслуговано понад 40 тис. пацієнтів, їх питома вага становила понад 2% у загальній структурі відповідно. У Житомирській, Одеській, Київській, Хмельницькій та Полтавській областях кількість виписаних рецептів становить понад 400 тис., за електронними рецептами виписано понад 70 тис. пацієнтів, при цьому їх питома вага становила понад 4% у загальній структурі. На Львівщині кількість виписаних е - рецептів становила близько 682712 тис.штук, виписано понад 118066 тис. пацієнтів. Найменша кількість виписаних рецептів, понад 200 тис. та понад 30 тис. обслугованих хворих, зафіксована у Луганській та Чернівецькій областях, а їхня питома вага у загальній структурі склала понад 1%.

Таким чином, ми оцінили наслідки та результати реалізації реформи у системі охорони здоров'я. Варто відмітити 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 найефективніша при фінансуванні закладів охорони здоров'я всіх форм власності, зокрема приватної, комунальної та державної. Фактично на основі цифрового матеріалу можна простежити зміну механізму фінансування первинної медико-санітарної допомоги, державних гарантій та забезпечення ліками населення.

## РОЗДІЛ 3

### УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

Кадровий механізм відіграє важливу роль у вдосконаленні державного управління системою охорони здоров'я. Отже, управління медичним персоналом вкрай важливе виходячи з наступного:

- по-перше, керівний кадровий склад впливає на ефективність системи управління. «Причиною кадрових проблем експерти вважають відсутність сучасного управління кадровими ресурсами охорони здоров'я, застарілу систему планування та кадрові нормативи, що особливо помітно на регіональному та місцевому рівнях. Необхідність модернізації кадрової політики в системі охорони здоров'я підкреслюється відсутністю переліку кваліфікацій таких широко поширених фахівців, як менеджери з охорони здоров'я. Відповідно, ці спеціалісти також не готуються вищими навчальними закладами в галузі охорони здоров'я. Кількість фахівців з вищою освітою - медсестер недостатньо» [22, с. 43];

- по-друге, кадри – найважливіший ресурс системи охорони здоров'я. «Ефективне функціонування національної системи охорони здоров'я визначається її ресурсами, насамперед кадровим забезпеченням. Медичні працівники, будучи найважливішим ресурсом галузі, надають вирішальний вплив на збереження та зміцнення здоров'я населення. Сучасні тенденції у забезпеченні медичних працівників у багатьох країнах характеризуються нестачею різних категорій персоналу, незбалансованістю їх розподілу, некерованою міграцією, поганими умовами праці, низькою продуктивністю праці, слабким розвитком інформаційної бази планування, підготовки та використання кадрових ресурсів».

- по-третє, якість медичного обслуговування залежить від професіоналізму медичного персоналу. «Якість та доступність медичної допомоги населенню країни залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їхнього професійного рівня. Реалізація ефективної кадрової політики у системі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування галузі медицини. Складовими успіху розвитку медицини в будь-якій країні є професійна освіта, профільна наука та практична діяльність» [6]. «У комплексі механізмів регулювання кадрових процесів у медичних організаціях удосконалення нормативно-правових засад розвитку медичних організацій, упорядкування контрольних функцій управлінських структур, економічні та мотиваційні механізми регулювання кадрових процесів, сучасні кадрові технології діють як каталізатори ефективності їхніх дій».

Загалом питання державної кадрової політики України піднімали: Ю.В. Ковбасюк, К.О. Ващенко, Ю.П. Сурмін, М.М. Білінська, О.Ю. Амосов, В.С. Загорський, М.М. Іжа, В.А. Ландсман та ін.

Авраменко Т.П. вважає, що «серед невідкладних завдань, які стоять перед вітчизняною системою охорони здоров'я, на перший план виходить удосконалення кадрової політики. Кадровий потенціал є найважливішою складовою ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я. Наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл, умови праці, заробітна плата, соціальне забезпечення, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу визначають належний рівень надання медичної допомоги населенню. Кадрова політика покликана забезпечити ефективну роботу медичної галузі. Для усунення ризиків на шляху до досягнення національних та глобальних цілей у галузі охорони здоров'я необхідне створення контингенту кваліфікованих, цілеспрямованих та авторитетних працівників охорони здоров'я. Ефективна кадрова політика має бути спрямована на підвищення ефективності роботи як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому. А стратегія розробки кадрової політики має ґрунтуватися на

реальних потребах медичної галузі» [1, с. 4]. Загалом ми погоджуємося з положеннями автора щодо управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я. Особлива думка автора, яка має пройти червоною лінією у реалізації кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я, полягає у тому, що всі зусилля мають бути спрямовані як на підвищення ефективності діяльності окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому.

«Український досвід формування та реалізації державної кадрової політики пов'язаний із подальшим удосконаленням нормативно-правового забезпечення та створенням сучасної системи державної кадрової політики. За останні роки в Україні оновлено та уніфіковано законодавство, стратегічне управління державної кадрової політики, запроваджується система управління ефективністю та функціонального управління, реформується система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів, оптимізується мережа освітніх установ усіх рівнів; з'являються нові форми навчання; модернізується система профорієнтації, формується мережа профорієнтаційних центрів тощо» [23, с. 39].

Наукові результати, отримані вітчизняними вченими, мають велике значення у вдосконаленні та розвитку кадрової політики у системі охорони здоров'я України. Багатьма вченими порушувалося питання щодо формування напрямів удосконалення державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я України. Зокрема, вчені запропонували різні напрями розвитку як кадрового механізму державного управління, так і концептуальних положень державної кадрової політики.

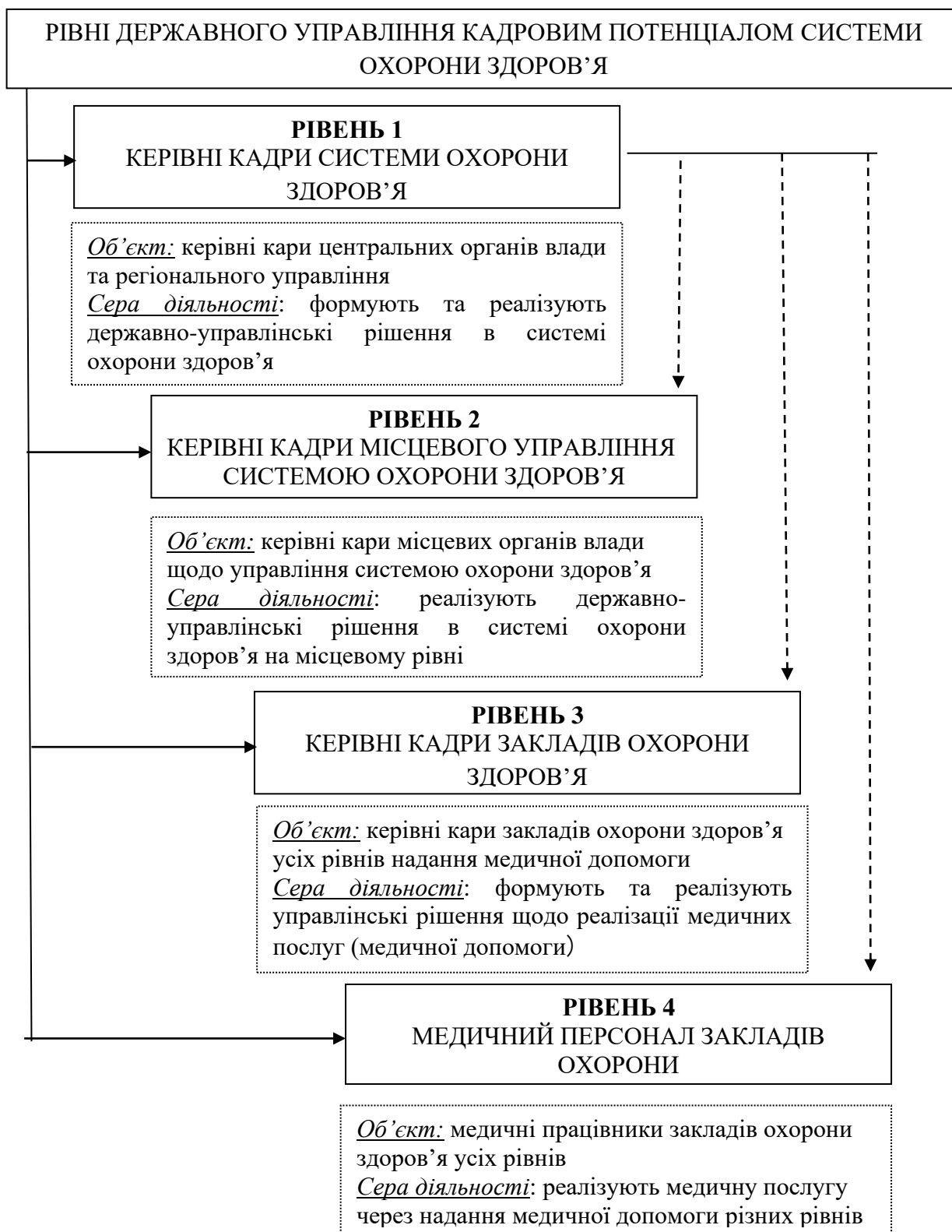
Савіна Т.В. пропонує такі напрями вдосконалення державної кадрової політики:

«- розробка та впровадження ефективних методів та інструментів реалізації кадрової політики;

- створення національної обсерваторії кадрових ресурсів охорони здоров'я як центру збору даних, моніторингу, аналізу та проведення досліджень для надання рекомендацій з метою ухвалення управлінських рішень;
- створення єдиного реєстру медичних працівників;
- продовження навчання відповідного медичного персоналу (середній медичний персонал, лікарі, управлінці);
- активне співробітництво з міжнародними організаціями, у тому числі з ВООЗ, з питань кадрового забезпечення охорони здоров'я та ін;
- поступовий перехід на оптимальну систему співвідношення медичних кадрів; досягнення співвідношення лікарів та середнього медичного персоналу 1 до 4 (7-8) для патронажної служби;
- формування професійного самоврядування у вирішенні питань кадрової та інноваційної політики, розробка єдиних стандартів надання медичної допомоги та оцінки її якості» [51, с. 97-98].

Важливими пропозиціями автора щодо розвитку системи управління персоналом системи охорони здоров'я є: формування інформаційної бази кадрового складу системи охорони здоров'я; впровадження системи страхування професійних ризиків медичних працівників. Ці пропозиції суттєво модернізують кадровий потенціал системи охорони здоров'я у напрямку відповідності передовим технологіям управління кадровим потенціалом у сфері охорони здоров'я, що визначено світовими стандартами.

Напрями вдосконалення державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я мають ґрунтуватися на рівнях такого управління. Ми вважаємо, що загалом державне управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я відбувається на таких рівнях (рис. 3.1).



Умовні позначення: **А** – формують систему керівного складу регіональних управлінь охорони здоров'я та визначають напрями реалізації державно-управлінських рішень на місцевому рівні; **Б** – визначають вимоги до керівників закладів охорони здоров'я та порядок їх діяльності; **В** – визначають вимоги до медичних працівників їх складу.

Рис. 3.1. Рівні державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я

Найвищим рівнем державного управління кадровим потенціалом є управлінський персонал державної системи охорони здоров'я. До цього рівня належать: 1) персонал центральних органів виконавчої влади, зокрема Міністерства охорони здоров'я України та Національної служби охорони здоров'я України; 2) керівники обласних управлінь охорони здоров'я. Фактично зазначений рівень реалізації кадрового механізму визначає ключових осіб у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Мірошникова Ю.В. в контексті вдосконалення управління керівними кадрами системи охорони здоров'я зазначає наступне: «В останні десятиліття, в період інтенсивних організаційно-структурних перетворень та фінансових обмежень, що відбуваються в охороні здоров'я, у галузі виникла необхідність підвищення якості управління на всіх рівнях стає все більш очевидним, що багато в чому визначається складом керівного корпусу, його професіоналізмом, здатністю реагувати на виклики часу, відповідністю його професійних, ділових та особистісних якостей вимогам сучасного менеджменту. Робота в умовах ринку, що розвивається медичних послуг, розширення правової та господарської самостійності установ, необхідності забезпечення стратегічного розвитку, нарощування конкурентних переваг керованих підсистем змінює уявлення про сучасний керівника. Керівник нового типу – це творчий і раціональний мислитель, досвідчений у суміжних галузях знань, добре підготовлений у плані практичних навичок, керівник, який володіє необхідними професійними якостями, ініціативою, харизмою».

Варто відмітити, що основним напрямом удосконалення кадрового механізму державного управління охороною здоров'я на рівні центральних органів виконавчої влади є формування кадрового резерву, оскільки в умовах реформування системи охорони здоров'я виникає потреба у постійному оновлення кадрів для переходу до наступного етапу реформи. Таким чином, кадровий механізм повинен забезпечувати формування кадрового резерву як для структурних підрозділів центральних органів виконавчої влади, так і на

керівні посади регіональних управлінь охорони здоров'я. Формування такого резерву має носити як формальний, так й змістовний характер, а саме постійне підвищення компетентності осіб, включених у резерв.

На другому рівні державного управління кадровим потенціалом встановлюються вимоги до кадрового складу та його функціонування на рівні органів місцевого самоврядування. Цей рівень є особливо важливим з точки зору децентралізації та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад. Таким чином, на державному рівні виникає потреба визначення суб'єктів реалізації рішень державного управління на місцях з урахуванням реформи децентралізації та первинної медико-санітарної допомоги.

Особливий рівень державного управління кадровим потенціалом становить управлінський персонал закладів охорони здоров'я, а саме головні лікарі, їхні заступники та завідувачі відділень. «Стан розвитку кадрових процесів у сучасних медичних організаціях, що визначає процес формування та реалізації кадрової політики в системі охорони здоров'я, її структурах та організаціях, характеризується проблемними тенденціями, що вимагають ефективного управлінського впливу, заснованого на теоретичних уявленнях про управління кадровими процесами в медичних організаціях та реальній медичній практиці».

Особливим рівнем управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я є персонал закладів охорони здоров'я. Саме у цьому напрямі формуються ключові аспекти кадрового механізму державного управління, адже медичні працівники є ключовим ресурсом для реалізації медичних послуг усіх рівнів. Від персоналу залежить якість та ефективність медичного обслуговування. На рівні державного управління виникає необхідність формування загальних засад кадрового процесу в закладах охорони здоров'я, які мають враховувати цілі медичної реформи.

«У медичних організаціях кадрові процеси та відносини є об'єктом їх кадрової політики, що відображає проблемні особливості масштабної реформи лікувально-профілактичних установ, оптимізації кадрового складу, забезпечення спрямованості кадрових процесів на підвищення соціально-економічної ефективності медичної діяльності та зміцнення здоров'я громадян. Управління кадровими процесами у медичних організаціях – це не лише вирішення питань кадрового діловодства, а й реалізація комплексу завдань кадрової політики, до яких належать відтворення кадрового потенціалу, адаптація та мотивація, соціальний та професійний розвиток, затребуваність та соціальний захист медичних кадрів. Реалізація заходів щодо повного укомплектування медичних організацій кваліфікованими кадрами може бути забезпечена на основі розробки та реалізації науково обґрунтованої кадрової політики у охороні здоров'я. Система управління кадровими процесами повинна включати розвиток суб'єкт-об'єктних відносин, розробку сучасних кадрових технологій, що забезпечують якісний підбір, відбір і прийом на роботу медичних кадрів, їх професійну спрямованість, адаптацію, мотивацію і затребуваність, ефективні форми професіоналізації, мотивація і всебічні оцінки, а в результаті - вирішення проблем доступності та підвищення якості медичної допомоги для громадян країни».

Кадровий механізм державного управління системою охорони здоров'я є багатопрофільним і переплітається з різними видами державної політики, зокрема:

- державна освітня політика – трансформація підготовки медичних кадрів за освітніми програмами галузі знань «Охорона здоров'я»;

- державна кадрова політика – формування вимог до кадрового потенціалу системи охорони здоров'я;

- державна фінансова політика – визначає порядок та систему оплати праці медичних працівників.

Загалом, резюмуючи вищевикладене, варто зазначити, що вищезгадані рівні формування та реалізації кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я становлять кадровий потенціал. Адже вищезгадані рівні визначають штатний розпис як органів управління системою охорони здоров'я різних рівнів, так і фактичний штатний розпис закладів охорони здоров'я, які надають медичні послуги. Загалом об'єктом кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я є:

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

- кадрові процеси у закладах охорони здоров'я. У цьому випадку ефективність реалізації зазначених кадрових процесів визначає якість медичної послуги.

Важливим напрямом удосконалення кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я є формування кадрового резерву керівних кадрів та медичних працівників системи охорони здоров'я. Варто зазначити, що кадровий механізм державного управління щодо формування кадрових резервів на різних рівнях системи охорони здоров'я, з одного боку, виступає як:

- по-перше, частина процесу державного управління, оскільки формується ресурсна складова реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

- по-друге, кадрові резерви управлінського та медичного персоналу закладів охорони здоров'я виступають як об'єкт державного управління системою охорони здоров'я.

Формування кадрового резерву у системі охорони здоров'я сьогодні має стати пріоритетним методом реалізації управлінських рішень держави. «Резерв керівних кадрів – це метод (технологія) своєчасного та якісного відтворення

кадрового управлінського потенціалу, визначений у теорії та практиці світового менеджменту. При цьому якісне формування резерву керівників медичних установ сприяє розвитку такої установи та здійсненню ефективної реформи системи охорони здоров'я в майбутньому» [52, с. 128]. Погоджуючись з думкою автора, варто наголосити, що формування кадрового резерву має відбуватися не лише на рівні керівників закладів охорони здоров'я, а й на інших рівнях як управління, так і процесу реалізації медичних послуг.

У цілому нині цей метод підвищить кадровий потенціал системи охорони здоров'я. «Підготовка кадрового резерву тісно пов'язана з розвитком інтелектуального потенціалу, оскільки у резерві мають бути кандидати на посади з відповідним рівнем освіти, кваліфікації та потенціалом саморозвитку на посаді. Розвиток інтелектуального потенціалу кадрів може відбуватися безпосередньо у формуванні кадрового резерву» [21, с. 50]. Формування резерву на різних рівнях системи охорони здоров'я дозволить підвищити якість кадрів та їх постійне вдосконалення.

На державному рівні необхідно сформувати чіткий процес формування та використання кадрових резервів різного рівня. Зокрема, необхідно:

- чітко визначити суб'єктів формування кадрового резерву та їх професійні обов'язки;
- обґрунтувати методика визначення потреби та обсягу кадрового резерву;
- визначити порядок відбору людей у кадровий резерв (методика визначатиметься видом кадрового резерву);
- обґрунтувати механізм використання кадрового резерву.

Резерв управлінських кадрів управління системою охорони здоров'я.

Формування резерву управлінських кадрів державного управління системою охорони здоров'я має бути затверджено на державному рівні у вигляді положення, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України Про затвердження Положення про

формування та використання резерву управлінських кадрів державного управління системою охорони здоров'я.

Резерв управлінських кадрів комунальних та державних установ охорони здоров'я.

Основою забезпечення безперервності процесу оновлення управлінських кадрів закладів охорони здоров'я є формування резерву заміщення посад: головних лікарів, заступників головних лікарів, завідувачів відділень, головних медичних сестер/братів. Це є основою стратегічного планування кадрового потенціалу закладу охорони здоров'я.

Основними професійними вимогами до вступників у кадровий резерв є, крім медичної освіти та досвіду роботи, також компетентність у сфері управління, права та фінансів.

Кадровий резерв медичних працівників регіону(лікарі, медсестри/брати, інший персонал).

При формуванні кадрового резерву медичних кадрів використовуються загальні підходи, визначені нами вище (при формуванні резерву управлінських кадрів), але з модифікаціями в частині фактичного лікарського стажу, спеціалізації, освіти і т. д.

Мобілізаційний кадровий резерв медичних працівників у разі надзвичайних ситуацій.

Формування мобілізаційного резерву медичних працівників має важливе значення з погляду формування груп медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях. Таким чином, мобілізаційні кадрові резерви медичних працівників мають формуватися на регіональному рівні за кожним видом надзвичайних ситуацій. Включення до цього виду кадрового резерву має бути мотивовано. Мотивацією можуть бути: по-перше, постійне безкоштовне навчання за спеціалізаціями; по-друге, необмежений доступ до лабораторій, інформаційних баз, інноваційних технологій; по-третє, міжнародні стажування.

Резюмуючи вищевикладене, наголосимо, що нами обґрунтовано напрями розвитку кадрового потенціалу, зокрема: визначено рівні державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я; визначено вплив різних видів державної політики на управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я; розроблено порядок формування кадрових резервів системи охорони здоров'я (резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я; резерв управлінських кадрів комунальних та державних установ охорони здоров'я; кадровий резерв медичних працівників регіону (лікарі, медсестри/брати, інший персонал); мобілізаційний кадровий резерв медичних працівників на випадок надзвичайних ситуацій).

### **3.2. Інвестиційно-інноваційний механізм державного управління системою охорони здоров'я**

Інвестиційна діяльність та впровадження інновацій у всі сфери управління та реалізації медичних послуг мають велике значення в умовах реформування системи охорони здоров'я. Важливість зазначених аспектів державного управління системою охорони здоров'я полягає в тому, що вони дозволять модернізувати вказану систему та підвищити якість медичних послуг та, як наслідок, підвищити рівень здоров'я населення. «Трансформаційні процеси відбиваються на всій структурі економіки країни, у тому числі соціальній сфері, і призводять до частих змін умов функціонування охорони здоров'я. Зміни в охороні здоров'я в умовах реформи супроводжуються неоднозначними тенденціями, медичними та демографічними викликами в умовах щорічного скорочення працездатного населення, зниження народжуваності вимагають посилення державних заходів щодо підвищення ефективності медичної допомоги населенню з метою збереження людського потенціалу, підвищення ефективності діяльності охорони здоров'я в тому числі внаслідок інноваційних змін та управління ними» [26, с. 165]. «Основою підвищення

медичної, соціальної та економічної ефективності системи охорони здоров'я є раціональне впровадження інноваційних технологій лікування, діагностики, профілактики та реабілітації захворювань, удосконалення управління та професійної підготовки медичних кадрів закладів охорони здоров'я. Інноваційні підходи відіграють вирішальну роль у поступальному розвитку будь-якої галузі економіки, у тому числі й галузі охорони здоров'я» [53, с. 7].

Інвестиційно-інноваційний механізм здійснення державного управління у системі охорони здоров'я пов'язаний із комплексом інших механізмів, а саме:

- фінансово-економічний (проявляється у формуванні інструментів інвестиційної діяльності з фінансування інновацій у системі охорони здоров'я, а також економічному стимулюванні вкладення приватних фінансових ресурсів у державну систему охорони здоров'я з метою її інноваційного розвитку, що проявляється у податкових пільгах, субсидіях, кредитних пільгах та інше);

- правова, кадрова (проявляється у формуванні правової основи інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі охорони здоров'я, а також державного регулювання інвестиційно-інноваційної діяльності державних установ охорони здоров'я. Здійснюється шляхом прийняття нових та змін до чинних законів, постанов, наказів, указів, положень, рекомендацій);

- організаційна (укладається у встановленні зв'язку між різними учасниками інвестиційно-інноваційних процесів у системі охорони здоров'я та визначенні функціональних положень діяльності суб'єктів державного управління, органів місцевого самоврядування, державних підприємств, закладів охорони здоров'я);

- інформативна (формування позитивного іміджу держави у галузі інвестиційної та інноваційної діяльності в системі охорони здоров'я).

Це важливо, оскільки механізми державного управління неспроможні функціонувати окремо один від одного.

В умовах реформування системи охорони здоров'я ми вважаємо, що інвестиційно-інноваційна діяльність держави має здійснюватися за такими напрямками та методами (рис. 3.2).

Держава через державне управління може діяти з різних сторін інвестиційно-інноваційних процесів у системі охорони здоров'я. У цій сфері особливо важливою є роль держави як у прямому, так і в непрямому сенсі, що особливо актуально в умовах реформування медичної допомоги та необхідності модернізації системи охорони здоров'я. Варто зазначити, що в умовах інвестиційно-інноваційної діяльності у системі ринку приватної медицини держава в особі органів державної влади виступає регулятором їхньої економічної діяльності, а в окремих аспектах може виступати і партнером, за умови, що формою інвестиційної діяльності є державно-приватне партнерство. Проте, в умовах України інвестиційно-інноваційна діяльність є важливою в системі державної системи охорони здоров'я. Роль держави в інвестиційно-інноваційних процесах системи охорони здоров'я:

1) Держава як інвестор - створення за рахунок коштів державного бюджету інвестиційних фондів для фінансування інновацій та модернізації системи охорони здоров'я. Поточний стан фінансування системи охорони здоров'я не дозволяє повною мірою реалізувати інноваційні проекти та модернізувати надання медичних послуг. Однак за рахунок збільшення частки бюджету на систему охорони здоров'я, наукові дослідження в галузі медицини, з'являється можливість фінансування інновацій у системі охорони здоров'я. За умови, що такі інновації збільшать ефективність реалізації медичних послуг, інноваційний продукт може бути частково або повністю реалізований приватними медичними організаціями. Для держави, з одного боку, це дозволить отримати дохід до державного бюджету, а з іншого – покращити якість медичної допомоги. Державне фінансування інновацій у сфері охорони здоров'я можливе як за кошти державного бюджету, так і за рахунок коштів місцевих бюджетів.



Умовні позначення: ДР – держава регулює; ДІ – держава інвестує;

Рис. 3.2. Складові інвестиційно-інноваційної діяльності держави в системі охорони здоров'я

2) Держава як партнер – участь держави через відповідні органи державної влади, державні чи комунальні підприємства у різних формах державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Основним напрямом модернізації закладів охорони здоров'я та формування інноваційного підходу до реалізації медичних послуг є державно-приватне партнерство. Реалізація проєктів державно-приватного партнерства у системі охорони здоров'я дозволяє залучати приватні інвестиції за збереження державної власності. Фактично держава із суб'єкта управління та регулятора перетворюється на повноправного партнера у веденні бізнесу, що полягає у реалізації медичних послуг. Суб'єктами, що регулюють та беруть участь у формуванні та реалізації проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, є:

- Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України;
- Міністерство охорони здоров'я України;
- Обласні управління охорони здоров'я;
- Об'єднанні територіальні громади.

У разі розвитку цього виду співробітництва держави та бізнесу виникає необхідність створення відповідного державного органу, наприклад, Національного агентства державно-приватного партнерства.

3) Держава як позичальник – випуск державних боргових цінних паперів (облігацій) на фінансування інновацій у системі охорони здоров'я. Основним напрямом залучення додаткових коштів для реалізації інновацій є залучення приватних фінансових ресурсів за рахунок продажу державних облігацій, що дають змогу поповнити державний бюджет або покрити його дефіцит, а також спрямувати залучені кошти на розвиток інновацій до системи охорони здоров'я. Основними видами державних облігацій згідно із Законом України «Про цінні папери та фондовий ринок» є:

- облігації внутрішньої державної позики України («державні цінні папери, які розміщуються виключно на внутрішньому фондовому ринку та

підтверджують зобов'язання України щодо відшкодування пред'явникам цих облігацій їх номінальної вартості з виплатою доходу відповідно до умов розміщення облігацій. Номінальна вартість облігацій внутрішньої державної позики може бути визначено в іноземній валюті» [47]);

- облігації зовнішніх державних позик України («державні боргові цінні папери, які розміщуються на міжнародних фондових ринках та підтверджують зобов'язання України компенсувати власникам цих облігацій їхню номінальну вартість з виплатою доходу відповідно до умов розміщення облігації» [47]);

- казначейські зобов'язання («державний цінний папір, що розміщується виключно серед фізичних осіб на добровільній основі, засвідчує факт заборгованості Державного бюджету України перед власником казначейських облігацій України, дає власнику право на отримання грошового доходу та погашається відповідно до умов розміщення казначейських облігацій. Номінальна вартість казначейських зобов'язань України може визначатися в національній або іноземній валюті» [47]);

- цільові облігації внутрішніх державних позик України («облігації внутрішніх державних позик, випуск яких є джерелом фінансування дефіциту державного бюджету в розмірах, передбачених для цих цілей законом про Державний бюджет України на відповідний рік, та в межах державного боргу» [47]).

Основними суб'єктами регулювання, розміщення та управління державними облігаціями в Україні є:

- Міністерство фінансів України;
- Міністерство охорони здоров'я України;
- Національний банк України;
- Агентство з управління державним боргом України;
- Рахункова палата України;
- Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства

України.

4) Держава як кредитор – надання пільгових державних кредитів на фінансування інноваційних процесів у системі охорони здоров'я. На рівні державного регулювання системи охорони здоров'я на ринку банківських фінансових послуг можливе встановлення різних напрямів пільгового кредитування як інноваційних процесів як державними, і приватними банківськими установами. Національний банк України є суб'єктом реалізації зазначеного спрямування.

5) Держава як регулятор – формування комплексу механізмів державного регулювання інвестиційної та інноваційної діяльності у системі охорони здоров'я. При цьому основним напрямом діяльності держави є формування системи державного регулювання інвестиційної та інноваційної діяльності у системі охорони здоров'я, а отже, тісний взаємозв'язок із правовим механізмом державного управління.

Складність державного регулювання досліджуваної діяльності полягає в наступному:

- перш за все, інвестиційна та інноваційна діяльність держави в системі охорони здоров'я має приносити як соціальний ефект (підвищення якості медичних послуг та як наслідок стан здоров'я населення), так і економічний ефект (економія бюджетних коштів, доходів до державного бюджету та ін.) як для всієї системи, так і для окремої установи охорони здоров'я, пацієнта та здоров'я населення загалом. «Впровадження теоретичних знань та розроблених технологій у практичну охорону здоров'я є вирішальними факторами покращення показників здоров'я населення та отримання максимальної користі для пацієнтів від сучасних досягнень медицини» [53];

- по-друге, інвестиційно-інноваційна діяльність держави у сфері охорони здоров'я охоплює різноманітні сфери державного регулювання, а саме: інвестиції як об'єкт державного регулювання; ринок цінних паперів; інновації; дослідницька діяльність; діяльність закладів охорони здоров'я; бюджетний процес; місцеві фінанси та ін.;

- по-третє, формування та реалізація механізмів державного регулювання інвестиційної та інноваційної діяльності держави у системі охорони здоров'я охоплює велику кількість суб'єктів виконавчої та законодавчої влади.

«Згідно із Законом № 40 державне регулювання інноваційної діяльності здійснюється шляхом:

- 1) визначення та підтримка пріоритетних напрямів інноваційної діяльності на державному, галузевому, регіональному та місцевому рівнях;
- 2) формування та реалізація державних, галузевих, регіональних та місцевих програм;
- 3) створення нормативно-правової бази та економічних механізмів підтримки та стимулювання інноваційної діяльності;
- 4) фінансова підтримка реалізації інноваційних проектів;
- 5) встановлення пільгового оподаткування суб'єктів інноваційної діяльності;
- 6) підтримка функціонування та розвитку сучасної інноваційної інфраструктури» [32, с. 32].

Основними напрямками державного регулювання інвестиційної та інноваційної діяльності держави у системі охорони здоров'я є:

- формування комплексу заходів та правове регулювання інвестицій та інновацій у системі охорони здоров'я;
- закріплення на державному рівні основних напрямів інноваційної діяльності у системі охорони здоров'я;
- визначення концептуальних положень інвестиційної та інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я;
- регулювання наукової діяльності в медицині з метою створення інновацій.

б) Держава як управлінець – управляє інвестиційними та інноваційними процесами в системі охорони здоров'я через систему органів виконавчої влади. Ефективність інвестиційно-інноваційного механізму

державного управління у сфері охорони здоров'я важлива у взаємозв'язку з організаційною, а саме в плані налагодження взаємодії між різними органами державного управління. Прояв держави як управлінця включає у собі інші аспекти прояви держави у реалізації інвестиційно-інноваційного механізму управління системою охорони здоров'я, що є об'єктивною причиною складних інформаційно-комунікаційних зв'язків. Загалом за вказаними вище проявами держави у реалізації інвестиційно-інноваційного механізму державного управління визначаються суб'єкти державного управління, які забезпечують інвестиційний процес.

Усі суб'єкти інвестиційно-інноваційної діяльності держави у системі охорони здоров'я можна подати так:

- суб'єкти регулювання інвестиційної та інноваційної діяльності держави у системі охорони здоров'я;
- суб'єкти, діяльність яких спрямована на управління інвестиційним процесом фінансового забезпечення інновацій у системі охорони здоров'я;
- суб'єкти, які забезпечують процеси розробки та впровадження інновацій;
- суб'єкти, які впроваджують інновації – заклади охорони здоров'я.

Окремі суб'єкти державного управління можуть належати до різних груп.

Усі прояви держави в інвестиційно-інноваційній діяльності у системі охорони здоров'я є складовими інвестиційно-інноваційного механізму державного управління. Кожен прояв держави визначає суб'єкти державного управління. У свою чергу об'єкт державного управління має такі невіддільні компоненти:

- інвестиційний процес та його результати. Інвестиційний процес визначає фінансове забезпечення розробки та впровадження інновацій у системі охорони здоров'я;

- інноваційний процес та його результати. При цьому визначається процес розробки та впровадження інновацій у систему охорони здоров'я. Інноваційний процес проявляється у напрямках інновацій та їх властивостях.

Основними напрямами інвестиційного процесу як основи фінансування інновацій у системі охорони здоров'я є:

- фінансування науки;
- державно-приватне партнерство;
- випуск державних облігацій;
- пільгове кредитування;
- створення державних інвестиційних фондів;
- інші напрями.

Охарактеризовано зазначені напрями з погляду державних проявів інвестиційної та інноваційної діяльності у системі охорони здоров'я. Їхній спектр може розширюватися в умовах появи нових методів інвестиційної діяльності. Роль держави, у свою чергу, проявляється як регулятор зазначених напрямів, так і в якості суб'єкта їх реалізації. В умовах реформування системи охорони здоров'я та необхідності її інноваційного розвитку вважаємо за необхідне створення управлінь інноваційного розвитку охорони здоров'я у структурі суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України; Національна служба здоров'я України), створити директорати інноваційного розвитку охорони здоров'я, основними функціями якої мають бути:

- формування стратегії інноваційного розвитку як держави загалом, і окремих регіонів чи установ;
- визначення джерел фінансування інновацій (інвестицій) у сфері охорони здоров'я;
- формування пріоритетних напрямів інноваційного розвитку системи охорони здоров'я;
- інформаційний, організаційний, правовий супровід інвестиційних та інноваційних проєктів у системі охорони здоров'я;

- управління інформаційними та комунікаційними зв'язками між суб'єктами державної інвестиційної та інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я;
- розробка та впровадження методичних рекомендацій щодо інвестиційної та інноваційної діяльності держави у сфері охорони здоров'я;
- розробка, оцінка та реалізація проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;
- розробка та впровадження методики оцінки ефективності інвестиційно-інноваційних проєктів та інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я.

Окремі аспекти інноваційної діяльності, пов'язані з впровадженням інформаційно-комп'ютерних технологій, були впроваджені в рамках реформи, що розпочалася у 2015 р., зокрема e-health. «Електронна система охорони здоров'я (e-health) – це проєкт Міністерства охорони здоров'я, який зараз перебуває на стадії розробки. Перший етап цієї розробки передбачає запровадження електронних систем підтримки закупівель послуг ПМД. Система служить в першу чергу для фінансових і платіжних цілей, а не як повноцінна електронна система охорони здоров'я з електронними медичними записами. Електронна система охорони здоров'я (e-health) включає в себе певні модулі, які дозволяють НСЗУ укладати договори з надавачами послуг (електронне укладання договорів з надавачами послуг ПМД та аптеками), реєстрацію вибору громадянами лікарів ПМД (електронні декларації) та здійснення відшкодування вартості лікарських засобів у рамках програми «Доступні ліки» (електронний рецепт)» [55, с. 38].

Пропонуємо затвердити зазначені напрями інноваційної діяльності на державному рівні Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження перспективних напрямів інноваційного розвитку системи охорони здоров'я». Крім названих вище напрямів інноваційного розвитку, ми пропонуємо визначити такі способи забезпечення таких інновацій: фінансування науки; державно-приватне партнерство; випуск державних

облігацій; пільгове кредитування; створення державних інвестиційних фондів; інші напрямки. Важливою складовою Постанови має стати порядок взаємодії різних суб'єктів державного управління.

Таким чином, ми обґрунтували властивості інвестиційно-інноваційної діяльності держави як механізму управління системою охорони здоров'я. Розроблено структуру такої діяльності, яка передбачає різні прояви стану та, як наслідок, порядок встановлення інформаційно-комунікаційних зв'язків між різними суб'єктами державного управління. Визначено напрями інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі подано теоретичне узагальнення й нове вирішення наукового завдання – трансформації державного управління системою охорони здоров'я в Україні. Отримані в процесі дослідження результати дають змогу сформулювати висновки і пропозиції, що мають теоретичне й практичне значення.

1. В процесі дослідження визначено, що понятійно-категоріальний апарат державного управління системою охорони здоров'я має бути систематизовано, а також визначено взаємозв'язки між такими категоріями та поняттями як: охорона здоров'я – як вид суспільної діяльності, як наука; як сфера державного управління; громадське здоров'я – як наука; як сфера суспільної діяльності; медична послуга на теоретичному та практичному рівнях.

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

Здійснено характеристику реформ системи охорони здоров'я, які відбувалися в Україні з 2010 р. за наступними програмами та стратегіями: Програми економічних реформ на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»; Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. За кожною із реформ визначено ключові напрями та цілі. Ідентифіковані напрями трансформації системи державного регулювання системи охорони здоров'я. З'ясовано фактори, що стримують реформування системи охорони здоров'я в країні:

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

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

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

- відсутність політичної стабільності в державі та протистояння між правлячими політичними елітами.

3. Проведений статичний аналіз дозволив виявити найбільш критичні точки щодо розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Зокрема, в останні десятиліття спостерігається падіння чисельності населення України, що є негативною тенденцією, яка характеризує низький рівень медичної допомоги в країні. В Україні чисельність чоловічого складу населення серед інших представлених країн становить понад 20 491 тис.осіб та жіночого складу, який дорівнює понад 23 755 тис.осіб. Очікувана тривалість життя чоловіків при народженні складає понад 68 років (67,6), жінок більше як 77 років (77,1), очікувана тривалість здорового життя складає серед чоловіків понад 60 років (60.3), серед жінок понад 68 років (67,6).

4. Здійснено оцінку наслідків та результатів реалізації реформи в системі охорони здоров'я. Варто зазначити, що досліджувана реформа у сфері охорони здоров'я найбільше вплинула на населення України та його залученість до реформування через укладання декларацій із сімейними лікарями. Реформа є 394 найбільш результативною щодо фінансування закладів охорони здоров'я усіх форм власності, зокрема, приватної, комунальної та державної. Фактично на основі цифрового матеріалу можна прослідкувати зміну механізму фінансування первинної медичної допомоги, державних гарантій та забезпечення населення ліками.

5. Обґрунтовано напрями розвитку кадрового потенціалу, зокрема: ідентифіковано рівні державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я; визначено вплив різних видів державної політики на державне управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я; розроблено порядок формування кадрових резервів системи охорони здоров'я (резерв керівних кадрів державного управління системою охорони здоров'я; резерв керівних кадрів закладів охорони здоров'я комунальної та державної власності; кадровий резерв медичних працівників регіону (лікарі, медичні сестри / брати, інший персонал); мобілізаційний кадровий резерв медичних працівників на випадок надзвичайних ситуацій.

6. Обґрунтовано властивості інвестиційно-інноваційного механізму державного управління, як механізму державного управління системою охорони здоров'я. Розроблено структуру такої діяльності та основні напрями (інновації в управлінському процесі, інновації в процесі організації медичної послуги, інновації в медичній допомозі (лікувальний процес), інновації в медичній освіті, інновації в інших сферах), яка передбачає різні прояви держави і, як 396 результат порядок налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між різними суб'єктами державного управління. Встановлені напрями інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. Київ: НІСД, 2012. 35 с.
2. Аркатов Я.А. Шляхи реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Адаптація до права ЄС регулювання економіки України в сучасних умовах: зб. наук. пр.* (за матеріалами «Круглого столу», м. Харків, 26 трав. 2015 р.). Харків, 2015. С. 50–58.
3. Бабченко В.Л., Андрушко О.Г. Пріоритетні напрями реформування галузі охорони здоров'я у Житомирській області. *Економіка, управління та адміністрування: наук. журнал.* Житомир: Житомир. політехніка, 2019. № 3 (89). С. 158-164.
4. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Державне управління. Інвестиції: практика та досвід.* 2020. № 2. С. 134-140. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/2\\_2020/23.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf)
5. Білинська М.М., Радиш Я.Ф., Рожкова І.В. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / за заг. ред. проф. М.М. Білинської. Львів: НАДУ, 2012. 240 с.
6. Бойко С.Г. Тенденції та особливості державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. *Механізми державного управління Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування.* 2018. № 1. URL: [http://el-zbirn-du.at.ua/2018\\_1/12.pdf](http://el-zbirn-du.at.ua/2018_1/12.pdf)
7. Булеца С.Б. Деякі аспекти поняття права на охорону здоров'я, медичну допомогу та біоетики в Україні, Словаччині та Угорщині. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали I Всеукр. наук.- практ. конф.* (Львів, 19-20 квіт. 2007 р.) С. 38-44. URL: [http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01\\_038\\_04.pdf](http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_038_04.pdf)
8. Вовк С.М. Інституційна трансформація сучасних механізмів державного управління охороною здоров'я. URL: [https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol7\(17\)/28.pdf](https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol7(17)/28.pdf)

9. Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Даценко Г.В., Сорокоумов В.П., Міщук А.А., Котуза А.С. Особливості удосконалення надання медичних послуг в Україні. *Світ Медицини та Біології*. 2019. №3(69). С. 39-43.

10. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія. Тернопіль: Економічна думка, 2005. 460 с. URL: [404 http://library.tneu.edu.ua/files/EVD/mg\\_dpozou.pdf](http://library.tneu.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf)

11. Данилочкина Ю.В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг. Волгоград, 2003. 24 с.

12. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. монографія: у 2 ч. / за заг. ред. проф. М.М. Білінської, Я.Ф. Радиша. К.: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

13. Дудка В.В. Розвиток державного управління охороною здоров'я України на місцевому рівні: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец.25.00.02. Київ, 2013.

14. Дурманов Б. Экономическая сущность и природа здравоохранения: некоторые теоретические и практические аспекты. *Экономика и финансы (Узбекистан)*. 2013. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ekonomicheskaya-suschnost-i-priroda-zdravoohraneniya-nekotorye-teoreticheskie-i-prakticheskie-aspekt>

15. Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2018 році: збірка матеріалів методологічної підтримки для закладів ПМД. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». URL: [https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID\\_2018\\_interactiv\\_1.pdf](https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID_2018_interactiv_1.pdf)

16. Жаліло Л.І., Мартинюк О.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>

17. Звіт Національної служби здоров'я України 2019. Національна служба здоров'я України. URL: [https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2019\\_1586443884.pdf](https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2019_1586443884.pdf)
18. Илюшкина О.В. Классификация факторов, влияющих на конкурентоустойчивость в системе оказания услуг в области здравоохранения. *Экономический анализ: теория и практика*. 2013. №33 (336). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klassifikatsiya-faktorov-vliayuschih-na-konkurentoustoychivost-v-sisteme-okazaniya-uslug-v-oblasti-zdravoohraneniya>
19. Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020.
20. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Нац. універ. цивільного захисту України. Харків, 2020. URL: [https://nuczu.edu.ua/images/topmenu/science/spetsializovani\\_vcheni-rady/arefkarlash.pdf](https://nuczu.edu.ua/images/topmenu/science/spetsializovani_vcheni-rady/arefkarlash.pdf)
21. Князева О.А., Шамін М.В. Формування кадрового резерву для забезпечення розвитку інтелектуального потенціалу персоналу підприємства. Економіка праці, демографія, соціальна політика. *Socio-economic problems of the modern period of Ukraine*. 2019. Вип. 5 (139). С. 49-55. URL: [http://ird.gov.ua/sep/sep20195\(139\)/sep20195\(139\)\\_049\\_KniazievaO,ShaminM.pdf](http://ird.gov.ua/sep/sep20195(139)/sep20195(139)_049_KniazievaO,ShaminM.pdf)
22. Ковбасюк Ю.В., Ващенко К.О., Сурмін Ю.П. Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку: наук. доп. / за заг. ред. проф. Ю.В. Ковбасюка, проф. К.О. Ващенка, проф. Ю. П. Сурміна (кер. проекту). Київ : НАДУ, 2012. 72 с.
23. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. Київ, 2018. 96 с.
24. Костюк В.С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного*

університету. С. 39-43. URL: <http://www.vestnik-econom.mgu.od.ua/journal/2017/24-2-2017/11.pdf>

25. Крестьянинова О.Г. Исследование сущности медицинских услуг как экономической категории. *Известия СПбГЭУ*. 2019. №3 (117). URL: 411 <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-suschnosti-meditsinskih-uslug-kak-ekonomicheskoy-kategorii>

26. Кривенко Н.В., Елишев В.Г., Кривенцова Л.А. Влияние инноваций на результативность здравоохранения в системе экономической безопасности региона. *Экономика региона*. 2019. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-innovatsiy-na-rezultativnost-zdravoohraneniya-v-sisteme-ekonomicheskoy-bezopasnosti-region>

27. Кринична І.П. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект. *Аспекти публічного управління*. 2015. № 3 (17) Березень. С. 19-26.

28. Леонтьев И.Л., Махинова Н.В. Особенности современной системы управления здравоохранением. *Journal of new economy*. 2010. №2 (28). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sovremennoy-sistemy-upravleniya-zdravoohraneniem>

29. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52). С. 5-11.

30. Мировая статистика здравоохранения, 2020 г: мониторинг показателей здоровья в отношении ЦУР, целей в области устойчивого развития [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020. 414 Лицензия: ССВУ-NC-SA 3.0IGO. URL: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

31. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>

32. Мочалов Ю. Інноваційна діяльність у роботі закладів охорони здоров'я. Охорона здоров'я сьогодні. *Практика управління медичним закладом*. 2014. № 3. С. 28-37. URL: 415 [https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/23597/1/Pages%20from%20Mediki\\_3\\_2014\\_inet.pdf](https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/23597/1/Pages%20from%20Mediki_3_2014_inet.pdf).
33. Музика І.С. Реформа охорони здоров'я: проблеми, аналіз, напрями реалізації (на прикладі Карпатського регіону України). *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*. 2016. Вип. 2 (118). С. 38-42. URL: [http://ird.gov.ua/sep/sep20162\(118\)/sep20162\(118\)\\_038\\_MuzykaI.pdf](http://ird.gov.ua/sep/sep20162(118)/sep20162(118)_038_MuzykaI.pdf)
34. Національна служба здоров'я України. Про НСЗУ. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. URL
35. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025. URL: [https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi\\_OZ.pdf](https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf)
36. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015—2020 роки. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>
37. Огнєв В.А., Чухно І.А. Громадське здоров'я: змістовно-управлінський аспект. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 3 (50). С. 58-61.
38. Опалько В.В. Реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Вісник Черкаського університету Науковий журнал*. 2011. № 207.
39. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Відомості Верховної Ради України. 1993. №4. С. 20.
40. Пашков В. Сутність медичних послуг у системі господарського законодавств. *Медичне право*. 2013. 2(12). С. 88-101.
41. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування. *Механізми державного управління Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2014. № 2. URL: [http://el-zbirn-du.at.ua/2014\\_2/14.pdf](http://el-zbirn-du.at.ua/2014_2/14.pdf)

42. Погребський Т.Г. Особливості організації національної системи охорони здоров'я України. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Геологія. Географія. Екологія.* 2014. № 1098, Вип. 40. С. 101-104. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhG\\_2014\\_1098\\_40\\_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhG_2014_1098_40_20)
43. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 № 2002VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/200219>
44. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
45. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>
46. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
47. Про цінні папери та фондовий ринок: Закон України від 23 лютого 2006 року № 3480-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3480-15#n251>.
48. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2003.
49. Рожкова Е.В. Медицинские услуги: понятие и особенности. *Russian Journal of Education and Psychology.* 2011. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskie-uslugi-ponyatie-i-osobennosti>
50. Рудий В.М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук держ. упр. спец. 25.00.02. Київ, 2006.

51. Савіна Т.В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку. *Державне управління. Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 15. С. 95-98. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/15\\_2017/19.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/15_2017/19.pdf).
52. Савіна Т.В. Підготовка учасників резерву керівників медичних закладів шляхом післядипломного навчання. *Державне управління. Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 10. С. 126-132. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/10\\_2019/24.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/10_2019/24.pdf).
53. Свінціцький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. *Практикуючий лікар*. 2015. №1.
54. Тоноян Т.З., Лепян М.К. Здоров'я населення - основа формування людського капіталу і розвитку економіки. *Національний інститут Охорони Здоров'я Міністерства Охорони Здоров'я Республіки Вірменія*. Єреван, 2010.
55. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019: Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full-report\\_Web.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf)
56. Щодо пріоритетних напрямів вдосконалення вітчизняної сфери охорони здоров'я: аналітична записка. Національний інститут стратегічних досліджень. Київ, 2012. URL: <http://old2.niss.gov.ua/articles/480>.
57. Янова В.В., Лесниченко Е.Н. Сущность медицинской услуги как социальноэкономической категории. *Пространство экономики*. 2009. №2-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/suschnost-meditsinskoy-uslugi-kak-sotsialnoekonomicheskoy-kategorii>
58. Freidson Elliott. Brown, Phil. *The Social Organization of Illness. Perspectives in Medical Sociology*. Illinois : Waveland Press, 2000. P. 285–294.
59. Hallingberg B., Fletcher A., Murphy S., Morgan K., Littlecott H. J., Roberts J., Moore G. F. Do stronger school smoking policies make a difference?

Analysis of the health behaviour in school-aged children survey. *The European Journal of Public Health*. 2016. URL: <http://www.shrn.org.uk/2016-publications/>

60. Milton Terris. Epidemiology and Leadership in Public Health in the Americas. *Journal of Public Health Policy*. 1998. № 2. V. 9. P. 250-260.

61. Winslow Ch.-E.A. The Untilled Field of Public Health. 1920. *Modern Medicine* 2: 183–191.

62. World Happiness Report 2019. URL: <https://worldhappiness.report/ed/2019/>

63. World Happiness Report 2020. URL: <https://worldhappiness.report/ed/2020/>

Система категорій та понять в сфері розвитку державного управління  
системою охорони здоров'я

Джерело	Тлумачення
<b>Охорона здоров'я</b>	
К.-І. Вінслоу [61]	Охорона здоров'я не є синонімом медицини, а одним з головних факторів і критеріїв прогресу розвитку суспільства, тому що практично немає жодної галузі діяльності, які б так чи інакше не позначалися б на здоров'ї людей
Основи законодавства України про охорону здоров'я [39]	охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя
Опалько В.В. [38]	Охорона здоров'я - галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Охорона здоров'я – це ключовий елемент національної безпеки держави
Булеца С.Б. [7]	охорона здоров'я — це система державних і суспільних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань та забезпечення довголіття людини
Янова В. В., Лесниченко Е. Н. [57]	Охорона здоров'я - одна з галузей сфери обслуговування. Турбота про збереження здоров'я особистості, збереження здоров'я трудящих, профілактиці хвороб мають велике значення для виробництва, так як під впливом цих факторів зростає активний період людської діяльності і знижуються втрати робочого часу.
Дурманов Б. [14]	Охорона здоров'я - це галузь економіки держави, що включає виробництво товарів і послуг, спрямованих на поліпшення та розвиток здоров'я громадян
Баранбаєва Л.З. [3]	Охорона здоров'я являє собою сукупність галузей і організацій, що задовольняють потреби населення по охороні здоров'я. У цій сфері відбувається створення умов для відтворення працівника з метою продовження роду, підтримки і поліпшення його здоров'я
<b>Медична послуга</b>	
Янова В. В., Лесниченко Е. Н. [57]	медична послуга як економічна категорія виражає економічні та соціальні відносини з приводу задоволення потреб у збереженні життя і здоров'я населення
Данилочкіна Ю.В. [11, с. 8]	Це сукупність професійних відплатних, доцільно необхідних дій виконавця, в окремих випадках - зустрічних з боку пацієнта (замовника, споживача), спрямованих на задоволення потреб останнього в формі певного стану здоров'я
Рожкова Е.В. [49]	Погоджений процес взаємодії суб'єктів ринку, коли об'єктом обміну є медична діяльність в якості специфічної трудової діяльності
А.О. Гаврилюк, Р.Г. Жарлінська, Г.В. Даценко, В.П. Сорокоумов, А.А. Міщук, А.С. Котуза [9]	Медична послуга - визначене договором або законом медичне втручання або комплекс медичних втручань, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування захворювань, медичну реабілітацію та які мають самостійне закінчене значення

Дурманов Б. [14]	Медична послуга - це комплекс відплатних послуг, що здійснюються персоналом медичної установи при наданні медичної допомоги пацієнту в певній клінічній ситуації з використанням певних медичних технологій, незалежно від використовуваних механізмів і методів оплати
Пашков В. [40]	медична послуга – це послуга лікувально-профілактичного характеру, в основі якої лежить медична допомога відповідно до існуючих медичних стандартів, підкріплена системою конкурентних переваг
Громадське здоров'я	
Hallingberg B. [59]	Громадське здоров'я являє собою важливий атрибут суспільного життя та структурну умову відтворення соціально-біологічної детермінації суспільства, що дає змогу проаналізувати антропоцентричну цінність людини в конкретних історичних умовах та фізіологічної будови.
Freidson Elliott [58]	постає як об'єктивний фактор самореалізації індивідів у суспільстві, а відтак один із параметрів якості життя індивідів, соціальних груп
Winslow CharlesEdward Amory [61]	Громадське здоров'я (англ. Public health) — це наука та практика попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства
Суміжні поняття	
Пашков В. [40]	Медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами

**Виконала:** студентка  
магістратури за  
спеціальністю 281 Публічне  
управління та \_\_\_\_\_ Анастасія ЛУБОВА  
адміністрування заочної  
форми навчання

**Науковий керівник:**  
завідувач кафедри  
публічного управління та  
адміністрування, \_\_\_\_\_ Едуард ЩЕПАНСЬКИЙ  
д.держ.упр., доцент

**Робота допущена до  
захисту:**  
завідувач кафедри  
публічного управління та  
адміністрування, \_\_\_\_\_ Едуард ЩЕПАНСЬКИЙ  
д.держ.упр., доцент