УДК 614.2

**В.І. Журавель1, Т.Ю. Ткачук2, В.В. Журавель3.**

*1Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ*

*2Національна академія СБУ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ*

*3Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ*

**СИСТЕМНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ЗМІН ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ: УМОВИ, ВИМОГИ, СТАН, ТЕНДЕНЦІЇ**

***Резюме.*** *У**статті концептуально висвітлені й охарактеризовані базові складові і умови-вимоги щодо системної трансформації/реформи чинної українсь-кої охорони здоров’я, її сучасний стан, наслідки і тенденції розвитку.*

*Констатовано, що розв’язання наявних проблем здоровоохоронної галузі можливо при управлінні на засадах системного менеджменту і теорії соціальних змін, встановленні чітких пріоритетів її розвитку, впровадженні моніторингу зрушень за виваженими оціночними показниками/критеріями/індикаторами, за-безпеченні професійного та соціального партнерства.*

***Ключові слова****: трансформація, система, системність, охорона здо-ров’я, медична допомога населенню.*

**Актуальність.** Сьогоденна здоровоохорона галузь України потребує по-долання багатьох наявних і потенційних проблем, проте напрями і форми її доцільних зміни викликають багато питань у науково-методологічній, медико-професійній, організаційно-правовій, суспільно-громадській й іншій площині.

Сприйняття і результативність перетворюючих процесів чинної системи охо-рони здоров’я (СОЗ) можливе за умов дотримання низки вимог і здійснення заходів у професійно-компетентній, помірковано-виваженій формі *(а не за хибними, самоам-бітними, емоційно-авантюристичними та декларативними переконаннями, за сти-лями “нової мітли” чи “після мене хоч потоп”)*, знанні організації й особливостей національної системи, її наявних і переконливих здобутків, менталітету, традицій і культурно-просвітної спадщини народу, регіональної специфіки розвитку, і головне – досвіду і думки фахівців, дотичних до проблеми, медичної і громадської спільноти щодо можливостей, стану і стратегії розвитку.

Засадничими принципами трансформації/реформування СОЗ України, вихо-дячи із європейської інтеграції, мають ґрунтуватися на сучасних загальноприйнятих підходах і стратегіях – системність, комплексність, процесність, справедливість, солі-дарність, ефективність і продуктивність [1]. У протилежному разі ситуація в галузі матиме ознаки стагнації і безвиході (що фактично, нажаль, і прослідковується).

**Мета дослідження** –обґрунтувати з позицій системного менеджменту основні базові складові програми функцiонально-структурних змін чинної СОЗ.

**Теоретичне підґрунтя.**Аспектномудослідженню стану СОЗ України і потен-ційних змін у ній присвячені праці таких науковців і громадських діячів, як: О.В.Богомолець, Т.В.Бутківська, Т.А.Вежновець, О.П.Корнійчук, О.В.Коротких, Л.А.Ляховченко, І.В. Мартусенко, К.О.Надутий, І.В.Найда, В.Д.Парій, О.В.Поживіло-ва, І.В.Рожкова, В.В.Рудень, А.В.Степаненко, Б.М. Тодуров, О.К.Толстанов, І.Д.Шкр-обанець, А.В. Якименко, Н.П. Ярош та ін. Але із-за різновекторності публікацій і повідомлень, низка питань, особливо управлінсько-правового спрямування, зали-шаються дискусійними, що й обумовило актуалізацію тематику статті.

**Методи дослідження**. При аналізі й оцінці СОЗ і прогнозування функ-ціонування системи медичної допомоги населенню (СМДН) використані ме-тоди системного підходу, експертних оцінок, емпіричного і статистичного аналізу. Наведення дедуктивно пов’язаних між собою припущень, положень, гіпотез наслідків змін керованої системи, формування логічного підсумку і висновків здійснено за гіпотетико-дедуктивним методом, а також за методами логічного і латерального аналізу, синтезу, узагальнення, ідеалізації й індукції. Обґрунтування науково-практичних положень розвитку системи здійснено на засадах системного менеджменту та теорії соціальних змін.

**Результати та обговорення**

Асоціювання нашої свідомості з радянською та патерналістичною сферою охорони здоров’я (ОЗ), яка, за абсолютною більшістю науковців, фахівців з управління цією галуззю та медичної спільноти, потребує позитивних змін. Однак вживане у СОЗ поняття трансформації (*лат. transformatio – перет-ворення, перебудова; видозміна процес істотної структурної переробки сис-тем шляхом зміни зв’язків, відносин, опосередкувань [2]*) невірне як на рівні йо-го сприйняття, так і на рівні наукової та професійної діяльності. Це стосується й трактування поняття “медична реформа” (*реформа –* *комплекс заходів, якими вводяться на заміну старих нові суспільні відносини, що призводить до зміни умов діяльності)*, котре як сленг все частіше і частіше зустрічається в публі-каціях і доповідях. Насправді ми реформуємо не медицину *(термін “медицина” – це науково-дослідницький, професійний профіль [2])*, а систему медичної до-помоги населенню, яка складається з соціального та комерційного сегментів, і котра входить до СОЗ, а остання, свою чергу, включає у себе і громадське здоров’я населення (ГЗН) [3].

Серед численних інноваційних напрямків від МОЗ України в останні чо-тири роки, більшість з яких обґрунтовано піддаються критиці із-за абсолютиза-ції зарубіжного досвіду, формуванням викривленої реальності через недостат-нє осмислення філософсько-світоглядних, методологічних і концептуальних пи-тань, ігнорування вітчизняних здобутків і напрацювань, переліку “зручних” проблем з подальшим їх “розв’язанням”. Проте окремі позиції/ідеї, хоча й не нові для наукового загалу і, що нерідко, запозичені (*загально-обов’язкового державного соціального медичного страхування, тарифікації медичних послуг, “гроші йдуть за пацієнтом”, автономізація медзакладів (МЗ), диференціація посадових осіб апаратів управління тощо*), у цілому лікарським середовищем сприймається схвально. Проте успішною реформою є не тільки така реформа, що реалізує підготовлену її модель на паритетних умовах соціального партнер-ства, а й забезпечує відповідний професійний, технологічний, економічний, соціально-психологічний і суспільно-духовний прогрес.

Але наше дослідження присвячене не стільки реформі/трансформації СОЗ, скільки проблемам навколо них, усвідомлюючи, що у контексті перетворень мо-жуть бути дестабілізаційні, дезінтеграційні тенденції з порушенням інтегрова-ності як самої соціальної системи, так й аксінормативної єдності суспільства.

Будь-які системні змін здійснюються при розумінні і суворого виконання методик, правил, підходів, як аксіом, системного і тактико-стратегічного менедж-менту, а також і теорії соціальних змін (*цілеспрямованість, реалістичність, науковий супровід, технологічність, ресурсна забезпеченість, гуманістичність, раціональність, громадянська підтримка, управління змінами і ін.).* Тому для досягнення визначених стратегією кінцевих результатів доцільно починати:

- з дотримання законодавства країни, де базовою рамкою системи охо-рони здоров’я України є Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” від 19.11.1992 р. [4], яким встановлюється, що *кожен грома-дянин має право на безоплатне отримання у державних і комунальних зак-ладах охорони здоров’я медичної допомоги*, до якої належать екстрена, первин-на, вторинна, третинна медична допомога, а також паліативна допомога. Зако-ном встановлено також, що *існуюча мережа державних і комунальних закладів охорони здоров’я не може бути скорочена*;

- не з глобальних, а з базових складових функціонування керованої систе-

ми, служби, організації, структури. Для цього, під цілі і завдання, складається і затверджується: програма попередніх заходів щодо формування повноцінного виробничо-необхідного компонентного складу та їх функцій *(персонал, профе-сійні кадри, фінанси, інформація, технології та ін.*); поетапний і цілеспрямова-ний план-дій; системно доорганізовується конкретна керована структура; формується сприятливе внутрішнє та зовнішнє середовище тощо. Слід наго-лосити, що програмні системні зміни потребують кратного, позанормативного збільшення окремих компонентів (ресурсів), наприклад, фінансування.

До базових складових потенційного процесу трансформаційних змін у СОЗ, на наше переконання, відноситься:

1. Необхідність відокремлення системи медичної допомоги населенню від системи охорони здоров’я.

2. Система медичної допомоги населенню повинна бути мати статус організованої соціальної системи за принципом системності.

3. Впровадження моделі управління на засадах менеджменту з пакетами управлінської діяльності за видами управління – оперативного, тактичного, стратегічного і ситуаційного.

4. Систематичне і непереривне підвищення службово-ділової кваліфікації управлінського персоналу за службово-посадовими категоріями з періодичною

звітністю про результати впровадження набутих знань у практичній діяльності.

5. Стандартизація і тарифікація видів медичної допомоги (МД).

6. Організація діяльності за протоколами/моделями управління якістю МД за стандартами *циклу ПРАД* ***(Плануй-Роби-Аналізуй-Дій)*** Е.Демінга, ІСО-2000 і використанням методик SWOT-аналізу, функціонально-вартісного аналізу (ФВА).

7. Прийняття закону про страхову медичну допомогу, впровадження стра-хової медичної практики і багатоканальної системи фінансування.

8. Програмно-цільове бюджетне, медико-солідарне і комплексне фінан-сування надання медичної допомоги соціально-незахищеному контингенту.

9. Перехід медичних закладів на сучасні інформаційно-інноваційні техно-логії *(електронну систему медичної допомоги населенню – ЕСМДН).*

10. Заробітна плата і соціальний захист (пакет) для медичного персоналу.

11. Преференції для МЗ на період їх становлення і розвитку.

12. Забезпечення лікувально-діагностичним обладнанням, технологіями і іншим ресурсами у відповідності до потреб і норматив надання МД.

Зупинимося на характеристиці окремих цих базових складових.

На сьогодні вкрай актуальним стає відокремлення ***системи медичної до-помоги населенню***, як відомства, служби, специфічного і вірогідного профе-сійного виду діяльності, конкретними завданнями яких є *відновлення здоров’я* *індивідууму-пацієнту* за медико-діагностичними стандартами, прийомами і тех-нологіями, від ***системи охорони здоров’я***, як галузі, напряму діяльності держави та її інституцій по створенню, примноженню умов праці/проживання з метою *збереження та зміцнення здоров’я* *громадян* за стандартами, технологія-ми і механізмами державного управління. Тобто, здоров’я людини, як інтегро-ваний, системостабілізуючий показник благополуччя і національної безпеки держави, як багатовимірне, організаційно-правове, соціально-економічне і пси-хіко-психологічно орієнтоване поняття та об’єкт управлінського впливу, до-цільно розглядати щонайменше з двох принципових позицій, передусім як до:

- *пацієнта* (людини, яка тимчасово втратила здоров’я через захворювання або травму, а не хворого (принизливого і надуманого поняття) – це проблема СМДН, цілі і функції котрої сфокусовані на медичну профілактику та ліку-вання захворювання, медичну реабілітацію з метою попередження інвалідності і смерті індивідуума, тобто надання/забезпечення відповідної МД (а не *медич-ного обслуговування*?) з використанням конкретних оціночних професійних критеріїв та індикаторів (*своєчасність, адекватність, повнота, кваліфіковані-сть, рівень та якість медичної допомоги або послуги*);

- повсякденно нужденної *людини* у відповідності до конституційних гарантій – це проблема самого індивідууму, держави, влади, працедавця, гро-мадських організацій, професійних спілок, відомчих комісій, волонтерів та інших інституцій. Мета й функції таких структур повинні бути сконцентровані на систематичній і комплексній організаційно-правовій, фінансово-економіч-ній, виробничій, соціально-побутовій, психологічній, освітньо-просвітницькій, культурно-оздоровчій та іншій допомозі, а також здійснення широкої і дієвої профілактики (попередженню) виникнення і поширення хвороб, патологічних та епідемічних станів, інфікування, травматизації людини. Забезпечення реалі-зації таких соціально-орієнтованих державно-відомчих програм скеровуються на підвищення народжуваності, формування здорового образу життя, повномас- штабної соціальної реабілітації, благополуччя, довголіття всіх когорт населення з використанням загальнонаціональних оціночно-облікових вимірників (конк-ретних показників, критеріїв, індикаторів тощо), як, наприклад, інтенсивних показників – *народжуваність, захворюваність, хворобливість, інвалідність, смертність населення* і ін., на які медичні працівники, медичні організації впливати, а відповідно і відповідати за них не можуть як де-факто, так і де-юре.

Такий підхід знаходиться у повній відповідності до позиції ВООЗ (*сис-тема охорони здоров’я – це сукупність всіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров’я)*, за якої медицина впливає на здоров’я тільки в межах 8,0-15,0%, а інше – генетика і спадковість, навколиш-нє середовище, екологія, виробничі і соціально-економічні і духовні складові – умови і спосіб життя і харчування, освіта, поведінка у суспільстві, наявність роботи та сім’ї, релігія, література, мистецтво, благодійність [5]. Тому профіль-ним медичним міністерством повинно бути міністерство медичної допомоги населенню (ММДН), а реорганізований під відповідні цілі, завдання і функції чинний МОЗ має стати провідником у реалізації державної політики стосовно громадського здоров’я населення.

В цьому контексті сформовані і вимоги “Основ законодавства України про охорону здоров’я” (1992) – “***... суспільство i держава відповідальні перед сучас-ним i майбутніми поколіннями за рівень здоров’я i збереження генофонду народу...”,*** а “***.. реалізація державної політики охорони здоров’я покладається на органи державної виконавчої влади..”***[4]. Проте на практиці фактично питання охорони здоров’я насе­­­лення перекладені на медичні структури, хоча їх функціональне призначення в іншому.

На переконання екс-генерального директора ВООЗ Маргарет Чен, ні гро-ші, ні оснащення, ні найкращі наміри не зможуть забезпечити достатній прог-рес в охороні здоров’я, якщо відсутні системи, здатні надавати своєчасну і адекватну медичну допомогу тим, хто найбільше її потребує.

2. Будь-які організаційно-управлінські зміни можливі, коли керована сис-тема, у нашому випадку СМДН, повинна мати статус *автономної органі-зованої структури* за теорією систем і принципом системності. Тобто, коли сама система та її обов’язкові складові (*суб’єкт управління, об’єкт управління та блок інформаційно-аналітичного забезпечення*), функціональні процеси (*за-пуск, набір операцій і процедур, випуск і зворотній зв’язок*) організовані на за-садах системного підходу за його 6-ти аспектами – *системно-компонентним*, *-функцінальним, -структурним, -інтегративним, -комунікаційним та -історич-ним* [6].За такою методикою на стартових позиціях і в процесі діяльності кон-кретна система буде не тільки насинена повноцінним і виробничо-необхідним складом її компонентів (*ресурсів)* з визначеними їх функціями, з свідомо від-працюваними архітектурно-планувальними функціональними структурами, ти-пами управлінських (*службово-посадових)* відносин. Це дозволяє забезпечити функціонування підсистем і персоналу на кінцевий результат, цілеспрямовано і на договірно-програмному рівні відпрацювати доцільні комунікації з зовніш-нім середовищем, ураховувати і примножувати традиції, здобутки колективу.

3. До наступної складової слід віднести моделювання системи управління на засадах сучасного менеджменту, яка буде антиподом адмініструванню, що використовується сьогодні на практиці. У свою чергу, впровадження моделі управління потребує розробки пакетів діяльності за видами управління на всіх ієрархічних рівнях – оперативному, тактичному, стратегічному і ситуаційному.

З позицій системного менеджменту сама же організаційно-функціональна модель національної СМДН, як і СОЗ, повинна бути державно-громадською, бюджетно-страховою. Така позиція підтримується рядом авторів (*Т.В.Бутківсь-ка****,*** *П.Я.Калита, І.В.Найда, О.К.Толстанов, А.В.Степаненко,**І.Д.Шкробанець і ін.).*

Застосування на практиці управлінської складової потребує принципової зміни до кваліфікаційно-професійної підготовки як посадовців системи (*особ-ливо вищих рівнів*), так і дотичних до управлінсько-організаційних процесів спеціалістів. Це, у свою чергу, актуалізує наступну (4-ю) базову складову – *сис-тематичне і непереривне підвищення службово-ділової кваліфікації* управлінсь-кого персоналу за службово-посадовими категоріями зі періодичною звітністю про результати впровадження набутих знань у практичній діяльності.

Особливої уваги на сьогодення потребує 5-а базова складова – *стандартиза-*

*ція і тарифікація* видів медичної допомоги, як уточнення та опис медичної послу-ги, процедура обрахунку *(формула затверджується міністерством)*, обґрунтуван-

ня варіантів протоколів лікування (*надання МД*), обговорення, погодження і впро-вадження. Тарифікація МД, окрім медичного і соціального значення, дозволяє виз-начити об’єм допомоги при будь-якій нозології, встановити вартість за українськи-ми цінами лікування хвороб/травм і визначити частку вартості, яку держава повин-на платити. Проте на сьогодні МОЗ, як державна інституція, замість цього предста-вляє розуміння тарифікації медпослуг не як гарантоване зобов’язання держави пе-ред пацієнтом, а як прейскурант, який держава виставляє пацієнту за складові МД (*консультацію, обстеження, лікування тощо*). Тобто, все точнісінько до навпаки [3].

Небажання МОЗ провести справжню тарифікацію пояснюється відсутністю

медичних стандартів, найнижчим показником у Європі і неадекватним консо-лідованим бюджетом охорони здоров’я з 55 доларів у перерахунку на душу на-

селення (*Болгарія та Румунія мають у 10 разів більший*).

Тарифи на медичну допомогу, як і на кожну медичну процедуру, мають об’єднати згідно із ціною у DRG-групи (*діагностично-споріднені групи Diag-nostic Related Group)* з відповідним своїм кодом. Це дає можливість МЗ або лікарю отримати гроші за лікування пацієнта тільки вписуванням коду і від-правкою його до страхової компанії (схема задіяна у цивілізованих країнах).

Відсутність затверджених тарифів на складові медичної допомоги ставить під сумнів можливість реалізовувати розрекламований маніпуляційний прин-цип “гроші йдуть за пацієнтом”. Згідно національних протоколів за кожним видом МД стоїть сума до якої треба доплатити мінімум ще дві такі суми. Тобто дольова участь держави завжди буде не більше 30,0%. Цьому підтвердження видане КМУ Розпорядження від 30.11.2016 за №1013-р “Про схвалення Кон-цепції реформи фінансування системи охорони здоров’я”, де передбачена наяв-ність тарифів для повної оплати медичних послуг, що входять до державного гарантованого пакету МД, а також тарифів офіційної співоплати таких послуг.

На думку професора Б. Тодурова в Україні нібито вже третій рік поспіль розробляється чи австралійська, чи новозеландська система DRG-груп. Але, як наголошує професор, як можна її розробляти, якщо не створені ні стандарти, ні тарифи медичних послуг, а в українській медицині навіть немає такого елемен-тарного поняття, як формула розрахунку тарифів лікування [7].

Прийняття закону про страхову медичну допомогу, впровадження стра-хової медичної практики і багатоканальної системи фінансування – це 7-ма базова складова процесу змін у СМДН. Однак реалії інші – за останні 27 років, із законопроектів (більше 20) за даною проблемою, що подані до Верховної Ради, жодний з них не отримав позитивного експертного висновку і навіть у першому читанні не був проголосований.

Не знайшла свого остаточного практичного втілення і 8-ма базова складо-

ва процесу трансформаційних змін СМДН – програмно-цільове бюджетне, медико-солідарне та комплексне фінансування надання медичної, діагностич-ної, реабілітаційної і фармацевтичної допомоги когорті соціально-незахище-ного контингенту – діти, пенсіонери, пацієнти за експертними висновками (психічні хворі, з онкологічною патологією і ін.), а також медичні працівники.

Найамбітнішім і вельми перспективним напрямом (*9-а базова складова*) для СМДН – перехід системи у цілому, медичних закладів і наукових установ на сучасні автоматизовані інформаційно-інноваційні технології ЕСМДН*:* ком-п’ютеризація реєстрів із програмним забезпеченням і базами даних, електронне документаційне супроводження професійної діяльності, роботизація діагнос-тичного процесу, електронна ідентифікація пацієнтів, збір даних профілактик-них обстежень для подальшого використання в аналітичних, експертних і ста-тистичних системах, дистанційного консультування і діагностики тощо.

Електронна СМДН – це використання автоматизованих інформаційно-ко-мунікаційних технологій для упорядкування/забезпечення процесу взаємодії між пацієнтами, медичними працівниками/установами з метою підвищення ефектив-ності і поліпшення доступу до медико-санітарної допомоги, надання медичних

послуг, скорочення числа обстежень та їх дублювання.

Впровадження принципів електронної медичної допомоги населенню пе-редбачено Програмою Європейського Союзу “Європейська стратегія здоров'я-2020” і вітчизняною стратегією розвитку інформаційної спільноти в Україні.

# На думку Карен Тейлор [8], концепція оптимізації та автоматизації про-цесів в інформаційно-комунікаційному і технологічному середовищі СМДН це:

# - рішучий крок до реалістичного інтерактивного проекту “Розумна лікар-ня” (вже функціонує, наприклад, у Китаї);

# - підхід до управління медичним закладом з дієвим і прозорим контролем медико-діагностичних процесів;

# - задіяння моделі пацієнто-орієнтованої медичної допомоги населенню.

### На даному етапі процесу змін МОЗ активну позицію займає щодо запровад-ження системи e-Health з метою переведення медичної документацію в електрон-ний вид, розвантаження лікарів, унеможливлення втрати медичних даних па-цієнтів, збору даних щодо необхідних послуг в окремих районах, розрахунку тарифів і контролю якість медичної допомоги. Однак, це тільки незначна час-тина гігантських перспектив удосконалення, підвищення ефективності діагнос-тики і лікування пацієнтів за рахунок об’єднання людського інтелекту з інфор-маційно-інноваційними технологіями на системній основі.

***У порядку підсумку.*** Недотримування і не розв’язання базових складових реформаційні процеси у СОЗ, які стосуються кожного, приречені на невдачу, зневіру і зневагу людей до влади, державних інституцій. Натомість міністерські оптимістично-хвалебні реляції стосовно “глибинних змін”, “реформації”, “транс-формації”, “модернізації”, “реорганізації”, “інтеграції”, “оптимізації”, “система-тизації”, “децентралізації”, “автономізації” та інші “…ції” за висновками провідних науковців, управлінців і медичної спільноти за фактом це [3, 9]:

* відсутність України у рейтингу країн за ефективністю медичного забез-печення населення з 2010 р. (за*порівняльним методом агентства Bloomberg)*;
* низькі державні витрати на ОЗ у % від ВВП на душу населення  (*2,34% або близько 166 дол. США, 30,0% від потреби на пацієнтів з онкологією*);

- відсутність обґрунтованого і легалізованого документа щодо національ-ної політики і стратегії в ОЗ, загальнодержавних потреб і пріоритетів;

- середня тривалість життя українців у 71,48 р. *(Канада – 80,3, Велика Бри-танія – 80,96,  США – 78,69, Швеція – 82,2, Норвегія – 82,51 років відповідно)*;

- не визначеність змісту базового права на МД та охорону здоров’я;

- нерозвиненість стандартів діяльності МЗ, нерозуміння ролі системи управління якістю як механізму оцінки результативності діяльності, наприклад, у відповідності до вимог стандарту ISO 9001;

- поява від МОЗ “нового клінічного протоколу медичної допомоги”, в якому: вилучається діючий у МЗ “Локальний протокол медичної допомоги”; виключений етап адаптації клінічних настанов; дозволена поява кількох нових клінічних протоколів для однієї клінічної ситуації (захворювання) на вибір лі-каря без фінансового та ресурсного забезпечення і ін. Це зворотній шлях до єв-

ропейських і світових засад розробки клінічних протоколів за інструментами

AGREE і методологією ADAPTE або NICE, а значить, і від належної якості МД;

- відсутня орієнтація СМДН на вимоги, потреби та цінності пацієнта із-за відсутності стратегічних планів розвитку галузі, бюджетних гарантій за обся-гами, видами і формами надання МД у державно/комунальних МЗ тощо*;*

- прийняття МОЗ України несистемних, небезпечних і необґрунтованих управлінських рішень, що несуть ризики (*ліквідація-знищення комунальних МЗ, служб*; *тенденційне звільнення посадових осіб*; *не можливість укладання дек-ларації з пацієнтами понад нормативу в 1,8-2 тис. пацієнтів; відсутність ре-комендацій закладам ОЗ щодо встановлення розміру оплати/доплати/надбав-ки праці лікарів первинної ланки зі зміною механізму фінансування; запуск елек-тронної системи e-Health без створення системи захисту інформації цен-тральної бази даних; відсутність гарантованих державою медичних виробів і ліків, їх якість, затримки поставок і т.п.);*

- модель управління радше нагадує тоталітаризм, зміцнення чиновницької диктатури, впровадження інструментів фільтрації рядів професіоналів, ігнору-вання і гальмування діалогу з професійною лікарською спільнотою;

- не належна увага до підвищення професійної і службово-ділової кваліфікації управлінських кадрів, і перш за все співробітників МОЗ, за видами менеджменту, управління якістю, ділової досконалості та ін.;

- окремі нинішні впровадження від МОЗ – це, переважно, порушення прав інтелектуальної власності через копіювання, крадіжку і спотворення авторських напрацювань, у т.ч. і національних;

- незрозумілий, непрофесійний підхід у нормативах, за якими і терапевт, і педіатр і будь-який спеціаліст може працювати на рівні первинної МД;

- черги до лікарів, відмова від надання МД за зверненням і за викликом, утруднення запису на прийом і прийому лікарями-спеціалістами;

- переклад витрат на ОЗ на населення, скасування і звуження права на безоплатну МД;

- надання ринкової послуги, а не медичної допомоги;

- нездорова конкуренція, а не співпраця, між лікарями зі застосуванням мотивуючих коефіцієнтів оплати за дітей та осіб похилого віку, тощо.

Таким чином, вищенаведене дозволяє констатувати, що трансформаційні процеси українського взірця чинної СОЗ проводяться за сценарієм/методоло-гією не системного, а етропічного менеджменту або місменеджменту зі сталими і прогнозованими політико-правовими, організаційно-управлінськими, медико-професійними і соціально-психологічними згубними результатами-наслідками і руйнуванням самої соціальної керованої системи.

**Висновки:**

1. Констатовано, що українська система МДН на сучасному етапі трансформа-ційних перетворень не має ознак організованої та інтегрованої з позицій системного менеджменту*,* проводяться без врахування системостабілізуючих факторів, дестабілі-заційних і дезінтеграційних тенденцій, без вирішення базових умов-вимог її по-дальшого функціонування, не є солідаризованою та орієнтованою на предмету свого призначення/запуску – *пацієнта.*

2. Встановлено, що однією з причин фрагментарних змін чинної СОЗ України є вiдсутнiсть затвердженої на законодавчому рівні Національної науково-обґрунтованої ком­плексної концепцiї-програми, як послідовного, взаємоузгодженого, аполітичного і міжвідомчого державного документа, що визначає національну політику і стратегію в галузі, загальнодержавні потреби і пріоритети на тривалий період, і спрямований не тільки на інституційні перетворення, а й на формування у всіх суб’єктів суспільного розвитку стратегічного підходу вирішення соцiально-еко­­­номiчних аспектів здоров’я населення, його компонентів і поступального розвитку галузі.

**Список використаних джерел:**

1. *Корнійчук О.П.* Трансформація системи охорони здоров’я України: стан та перспективи / О. П. Корнійчук // Український медичний часопис. – 2013. – № 4. – С. 20-26. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh\_2013\_4\_6.

2. Термінологічний і понятійний довідник: Навч. посібник / В. М. Литвин,

В. І. Гусєв, А. Г. Слюсаренко та ін. – К.: Вища школа, 2002. – С. 326-328.

3. *Якименко А.*Медична реформа як індикатор національної неспромож-ності // Хвиля, 28.01.16.

4. Основи законодавства України про охорону здоров’я//Відо­­­мості Верх. Ради України. – 1993. – №4. – С. 59-84.

5. *Устинов А.В.*Національна стратегія охорони здоров’я: погляд медичної спільноти*/*А.В. Устинов *//*Український медичний часопис. – 2018. – № 6(2). – С. 1-7. – Режим доступу: https://www.umj.com.ua/article/134492/natsionalna-strategiya-ohoroni- zdorovya-poglyad-medichnoyi-spilnoti.

6. *Журавель В.И., Запорожан В.Н.* Менеджмент в системе медицинской по-мощи / В.И. Журавель, В.Н. Запорожан. – Одесса: Одес. гос. мед. ун-т, 2000. – 432 с.

7. Zik.ua/news/2017/06/13.

8. *Карен Тейлор. –* Режим доступу: https://www.philips.ru/a-w/about-philips/fhi/articles/by-2020 -the-smart-hospital-will-be-a-reality.html*.*

9. *Снєгірьов П.* Мета процесу – досягнення результату! Нові зрушення на шляху формування Національної стратегії охорони здоров’я / П.Снєгірьов // Український медичний часопис. – 2018. – №6(1). – С.1-5.

**СИСТЕМНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ИЗМЕНЕНИЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНИ: УСЛОВИЯ, ТРЕБОВАНИЯ, СОСТОЯНИЕ, ТЕНДЕНЦИИ**

**В.И. Журавель, Т.Ю. Ткачук, В.В. Журавель**

***Резюме.*** *В статье с позиций системного менеджмента представлены и охарак-теризованы концептуальные базовые составляющие и условия-требования к трансформации/реформе действующего украинского здравоохранения, дана оценка его текущего состояния, последствий и тенденций развития.*

***Ключевые слова****: трансформация, система, системность, охрана здоровья, медицинская помощь населению.*

***Цель исследования*** – *обосновать с позиций системного менеджмента основ-ные базовые составляющие программы функционально-структурных измене-ний существующей СОЗ.*

***Методы.*** *При оценке и прогнозного моделирования функционирования системы медицинской помощи населению использованы методы системного подхода, экспертной оценки, эмпиричного, статистического, гипотезо-дедуктивного, логико-латерального анализа, синтеза, обобщения, идеализации и индукции. Обоснование теоретико-методологических и научно-практических положений развития системы осуществлено на основе системности и теории социальных изменений.*

***Результаты.*** *Эффективность трансформационных процессов национальной СОЗ зависит от соблюдения ряда условий-требований и осуществления меро-приятий в профессионально-компетентной форме, знании её особенностей и достижений, менталитета, традиций и культурно-образовательного наследия народа, опыта и мнения специалистов, сопричастных к проблеме, медицинс-кого и гражданского сообщества. Основополагающие принципы трансформа-ции должны основываться на последовательности, комплексности, процессно-сти, справедливости, солидарности, эффективности и производительности.*

*С позиций системного менеджмента авторами в программу функционально-структурных изменений СОЗ внесены и частично описаны 12 ключевых её базовых составляющих.*

***Выводы.*** *Констатировано, что украинская система МПН на нынешнем этапе трансформационных изменений не имеет признаков организованной и интегрированной с позиций системного менеджмента, осуществляются без учёта системостабилизирующих факторов, дестабилизационных и деинтегра-ционных тенденций, без решения базовых условий-требований её дальнейшего функционирования, не является солидаризованной и ориентированной на предмет своего предназначения/запуска – пациента.*

**V. Zhuravel, T. Tkachuk, V. Zhuravel**

***Summary.***

***Keywords:***

***Methods.***

***Results.***

***Conclusions.***

 *Рекомендовано до публікації:*

*……………………………………*

*Дата надходження рукопису:*

***Журавель Володимир Іванович*** *– доктор медичних наук, професор, професор кафедри менеджменту охорони здоров’я НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України*

*E-mail:* zhuravel\_vi@ukr.net

***Ткачук Тарас Юрійович –*** *кандидат юридичних наук, доцент Національної академії СБУ, доцент кафедри менеджменту охорони здоров’я НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України.*

*E-mail:* *tarast25@gmail.com*

***ЖуравельВіктор Володимирович*** *– кандидат**медичних наук, лікар Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами.*

*E-mail:* *viktor\_stomat@ukr.net*

*Адреса:* 03143, м. Київ, вул. акад. Заболотного, 21

*Контактний телефон:* (044) 250-13-37 (для кореспонденції)

 *Контактний телефон:* *0672443513*