

УДК 351:61.001.12/18

Є.Ю. Ткач

аспірант
Класичний приватний університет

ПРОГРАМНО-ЦІЛЬОВИЙ МЕХАНІЗМ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті досліджено особливості розвитку системи охорони здоров'я, виділено характерні риси, властиві програмно-цільовому плануванню й управлінню, питання цільового фінансування програм, розглянуто організаційні та економічні аспекти інвестування в межах державних цільових програм у галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: державне управління, охорона здоров'я, витрати, захворюваність, програмно-цільовий підхід, держава, місцеві бюджети, стратегія, державні цільові програми.

I. Вступ

Реалізація пріоритетних напрямів соціально-економічного розвитку помітно підвищила увагу органів державної влади й управління до процесів розвитку системи охорони здоров'я та їх впливу на збереження й поліпшення здоров'я людей, скорочення прямих і непрямих втрат суспільства за рахунок зниження захворюваності та смертності населення. Виділення значних коштів забезпечило збільшення кількості лікарів і середнього медичного персоналу, помітне зростання середньої заробітної плати в галузі, селективне оновлення її матеріально-технічної бази.

II. Постановка завдання

Метою статті є дослідження програмно-цільового механізму в державному управлінні системою охорони здоров'я.

III. Результати

За роки незалежності України теоретичні та практичні аспекти охорони здоров'я стали об'єктом активних досліджень вітчизняних учених. Вагомий внесок у вирішення теоретичних та методичних проблем розвитку державного управління охороною здоров'я зробили М.М. Білинська, Ю.В. Вороненко, Т.С. Грузєва, О.П. Гульчій, Г.В. Дзяк, Л.І. Жаліло, Д.В. Карамішев, Б.П. Криштопа, В.В. Лазоришинець, В.М. Лобас, В.Ф. Москаленко, З.О. Надюк, М.Є. Поліщук, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова, І.М. Солоненко, Н.Д. Солоненко, О.С. Шаптала та ін.

Варто зазначити, що рівень якості й доступності медичних послуг, як і раніше, не задовольняє потреби основної маси населення. Принципові зміни умов функціонування галузі (перехід до моделі обов'язкового медичного страхування, поява ринку медичних послуг) не привели поки що до системної трансформації системи управління охороною здоров'я.

Розвиток системи охорони здоров'я є невід'ємною складовою рівня і якості життя на-

селення й виконує найважливішу роль в економічному розвитку країни, забезпечуючи відтворення та якість трудових ресурсів, що створюють базу для соціально-економічного зростання. Подальше ефективне функціонування й розвиток галузі охорони здоров'я в умовах обмеженості інвестиційних ресурсів є найважливішим завданням органів влади всіх рівнів. Тому питання вдосконалення державного управління охороною здоров'я з боку держави, особливо в умовах економічної кризи, є як ніколи актуальним.

Інвестування у галузь охорони здоров'я розглянуто з позицій виділення коштів з державного бюджету на здійснення комплексу заходів, що забезпечують ефективне вирішення проблем у цій галузі в межах розробки та реалізації державних цільових програм.

Цільові програми використовують загальну методологію програмно-цільового підходу. У зв'язку із цим доцільно розглянути основні риси й особливості програмно-цільового підходу в управлінні складними соціально-економічними проблемами, зокрема проблемами в галузі охорони здоров'я.

На початку XXI ст. людство вступило в якісно новий період свого розвитку. Криза в галузях економіки, екології, охорони здоров'я і політики все більшою мірою фокусується на людині, її знаннях, цінностях і самосвідомості. Суперечність між особистістю й суспільством – одна з причин розбалансованості світу, що приховує в собі можливості соціальних вибухів.

Розуміння проблем, виявлення поточних тенденцій розвитку породжують і нові методи їх вирішення. Вони виявляються у сфері управління, мають стратегічний і тактичний характер. Висуваються нові вимоги до розвитку владного суб'єкта управління – держави. Програмно-цільові й прогностичні методи в управлінні стають нормою управлінської діяльності на всіх її рівнях.

На наш погляд, залежно від виникнення та загострення політичних, соціально-еконо-

мічних, національних і релігійних проблем, що вимагають для свого вирішення проведення комплексу взаємопов'язаних заходів, використання різних ресурсних джерел, роль програмно-цільового підходу й цільових програм в управлінні зростає.

У широкому розумінні програмно-цільова діяльність становить систему намічених заходів, дій, що підлягають здійсненню, проведення яких покликане забезпечити досягнення поставленої мети. При цьому необхідно забезпечити узгодженість постановки програмних цілей і формованих програмних заходів з їх досягнення протягом встановленого часу при заданих ресурсних можливостях і обмеженнях. На нашу думку, подібна узгодженість досягається завдяки тому, що програмно-цільовий підхід спирається на використання логічної схеми формування програм за формулою: "цілі програми – шляхи досягнення програмних цілей – засоби, необхідні для практичної реалізації". Ця формула відображає основний методологічний принцип, який дає змогу поєднувати принципи цілеспрямованості, ресурсозабезпечення й системного підходу. За своєю суттю програмно-цільовий підхід є однією з форм застосування комплексного, системного підходу до процесів управління об'єктами, процесами [2, с. 104].

Характерна межа програмно-цільового підходу в управлінні вирішенням складних соціально-економічних проблем полягає в його пристосованості до пошуку ефективних, економічних варіантів проблемних рішень. Необхідно також враховувати наявність зовнішнього середовища щодо проблеми, що вирішується за допомогою застосування програмно-цільового підходу. Наявність цього середовища зумовлює ряд обмежень на способи вирішення проблеми, які обрані програмою, та ресурси, намічені до використання. Необхідно також брати до уваги законодавчі, нормативно-правові обмеження.

Таким чином, можна виділити такі характерні риси, властиві програмно-цільовому плануванню й управлінню:

- єдність чіткої цільової орієнтації;
- комплексність намічених заходів;
- визначеність термінів здійснення цих заходів для досягнення поставленої мети;
- адресність і вказівка джерел ресурсів для реалізації намічених заходів.

Можна вважати за доцільне виділяти таку специфічну ознаку програмно-цільового підходу, як формування системи дій перед встановленням сукупності адресних програмних заходів. Поділ дій на функціональні, що характеризують зміст намічених заходів, й адресні, що визначають виконавців програмних заходів, має принциповий характер і прямо виявляється у виділенні функціональної й адресної структури державних цільових програм.

Операції, процедури, алгоритми практичного втілення програмно-цільового підходу не можуть бути сформульовані, визначені так, щоб поширюватися на будь-яку проблему. Будучи ефективним способом управління вирішенням найрізноманітніших економічних, соціальних, військових, політичних проблем, програмно-цільовий підхід позбавлений універсальності в тому розумінні, що втілює загальну методологію управління вирішенням проблем, відображає методичні підходи й містить методичні рекомендації загального характеру. Тому, застосовуючи програмно-цільовий підхід до вирішення конкретної проблеми, спираючись на його принципи, методологію, доводиться розробляти методіку та технологію визначення програмних цілей, шляхів і засобів вирішення цієї проблеми з урахуванням її специфіки, індивідуальності, яку не здатна відобразити загальна програмно-цільова методологія.

Для програмно-цільового підходу характерним є те, що він забезпечує реалізацію одночасно двох типів інтеграції соціально-економічних і науково-технічних процесів: просторової, коли потрібно об'єднати зусилля суб'єктів, що належать до різних галузей, регіонів або форм власності, і тимчасової, коли потрібно домогтися чіткої послідовності і єдності різних етапів (стадій) загального процесу руху до конкретної мети, передбаченої програмою.

У вітчизняній економічній теорії програмно-цільове управління нерідко розглядалося тільки як метод планування. Проте, на наш погляд, основне в програмно-цільовому підході – це органічна єдність чітко структурованої змістовної частини програми з формуванням і використанням організаційного й економічного механізмів її реалізації, контролем реалізації (останнє є одночасно й елементом активно функціонуючого зворотного зв'язку).

Будучи одним з найбільш яскравих проявів системного підходу в управлінні, програмно-цільове управління в неявній формі було властиве всім процесам управління, побудованим на системній основі. При цьому офіційне, документальне народження програм як інструменту планування, управління належить до ХХ ст. Спроби використовувати програмно-цільовий підхід у територіальному плануванні були наявними ще в 20–30-х рр. ХХ. (план ГОЕЛРО, Дніпрогес).

У 60–80-х рр. ХХ ст. цільові комплексні програми набули значного поширення як найважливіші складові державних перспективних планів економічного й соціального розвитку. У їх складі виділялися науково-технічні, економічні, соціальні, регіональні, екологічні програми, а також програми розвитку окремих територіально-виробничих комплексів. Початкову базу для програмних роз-

робок у цей період становили такі великомасштабні передпланові обґрунтування, як Комплексна програма науково-технічного прогресу СРСР і його соціально-економічних наслідків на прогнозний період до 20 років і Генеральна схема розвитку та розміщення продуктивних сил СРСР на прогнозний період до 15 років з детальнішим опрацюванням прогнозних показників на найближчі п'ять років. Систематично переглядалася також Генеральна схема розселення СРСР, у якій враховувалося періодичне корегування прогнозних показників розвитку науково-технічного, економічного й соціального потенціалів держави. Таким чином, відбувалося формування програмного розрізу державних планів, до якого входили: відбір переліку найважливіших проблем, що підлягають програмній розробці; розробка цільових комплексних програм; відображення комплексних програм у державних планах. У результаті цільові програми почали включати до складу народногосподарських планів як окремі застосування.

Питання цільового фінансування програм зазвичай вирішували в контексті реалізації вказаних планів (зокрема, за рахунок перерозподілу фінансових і матеріальних ресурсів, передбачених у вже затверджених планах, між галузями й регіонами). Зрештою, ця практика в умовах дефіциту ресурсів приводила до зриву фінансування програмних заходів і хронічного невиконання державних планів.

Можна вважати, що ігнорування основних принципів і вимог програмно-цільового підходу, зокрема, "директивний" характер вибору проблем для програмного опрацювання замість наукового аналізу, а також розуміння програмно-цільового підходу тільки як методу планування без формування системи управління програмою, здатною здійснювати її реалізацію, контроль і координацію в процесі виконання, призводило до низької результативності використання програмно-цільового підходу в період існування планово-адміністративної системи.

В умовах перехідного періоду до ринкової системи господарювання зберігаються загальні передумови використання програмно-цільового підходу: подолання цільової обмеженості у вирішенні проблем розвитку окремих відомств і товаровиробників; необхідність досягнення кардинальних зрушень в економічній сфері, що зачіпають просторові аспекти суспільного відтворення (освоєння ресурсів міжрайонного значення, взаємодія регіонів при вирішенні великих територіальних проблем, будівництво об'єктів виробничої інфраструктури міжрайонного призначення тощо); поява ряду нових чинників, зумовлених особливостями перехідного періоду.

Перед країною стоїть завдання подолання негативних наслідків, викликаних різким загостренням депресивних явищ у регіонах з високою концентрацією виробництв із застарілим технологічним устроєм, зростанням безробіття, погіршенням соціально-економічного становища населення. У цих умовах важливого значення набуває програмно-цільовий підхід. Особлива роль державних цільових програм у ринковій економіці визначається тим, що ринок не завжди дає змогу повною мірою мобілізувати додаткові фінансові й матеріальні ресурси для розвитку країни.

У дослідженні розглянуто організаційні й економічні аспекти інвестування в межах державних цільових програм у галузі охорони здоров'я, яка впливає на розвиток економіки народного господарства через збереження здоров'я населення (зниження смертності, особливо в працездатному віці, смертності дітей, захворюваності й інвалідності, збільшення середньої тривалості життя).

Охорона здоров'я – це найбільша ресурсоемка галузь національного господарства. Упродовж останніх десятиліть підвищилася економічна значущість системи охорони здоров'я у збереженні та зміцненні здоров'я населення, що дає економічний ефект.

На наш погляд, інвестування в охорону здоров'я в межах розробки й реалізації державних цільових програм зумовлене такими обставинами: з одного боку, перехід до ринку суттєво вплинув на зміну економічних і організаційних процесів, що відбуваються в охороні здоров'я (рис. 1); з іншого боку, державні цільові програми як напрям інвестицій у галузі охорони здоров'я зумовлені існуючою системою державного управління.

Коштів часто недостатньо для забезпечення повноцінного задоволення потреб населення в медичній допомозі, зокрема, дотаційні регіони потребують додаткового інвестування об'єктів охорони здоров'я, що будуються на їх території.

Крім того, матеріально-технічна база об'єктів охорони здоров'я, а також великомасштабні заходи в галузі охорони здоров'я населення (наприклад, боротьба з туберкульозом, онкологічними захворюваннями, СНІДом), зокрема в галузі науково-дослідних і дослідно-конструкторських робіт, мають фінансуватися за рахунок коштів державного бюджету в межах реалізації державних цільових програм з метою забезпечення адресності й зазначення джерел ресурсів для реалізації намічених заходів [1, с. 195].

Разом з тим використання цільових програм як способу інвестування сфери охорони здоров'я дає змогу рівномірно розподілити кошти державного бюджету, що виділяються, між регіонами з погляду захворюваності в цих регіонах і можливостей місцевих бюджетів.



Рис. 1. Вплив ринку на процеси, які відбуваються в системі охорони здоров'я

Поділ цільових програм на класи, види, групи відповідно до класифікаційних ознак висвітлює ряд дослідників програмно-цільового управління. Незважаючи на це, за-

гально визнаної класифікації цільових програм на сьогодні не створено. У таблиці нами запропоновано класифікацію цільових програм у галузі охорони здоров'я.

Таблиця

Класифікація цільових програм у галузі охорони здоров'я

Класифікаційна ознака	Види програм
Ознака залежності	Програми державного рівня; програми регіонального рівня; програми на рівні міста; програми розвитку окремих закладів охорони здоров'я
Джерела фінансування	Програми, які фінансуються за рахунок державного бюджету; програми, які фінансуються за рахунок регіональних бюджетів; програми, які фінансуються за рахунок місцевих бюджетів; програми, які фінансуються за рахунок позабюджетних коштів; програми приватного інвестування; програми з пайовою участю іноземних інвесторів; програми змішаного фінансування
Час	Довгострокові програми (більше ніж 5 років); середньострокові програми (від 3 до 5 років); короткострокові програми (до 3 років)
Тип захворювань	Програми з боротьби з цукровим діабетом; програми з боротьби з туберкульозом; програми з боротьби з ВІЛ; програми з розвитку онкологічної допомоги населенню; програми у сфері профілактики та лікування артеріальної гіпертонії; програми із запобігання психічним захворюванням
Напрями видатків	Програми з розвитку матеріально-технічної бази амбулаторно-профілактичних закладів охорони здоров'я; програми у сфері науково-дослідних робіт; програми з фінансування заходів
Масштаби	Великомасштабні; середньомасштабні; маломасштабні
Суб'єкти	Програми, спрямовані на дітей до 14 років; програми для інвалідів; програми, спрямовані на запобігання захворюванням серед підлітків; програми для дорослих
Кінцевий результат	Програми демографічних показників (народжуваність, смертність, середня тривалість життя); програми показників захворюваності (кількість захворювань, зареєстрованих у регіоні, на 1000, на 10 000 жителів); програми показників фізичного розвитку (антропометричні показники – середні зріст, маса; соматометричні показники, соматоскопічні показники); програми додаткових медико-демографічних показників; програми соціологічних показників (кількість населення, що веде здоровий спосіб життя, показники суб'єктивного благополуччя)
Територіальна ознака	Програми державного рівня; програми регіонального рівня; програми міста; програми окремих закладів системи охорони здоров'я; програми міжнародного рівня

Соціальні (соціально орієнтовані) програми спрямовані на вирішення проблем соціальної

природи, підвищення рівня задоволення матеріальних і духовних потреб, зростання рівня

та вдосконалення способу життя, зміну характеру й полегшення умов праці, перетворення принципу соціальної справедливості, зменшення відмінностей і зближення рівнів життя різних груп та верств населення, поліпшення розподільних відносин, соціальне забезпечення. До соціально орієнтованих належать цільові програми, пов'язані з розвитком культури, освіти, охорони здоров'я, фізичної культури і спорту, забезпеченням потреб у житлі, покращенням демографічної ситуації, вирішенням проблем переселення, міграції, захистом соціально вразливих верств населення.

За сучасних умов основним завданням держави в галузі охорони здоров'я є задоволення потреб населення в якісній і доступній медичній допомозі найбільш ефективним чином. Можна вважати за доцільне розглянути, яким чином відбувався розвиток управління системою охорони здоров'я з позицій системного підходу.

З погляду державного управління, увесь період розвитку охорони здоров'я в Україні можна поділити на два періоди, що різко відрізняються один від одного: радянський і ринкових реформ.

Аналіз теоретичних і методичних основ державного управління та планування показав, що управління охороною здоров'я в радянський період характеризується функціонуванням і розвитком державної (бюджетної) системи охорони здоров'я, яка будувалася на таких організаційно-економічних принципах [3, с. 67]: основним джерелом фінансування охорони здоров'я були бюджетні кошти; фінансові ресурси охорони здоров'я формувалися шляхом консолідації бюджетів різних рівнів; відшкодування витрат медичних установ мало компенсаційний характер; медичні установи, що підпорядковувалися державним фінансовим правилам, мали державний статус; планування й управління охороною здоров'я здійснювалося централізовано за єдиними нормативами з розрахунку на 1 ліжко; в державному управлінні охороною здоров'я використовувалися переважно адміністративно-командні методи.

Відповідно до цього будувалося державне управління, яке розвивалося на основі єдиних для всіх регіонів нормативів планування, фінансування, формування планів оперативної діяльності медичних установ у суворій відповідності із затвердженими вищими органами управління показниками. Таким чином, державне управління охороною здоров'я відрізнялося централізованістю з вертикальною ієрархією, заснованою на адміністративно-командних методах.

Планування в галузі охорони здоров'я було вперше застосовано разом зі створенням у 30-х рр. XX ст. державної системи охорони здоров'я. У галузі була стабільна система нормативів – основа будь-якого планування.

Основним інструментом державного планування виступали п'ятирічні плани. Як методи планування охорони здоров'я на цьому рівні використовувалися аналітичний, порівняльний, балансовий і нормативний. За допомогою аналітичного методу визначали забезпеченість населення медичним персоналом, лікарняними ліжками; аналізували роботу на лікарських посадах. Порівняльний метод – складова аналітичного – давав можливість визначити напрям розвитку галузі. Аналітичний і порівняльний методи використовували для оцінювання в просторі та часі різних показників, наприклад, захворюваності, смертності. Балансовий метод давав змогу забезпечити пропорції в планах, що розроблялися. Ним широко користувалися при складанні планів охорони здоров'я, особливо на віддалену перспективу. Складалися баланси планованих капіталовкладень, мережі медичних установ, баланси підготовки кадрів. Нормативний метод застосовували при складанні планів, заснованих на використанні балансового методу.

Необхідно підкреслити й той факт, що в галузі існували жорсткі вимоги до фінансово-бюджетної дисципліни, у межах яких керівники не мали права самостійно вирішувати ні організаційні, ні фінансові питання. Усе повинно було узгоджуватися з вищим органом охорони здоров'я й відповідним фінансовим органом. Концепція сприяла змінам у плануванні та фінансуванні охорони здоров'я. Економічні методи управління поширювалися не тільки на установу, а й на всі рівні управління. Управління переходило від переважно галузевого рівня до переважно територіального. Разом з тим на територіальний рівень передавалося й управління ресурсами охорони здоров'я, тобто посилювалися горизонтальні адміністративно-командні методи.

Впровадження нового механізму потребувало зміни системи планування та фінансування охорони здоров'я. Проте короткий термін проведення експерименту не дав змоги створити комплексну систему планування охорони здоров'я зі стратегічною компонентою, пов'язаною з плануванням на державному рівні. Державні органи управління продовжували здійснювати планування розвитку охорони здоров'я експериментальних територій на колишніх принципах.

Надцентралізований механізм управління охороною здоров'я, планування і фінансування практично не зазнав змін, необхідних для вирішення проблем, що виникли на межі 80–90-х рр. XX ст. у зв'язку з переходом суспільства до ринкових відносин.

Упровадження ОМС здійснювалося в умовах усе більшого розбалансування між економічною й соціальною системами суспільства, що, безсумнівно, знижувало очіку-

ваний соціально-економічний ефект. З одного боку, було закладено реальний механізм реформування та державного регулювання в умовах переходу до ринку, з іншого – на всіх рівнях управління виявлялися істотні проблеми й недоліки законодавчого, організаційного, технологічного та психологічного характеру, які гальмували хід реформи.

Разом з тим варто зазначити, що період підготовки і введення ОМС був явно недостатнім. Це призвело до того, що в Україні нормативною базою виступав лише Закон “Про медичне страхування”. База, що регламентує єдиний державний підхід до впровадження ОМС, не існувала, а управління цим процесом здійснювалося територіальними органами охорони здоров'я. Наслідком такого підходу до введення страхування стало велике різноманіття форм організації ОМС, використання різних методичних підходів до вирішення глобальних питань: планування, ціноутворення, порядку фінансування установ охорони здоров'я, систем взаєморозрахунків. Це доводило те, що управління процесом відбувалося стихійно. Слабка управлінська й фінансова інтеграція окремих ланок охорони здоров'я, відсутність належної координації їх роботи призвели до неадекватного управління структурою й обсягами медичної допомоги, що надається населенню, та аналізу ефективності використання ресурсів. На думку ряду дослідників, перший комплекс проблем бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я прихований в успадкованій структурі медичної допомоги, що знайшло своє відображення в невиправданій перевазі дорогого стаціонарного сектора. Другий комплекс – хронічне недофінансування галузі охорони здоров'я.

Проведений аналіз ефективності реформування системи охорони здоров'я показав, що негативні явища, пов'язані зі здоров'ям населення України, зумовлені не тільки комплексом загальних соціально-економічних чинників, а багато в чому й рядом негативних тенденцій у системі охорони здоров'я. Найважливішими з них стали: зниження рівня державного управління системою; посилення структурних диспропорцій у сфері надання медичних послуг у бік дорогих її видів; незбалансованість ресурсів і обсягів допомоги; відсутність механізмів зацікавленості виконавців у результаті та якості праці; в розвитку галузі екстенсивним шляхом в умовах гострого дефіциту фінансових ресурсів; соціальна напруженість у суспільстві, зумовлена зниженням доступності медичної допомоги, низькою якістю її надання, зростанням платних послуг.

Суттю модернізації є розподіл функцій державного управління на державному та регіональному рівні, рівні окремої територіальної одиниці.

На державний рівень виносяться формування стратегії розвитку охорони здоров'я та охорони здоров'я населення в цілому; розробка й виконання державних цільових програм охорони здоров'я; розробка законодавчої та нормативної правової бази охорони здоров'я; координація діяльності органів державної влади за рішенням питань охорони здоров'я.

На регіональний рівень – розвиток охорони здоров'я з урахуванням регіональних особливостей; розробка й виконання регіональних програм охорони здоров'я.

На місцевому рівні мають формуватися та реалізовуватися місцеві програми охорони здоров'я. Сьогодні більшістю фахівців визнано, що не можна відмовитися від планування, віддавши все на відкуп ринку, самих установ охорони здоров'я і місцевих органів влади, зробивши розвиток галузі некерованим процесом. Сучасна економічна реальність при всій її відмінності від колишнього періоду не тільки не заперечує можливість, а й, більше того, зумовлює необхідність відтворення системи планування. Потрібне цілеспрямоване управління обсягами, структурою медичної допомоги і їх узгодженням з наявними ресурсами.

IV. Висновки

Головним напрямом удосконалення державного управління системою охорони здоров'я стає відновлення планування в галузі, забезпечення його цілісності за рахунок єдиних методичних і методологічних підходів до планування на базі системи норм і нормативів обсягів допомоги і фінансових витрат (тарифів на одиницю медичної допомоги). Державне регулювання цього процесу реалізується в забезпеченні громадян безкоштовною медичною допомогою.

Виходячи з основних постулатів програми державних гарантій, витрати медичних установ мають орієнтуватися не на кошти, необхідні для утримання установ охорони здоров'я, а на кошти, що забезпечують фінансування гарантованих державою обсягів безкоштовної медичної допомоги. Методична й нормативна база планування дають змогу використовувати сучасні підходи та методи до організації процесу планування. У зв'язку із цим для підвищення ефективності цієї функції управління необхідно спроектувати процес так, щоб керівники органів охорони здоров'я мали в руках економічний інструмент, який дає можливість приймати обґрунтовані управлінські рішення на основі альтернативного вибору варіанта, найбільш адекватного реальним можливостям системи.

Список використаної літератури

1. Авраменко Н.В. Організаційні аспекти державного управління системою охорони здоров'я в Україні / Н.В. Авраменко // Держава та регіони. Серія: Державне управління. – 2010. – № 2. – С. 194–196.

2. Радиш Я.Ф. Державне управління охорони здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування : монографія / [передм. і заг. ред. проф. Н.Р. Нижник]. – К. : УАДУ, 2001. – 360 с.
3. Солоненко І.М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І.М. Солоненко, І.В. Рожкова. – К. : Фенікс, 2008. – 276 с.

Стаття надійшла до редакції 25.09.2013.

Ткач Е.Ю. Программно-целевой механизм государственного управления системой здравоохранения

В статье исследованы особенности развития системы здравоохранения; выделены характерные черты, свойственные программно-целевому планированию и управлению, вопросы целевого финансирования программ; рассмотрены организационные и экономические аспекты инвестирования в рамках государственных целевых программ в отрасли здравоохранения.

Ключевые слова: государственное управление, здравоохранение, затраты, заболеваемость, программно-целевой подход, государство, местные бюджеты, стратегия, государственные целевые программы.

Tkach Y. Programmatic-having a special purpose mechanism of public administration of health protection system

The author considers in the article the features of development of the health protection system, distinguishes the personal touches peculiar to the programmatic-having a special purpose planning and management, issues of single-sourcing of the programs.

Development of the system of health protection is the inalienable constituent of level and quality of life of population and carries out a major role in economic development of country, providing a recreation and quality of labour resources that create a base for a socio-economic increase. The further effective functioning and development of health protection sphere in the conditions of limit nature of investment resources is the major task of government of all levels bodies.

The organizational and economic aspects of investing have been considered within the framework of the government having special purpose programs in industry of health protection that influences on development of economy of national economy through maintenance of population health (decline of death rate, especially in capable of working age, death rate of children, morbidity and disability, increase of mean time of life).

Money often is not enough for providing of valuable satisfaction of necessities of population in medicare, in particular, grant regions need the additional investing of objects of health protection, that built on their territory.

The conducted analysis of efficiency of reformation of the health protection system showed that the negative phenomena in the health of population of Ukraine are predefined not only by the complex of general socio-economic factors, and in a great deal and by the row of negative tendencies in the system of health protection. Major from them became: decline of level of state administration the system; strengthening of structural disproportions is in the field of the grant of medical services toward its expensive kinds; unbalanced of resources and volumes of help; absence of mechanisms of the personal interest of performers in the total and internalss of labour; in the conditions of sharp deficit of financial resources industry continues to develop an extensive way; the social tension, predefined by the decline of availability of medicare, subzero quality of her grant, increase of requiring payment services, came to a head in society.

Proceeding in planning becomes the main direction of improvement of public administration of health protection system, providing of its integrity due to the only methodical and methodological going near planning on the base of the system of norms and norms of volumes of help and financial charges.

Key words: public administration, health protection, expense, morbidity, programmatic-having special purpose approach, state, local budgets, strategy, government having special purpose programs.