

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ**

На правах рукопису

ШЕВЧУК ВІКТОРІЯ ВІКТОРІВНА

УДК 351.77 (477)

**УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ
ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Спеціальність 25.00.02 – механізми державного управління

Дисертація
на здобуття наукового ступеня
кандидата наук з державного управління

Науковий керівник:

Беглиця Володимир Петрович,

доктор наук з державного управління,

доцент

Миколаїв – 2017

ЗМІСТ

Зміст	2
Вступ	4
РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	12
1.1. Сунтість державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України	12
1.2. Специфічні особливості реалізації державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України	27
1.3. Зарубіжний досвід державного регулювання інноваційного розвитку систем охорони суспільного здоров'я	48
РОЗДІЛ 2. ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	60
2.1. Сучасні наукові підходи до реалізації державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України	60
2.2. Метологічні основи забезпечення ефективності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я	79
2.3. Оцінювання ефективності функціонування державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України	97
Розділ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	122
3.1. Модернізація управлінської основи державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України	122
3.2. Орієнтири структурно-функціональних трансформацій в процесі	139

реформування системи охорони здоров'я України на інноваційних засадах	
3.3 Системні засоби удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України	151
ВИСНОВКИ	185
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	189
ДОДАТОК А Характеристика організації охорони здоров'я країн з бюджетно-страховою моделлю фінансування системи охорони здоров'я	215
ДОДАТОК Б Особливості систем охорони здоров'я країн з приватною моделлю фінансування	218

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасних умовах труднощі реалізації інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та її інтеграції до європейського політичного, соціального та економічного простору зумовлені багатьма причинами, однак, крім незадовільного стану національної економіки, головна з них, що впливає на її потенціал, - невідповідність сучасним викликам організаційної та регуляторної функції системи державного управління, що знижує ефективність державно-управлінського впливу, гальмує впровадження нових принципів та механізмів, спрямованих на структурно-трансформаційні зміни та активізацію інноваційних процесів у системі охорони здоров'я.

Державне регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я має вагомий комплекс засобів, методів, стимулів для модернізацій відповідної сфери, перетворення її із соціально збиткової на перспективно-інвестиційну. Їх компетентне впровадження має створити належні умови задля забезпечення якісної профілактики здоров'я населення, доступної медицини, які будуть реалізовані на принципах рівності громадян та верховенстві чинного законодавства.

Сучасна теорія державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є науковим доробком низки провідних вітчизняних учених. Значний внесок у загальну теорію та методологію державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України зробили вітчизняні дослідники С. Антонюк, Д. Арзянцева, В. Беглиця, М. Білинська, А. Бондар, Ю. Вороненко, М. Голубчиков, В. Долот, Д. Дячук, Д. Карамішев, В. Князевич, Н. Кризина, В. Лазоришинець, В. Москаленко, Г. Слабкий, І. Станкевич, Ю. Цюмашко, І. Яковенко та ін.

Окремі питання створення організаційно-правових, економічних та інституціональних умов удосконалення державного регулювання

інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України вивчали такі українські вчені, як А. Авраменко, О. Акуленко, З. Гладун, О. Дацій, Л. Жаліло, М. Корецький, Ю. Кальниш, Т. Коропецька, І. Мельничук, М. Музика, М. Мартинюк, В. Москаленко, В. Сиченко, І. Шевчук та ін.

Особливості впровадження інноваційного управління в системі охорони здоров'я розглянуті в працях таких зарубіжних науковців, як: А. Абрамешина, Ю. Анісімова, В. Баранчєєва, І. Борисенко, А. Бронштейна, А. Вишневського, В. Вороніна, А. Вялкова, Н. Герасименко, Б. Герасимова, Н. Грищенко, В. Жарікова, С. Ільдеменова, Ф. Кадирова, В. Московцева, Т. Овчиннікової, М. Портера, Ю. Салікова, Л. Слесарева, Д. Стігліц, І. Шеймана, В. Шевського, Л. Якобсона та ін.

Водночас брак комплексності та системності у висвітленні питань удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України зумовлює потребу в подальшому вивченні цієї проблематики, узагальненні практичних досягнень, розробці сучасного методологічного забезпечення, що і зумовило вибір та актуальність теми, структуру роботи, наукове й практичне значення проведеного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано відповідно до наукової теми Чорноморського національного університету ім. Петра Могили «Організація державного управління в умовах становлення та розвитку політичної системи України: політико-правові, історичні і регіональні аспекти» (номер державної реєстрації 0109U000451). Внесок автора полягає у розробці теоретико-методологічних засад удосконалення механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є розробка і наукове обґрунтування теоретично-методичних засад і практичних рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

Для реалізації мети дослідження поставлено такі **завдання**:

- оцінити стан розробленості проблем державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та виділити пріоритетні сучасні наукові підходи до реалізації державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України;
- визначити специфічні особливості реалізації державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України;
- узагальнити зарубіжний досвід регулювання інноваційного розвитку систем охорони суспільного здоров'я;
- систематизувати методологічні основи забезпечення ефективності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та представити концепт її вимірювання;
- розробити й науково обґрунтувати системні засоби вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України;
- внести науково обґрунтовані пропозиції щодо модернізації державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

Об'єктом дослідження є державне регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретико-методологічні засади, пріоритетні напрями та механізми вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

Методи дослідження. Методологічною основою та теоретичною основою дослідження є фундаментальні положення теорії державного управління, інших гуманітарних та соціальних наук, а також наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених з питань теоретико-методологічного забезпечення державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я та функціонування механізмів державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

У роботі застосовано системний підхід, відповідно до якого всі процеси і

явища державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України аналізувались у цілісності та взаємозалежності. Використано наукові методи, які дали змогу отримати основні теоретичні результати, зокрема: за допомогою абстрактно-логічного методу, в тому числі прийомів аналогії, зіставлення, індукції та дедукції, було сформульовано загальні висновки та висновки до розділів. У ході аналізу сучасного стану механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України використано: статистичний метод (визначення ефективності механізмів надання лікарських послуг населенню України, організаційних механізмів державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я та нормативно-правових механізмів розвитку державного регулятивного потенціалу щодо системи охорони здоров'я); методи аналізу і синтезу (отримання основних евристичних результатів дослідження); монографічний (визначення модернізації механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України); метод порівняння (критичне осмислення методологічних підходів, концепцій, розробок моделей і пропозицій провідних учених, присвячених особливостям механізмів державного регулювання національних систем охорони здоров'я); системно-аналітичний (вивчення законодавчих актів та інших нормативних документів). Усі зазначені методи дослідження доповнюють один одного і в сукупності забезпечили можливість всебічно розглянути предмет дослідження.

Інформаційною базою дослідження стали наукові праці вітчизняних і зарубіжних авторів, законодавство України, укази Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, статистичні дані Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, монографії і статті вітчизняних і зарубіжних учених, результати власних досліджень автора.

Наукова новизна одержаних результатів визначається особистим внеском автора у вирішення актуального наукового завдання в галузі

державного управління, що полягає в поглибленні теоретико-методологічних засад і розробці концептуальних підходів до вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Основні наукові положення, які найбільшою мірою визначають новизну дослідження й характеризують відмінність одержаних результатів від існуючих розробок, полягають у тому, що в дисертаційній роботі:

уперше:

- розроблено і науково обґрунтовано програмно-цільову модель розвитку системи охорони здоров'я в Україні, яка, на відміну від раніше відомих і описаних у науковій літературі моделей, спрямована за забезпечення єдності цілей, заходів, інструментарію та ресурсних лімітів, має орієнтацію на кінцевий результат, передбачає наскрізне планування конструктивних змін об'єкта управління, безперервність інноваційних процесів, а також скоординованість та регіоналізацію управлінських впливів;

удосконалено:

- концептуальні підходи до модернізації інструментарію організаційно-економічного механізму інноватизації системи надання медичних послуг, що передбачають формування та реалізацію програми державних гарантій медичних послуг відповідно соціальних нормативів, які базуються на врахуванні попиту населення на сучасні медичні технології та пропозиції медичних організацій, а також орієнтовані на забезпечення структурної ефективності регіональних систем надання медичних послуг;

- методологічні підходи до розробки комплексної оцінки ефективності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, основою яких є моніторинг системи за критеріально орієнтованими ознаками, що враховують інноваційну специфіку системи охорони здоров'я та визначають рівень прогнозованості, адаптивності, комплексності, стабільного функціонування та інтегрованості в соціальні процеси;

- концептуальні положення організаційно-функціональної моделі державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я,

яка передбачає реалізацію комплексу заходів, спрямованих на інтелектуалізацію всієї системи, трансформацію управлінської структури на регіональному й локальному рівнях управління та на реалізацію комплексу фінансових ініціатив, що мають за мету забезпечення стійкого фінансування сфери охорони здоров'я;

дістали подальшого розвитку:

- напрями вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, що орієнтовані на створення сприятливих умов для ефективного функціонування на принципах адаптивності, інтеграційності, скоординованості, децентралізації, гнучкості, динамізму та передбачають структурування функцій управління системою, забезпечення відповідності бюджетної підтримки вимогам ЄС, цілеспрямованості та адресності бюджетного забезпечення, налагодження гнучкої координації, формування здатності до конструктивної самотрансформації у контексті формування мережі мультиорганізаційних структур/центрів відповідальності;

- елементне наповнення механізму державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, який включає цільову, управлінську, забезпечуючу, оціночну підсистеми, а також комплекс методів корпоративного та публічного управління, які формують методологічний базис для стратегічного планування організації медичної допомоги населенню, забезпечення ефективного державного регулювання ринку медичних послуг та раціонального використання ресурсів;

- напрями модернізації системних засобів удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України, що передбачають моніторинг ефективності та відповідності методологічного інструментарію інноваційного розвитку обраній моделі розвитку.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони спрямовані на підвищення ефективності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Основні ідеї та

висновки дослідження доведено до рівня конкретних положень, методик та рекомендацій. Вони можуть бути використані у практичній діяльності державними органами управління, органами місцевої влади та самоврядування, підприємствами, громадськими організаціями.

Пропозиції щодо вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України використані у діяльності Управління охорони здоров'я Миколаївської обласної державної адміністрації при впровадженні принципів відкритості і прозорості, а також налагодженні взаємозв'язків з громадськістю (довідка № 01-743-18 від 10.02.2016 р.); у діяльності Миколаївського обласного центру перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, державних підприємств, установ і організацій Миколаївської обласної державної адміністрації під час навчання та підвищення кваліфікації державних службовців (довідка № 360/01-14/15 від 09.12.2015 р.); у діяльності Новоодеської міської ради Миколаївської області щодо модернізації організаційно-функціональної структури закладів охорони здоров'я (довідка № 531 від 20.11.2015 р.); у діяльності Кривоозерської районної державної адміністрації Миколаївської області щодо налагодження конструктивної взаємодії з представниками громадських рад у питаннях формування оптимальної мережі закладів первинного рівня надання медичної допомоги (довідка № 515/02-33-6/15 від 27.11.2015 р.); у діяльності Управління охорони здоров'я Миколаївської обласної державної адміністрації (довідка № 01-743-18 від 10.02.2017 р.) щодо запровадження європейських стандартів у сфері регулювання інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я. Теоретичні розробки дисертаційної роботи впроваджені в навчальному процесі Чорноморського національного університету імені Петра Могили при викладанні таких дисциплін: «Державне регулювання економіки», «Керівник в державному управлінні», «Державна служба». (довідка № 194 від 18.10.2016 р.).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є завершеною

науковою працею. Основні положення та висновки дисертації розроблені автором особисто. Автором досліджено та висвітлено проблеми удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

Апробація результатів. Результати дослідження пройшли обговорення та знайшли схвалення на науково-практичних конференціях: «Могилянські читання: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти» (м. Миколаїв, 2013-2016 рр.), «Ольвійський форум – 2014: стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі» (м. Миколаїв, 2014 р.), «Великі війни, великі трансформації: історична соціологія, 1914 - 2014» (м. Київ, 2014 р.), «Політологія, філософія, соціологія: контури міждисциплінарного перетину» (м. Одеса, 2015 р.), «Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия» (Російська Федерація, м. Новосибірськ, 2015 р.), «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку» (м. Переяслав-Хмельницький, 2015 р.), «Реалії та перспективи розвитку суспільства: соціальні, психологічні і політичні аспекти» (Словацька Республіка, м. Сладковічево, 2016 р.).

Публікації. Основні наукові результати, висновки та рекомендації дисертаційної роботи викладені у 12 наукових працях, з яких 5 – статті у вітчизняних наукових фахових виданнях з державного управління, 2 – статті у закордонних виданнях за напрямом дослідження, 5 – тез доповідей.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Повний обсяг дисертаційної роботи 219 сторінок, з них 188 сторінок основного тексту. Список джерел складається з 218 найменувань, викладених на 25 сторінках; 2 додатки на 5 сторінках.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1.1. Сутність державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України

Як інструмент перетворення, нововведення є окремим об'єктом вивчення в економічно розвинених країнах світу. Інноватика – нова галузь науки, наразі відбувається її науково-предметне теоретичне становлення, відлік якої нуковці визначають з початку ХХ ст. Інноватика на відміну від спонтанних, стихійних змін, зосереджується на вивченні механізмів контрольованих, раціональних змін, які відбуваються внаслідок прораховано – вольових дій.

Інновації є динамічним рушієм економічного розвитку. Вони вдосконалюють виробництво і водночас змінюють сферу обігу, сприяють створенню кращих за властивостями виробів, технологій, приборків. Водночас, наявні негативні наслідки прискореного темпу життєдіяльності, що вимагає невідкладних розробок у галузі психології, соціальної медицини, охорони праці для зменшення ризику вливу негативних чинників.

Передумови інноваційної теорії визначились необхідністю розв'язання глобальних проблем циклічного розвитку: науково-технічною революцією, економічних криз – ХХ ст.

Ідеї М.Г.Кондратьєва щодо циклічного розвитку, стали підґрунтям динамічності нововведень, як рушійних сил соціального і економічного, життя [3].

У розвитку теорії інновації найбільший внесок належить економісту Й. Шумпетеру, у 30-ті рр. ХХст. він започаткував власну теорію

економічного розвитку в якій нововведення – рушійна основа економічного прогресу [4].

Сучасна наукова література оперує великою кількістю визначень інноватики, Зокрема А. Л. Маршак – як «сферу соціальної діяльності, спрямовану на ініціювання та впровадження нововведень» [7, с.160]. А.А.Радугін визначає інноватику як «науку про цілеспрямовані зміни, нововведення» [5, с.76]; А.І.Прігожин – як «науку про керований розвиток», а предмет інноватики – як «створення, освоєння і поширення різного типу нововведень» [6, с.34];

Нижче наведено низку дефініцій, які стали класичними визначеннями інновацій, що акцентують увагу на характерних особливостях:

- інновація – це успішний додаток до існуючої ситуації нових засобів і методів [8, с. 115];
- інновація – нове вирішення (проблеми, завдання), яке виникає на індивідуальному, груповому або організаційному рівнях [9, с. 247];
- інновація – це продукування, прийняття і використання нових ідей, процесів, продуктів і послуг [10, с. 3].

У «Керівництві Осло» (містить рекомендації для збору та інтерпретації відомостей про інновації в міжнародно-порівняльному вигляді і стосовно до аналізу інноваційного процесу в країнах-членах Організації економічного співробітництва і розвитку) закладено поділ інновацій на чотири основних види:

- організаційні;
- маркетингові;
- продуктові;
- процесні [11, с. 41].

Організаційна інновація розглядається як реалізовані інноваційні методи організації робочих місць або зовнішніх зв'язків діяльності фірми чи підприємства спрямовані на максимальне підвищення задоволеності працівників.

Маркетингова інновація розглядається як реалізовані маркетингові впровадження нового ефективного методу, що передбачає істотні зміни в упаковці товару або дизайні, презентації товару, його транспортуванні, складуванні просуванні на ринок, фомуванні продажної цінової стратегії, відкритті нових ринків збуту.

Продуктова інновація розглядається як створення і впровадження товару або послуги, які є принципово новими або значно поліпшеними шляхом додавання нових характеристик або функцій.

Процесна інновація розглядається як впровадження технологічно поліпшених вдосконалених методів надання послуг. [11, с. 57-64]. У межах дисертаційного дослідження авторка приділяє увагу саме даному виду інновацій.

Інновації в охороні здоров'я класифікуються за різними ознаками:

1. За галузями діяльності:

- лікувальні – які забезпечують лікувальний процес;
- управлінські – які відносяться до менеджменту в системі охорони здоров'я.

2. За характером внесених змін:

- комбінаторні – які поєднують у собі відповідні елементи;
- радикальні – які ґрунтуються на принципово нових комплексах дій;
- модифіковані – які спрямовані на доповнення та вдосконалення

форм і зразків.

4. За масштабом використання:

- одиничні – здійснюються один раз;
- дифузні – повторювані.

3. За масштабом внесених змін:

– модульніж – які включають взаємопов'язані групи кількох локальних інновацій в системі охорони здоров'я;

- системні, які базуються на повній реконструкції системи як цілого.

5. За терміном дії – короткострокові та довготривалі.

6. За методами здійснення – адміністративні, ліберальні, авторитарні, ініціативні.

7. Залежно від галузі реалізації або впровадження:

- у змісті системи охорони здоров'я;
- у структурі взаємодії учасників системи охорони здоров'я.

8. Залежно від функціональних можливостей:

- нововведення – умови – забезпечують ефективний процес охорони здоров'я;
- нововведення – продукти – медичне обладнання, техніка тощо;
- організаційно-управлінські нововведення – якісно нові рішення в управлінських процедурах, що забезпечують їх функціонування.

9. За ознакою інтенсивності інноваційної зміни чи рівнем інноваційності:

- інновації нульового порядку – це практично регенерування;
- первинних властивостей системи відтворення традиційної системи охорони здоров'я або її елементу);
- інновації першого порядку – характеризуються кількісними змінами в системі при незмінній її якості;
- інновації другого порядку – являють собою перегрупування елементів системи та організаційні зміни;
- інновації третього порядку – адаптаційні зміни системи охорони здоров'я в нових умовах без виходу за межі старої моделі охорони здоров'я;
- інновації четвертого порядку – містять новий варіант рішення (це найчастіше найпростіші якісні зміни в окремих компонентах системи охорони здоров'я, що забезпечують деяке розширення її функціональних можливостей);
- інновації п'ятого порядку – ініціюють створення системи охорони здоров'я «нового покоління» (зміна всіх або більшості первинних властивостей системи);

– інновації шостого порядку – в результаті реалізації створюються системи охорони здоров'я «нового виду» з якісною зміною функціональних властивостей системи при збереженні системоутворюючого функціонального принципу;

– інновації сьомого порядку – вища, докорінна зміна системи охорони здоров'я, в ході якої змінюється основний функціональний принцип системи.

10. За осмисленням щодо впровадження інновацій:

– випадкові – інновації надумані і привнесені ззовні, що не впливають із логіки розвитку системи охорони здоров'я. Найчастіше вони впроваджуються за наказом вищого керівництва і приречені на поразку;

– системні – інновації, виведені з проблемного поля з чітко позначеними цілями і завданнями.

Вітчизняні дослідники Ю. С. Цюмашко й І. В. Станкевич, аналізуючи термінологічні підходи щодо визначення поняття «інновація» зазначають: «...в залежності від об'єкта та предмета дослідження, інновації розглядаються з позиції чотирьох підходів: як процес; як система; як зміна; як результат. Разом з тим, вони виокремлюють, ще й п'ятий підхід – інновації як об'єкт» [12].

Інноваційна діяльність - системне поняття представляє комплексні заходи, що направлені на реалізацію здійснення процесу інновацій системи охорони здоров'я. Українські вчені Ю. С. Цюмашко і І. В. Станкевич підкреслюють: «Трактування інновацій як результату інноваційної діяльності передбачає у собі будь-які результати наукової праці: як зміни та перетворення вже існуючих, так і впровадження абсолютно нових об'єктів, процесів, технологій та способів» [12]. Функції інноваційної діяльності в системі охорони здоров'я передбачають радикальну зміну компонентів: змісту, форм, методів, технологій, засобів навчання, системи управління тощо. Проце інновації в охороні здоров'я можуть здійснюватися як за рахунок власних ресурсів (інтенсивний шлях розвитку), так і за рахунок залучення додаткових потужностей (інвестицій) – нових засобів, обладнання,

технологій, капітальних вкладень (екстенсивний шлях розвитку). Ефективним буде створення власної моделі розвитку системи охорони здоров'я, шляхом раціонального з'єднання інтенсивного та екстенсивного шляхів, що дозволить здійснювати актуальні інтеграційні процеси сфери. Один із провідних американських науковців у сфері менеджменту Л. Бернс, професор управління системами охорони здоров'я, директор Центру управління охороною здоров'я та економіки зазначає: «Раніше в США існував Центр Технологічного Фінансування, який підтримувався державою. Зараз цей центр більше не існує. Інновації в сфері медичних технологій на даний момент фінансуються на місцевому рівні. Вони підтримуються страховими компаніями, а також тими медичними установами, які в майбутньому планують використовувати ці технології. На разі бачимо дуже фрагментарний і децентралізований процес» [13].

Розглянемо етапи розробки та реалізації нововведень у системі охорони здоров'я:

1. Діагностування стану системи охорони здоров'я, що має реформуватись. На цьому етапі потрібно виявити потребу в нововведеннях.

2. Оцінка якості системи охорони здоров'я, для визначення необхідного інструментарію інноваційного реформування. Детальний аналіз повинні пройти всі складові системи охорони здоров'я. В результаті буде виявлено що саме необхідно реформувати як нераціональне, неефективне, застаріле.

3. Розгляд перспективних зразків організаційної та управлінських рішень, які носять випереджаючий характер і можуть бути використані для моделювання нововведень.

4. Всебічний аналіз досліджень де містяться результати рішень вчених щодо актуальних проблем системи охорони здоров'я.

5. Створення якісно нової моделі функціонування системи охорони здоров'я. Проектування зразків нововведення в системі з конкретними властивостями спрямованими на вдосконалення процесів управління організаційної структури, що є відмінними від існуючих традиційних

варіантів.

6. Виконавська інтеграція реформи. На цьому етапі необхідно персоніфікувати завдання, визначити відповідальних, засоби вирішення завдань, встановити форми контролю.

7. Визначення значимості та ефективності впровадженого нововведення у практичну діяльність.

8. Побудова та моделювання впровадження алгоритму інновації в практику на основі аналізу досвіду і даних науки, розробки програми експерименту, моніторинг результатів, аналіз необхідних коректив, підсумковий контроль.

9. Переосмислення колишнього професійного словника, запровадження до професійної лексики нових понять.

10. Принцип виправданості та доцільності інноваційної моделі в системі охорони, захист від псевдоноваторів.

Складні гетерогенні соціально-економічні системи при вивченні процесів управління створюють можливість розкрити внутрішні механізми координації та субординації між цілим і частинами в їх взаємодії

Вивчення та пізнання основних механізмів, що характеризують інноваційну модель організаційного процесу управління, здатну адаптуватись та пристосуватись до швидких технологічних і економічних змін, що базуються на системі зв'язків та відносин. Однією з найважливіших проблем менеджменту є необхідність створення умов, які б уможливили здатність гетерогенної соціально – економічної системи до самотрансформації у контексті формування мережі мультиорганізаційних центрів прийняття рішень.

Відомий український державний діяч В. М. Литвин, аналізуючи необхідність удосконалення інноваційної політики з метою підвищення ефективності використання наукового потенціалу у сфері охорони здоров'я визначає основні напрямки цього процесу: «Оптимізація і реструктуризація мережі, структури та основних напрямів діяльності науково-дослідних

установ; посилення ролі Академії медичних наук України у провадженні пріоритетних фундаментальних і прикладних досліджень; забезпечення розв'язання науково-практичних проблем охорони здоров'я шляхом формування відповідних державних, галузевих, міжгалузевих, регіональних програм; запровадження багатоканальності фінансування медичної науки за рахунок бюджетних та позабюджетних коштів, забезпечення їх раціонального використання для першочергового фінансування конкурентоспроможних наукових розробок фундаментального та прикладного характеру; планування наукових досліджень на конкурентних засадах та спрямування їх на отримання конкретних результатів, підвищення вимог до підготовки наукових кадрів».[14].

Відомий український фахівець у галузі державного управління Д. В. Карамішев стверджує: «Показниками ефективності державної політики в галузі охорони здоров'я є стан здоров'я людей у суспільстві, ступінь захисту громадян від фінансового ризику на випадок захворювання і рівень задоволення потреб кожної людини та суспільства загалом в охороні здоров'я й медичній допомозі» [15, с. 279].

Процес інноваційних перетворень системи охорони здоров'я розглядаються як системні та регулярні нововведення в управлінні гетерогенними соціально-економічними системами, що змінюються під впливом сучасних тенденцій розвитку суспільства, створюючи належні умови ефективності системи охорони здоров'я.

Сутність системних інноваційних перетворень полягає у можливості забезпечити одночасно й інновацію і спадкоємність мінулих напрацювань, впроваджуючи гнучкий координаційний процес управління системою охорони здоров'я, що в кінцевому результаті створить успішну трансформацію сфери. В умовах глобалізації за такого підходу гетерогенна соціально-економічна система, є динамічно і стратегічно спланованою організацією, що функціонує на принципах інтеграції, координації, децентралізації у процесі реалізації інноваційних проектів.

Необхідно відзначити, що ще у стародавніх цивілізаціях діяли певні правила, які регулювали діяльність із надання медичної допомоги. Так, ще в стародавньому Вавилоні в Кодексі Хаммурапі (XVIII ст. до н.е.) було зазначено, якщо хірург шляхом операції врятує життя пацієнтові, то він отримає 10 шекелів срібла. Якщо здоров'ю пацієнта буде завдано збитків, то хірургу слід відрізати руку [16, с. 172]. Аналогічні відносини між лікарем і пацієнтом були характерні для Стародавньої Індії, де, згідно із Зводом законів Ману (X-V ст. до н.е.), лікар піддавався штрафу за невдале лікування [17]. Прості товарно-грошові відносини між лікарем і пацієнтом визначали найпершу модель охорони здоров'я. Однак по мірі розвитку людства і ускладнення умов його існування зростала потреба в медичній допомозі та економічних законах, що регламентують її. На неорганізовану медичну допомогу мали негативний вплив макроекономічні фактори, такі як війни, спад виробництва, безробіття, зміна соціальних орієнтирів і моральних цінностей населення і багато іншого, що в результаті призводило до спалахів епідемій, високої смертності тощо. З одного боку, захворювання ставали все більш складними і поширеними, а з іншого – можливості їх лікування все більш розширювалися й удосконалювалися. Нерегульовані державою ринкові відносини в системі охорони здоров'я приводили до того, що все менше і менше населення мало можливість користуватись адекватно до свого стану здоров'я медичною допомогою. Неконтрольовані ринкові відносини в системі охорони здоров'я почали загрожувати стану здоров'я нації. Саме в ті роки вперше зародилась ідея створення громадських грошових фондів і страхових лікарняних кас, куди люди, об'єднані за якоюсь ознакою (територіальною, професійною, родовою), вносили невеликі платежі, призначені для оплати медичної допомоги. Так спрощено можна уявити становлення моделі медичного страхування. Вперше обов'язкове медичне страхування в законодавчому порядку було запроваджено в Пруссії у 1845 році. Не була винятком і Російська імперія з її виключно складними природно-кліматичними особливостями, з величезними малозаселеними,

погано захищеними і слабо облаштованими просторами, краями ризикованого землеробства з несприятливою демографічною ситуацією. Історія країни обтяжена численними війнами, міжусобицями, коли необережні дії і необдумані рішення легко провокують кровопролитні затяжні конфлікти. Природно, що все це впливало на особливості зародження та становлення всієї системи охорони здоров'я в Росії. Вперше економічні проблеми охорони здоров'я почали вивчати ще в дореволюційній Росії, і пов'язані вони були з економічними аспектами санітарно-демографічних процесів, боротьбою з малярією.

Історично в світі склалися й існують кілька підходів до забезпечення населення медичними послугами:

1) ринковий – послуги купуються відповідно до соціально-економічного становища людини;

2) заснований на благодійності – виділяються відповідні групи населення, що знаходяться в особливо несприятливому становищі та їм надається державна (або приватна) підтримка;

3) заснований на громадських перерозподільних механізмах, забезпечують загальне право на охорону здоров'я з урахуванням потреби в медичній допомозі.

Останній є обов'язковим страхуванням здоров'я громадян (оплата за рахунок страхових внесків), або державна система охорони здоров'я (оплата за рахунок бюджетів різного рівня).

Існують й інші історичні класифікації систем охорони здоров'я, в основу яких покладені інші ознаки, наприклад, за ступенем централізації ресурсів, джерел фінансування тощо.

Державна система охорони здоров'я («система Бевериджа»).

Лорд Беверидж – політичний діяч Великобританії, який здійснив реформу охорони здоров'я, в результаті якої сформувалася державна система охорони здоров'я Великої Британії (1948 рік).

Характерною особливістю «моделі Бевериджа» є державні гарантії на

охорону здоров'я усім громадянам. За такої системи держава оплачує медичні послуги з податкових надходжень. У Англії, Північній Ірландії, Шотландії та Уельсі лікарі не підприємці, а лікарі наймані працівники, що перебувають на державній службі і здійснюють між собою конкуренцію за рахунок держави. Оплата лікаря здійснюється державою за кількістю наданих послуг та кваліфікацією фахівця. Перевагою системи є однокональність і простота фінансування, а також масова доступність медичних послуг.

В країнах, яких практикується «модель Бевериджа», спостерігаються низькі витрати на охорону здоров'я на душу населення.

Великобританія, Канада Італія, Іспанія, Норвегія, Данія, Португалія це країни в яких застосовується «система Бевериджа». Гонконг – країна яка впроваджує власну модель інтегруючи найкращий досвід і переваги «моделі Бевериджа», населення країни висловило бажання залишити державну систему охорони здоров'я.

Основні характеристики:

- централізоване і регіональне планування;
- використання для фінансування прямого оподаткування;
- управління системою здійснюють професійні працівники охорони здоров'я;
- контроль якості проводиться від частини професійними працівниками охорони здоров'я, почасти державою;
- економне використання ресурсів галузі;
- невисока оплата праці професійних працівників;
- низькі адміністративні витрати.

Сучасні проблеми, властиві державній системі охорони здоров'я:

- мало стимулів для підвищення ефективності галузі;
- неадекватність матеріально-технічної бази галузі внаслідок бюджетного фінансування «за залишковим принципом»;
- обмежена можливість вибору для пацієнтів;

- характерні черги, які виконують функції: нормування надання допомоги; стимулювання використання приватної практики забезпеченими верствами населення; індикатора ступеня недофінансування; елемента конкурентної боротьби за фінансування;

- нерівномірний розподіл ресурсів між різними адміністративними територіями залежно від ступеня їх впливу на уряд. Виникає концентрація ресурсів в столицях і великих містах;

- централізоване планування веде до недостатнього обліку місцевих інтересів;

- низький статус первинної допомоги.

«Система Бісмарка» ґрунтується на принципі державного регулювання ринкових відносин в системі охорони здоров'я. Отто фон Бісмарк у ХІХ ст. створив «державу загального добробуту». Модель Бісмарка має європейське походження, і в окремих своїх елементах схожа на страхову модель США. Але на відміну від моделі американської, модель Бісмарка базується на обов'язковому страхуванні громадян де інформаційні посередники у вигляді страхових компаній (лікарняні каси) не отримують доходів, спрямовуючи їх на якість медичних послуг. Система презентує діяльність лікаря як підприємця, вільного суб'єкта ринкових відносин, а лікарні в основному як приватні установи. Чинне законодавство зобов'язує працедавців оплачувати медичні послуги своїх працівників через лікарняні каси. За своє існування данна модель сформувала великий адміністративний апарат, який проводить складну систему розрахування з лікувальними установами, що наразі розглядається як один із негативних моментів діяльності системи. В основу діяльності моделі Бісмарка покладений принцип соціальної справедливості, суспільної солідарності та рівності всіх громадян у доступі до якісної медицини.

Німеччина, Бельгія, Франція, Японія, Швейцарія це країни де «модель Бісмарка» успішно впроваджується і має якісні результати як в надінні медичних послуг так і адміністративному управлінні системою охорони

здоров'я.

Основні характеристики:

- децентралізоване фінансування, поява універсального посередника (фонди, страхові або лікарняні каси);
- свобода вибору страховика для споживачів медичних послуг;
- конкуренція між страховиками;
- контроль якості проводиться страховиком, цьому контролю приділяють велику увагу;
- економне використання ресурсів галузі;
- поділ функцій держави, страховика і виробника медичних послуг;
- розвиток сервісних послуг.

Сучасні проблеми, властиві страховій системі охорони здоров'я:

- ефект «відбору ризиків», у зв'язку з цим потрібно створення додаткового перерозподільного механізму;
- необхідність додаткової бюрократизації, в порівнянні з державною системою;
- слабку увагу до довгострокового планування через труднощі в координації діяльності всіх суб'єктів планування;
- високі адміністративні витрати, особливо на обробку фінансових розрахунків.

Недержавна, приватна система охорони здоров'я. Основні характеристики:

- пропонує споживачам широкий вибір послуг, відповідних їх особистим уподобанням;
- відсутність черговості;
- гарантується безпосередня доступність до спеціалізованої допомоги, минаючи первинну ланку;
- значна увага приділяється деонтологічним нормам і якості допомоги.

Проблеми, властиві приватній системі охорони здоров'я:

- висока вартість медичної допомоги;
- недоступність медичної допомоги малозабезпеченим верствам населення і, як наслідок, соціальна напруженість у суспільстві;
- використання судових процесів, як основного інструменту регулювання якості медичної допомоги;
- обмежений територіальний розподіл медичних служб, їх висока концентрація на територіях, де проживає забезпечене населення;
- низька ефективність використання ресурсів охорони здоров'я, що компенсується високою вартістю медичних послуг.

Перераховані системи охорони здоров'я використовуються в різних поєднаннях у різних країнах світу.

Структурна будова системи охорони здоров'я, як один із основних принципів системності, є сукупність великої кількості організацій, різних за функціями та масштабами і таких, що знаходяться у взаємодії одна з одною, які пов'язані різними суспільними відносинами (політичними, економічними, соціальними, трудовими, морально-етичними та іншими).

Системний процес здійснення організаційної діяльності, є одним з найважливіших видів управління у функціонуванні системи охорони здоров'я. Вагомі важелі ефективного регулювання сфери охорони здоров'я має державне управління, шляхом просування обґрунтованих менеджерських рішень, реалізація яких буде направлена на об'єкт змін.

Ефективні менеджерські рішення процесу управління впливають на економічні, соціальні та технологічні процеси у сфері охорони здоров'я. Управлінський процес системою охорони здоров'я можна представити у вигляді трьох складових форм його реалізації:

- адміністративної, завданням якої є розробка і визначення політики (як системи цілей, завдань і шляхів їх вирішення);
- економічної, визначальні матеріально-фінансові ресурси, мотиви і фінансові результати системи управління;

– оперативної що забезпечує оперативну, виконавську, спрямовану переважно, на технологічну і технічну організацію об'єкта управління.

Управління охороною здоров'я як системою здійснюється на всіх рівнях сфери, починаючи від організації елементарних медичних маніпуляцій, визначення вартості конкретного лікувального процесу для конкретного пацієнта і закінчуючи прогнозуванням і плануванням діяльності самих лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) і регіональних систем охорони здоров'я. Система управління охороною здоров'я у цьому розумінні представлена формою відносин управління, виражених у законах управління, функціях, цілях, структурі, методах, процесі управління.

Вітчизняна система охорони здоров'я, так само як і всі зарубіжні системи охорони здоров'я, функціонує в умовах жорстких обмежень.

Органи управління охороною здоров'я не маючи можливості розвивати на рівні всі види медичної допомоги, мають стратегічно спланувати пріоритетний розвиток тих які можуть бути максимально ефективними у поліпшенні якості здоров'я населення.

Пріоритетним завданням управління стає використання обмежених фінансових, матеріальних та інших ресурсів охорони здоров'я в умовах жорсткої конкуренції за володіння ними.

Розвиток галузі передбачає чітке визначення структури, обсягів і потреб населення в якісній медичній допомозі. Створення єдиної системи категорій і критеріїв управління системи охорони здоров'я в цілому є основою економічного підходу реформування щодо визначення вартості однієї медичної послуги до потреби у фінансових ресурсах всієї галузі на основі уніфікованих технологій і стандартів.

Система охорони здоров'я є складною економічною системою, процес управління сферою включає цілий комплекс компонентів: структуру, функції, механізм, кадри управління.

Необхідно зазначити, що ефективність розвитку системи, напряду залежить від низки механізмів управління, що видозмінюються людьми, які

здійснюють комплексну регламентацію методів, функцій, стимулів, форм, важелів управління, спрямовуючи свою діяльність на максимальне поліпшення результатів. Механізми управління у системі охорони здоров'я повинні забезпечувати взаємодію всіх підсистем і чітку, зважену координацію управлінських рішень. У загальному управлінському механізмі виділяють медико-технологічний, організаційно-управлінський і економічний механізми.

Система охорони здоров'я є унікальною сферою, тому функції управління представляються особливими видами діяльності, і виражають здійснення цілеспрямованого впливу на відносини і зв'язки людей у процесі управління, або надання медичної допомоги.

Економічне прогнозування, організація, координація, мотивація, регулювання, стимулювання системний контроль повинні стати для системи охорони здоров'я в сучасних ринкових умовах найважливішими функціями управління, що трансформують галузь у соціально спрямовану сферу.

Однак на сьогоднішній день ми в кращому випадку можемо досить обґрунтовано говорити тільки про планування, організацію, регулювання, навчання та контроль.

1.2. Специфічні особливості реалізації державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України

Трудову можливість індивідуума, в першу чергу, визначає здоров'я. Здорове населення має ключове значення для економічного розвитку. Можна виділити наступні напрямки взаємодії здоров'я та економіки:

- здорові люди більш продуктивні і вносять більший внесок у розвиток економіки і суспільства;
- чим розвиненіша економіка, тим вона вносить більший внесок у забезпечення здоров'я і підвищення якості життя населення шляхом поліпшення соціального середовища в цілому при контролі рівня нерівності;

- більш здорове населення вимагає менших витрат на охорону здоров'я;
- якісні медичні послуги сприяють поліпшенню здоров'я населення;
- ефективно працююча економіка дає більше ресурсів для витрат на охорону здоров'я [18, с. 6].

Сучасні дослідження категорії «здоров'я» пропонують різні підходи для пояснення відношення до зазначеної категорії індивідуума і суспільства. Так дослідники А. І. Вялков і Б. А. Райзберг визначають здоров'я як власність людини, яка виявляється в тому, що воно йому належить, і вона ним володіє, користується і розпоряджається. Здоров'я людина отримує природним шляхом у повноцінному вигляді або з дефектами. Здоров'я як власність стає об'єктом охорони здоров'я тільки в процесі надання медичної допомоги людині [19, с. 27].

На думку В. А. Гройсмана і Г. П. Котельникова, відтворення здоров'я відображає процес народження здорового покоління, основу якого становить повноцінний набір генів і спадковий фактор. Збереження ж здоров'я не лише біологічна проблема. Здоров'я прямо пов'язане з рівнем, способом і якістю життя кожної людини і населення країни в цілому. Виробництво здоров'я, його поліпшення, що виконується силами і засобами медичних установ, забезпечення доступності медичної допомоги, необхідних її обсягів і якості вимагає посилення ресурсних можливостей системи охорони здоров'я. Сутність здоров'я виявляється в тому, що будь-яка втрата здоров'я призводить до неминучих витрат на його відновлення. Тому економічна оцінка здоров'я проводиться з точки зору шкоди, яку суспільство може понести в результаті його зниження. Здоров'я є ресурсом працездатності, як окремої людини, так і населення країни в цілому [20, с. 24, 48].

Характеризуючи поняття здоров'я як методологічне підґрунтя практики оздоровлення організму людини, вітчизняний дослідник О. І. Міхеєнко доходить висновку: «Здоров'я – динамічний стан життєдіяльності людини, який визначається: здатністю організму до

саморегуляції, самовідновлення, підтримання гомеостазу, самозбереження та самовдосконалення соматичного і психічного статусу за оптимальної та гармонійної взаємодії всіх клітин, органів і систем фізичного тіла; адекватним і гармонійним інформаційним, енергетичним, речовинним обміном між організмом людини і природою (довкіллям), між людиною і суспільством; можливостями резервно-компенсаторних механізмів; рівнем виконання біологічних та соціальних функцій» [21, с. 45].

Досліджуючи людський потенціал економіки, І. В. Соболева характеризує його, насамперед, як накопичений населенням запас фізичного і морального здоров'я. Довге здорове життя автор визначає як базову потребу, пов'язуючи можливість її задоволення не тільки із зовнішніми чинниками і фактором доходу, але і з внутрішніми ресурсами людини, накопиченим людським капіталом. З відтворювальної точки зору процес задоволення потреб все більшою мірою має на увазі не просте відтворення робочої сили (відшкодування витраченої фізичної та нервової енергії), а розвиток людського потенціалу і накопичення нематеріального багатства, втіленого в людях (на відміну від об'єктивної складової нематеріального багатства (знань, інформації), що зберігається на матеріальних носіях). На думку І. В. Соболевої, збільшення частки витрат на охорону здоров'я у структурі витрат на відтворення працівника, інвестиційної складової, необхідної для вдосконалення робочої сили, автор пов'язує зі зростанням і динамікою зміни вимог до якісних характеристик людини як виробника [22, с. 3, 12, 38, 39].

Досліджуючи здоров'я зайнятого населення, І. Б. Назарова групує можливі підходи до вивчення категорії «здоров'я» з точки зору теорії капіталу, теорії соціального статусу, теорії нерівності та соціальної справедливості [23, с. 12-56]. Звернення до теорії капіталу дозволяє розглянути здоров'я з точки зору людського і соціального капіталу, в тому числі з урахуванням їх конвертації один в одного. Г. Беккер визначає здоров'я індивіда (фізичне і психологічне) як складову людського капіталу, певного ресурсу [24, с. 56-57]. Інший підхід пропонує В. В. Радаєв,

розглядаючи фізичний капітал як одну із самостійних форм, інкорпорованим станом якого є здатність до праці [25, с. 20-22] . Соціальний капітал у підтримці фізичного ресурсу – здоров'я може бути розглянутий як система мереж зв'язків та підтримки: родинних, дружніх, адміністративних і т.д., доступ до необхідних ресурсів у збереженні життя і здоров'я індивіда. Таким чином, соціальний капітал може розглядатися як інституційний аспект відтворювального процесу здоров'я населення.

Теорія соціального статусу дозволяє розглянути здоров'я в залежності від соціальної позиції індивіда чи групи, до якої він належить. Стратифікаційний підхід має на увазі, що соціальна структура, визначаючи соціальні позиції (зайнятність, освіта), на додаток до соціальних відносин і ролей подружжя і батьків значною мірою пов'язана зі здоров'ям і благополуччям і має відмінності в стані здоров'я або хвороби чоловіка і жінки. Поняття соціально-економічного статусу включає в себе соціально-економічні характеристики (дохід, освіта) і є серйозною причиною в різниці рівнів здоров'я представників різних соціальних груп. У рамках концепції споживання послуги охорони здоров'я розглядаються як інвестиції в людський капітал і частково – об'єкт споживання. Очевидно, що своєчасна і якісна медична допомога дозволяє зберегти і відновити здоров'я, тим самим, будучи внеском до людського капіталу.

Теорії нерівності та соціальної справедливості рівня здоров'я населення пов'язують із доступом індивіда до адекватних умов життя, коли можливості залежать від рівня справедливості і ступеня нерівності. Основними заздалегідь заданими змінними, визначальними щодо життя людини при народженні, є дохід і рівень освіти батьків, проживання в місті чи селі, стать і расова приналежність дитини. В умовах недосконалості ринків нерівність з точки зору впливу і багатства трансформується в нерівність можливостей, у результаті чого продуктивний потенціал не використовується повною мірою, а ресурси розподіляються неефективно. Концепція нерівності в здоров'ї пов'язана з нерівністю в доступі до різних

благ: медичної допомоги, безпечним умовам праці, екологічно чистим продуктам. Аналіз досліджень щодо зв'язку смертності та соціально-економічних, поведінкових факторів, що впливають на здоров'я, показав, що їх структура і стан здоров'я пов'язані в основному з двома показниками: способом життя і охороною здоров'я.

Теорії способу життя мають на увазі визначальний вплив його складових на стан здоров'я індивіда. Формування образу життя відбувається під впливом об'єктивних і суб'єктивних факторів. На спосіб життя впливають економічні, політичні та соціальні умови країни. Найбільш повне визначення способу життя дає Р. Ривкіна – сукупність декількох різних і взаємозалежних видів соціальної активності. Головні з яких: 1) різні види економічної, насамперед, трудової, діяльності; 2) комплекс занять у сфері домашнього господарства; 3) заняття у сфері освіти; 4) форми проведення вільного часу; 5) способи підтримки здоров'я; 6) участь у політичному житті країни; 7) трудова та територіальна мобільність; 8) прояв девіантної поведінки, соціальні хвороби [26, с. 32-39].

Самозберігаюча поведінка визначається розстановкою ціннісних пріоритетів людини. До складових ідеальної моделі самозберігаючої поведінки зайнятих І. Б. Назарова відносить: 1) ведення здорового способу життя; 2) здійснення профілактичних заходів та лікування захворювання під наглядом медичного працівника; 3) безпечні умови життя за можливості вибору або мінімізації негативного впливу; 4) трудова діяльність у нормальних умовах при можливості вибору робочих місць або мінімізації негативного впливу факторів умов праці за відсутності вибору [26, с. 32-39].

Концепція якості життя «Здоров'я» є одним із індикаторів якості життя. Концептуальна модель взаємодії поведінки, статусу і якості життя пов'язує поведінку щодо збереження здоров'я, рівень здоров'я (фізичний стан) і розуміння якості життя (робота, неробочий час).

Аналізуючи соціально-трудова потенціал, його сутність, структуру, фактори росту О. І. Меншикова визначає здоров'я як першочерговий

компонент соціально-трудоого потенціалу [27, с. 22]. Виділяючи в якості об'єктів аналізу людину, підприємство, суспільство, наводяться такі показники: для людини – працездатність, час відсутності на роботі через хворобу; для підприємства – втрати робочого часу через хворобу і травми, витрати на забезпечення здоров'я персоналу; для суспільства – середня тривалість життя, витрати на охорону здоров'я, рівень смертності [28, с. 248].

Несприятливі тенденції розвитку сучасної України: старіння населення, нерегульовані міграційні процес, деградація сім'ї як соціального інституту створюють несприятливі умови відтворення здоров'я людських ресурсів і як результат зміна структури демографічного простору країни.

У силу зазначених об'єктивних причин суспільство не може розраховувати на щорічне зростання чисельності зайнятих в суспільному виробництві, навпаки, лише на зниження чисельності працездатного населення.

Підвищення кваліфікації і професіоналізму трудових ресурсів, є важливим стратегічним завданням, що вплине на збереження статусу країни як економічно розвиненої, може бути здійснено тільки за рахунок зростання продуктивності праці. Таким чином, виникає об'єктивна необхідність капіталізації людського потенціалу, інвестування в здоров'я як активу людського капіталу.

При зазначених обставинах проблема відтворення здоров'я робочої сили стає особливо актуальною.

Підтримка здоров'я, фізичних і розумових здібностей людини, підвищення професійно-кваліфікаційного й освітнього рівня, безперервне відновлення компетенцій є основою відтворення робочої сили як важливого елемента суспільного способу виробництва.

Поняття відтворення здоров'я робочої сили можна вжити в абсолютному та відносному значеннях. Відтворення населення в даному випадку є предметом демографії і характеризує міць країни, процес самозбереження населення з урахуванням чисельності населення. Сутність

другого змісту поняття відображає рівень цивілізаційного розвитку товариств їх соціальну якість. Всі види відтворення здоров'я по-своєму важливі, але якщо абсолютний людський потенціал відображає латентну силу і вплив країни у світовому співтоваристві, то відносний потенціал оцінює скоріше її динамізм, сучасність, здатність до прискороного розвитку. Оскільки вирішальний вплив на виживання і стійкий розвиток суспільств і держав надає якісна сторона цього феномена, основна увага вчених зосереджується саме на ній [29, с. 5-16].

Антична філософія IV-III ст. до н.е. в працях Аристотеля, Сократа, Платона формулюючи теоретичні положення державного устрою, акцентує увагу щодо раціонального відтворення населення. Платон у праці «Держава» зазначає, що здатні і здорові громадяни - основа розвитку держави. [30, с. 97].

Питання про «регулювання народонаселення» Платон розкриває в діалозі «Закони», де пропонує всю земельну площу держави поділити на 5040 рівноцінних земельних ділянок довічного користування [31, с. 89]. Проблема надлишкового населення розв'язується таким чином, що частина населення повино емігрувати, решта пристосуватись до числа ділянок. Проблема недостатнього приросту у державі на думку філософа має регулюватись на рівні законодавства шляхом мотивації та заохочення процесів дітонародження.

Аристотель вважає питання про розмноження населення одним із найсерйозніших питань суспільного існування. «Можна думати, що скоріше варто визначити дітонародження, ніж майно, так щоб народження було не більше визначеного числа. Число ж це можна визначити, взявши в розрахунок випадки смерті народжених і випадки безплідних шлюбів. Якщо ж залишити питання без уваги, то результатом такої невизначеності, як дійсно в багатьох державах і буває, повинна бути бідність громадян, а бідність виробляє заворушення і лиходійство» [32, с. 416-417].

Дійшла до наших днів праця Корнелія Цельса (I ст. до н.е – I ст. н.е.)

«Медицина», яка містить корисні відомості рабовласникам, змушеним утримувати великі валетудінарії (прототип сучасних лікувальних закладів) для хворих рабів і лікувати їх раціональними й доступними способами. Слід зазначити, що валетудінарії для рабів виникли тоді, коли раби стали дорогими і лікувати їх стало економічно вигідно [33, с. 82-83].

Для подальшого розвитку історії людства, прогресивного економічного зростання, вкрай важливим є переосмислення цінності людської праці і його гідності.

В умовах натурального господарства витрати на виховання дітей невеликі, а робоча сила в господарстві затребувана. Феодали, чия могутність визначалася, в тому числі і кількістю підданих, також були зацікавлені у збільшенні чисельності селян. Християнська церква підтримує процес народження, заохоченням одношлюбності і заборонаю регулювання дітонародження.

Саме в цей період відбувається формування політики зростання чисельності здорового населення, спрямоване на відновлення втрат, спричинених епідеміями. Франція у XII ст. регулює процес народжуваності встановленням податкових знижок.

Ніколло Макіавеллі, Фома Аквінський в своїх працях розкривали необхідність збільшення чисельності працездатного населення.

Фома Аквінський вважав, що багатство суспільства множитья із зростанням числа осіб фізичної праці [34, с. 161]. Томас Мор в «Утопії» висловлюється на користь збільшення населення, підтримки максимальної чисельності міст, розумного розселення, регламентації шлюбів і розмірів сім. [35, с. 237].

У період розпаду феодалізму і зародження капіталістичних відносин, одним із напрямків подальшого збільшення чисельності здорового населення є меркантилізм.

С. М. Булгаков відзначає що розвиток багатостороннього господарства пов'язаний із зростанням населення. З одного боку, зростання населення

створює цей ріст, а з іншого, обумовлюється цим зростанням.[36, с. 238].

Фізіократи встановлюють зв'язок населення із засобами існування і залежність одного від іншого. На думку Франсуа Кене, найкращим і єдиним засобом збільшення населення є розвиток продуктивної праці. Франсуа Кене робить висновок про те, що населення прагнутиме випередити досягнутий розвиток продуктивних сил і в цьому прагненні до збільшення воно наштовхується на бар'єр, досягнутий ступенем розвитку продуктивних сил [37, с. 183].

Англійська класична політекономія, поклавши в основу розуміння всього економічного життя ідею праці, як причини цінностей, розглядає питання відтворення робочої сили у зв'язку з загальними положеннями виробництва і відносинами зростання капіталу і попитом на працю. Адам Сміт писав, що убогість, голод і смертність спустошили б робітничий клас, а від нього перейшли б і на інші класи, поки кількість населення не досягла б знову такого розміру, при якому вона могло б як-небудь існувати на доходи і капітали, що залишилися від розкрадання та загального нещастя [38, с. 73].

Томас Мальтус у праці «Досвід про закон народонаселення» розглядає невідповідність між темпом зростання населення і зростанням засобів існування [39]. Закон про народонаселення Т. Мальтус вважає фізичним, який підтримується в разі порушення насильницькими перешкодами дуалістичного характеру.

Попереджувальні перешкоди – здатність людини передбачати й оцінювати віддалені наслідки. Завдяки цій здатності людина може утримуватися від розмноження.

Перешкоди, що руйнують здоров'я. До них відносяться причини, що скорочують природну тривалість людського життя: тяжка, надмірна або шкідлива праця, крайня бідність, погане харчування дітей, нездорові життєві умови великих міст, надмірності, хвороби, епідемії, війни, голод.

Т. Мальтус робить наступні висновки: 1) кількість народонаселення неминуче обмежується засобами існування; 2) народонаселення незмінно

зростає усюди, де зростають засоби існування; 3) перешкоди, зупиняючи силу розмноження, повертають населення до рівня засобів існування [39].

К. Маркс у роботі «Капітал» докладно розглядає процес відтворення робочої сили в конкретних історичних умовах капіталістичного способу виробництва [39]. Маркс робить висновок про дві складові даної економічної категорії: мінової і споживчої вартості робочої сили [40, с. 285].

К. Маркс вважає, що капіталізму властивий свій особливий закон народонаселення і перенаселення. Саме капітал, то збільшуючись, то скорочуючись, закликає і відкидає робочу силу, так створюється коливання попиту на працю. Цим скороченням попиту проводиться перенаселення, точніше надлишкове населення, що не знаходить собі заробітку [40, с. 397].

Критично оцінюючи теоретичні розробки К. Маркса, С. М. Булгаков підкреслює, що дати яку-небудь просту формулу, вичерпну і визначальну щодо характеру відтворення населення різних історичних епох, абсолютно неможливо, тому що стосунки ці можуть мінятися в самих різних і протилежних напрямках, і однаково можливо як перенаселення, так і недонаселення» [36, с. 319].

Теорія відтворення робочої сили К. Маркса є творчим розвитком концепції А. Смита, Д. Рікардо та інших представників класичної політекономії. Подібно до класиків, К. Маркс трактував саму людину як основний капітал, підкреслюючи велике значення у її розвитку і накопиченні освіти, виробничого досвіду і витрат вільного часу [40, с. 403].

Виділення К. Марксом необхідної і додаткової праці, продукту як ключових понять його економічної теорії може виявитися корисним під час аналізу простого і розширеного відтворення робочої сили окремої людини і населення в цілому.

Всі школи, які розглядають відтворення населення до постіндустріального періоду, не виділяють здоров'я як фактор, що має визначальне значення для розвитку зазначеного процесу. На наш погляд, такий підхід до аналізу процесу відтворення пов'язаний із тим, що в епоху до

постіндустріального періоду переважали тенденції перенаселення.

Удосконалення технологічних процесів у зв'язку з розвитком науково-технічного прогресу, перехід суспільства у фазу постіндустріального розвитку, сформулювали завдання переходу, насамперед, робочої сили на якісно новий рівень. Дефіцит висококваліфікованих кадрів, структурні зміни робочої сили, а також завдання подальшої інтенсифікації економічного зростання послужили причиною виникнення і розвитку теорії людського капіталу. У 50-90-х роках ХХ ст. теорія людського капіталу сформувалася і розвивалася в працях Т. Шульца, Г. Беккера, Б. Вейсброда, Дж. Мінцера, Л. Туроу, М. Блауга, С. Боулса, Й. Бен-поре, Р. Лейард, Г. Псахаропулоса, Ф. Уелча, Б. Чизвик. Серед російських вчених, які зробили значний внесок у дослідження і розвиток теорії людського капіталу, необхідно відзначити В. С. Гойла, Р. І. Капелюшнікова, А. І. Добриніна, С. А. Дятлова, С. А. Курганського, В. А. Коннова, Є. Д. Циренова. На наш погляд, найбільш повне дослідження генези теорії людського капіталу представлено у працях А. І. Добриніна, С. А. Дятлова, С. А. Курганського [41, 42].

Людський капітал на думку А. І. Добриніна, С. А. Дятлова – це адекватна постіндустріальному стану суспільства епохи науково-технічної революції форма вираження (організації, функціонування та розвитку) продуктивних сил (якості, властивостей, здібностей, функцій, ролей) людини, включених до системи соціально орієнтованої економіки ринкового типу як провідного елемента суспільного відтворення і вирішального чинника економічного зростання [43, с. 14].

Відзначаючи високий динамізм процесів, що відбуваються в сучасному суспільстві, обумовлених науково-технічною революцією й інформаційно-комунікаційними зрушеннями, вчені характеризують це суспільство як інформаційне, а сучасну систему суспільного відтворення, як інноваційне відтворення.

В інформаційному суспільстві людина є не просто «економічною людиною», під якою розуміється комплекс економічних функцій і ролей, що

визначають раціональну поведінку людини в індустріальній економіці ринкового типу, а багатогранну людську особистість як вирішальний фактор і головний інформаційний ресурс суспільства. Головним носієм інформаційних ресурсів та джерел, поряд із речовими засобами накопичення зберігання і обробки інформації, є людина, що володіє високим рівнем загальноосвітньої, наукової та спеціальної підготовки [43, с. 15-16].

Треба зауважити, що, погоджуючись із обмеженістю і вичерпуваністю традиційних ресурсів і констатуючи факти переходу розвиненого суспільства до якісно нового стану, необхідно піклуватися про умови перебування людини як носія властивостей, трудового, продуктивного, інформаційного та інших ресурсу.

У концепції людських ресурсів людина є найбільш цінним ресурсом, що не відновлюється, ресурсом, що у свою чергу визначається єдністю трьох компонентів: трудової функції, включеності до системи соціальних зв'язків і володіння унікальними професійно-особистісними якостями, що дозволяють найбільш продуктивно використовувати всі інші наявні в структурі виробничі ресурси. На наш погляд, в межах цієї концепції серед зазначених компонентів необхідно виокремити компонент здоров'я, як базовий, основоположний, що визначає потенційну можливість виконання індивідом трудової функції, розвитку професійно-особистісних якостей і повноти включеності до системи соціальних зв'язків.

Під людськими ресурсами розуміються якості, що дозволяють добувати життєві блага і завойовувати соціальні позиції. При розгляді різних якостей формують поняття людських ресурсів, пріоритетність віддається здоров'ю.

На думку Т. В. Чубарової, здоров'я належить функції споживання індивіда, так як люди отримують задоволення від того, що вони здорові. Як інвестиційний об'єкт, здоров'я є частиною людського капіталу або цінності людини як частини виробництва і забезпечує йому можливість заробити. Здоров'я знижує число днів хвороби і відповідно збільшує число днів, в які

можна займатися будь-якою діяльністю, як ринковою, так і неринковою. Тому виробництво здоров'я впливає на корисність індивіда не тільки як задоволення від гарного стану здоров'я, але й тому, що воно підвищує число здорових днів для роботи (відповідно отримання доходу) та вільного часу і збільшує його дохід [18, с. 23].

Індивід не лише пред'являє попит на здоров'я, але і виробляє його. Він успадковує первісний запас здоров'я, який амортизується з плином часу, але він може вкласти кошти в підтримку здоров'я і підвищити цей запас. При цьому потрібно мати на увазі, що споживачеві потрібно здоров'я, а не медичні послуги самі по собі. Попит на медичні послуги таким чином – це опосередкований попит на здоров'я. Виробництво здоров'я також вимагає витрат часу від індивіда, відриваючи його від як ринкової, так і неринкової діяльності. Таким чином, людина не просто купує здоров'я, а сама бере активну участь у його виробництві, комбінуючи ресурси відповідно до стану знання та рівня технологій. [18, с. 11].

Як виробник і споживач людина є частиною трудових ресурсів.

На певному етапі суспільного розвитку в процесі виробництва трудові ресурси як економічна категорія виражають економічні відносини в процесі виробництва, перерозподілу та використання працездатного населення в економіці країни. Трудові ресурси зумовлюють трудовий потенціал суспільства, який, у свою чергу, має кількісний і якісний аспект.

Перший аспект кількісний визначається наступними параметрами: кількістю робочого часу, що населення відпрацьовує за сформованого рівня продуктивності та інтенсивності праці, загальною чисельністю працездатного населення.

Другий аспект якісний визначається наступними параметрами: фізичної дієздатністю працездатного населення, якістю працездатного населення з точки зору рівня загальноосвітньої та професійно-кваліфікаційної підготовки працездатного населення, загального здоров'я населення.

Сучасна система суспільного відтворення існує в умовах обмеженості традиційних ресурсів, а економічне зростання все більшою мірою залежить від використання інформаційних ресурсів та джерел.

Необхідно визначити, що людський капітал в сучасних умовах суспільного відтворення є головною цінністю суспільства і головним чинником економічного зростання. Процес формування людського капіталу вимагає від суспільства і самої людини значних витрат.[41, с. 46].

С. А. Дятлов визначає людський капітал крізь призму функціонально-цільового підходу, як сформований інвестиційний комплекс знань, навичок, здібностей, мотивацій, які доцільно використовуються в тій чи іншій сфері суспільного відтворення, сприяють зростанню продуктивності праці та ефективності виробництва і тим самим впливають на зростання заробітків (доходів) даної людини [44, с. 26].

Для цього дослідження важливим є те, що в структурі людського капіталу вчені визначають, насамперед, складову «здоров'я».

В будь-якій сфері професійної діяльності кожній людині для продуктивної діяльності необхідні імунітет до хвороб, якісне збільшення активної трудової діяльності, витривалість, фізична сила.

Принципово важливо для профілактики і попередження захворюваності в період роботи чітко дотримуватись нормативних інструкцій з техніки безпеки, зменшення частки зайнятих у шкідливих і небезпечних умовах.

Інвестиції в людський капітал являють собою будь-які дії, що підвищують професійну кваліфікацію та продуктивні здібності людини і тим самим продуктивність її праці. Витрати, що сприяють підвищенню людської продуктивності, можна розглядати як інвестиції, оскільки поточні витрати здійснюються з тим розрахунком, що їх буде багаторазово компенсовано дедалі значнішим потоком доходів у майбутньому.

Перспективність швидких змін суспільного розвитку не можливо розглядати без розумних інвестицій в людину. Збереження працездатності за

рахунок зменшення захворюваності, збільшення продуктивного періоду життя, мають стати необхідними маркерами привабливості інвестування. Нормальний обіг робочої сили у виробництві багато в чому залежить від ефективних капіталовкладень. Інвестиції в здоров'я забезпечують нормальний обіг робочої сили. Капітал здоров'я є невід'ємною частиною людського капіталу.

Якісна медична допомога забезпечує належний рівень здоров'я і супроводжує людину з самого народження до його пенсійного віку. Зниження здоров'я, захворюваність, інвалідність виражаються в непрацездатності. Результатом віддачі капіталовкладень в охорону здоров'я є зменшення хвороб, високий рівень здоров'я населення країни.

Загальносоціальна потреба суспільства у необхідності підтримки здоров'я всіх членів суспільства незалежно від їх матеріального рівня, забезпечення державою гарантій рівного доступу до мінімального набору найбільш важливих видів медичної допомоги, особливо у випадку загрози життю, дозволяє класифікувати здоров'я як суспільне благо. Вартість медичної послуги визначається не тільки ринковими чинниками, а, насамперед, суспільно необхідними витратами для виробництва і відтворення медичної допомоги, без визнання їх суспільної корисності ринком.

Робочою силою є індивідуальна здатність до праці, яка поєднана з живою особистістю людини і виступає його найважливішою атрибутивною властивістю [39, с. 36].

Базисною основою в структурі індивідуальної продуктивної сили людини є здоров'я. Здоров'я, будучи одним із активів категорії «людський капітал», бере участь у суспільному відтворенні. Стан здоров'я впливає на здатність людини до праці, як робочої сили, так і на здатність до споживання, споживної сили.

Необхідно підкреслити інтегральний характер поняття «здоров'я». У Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) поняття «здоров'я»

формулюється як: «Стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність фізичних дефектів чи хвороб» [46].

Під фізичним здоров'ям слід розуміти досконалість саморегуляції функцій організму, оптимальне протікання фізіологічних процесів і максимальну адаптацію до різних факторів зовнішнього середовища. Психічне здоров'я передбачає гармонію психічних процесів і функцій, а також заперечення і подолання хвороби. Соціальне здоров'я відображає міру соціальної активності, діяльного ставлення людини до світу, його соціальну затребуваність. Неправомірно є вузьке тлумачення здоров'я як чисто медичного поняття.

Праця як функція робочої сили і споживання як функція споживної сили обумовлені інтегральним показником здоров'я. Функція робочої сили і функція споживної сили якісно визначені використанням у процесі праці та процесі споживання фізичної, психічної, і соціальної складової.

У процесі споживання робочої сили відбувається кількісна зміна якісної характеристики здоров'я.

Кількісними показниками фізичного здоров'я, на думку Н. М. Амосова, є максимальна продуктивність органів при збереженні якісних меж їх функцій [47, с. 15].

На думку Г. Л. Апанасенко, в основі концепції кількісної оцінки здоров'я лежить біологічна закономірність, яка полягає в тому, що існує якийсь обумовлений еволюцією поріг резерву організму, вище якого у людей практично не реєструються ні ендогенні фактори ризику, ні хронічні соматичні захворювання [48, с. 27].

Потреба в споживанні, яка життєво необхідна, перш за все, для відновлення кількості витраченого в процесі праці здоров'я. Відбувається формування здатності до споживання, обґрунтованої необхідністю відновлення стану здоров'я. Виникаюча потреба в праці у процесі споживання обґрунтована необхідністю забезпечення витрат на відновлення кількості витраченого в процесі праці здоров'я, відбувається формування

здатності до праці.

Розширене трактування продуктивної праці, яким у сучасних умовах визнається не тільки праця у сфері матеріального виробництва, але і праця в тих галузях і сферах, де здійснюється відтворення самих трудящих, дозволяє простежити діалектику розвитку індивідуальної продуктивної сили людини розвиток і вирішення протиріччя між його робочою силою і споживчою силою [44, с. 31-35].

Основою відтворення трудових витрат і створення нової потреби в праці є потенціал здоров'я людини, що зумовлює, як здатність до праці, так і здатність до споживання. Потенціал здоров'я людини визначає можливість витрачання фізіологічної енергії, створення потреби в її заповненні.

Необхідність розгляду потенціалу здоров'я при дослідженні причинно-наслідкових зв'язків розвитку продуктивної сили людини продиктована не тільки його впливом на формування здатності до праці і здатності до споживання, але і можливістю його проявів у формі як здоров'я, так і нездоров'я індивідуума. У нездорової людини знижена здатність до праці і підвищена здатність до споживання, так як витрачання фізіологічної потреби спрямоване не тільки на її заповнення витраченої в процесі трудової діяльності, а й на заповнення від стану нездоров'я до стану здоров'я. Діалектика причинно-наслідкових зв'язків розвитку продуктивної сили людини з урахуванням потенціалу здоров'я дозволяє визначити здоров'я людини, як фактор збалансованості між продуктивною і споживчою частиною відтворювального процесу.

Тривалий час відбувалася дискусія про власність на робочу силу. Робилися спроби обґрунтування товарності і полутоварності робочої сили [44, с. 39, 46-48]. Але ніхто не ставив питання щодо власності на здорову робочу силу.

Соціальні протиріччя, кризові явища, загострення проблем бідності вимагають відійти від принципу методологічного індивідуалізму, який в теорії добробуту означає максимізацію суспільного добробуту за рахунок

досягнутого добробуту кожного індивіда. А. Пігу, базуючись на постулатах неокласичної теорії, вказує на недосконалість ринкового механізму, ранжирування і задоволення потреб, результатом яких є відчутний збиток суспільному добробуту [49, с. 53, 56-57]. На думку А. Пігу, перерозподіл частини доходу на користь бідних збільшує суму загального добробуту. Перерозподіл частини доходу на користь менш забезпечених верств населення є фактором зростання ефективності (в даному циклі), так як збільшує сукупний корисний ефект від використання виробленого продукту. Одночасно є чинником зниження ефективності, так як послаблює стимули підприємницької діяльності та приватної ініціативи. Перерозподіл у довгостроковому періоді сприяє зростанню ефективного попиту.

У структурі здібностей до праці необхідно виділити дві її найважливіші складові: здатність до необхідної праці і здатність до додаткової праці. Здібності до необхідної праці пов'язані з особистістю людини, є формою прояву її індивідуальних властивостей і служать основою для його індивідуального життя. Здібності до додаткової праці виникають у процесі інтеграції та взаємодії із засобами виробництва, науковим знанням, спеціальними навичками інших людей. Здатність до необхідної праці характеризує необхідність відтворення природних фізичних і розумових здібностей до праці людини на нормальному для даної шаблі розвитку суспільства рівні, тобто його просте відтворення. Здатність до додаткової праці визначає необхідність відтворення нових наукових знань, зростання кваліфікації, нових продуктів на основі виробництва надлишку матеріальних і духовних благ з метою відтворення у людині нових соціально розвинених якостей і властивостей, розширене відтворення окремої людини як суспільного індивіда.

Здатність до необхідної праці – функція індивідуальна, її призначення просте відтворення робочої сили окремої людини.

Здатність до додаткової праці – функція індивідуально-громадська, її цільове призначення, розширене відтворення робочої сили окремої людини

[44, с. 54-56].

Праця як функція робочої сили і споживання як функція споживної сили обумовлені інтегральним показником здоров'я.

Якщо існує необхідна і додаткова праця, отже, існує здоров'я індивідуума, що підтримує здатність до необхідної праці і здоров'я індивідуума, що підтримує здатність до додаткової праці.

Відтворення здоров'я індивіда, що підтримує здатність до необхідної праці, є об'єктом охорони держави і забезпечується державними гарантіями надання безкоштовної медичної допомоги. Про відтворення здоров'я індивідуума, що підтримує здатність до додаткової праці, повинен піклуватися сам індивід.

Теоретичне обґрунтування відтворення здоров'я населення дозволяє сформулювати основні процесоутворюючі фактори:

- формування здорового способу життя та надання якісної безкоштовної медичної допомоги всім громадянам України (в рамках державних гарантій);

- ресурсного забезпечення охорони здоров'я, що включає фінансове, матеріально-технічне та технологічне оснащення лікувально-профілактичних установ на основі інноваційних підходів та принципу стандартизації;

- розробка стратегії відтворення здоров'я населення спрямована на його збереження та поліпшення на основі формування здорового способу життя та підвищення доступності та якості медичної допомоги. Метою зазначеної стратегії є забезпечення сталого соціально-економічного розвитку України.

У сучасних умовах все більшого значення набуває не просто динаміка показників платоспроможного попиту, а, перш за все, диверсифікація споживання, механізми формування і задоволення потреб.

Ключовим обмежувачем споживання медичних послуг виступає не обсяг їх виробництва, який визначається об'ємом доступних ресурсів та ефективністю їх використання, а соціально-економічні механізми доступу до

їх споживання.

Загальну траєкторію розвитку потреби в медичній допомозі визначає:

- ступінь розвитку потреби в медичних послугах, що задає вектор сталого економічного розвитку;
- розвиток потреби в медичних послугах змінюється в бік її індивідуалізації;
- можливість перерозподілу доходу на користь соціально незахищених груп населення, що призводить, надалі, до зростання капіталовіддачі в секторах, які використовують найману працю.

Ускладнення структури потреби в медичних послугах вимагає складного поєднання ринкових і неринкових механізмів на всіх стадіях відтворювального процесу. Ринковий механізм регулює платоспроможний попит, перевищує гарантований обсяг надання безкоштовної медичної допомоги. Базові потреби в межах зазначеного обсягу, а також неплатоспроможний попит вимагає державної участі.

Споживання додаткових платних медичних послуг (які не є необхідними за життєвими показаннями) можна розглядати як підвищення потенціалу здоров'я, спрямованого на вдосконалення творчих знань, навичок, умінь або підвищення конкурентоспроможності робочої сили.

Процес споживання медичних послуг стає інтерактивним, вимагає від споживача спеціальних навичок, міжособистісних контактів і інтерперсональної взаємодії. Регулювання зазначеного типу споживання припускає включеність до ринкового механізму певного загальнокультурного елемента.

Зниження здатності до споживання впливає на відтворення потреби в праці, виявляє вплив на потенціал здоров'я, який визначає здатність до праці і працю як функцію робочої сили, що є виробником матеріальних і духовних цінностей. Недостатнє забезпечення людини медичною допомогою з причини бідності не забезпечує потенціал здоров'я, що веде до стримування економічного зростання.

Здійснюючи економічні функції, держава виступає в ролі основного джерела фінансування щодо забезпечення розвитку людського капіталу, тим самим, створюючи можливість його участі в процесі суспільного відтворення, результатом якого виступає потенційна можливість подальшого вдосконалення творчих здібностей людини.

Граничність ресурсів обмежує можливості держави у наданні суспільних благ, найбільш значущим з яких є здоров'я. Держава гарантує рівний доступ лише до мінімального набору найбільш важливих видів медичної допомоги.

Витрачене в процесі виробництва продукту здоров'я не завжди може бути відтворене, так як хотілося б його носію. Функції держави щодо забезпечення відтворювального процесу в цьому випадку спрямовані на створення і підтримку умов широкої доступності ринку послуг охорони здоров'я. Споживання додаткових платних медичних послуг (які не є необхідними за життєвими показаннями) можна розглядати як оптимізацію результату з підвищення потенціалу вдосконалення творчих знань, навичок, умінь або підвищенню конкурентоспроможності робочої сили. У такому випадку медична послуга запропонована ринком, не може розглядатися як приватне благо, а повинна розглядатися як захід, необхідний для підтримки та збереження здоров'я.

Створення і закріплення позитивних тенденцій у відтворенні людського капіталу вимагає дослідження внеску всіх учасників даного багаторівневого процесу: держави, організацій, людини.

Проблематика, позначена темою цього дослідження, спочатку спрямована на оптимізацію відтворення здоров'я як найбільш значимого активу людського капіталу, що вимагає теоретичного осмислення процесів, які в умовах конкурентного ринку медичної діяльності, можливості використання механізму конвергенції державної та приватної систем охорони здоров'я, а також використання інституційних основ для регулювання ринку медичних послуг.

1.3. Зарубіжний досвід державного регулювання інноваційного розвитку систем охорони суспільного здоров'я

Відповідно до Міжнародної Конвенції «Про захист прав людини та основних свобод» від 4 листопада 1950 р.: «Держави несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає проведення відповідних заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я» [50].

Фінансова стійкість системи охорони здоров'я, є стратегічно важливим завданням держави, що створює рівні можливості для людей з різним доходом в реалізації доступної і якісної медицини. Система охорони здоров'я повинна фінансуватись таким чином, щоб «... усі люди мали доступ до медико-санітарних послуг і при цьому не відчували фінансових труднощів щодо їх вартості» [51, с. 62]. При будь-якому рівні витрат, на думку Генерального директора Всесвітньої організації охорони здоров'я М. Чана, будь-яка країна може домогтися поліпшення охоплення медичними послугами, і забезпечити захист від фінансових ризиків, якщо проводитиме ефективну і прагматичну політику в галузі охорони здоров'я [52, с. 25]. Стосовно українського досвіду щодо інноваційного розвитку системи охорони здоров'я у доповіді підкреслювалось: «В Україні, наприклад, на індивідуальному рівні створюються так звані фонди на випадок хвороби для того, щоб допомогти впоратися з платою за лікарські засоби там, де можливості бюджетного фінансування місцевих медичних установ обмежені. Внески зазвичай складають близько 5% заробітної плати і часто доповнюються грошима, отриманими від благодійних заходів. Поки охоплення невелике у співставленні з національним рівнем, але ці фонди відіграють важливу роль у маленьких містах, де медичні установи не отримують достатнього фінансування» [52, с. 48].

Однак наявність достатнього фінансування не гарантує загальної доступності медичної допомоги. Навіть у високорозвинених країнах не всі громадяни отримують необхідну медичну допомогу (так у США понад

50 млн. чол. не мають полісів медичного страхування) [53]. Хоча за законом, підписаним Президентом США Б. Обамою, передбачалось забезпечити медичною страховкою ще 32 мільйони чоловік, найближчим часом зробити це явно не вдасться, відзначає американський дослідник Р. Вульф. Основною перешкодою, на його думку, є постійно зростаюча середня вартість страховки, яка для сім'ї з 4 осіб вже становить близько 14 тисяч доларів. А впродовж найближчих років напевно станеться приріст незастрахованого населення, яке продовжує втрачати робочі місця – в основному, серед домогосподарств із доходом нижче 75 тисяч доларів на рік [53].

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я і результативність якості надання медичних послуг є важливим державним завданням. «Ефективність системи охорони здоров'я і надання медичної допомоги населенню залежить від типу системи охорони здоров'я, механізмів реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я громадян, рівня фінансування охорони здоров'я та добробуту нації», – зазначає український фахівець у сфері охорони здоров'я Г. О. Слабкий [54].

Механізм використання виділених державою ресурсів передбачає реалізацію циклічної процедури прийняття рішень, яка включає: сукупність дій з розробки концепцій ефективного використання ресурсів, аналізу конкретних ситуацій, оцінки обмежень щодо фінансування, порядок перегляду бюджету в разі секвестру видаткової частини, етапність впровадження системи; моніторинг та оцінка ходу виконання бюджету (аж до зміни концепції).

Проведений автором аналіз передових практик показав, що існуючі в різних країнах системи охорони здоров'я дозволяють досить ефективно виконувати функції соціального захисту і є істотний внесок у соціальний та економічний добробут населення.

Системи охорони здоров'я економічно розвинених країн базуються на таких основних елементах господарської діяльності як: страхова медицина, державна територіальна медицина, медична діяльність громадських

організацій.

При цьому виділяються країни з чітко вираженими ринковими принципами діяльності (США), що використовують елементи планового регулювання (країни Західної Європи), з впливом традицій (Японія). Доля витрат у цих країнах на охорону здоров'я у ВВП становить від 7,5 до 16%; частка державних витрат – близько до 75% від загальних витрат на охорону здоров'я [55].

В економічно розвинених країнах система охорони здоров'я тісно пов'язана з діяльністю щодо популяризації здорового способу життя, охорони навколишнього середовища.

Охорона здоров'я країн, що розвиваються, перш за все, країн «найменшого розвитку», не встигає за зростанням населення і загостренням продовольчих криз.

Системи охорони здоров'я нових індустріальних країн багато в чому відстають від розвинених країн за рівнем надання масових медичних послуг, але цей розрив поступово скорочується. Особливих успіхів добилися такі країни як Мексика, Бразилія, Аргентина, Китай.

Нові незалежні держави в процесі формування системи охорони здоров'я переживають парадоксальний період руйнування державної системи охорони здоров'я, і формуванні ринкової моделі, в чому значно поступаючись економічно розвиненим країнам.

Коли говорять про моделі систем охорони здоров'я країн з перехідною економікою, мають на увазі головним чином групу країн Східної Європи, включаючи деякі країни СНД. Спочатку вони спробували здійснити економічну «шокову терапію», зберігши існуючий рівень обслуговування в системі охорони здоров'я. Одночасно в більшості цих країн мала місце спроба реалізувати поєднання соціального страхування з ліберальною моделлю приватизації [55].

Як відомо, в колишньому Радянському Союзі і європейських соціалістичних країнах існували широкі гарантії безкоштовного надання

медичної допомоги населенню. У ряді постсоціалістичних країн (Азербайджані, Вірменії, Грузії, Молдові, Таджикистані) такі гарантії були радикально скорочені. Однак у більшості країн із перехідною економікою гарантії безкоштовного отримання медичної допомоги або не змінювалися, або були лише незначно модифіковані. В Албанії, Болгарії, Киргизії, Македонії, Словенії, Хорватії, Чехії, Естонії були введені фіксовані співоплати пацієнтів за надані їм медичні послуги, розміри яких були незначними порівняно з вартістю наданих послуг. У результаті характерною особливістю країн із перехідною економікою став значний розрив між гарантованими правами громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги та їх реальним фінансуванням [56, с. 10].

Проведений автором аналіз відмінностей національних систем охорони здоров'я за формою фінансування засвідчує, що у світовій практиці домінуючими є три форми фінансування: державна, бюджетно-страхова і підприємницька (приватна).

Державна система охорони здоров'я фінансується з сумарних податкових доходів бюджету (від 75 до 90%); більша частина закладів охорони здоров'я належить державі. Існує державне замовлення, державне завдання або державний трансферт, через які здійснюються фінансові надходження до системи охорони здоров'я. Переваги даної моделі фінансування є прагнення щодо забезпечення рівності та доступності в отриманні медичної допомоги для всіх категорій-громадян. Проте, на практиці в силу об'єктивних макроекономічних причин ця система не може бути повністю реалізована.

Характеристика організації охорони здоров'я країн із державною моделлю фінансування представлена у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Характеристика організації охорони здоров'я країн із державною моделлю фінансування

Характеристики	Країни		
	Велика Британія	Італія	Канада
1	2	3	4
Джерела фінансування	За рахунок загальних податкових доходів бюджету; виходячи з чисельності зареєстрованого у приватно-практикуючих лікарів загального профілю згідно з нормативом.	За рахунок податку на заробітну плату і за рахунок інших доходів бюджету. Центральний уряд перерозподіляє ресурси так, щоб компенсувати нерівномірність у фінансовому становищі регіонів.	За рахунок загальних податкових доходів бюджету, Федеральним урядом надається кожній провінції гранд, що становить близько 16% від її витрат на охорону здоров'я, частина, що залишилася фінансується за рахунок регіональних податків (в основному податок на дохід фізичних та юридичних осіб).
Доля витрат у ВВП	7,5%	9,0%	10,3%
Характеристика особливостей національної системи охорони здоров'я	95% медичних установ належить державі, управління ними переходить до лікарняних трастів. Бюджети трастів обмежені лімітами, які встановлює уряд. Більшість лікарів та інших медпрацівників у Британії є державними службовцями, які отримують заробітну плату, що залежить від стажу роботи.	Компенсація лікарням здійснюється, але клініко-статистичним групам, розцінки встановлює центральний уряд. Лікарям виплата здійснюється на «подушній» основі (залежно, від кількості пацієнтів, яких вони обслужили за певний період часу, а не за надані послуги)	Державним лікарням виплачуються заздалегідь встановлені суми, які забезпечують покриття всіх витрат, за винятком витрат на основні фонди. Дані витрати вимагають утвердження в кожному конкретному випадку. Оплата лікарям виводиться за принципом гонорару за конкретні послуги. У деяких провінціях сукупний дохід лікарів обмежений.
Принципи організації системи охорони здоров'я	Централізований варіант системи побудований за принципом єдиного платника – держава. Яка безпосередньо оплачує медичні послуги, що надаються і фінансує охорону здоров'я.	Центральний уряд встановлює цілі витрачання коштів, контролює загальні показники здоров'я населення і веде переговори з медиками за трудовими угодами. Регіональні органи влади встановлюють розміри власних бюджетів і відповідальність за якість надання медичних послуг, укладають контракти з державними	Децентралізований характер: повноваження в галузі охорони здоров'я делеговані провінціям, фінансування здійснюється спільно регіональними і федеральними органами влади.

		лікарнями, клініками і приватними медичними установами	
--	--	--	--

Продовження таблиці 1.1

1	2	3	4
Спектр надання послуг за рахунок бюджету	Споживач не несе ніяких витрат на медичні заходи, виняток становить невелика пайова участь в оплаті ліків, стоматологічної допомоги та послуг окуліста.	Первинна медико-санітарна допомога та лікування в стаціонарі за місцем надання – безкоштовні. За пайової участі пацієнтів проводиться оплата діагностичних процедур, послуг фахівців і ліків, що відпускаються за рецептами.	Безкоштовно надаються послуги фахівців, лікування в стаціонарі, стоматологічне і хірургічне втручання. Оплачуються пацієнтами – поточне лікування зубів, фізіотерапія і ліки, що відпускаються за рецептом.
Розвиток приватного сектору медичних послуг	Невеликий приватний сектор медичних послуг, дає можливість уникнути черг.	Приватне медичне страхування не набуло широкого поширення, хоча воно надає необмежене право вибору лікарів і можливість лікуватися в приватних клініках.	Для покриття медичних послуг, що не входять до загальнонаціональної системи, купуються медичні поліси у приватних страхових компаній.
Переваги національної системи охорони здоров'я Недоліки організації національної системи охорони здоров'я	Низька частка адміністративних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я. Довгі черги на лікарські прийоми, особливо до вузьких спеціалістів і в лікарнях.	Можливість регіонам вводити власні розцінки на компенсаційні виплати. Довгі черги на діагностичні дослідження. Характерна тенденція бюрократизованості галузі.	Забезпечення можливості урядам провіцій контролювати витрати медичних установ, що підвищує якість наданої послуги і обґрунтованість на її витрати. Дефіцит сучасних медичних технологій; нестача лікарських кадрів, існують черги на лікування.

Джерело: систематизовано автором за даними – [207, с. 1-10, 30-48]

Серед недоліків даної системи необхідно відзначити:

- наявність одного джерела фінансування ускладнює забезпечення доступності послуг для всіх верств населення;
- безкоштовність медичних послуг призводить, до підвищеного і необґрунтованого попиту на них, що змушує обмежувати його шляхом процедури попереднього запису;
- відсутність конкуренції на ринку медичних послуг не сприяє підвищенню їх якості, а, отже, гальмує розвиток системи охорони здоров'я;
- максимальна залежність розміру фінансування від можливостей

бюджету.

Бюджетно-страхова система охорони здоров'я фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, громадян і субсидій держави, страхові внески відраховуються у вигляді певного відсотка від фонду оплати праці, участь державою в фінансуванні є обмеженою. Найбільш яскравими представниками держав з бюджетно-страховою системою фінансування охорони здоров'я є Франція, Норвегія, Німеччина (Додаток А).

Аналіз бюджетно-страхової системи фінансування охорони здоров'я дозволив виявити такі основні переваги:

- в обов'язковому медичному страхуванні бере участь переважна більшість населення країни, що дає йому можливість отримати фінансову підтримку у випадку настання хвороби від страхової компанії, окрім гарантованого державою обсягу безкоштовної медичної допомоги;

- приватне страхування створює можливість отримання додаткових видів медичних послуг;

- забезпечується адресність медичної допомоги при настанні страхового випадку.

У той же час цій моделі притаманні такі недоліки:

- необхідність жорсткого контролю за діяльністю організацій у секторі приватного страхування;

- не завжди забезпечується необхідний рівень державного фінансування витрат населення на медичні послуги.

У приватно-підприємницькій системі фінансування здійснюється в основному за рахунок внесків з добровільного медичного страхування, шляхом придбання у приватних страхових компаній населенням і організаціями полісів та реалізації платних медичних послуг. При використанні цієї моделі державні органи влади намагаються всіма можливими способами контролювати діяльність страхових організацій і рівень цін на медичні послуги. Основний недолік цієї моделі полягає у недоступності якісної медичної допомоги найбільш вразливим верствам населення

країни.

Оцінка результативності основних систем охорони здоров'я дозволила автору зробити наступні висновки:

– модель управління охороною здоров'я практично кожної країни передбачає наявність елементів обов'язкового медичного страхування, добровільного медичного страхування, приватної медицини і бюджетного фінансування, які присутні в різних країнах у різних пропорціях;

– сучасна система економічних відносин в охороні здоров'я не дозволяє повністю гарантувати доступність і відповідні стандарти якості медичної допомоги всім категоріям громадян (навіть, країни, що розвиваються, гарантують своїм громадянам мінімальні «пакети» медичних послуг, що забезпечують медико-соціальне благополуччя, яке виражається головним чином у боротьбі з інфекційними захворюваннями);

– незважаючи на те, що в країнах із високорозвиненою економікою витрати на охорону здоров'я становлять у середньому 6-7% ВВП, а в реальному вираженні – на порядок більше, ніж в Україні, і при цьому практично в жодній з цих країн не гарантується безкоштовність усіх видів медичної допомоги всім громадянам [58, с. 360];

– практична реалізація будь-якої з названих моделей вимагає адаптації до конкретних умов національної економіки.

Таким чином, особливості інституційної структури сфери охорони здоров'я дозволили систематизувати принципи і визначити критичні фактори успіху реалізації державної політики в даній сфері, що враховують специфіку медичної допомоги, рівень розвитку системи охорони здоров'я та забезпечують перехід від концепції управління витратами до управління за результатами. Сучасна національна модель охорони здоров'я ґрунтується на поєднанні ринкових регуляторів і планування, здійснюваного органами державного управління.

Висновки до розділу 1

1. Інновації є динамічним рушієм розвитку в усіх галузях і сферах життєдіяльності людини. Вони вдосконалюють виробництво, змінюють сферу обігу, сприяють створенню кращих за властивостями виробів, технологій, прибутків, нейтралізують негативні наслідки прискороного динамічного розвитку, це, у свою чергу, вимагає невідкладних розробок у сфері психології, соціальної медицини, охорони праці тощо.

Інновації в охороні здоров'я запропоновано розглядати як продукт діяльності, пов'язаної з розвитком технологій у сфері медицини, науковими досягненнями і передовим досвідом, які спрямовані на одержання якісно нових моделей і технологій оздоровлення, лікування, адміністрування процесів у медичній сфері, отримання нових медичних товарів та послуг; а інноваційним розвитком системи охорони здоров'я доцільно вважати діяльність, результатом якої виступає вдосконалення існуючої та розробка нової медичної продукції (технології, техніки, програми або послуги), які реалізуються на ринку, або запровадження нового чи удосконаленого процесу, який прямо або опосередковано використовується у практичній медицині.

2. Інновації в системі охорони здоров'я як результат інноваційної діяльності являють собою будь-які результати наукової праці, причому як зміни та перетворення вже існуючих, так і впровадження абсолютно нових об'єктів, процесів, технологій та способів. А це передбачає радикальну зміну компонентів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я: змісту, форм, методів, технологій, засобів, системи регулювання тощо. Система охорони здоров'я є унікальною складною гетерогенною соціально-економічною системою, структурна будова якої представляє сукупність великої кількості організацій, різних за функціями та масштабами і таких, що знаходяться у взаємодії одна з одною, пов'язані різними суспільними відносинами (політичними, економічними, соціальними, трудовими, морально-етичними та іншими). Відповідно, процес

державного регулювання цією сферою включає комплекс компонентів: структуру, функції, механізм, кадри управління. Процес державного регулювання системи охорони здоров'я можна представити у вигляді трьох складових форм його реалізації: адміністративної, завданням якої є розробка системи цілей, завдань і шляхів їх вирішення; економічної, що забезпечує матеріально-фінансові ресурси, мотиви і фінансові результати системи регулювання; оперативної, що забезпечує оперативну та виконавську функцію, спрямовану переважно на технологічну і технічну організацію об'єкта регулювання.

3. Визначено, що ефективність інноваційного розвитку системи, залежить від дієвості механізмів державного регулювання, що видозмінюються у процесі комплексної регламентації методів, функцій, стимулів, форм, важелів. Наголошено, що механізми державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я на основі цілеспрямованого впливу повинні забезпечувати взаємодію всіх підсистем, чітку зважену координацію управлінських рішень, упорядковувати відносини і зв'язки людей у процесі надання медичної допомоги.

В роботі процеси інноваційного розвитку системи охорони здоров'я розглядаються як системні та регулярні нововведення в управлінні гетерогенними соціально-економічними системами, що змінюються під впливом сучасних тенденцій розвитку суспільства, створюючи належні умови для ефективного функціонування системи охорони здоров'я, забезпечуючи спадкоємність минулих напрацювань, впроваджуючи гнучкий координаційний процес. В умовах глобалізації гетерогенна соціально-економічна система є динамічно і стратегічно спланованою організацією, що функціонує на принципах інтеграції, координації, децентралізації та активно реалізує інноваційні проекти.

4. Встановлено, що однією з найважливіших проблем державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є необхідність створення умов, які б уможливили здатність гетерогенної

соціально-економічної системи до самотрансформації у контексті формування мережі мультиорганізаційних структур управління. Діяльність таких структур спрямована на підвищення рівня соціальної справедливості в системі охорони здоров'я, впровадження міжсекторального підходу із залученням різних галузей національної економіки на підставі прийнятих стандартів, правил та заходів, спрямованих на формування потенціалу здоров'я, та орієнтації на ведення здорового способу життя.

Визначено, що загальносоціальна потреба у формуванні потенціалу суспільного здоров'я та забезпечення державою гарантій рівного доступу до найбільш важливих видів медичної допомоги, особливо у випадку загрози життю, зумовлює об'єктивну необхідність капіталізації людського потенціалу через інвестування в здоров'я як в актив людського капіталу. Але в умовах обмеженості ресурсів держава гарантує рівний доступ лише до мінімального набору найбільш важливих видів медичної допомоги. Ефективність системи охорони здоров'я і якість надання медичної допомоги населенню залежить від типу системи охорони здоров'я, механізмів реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я громадян, рівня фінансування та добробуту нації.

5. Проведений автором аналіз передових світових практик показав, що системи охорони здоров'я економічно розвинених країн базуються на таких основних елементах господарської діяльності, як: страхова медицина, державна територіальна медицина, медична діяльність громадських організацій. При цьому виділяються країни з чітко вираженими ринковими принципами діяльності (США); країни, що використовують елементи планового регулювання (країни Західної Європи); країни з впливом традицій (Японія).

Констатовано, що єдиної, універсальної моделі державної регуляції сфери охорони здоров'я, прийнятної для всіх, не існує. Ступінь централізації, формування та розподіл витрат між усіма громадянами в різних країнах є досить варіативною величиною. Проте, існуючі загальносвітові тенденції

розвитку сфери охорони здоров'я дають змогу зробити такі висновки:

– модель управління охороною здоров'я практично кожної країни передбачає наявність елементів обов'язкового медичного страхування, добровільного медичного страхування, приватної медицини і бюджетного фінансування, які наявні в різних країнах у різних пропорціях;

– сучасна система економічних відносин в охороні здоров'я не дає можливості повністю гарантувати доступність і відповідні стандарти якості медичної допомоги всім категоріям громадян ;

– незважаючи на те, що в країнах із високорозвиненою економікою витрати на охорону здоров'я становлять у середньому 6-7% ВВП, а це на порядок більше, ніж в Україні, в жодній країні не гарантується безкоштовність усіх видів медичної допомоги всім громадянам;

– факт наявності медичного страхування не означає повного доступу до послуг охорони здоров'я;

– спостерігається тенденція зростання витрат на систему охорони здоров'я майже в кожній країні, що, у свою чергу, призводить до дефіциту бюджету, а також непопулярних реформ – підвищення податків та зменшення кількості соціальних пільг;

– найбільш ефективною система охорони здоров'я є у країнах, де спостерігається відхід від централізованого державного управління процесом і робиться акцент на ринкові ціни, конкурентоспроможність, поділ витрат і існування свободи вибору для пацієнта.

Соціальна складова європейського вибору України повинна передбачати формування власної моделі розвитку системи охорони здоров'я, заснованої на рівних можливостях громадян і верховенстві права, застосуванні ефективних механізмів державного регулювання задля задоволення потреб громадян у доступній та якісній медицині, охороні здоров'я, яка ґрунтується на принципах суспільної солідарності та соціальної справедливості.

РОЗДІЛ 2.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Сучасні наукові підходи до реалізації державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України

Поточна зміна законодавства України у сфері охорони здоров'я та медичного страхування, процес фінансування модернізації галузі вимагають якісно нових підходів до методології планування і фінансування надання медичної допомоги [59, с. 23]. Поняття інновації є основоположним для процесів і закономірностей економічного, технічного, виробничого, екологічного та соціального характеру у розвитку держави і суспільства в цілому. Інновації суттєво впливають на підприємництво, є одним з найсприятливіших факторів для покращення науково-технічного та виробничо-економічного потенціалів підприємства. Інновація з'являється внаслідок наукових досліджень та розробок, спрямованих на модернізацію процесу виробничої діяльності, економічних, правових і соціальних відносин у галузі науки, охорони здоров'я, освіти, а також в інших сферах діяльності соціуму та їх практичного втілення. На сьогодні у науковій літературі зустрічаються різноманітні визначення інновацій та їх класифікацій [60-63].

Наприклад, за критерієм змісту або внутрішньої структури виділяють такі інновації, як технічні, економічні, організаційні, управлінські та інші.

Інновація характеризується такими ознаками, як масштабність (глобальні та локальні); параметри життєвого циклу (виявлення й аналіз усіх стадій та підстадій), закономірності процесу впровадження.

Різні автори, зокрема, зарубіжні (Н. Мончев, Р. Фостер, Б. Твіст, Й. Шумпетер, Е. Роджерс та ін.) акцентують увагу при трактуванні поняття

«інновації» на об'єкт та предмет свого дослідження.

Наприклад, Б. Твіст визначає інновацію як процес, у якому винахід або ідея характеризуються з економічної точки зору. Ф. Ніксон зазначає, що інновація – це сукупність технічних, виробничих і комерційних заходів, спрямованих на появу на ринку нових і поліпшених існуючих промислових процесів і обладнання [64, с. 174]. Б. Санто вважає, що інновація – це такий суспільний – технічний – економічний процес, який через практичне використання ідей і винаходів зумовлює створення кращих, відмінних від інших за своїми властивостями виробів, технологій, і у випадку, якщо вона орієнтується на економічну вигоду, прибуток, поява інновації на ринку може принести додатковий прибуток [61, с. 132]. Й. Шумпетер трактує інновацію як нову науково-організаційну комбінацію виробничих факторів, мотивовану підприємницьким духом. У внутрішній логіці нововведень – новий момент динамізації економічного розвитку [65, с. 347].

Поняття інновація можна віднести як до радикальних, так і поступових (інкрементальних) змін у процесах, продуктах діяльності та стратегії організації. Зважаючи на те, що метою нововведень виступає підвищення рівня продуктивності, економічності, якості життя, ступеня задоволеності клієнтів певної установи, поняття інноваційне можна ототожнити з поняттям підприємливості, тобто, пошуку та впровадженню нових шляхів удосконалення роботи організації (державної, благодійної, комерційної, морально-етичної).

Е. А. Назарова вважає, що інновації – це не зміна наявного, а пропозиція іншого, яке дозволить у іншому контексті розглянути існуючі проблеми. Не може медичне страхування у тих чи інших формах вирішити проблеми охорони здоров'я, так як це система фінансування, а не надання медичної допомоги. А без надання якісної, своєчасної, у повному обсязі, достатньої медичної допомоги комерційних заходів, спрямованих на появу на ринку нових і існуючих поліпшених промислових процесів і обладнання [66, с. 122].

Цілком можна зазначити, що інновація (нововведення) – це є завершальний етап інноваційної діяльності, спрямованого на розробку нового, сучасного продукту, або вдосконалення його якостей, або оновлення технологічного процесу виробництва.

Інновації в охороні здоров'я будемо розуміти як продукт діяльності, пов'язаної з розвитком технологій у сфері медицини, науковими досягненнями і передовим досвідом, які спрямовані на одержання якісно нових переконань щодо способів оздоровлення, лікування, адміністрування процесів у медичній галузі, отримання нових медичних товарів, технологій або послуг і вивчення конкурентних переваг.

Інноваційний розвиток охорони здоров'я, на думку О. В. Павленко, – це найбільш оптимальний шлях кардинального поліпшення здоров'я та якості життя, боротьби з передчасною смертністю населення і вирішення демографічних проблем країни [67, с. 70]. В результаті капіталовкладення в нові продукти, технології, інновація в сфері охорони здоров'я стала реалізованим на ринку медичних послуг результатом. В першу чергу, мотивуючим фактором для розвитку інновацій у сфері охорони здоров'я є ринкова конкуренція. В умовах ринкових відносин організації, які надають медичні послуги, мають контролювати витрати виробництва, шляхом постійного скорочення і шукати виходу на нові ринки реалізації своїх послуг. Відповідно до цього, лікувально-профілактичні установи, які першими почали освоювати ефективні новації, внаслідок отримують вагому перевагу перед конкурентами. У науковій літературі існує безліч визначень поняття «інноваційний процес», що відрізняються за змістом і сутністю.

Згідно з Законом України «Про інноваційну діяльність» від 4 липня 2002 р. інновації це новостворені або вдосконалені конкурентоздатні технології, продукція або послуги, а також організаційно-технічні рішення виробничого, адміністративного, комерційного або іншого характеру, що істотно поліпшують структуру та якість виробництва та соціальної сфери [68]. Продовженням розбудови механізмів державного регулювання

інноваційної діяльності в Україні став Закон України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні» від 16 жовтня 2012 р. відповідно до якого: «Пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні – науково і економічно обґрунтовані та визначені відповідно до цього Закону напрями провадження інноваційної діяльності, що спрямовані на забезпечення економічної безпеки держави, створення високотехнологічної конкурентоспроможної екологічно чистої продукції, надання високоякісних послуг та збільшення експортного потенціалу держави з ефективним використанням вітчизняних та світових науково-технічних досягнень» [69].

На думку З. С. Гладуна одним із визначальних напрямів реформування сучасної системи охорони здоров'я України є: «...управління медичною наукою та інноваційна політика» [70, с. 204]. Отже, фактично концептуальною сутністю інноваційного процесу є перетворення наукових знань в інновацію. Процес перетворення є схемою, що складається з низки послідовних етапів, фінальна стадія яких характеризується перетворенням інновацій з ідей на конкретне її втілення (нового підходу до вирішення поставленого завдання, продукту, технології, об'єднаного у дослідженні загальним терміном – «медична продукція») (рис. 2.1).

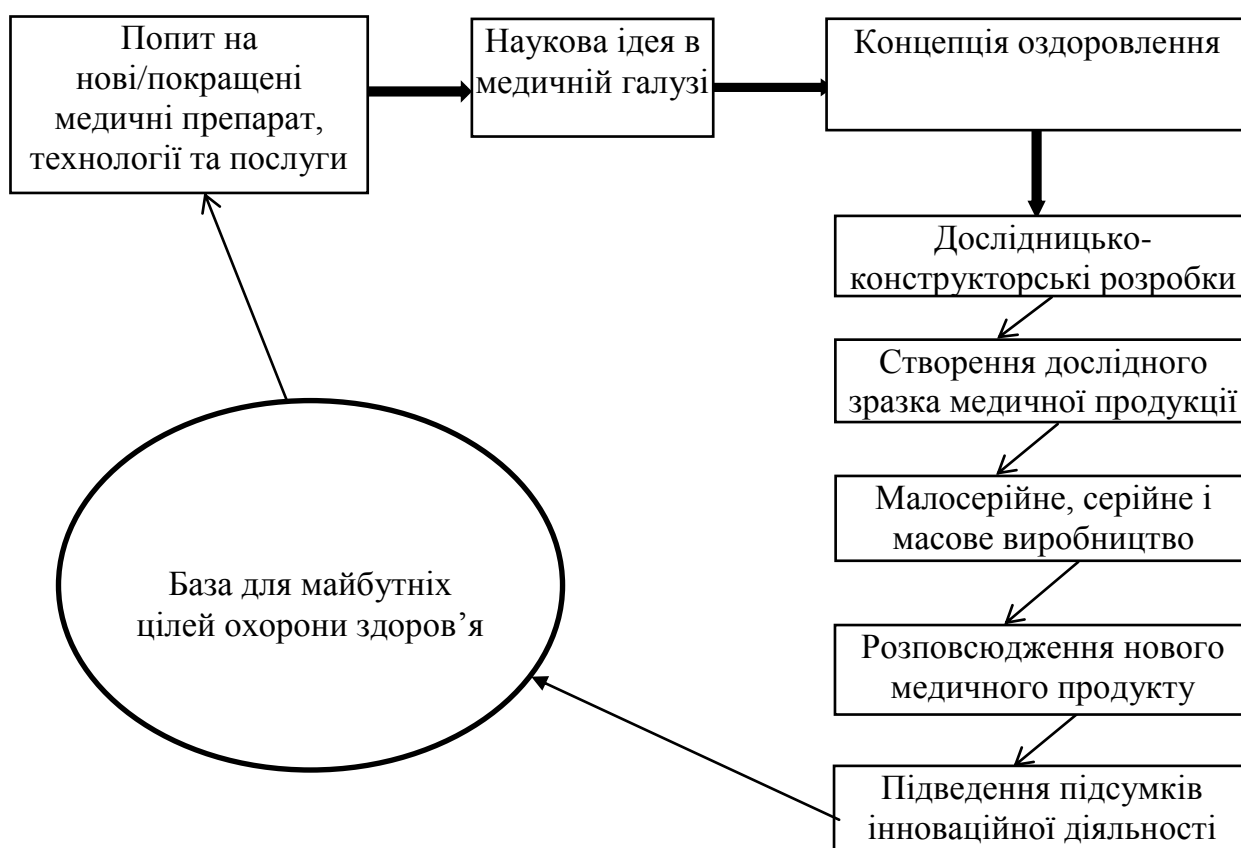


Рис. 2.1. Схема інноваційного процесу в системі охорони здоров'я

Джерело: систематизовано за даними: [208, с. 47-64]

Інноваційні інвестиції у сфері охорони здоров'я необхідні задля впровадження інновацій у процес надання медичних послуг населенню та є однією з форм інвестування в систему надання медичної допомоги. Інноваційні інвестиції орієнтовані на майбутній результат і, як правило, є ризикованими, оскільки відшкодовуються не відразу. С. Філін у складі інноваційного ризику виділяє загальні та специфічні ризики. До загальних видів господарських ризиків інноваційної діяльності підприємства відносить:

- ризик нереалізації профільної технології підприємства внаслідок неукладення договору на постачання вихідних матеріалів і продуктів;
- ризик недоотримання вихідних матеріалів і продуктів через зрив укладених договорів про поставку;
- ризик неповернення передоплати постачальником вихідних матеріалів і продуктів;
- ризик нереалізації виробленої продукції;
- ризик недоотримання або несвоєчасного отримання оплати за реалізовану без передоплати продукцію;
- ризик відмови покупця від отриманої та оплаченої ним продукції (повернення);
- ризик зриву власних виробничих планів або венчурних проектів;
- ризик невірної прогнозування ситуації і отримання неправильних вихідних даних;
- ризик неотримання зовнішніх інвестицій і кредитів.

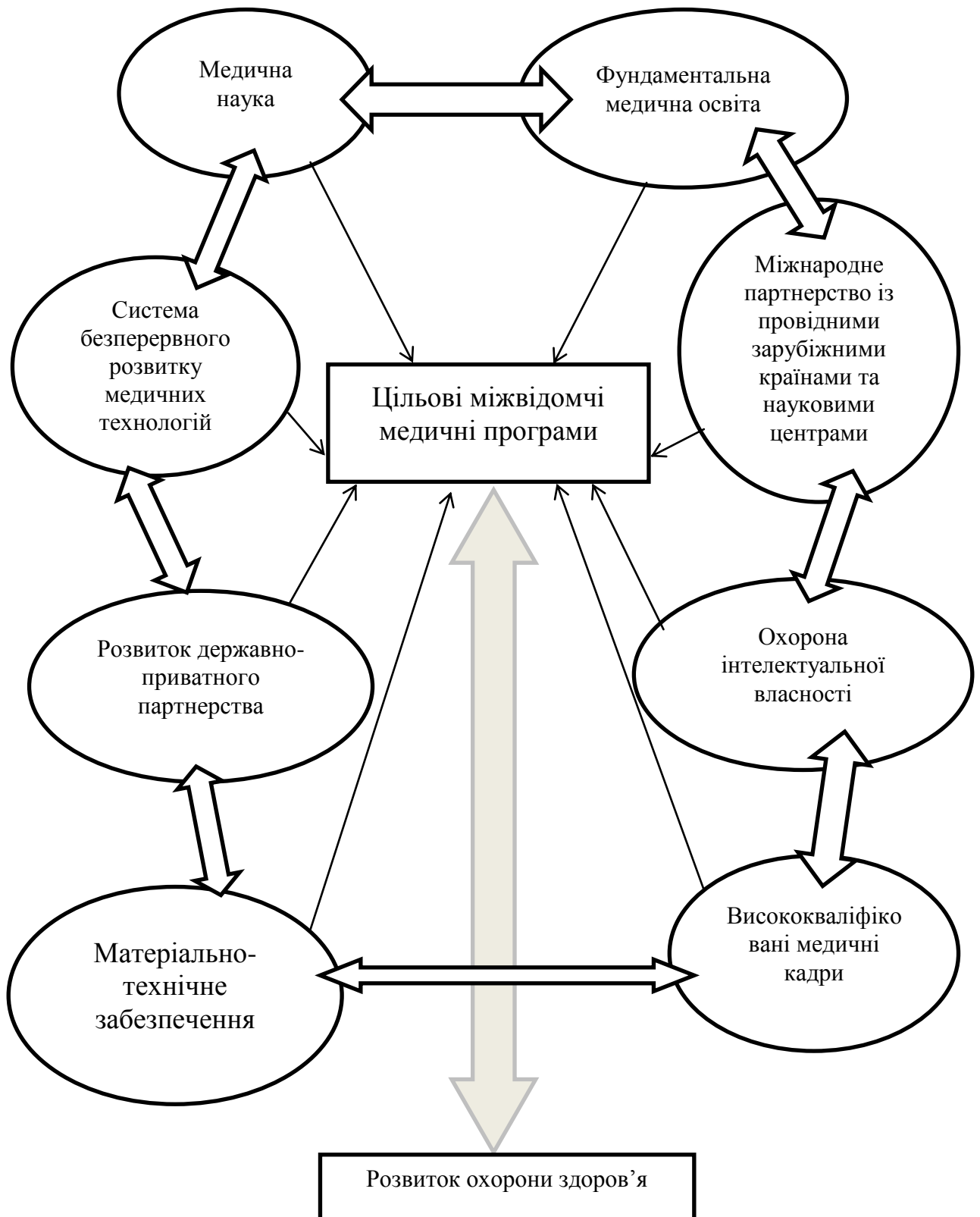


Рис. 2.2. Концепт інноваційної моделі розвитку охорони здоров'я.

Джерело: систематизовано за даними: [209]

До специфічних ризиків загального інноваційного ризику відносяться:

- ризик невірно обраного напрямку НДР;
- ризик невірної оцінки перспектив завершення НДР та/або ДКР;
- ризик недостатності матеріально-технічної бази;
- ризик недостатності або низької кваліфікації кадрової бази;
- ризик масштабування (лабораторності);
- ризик відсутності патентної чистоти;
- ризик відсутності сертифікації продукції [71, с. 124].

Аналіз сутності інноваційних ризиків дозволив О. М. Дериколенко дійти висновку: «Під інноваційним ризиком розуміти можливість втрат від інноваційної діяльності промислових підприємств, що дозволяє в подальшому зосередити оцінку лише на ситуаціях можливих збитків промислових підприємства при впровадженні інноваційних проектів» [72, с. 80].

На думку В. Й. Жежухи, найбільш оптимальною моделлю реагування на можливі інноваційні ризики є: «1. Уникнення інноваційних ризиків, найчастіше через усунення причини таких ризиків (наприклад, придбання прав власності на готові інноваційні розробки, залучення до реалізації інноваційного проекту кваліфікованого підрядника тощо); 2. Прийняття інноваційних ризиків, яке може бути як пасивним (коли свідомо приймаються ті ризики, які мають низький рівень негативного впливу на реалізацію інноваційного проекту), так і активним (коли розробляється план дій у випадку настання ризиків, що загрожують інноваційному проекту); 3. Оптимізація (зниження) ступеня інноваційних ризиків (наприклад, через створення відповідних резервів, страхування ризиків тощо)» [73, с. 181-182].

Таким чином, саме поняття інноваційної діяльності впливає з базових визначень «інновації» й «інноваційний процес». Так як трактування даних понять в економічній літературі різноманітні, отже, й саме поняття інноваційної діяльності є неоднозначним.

Інноваційна діяльність є процесом, спрямованим на реалізацію отриманих у ході наукових досліджень і розробок результатів, впровадження досягнень науково-технічного прогресу, удосконалення технологічних методів і прийомів [74, с. 205].

Термін «інноваційна діяльність» може бути представлений у вигляді процесу виконання робіт, надання послуг, спрямованого на:

- розробку, створення і організацію процесу виробництва нової або з новими споживчими властивостями продукції (товарів, робіт, послуг);
- розробку, створення і застосування нових або модернізацію існуючих технологій її виробництва, розповсюдження та використання;
- застосування організаційних, фінансово-економічних, кадрових, інформаційних та інших інновацій при випуску та реалізації продукції (товарів, робіт, послуг), що забезпечують ефект економії витрат [75].

Місцеве самоврядування є базисом усіх соціально-економічних перетворень, що відбуваються в інноваційній політиці України. Його роль у забезпеченні інноваційного розвитку економіки пов'язана з кількома напрямками:

- формування передумов для широкої економічної активності;
- підтримка інноваційної політики великих і малих підприємств;
- розвиток інфраструктури економіки, що забезпечує зростаючий попит з боку нових виробництв (транспорт, зв'язок, житлово-комунальний комплекс, енергоресурси і т.под.).

Бажане зростання інноваційної активності можна домогтися лише внаслідок застосування методів та інструментів державного регулювання. Розглядаючи інноваційні методи розвитку територіальних місцевих утворень, слід розглянути особливості здійснення інвестиційної політики. Для успішної реалізації інвестиційної політики необхідно забезпечити рівний доступ усіх зацікавлених осіб до інвестиційних ресурсів території. Це може бути досягнуто за рахунок чіткої організації роботи з інвесторами.

Основним об'єктом державного регулювання інноваційної політики

регіону є потенціал території. Інноваційний потенціал територіальних утворень в області охорони здоров'я суттєво відрізняється. Головним механізмом інноваційної політики є створення системи стимулів для залучення інвестиційних ресурсів у цю сферу [76, с. 117].

До числа заходів, необхідних для підвищення інноваційного потенціалу регіонів, належать:

а) співпраця та обмін досвідом з більш розвиненими регіонами та організаціями на цих територіях;

б) забезпечення юридичної, консалтингової, інформаційної допомоги організаціям-новаторам (пошук і підбір ділових партнерів, консультації сторін, сприяння у навчанні та діяльності тощо);

в) проведення конференцій, симпозіумів, круглих столів з метою підвищення інтересу до інноваційної діяльності;

г) формування територіальних центрів підтримки організацій-новаторів;

д) розробка положення про надання пільг учасникам інноваційної системи.

Найважливіші завдання різних управлінських рівнів, вирішення яких суттєво впливає на інноваційну діяльність у сфері охорони здоров'я та їх якість, відображені в табл. 2.1.

Табл. 2.1

Основні завдання інноваційної політики у сфері охорони здоров'я

- Соціально-економічні	Організаційно-просвітницькі	- Функціональні
забезпечення сприятливих економічних умов з метою ефективної реалізації інноваційних процесів; розвиток науки, організація	популяризація та сприяння розвитку інноваційної економіки у регіоні; проведення досліджень у сфері інновацій; - участь та координація розробки і реалізації програм з інноваційного розвитку у регіонах у рамках територіальної інноваційної	реалізація усіх напрямків регіональної інноваційної політики; розбудова оптимальної та максимально зручної управлінської системи; - докладання зусиль на розв'язання соціальних проблем; - написання та розвиток

<p>оптимальної взаємодії і співпраці академічної і прикладної науки;</p> <p>перманентний розвиток галузі;</p> <ul style="list-style-type: none"> - розробка та впровадження галузевої політики в інноваційній сфері; - мінімізація територіальних диспропорцій; - створення максимально сприятливого інноваційного середовища; - підтримка регіонів в організаційно-методичній площині; - підготовка нових, та реорганізація старих наукових і управлінських кадрів у якості основного джерела інноваційних ідей. 	<p>політики;</p> <p>налагодження технологічного співробітництва з іншими регіонами та сприяння міжнародному співробітництву;</p> <ul style="list-style-type: none"> - інтеграція до загальнодержавних мереж трансфера технологій; - системна та комплексна підтримка функціонування інноваційної системи, у тому числі фінансове забезпечення заходів, відповідно до регіональних стратегій і програм; участь у постановці цілей і завдань, моніторинг і оцінювання роботи системи; організація процесу взаємодії з іншими елементами інноваційної інфраструктури, у тому числі і з окремими установами; - сприяти популяризації на загальнодержавному рівні. 	<p>власних інноваційних проектів і програм;</p> <p>завдяки використанню інноваційних підходів посилити економічну самостійність;</p> <ul style="list-style-type: none"> - співпраця з іншими регіонами у контексті реалізації національних інтересів; <p>розвиток власної ефективної кадрової політики, підтримка молодих фахівців та їх залучення;</p> <p>інформування населення і роботодавців.</p>
--	--	--

Джерело: систематизовано за даними: [210]

Інноваційним розвитком регіональної системи охорони здоров'я можна вважати діяльність, результатом якої виступає вдосконалення існуючої та розробка нової медичної продукції (технології, техніки, програми або

послуги), які реалізуються на ринку, або запровадження нового чи удосконаленого процесу її виготовлення, який наразі використовується у практичній медицині. Аналізуючи стратегію змін у сфері охорони здоров'я, вітчизняні дослідники Л. І. Жаліло та М. І. Мартинюк, зазначають: «Значної уваги заслуговує кластерна модель взаємодії різного рівня управління державних організацій, закладів охорони здоров'я, освіти, науки і бізнесу з метою забезпечення як інноваційного розвитку галузі, так і підвищення економічної стабільності всіх учасників даного процесу. Актуальними є стратегії, спрямовані на раціональне використання трудового потенціалу сфери охорони здоров'я і підвищення ефективності процесу управління з використанням сучасних інформаційних технологій» [77, с. 5].

Таким чином, серед факторів, які впливають на інноваційний розвиток системи охорони здоров'я, слід зазначити такі:

- розробка, пошук і впровадження передових технологій у практику охорони здоров'я;
- розвиток економічних відносин, які спрямовані на формування ринку в системі охорони здоров'я;
- ефективне використання наявних кадрових і матеріальних ресурсів, тобто, проведення ресурсозберігаючої політики;
- мотивація працівників сфери охорони здоров'я та їх зацікавленість у позитивних кінцевих результатах праці;
- створення системи раціональних, ефективних та взаємовигідних, з економічної точки зору, взаємин між організаціями у сфері охорони здоров'я, підприємствами та громадянами;
- розширення ринку медичних технологій та медичних послуг, запровадження політики, спрямованої на встановлення рівних можливостей різних форм власності в системі охорони здоров'я та їх заохочення;
- формування бізнес-клімату, що сприяє інвестиційній привабливості охорони здоров'я для приватних партнерів.

Диференційований підхід до змісту інноваційного розвитку системи

охорони здоров'я території передбачає, перш за все, поділ учасників системи на групи за якими-небудь ознаками, яке здійснюється для подальшого групування, тобто в диференціації обов'язково присутня інтеграція, що виражається в об'єднанні учасників територіальної системи охорони здоров'я. В умовах диференціації обов'язково має відбуватися зміна процесу розвитку системи охорони здоров'я.

Диференційований підхід до змісту інноваційного розвитку системи територіальної охорони здоров'я – це врахування особливостей процесу взаємодії учасників системи територіальної охорони здоров'я (лікувально-профілактичні установи, міський департамент охорони здоров'я, обласне управління охорони здоров'я, страхові медичні компанії, міський та обласний департаменти економіки тощо) у формі координації роботи різних органів управління системи охорони здоров'я.

Методом інноваційного розвитку регіону є програмно-цільове управління. Основною особливістю державного регулювання на основі використання програмно-цільової моделі інноваційного розвитку системи охорони здоров'я слід назвати його орієнтованість на кінцевий результат. Стосовно галузі охорони здоров'я, кінцевий результат програмно-цільового управління виражається у кількісному відношенні такими показниками, як скорочення смертності, зменшення інвалідності та захворюваності населення, підвищення якості та доступності медичної допомоги, поліпшення демографічної ситуації. Ці показники визначаються у дослідженні як основні індикатори (критерії) державного регулювання на основі використання програмно-цільової моделі інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та зазначають її результативність.

За основу програмно-цільового управління в системі охорони здоров'я береться Програма державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги, а її показники демонструють кінцевий результат діяльності медичних установ, організацій і системи охорони здоров'я в цілому.

Основними принципами державного регулювання охорони здоров'я на основі застосування програмно-цільової моделі є:

- 1) орієнтація на позитивний кінцевий результат;
- 2) наскрізне планування об'єкта управління;
- 3) принцип безперервності.

Удосконалення наукових основ реалізації державних заходів щодо розвитку системи охорони здоров'я регіону є найважливішим чинником підвищення ефективності їх реалізації. Одним із проявів наукового внеску у вирішення проблем управління системи охорони здоров'я є розробка раціонального способу практичної реалізації програмно-цільового підходу – програмно-цільової моделі.

Програмно-цільова модель – це науково обґрунтоване уявлення явищ і процесів реалізації на основі використання програмно-цільового підходу, що полягає в розробці комплексу взаємопов'язаних за термінами, виконавцями і ресурсами заходів, орієнтованих на досягнення пріоритетних цілей [78, с. 321].

Для ефективної практичної реалізації програмно-цільової моделі розвитку системи охорони здоров'я необхідно активно використовувати весь комплекс заходів, у рамках вирішення поставленої мети, за коштами безперервного управлінського впливу на об'єкти програмно-цільової моделі розвитку систем територіальної охорони здоров'я. Програмно-цільова модель у сфері охорони здоров'я по можливості повинна бути одноцільовою, чітко спрямованою, орієнтованою на чітку мету. Програмно-цільова модель розвитку охорони здоров'я регіону на основі державного регулювання подана на рис. 2.3.

Автором розроблена програмно-цільова модель, але вона не передбачає детальної розробки заходів, які можна застосовувати у межах створення проекту існуючої загальнодержавної цільової програми. Модель дає можливість виділити основні елементи управління у конкретному регіоні, і керувати інноваційним процесом, впливаючи на них.

Цільові програми застосовуються у державній політиці як інструмент підвищення ефективності бюджетних витрат. У сфері охорони здоров'я державне регулювання в регіонах здійснюється на основі програм, які побудовані за схемою «мета-заходи-ресурси». Цільова програма передбачає визначення цілей тієї, чи іншої програми, встановлюються способи їх досягнення, які узгоджуються безпосередньо з відповідними органами державної влади та пов'язуються з необхідними для їх реалізації ресурсами.

Єдність зазначених цілей, ресурсів та заходів втілюється в алгоритм дій, який відобразить яким саме шляхом будуть досягнуті визначені цілі, які витрати будуть необхідні для їх досягнення, і який проміжок часу буде потрібний для їх реалізації. Строки реалізації програмних заходів та вирішення програмних завдань програмно-цільової моделі обумовлені чітко сформованою логікою побудови, технологією, змістом, послідовністю та ресурсними лімітами програми.

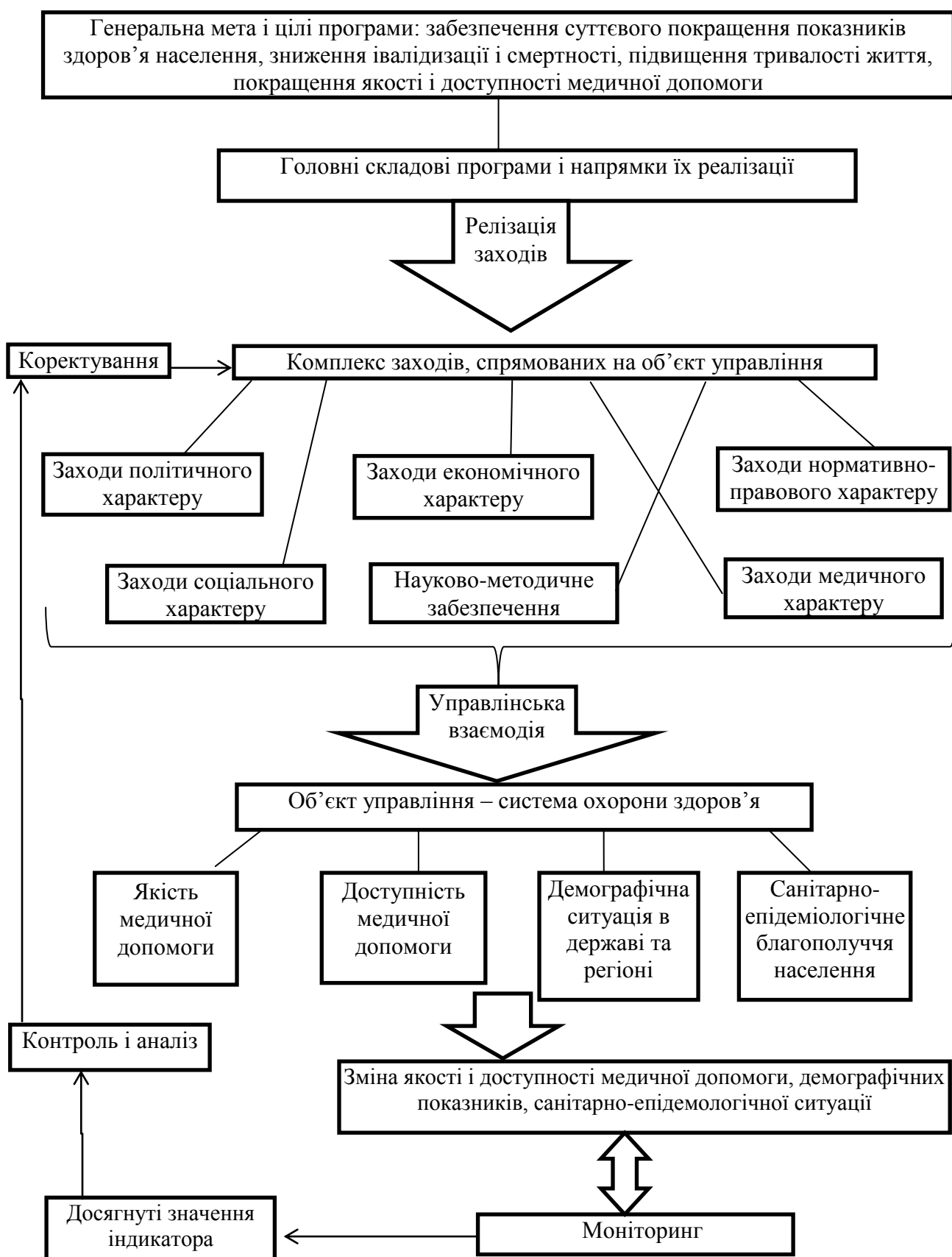


Рис.2 3. Програмно-цільова модель розвитку системи охорони здоров'я на основі державного регулювання.

Джерело: запропоновано автором за даними [78, с. 320 - 322].

Згідно з чинним законодавством цільові програми та міждержавні цільові програми, у здійсненні яких бере участь Україна, є «... комплексом взаємопов'язаних завдань і заходів, які спрямовані на розв'язання найважливіших проблем розвитку держави, окремих галузей економіки або адміністративно-територіальних одиниць, здійснюються з використанням коштів Державного бюджету України та узгоджені за строками виконання, складом виконавців, ресурсним забезпеченням» [79].

Слід відзначити особливості змісту самого поняття «цільова програма» у сфері охорони здоров'я. Так, поняття «цільова» відображає націленість програми на досягнення заздалегідь встановленої, чітко окресленої мети, що має соціально-економічну, валеодемографічну або епідеміологічну природу. Таким чином, цільові програми у сфері охорони здоров'я представляють собою «... документ, у якому відбиваються мета і комплекс виробничих, науково дослідницьких, організаційно господарських, соціальних та інших завдань і заходів, спрямованих на вирішення найбільш ефективним шляхом економічних проблем і пов'язаних відповідно до ресурсів, виконавців і термінів здійснення» [80, с. 58]. Задля успішної реалізації та досягнення визначених цілей, програмні заходи мають бути чітко направленими, взаємопов'язаними, орієнтованими у часі і просторі, забезпечені оптимальною ресурсною базою та узгоджені за виконавцями і термінами здійснення.

Звертаючи увагу на вищесказане, можна виділити кілька головних принципів, яких слід наслідувати при створенні та реалізації на практиці цільових програм у сфері охорони здоров'я:

- кореляція мети і завдань програми;
- цільова визначеність програмних заходів;
- врахування факторів ймовірнісного характеру програми (розробка альтернативних заходів із урахуванням інших варіантів подальшого розвитку медико-соціальної ситуації в країні, регіоні);
- визначення взаємозв'язку даної цільової програми з іншими

цільовими програмами (спільний вплив на параметри ситуації в регіоні, країні);

- адресний характер заходів програми;
- централізація необхідних за програмою ресурсів (людських, грошових, технологічних, тощо);
- забезпечення ефективного менеджменту процесу реалізації програми.

Класифікація програм представлена в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Класифікація цільових програм

За рівнем значимості		Виходячи з методів фінансування у бюджетному процесі	
1. Міжнародні програми	Безпосередньо торкаються інтересів світового співтовариства	1. Довгострокова цільова програма (загальнодержавна програма)	Розробляється органом виконавчої влади відповідного рівня і затверджується органом законодавчої влади
2. Загальнодержавні програми	Розв'язують проблеми загальнодержавного рівня і поширюють свою діяльність на медико-соціальну сферу всієї держави		
3. Регіональні програми	Розв'язують проблеми у межах регіону	2. Відомча цільова програма	Комплекс взаємопов'язаних заходів, спрямованих на розв'язання конкретного тактичного завдання
4. Міські програми	Зона дії заходів цих програм торкається інтересів жителів конкретної міської громади		
5. Галузеві програми	Розв'язують проблеми у межах галузі чи підгалузі		

Джерело: [211].

Цільова програма може складатися з кількох підпрограм, спрямованих на вирішення конкретно поставлених завдань у рамках програми. Поділ основної програми на підпрограми здійснюється, враховуючи фактори масштабності та складності поставлених задач, а також необхідності їх раціонального впорядкування та вирішення.

Замовниками довгострокової цільової програми можуть виступати, як органи державної влади, так і органи місцевого самоврядування для регіональних сегментів цільових програм. Виділяються загальнодержавні, регіональні і міські цільові програми в залежності від рівня влади, на якому розглядається і затверджується довгострокова цільова програма.

Існують такі вимоги до бюджетних цільових програм:

1) чітке визначення мети програми, яка підкріплюється пріоритетністю державної політики, повноважень і сфер відповідальності центральних органів виконавчої влади;

2) кількісна оцінка прогнозованих результатів реалізації програми, включаючи як проміжні результати (послуги певної якості, масштабу та їх кількість), так і кінцеві результати (розповсюджений ефект від наданих послуг);

3) наявність системи показників для вимірювання результатів реалізації програми (індикаторів економічної та соціальної ефективності) і цільових значень кожного з таких показників, необхідних і достатніх для попередньої (на етапі підготовки), поточної (на етапі реалізації) і завершальної (після завершення програми або її етапу) оцінки програми;

4) обґрунтування потреб у ресурсах для досягнення мети та результатів програми, оцінки зовнішніх умов і ризиків для реалізації програми;

5) визначення системи управління реалізацією програми, розмежування повноважень і відповідальності різних одиниць управління [80а].

Порядок розробки і реалізації цільових програм затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. № 106 «Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм» (зі змінами) [81].

Зазначені документи наразі регламентують послідовність і зміст стадій формування, оцінки, затвердження та реалізації цільових програм.

Порядок розробки і реалізації регіональних цільових програм затверджено Постановою Кабінету Міністрів України № 1007 від 21 липня

2006 р. «Про затвердження стратегії регіонального розвитку на період до 2015 року» [82].

Регіональні цільові програми реалізуються на базі системи цілей, завдань і показників діяльності суб'єктів бюджетного планування та відображаються в доповідях про результати та основні напрямки діяльності суб'єктів бюджетного планування. На думку Л. С. Гринів: «Вибір стратегічних цілей та пріоритетів соціально-економічного та еколого-соціального розвитку регіонів дозволить зосередити зусилля регіональної влади на найбільш перспективних для конкретного регіону напрямах розвитку і, одночасно, забезпечити вирішення низки проблем регіонів, серед яких: підвищення ефективності використання ресурсної бази територій, поглиблення спеціалізації, розширення взаємодії суб'єктів економічної діяльності, формування регіональних ринків, подолання територіальних диспропорцій та ін.» [83, с. 8].

Цільова програма регіону є самостійним документом, окремі елементи якого включаються в доповідь про результати та основні напрямки діяльності суб'єкта бюджетного планування.

З урахуванням критерію масштабності, регіональна цільова програма не підлягає поділу на підпрограми, на відміну від загальнодержавних цільових програм. Слід зазначити, що за специфікою, заходи цільових програм регіону не можуть дублювати заходи загальнодержавних цільових програм. У свою чергу, ресурсний компонент, такий як видатки загальнодержавних цільових програм не може бути включений до проекту цільових програм регіонального значення.

З точки зору бюджетування найвдалішою формою для реалізації програмно-цільового планування є саме регіональні цільові програми, оскільки вони мають цілий ряд істотних переваг, серед яких такі: чітка прив'язка до функціональної та відомчої класифікації і, як наслідок, суттєве спрощення процедури планування та чітка звітність, лише один адміністратор є відповідальним за досягненням результатів і має

повноваження з реалізації програми, за умови відповідності певним критеріям, існує можливість її перетворення у загальнодержавну цільову програму (або підпрограму).

Закладені на сьогоднішній день загальнодержавним рівнем влади механізми управління охороною здоров'я повинні максимально повно використовуватися регіональними та місцевими органами влади, що сприятиме підвищенню якості та ефективності використання обмежених ресурсів у сфері охорони здоров'я. Виходячи з цього, на думку А. Шарапова, С. Сухобойченко, О. Севостьянової, регіональні цільові програми є: «...інструментом змін, вибраним з декількох альтернативних варіантів як найбільш ефективний шлях досягнення намічених результатів, її успіх вимірюється ступенем виконання завдань» [84, с. 5]. На думку ж Д. В. Карамішева: «Основою планування в системі охорони здоров'я повинні стати цільові програми розвитку охорони здоров'я, що реалізують цілі й завдання державної політики на певний період» [85, с. 280].

Отже, головними орієнтирами для моделі державного регулювання інноваційного розвитку регіональної системи охорони здоров'я має стати підвищення ефективності використання наявних ресурсів у регіоні (фінансових, наукових, технологічних, освітніх, кадрових, матеріально-технічних, інформаційних і т.д.), та залучення раціональних інвестицій у систему охорони здоров'я.

2.2. Методологічні основи забезпечення ефективності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я

Основне призначення сфера охорони здоров'я країни полягає у забезпеченні гарантій прав людини і суспільства на охорону, збереження та відновлення здоров'я. Система охорони здоров'я, по факту, є сукупністю лікувально-профілактичних установ, які охоплюють не лише відомчі рівні економіки держави, але й галузеві.

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р., передбачає: «Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямовується на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду Українського народу» [86]. Положення «Концепції наукового забезпечення розвитку охорони здоров'я України», затвержені наказом Міністерства охорони здоров'я України 15 серпня 2011 р., розкривають сутність поняття охорона здоров'я як «...одного з пріоритетних напрямів державної політики, спрямований на організацію високоякісної і доступної медичної допомоги з орієнтацією системи охорони здоров'я на попередження захворювань, забезпечення безпечного і сприятливого для здоров'я та життєдіяльності людини середовища» [87].

Виходячи зі стратегічних державних документів. реалізація завдань щодо інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я передбачає:

- забезпечення державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги у повному обсязі;
- запровадження системи медичного страхування;
- підвищення ефективності системи організації медичної допомоги;
- поліпшення системи забезпечення громадян ліками;
- інформатизація системи охорони здоров'я;
- розвиток медичної науки та інновацій у сфері охорони здоров'я, підвищення кваліфікації медичних працівників і створення системи посилення мотивації до якісної праці;
- удосконалення системи охорони здоров'я населення;
- реалізація пріоритетного національного проекту «Програма економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [88];
- ефективне впровадження в практичну площину «Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012-2020 роки» [89].

Разом з тим, необхідно зазначити, що направленість на інноваційний шлях розвитку країни, її перехід до економіки інноваційного типу – завдання не лише суто економічне. Перехід слід здійснювати, впроваджуючи відповідні зміни практично у всіх сферах життєдіяльності суспільства, і, у першу чергу, в соціальній сфері. Отже, перехід на даний шлях розвитку – це першочергове завдання побудови нового інноваційного суспільства.

На думку В. Денисюка і А. Маркова «Визначальними критеріями для інноваційності економічної, наукової та науково-технічної діяльності є ефективність, результативність і масштабність у генерації знань та створенні конкурентоспроможних нововведень і інновацій, а також, швидкість передачі знань від наукового середовища до виробництва» [90, с. 21].

Науково-технологічний прорив в Україні у XXI столітті стає можливим за умов створення та налагодження ефективного механізму інноваційної діяльності та формуванню інноваційної економіки. Можливості науково-технологічного прориву, орієнтованого на соціальні блага, визначаються соціальними компонентами інноваційної політики, рівнем їх взаємодії у поєднанні з найпріоритетнішими напрямками інноваційної діяльності, які є головними чинниками цього прориву. Тобто, можна зазначити, що соціальний прогрес досягається внаслідок інноваційного розвитку, а розвиток забезпечується соціальними умовами суспільства, це абсолютно взаємопов'язані чинники. У першу чергу, важливу роль у даному процесі відіграє факт підвищення кваліфікації технічної і наукової інтелігенції та забезпечення їй соціальної захищеності, можливість отримувати високоякісну вищу освіту для всіх верств суспільства, життєво необхідні блага для всіх соціальних прошарків населення тощо. Україна на сучасному етапі має у своєму розпорядженні ресурси, що відзначаються унікальними національними характеристиками, та які всіляко сприятимуть формуванню економіки інноваційного типу, звичайно, при ефективному та раціональному управлінні ними.

Державне регулювання сфери охорони здоров'я з інноваційним

розвитком – це комплексна система заходів, яка характеризується багатокомпонентністю і багатоступеневістю, яка здатна створити необхідні умови для ефективного функціонування галузі охорони здоров'я та її ресурсів (матеріально-технічна база, установи з охорони здоров'я, кадровий склад, фінансування). Поєднання таких чинників, як медичні технології, нормативно-правовою регуляція, навички медичних працівників здатне створити систему, яка забезпечить попередження і ліквідацію захворювань, знизить показники смертності та інвалідності, покращить фізичний розвиток, підвищить рівень працездатності і збільшить тривалість життя населення.

Процес управління охороною здоров'я має такі складові частини:

- джерела і канали інформації про ресурси охорони здоров'я;
- джерела і канали інформації про результати управління;
- джерела і канали інформації про цілі та завдання управління;
- нормативно-правову та нормативно-технічну базу охорони здоров'я, базу даних медичних, у тому числі управлінських технологій;
- структуру аналізу одержуваної інформації і вироблення оптимальних управлінських рішень [91, с. 50].

Рушійною силою менеджменту у сфері охорони здоров'я виступають інвестиційні механізми, регулювання професійної діяльності у нормативно-правовій площині, експертне нормування медичної діяльності та стандартизація.

З кожним роком суспільство пристосовується до нових умов розвитку, а разом з тим, управління системою охорони здоров'я має відповідати новій парадигмі інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я у рамках запровадження технологій сучасного менеджменту. Характерними для цієї парадигми виступають такі принципи організації охорони здоров'я населення: відповідальність держави перед нацією за її демографічну безпеку, системний підхід до охорони здоров'я, вмотивованість громадян у зміцненні власного здоров'я, пріоритетність профілактичних заходів щодо збереження здоров'я та первинної медико-санітарної допомоги. Моніторинг

ресурсів та результатів діяльності системи охорони здоров'я має бути ядром державного адміністрування, направленою на регулювання інноваційним розвитком охорони здоров'я. Регуляція має здійснюватися в рамках таких систем як: «централізація – децентралізація», «державне регулювання та самоврядування», «державні та ринкові механізми, методи та інструменти регулювання», «відомча, державна та приватна системи охорони здоров'я», «міжсекторальна взаємодія системи охорони здоров'я громадян» [91, с. 50].

Дослідження таких складових системи управління як стандартизація, забезпечення лікарськими засобами населення та їх обіг, нормативно-правове регулювання, децентралізація і дублювання, кадрова політика із обов'язковим підвищенням кваліфікації медичних працівників, медична наука, санітарно-епідемічне благополуччя суспільства, відомча охорона здоров'я є також важливими умовами досягнення інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я поруч з фінансовими механізмами.

Одним із стратегічних положень парадигми охорони здоров'я є твердження про те, що основна функція медичної науки – створення адекватної наукової основи для діяльності практичної охорони здоров'я. На думку Ю. Т. Шарабчієва, парадигма охорони здоров'я – сукупність прийнятих суспільством і професійним співтовариством знань та методологічних підходів до вирішення проблем здоров'я [91, с. 51]. Особливості вітчизняної ситуації у галузі державного управління інноваційною діяльністю щодо охорони здоров'я, на думку Г. Л. Апанасенка, засвідчують: «Найбільша парадигма сучасної медицини полягає в тому, що поставивши перед собою мету досягнення здоров'я, вона займається виключно хворобою. Саме тому використання досягнень медицини в охороні здоров'я йде шляхом вдосконалення лікувально-діагностичних заходів. Цей шлях простежується по ходу всієї історії розвитку охорони здоров'я. Основні кошти, які виділяються бюджетом по охороні здоров'я, йдуть саме на лікування хворих. Але цей шлях, як виявилось, відіграє мізерну роль у загальному комплексі факторів, які визначають стан здоров'я населення» [92,

с. 16]. Саме ці фактори, на думку науковця, сприяють «...появі нових реалій в житті людства, існування яких зв'язане з прискоренням темпів соціальних, технологічних, екологічних, кліматичних та інших змін в світі. Все це обов'язково приведе (і вже приводить) до формування нових проблем, зв'язаних із станом здоров'я населення [92, с. 17].

Отже, можна зазначити, що наразі парадигма охорони здоров'я трансформується під впливом поетапного розвитку ринкових відносин у виробничій та невиробничій сферах, необхідності використання обмежених ресурсів раціонально, вивчення та впровадження зарубіжного досвіду задля реформування національної системи охорони здоров'я. Формування нової парадигми має безпосередній зв'язок із новими тенденціями та закономірностями розвитку системи охорони здоров'я, потребою вирішення протиріч у регулюванні, необхідністю модернізації правил у системі соціально-економічних відносин.

Поступове встановлення нової парадигми спричинене декількома чинниками, а саме: утвердженням нових соціально-економічних відносин між виробниками і споживачами медичної допомоги. Основна задача нової парадигми – реальна можливість населення впливати на систему охорони здоров'я, тобто, обирати медичний заклад, лікаря, а також брати участь у опікунській раді, громадських організаціях, контролюючих діяльність медичних установ/організацій.

Новизна парадигми полягає у забезпеченні доступної та ефективної медичної допомоги населенню на будь-якій території країни, захисті інтересів населення у даному питанні, прогнозуванні можливостей та створення сприятливих умов для розвитку медичних установ.

Дана парадигма використовується як концептуальна модель, яка ілюструє сучасний стан системи охорони здоров'я, науково обґрунтовує стратегічне планування організації медичної допомоги населенню, демонструє шляхи подальшого розвитку в умовах ринкової економіки, забезпечує державне регулювання ринку медичних послуг, та раціональне

використання матеріальних та нематеріальних ресурсів.

Традиційно, сфера охорони здоров'я була однією зі сфер діяльності, регулятором якої виступала держава. Пов'язано це з тим, що проекти, програми та послуги, які створюються та реалізуються у даній області, безпосередньо пов'язані зі здоров'ям населення. Приклади демонструють, що система охорони здоров'я, яка повністю фінансувалася із державного бюджету, навіть у розвинених країнах, надалі мала проблеми із впровадженням сучасних методів і способів управління.

Проведений у дослідженні аналіз дозволив автору сформулювати комплексне поняття «Економічна парадигма охорони здоров'я інноваційного суспільства» та його дефініцію. Дана парадигма є сукупністю набутих суспільством знань, методологічних підходів та прийнятих рішень щодо вирішення проблем практичної медицини, які відображають реальний стан системи охорони здоров'я та прогнозують шляхи її розвитку в умовах ринку, за допомогою налагодження системи медичної допомоги населенню, ефективного державного регулювання сфери медичних послуг та продуктивного використання ресурсів.

Окрім того, на думку автора, одним із пріоритетних завдань управління у сфері охорони здоров'я є підвищення рівня довіри громадян до органів державної влади і органів місцевого самоврядування як суб'єктів, що визначають рівень якості медичної допомоги. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я забезпечує економічно ефективно і систематичне надання громадянам медичної допомоги, сприяючи соціально-економічному розвитку держави. Система управління якістю праці є дієвим інструментом, за допомогою якого органи державної влади і органи місцевого самоврядування забезпечують постійне поліпшення медичної діяльності (процесів, продукції, послуг) з урахуванням її специфіки і потреб усіх зацікавлених сторін. Одним із чинників, який сприятиме прагматичному розв'язанню проблем щодо удосконалення механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України є

процесна модель, що дозволяє сформуванати систему (мережу) взаємодіючих процесів, кожен з яких впливає на функціонування інших процесів і системи в цілому (див. рис.2.4). Це відноситься як до функцій управління (планування, організація і координація, мотивація, контроль і регулювання), так і до підсистем управління (цільової, забезпечуючої, організаційної тощо), функціональних підсистем (управління людськими ресурсами, управління науково-дослідними розробками, управління розвитком матеріально-технічної бази тощо).

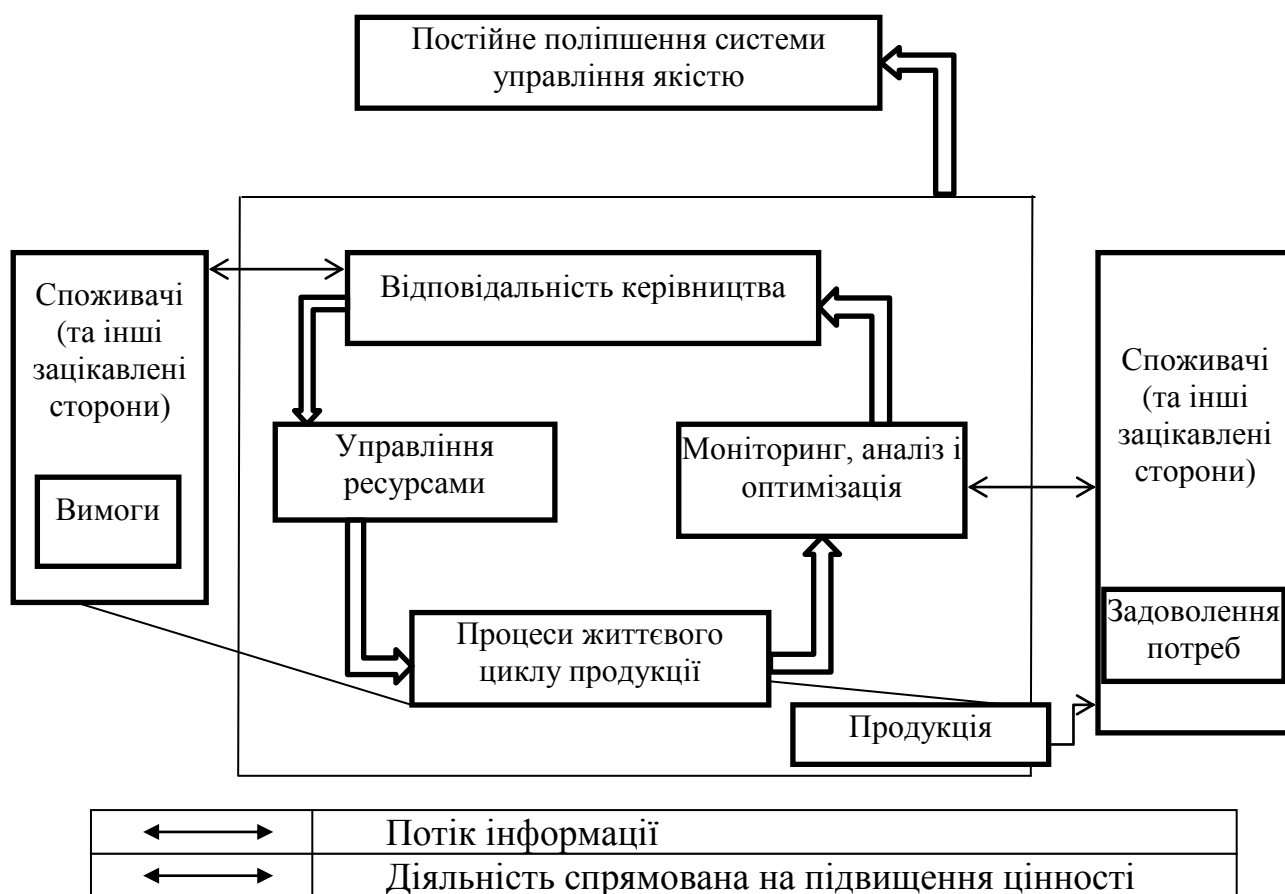


Рис. 2.4. Модель системи управління якістю, що ґрунтується на процесному підході.

Джерело: розроблено на основі: [212, с. 2-10, 15-22].

Особливе місце серед пріоритетних завдань державної політики щодо регулювання інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я займають заходи, спрямовані на створення сприятливих умов для діяльності медичних організацій (установ) – виконавців державних (органів місцевого

самоврядування) послуг у сфері охорони здоров'я. До них, у першу чергу, відносяться:

- правове регулювання організаційної, фінансової та господарської діяльності закладів охорони здоров'я;
- бюджетне і податкове регулювання, що дозволяє створити умови для оптимізації податкової бази медичних установ (організацій);
- прийняття загальнодержавних та регіональних цільових програм, що сприяють реалізації прав громадян на отримання якісної медичної допомоги у рамках системи медичного страхування;
- передача у власність місцевих громад об'єктів, які перебувають у державній власності, необхідних для надання медичних послуг;
- методична підтримка, у тому числі організація і проведення конференцій, семінарів з актуальних питань діяльності медичних установ;
- підготовка та підвищення кваліфікації кадрів медичних установ;
- інформаційна підтримка, у тому числі роз'яснення населенню їхніх конституційних прав на отримання безкоштовної медичної допомоги, про роль населення у створенні системи громадського контролю за діяльністю медичних організацій (установ).

Принципова особливість сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я полягає в тому, що вона реалізується у контексті адміністративної та бюджетної реформ, спрямованих на перехід від концепції управління витратами до управління за результатами. У результаті проведення реформ у системі вітчизняної охорони здоров'я функціонують медичні установи (організації) різних організаційно-правових форм і форм власності, що зумовлює необхідність розробки нової концептуальної моделі механізму реалізації державної політики у цій сфері. У системі публічного управління реалізація державної політики на всіх рівнях здійснюється на принципах

інтеграції концепцій «управління витратами» і «управління за результатами». Розглядаючи механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у площині теорії та методології публічного управління автор пропонує розуміти його, як комплекс стратегічних цілей і пріоритетів, сформованих на основі розбиття на підпункти цілей державної соціально-економічної політики, методів корпоративного та публічного менеджменту, інструментів, важелів, стимулів, що підтримують підсистеми, за допомогою яких управлінська система створює необхідні умови для ефективного функціонування взаємопов'язаних суб'єктів інституційної структури сфери охорони здоров'я та досягнення соціально важливих результатів на основі зворотніх зв'язків.

В якості основних принципів формування механізму реалізації державної політики у сфері інноваційного розвитку системи охорони здоров'я відповідно до методології управління за результатами є:

- орієнтація на споживача і впровадження елементів конкурентних відносин;
- системний підхід і постійне поліпшення процесів, продуктів, послуг;
- удосконалення інструментів управління та контролю;
- лідерство і залучення працівників;
- створення інформаційного середовища і технологій для реалізації управлінських рішень;
- відповідність принципам програмно-цільового управління, принципам і вимогам проектного управління;
- використання інструментів стратегічного і операційного планування, логістики (взаємовигідні відносини з постачальниками);
- підвищення якості фінансового управління в сфері охорони здоров'я, у тому числі за допомогою адаптації інструментів корпоративного моменту;
- встановлення вимірних результатів двох типів:

- 1) ті, що характеризують задоволення вимог зовнішніх споживачів;
 - 2) ті, що характеризують обсяги і якість надання медичної допомоги;
- підвищення мотивації керівників щодо оптимізації чисельності працівників та скорочення витрат на їх діяльність.

Не зважаючи на це, зарубіжна практика, особливо, у розвинених країнах ілюструє неможливість існування інноваційного розвитку охорони здоров'я тільки на засадах альтруїзму. Такі фактори, як зміни екологічного середовища, психологічні трансформації людей, переміни у стані здоров'я нації, а також економічні тенденції світового ринку, не дозволяють державі брати на себе всю фінансову відповідальність за інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я. Внаслідок чого, чимала частина витрат на підтримку здоров'я лягає на плечі самих споживачів та страхові агенції.

Здійснений аналіз дозволив автору визначити поняття «управлінська парадигма охорони здоров'я інноваційного суспільства». Це – множинність прийнятих суспільством знань, рішень та підходів до вирішення проблем функціонування практичної медицини, які адекватно відображають реальний стан системи охорони здоров'я, передбачення шляхів її розвитку в умовах ринкової економіки, за допомогою державної регуляції ринку медичних послуг, організації процесу медичної допомоги населенню, та ефективного використання наявних ресурсів.

Спроби реформування систему охорони здоров'я здійснювалися у багатьох країнах. Єдиної, універсальної моделі державної регуляції сфери охорони здоров'я, прийнятної для всіх, не існує. Ступінь централізації, формування та розподіл витрат між усіма громадянами в різних країнах є досить варіативною величиною. Проте, існуючі загальносвітові тенденції розвитку сфери охорони здоров'я дозволяють зробити такі висновки:

1. Факт наявності медичного страхування не означає повний доступ до послуг охорони здоров'я. Майже у кожній країні страховий поліс є у кожного громадянина, але спектр медичних послуг, що надається в рамках даного полісу не є повним, адже медичне обслуговування чітко «дозується», або

людям доводиться довго чекати своєї черги на лікування.

2. Спостерігається тенденція зростання витрат на систему охорони здоров'я майже в кожній країні, що, в свою чергу, призводить до дефіциту бюджету, а також непопулярних реформ – підвищення податків та зменшення кількості соціальних пільг.

3. Найбільш ефективною система охорони здоров'я є у країнах, де йде відмова від централізованого державного управління процесом і робиться акцент на ринкові ціни, конкурентоспроможність, поділ витрат і існування свободи вибору для пацієнта.

На думку В. Ф. Москаленка: «...державна система охорони здоров'я ефективно працює за умови достатніх ресурсів країни. Натомість система заснована на засадах страхової медицини, що існує у більшості європейських країн та охоплює 70-80% населення добре функціонує за різних фінансових умов. Приватна система охорони здоров'я є результативною лише для заможних груп населення» [93, с. 27].

Отже, якщо при управлінні витратами основою системи охорони здоров'я є організація зі стійкою спеціалізацією на певних продуктах/послугах, з постійним колом клієнтів і постачальників, зі сталою структурою, усталеними технологіями та способами роботи, то наразі орієнтація на послідовність неповторюваних, унікальних тактичних і стратегічних завдань, які організаційна система вирішує у процесі свого функціонування. Таким чином, пріоритети, орієнтири, методи і технології та інші елементи вимагають адаптації залежно від змін соціально-економічної ситуації, а також у міру появи нових технічних і технологічних можливостей.

Таким чином, управління системою охорони здоров'я, на думку автора, є управління рухом усією системою в цілому, її суб'єктами, окремими співробітниками, спрямованими на досягнення результатів, які на даному етапі соціально-економічного розвитку держави та місцевого самоврядування мають для неї першочергове значення.

Концептуальний підхід до встановлення державного регулювання

інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України, запропонований автором, забезпечує перехід до концепції бюджетного регулювання, націленого на результат. На рис. 2.5 зображена концепція механізму реалізації державної регуляції інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, в якій визначено декілька підсистем (цільова, управлінська, забезпечуюча, оціночна), а також комплекс методів корпоративного та публічного менеджменту, що визначають стимули, важелі, та інструменти діяльності. Оціночна підсистема формується таким чином, щоб створювати стійкі зв'язки у лінійній схемі «цілі-ресурси-витрати-результати-цілі» на у горизонтальній та вертикальній ієрархії та забезпечувати взаємодію між рівнями.



Рис. 2.5. Концептуальна модель механізму державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я

Джерело: запропоновано автором

Очікуваними соціально значущими результатами реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я повинно стати: забезпечення державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги у повному обсязі; підвищення ефективності системи надання медичної допомоги за допомогою переходу від «управління витратами» до «управління результатами»; поліпшення лікарського забезпечення громадян; реалізація національного проекту «Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012-2020 роки» тощо.

Спроба реформування державного управління у сфері охорони здоров'я була здійснена як пілотний проект у декількох областях України. Юридичною основою цього є закон України від 07.07.2011 р. «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (зі змінами) [94].

Разом із тим, на сучасному етапі соціально-економічного розвитку держави необхідно враховувати те, що при проведенні моніторингу діяльності органів державної влади і органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я необхідно використовувати такі критерії розвитку соціально-економічної системи:

- інституційний розвиток (розвиток органу влади , як організації);
- економічний розвиток;
- соціальний розвиток;
- екологічний розвиток.

В якості результуючих показників використовуються як об'єктивні параметри (показники здоров'я населення та якості життя; зниження рівня смертності, захворюваності; обсяги амбулаторної допомоги, у першу чергу профілактичної, що дозволяє виявляти захворювання на ранніх стадіях; ефективність використання ліжкового фонду (обіг і зайнятість ліжка, середня тривалість перебування в стаціонарі і т.д.), обсяг високотехнологічної медичної допомоги), так і суб'єктивні. Оцінка ступеня задоволеності населення якістю медичних послуг здійснюється на основі моніторингу задоволеності споживачів

послуги, який передбачає використання соціологічних методів: опитування споживачів медичних послуг як працівниками медичних установ (організацій), так і громадськими групами; зустрічі з ними; робота «гарячої телефонної лінії» тощо.

Механізм реалізації державної політики щодо регулювання інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я містить такі елементи: цільову, керуючу, забезпечуючу, оціночну підсистеми, функції і методи публічного та корпоративного управління, що визначають важелі, стимули й інструменти.

До цільової підсистеми належать: підвищення якості медичної допомоги; доступність медичної допомоги для населення; ефективність використання ресурсів охорони здоров'я; ступінь задоволеності населення медичною допомогою тощо.

У керуючій підсистемі автором виокремлені:

– органи, що здійснюють державну політику (Міністерство охорони здоров'я України, до складу якого входять Державна служба України з лікарських засобів, Державна санітарно-епідеміологічна служба України, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, Національний комітет товариства Червоного Хреста України, Національна академія медичних наук України; управління охорони здоров'я обласних та районних державних адміністрацій, міські управління охорони здоров'я; організації (установи) охорони здоров'я, що надають медичні послуги);

– рівні реалізації державної політики (загальнодержавний, регіональний, місцевого самоврядування).

Забезпечуючу підсистему складають: демографічні ресурси, фінансові ресурси; матеріально-технічні ресурси; нормативно-методичне забезпечення (моделі надання медичних послуг, стандартів якості).

В оціночній підсистемі виділені: моніторинг результатів діяльності медичних установ (організацій), система оцінки ефективності реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Функції та методи публічного та корпоративного управління включають: планування і прогнозування; субсидування (у тому числі на основі співфінансування); державне і місцеве самоврядування фінансування, у т.ч. програм медичного страхування; розподіл бюджетних трансфертів; бюджетування, орієнтоване на результат; тарифна політика в системі медичного страхування; оподаткування; кредитування (організацій охорони здоров'я); амортизаційна політика; фінансовий контроль (аудит), у тому числі аудит ефективності використання бюджетних коштів і державної власності. Відповідно, важелями, стимулами та інструментами визначені: норми амортизації; податкові пільги; національні проекти; гарантована допомога; штрафи та пеня; орендні ставки; винагороди.

Очікуваними результатами реалізації державної політики щодо удосконалення механізмів регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України згідно з «Концепцією Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012-2020 роки», схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р є: «...збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом профілактики неінфекційних захворювань, мінімізація факторів (чинників) ризику захворювань та створення сприятливого для здоров'я середовища, формування культури здоров'я, мотивація населення до здорового способу життя, створення системи охорони здоров'я, яка відповідає реальним потребам населення з організацією виконання спеціальних заходів щодо медичного забезпечення хворих за окремими найбільш значущими в соціально-економічному та медико-демографічному плані окремими класами хвороб та нозологічними формами» [89].

Детальний аналіз фінансових систем сфери охорони здоров'я демонструє необхідність креативного використання ефективних практик зарубіжних країн (на основі системного аналізу) при поступовій реформації системи охорони здоров'я в Україні, в першу чергу, у площині удосконалення методів та інструментарію державного регулювання інноваційного розвитку, а також

створення та використання фінансових потоків для сфери охорони здоров'я.

Сучасні управлінські тенденції та модернізовані принципи організації охорони здоров'я населення мають відповідати економічній парадигмі інноваційного розвитку охорони здоров'я. Серед них можна виділити такі: комплексний підхід до охорони здоров'я, міжвідомча кооперація, забов'язанність держави перед нацією за демографічну безпеку, вмотивованість громадян у зміцненні власного здоров'я, посилення ролі медичної науки та підвищення її ефективності, пріоритетність профілактичних заходів щодо збереження здоров'я та первинної медико-санітарної допомоги. Дослідження необхідності удосконалення державної політики щодо посилення ефективності діяльності медичної сфери України, на думку І. М. Куцина, доводить: «Реформування медичної галузі у сучасних соціально-економічних умовах викликає необхідність розробки концептуально-методологічних засад забезпечення системи державного управління та регулювання розвитку галузі новітніми технологіями, а особливістю функціонування зовнішньої та внутрішньої державної політики у контексті європейської інтеграції стає необхідність її реалізації через інноваційні механізми з урахуванням національних інтересів» [95, с. 279].

У сучасних умовах система охорони здоров'я, тобто охорона здоров'я, набуває статусу пріоритету і реалізується у рамках державного регулювання.

Реформи соціальної сфери життя населення залишаються одним із найвпливовіших факторів трансформації всього соціуму, країни та її регіонів. Регуляція економіки державою в інтересах населення, підвищення рівня соціальної відповідальності та справедливості, покращення ступеня соціального захисту суспільства виконується у більшості економічно розвинених країн. Необхідною умовою реформування економіки, стрімкого та стабільного соціально-економічного розвитку України є наслідування, збереження й активізація дієвості цих принципів в країні та її регіонах.

У напрямках державного регулювання охорони здоров'я знаходять відображення способи і форми реалізації соціальних обов'язків у сфері охорони

здоров'я населення, стратегія та пріоритети зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. У реаліях сучасного світу система охорони здоров'я повинна опиратися на законодавчі норми, які покликані вирівнювати територіальний фактор доступності медичної допомоги на основі нових технологічних стандартів, створення сприятливих умов для ефективних економічних відносин у процесі виробництва, споживання та управління медичною допомогою.

В умови розвитку сучасної економіки гостро постають проблеми недостатності економічної бази, відсутність налагодженості у механізмі фінансування робіт і стимулювання органів місцевого самоврядування до розроблення цільових програм. Ситуацію, що склалася, загострює і відсутність бюджетів розвитку регіонів, відсутність інтересу до інноваційної політики і розвитку інноваційної інфраструктури території.

Таким чином, каталізаторами процесу щодо удосконалення механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України у сучасних умовах розвитку держави виступатимуть: по-перше, соціальні реформи як активні фактори трансформації охорони здоров'я суспільства і регіонів країни; по-друге, форми і методи реалізації соціальних зобов'язань держави у галузі охорони здоров'я населення; по-третє, реалізація пріоритетних національних проектів та цільових програм, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я.

2.3. Оцінювання ефективності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України

В умовах перебудови економічних відносин між суб'єктами, які отримують, організують, надають і фінансують медичну допомогу, виникає ситуація, коли старі методи оцінки потреби у медичних послугах, способи їх організації та надання, визначення необхідного ресурсного потенціалу та порядок фінансування у нових умовах не забезпечують необхідну ефективність

функціонування системи організації та надання медичних послуг.

У даній системі у дореформеній Україні використовувалися планові показники, що оцінюють можливості медичних установ у наданні обмеженого, жорстко регламентованого набору медичних технологій та медичних послуг, покликаних вирішувати завдання у сфері медичних послуг в умовах командно-адміністративної економіки. Система оцінювалася з точки зору виконання медичними установами планових показників, таких як рівень госпіталізації, обіг і функція роботи стаціонарного ліжка, функція лікарської посади у поліклінічному закладі, число відвідувань за зміну тощо. Ці показники дозволяли оцінювати використання ресурсів мережі медичних установ, але не відображали складну технологічну структуру лікувальної допомоги і орієнтували керівників медичних установ на екстенсивне використання ресурсів, на нарощування технологічного та кадрового потенціалу установи. При централізованому нормуванні всіх ресурсів системи організації і надання медичних послуг були відсутні нормативи діяльності медичних установ орієнтовані на пацієнта, на досягнення персонального результату і на поліпшення здоров'я населення в цілому. Їх замінювали дані медичної статистики, що характеризують рівень якості життя населення, представлені агрегованими показниками, такими як: захворюваність, смертність, інвалідність, тривалість життя тощо.

Реформа у сфері медичних послуг у частині програми державних гарантій через систему обов'язкового медичного страхування визначила б економічні відносини інтенсивного характеру, організовані на договірній основі між медичними організаціями та страховими медичними організаціями.

Відповідно до Програми економічних реформ на 2010-2014 рр. до кінця 2014 р. повинна була б бути завершена підготовка до запровадження обов'язкового соціального медичного страхування [88].

У результаті аналізу потенційних можливостей України щодо впровадження системи медичного страхування Т. О. Коропецька й І. І. Мельничук стверджують: «Однак, впровадження обов'язкового медичного

страхування без створення відповідних економічних і політичних передумов у суспільстві може породити безліч проблем. Зокрема, якщо не буде проведена реструктуризація системи медичної допомоги, не будуть реалізовані відповідні стратегії підвищення ефективності витрат, раціоналізації використання наявних у галузі фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів, впровадження обов'язкового медичного страхування, замість очікуваного позитивного ефекту може призвести до небажаних наслідків. Це і підвищення вартості медичних послуг, додатковий податковий тиск на працюючих та роботодавців, ухилення від сплати податків, високі витрати на утримання персоналу ще одного фонду соціального страхування і т.под.» [96, с. 33].

Окрім того, схема планування, яка використовується у вітчизняній сфері охорони здоров'я, орієнтована на фактичні «потужності» медичних організацій, увійшла в суперечність із законодавчою базою, що регулює дану сферу послуг, і має зазнати серйозної трансформації.

Визначення науково-обґрунтованих нормативів для кількісної оцінки необхідних населенню медичних послуг, обґрунтування ресурсного забезпечення матеріальних і трудових витрат є суттєвою науковою проблемою, для вирішення якої у 80-90 рр. ХХ ст. просто не вистачало необхідних даних. Історичний період, який у цей час переживала Україна, не відрізнявся політичною та економічною стійкістю і не міг забезпечити даними, необхідними для серйозного наукового дослідження і створення нової схеми планування у сфері медичних послуг.

Відповідно до державної стратегії, спрямованої на ефективне використання ресурсного потенціалу медичних організацій, та організаційно-економічним механізмом модернізації системи організації та надання медичних послуг дисертантом запропоновано основні підходи до формування програми державних гарантій медичних послуг, що враховують відповідність попиту населення щодо сучасних медичних технологій та пропозиції медичних організацій щодо забезпечення даного попиту.

Основна мета даних підходів у рамках існуючого нормативного

правового поля – сформувати регіональну програму державних гарантій і державні завдання медичним організаціям, що забезпечують підвищення структурної ефективності регіональних систем організації та надання медичних послуг у цілому. А також забезпечити максимально можливу технологічну ефективність кожної медичної організації, у тому числі використовуючи інтеграційні і конкурентні рішення.

Такий підхід до управління сферою медичних послуг через управління державним замовленням на медичну допомогу для медичних організацій особливо актуальний при зміні організаційно-правової форми медичних установ, спрямованої на розширення їх господарської та фінансової самостійності, а також на посилення відповідальності керівників цих установ. На думку О. В. Акуленко чинниками, які негативно впливають на процес ефективного функціонування медичної сфери України є: по-перше, «...нерозвиненість інноваційних форм управління нею і недостатня професійна компетентність керівників закладів охорони здоров'я, державних службовців і посадових осіб, які працюють на державній службі в органах виконавчої влади та органах місцевого самоврядування»; по-друге, «... в теорії та практиці управління медичною галуззю існують суперечності між якістю й обсягом управлінської діяльності керівників і відсутністю економічного стимулювання за ділові та професійні якості, що демонструють працівники органів управління під час виконання службових обов'язків» [97, с. 9].

Методична незалежність планування медичних послуг та їх ресурсного забезпечення від організаційно-правової форми медичної організації пов'язана з рівноправною участю приватних медичних організацій, «нових» бюджетних і автономних установ охорони здоров'я щодо реалізації програми медичного страхування. Щодо коректного визначення розміру субсидії для медичних закладів необхідно провести розрахунок вартості медичних послуг задля відповідного контингенту пацієнтів із конкретними захворюваннями та лікуванням даних захворювань у відповідності з державними медичними стандартами. При цьому методика розрахунку вартості медичних послуг та

методика їх планування повинні мати загальну методичну основу при бюджетному, страховому і приватному фінансуванні.

На рис. 2.5 представлена схема визначення нормативів планування медичних послуг для регіонів країни.

Об'єктивний попит на медичні послуги в цілому по регіонах України визначається за результатами ABC-аналізу (метод, який дозволяє класифікувати бізнес-ресурси підприємства, фірми залежно від їхньої значущості) всіх наданих медичних послуг. Проте ряд факторів, таких як неточність і помилки обліку; територіальне розташування медичних організацій; їх профільна структура і кадрова специфіка; вплив, що спотворює способи обліку та оплати, що вноситься кожною організацією, – призводить до спотворення об'єктивного попиту.

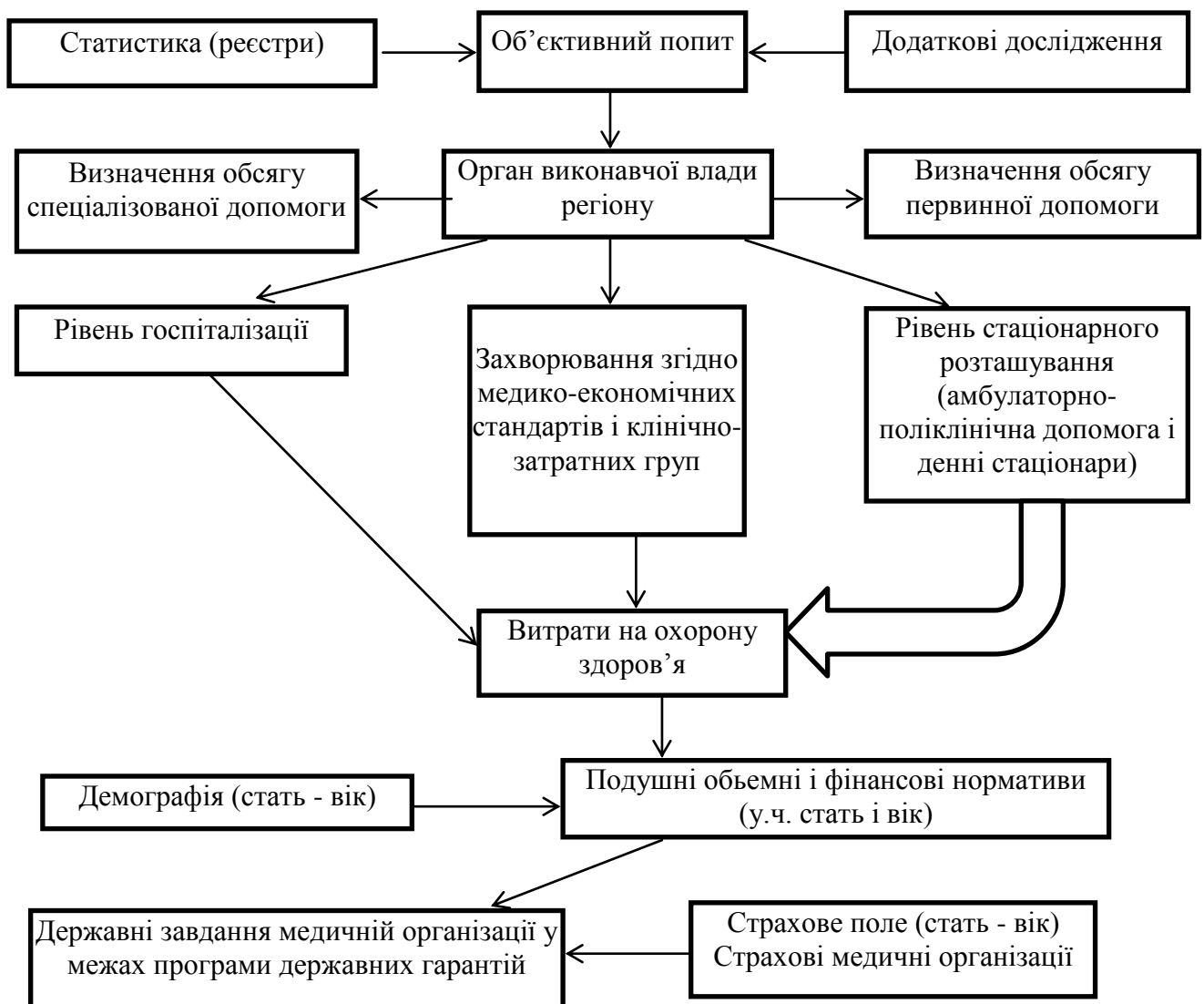


Рис. 2.5. Схема визначення нормативів планування медичних послуг для регіонів країни. Джерело: розроблено на основі: [213].

Для усунення впливу перерахованих факторів, для уточнення і об'єктивізації даних медичної статистики необхідно проведення додаткових досліджень у медичних організаціях, що мають значні відхилення від відповідних середніх значень, для виявлення причин відхилень і подальшого коректування вихідних даних. Розглядаючи специфіку формування регіональних ринків медичних послуг, вітчизняний дослідник І. Б. Шевчук стверджує: «Аналіз сприятливості факторів для формування попиту і пропозиції медичних послуг на регіональних ринках медичних послуг показав, що її рівень є доволі неоднорідним в розрізі регіонів. При цьому це зумовило асиметричність у процесі формування регіональних ринків медичних послуг в таких двох зрізах: 1) м. Київ, Донецька, Дніпропетровська, Запорізька області та решта областей України; 2) істотний розрив між м. Києвом та регіонами» [98, с. 33].

Виходячи з цього, планування визначення обсягу і структури первинних і спеціалізованих медичних послуг необхідно здійснювати на основі аналізу наданих медичних послуг крізь призму державних медичних стандартів. Оцінювати обсяг медичних послуг, необхідний для лікування та діагностики конкретних захворювань або їх груп.

Кількість пацієнтів, стан яких потребує спеціальних методів лікування та діагностики, надання їм спеціалізованих медичних послуг, оцінюється відповідно до державних вимог і стандартів медичної допомоги.

Рівень госпіталізації, визначальний обсягами цілодобової стаціонарної допомоги та рівень позалікарняних послуг за переліком конкретних захворювань визначається також на основі державних стандартів. Вартісне вираження даних стандартів, тобто медико-економічні стандарти, дозволяють визначити реальні витрати на медичні послуги та необхідні фінансові ресурси.

У цих умовах є неприйнятною практика більшості регіонів, коли дефіцит фінансових ресурсів щодо програми державних гарантій компенсується за

рахунок зменшення витрат на медичні послуги або обмеженням оплати «зайвих» обсягів медичних послуг. У цьому випадку дефіцит фінансових ресурсів у кінцевому підсумку перекладається на пацієнта, який змушений або платити за якісні медичні послуги з власної «кишені», або одержувати їх у недостатньому обсязі і завідомо низької якості. За оцінками вітчизняних вчених 30,5% українців зазначають, що їм із власного досвіду знайома ситуація, коли лікарі чи інші представники медичного персоналу просили сплатити за послуги неформально. Проте лише 29% респондентів готові відмовити лікарю на вимогу неофіційної оплати. Разом із тим, дані Державної служби статистики України підтверджують поширеність неформальних платежів у медицині та їхній згубний вплив на доступність медичних послуг. За даними вибіркового опитування домогосподарств України у жовтні 2010 року майже 84% із них повідомили, що хтось із членів домогосподарства не зміг відвідати лікаря, майже 96% домогосподарств сказали, що хтось не зміг пройти медичне обстеження, а більш як 98% – провести медичні процедури чи отримати лікування в стаціонарі через надто високу вартість цих послуг [99, с. 37].

Визначення подушним об'ємних і фінансових нормативів, у тому числі статевовікових, що враховують попит населення на медичні послуги, які надаються медико-економічними стандартами або клініко-витратними групами, дозволяє визначити планові витрати фінансуючих сторін – бюджетів усіх рівнів та у подальшому системи обов'язкового медичного страхування. Формування державного завдання медичній організації на основі віднесення частини планованих витрат у залежності від структури страхових полів страхових медичних організацій робить дані організації «зацікавленими» учасниками планування медичних послуг і накладає на них фінансову відповідальність за витрати планування. У запропонованій схемі планування кожен громадянин стає не тільки активним «носієм» грошових коштів, що передаються від страхувальника в особі роботодавця або регіональної виконавчої влади, а й «елементарною» одиницею планування. Його стать, вік, місце проживання та інші показники, які оцінюють стан здоров'я, за допомогою державного

медичного стандарту перетворюються на нормативи ресурсного забезпечення програми державних гарантій.

Вибравши конкретну медичну організацію і страхову медичну організацію, громадянин формує той обсяг медичних послуг, який фігуруватиме у державному завданні та у договірних відносинах з їх надання та оплати. Таке планування медичних послуг складно здійснити в умовах традиційного підходу до формування мережі медичних організацій, орієнтованої на загальне число жителів, кількість стаціонарних ліжок і кількість лікарів. Але, використовуючи можливості «елементарних» одиниць планування, визначають вірогідність лікування конкретних захворювань або їх клініко-затратних груп для конкретної статі і віку, можна сформувати оптимальний лікувальний план шляхом підсумовування, групування за класами хвороб, профільних відділень, лікарських кабінетів, формуючи тим самим мережу медичних організацій, орієнтовану на потреби пацієнтів.

Це особливо актуально в умовах, коли вартість усіх ресурсів системи організації та надання медичних послуг визначається ринком і існує потреба у медичній інформації, орієнтованої на медичні технології, що дозволяють оцінити їх вартісні показники.

Отже, це є основною умовою, що забезпечує фінансову стійкість даної системи, що реалізує конституційне право громадян України на медичні послуги за рахунок бюджетних і перспективних страхових фінансових коштів.

Аналіз персоніфікованих даних із надання пацієнтам медичних послуг у розрізі медико-економічних стандартів та клініко-затратних груп дозволяє вирішити це завдання. Виділення та групування наборів діагнозів, які забезпечують подальше планування, дозволяє коригувати дані державної медичної статистики та визначати основні закономірності процесу надання медичних послуг.

У рамках організаційно-економічного механізму модернізації системи організації та надання медичних послуг та планування даного виду послуг органам виконавчої влади загальнодержавного та регіонального рівня

необхідно вирішити такі завдання:

1. Провести оцінку попиту на медичні послуги і на медичні технології у межах програми державних гарантій, оцінити можливості та ресурсний потенціал мережі медичних організацій регіонів і визначити місце і ступінь невідповідності попиту населення і можливостей організацій, що надають медичні послуги.

2. Розробити план реструктуризації мережі медичних організацій для задоволення об'єктивного попиту населення і готовності медичних організацій забезпечити визначений державними стандартами рівень якості лікування за умови ефективного використання ресурсного потенціалу.

3. Сформувати цільові програми для поетапного виконання плану реструктуризації, що забезпечує розвиток мережі медичних організацій і оснащення їх сучасним медичним обладнанням. Організувати підготовку та перепідготовку лікарських та інших медичних кадрів.

4. Розрахувати територіальні нормативи гарантованих державою медичних послуг, призначених для формування державного замовлення медичним організаціям, що виконують територіальну програму державних гарантій і орієнтовані в майбутньому на реалізацію програми медичного страхування.

Разом із тим, необхідно відзначити, що специфіка організації спеціалізованих медичних послуг населенню регіонів пов'язана з необхідністю надання діагностичних, консультаційних і лікувальних послуг, надати які на території кожного територіального утворення місцевого самоврядування видається складним клінічним, технологічним та фінансовим завданням. Набір необхідного діагностичного і лікарняного обладнання, підготовка високопрофесійних медичних кадрів потребує суттєвих матеріальних затрат, а кількість пацієнтів обмежена в рамках адміністративно-територіальної одиниці. Витрати, пов'язані з наданням спеціалізованих послуг обмеженій кількості пацієнтів, дуже високі. Дороге і складне діагностичне і лікувальне обладнання використовується неефективно, а висококваліфіковані кадри не мають

можливості використовувати і вдосконалювати свої навички через недостатню кількість пацієнтів із відповідними захворюваннями. Іншою причиною концентрації та централізації спеціалізованих медичних послуг є їх інноваційність, що вимагає наявності розвиненої науково-викладацької бази, представленої науковими та освітніми вищими і середніми медичними закладами. Світова і вітчизняна практика організації та надання спеціалізованих медичних послуг має тенденцію до концентрації і централізації з метою оптимізації витрат і підвищення якості даних послуг.

Державне замовлення формується відповідно до регіональних нормативів на спеціалізовані медичні послуги в залежності від чисельності населення за запропонованою нами формулою:

$$V_{im} = H_{it} \cdot N_m \cdot K_1,$$

де V_{im} – квота (кількість пацієнтів) за i -ою групою діагнозів для m -го регіону,

H_{it} – територіальний норматив щодо спеціалізованих медичних послуг за i -ою групою діагнозів,

N_m – чисельність населення, яке постійно проживає на території m -го регіону,

K_1 – коректуючий коефіцієнт, який враховує рівень захворюваності жителів за i -ою групою діагнозів для m -го регіону, які потребують спеціальних методів лікування і діагностики.

Однак, потрібно зазначити, що необхідність залучати як медичні та фармацевтичні асоціації професійного рівня, так і непрофесійні громадські організації до роботи у сфері охорони здоров'я населення та надання медико-соціальної допомоги є важливим фактором, який, в свою чергу, прогнозовано збільшить ефективність профілактичної діяльності, особливо з соціально незахищеними верствами суспільства, спростить організацію реабілітаційної програми з різними категоріями пацієнтів, допоможе виробити принципи взаємопомічі, навички подолання медико-соціальних проблем самими

пацієнтами і принципи самоконтролю.

З метою розвитку соціальної бази сфери охорони здоров'я потрібно:

- для координації діяльності державних, недержавних, громадських організацій та окремих громадян, спрямованих на збереження здоров'я, створити Координаційну раду з охорони здоров'я населення, Комітет громадського здоров'я;

- рекомендувати найбільш ефективні методики для впровадження в організовані колективи (дошкільні та шкільні навчальні заклади, студентські та трудові колективи) та провести аналіз ефективності оздоровчих програм, що реалізуються на рівні регіонів;

- на базі районних Центрів медико-соціальної реабілітації сформувати організацію Клубів взаємодопомоги пацієнтів із хронічними захворюваннями за територіальним принципом;

- з метою формування усвідомленого ставлення до сім'ї, материнства і батьківства інтенсифікувати роботу серед населення з планування сім'ї;

- на базах дитячих районних бібліотек із метою організації роботи з підвищення медико-гігієнічних знань, профілактики захворювань і збереження здоров'я дітей організувати постійнодіючі лекторії для батьків;

- із залученням фінансових коштів органів соціального захисту населення (палати у стаціонарах, відділення медико-соціальної реабілітації у поліклініках) покращувати систему організації медико-соціальної допомоги в медичних організаціях;

- на базі міських стадіонів, шкільних спортивних залів, в установах соціального захисту населення, лікувальних установах і при органах територіального громадського самоврядування створювати спортивно-оздоровчі групи «Здоров'я» для літніх людей.

Продовжити роботу для покращення якості надання медичної допомоги населенню за наступними напрямками:

- після розподілу стаціонарних обсягів медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічний рівень за рахунок збільшення числа і потужності

мережі денних стаціонарів виконувати подальший пріоритетний розвиток амбулаторно-поліклінічної ланки;

- після закінчення переходу до надання первинної медичної допомоги лікарями загальної практики продовжити удосконалення служби загальнолікарської практики як базової в поліклініці;

- удосконалювати мережу консультативно-діагностичних центрів;

- удосконалювати мережу спеціалізованих центрів (підрозділів) амбулаторної хірургії і хірургії одного дня у стаціонарах;

- виконати реорганізацію стаціонарної медичної допомоги, поділивши мережу стаціонарів за принципом: лікарні інтенсивного спостереження; лікарні відновлювального лікування; лікарні для лікування хворих із хронічними захворюваннями, лікарні медико-соціальної допомоги;

- розвивати систему швидкої медичної допомоги;

- при амбулаторно-поліклінічних закладах удосконалювати службу невідкладної медичної допомоги;

- забезпечити чітке розділення функцій на кожному етапі надання медичної допомоги, а також між різними типами медичних закладів, забезпечувати спадкоємність лікувально-діагностичного процесу на всіх етапах лікування,;

- як в амбулаторно-поліклінічних, так і в лікарняних установах впроваджувати стандарти діагностики і лікування пацієнтів;

- для реабілітаційного етапу лікування застосовувати лікувальні фактори обласних санаторно-курортних закладів;

- надання можливості на конкурсній основі брати участь у реалізації цільових програм охорони здоров'я у відповідності з існуючим законодавством медичним організаціям та особам, які здійснюють приватну медичну діяльність.

Існує потреба у модернізації структури управління галуззю для реалізації на обласному рівні єдиної політики у сфері охорони здоров'я. Для цього необхідно:

- з метою децентралізації управління і делегування низки повноважень на рівень окремих медичних установ чи їх об'єднань розробити і впровадити нові форми управління, засновані на демократичних засадах;
- збалансувати рівні і ланки надання медичної допомоги;
- запроваджувати й удосконалювати нові принципи надання медичної допомоги на різних етапах (реформування амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та служби надання швидкої медичної допомоги);
- шляхом формування корпоративних територіальних медичних об'єднань на основі традиційно сформованих потоків хворих шляхом розвитку самостійності об'єднань і «горизонтальних» зв'язків між ними, передачі частини повноважень «зверху вниз», підвищення гнучкості планування, удосконалення системи самоуправління та самоконтролю передбачити співпрацю медичних, соціальних, медичних страхових організацій;
- на основі комп'ютерних технологій удосконалювати інформаційну структуру галузі;
- з метою удосконалення галузевої законодавчої та нормативної бази розробляти і вносити в установленому порядку пропозиції;
- організовувати взаємодію органів управління, органів санітарно-епідеміологічного нагляду та інших організацій з питань охорони здоров'я населення.

Тісну залежність розмірів фінансування медичних організацій від обсягу та якості послуг, які вони надають, та забезпечення підвищення якості медичної допомоги населенню передбачає удосконалення системи фінансування охорони здоров'я. Для цього необхідно:

- розробити систему управління ресурсами, яка передбачає контроль і оцінку економічної ефективності роботи, планування потоків пацієнтів, управління обсягами медичної допомоги;
- використовувати показники надання медичної допомоги як фінансоутворюючі замість ресурсних показників;
- продовжити роботу з вирішення важливих соціально значущих

проблем та з програмно-цільовим методом фінансування актуальних напрямків медико-соціальної допомоги;

- у залежності від здатності забезпечити найбільші обсяги медичної допомоги на одиницю витрат, а також від якісних параметрів діяльності, здійснити перехід на принцип конкурсного розміщення замовлення в медичних організаціях;

- із залученням додаткових засобів проводить формування фінансових ресурсів медичних організацій (добровільне медичне страхування, платні послуги, кошти підприємств тощо).

На етапі амбулаторного лікування для реалізації політики забезпечення населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення необхідно:

- удосконалюючи систему персоніфікованого обліку та контролю за витрачанням коштів, забезпечити адресне надання лікарських засобів і виробів медичного призначення пільговим категоріям населення;

- для пільгового забезпечення громадян, в рамках державних гарантій безкоштовної медичної допомоги, формувати потреби у лікарських засобах та виробих медичного призначення;

- забезпечити безкоштовне постачання лікарських препаратів на етапі стаціонарного лікування відповідно до видів, обсягів та умов надання медичної допомоги;

- забезпечувати гласність у виборі оптових постачальників і здійснювати закупівлі лікарських засобів на конкурсній основі;

- здійснювати з урахуванням формулярних переліків організацію лікарського забезпечення;

- удосконалювати спрямовану на медикаментозне забезпечення систему обліку та контролю коштів.

З урахуванням змін, які відбуваються у всіх сферах охорони здоров'я, повинні вирішуватися питання кадрової політики, для чого необхідно:

- опрацьовувати пропозиції щодо законодавчого регулювання медичної

освіти та кадрової політики, у тому числі з питань удосконалення оплати праці працівників охорони здоров'я, і вносити їх у встановленому порядку до органів державної влади України і регіонів;

- покращувати в системі охорони здоров'я механізми прогнозування, планування та моніторингу навчання та підвищення рівня кваліфікації медичного і управлінського персоналу, у тому числі за такими новими напрямками, як клінічний фармаколог, лікар загальної практики, медичний психолог, фахівець із соціальної роботи, медична сестра з вищою освітою, економіст охорони здоров'я, менеджер охорони здоров'я;

- з метою підготовки фахівців, із укладанням відповідних договорів з навчальними закладами та абітурієнтами, запровадити практику формування медичними організаціями цільових перевірок замовлень;

- активно залучати молодих спеціалістів – медичних працівників до суспільно-корисної діяльності, до роботи медичної громадськості міста, організувати роботу із супроводу професійного та особистісного зростання їх у лікувально-профілактичних закладах,;

- організовувати резерв фахівців на заміщення керівних посад;

- покращувати професійні міжнародні медичні зв'язки;

- проводити, спрямовані на підняття престижу професії медичного працівника, громадські заходи (зустрічі зі студентами випускних курсів медичних університетів та медичних коледжів, вшанування кращих, професійні конкурси).

Необхідно у сфері забезпечення охорони праці медичних працівників:

- організувати і контролювати дотримання безпеки праці в установах охорони здоров'я;

- забезпечити навчання з питань охорони праці управлінського персоналу закладів охорони здоров'я.

Необхідно продовжити з метою подальшого розвитку матеріально-технічної бази сфери охорони здоров'я:

- щорічне передбачення у бюджетах різного рівня у розділі «Охорона

здоров'я» відповідні фінансові кошти з метою реконструкції наявної лікувальної бази, оснащення лікувальних установ медичною технікою з урахуванням нових технологій;

- оснащення сучасною комп'ютерною технікою лікувально-профілактичних закладів;

- удосконалення структури та періодичності збору медико-статистичної інформації, подальший розвиток єдиного інформаційного простору охорони здоров'я;

- використання персоніфікованих баз даних і телекомунікаційних систем при формуванні звітних статистичних форм.

На даний час у Миколаївській області є ряд факторів, які негативно впливають на стан здоров'я мешканців:

- поширення шкідливих звичок і нездорового способу життя через невисокий рівень культури, у тому числі санітарно-гігієнічної (побутове пияцтво, куріння, гіподинамія, вживання наркотиків, неправильне і нераціональне харчування);

- низький рівень інформованості працівників і роботодавців про права та обов'язки кожного з них, незадовільні умови праці і санітарно-гігієнічні норми і правила;

- стан навколишнього середовища;

- надмірні стресові навантаження тощо.

Всі вищевказані фактори призводять до зростання рівня захворюваності, інвалідності, смертності, що збільшує витрати закладів охорони здоров'я на організацію медичної допомоги в умовах недостатнього фінансового забезпечення.

Зважаючи на вказані чинники, у Миколаївській області було розроблено обласну програму «Медичні кадри Миколаївщини на 2013-2017 роки». Програмою передбачено створення резерву житла не менше 2 одиниць у районах та містах області (за рахунок коштів місцевих бюджетів); придбання житла для медичних працівників області, які знаходяться на квартирному

обліку (не менше 2 квартир на рік); забезпечення виплати соціальних надбавок в розмірі 25% посадового окладу лікарям-фтизіатрам, сімейним лікарям, дільничним терапевтам та педіатрам; придбання автотранспорту (не менше 1 одиниці) для кожної сімейної амбулаторії. У рамках програми економічного соціального розвитку Миколаївської області на 2011-2014 роки «Миколаївщина-2014» щороку виділялися кошти обсягом 150 тис. грн. для нагородження преміями кращих працівників області у галузі охорони здоров'я Миколаївської області.

Крім того, обласною цільовою соціальною програмою протидії захворюванню на туберкульоз на 2013-2016 роки 2013 року передбачено виділення коштів у сумі 1220,1 тис. грн. для виплати надбавки лікарям-фтизіатрам у розмірі 25% посадового окладу.

З метою кадрового забезпечення сімейних амбулаторій в області організовано навчання на курсах спеціалізації лікарів «Загальна практика-сімейна медицина». У 2012 р. підготовлено 63 лікарів, у 2013 р. вже підготовлено – 15, продовжують навчання – 85, всього 100 лікарів.

В області з 01.08.2013 р. приступило до роботи 36 лікарів, у т.ч. 7 – сімейних. Прибуло до області 145 інтернів, випускників вищих навчальних закладів, з них – 45 сімейних [100].

Оцінка ж можливості виконання державного замовлення медичною організацією є ключовим елементом планування медичних послуг, що забезпечує об'єктивність і предметність гарантованих населенню медичних послуг.

Певна кількість медичних організацій не можуть надати пацієнтам медичні послуги відповідно до державних медичних стандартів, що у свою чергу не дозволяє забезпечити результативність діяльності системи організації та надання медичних послуг та їх якість.

На нашу думку визначають дану ситуацію наступні основні причини:

– недостатня кількість у медичній організації спеціалістів і устаткування, що дозволяють реалізувати ті чи інші державні медичні

стандарти;

- недостатня координація та взаємодія медичних організацій і органів управління системою організації та надання медичних послуг;

- дезінтеграція регіональної мережі медичних організацій, адміністративна та фінансова фрагментація системи організації та надання медичних послуг;

- неефективний менеджмент органів виконавчої влади та медичних організацій у сфері медичних послуг.

На рис. 2.6 представлена схема оптимізації мережі медичних організацій на території планування в зоні відповідальності даних організацій, які виконують державні замовлення на медичні послуги.

Об'єктивний попит населення на медичні послуги в зоні відповідальності конкретної медичної організації, виражений у наборі лікувальних і діагностичних медичних послуг, дозволяє визначити оптимальну планову структуру організації з позиції його «технологічних» можливостей, таких як:

- фонд ліжок і число діагностичних і лікувальних кабінетів;
- перелік послуг та обсяг діяльності діагностичних і лікувальних підрозділів;

- штатна чисельність персоналу, який надає медичні послуги;
- кількість одиниць діагностичного та лікувального обладнання;
- перелік і потужність допоміжних підрозділів, які не надають безпосередньо медичні послуги.

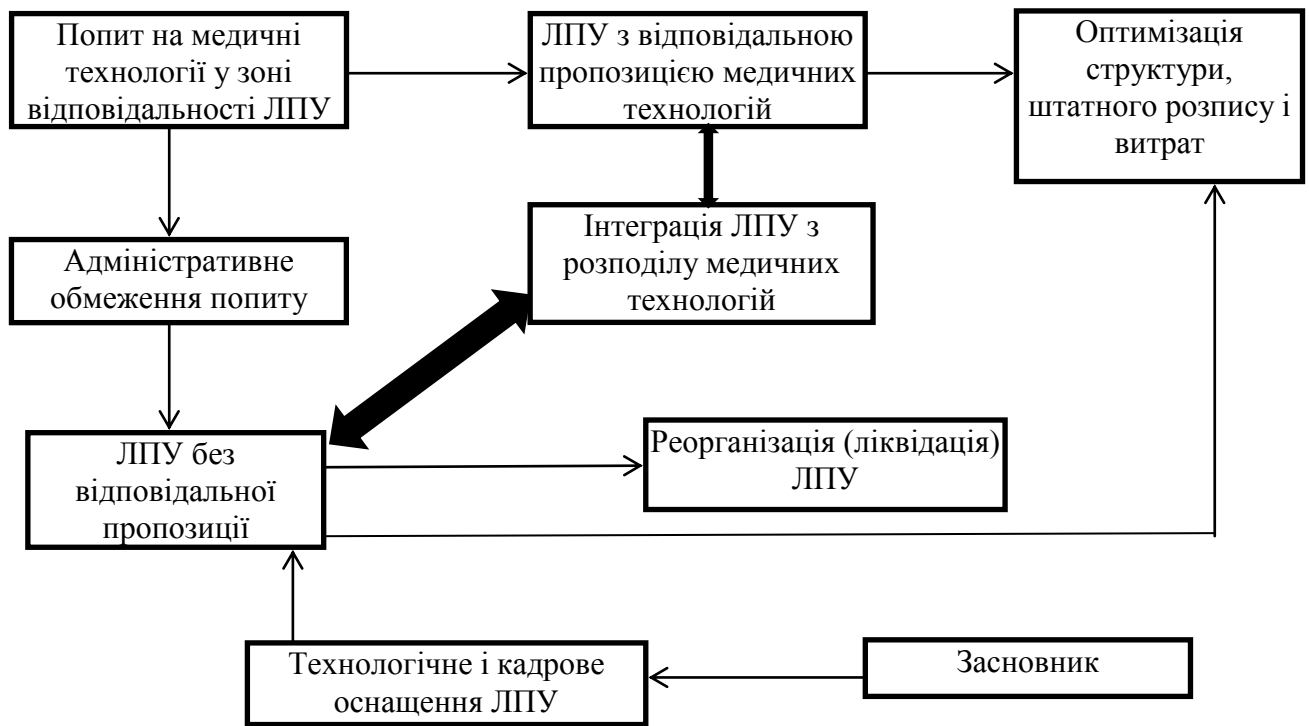


Рис. 2.6 Схема оптимізації мережі медичних організацій на території планування (ЛПУ – лікувально-профілактичні заклади системи організації і надання медичних послуг). **Джерело:** запропоновано автором

Проводячи порівняння «планової» і фактичної структури медичних організацій, можна визначити ступінь їх відповідності за вищеперерахованими позиціями.

Відповідність «планової» і фактичної структури медичної організації дозволяє зробити висновок про ступінь відповідності попиту населення на медичні послуги та можливості медичної організації ці послуги надати на конкретній території планування у зоні відповідальності даної організації.

Запропоноване наступне формулювання цієї відповідності: «Відповідальна пропозиція визначається рівнем забезпеченості медичної організації спорудами, обладнанням, фахівцями, організаційними схемами та освоєними медичними технологіями, що дозволяє задовольнити повну потребу громадян, які проживають у зоні відповідальності даної медичної організації у якісних медичних послугах».

За «відповідальної» пропозиції медична організація отримує повний обсяг державного замовлення у рамках програми державних гарантій. Перед

організацією стоїть завдання оптимізації структури своїх підрозділів та власної штатної чисельності, а також проведенні заходів щодо забезпечення ефективного використання всіх видів ресурсів. Питання взаємодії з іншими медичними організаціями вирішуються у межах планування медичних послуг у регіоні. Наприклад, медична організація, технологічний і кадровий потенціал якої перевищує потреби населення в зоні її відповідальності, може надавати медичні послуги іншим медичним організаціям, підвищуючи тим самим рівень їх «відповідальної» пропозиції.

Невідповідність «планової» і фактичної структури медичної організації вимагає прийняття управлінського рішення щодо обмеження державного замовлення у структурі захворювань і (або) за кількістю пацієнтів.

Державне замовлення коригується при зміні технологічних і кадрових можливостей медичної організації у результаті проведення заходів із модернізації вітчизняної системи організації та надання медичних послуг.

Отже, програма модернізації загальнодержавної та відповідної регіональної сфери охорони здоров'я повинна враховувати потреби населення у медичній допомозі і пропозиція її медичними організаціями по всій території держави повинна сприяти підвищенню рівня «відповідальної» пропозиції для більшості медичних організацій.

Виходячи з вищезазначеного, можна зробити наступні висновки:

1. З урахуванням об'єктивного попиту населення на медичні послуги у розрізі основних захворювань і їх груп необхідно проводити планування програми державних гарантій у сфері медичних послуг і оцінку необхідних для її реалізації ресурсів.

2. Такий підхід дозволяє оцінювати витрати на програму державних гарантій у залежності від обраних медичних технологій, що забезпечує альтернативність медичних послуг, і реалізувати спрямовані на пошук оптимальних технологічних та управлінських рішень при наданні медичних послуг населенню механізми економічного стимулювання медичних організацій,.

3. За умови відповідності потенціалу медичних установ і потреби пацієнтів цієї території планування розглядається як процес побудови державних замовлень щодо надання медичних послуг мешканцям території планування.

4. Кожна медична організація розглядається як самостійний об'єкт планування, який виконує з максимальною технологічною ефективністю державне завдання, підвищуючи рівень «відповідальної» пропозиції медичних послуг, у тому числі шляхом взаємодії з іншими медичними організаціями на території планування, шляхом оптимізації власної кадрової та технологічної структури.

5. Об'єктивну потребу населення у сучасних медичних технологіях і орієнтир на підвищення рівня «відповідальної» пропозиції медичних організацій у рамках заходів із модернізації вітчизняної системи організації та надання медичних послуг повинна враховувати державна політика планування у сфері медичних послуг.

Висновки до розділу 2

1. Визначено, що концептуальною сутністю результативності інноваційного процесу, що складається з низки послідовних етапів, фінальна стадія яких характеризується перетворенням інновацій з ідей на конкретне її втілення, є належне ресурсне забезпечення, економічна стабільність всіх учасників даного процесу та позитивний вплив чинників такого розвитку. Серед факторів, які впливають на інноваційний розвиток системи охорони здоров'я, виділено такі: стимулювання розробки, пошуку і впровадження передових технологій у практику охорони здоров'я; розвиток економічних відносин, які спрямовані на формування ринку в системі охорони здоров'я; ефективне використання наявних кадрових і матеріальних ресурсів; єдність медичної науки; впровадження системи безперервної медичної освіти; міжнародне партнерство з провідними країнами та їх науковими центрами; розвиток сектора державно-приватного партнерства; охорона інтелектуальної

власності; створення цільових медичних наукових програм, які будуть об'єднувати установи; мотивація працівників сфери охорони здоров'я та їх зацікавленість у позитивних кінцевих результатах; створення системи раціональних, ефективних та взаємовигідних відносин між організаціями у сфері охорони здоров'я, підприємствами та громадянами; розширення ринку медичних технологій та медичних послуг, запровадження політики, спрямованої на встановлення рівних можливостей різних форм власності в системі охорони здоров'я та їх заохочення; формування бізнес-клімату, що сприяє інвестиційній привабливості охорони здоров'я для приватних партнерів.

2. Констатовано, що дієвим інструментом стимулювання інноваційного розвитку є програмно-цільове планування, яке побудовано за схемою «мета – заходи – ресурси - результат», де визначаються цілі тієї чи іншої програми, встановлюються способи їх досягнення, які узгоджуються безпосередньо з відповідними органами державної влади та пов'язуються з необхідними для їх реалізації ресурсами, встановлюються індикатори/орієнтири кінцевого результату. Кінцевий результат програмно-цільового планування в системі охорони здоров'я виражається у скороченні смертності, зменшенні інвалідності та захворюваності населення, підвищенні якості та доступності медичної допомоги, поліпшенні демографічної ситуації.

3. В роботі запропонована програмно-цільова модель розвитку системи охорони здоров'я елементне наповнення якої відображає орієнтацію на кінцевий результат, наскрізне планування об'єкта управління, безперервність інноваційних процесів, скоординованість управлінських впливів, регіоналізацію процесів.

Концептуальною основою є єдність зазначених цілей, ресурсів та заходів, що втілюється в алгоритм дій, який відображатиме, яким саме шляхом будуть досягатися визначені цілі, які витрати будуть необхідні для їх досягнення, і який проміжок часу буде потрібний для їх реалізації. Строки реалізації програмних заходів та вирішення програмних завдань програмно-цільової моделі зумовлені чітко сформованою логікою побудови, технологією,

змістом, послідовністю та ресурсними лімітами програми В роботі системно представлено елементне наповнення механізму державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, який включає цільову, управлінську, забезпечуючу, оціночну підсистеми, а також комплекс методів корпоративного та публічного управління, стимули, важелі, інструменти діяльності, що формують методологічний базис для стратегічного планування організації медичної допомоги населенню, подальшого розвитку в умовах ринкової економіки, забезпечення ефективного державне регулювання ринку медичних послуг та раціонального використання матеріальних і нематеріальних ресурсів. Державне регулювання інноваційного розвитком системи охорони здоров'я розглядається як комплексна система, що характеризується багатокомпонентністю і багатоступеневістю та орієнтована на створення необхідних умов для ефективного функціонування системи охорони здоров'я та на максимально можливе забезпечення її ресурсами (матеріально-технічна база, кадровий склад, фінансування).

4. Визначено, що сучасні державно-управлінські тенденції та принципи організації функціонування системи охорони здоров'я населення відповідно до економічної парадигми інноваційного розвитку охорони здоров'я повинні спиратися на законодавчі норми, які покликані вирівнювати територіальний фактор доступності медичної допомоги на основі нових технологічних стандартів, створення сприятливих умов для ефективних економічних відносин, комплексний підхід до охорони здоров'я, міжвідомчу кооперацію, обов'язок держави перед нацією за демографічну безпеку, посилення ролі медичної науки та підвищення її ефективності, пріоритетність профілактичних заходів щодо збереження здоров'я та первинної медико-санітарної допомоги

5. Виявлено деструктивні явища, які гальмують інноваційний розвиток системи охорони здоров'я, серед яких: недостатня кількість у медичній організації спеціалістів і устаткування, що не дає змоги повною мірою реалізувати ті чи інші державні медичні стандарти; недостатня

координація та взаємодія медичних організацій і органів управління системою організації та надання медичних послуг; дезінтеграція регіональної мережі медичних організацій, адміністративна та фінансова фрагментація системи організації та надання медичних послуг; неефективний менеджмент органів виконавчої влади та медичних організацій у сфері медичних послуг.

Для подолання зазначених проблем і досягнення результативності процесів модернізації системи надання медичних послуг необхідно:

1. Провести оцінювання попиту на медичні послуги і на медичні технології в межах програми державних гарантій, оцінити можливості та ресурсний потенціал мережі медичних організацій регіонів, визначити місце і ступінь невідповідності попиту населення і можливостей організацій, що надають медичні послуги.

2. Розробити план реструктуризації мережі медичних організацій для задоволення об'єктивного попиту населення і підготовки медичних організацій до забезпечення визначеного державними стандартами рівня якості лікування за умови ефективного використання ресурсного потенціалу.

3. Сформувати цільові програми для поетапного виконання плану реструктуризації, що забезпечує розвиток мережі медичних організацій і оснащення їх сучасним медичним обладнанням. Організувати підготовку та перепідготовку лікарських та інших медичних кадрів.

4. Розрахувати територіальні нормативи гарантованих державою медичних послуг, призначених для формування державного замовлення медичним організаціям, що виконують територіальну програму державних гарантій і орієнтовані в майбутньому на реалізацію програми медичного страхування.

6. Обґрунтовано необхідність проведення планування реалізації програми державних гарантій у сфері медичних послуг і оцінювання необхідних для її реалізації ресурсів відповідно до об'єктивного попиту населення на медичні послуги в розрізі основних захворювань територіальної спільноти. Це дасть змогу визначать витрати на програму державних гарантій

залежно від обраних медичних технологій, що забезпечує альтернативність медичних послуг, і реалізувати спрямовані на пошук оптимальних технологічних та управлінських рішень при наданні медичних послуг населенню механізми економічного стимулювання медичних організацій.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1 Модернізація управлінської основи державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України

Якщо враховувати, що гетерогенна соціально-економічна система є багатоцільовою, багаторівневою і поліфункціональною, то природно, що вона складається з декількох етапів: входу, етап перетворення різних ресурсів, виходу і взаємодії з навколишнім середовищем. Для всіх цих етапів характерна наявність різноманітних цілей і механізмів, що сприяють їх досягненню. В результаті механізм управління, який є частиною системи, ґрунтується на виборі ресурсів і методів управління для відповідності і координованості цілей, що ставляться, з інтересами окремих людей і соціальних груп.

Серед найважливіших напрямів, пов'язаних із підвищенням ефективності управління галуззю, безумовно, необхідно розглянути передумови й можливості реформування управлінських процесів у сфері охорони здоров'я на основі впровадження нових структурних підрозділів.

Процес організаційних перетворень структури управління системою охорони здоров'я неминуче призводить до розширення її складу і введення нових структурних підрозділів. Зокрема автор пропонує два нововведення, які значно удосконалять регіональну структуру управління. По-перше, необхідним є створення громадської ради, що забезпечить участь основного споживача медичних послуг, тобто громадськості, в контролі над системою регіонального управління охорони здоров'я. По-друге, важливим є також поява ради зі стратегії, як стратегічного, комплексного органу, що при аналізі перспектив розвитку і потенційних загроз для системи охорони здоров'я буде враховувати

широкий спектр факторів, в тому числі вплив навколишнього середовища.

У вересні 2011 р. Інститут Горшеніна провів телефонне опитування за темою «Медицина в Україні». Усього методом випадкової вибірки було опитано 1 тис. респондентів віком від 18 років у всіх обласних центрах України, мм. Києві та Севастополі. Погрішність репрезентативності дослідження не перевищує $\pm 3,2\%$.

Переважає більшість опитаних громадян (93,3%) вважають, що в Україні потрібна реформа системи охорони здоров'я. Висловили думку, що така реформа не потрібна 4,3% респондентів, а 2,4% - складно відповісти на це запитання. При цьому більшість українців (80,0%) незадоволені якістю медичного обслуговування, що вони отримують. Із них 40,3% обрали варіант відповіді «повністю незадоволений», 39,7% - «скоріше незадоволений». Задоволені якістю медичного обслуговування тільки 18,3% опитаних. Із них варіант «скоріше задоволений» обрали 15,1%, «повністю задоволений» - 3,2%. Важко відповісти на дане запитання було 1,7% респондентам [101].

Необхідність реформування управління сферою охорони здоров'я, на думку вітчизняних науковців М. Б. Щербиніної і І. Ю. Скирди, «...пов'язане з нездатністю старої системи окупити себе через перехід на ринкову економіку. Радянська модель системи охорони здоров'я була розрахована на планову економіку та була централізованою (централізація допомагала, наприклад, добре справлятися із масовими епідемічними ситуаціями). Що ми маємо сьогодні? Стара система не може себе окупити, заробітна плата медика трохи вища за прожитковий мінімум, професія «медик» вже давно не вважається престижною, а «безкоштовна» медицина зробила лікаря найбільш корумпованим працівником сфери послуг» [101].

Рівень технологічного розвитку та обсяги державного і особистого фінансування безумовно визначають здатність системи охорони здоров'я адекватно відповідати запитам і потребам суспільства. Але одночасно слід розвивати інститути, які стануть механізмом безпосереднього впливу громадян на лікарів і медичні заклади. Можна виокремити наступні напрямки такого

розвитку:

- одночасний розвиток страхування професійної відповідальності працівників медичної сфери за умови формування особистої відповідальності лікарів і правової бази захисту прав пацієнта;
- обмеження комерціалізації, забезпечення максимальної прозорості у сферах фінансування, розподілу коштів і показників діяльності великих медичних установ шляхом заснування громадських рад;
- регулярне інформування про поточну діяльність всіх медичних організацій і страхових установ;
- сприяння об'єднанню хворих із одним захворюванням у некомерційні організації, що будуть мати право брати участь в обговоренні проблем надання медичної допомоги на рівні керівників медичних закладів і органів;
- безпосередня участь представників громадськості у формуванні та обговоренні державної політики в медичній сфері.

Таким чином, для забезпечення основних напрямів посилення впливу суспільства на сферу охорони здоров'я, таких як інформування населення, забезпечення громадського контролю і сприяння діяльності окремих представників, абсолютно необхідним вважається створення регіональних громадських рад.

В цьому контексті важливо виокремити на основі міжнародного досвіду основні принципи співробітництва суспільства і влади, які будуть сприяти координуванню діяльності різних суб'єктів державної системи охорони здоров'я і забезпечувати збереження балансу їх інтересів. Російський науковець Д. М. Кучерявенко виділив такі три принципи:

- принцип двостороннього зв'язку – процес постійного обміну інформацією у сфері охорони здоров'я між органами державної влади і громадськістю під час розробки рішень;
- принцип консультацій в процесі формування політики та прийняття рішень – зобов'язання чиновників враховувати пропозиції громадських рад, надавати їм інформацію та обґрунтовувати свої рішення у медичній сфері, якщо

вони відрізняються від позиції суспільства;

– принцип спільної оцінки – розгляд результатів і наслідків діяльності громадських рад у якості інструменту оцінки політики держави у сфері охорони здоров'я [101a].

Основною функцією систем охорони здоров'я, що вимагає особливої уваги, є стратегічне управління. Підвищення прозорості та підзвітності є основними факторами, що сприяють поліпшенню діяльності системи охорони здоров'я, якого прагнуть домогтися органи, що здійснюють стратегічне управління системами охорони здоров'я шляхом виконання цілого ряду допоміжних функцій: формулювання стратегій і політики з метою досягнення цілей системи охорони здоров'я; збір і використання аналітичної інформації; впливу шляхом координації діяльності з партнерами та іншими галузями і ведення інформаційно-пропагандистської діяльності з метою поліпшення стану здоров'я; забезпечення ефективного керівництва, що сприятиме досягненню цілей системи охорони здоров'я; забезпечення можливості адаптації системи для задоволення мінливих потреб населення і мобілізація юридичних, регуляторних та політичних інструментів щодо керівництва діяльністю системи охорони здоров'я.

Реформування стратегічного управління сферою охорони здоров'я на думку глави ради професійних управлінців Української медико-правової асоціації, завідувача кафедри менеджменту Національного фармацевтичного університету, доктора наук з державного управління, професора кафедри управління охороною суспільного здоров'я ХРІДУ Національної академії державного управління при Президентові України, лікаря вищої категорії Д. В. Карамішева є надзвичайно важливою складовою реформування системи державного управління загалом [102, с. 97].

Введення до структури охорони здоров'я ради зі стратегії, як колективного органу управління в системі охорони здоров'я, здійснює загальне та стратегічне керівництво, контролює діяльність виконавчих органів, дозволяє якраз вирішити завдання, поставлені в рамках стратегічного управління

охороною здоров'я.

Серед ключових ролей Ради зі стратегічного розвитку можна виокремити наступні: окреслення основних цілей і визначення стратегічних засобів їх досягнення; використання аналітичної інформації, що надасть змогу оцінити досягнуті результати; засноване на етичних принципах керівництво у секторі охорони здоров'я, яке буде сприяти виконанню перспективних завдань; формування системи охорони здоров'я здатною адаптуватися до змін у навколишньому середовищі і появі нових вимог; співробітництво в інших сферах суспільного життя, які безпосередньо не пов'язані із медичною сферою, але впливають на зміцнення здоров'я населення.

У тісній співпраці з членами міністерства охорони здоров'я Рада зі стратегічного розвитку повинна обговорювати і схвалювати основні рамки функціонування системи охорони здоров'я, включаючи її стратегію і цілі, систему внутрішнього контролю і управління ризиками.

Досягнення цієї мети вимагає збереження стратегії пріоритетного розвитку охорони здоров'я.

Основними завданнями державного управління в секторі охорони здоров'я автор вважає:

1. Сприяння формуванню здорового способу життя населення, що може значно допомогти у профілактиці захворювань.
2. Удосконалення медичних технологій і спрощення доступу до нового обладнання.
3. Фінансова підтримка сфери медичної допомоги, що надається безкоштовно.
4. Максимальне сприяння можливостям для всіх соціальних прошарків отримувати вчасну медичну допомогу.
5. Формування механізму громадського впливу на сектор охорони здоров'я.
6. Збільшення кількості медичних установ, що допоможе створити більш конкурентний ринок.

7. Економічне мотивування лікарів, що призведе до надання більш якісної і ефективної медичної допомоги.

8. Удосконалення системи медичного страхування.

9. Активне співробітництво з приватним медичним сектором.

Якщо аналізувати стратегічну роль Ради, спираючись на алгоритм її діяльності, то схематично його можна виразити наступним чином (рис. 3.1).

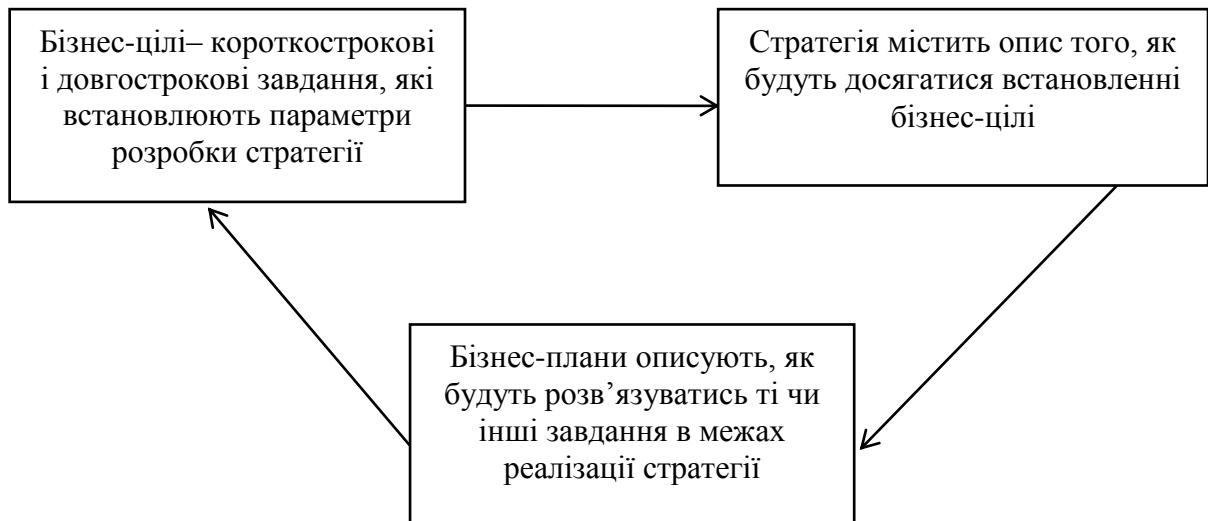


Рис. 3.1 Роль Ради зі стратегічного розвитку системи охорони здоров'я.

Джерело: розроблено на основі: [214]

Перш за все Рада має обговорювати і затверджувати основні бізнес-цілі компанії, оцінити і схвалити стратегію та бізнес-плани за основними напрямками, контролювати, щоб стратегічне управління системою охорони здоров'я було ефективним.

Крім того Рада зі стратегічного розвитку повинна чітко усвідомлювати основні ризики, які постають і можуть постати в майбутньому щодо системи охорони здоров'я, що буде сприяти виробленню ефективної політики і зваженої стратегії управління цими ризиками (Табл.3.1).

Таблиця 3.1

Безпекові заходи щодо потенційних загроз розвитку системі охорони здоров'я

1. Опис потенційних загроз	Характеристика профілю потенційних загроз на основі сучасного стану системи охорони здоров'я і стратегії її розвитку
2. Ідентифікація	Виявлення ризиків при дослідженні поточного стану системи
3. Аналіз ризику	Прогнозування розвитку ризику, врахування вірогідності реалізації потенційних сценаріїв і оцінка потенційних збитків
4. Застосування контрзаходів	Розробка і застосування заходів, спрямованих на нейтралізацію наслідків ризику

Джерело: систематизовано на основі: [215].

На думку вітчизняного фахівця В. П. Мегедь, дослідження ризиків саме у сфері охорони здоров'я України є чи найменш дослідженою проблемою в українській царині державного управління. «Тому створення ефективного механізму функціонування служби чи медичного закладу стає актуальною проблемою розробки концепції безризикової діяльності в галузі охорони здоров'я», – підкреслює він [103, с. 100]. На думку фахівців МОЗ України: «Для надання якісної медичної допомоги та медичного обслуговування має важливе значення безпечне середовище з контрольованими ризиками, що не наносять шкоди, уражень і побічних ефектів» [104, с. 12].

Оскільки участь громадськості стає все більш вбудованою в систему охорони здоров'я, і має все більш вирішальне значення для осіб, котрі приймають рішення, концепція зацікавлених сторін (стейкхолдерів) набула широкої популярності і міцно увійшла до сфери стратегічного управління.

В стратегічному менеджменті стейкхолдери – це індивіди або групи осіб, що мають вплив на результати діяльності системи. Характерним для системи

охорони здоров'я є відносини з окремими індивідами та різними групами осіб, які безпосередньо зацікавлені в її діяльності та мають можливість певним чином впливати на неї. Відносини між системою і стейкхолдерами розглядаються як контракт, за яким стейкхолдери постачають системі необхідні ресурси, сподіваючись на задоволення власних інтересів. Такі контракти приймають форму трансакцій, обміну або надання повноважень у сфері прийняття рішень, а саму систему можна представити сплетінням різноманітних контрактів (nexus of contracts).

До того ж, групи зацікавлених осіб можна класифікувати за критерієм їхнього розміщення відповідно до системи. В самій системі діють внутрішні групи, «прикордонні» групи (interface) взаємодіють із навколишнім середовищем, а зовнішні групи зацікавлені в результатах діяльності системи і можуть як становити загрозу так і розширювати можливості співробітництва.

Характеристика потенційного впливу стейкхолдерів на управлінські рішення медичних організацій є головною метою їх визначення. Автор поділив групи, що мають інтерес у сфері охорони здоров'я, на «внутрішні», які складаються із медичних працівників і адміністративного персоналу, і «зовнішні», представлені державою і населенням. Необхідно усвідомлювати, що будь-який індивід або група може вести себе по різному відповідно до ситуації. Визначення списку можливих зацікавлених сторін зумовило необхідність надати оцінку їх значенню та можливому впливу за наступною схемою (Рис. 3.2).

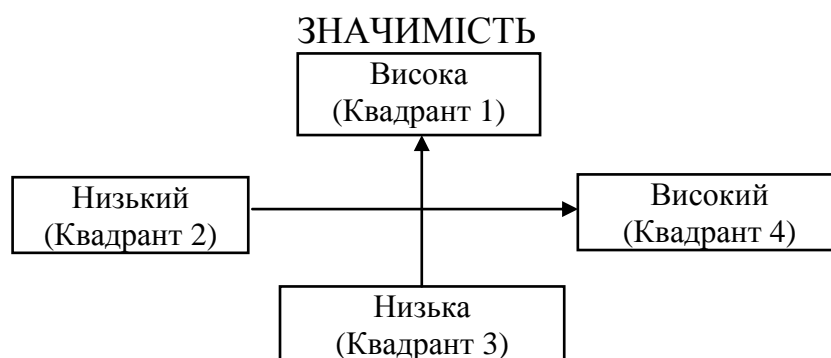


Рис. 3.2. Карта «груп стейкхолдерів».

Джерело: розроблено на основі: [216].

Квадрант 1. В цьому квадранті знаходяться головні зацікавлені сторони, які мають можливість активно впливати на стратегічний розвиток системи (комітет з охорони здоров'я при МОЗ України, комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України, керівники управлінь охорони здоров'я на регіональному та міському рівнях).

Квадрант 2. На відміну від першого квадранта, в цьому розміщені сторони, які володіють певним впливом, але їх рішення є не настільки значимі (Національна академія медичних наук України, ректори медичних вузів, експерти ВООЗ, об'єднання пацієнтів і медичні товариства, директори профільних науково-дослідних інститутів).

Квадрант 3. В цій частині карти сторони відрізняються низьким значенням, толерантністю щодо сфери охорони здоров'я і майже не впливають на систему (здорова або не активна частина населення).

Квадрант 4. Найбільш чутливими щодо результатів діяльності системи охорони здоров'я є сторони з четвертого квадранту, але рівень їх впливу на сферу управління є найнижчим (медичний персонал і пацієнти).

Лише за умови запровадження сучасних технологій управління можливо удосконалити та підвищити ефективність діяльності системи охорони здоров'я. Прикладом стають механізми, що запроваджені в комерційному секторі, наприклад, система менеджменту якості (СМЯ), заснована на міжнародних стандартах ISO серії 9000. Міжнародний стандарт ISO 9001:2008 Quality management systems – Requirements (Системи управління якістю. Вимоги) містить набір мінімальних вимог, які пред'являються в міжнародному товаристві до будь-яких, у тому числі й державних, організацій [105].

На думку українських науковців Г. А. Семенова, О. О. Єропутова, О. О. Плаксюк: «Управління якістю продукції – це не просто контроль якісних параметрів і причин їх відхилень, це управлінська діяльність, яка охоплює життєвий цикл продукції і системно забезпечує стратегічні й оперативні процеси підвищення якості продукції й функціонування самої системи управління якістю» [106, с. 188].

Зважаючи на це, основою для процесу планування якості повинна стати державна політика в цій сфері, яка передбачає наступні ознаки:

- всі учасники системи (співробітники медичної сфери, пацієнти і страховики) інформовані про основні пріоритети і напрями діяльності;
- заходи є комплексними і системними, вони не суперечать і взаємопов'язані з іншими заходами;
- діяльність регулюється відповідними нормативно-правовими актами;
- відповідальними за якість медичного обслуговування є конкретні особи і установи з чітко прописаними функціями;
- формування необхідних структурних одиниць та інституцій, що будуть реалізовувати політику в секторі якості;
- процес підвищення якості торкається усіх рівнів системи, починаючи з конкретних медичних співробітників і завершуючи органами управління в сфері охорони здоров'я.



Мал. 11. Методи і технології контролю якості медичної допомоги.

Джерело: Запропоновано автором на основі [214].

Надання оцінки ефективності діяльності виробничої системи є зазвичай комплексним завданням, яке передбачає порівняння, співвідношення і взаємозв'язок витрат і результатів діяльності цієї системи. Точне визначення ресурсів, що були використані заради досягнення цілі та їх вимірювання є важливим етапом проведення такого оцінювання, які характеристика досягнутого результату у кількісних показниках (прибуток або обсяг наданих послуг і готової продукції).

Існують три основні групи, які стають головними споживачами інформації щодо діяльності системи охорони здоров'я.

1. Середній менеджмент, який здійснює контроль і оперативне управління, й потребує аналізу конкретних аспектів функціонування системи

2. Вище керівництво, що здійснює стратегічне управління, й потребує не оцінки окремих аспектів, а комплексного аналізу ефективності діяльності системи охорони здоров'я для виявлення її слабких і сильних сторін.

3. Держава або страхова компанія, які у якості зовнішніх зацікавлених сторін виконують ролі джерела фінансування і одержувача коштів відповідно.

Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України, розроблена МОЗ України у 2012 р., передбачає: «Метою інформатизації сфери охорони здоров'я України є підвищення якості, своєчасності та доступності медичної допомоги населенню та забезпечення більш ефективного управління сферою охорони здоров'я України за допомогою організації розвинутого та ефективного інформаційного простору сфери охорони здоров'я України та інтеграція його до національних та світових інформаційних систем» [107].

Разом з тим, необхідно відзначити, що традиційні критерії аналізу економічної ефективності дуже складно застосувати щодо сфери охорони здоров'я. Вона не має носіїв економічної інформації, а саме конкретних показників рівня здоров'я населення. Тому слід враховувати величину попередження економічного збитку, якій міг стати результатом тимчасової втрати працездатним населенням робочого часу, зменшення обсягу трудового ресурсу через передчасну смертність, витрат на соціальне страхування і

медичне обслуговування. Отримана за допомогою цієї методики величина порівнюється з витратами, що були використані під час організації медичного обслуговування.

Тобто, економічний збиток, який хвороба завдає державі, містить у собі як власне вартість надання медичної допомоги, так й інші витрати: оплата листків тимчасової непрацездатності, виплата допомоги по інвалідності, зменшення кількості новоствореної продукції через лікарняний або смерть осіб, задіяних у народному господарстві.

Формула, за якою можна розрахувати економічну ефективність сфери охорони здоров'я виглядає наступним чином: Економічна ефективність = Результат / Витрати.

На сучасному етапі будь-який лікувально-профілактичний заклад (ЛПЗ) є організацією з надання безкоштовних та платних послуг населенню, яка керується цивільним законодавством, Бюджетним і Податковим кодексами України. Створюється протиріччя між намаганням керівника забезпечити економічну ефективність і рентабельність діяльності і фінансовою дисципліною в сфері цільового використання коштів. А зміна категорії закладу в результаті раціоналізації процесу є не вигідно, зважаючи на наявність плану-кошторису.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги» № 735 від 30.08.2010 р. [108] визначено стратегічні перетворення у системі охорони здоров'я, які розробило Міністерство охорони здоров'я разом з іншими зацікавленими органами щодо реформування надання громадянам медичної допомоги, удосконалення системи контролю за її якістю, фармакотерапії захворювань і якості лікарських засобів.

У комплексному механізмі державного управління розвитком системи охорони здоров'я населення України, накресленому названою постановою Кабінету Міністрів, визначені завдання регіональним органам державного управління щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я на регіональному та комунальному рівнях. За цього акцентується увага на

проведенні аналізу потреб населення кожного регіону щодо кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я, а також забезпечення фінансовими та матеріальними ресурсами, необхідними для задоволення таких потреб; підготовки та внесення на розгляд органів місцевого самоврядування пропозицій щодо утворення центрів первинної медико-санітарної допомоги, оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів, поступової реорганізації закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства і створення міжрайонних об'єднань таких підприємств.

На думку вітчизняних вчених Б. Лемішко й І. Мартинюк: «Цінність реалізації комплексного механізму державного управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини через такий організаційно-функціональний підрозділ поліклініки сімейної медицини, яким є центр ПМСД, полягає у забезпеченні доступності населення до широкого комплексу медичної допомоги за меншу вартість, а її якість задовольняє більшість споживачів. Хоч упровадження такого підрозділу поліклініки не вирішує всіх проблем у системі охорони здоров'я, він сприяє вирішенню багатьох із них, що пов'язані з індивідуальним здоров'ям окремих мешканців і громадським здоров'ям територіальної громади. Адже така система охорони громадського здоров'я є передусім безпечною, якісною і ефективною, орієнтованою на людину і забезпечує вчасне надання медичної допомоги в адекватному обсязі» [109, с. 220].

В той самий час, при впровадженні бюджетування, спрямованого на результат, і нових підходів до виявлення показників, що відображають зміни медичної та економічної ефективності послуг в системі охорони здоров'я, завдання оцінки і планування діяльності державних ЛПЗ і комерційних організацій стають схожими, близькими по суті. Стратегію розвитку комерційних організацій визначають механізми бізнес-планування. Основою завдань її досягнення є планування і контроль маркерів медико-економічної ефективності. Усвідомлення, що термін «бізнес-план» може бути застосован для планування діяльності не тільки комерційних, а й некомерційних

організацій, аналіз і використання позитивного досвіду при складанні бізнес-планів, дозволяють реалізувати будь-яку обґрунтовану економічну ідею. Здійснюючи поряд з державним замовленням ще й платні послуги для населення, медична організація може досягти певних економічних результатів діяльності, а саме:

виручка від реалізації послуг, що залежить від ціни на дану медичну послугу і її об'єму;

прибуток = виручка – всі витрати;

чистий прибуток = прибуток – податки – відсоток за кредит;

рентабельність = чистий прибуток / собівартість.

Показники економічної ефективності роботи установи (організації) відрізняються і безпосередньо залежать від співвідношення різних показників витрат і показників результатів діяльності. Найбільш чітко це простежується при схематичному зображенні декількох варіантів показників економічної ефективності

Перехід від кошторисного планування до можливості вільно розпоряджатися виділеними коштами ставить перед менеджментом установ завдання визначити пріоритети розвитку організації та оцінити вже досягнуті результати. Бажані і прогнозовані результати визначають основні моменти планування діяльності. Російські дослідники Габуєва Л. А. і Мочалов Д. В. представили ці дані у вигляді табл.3.2 [109а].

Основні показники економічної ефективності діяльності ЛПЗ

Результати	Витрати		
Основні показники	С Собівартість	Ч Чисельність персоналу	Ф Основні фонди
В Виручка	В/С Рентабельність	В/Ч Продуктивність праці	В/Ф Фондовіддача, виражена в гривнях
П Прибуток	П/С Рентабельність	П/Ч Продуктивність праці (скільки прибутку створює кожен працівник)	П/Ф Фондовіддача (більш дієва)
К Кількість послуг	К/С Середні витрати (собівартість за одиницю продукції)	К/Ч Продуктивність праці в натуральних одиницях	К/Ф Фондовіддача в натуральних одиницях

Джерело: систематизовано на основі: [217, с. 226 - 234].

Дослідження соціальних аспектів комплексної оцінки ефективності управління сферою охорони здоров'я дозволили автору виділити соціально-економічні показники, що визначають інноваційну специфіку системи охорони здоров'я, а саме (Рис. 3.4):

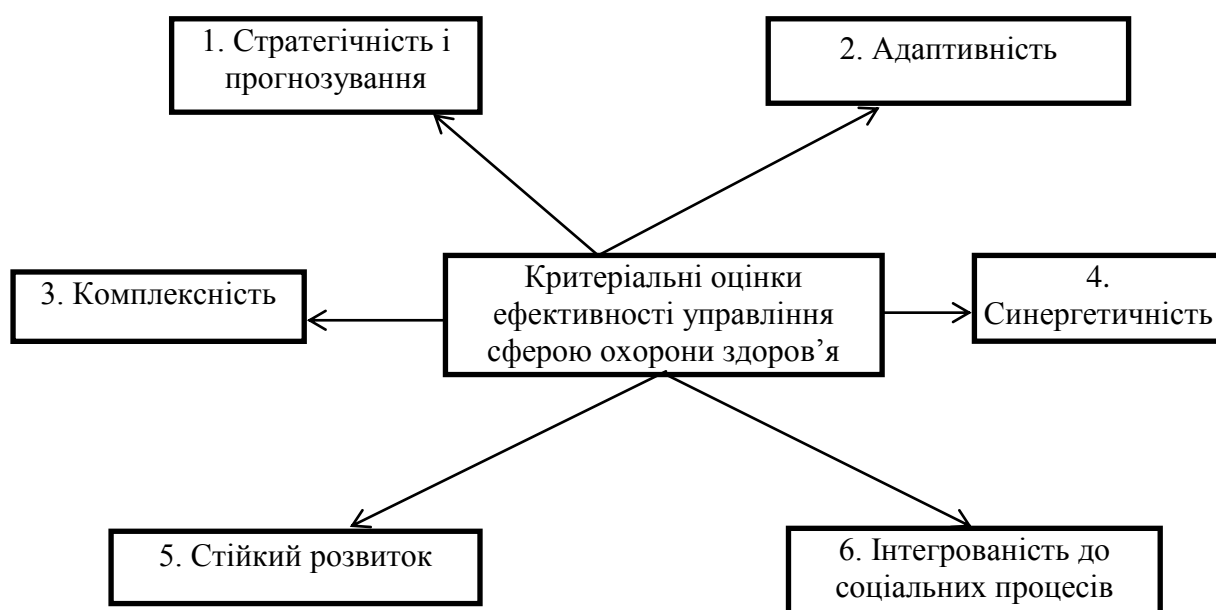


Рис. 3.4. Соціально-економічні критерії, що визначають нововведення в системі охорони здоров'я Джерело: запропоновано на основі [218].

1. Стратегічність і прогнозування. Розробка політики управління і її подальша реалізація на регіональному рівні, аналіз навколишнього середовища, прогнозування бажаних результатів – це ті аспекти, які забезпечують стратегічний підхід в управлінні сферою охорони здоров'я. Визначальними показниками такого стратегічного управління виступають:

- стан економічної ситуації в регіоні (національний дохід на душу населення, рівень споживання матеріальних благ, вплив економічної нестабільності в країні, дефіцит робочої сили);
- ступінь науково-технічного прогресу;
- можливість розвитку демографічної ситуації (загальна чисельність населення в регіоні, параметри показників здоров'я населення: показники дитячої смертності, статеві-вікова структура населення та ін.);
- показники екологічної ситуації в регіоні (наявність забруднюючих речовин в атмосфері, ультрофіолетове випромінювання, наявність пестицидів в продуктах та ін.);
- ступінь соціальної вразливості населення.

2. Адаптивність. Зміна параметрів системи охорони здоров'я з певною метою з урахуванням змін зовнішнього середовища. Своєчасне внесення коректив в систему управління є обумовленою необхідністю в зв'язку з вимогами до управління стійкою системою охорони здоров'я, постійною динамікою та різноманітністю рушійних сил зовнішнього і характером внутрішнього середовища.

3. Комплексність. Єдність всіх важливих елементів управління: організаційних, фінансових, інноваційних, метою яких є виконання та досягнення певного єдиного результату втілюється саме в принципі комплексності, що передбачає врахування всіх факторів системи охорони здоров'я. Одним із стратегічних завдань управління системою охорони здоров'я є усунення протиріч між ключовими елементами управління.

4. Синергічність. З'єднання організаційних, фінансових та інноваційних ресурсів управління системою, що призводить до отримання позитивного

економічного результату. Таке злиття дозволяє зменшити загальний рівень управлінських витрат, забезпечити узгодженість дій всіх механізмів управління системою охорони здоров'я, фінансової та організаційної стійкістю системи, призводить до посилення ефективності контролю за реалізацією прийнятих рішень.

5. Сталий розвиток. Сталість функціонування, стабільний розвиток системи охорони здоров'я в цілому і окремих її рівнів, сфер, підсистем і галузей, що прийнято вважати стійкими характеристиками. Безперервність процесів розриву і відновлення зв'язків, їх стійка повторюваність, постійне відтворення основних заданих процесів є характерними для динамічного розвитку системи управління і обумовлюють її стабільність. Необхідність у врегулюванні процесу управління системою охорони здоров'я виникає при своєчасному виявленні підсистемою недозволенних відхилень в стабільності розвитку.

6. Інтегрованість в соціальні процеси. Система охорони здоров'я покликана і здатна брати активну участь у формуванні соціальних потреб суспільства, спрямовувати суспільний розвиток таким чином, щоб в подальшому товариство і система були солідарні.

3.2 Орієнтири структурно-функціональних трансформацій в процесі реформування системи охорони здоров'я України на інноваційних засадах

Зобов'язання держави у сфері надання безкоштовного медичного обслуговування і охорони здоров'я нації хоча і є пріоритетним одним з пріоритетних векторів політики в даній галузі, але за відсутності реального фінансування найчастіше носять лише декларативний характер. Бюджетно-страхова модель як частина багатоканального фінансування сектору охорони здоров'я використовується не повною мірою, що призводить до проблеми недостатності ресурсів. На сучасному етапі фінансові кошти витрачаються нерационально, а державні заходи в медичній сфері лише частково враховують

вимоги установ охорони здоров'я і вимоги населення.

Незважаючи на те, що загальний обсяг фінансування сектору охорони здоров'я потребує постійного збільшення, фінансування з боку держави є досить обмеженим. До того ж бюджетні витрати розподіляються неефективно, що значною мірою можна пояснити інституційними перешкодами між страховою і бюджетною системою та складністю розподілу ресурсів між амбулаторною й стаціонарною медичною допомогою. Всі ці фактори лише погіршують існуючу ситуацію в галузі охорони здоров'я.

Врахування фінансових ресурсів страхових компаній в медичній сфері є важливим при формуванні політики держави, зважаючи на те, що активна участь страховиків у співфінансуванні даної сфери наряду з державними органами дозволить страховим організаціям стати рівноправними активними учасниками ринку медичних послуг, а не лише посередниками.

Забезпечення умов для охорони здоров'я суспільства є безумовно найважливішим завданням держави в даній сфері, але його виконання є неможливим без вибору раціонального способу формування бюджетних ресурсів і ефективного розподілу даного фінансування в межах системи. «На сучасному етапі одним із основних напрямів трансформації економіки України є подальше реформування системи охорони здоров'я. Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою в достатньому обсязі та високої якості залежить від адекватності матеріально-технічної бази закладів цієї галузі, професіоналізму лікарів. Але серед обов'язкових умов належної якості медичного обслуговування – фінансове забезпечення, один із основних чинників, що впливає на розвиток охорони здоров'я та її соціально-економічну результативність», – стверджують українські науковці Т. Д. Сіташ та С. В. Підгаєць [110, с. 316].

Розвиток системи охорони здоров'я можна схематично представити у вигляді організаційно-функціональної моделі (3.5).

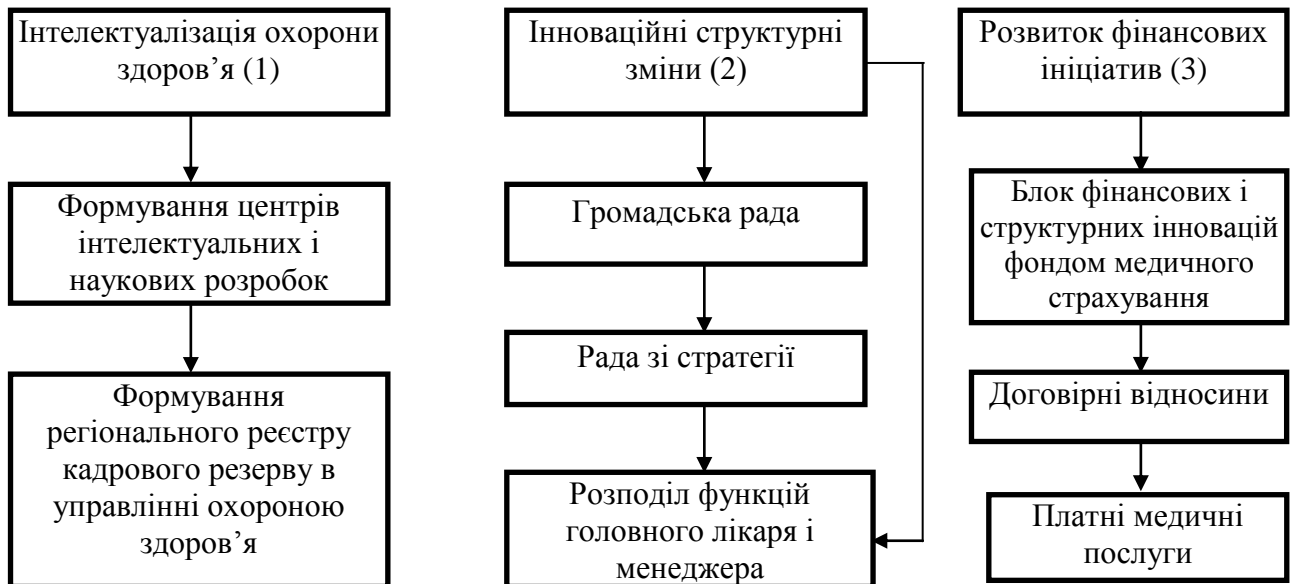


Рис.3.5 Організаційно-функціональна модель державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я

Джерело: запропоновано на основі: [216].

Основою першого сектору даної моделі є інтелектуалізація всієї системи та її окремих частин (1). Можна виокремити декілька напрямків діяльності на шляху до досягнення цієї мети:

- сприяння виконанню науково-дослідних проєктів, що є безпосередньо пов'язані з тематикою соціально-економічного розвитку сфери охорони здоров'я;

- постійне підвищення кваліфікації державних службовців, що займаються питаннями охорони здоров'я і жорсткий контроль за рівнем ефективності їх діяльності;

- створення умов для працевлаштування випускників медичних навчальних закладів, їх закріплення в медичних установах, професійної перепідготовки і забезпечення сектору висококваліфікованими кадрами.

Саме питання кадрового резерву є ключовим у процесі формування державної політики в сфері розвитку сектору охорони здоров'я.

Одним із 27 пріоритетних питань Державної програми реформування системи охорони здоров'я, яка впроваджувалась у 2011-2013 рр. було кадрове,

фінансове та матеріальне забезпечення закладів охорони здоров'я щодо необхідності для задоволення потреб населення в медичній допомозі шляхом удосконалення кадрової політики. Загальний ліцензований обсяг підготовки інтернів і підвищення кваліфікації лікарів становить у середньому 40630 осіб на рік [111]. Разом з тим, як стверджує вітчизняний фахівець О. В. Худоба: «Роль медичного працівника в забезпеченні населення якісною медичною допомогою важко переоцінити. Багато років вважалося, що в Україні формується надлишкова чисельність медичного персоналу. Це стало наслідком відповідної кадрової політики, що сприяла кадровому «дисбалансу» в забезпеченні лікувально-профілактичних закладів і «відтоку» кваліфікованих кадрів. На сьогодні спостерігається наростаюча та некерована міграція підготовленого медичного персоналу, у т.ч. в сусідні країни та за кордон. Україна є донором медичних кадрів для багатьох країн ЄС і США. Процеси міграції медичних працівників з країни мають необоротний характер і призводять до наростання кадрового дефіциту в галузі» [112].

До сьогоднішнього часу питання кадрового забезпечення державних посад і місцевого самоврядування обмежувалися рамками діяльності керівництва і служби кадрів адміністративного органу. При цьому критеріями профпридатності слугували рівень освіти, досвід виконання аналогічних функцій на попередніх місцях роботи, а також оцінка за реферат і результати тестування. На сьогоднішній день зрозуміло, що позначені критерії не дозволяють виділити працівників із високим інтелектуальним потенціалом, що володіють інноваційним типом мислення. Так, наявність диплома (і навіть декількох дипломів) про освіту саме по собі вже не розглядається як достатній критерій освіченості, досвід роботи нічого не говорить про здатність до саморозвитку, реферати найчастіше представляють собою компіляцію відомих фактів. Доцільно було б, з точки зору ефективності розробити альтернативні способи оцінки інноваційного потенціалу кандидатів на посади у структурі державної служби. У цілому кандидатів можна поділити на два типи:

- 1) самостійно сформовані особистості;

2) цілеспрямовано сформовані управлінські кадри.

У відношенні кандидатів першого типу акцентуємо увагу на двох оціночних критеріях, які рідко використовуються.

По-перше, це деякі нестандартні формальні показники, які ще себе не вичерпали. Наприклад, значущим є наявність ступеня магістра ділового адміністрування (MBA), а також документів про участь у короткострокових навчальних програмах, у тому числі зарубіжних, так само як і свідоцтв про нагороди і заохочення в різних конкурсах рівня вище регіонального.

По-друге, відповідним критерієм відбору кандидата на посаду державної служби можна визнати його участь у різних проектах.

Це можуть бути міжнародні, загальнодержавні, регіональні і муніципальні конкурси грантів, робота за договором цивільно-правового характеру і будь-яка інша самостійна ініціатива, якщо вона грамотно оформлена (опублікована на веб-сайті, в наукових і суспільно-політичних виданнях), а ще краще – реалізована. Оцінка цілеспрямованого формування кадрів передбачає багаторічний персональний моніторинг, по суті – лонгітюдне дослідження, що значно знижує ризик потрапляння на службу недобросовісних працівників, а також збільшує частку тих, хто засвоїв ази нової ідеології. Природно, умовою реалізації цього моніторингу є наявність відповідної системи підготовки кадрів.

Важлива організаційно-технологічна інновація, яку належить використовувати у роботі департаменту – стратегічний підхід до формування кадрового резерву. До теперішнього часу в резерв включалися особи вже потенційно здатні до заняття посади. Зокрема, це були ті, хто не пройшов конкурсний відбір, але при цьому позитивно себе зарекомендував. Особливість же розглянутого підходу полягає в тому, що буде створена інформаційна база даних «Перспективний резерв управлінських кадрів», до якої увійдуть ініціативні молоді люди. Передбачається відстежувати їх життєву траєкторію і по можливості надавати їм підтримку з тим, щоб згодом отримати віддачу у вигляді високого людського потенціалу.

Інноваційні зміни структури є другою складовою моделі розвитку сучасної системи охорони здоров'я та мають відбуватися на двох основних рівнях:

- на державному та регіональному рівнях повинні функціонувати такі нові підрозділи як Рада зі стратегічного розвитку, що дозволить розширити систему й оптимізувати її організаційно-управлінську структуру в сфері прийняття рішень;

- на локальному рівні, або на рівні кожної конкретної медичної установи слід чітко розділити функції головного лікаря (лікувальні) та функції менеджера охорони здоров'я (адміністративні). Це дозволить уникнути ситуації, коли керівнику лікувального закладу бракує компетенцій у вирішенні управлінських проблем і знань відповідних технологій.

Саме це, на думку українських вчених М. М. Білинської та Т. П. Понченко, дозволить оптимізувати систему управління сферою охорони здоров'я, що у свою чергу сприятиме підвищенню рівня надання медичних послуг. Досягнути цієї мети, на їх думку, можна завдяки реалізації двох взаємопов'язаних напрямків: «Напрямок перший: якісне підвищення інтелектуальної складової менеджменту в охороні здоров'я – поступовий перехід від інтуїтивних, досвідчено-прагматичних методів управління галуззю до дійсно науково обґрунтованих методів і форм класичного менеджменту. Напрямок другий: формування і використання в державному управлінні галуззю якісно нового кадрового ресурсу менеджерів охорони здоров'я в сучасних умовах пріоритету економічних відносин у медицині» [113, с. 70].

Третім блоком моделі розвитку є сектор фінансових ініціатив, які можуть дозволити перейти до концепції сталого розвитку, а не «виживання», покликані забезпечити стійке фінансування сфери охорони здоров'я та її рентабельність в ринкових умовах:

- реструктуризація і запровадження фінансових інновацій в межах управління ФМС (фонд медичного страхування);

- загальне оновлення системи страхування в медичній сфері шляхом

стимулювання його розвитку;

– формування договірної бази між різними структурними одиницями регіональної медичної системи, враховуючи благодійні фонди, в сфері безкоштовного медичного обслуговування і надання медичної допомоги пільговим категоріям населення;

– жорсткий контроль держави та організацій над механізмами надання платного медичного обслуговування, що дозволить захистити громадян від послуг низької якості.

Домінування конкретних механізмів отримання високоякісних медичних послуг в більшій мірі визначають Майбутнє всієї української сфери охорони здоров'я. На сучасному етапі серед таких механізмів переважають платні послуги і безпосередня оплата праці медичного працівника неформальним шляхом. Все це призводить до виникнення значних ризиків для пацієнта, таких як: вимагання, зайві послуги, які доводиться оплачувати, лікарські помилки. В цьому контексті необхідним є поява посередника між пацієнтом і медичним працівником, який володів би повним обсягом інформації та був би безпосередньо зацікавлений у якісному наданні медичних послуг. Таким посередником є інститут медичного страхування, але він вимагає повної модернізації і значного стимулювання.

Колектив дослідників з Кемеровського державної медичної академії під керівництвом Г. В. Артамонової визначили, що медичне страхування як економічна категорія «... є системою економічних відносин, що включає сукупність форм і методів формування цільових фондів грошових коштів та їх використання для відшкодування збитків при різних непередбачених несприятливих явищах, а також для надання допомоги громадянам при настанні певних подій в їхньому житті» [113а].

Виходячи з даного визначення, можна сформулювати основні ознаки страхування:

1. Страховий ризик, що виражається в імовірності завдання збитків за умови страхового випадку, обумовлює виникнення фінансових

перерозподільних відносин.

2. Ці відносини можна охарактеризувати як замкнені, що означає розподіл суми збитків одного постраждалого суб'єкта на всіх інших суб'єктів, які беруть участь у страховій системі.

3. З метою підтримки функціонування такої замкнутої системи формується страховий фонд, що складається з усіх внесків учасників. Розмір такого фіксованого внеску будь-якого учасника страхування виступає його часткою у розподілі збитків. Це призводить до прямої залежності рівня ефективності страхування від кількості учасників. Наслідком розширення кола учасників стає зменшення розміру страхового внеску, але водночас і збільшення можливостей відшкодувати збитки.

4. Перерозподіл збитків в страхуванні відбувається двома шляхами: між територіальними одиницями за умови їх значного розміру і досить великої кількості об'єктів; у часі, що дозволяє резервувати в сприятливий час частини страхових внесків, які стануть у нагоді в разі виникнення надзвичайної ситуації і необхідності відшкодувати максимальний об'єм збитків.

5. Під час розрахункового періоду страховий фонд повертає мобілізовані платежі в якості відшкодування наданих збитків.

Аналіз стану справ у сфері медичного страхування в Україні, на думку вітчизняних дослідників І. Е. Астахової та Є. О. Касьян, засвідчує: «Запровадження медичного страхування в Україні вкрай важливе і належить до першочергових завдань, які потребують негайного вирішення, оскільки питання сучасного становища охорони здоров'я одне з найгостріших у нашій країні. Ситуація, що склалася в такій важливій галузі, не влаштовує ані пересічних громадян, ані медиків» [114, с. 120]. З аналогічних позицій розглядають цю проблему і фахівці Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького О. Б. Борецька, Б. Я. Ніколайчук, А. Л. Федущак [115, с. 137, 140].

Страхуванню властиві свої особливості, тому вважається, що страхова діяльність базується на економіці страхування, пов'язаної з оцінкою страхового

ризик, визначенням оптимального балансу між прибутками та витратами страховиків, регулюванням інвестицій і що дозволяє страховій компанії, досягти оптимальних результатів.

Будучи економічною категорією, страхування знаходиться у зв'язку із категорією фінансів. Наприклад, повернення мобілізованих до страхового фонду страхових платежів наближає страхування до категорії кредиту. У всіх країнах страхування є стратегічним сектором економіки. Обсяг резервів і терміни, на які розміщуються кошти, перетворюють страхові компанії у найпотужніші фінансові кредитні інститути.

Система медичного страхування може своїм внеском реально підвищити ефективність використання ресурсів і якість медичного обслуговування. Такі результати повинні бути досягнуті наступним чином:

- шляхом послідовного переходу на страховий метод фінансування медичної сфери;
- концентрування біля 80% державного фінансування в цій системі, що розподіляється на оплату лікування соціально важливих захворювань і швидкої медичної допомоги;
- реалізація ключового принципу оплати в залежності від обсягу і якості медичних послуг;
- встановлення жорсткого контролю дотримання прав пацієнтів і якості наданих медичних послуг;
- дотримання системності в медичній діяльності різних організацій сектору охорони здоров'я;
- моніторинг за дотриманням умов договору між медичними організаціями і страховиками;
- збільшення ролі та функцій страховиків в сфері управління системою охорони здоров'я;
- об'єднання в межах однієї страхової організації декількох різних програм медичного страхування, що сформує конкурентний ринок;
- створення баз даних, що буде сприяти плануванню і запровадженню

персоніфікованого обліку медичного обслуговування;

- реформування системи оплати медичної допомоги.

У додаток до розвитку системи медичного страхування повинні отримати розвиток різноманітні державні програми додаткового медичного страхування, до яких можуть приєднатися громадяни, в першу чергу в сфері забезпечення ліками, стоматологічної допомоги для дорослих, первинної медико-санітарної допомоги, заснованої на моделі лікаря загальної практики. При цьому використовуються фінансові механізми системи медичного страхування, насамперед, регульовані ціни на медичні послуги, що робить такі програми більш доступними для населення.

Необхідно відзначити, 20 вересня 2013 р. у парламенті було зареєстровано проект Рекомендацій парламентських слухань на тему «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України» (реєстраційний № 3308) [116]. Ініціатором даного проекту документа виступила Т. Д. Бахтеєва, народний депутат, голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я. Відповідні парламентські слухання відбулися 5 червня 2013 р. Під час заходу обговорювалися такі питання:

- запровадження обов'язкового медичного страхування та механізму реімбурсації, розвиток клінічних випробувань в Україні, гармонізація технічних регламентів для виробів медичного призначення та медичної техніки з вимогами ЄС;

- оплата праці і статус медичного працівника в Україні;
- державні закупівлі лікарських засобів;
- пілотне реформування системи охорони здоров'я в Дніпропетровській, Донецькій, Вінницькій областях та Києві тощо.

18 вересня 2013 р. відбулося чергове засідання Комітету, на якому обговорювався й проект Рекомендацій парламентських слухань на тему «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України». Комітет опрацював приблизно 250 пропозицій до проекту документа. З них 162 прийнято повністю або частково, відхилено лише 74 у зв'язку з тим,

що вони містять положення, які вже врегульовано чинним законодавством, або такі положення не є предметом проекту Рекомендацій [117].

Так, проектом постанови № 3308 рекомендовано парламенту до кінця 2014 р. забезпечити створення законодавчих передумов для запровадження в Україні загальнообов'язкового державного медичного страхування, а також при підготовці законопроектів про Державний бюджет України на 2014 р. та наступні роки передбачати збільшення державних асигнувань на охорону здоров'я в обсязі не менше 5% ВВП (показник фінансування цієї галузі в 2013 р. становить 3,2% ВВП) [116].

Серед рекомендацій, адресованих Уряду: визначити перелік захворювань та номенклатуру лікарських засобів, до яких може бути застосований механізм часткового відшкодування їх вартості пацієнтам, аналогічний механізму, визначеному в постанові КМУ від 25.04.2012 р. № 340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою»; вжити заходів щодо залучення всіх суб'єктів роздрібної торгівлі лікарськими засобами до участі у відповідних проектах; забезпечити збільшення обсягу державного фінансування таких проектів [116].

З метою підвищення доступності знеболення для пацієнтів, які потребують паліативної допомоги, проектом Рекомендацій передбачено забезпечити перегляд та внесення відповідних змін до нормативно-правових актів, які визначають правила виписування рецептів і вимог-замовлень на лікарські засоби, порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків і вимог-замовлень, а також порядок відпуску препаратів з аптек та їх структурних підрозділів [116].

Таким чином, моніторинг сучасного стану державного регулювання сферою охорони здоров'я як економічною системою передбачає ретельний аналіз і прогнозування еволюції системи управління галуззю, оскільки, саме від цього залежатиме ефективність процесу управління, і головним чином залежатиме стан і ефективність функціонування – від рівня лікувально-

профілактичного закладу до масштабів адміністративної одиниці і країни в цілому.

Перехід на інноваційний шлях розвитку сфери охорони здоров'я узалежнюватиметься від прагматичної реалізації таких заходів:

- сприяння розвитку наукових досліджень в цій сфері;
- модернізація структури сектору охорони здоров'я;
- створення сприятливих умов для розвитку пріоритетних напрямів науки в медичній сфері шляхом концентрації фінансування і кадрових ресурсів;
- створення центрів наукових досліджень в сфері охорони здоров'я;
- формування системи обліку кадрового резерву у регіонах;
- розвиток системи медичного страхування;
- ретельне планування політики в сфері медичного обслуговування і прогнозування її можливих наслідків;
- фінансування наукових досліджень і критичних технологій, які відрізняються конкурентоздатністю і високим практичним значенням, та наукова новизна яких може зробити їх «проривними» для української медичної науки;
- формування системи співробітництва державного і приватного медичного сектору, яка буде сприяти впровадженню останніх наукових розробок у практику.

Інноваційні процеси є досить специфічним, масштабним, складним і різноманітним за своїм змістом об'єктом управління, ефективний розвиток якого неможливий без впровадження спеціальних методів і форм управління. Сучасний етап розвитку сфери охорони здоров'я характеризується значним реформуванням її організаційного і економічного сектору та запровадженням нововведень на всіх рівнях: від державних органів управління охороною здоров'я до лікувально-профілактичних закладів. Тому використання інноваційного менеджменту стає вирішальним фактором їх конкурентоспроможності на ринку медичних послуг.

3.3. Системні засоби удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України

Наразі Україна формує стратегію свого розвитку. У відповідності з нею керівництво країни ставить перед органами влади завдання, розв'язання яких потребує нових форм і механізмів стратегічного партнерства держави, бізнесу і інститутів громадянського суспільства.

У зв'язку з недостатнім фінансуванням галузі охорони здоров'я реалізація цільових програм набуває особливого значення. Таке програмно-цільове управління дає можливість зосереджувати зусилля на пріоритетних напрямках, комплексно вирішувати особливо важливі проблеми системи охорони здоров'я, беручи за основу міжгалузеву взаємодію.

Для інноваційного розвитку притаманні певні методи і інструменти. Їх вибір здійснюється з урахуванням проміжку часу від розробки і створення винаходу або наукової роботи до застосування їх на практиці (табл. 3.3).

Визначення форми нововведень і їх змісту. Докладний аналіз і оцінка труднощів у сфері охорони здоров'я на рівні держави і на міжнародному рівні, визначення основної ідеї, цілей і завдань, планування НДР з їх урахуванням. Організація прикладних і теоретичних наукових досліджень і розробок

Тривалість інноваційного циклу у сфері охорони здоров'я визначається технологічним рівнем виробництва, рівнем адаптації середовища до освоєння, станом інноваційних систем різного рівня: загальнодержавного, регіонального тощо.

Етапи сучасного розвитку галузі охорони здоров'я

Етапи	Основні моменти	Виконавці
Визначення форми нововведень і їх змісту	Докладний аналіз і оцінка труднощів у сфері охорони здоров'я на рівні держави і на міжнародному рівні, визначення основної ідеї, цілей і завдань, планування НДР з їх урахуванням. Організація прикладних і теоретичних наукових-дослідних досліджень і розробок. Документування результатів цих досліджень в якості об'єкту інтелектуальної власності. Виготовлення нової продукції і розробка механізму впровадження її у виробництво.	Наукові центри і організації в тому числі НДІ
Запровадження нововведень на практиці	Моніторинг процесу підготовки медичних працівників, їх перепідготовки і підвищення кваліфікації. Інформування медичних установ щодо інновацій, їх популяризація через центри інноваційно-інвестиційного розвитку і шляхом висвітлення в засобах масової інформації.	Керівні органи в секторі охорони здоров'я, освітні заклади, провідні науково-дослідні інститути, центри з надання інформації і консультацій.
Використання інновацій	Постійний інформаційний зв'язок з виробниками медичних препаратів і обладнання. Розробка чіткого механізму співробітництва на договірній основі в організаційній та економічній сфері між авторами інновацій, виробниками медичної продукції та її постачальниками. Підтримання активності постачальників і платоспроможного попиту виробників щодо інновацій.	Товаровиробники лікарських препаратів, медичних інструментів і обладнання, наукові центри тощо; навчальні медичні заклади; центри з надання інформації і консультацій.
Результат застосування інновацій	Ефективність нововведення в секторі охорони здоров'я може буде виражена співвідношенням витрат на створення і впровадження інновації до процесу лікування і прибутку, який це нововведення принесло виробникам.	Суб'єкти інноваційної діяльності.

Джерело: складено на основі: [28, с. 45 – 57, 72 – 96, 239 – 247].

Основними методами інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є: метод регулювання державою інноваційного процесу, що передбачає реформування механізмів інноваційного розвитку у медичній сфері; метод селективного фінансування державних проектів в даній сфері, що покращує

стан інноваційного розвитку; метод розбудови медичної інфраструктури регіону; метод розширення бази ресурсів для динаміки інноваційного процесу.

Напрямами поліпшення індикаторів стану інноваційного розвитку сектору охорони здоров'я є: непрямий, що припускає використання бюджетно-фінансових та грошово-кредитних методів, вплив держави на попит і пропозицію товарів медичного призначення; міжгалузевий обмін у сфері охорони здоров'я, метою якого є створення рівноцінних умов для отримання прибутку.

На думку відомого українського дослідника Д. В. Карамишева: «Приведення вітчизняної системи охорони здоров'я у відповідність з міжнародними нормами і стандартами потребує принципово нових підходів до організації надання медичної допомоги громадянам» [118].

Ефективність і доцільність переходу від існуючої системи держпідтримки розвитку галузі охорони здоров'я, в основі якої лежить компенсація виробничих витрат за рахунок реалізації першого з нацпроекту і комплексу цільових програм розвитку різних напрямків сфери охорони здоров'я в систему, основу якої складе створення, розвиток і вдосконалення сучасної інфраструктури, постійний аналіз інформації з ринку медичних послуг, збереження високого рівня інтересу до медичних товарів і послуг залежить від швидкості його здійснення. Різкий перехід навряд чи виявиться доцільним і ефективним. Поліпшення індикаторів стану інноваційного розвитку медичного сектору стане можливим за рахунок:

- збільшення обсягу поставок медичного обладнання і техніки у межах системи загальнодержавного лізингу, а також зниження ставок за використання лізингу для медичних закладів до 10 років;
- надання медичним установам кредитів;
- активне співробітництво з Центром з підготовки та перепідготовки співробітників медичної сфери;
- постійний моніторинг процесу запровадження інновацій на практиці.

Механізм моніторингу інноваційної активності в системі охорони

здоров'я України, здатний враховувати динаміку контрольних показників на середньостроковий період, а також перерозподіл правомочностей власності є необхідним етапом удосконалення інноваційного стану галузі охорони здоров'я.

Моніторинг трактується як основа стимулювання інноваційної активності та інноваційний елемент у системі управління медичними установами, страховими компаніями та іншими учасниками ринку медичних послуг. Використання методів моніторингу інноваційного розвитку системи охорони здоров'я актуалізується тим, що сучасний стан інноваційної площини характеризується досить нестійким станом зовнішнього середовища, зростанням обсягу інформації та її важливості при прийнятті рішень різного рівня, підвищенням ролі процесу координації при підготовці, прийнятті та реалізації запланованих інноваційних проектів.

Процес здійснення моніторингу виконує роль внутрішнього консультанта менеджерів і керівників установ охорони здоров'я при виробленні стратегії, формулюванні стратегічних цілей і завдань розвитку інноваційної діяльності. Система моніторингу покликана визначати цілі і завдання стимулювання в установах охорони здоров'я, першочергова мета якого, надавати допомогу менеджерам у досягненні поставлених цілей, що виражаються у вигляді кількісних значень рівнів рентабельності, ліквідності і прибутку тощо. З метою об'єктивної та достовірної оцінки напрямків інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я, система моніторингу зобов'язана враховувати, структурувати і застосовувати системи фінансово-економічних показників – індикаторів (коефіцієнтів) ефективності управління та успішності інноваційної та лікувально-профілактичної діяльності закладів охорони здоров'я.

Критеріями оцінки ефективності використання інструментів і методів регулювання державою інноваційного розвитку системи охорони здоров'я можуть виступати:

- досягнення основної цілі;
- інноваційна активність;
- економічна доцільність нововведення;

- соціальний і економічний стан суспільства;
- зміни в управлінні трудовими ресурсами.

Безпосередніми критеріями оцінки доцільності рішень в цьому контексті виступають:

- часовий інтервал прийняття рішень;
- постійний аналіз ситуації в галузі, що визначає рівень необхідності прийняття таких рішень;
- аналіз ієрархії рішень за рівнем їх важливості;
- чіткість і прозорість вихідних даних;
- наявність альтернативних варіантів у процесі прийняття рішень.

Проблема реформування управління медичною галуззю, на думку української дослідниці Г. Ф. Ігнат'євої, пояснюється тим, що «...у перехідний період реформування галузі актуальною стає необхідність знаходження коштів на новітні технології при вкрай обмежених ресурсах галузі охорони здоров'я, тому проблема оцінки якості надання медичної допомоги стає пріоритетною. Існуюча система надання медичної допомоги є витратною для держави та абсолютно не задовольняє ні медичних працівників, ні пацієнтів стосовно якості та вимог практично постійної солідарної участі останніх у фінансуванні свого лікування» [119]. Критеріями ж ефективності системи охорони здоров'я, на думку фахівця, є «... доступність і якість медичної допомоги для всіх верств населення. Однією з головних проблем організації медичної допомоги в Україні є значний розрив між державними гарантіями безоплатного надання медичної допомоги населенню і фінансовими можливостями державного та місцевих бюджетів, оскільки тривалий час галузь розвивалась екстенсивним шляхом, що призвело до нарощування кількості ліжкового фонду та медичного персоналу» [119]. Підтримуючи ідею щодо необхідності кардинальних, прагматичних зрушень у сфері реформування управління галуззю охорони здоров'я України, Н. О. Артамонова стверджує: «Інноваційні процеси в медицині, з наукознавчих позицій, слід розглядати як інформаційні технології, адже кожний інноваційний акт починається з використання наукової інформації і цим же закінчується. Навіть існує визначення, що для успішного здійснення

інноваційного процесу в цілому та його окремих етапів обов'язково необхідно усунути інформаційні та комунікаційні перешкоди, тобто створити оптимальний комунікаційний комфорт для зазначеного процесу» [120, с. 57].

Отже, з метою визначення ефективності використання нововведення в медичному секторі слід розпочати з аналізу рівня впливу виробничих факторів на процес запровадження інвестицій в медичну галузь, оптимізувати існуючу модель залучення інвестицій до сфери охорони здоров'я.

Разом з тим, необхідно зазначити, що важливим є залучення до роботи в галузі охорони здоров'я не лише професійних фармацевтичних і медичних асоціацій, але й громадських організацій. Такі заходи на основі принципів взаємодопомоги і самоконтролю будуть сприяти підвищенню ефективності профілактичної і реабілітаційної роботи навіть з соціально незахищеними пацієнтами. Окрім того, долучення громадськості дозволить оптимізувати систему контролю за діяльністю медичних установ.

За твердженням українського дослідника А. С. Крупника, громадський контроль є інструментом громадської оцінки виконання органами влади й іншими підконтрольними об'єктами їхніх соціальних завдань. Такий контроль – невід'ємна складова системи публічного управління та незамінний чинник розвитку соціуму в умовах розбудови демократичної, соціальної, правової держави [121, с. 150].

О. Полтараков визначає громадський контроль як систему відносин громадянського суспільства з державою. Система ґрунтується на підзвітності органів державної виконавчої влади органам державної законодавчої влади (парламентський контроль) і недержавним структурам («третьому сектору» та ЗМІ) [122]. Отже, громадський контроль сприяє утвердженню громадянського суспільства, в якому реально забезпечуються всі права та свободи людини і громадянина, а об'єктом контролю є органи влади. Ці ідеї співзвучні монографії «Держава і громадянське суспільство в Україні: проблеми взаємодії», де не лише уточнено теоретико-методологічні підходи до аналізу взаємодії держави та громадянського суспільства, а й запропоновано концепт держави як складової громадянського суспільства [123].

Міжнародний досвід у цій царині засвідчує систему ефективності громадського контролю у сфері охорони здоров'я. Наприклад, Громадські ради охорони здоров'я у Великій Британії (Community Health Councils) є самостійними, легітимними органами, створеними для репрезентації інтересів громадськості в діяльності системи охорони здоров'я на місцевому рівні. Членів рад висувають місцеві об'єднання й організації громадян. Ради, фактично інтегровані в усі структури охорони здоров'я на конкретній адміністративній території, можуть ретельно перевіряти всі організації й напрями системи охорони здоров'я, їх члени мають право відвідувати лікарняні палати, центри здоров'я та клініки, розмовляти з будь-якою особою у цих закладах [124, с. 27; 125, с. 32].

На думку фахівців, у питаннях здійснення громадського контролю, особливо в діяльності органів державної влади й місцевого самоврядування, державних і комунальних закладів охорони здоров'я, відчувається відсутність чітких правових норм, що на думку вітчизняного дослідника О. Андрійко може бути врегульовано шляхом ухвалення законів України «Про державний контроль» та «Про громадський контроль» [126, с. 112]. У Верховній Раді України, нагадаємо, було зареєстровано два різні законопроекти «Про громадський контроль» (№ 6358 від 13.07.2001 р., внесений депутатом С. Кириченком, та № 6246 від 11.10.2004 р., внесений депутатами А. Раханським і І. Шаровим). Однак жодна з цих законотворчих новацій не дістала належної підтримки депутатського корпусу.

Отже, впровадження громадського контролю в систему охорони здоров'я України сприятиме не лише протидії службовим зловживанням у цій галузі, а й становленню в країні як громадянського суспільства, так і демократичного врядування, що ґрунтується на ідеях соціального капіталу та громадянської участі.

Серед необхідних заходів з розширення соціальної бази медичного сектору першочерговими є:

– організація Координаційної ради з охорони здоров'я або Комітету громадського здоров'я, що буде сприяти об'єднанню діяльності громадських і

державних організацій, окремих індивідів у сфері охорони здоров'я;

- рекомендація після якісного аналізу найбільш ефективних оздоровчих методик до впровадження в навчальних закладах і трудових колективах;
- організація Клубів взаємодопомоги пацієнтів які мають хронічні захворювання, на базі Центрів реабілітації за регіональним принципом;
- інтенсифікація роботи з планування сім'ї;
- створення курсів для батьків при дитячих бібліотеках, які будуть надавати інформацію медико-гігієнічного характеру;
- покращення умов надання медико-соціального обслуговування за допомогою фінансування установ соціального захисту населення;
- організація спортивно-оздоровчих гуртків для літніх людей в медичних, соціальних і адміністративних установах, а також на базі шкіл або міських стадіонів.

У цьому контексті особливо актуальним виглядає ефективна реалізація соціальних ініціатив Кабінету Міністрів України спрямованих на захист дітей. Вони передбачатимуть збільшення державної підтримки, зокрема, дітей з особливими потребами, дітей-сиріт та сімей, які виховують таких дітей. Нові соціальні ініціативи здійснюватимуться за 4 основними напрямками: підвищення якості життя для сімей з дітьми; кожній дитині – всебічний розвиток; сімейний затишок – кожній дитині; створення «гарячої телефонної лінії» з питань захисту сімей з дітьми [127].

Окремим блоком завдань є охоплення особливим піклуванням дітей, які мають проблеми зі здоров'ям. Важливим напрямком нових соціальних ініціатив – є і забезпечення дітей-інвалідів умовами для виховання у сім'ї [127].

Створення протягом 2013-2016 років мережі центрів денного перебування для дітей-інвалідів (відділень при реабілітаційних центрах) дасть змогу піклуватися про 15 тис. дітей з особливими потребами. Необхідно відзначити, що Центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів у м. Миколаєві створений 30 грудня 2010 року рішенням Миколаївської міської ради № 2/18 [128]. За 2011-2012 рр. пройшли реабілітацію 295 дітей-інвалідів. За два роки роботи Центру

досягнуто чималі успіхи: в загальноосвітні школи пішли 23 дитина, до дошкільних дитячих установ – 14, до інших установ – 23 дитини. На 1 червня 2013 р. у Центрі курс реабілітації проходило 66 дітей-інвалідів [128].

Наказом МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795 визначено моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги [129]. Зміст наказу визначає: «... механізм кількісної оцінки клінічної та медико-економічної ефективності медичної допомоги сприяє внутрішньому управлінню якістю в закладах охорони здоров'я, оцінки досягнення рівня медичної допомоги, визначеного медико-технологічними документами, шляхом моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги» [129]. Метою запровадження клінічних індикаторів якості медичної допомоги є: безперервне поліпшення якості медичної допомоги, скорочення небажаних змін якості у сфері медичного обслуговування; допомога в прийнятті рішень з медичної практики; запобігання непотрібним клінічним заходам та непотрібним витратам; забезпечення об'єктивної і кількісної оцінки клінічної та медико-економічної ефективності медичної допомоги; обґрунтування ефективного використання ресурсів з урахуванням очікувань пацієнтів; сприяння внутрішньому управлінню якістю закладів охорони здоров'я та зовнішній гарантії якості управління охорони здоров'я; оцінка досягнення рівня медичної допомоги, визначеного стандартом, протоколом медичної допомоги [130]. Аналіз європейської практики впровадження клінічних індикаторів якості медичної допомоги, на думку вітчизняних фахівців медичної галузі В. М. Богомаз, Є. Л. Горох, О. М. Ліщишина, О. М. Новічкова, А. В. Степаненко, засвідчує: «Індикатори якості медичної допомоги (або клінічні індикатори) – невід'ємна частина системи загального професійного менеджменту в системі охорони здоров'я практично у всіх країнах Європейського Союзу, а також в інших розвинених країнах, таких як Австралія та США. Вони призначені, перш за все, для використання практикуючими лікарями, на відміну від індикаторів діяльності (результативності), які, перш за все, використовуються організаціями» [131, с. 7]. Науковці пропонують запровадити систему клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності лікарень та впровадити відповідну методику їх, а

саме: частота нововиявлених випадків пролежневих виразок; відсоток трансфузійних реакцій; коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності від ГІМ (гострий інфаркт міокарда); коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності від інсульту; щорічні аналізи на глікозильований гемоглобін HbA1c у пацієнтів із цукровим діабетом; загальний коефіцієнт повторної госпіталізації протягом 28 днів після виписки; післяопераційні інфекційні ускладнення; відсоток пологів шляхом кесарева розтину [131, с. 10-12].

Для поліпшення якості медичного обслуговування населення життєво важливим є оптимізація роботи за наступними напрямками:

- здійснення подальшого розвитку амбулаторно-поліклінічної сектору, який в умовах збільшення своєї потужності зможе розвантажити стаціонари, і перебудова структури стаціонарів за принципом: лікарні соціальні, відновлювального лікування або інтенсивного спостереження, а також для лікування хронічних захворювань;
- вдосконалення загальнолікарської практики, що делегує діяльність з надання первинної допомоги лікарями загальної практики;
- розвиток консультативно-діагностичних центрів, служби невідкладної і швидкої допомоги, центрів амбулаторної хірургії ;
- забезпечення послідовності діагностичного і лікувального процесу через рівномірний розподіл функцій між різними медичними установами і лікарями;
- удосконалення системи реабілітації після лікування шляхом розвитку регіональних санаторно-курортних зон;
- модернізація системи платного медичного обслуговування і надання приватним медичним установам рівних з державними закладами можливостей участі в програмах охорони здоров'я і замовлень регіонального та міського рівнів.

Окремим, але суттєвим питанням є оптимізація інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні та відповідно техніка оцінювання його ефективності. За твердженням дослідника С. Я. Пака,

«Структура управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях є вкрай недосконалою, а на районному рівні відсутній підрозділ, завданням якого мала б бути координація управління системою громадського здоров'я, медичного обслуговування в цілому та її фінансовими ресурсами зокрема, і на який можна було б покласти функцію укладання договорів на медичні послуги населенню та контролю за їх виконанням» [132]. Аналіз стану системи діяльності охорони здоров'я на регіональному рівні, на його думку, засвідчує: «Систему охорони здоров'я в Україні потрібно будувати на основі об'єднання принципів централізації згори (на рівні органів управління) і децентралізації знизу (на рівні лікувальних закладів). Саме на основі принципів централізації й децентралізації необхідно вирішувати загальні питання системи, спрямовані на реалізацію основної мети системи охорони здоров'я – задоволення потреб населення в доступній і якісній медичній допомозі» [132]. З аналогічних позицій необхідність удосконалення системи державного управління охороною здоров'я розглядає Н. П. Ярош: «Система соціальних стандартів, створення якої започатковане прийняттям у 2000 р. Закону № 2017-III «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», потребує постійного вдосконалення у зв'язку зі змінами, які відбуваються в системі медичного забезпечення населення як на державному, так і на регіональному рівні, з метою підвищення доступності засобів охорони здоров'я населенню. Тому визначення пріоритетних напрямів розвитку соціальних стандартів є важливою проблемою державного управління у сфері охорони здоров'я» [133].

Таким чином, визначальні тенденції еволюції системи державного управління інноваційною діяльністю у сфері охорони здоров'я обумовлюють потребу реалізації на рівні регіонів єдиної політики у системі охорони здоров'я і відповідно необхідність модернізації структури керівництва в галузі. Для досягнення цієї мети необхідними заходами є:

- впровадження на практику нових форм керівництва, які будуть засновані на принципах демократії і децентралізації, та розподілити організаційні функції між ними і медичними закладами;
- реформування законодавчої і нормативно-правової бази галузі

охорони здоров'я;

- модернізація інформаційної складової системи охорони здоров'я на основі прогресивних комп'ютерних інновацій;

- забезпечення активної взаємодії і ефективного співробітництва між різними структурними ланками системи охорони здоров'я, такими як: власне лікувальні заклади і державні органи управління в медичній сфері, соціальні та страхові установи, органи санітарно-епідеміологічного нагляду. Це дозволить створити корпоративні регіональні об'єднання, що будуть сприяти ефективному розподілу повноважень і удосконаленню моніторингової системи.

Необхідно відзначити, що в умовах фінансово-економічної кризи загострення соціально-економічних проблем, у тому числі в сфері охорони здоров'я, головним завданням підвищення якості в цій сфері та, відповідно, важливою умовою розвитку трудового потенціалу України має стати зниження показників захворюваності і смертності, особливо працездатної і репродуктивної частини населення шляхом пошуку додаткових ефективних джерел фінансування медицини. Так, впродовж усіх років незалежності України показники захворюваності і смертності не мають тенденцій до зменшення; громадяни України живуть у середньому на 14-15 років менше, ніж громадяни країн Європейського Союзу; природний приріст населення має від'ємне значення; 30% померлих в Україні становлять люди працездатного віку; понад 40% хлопців 16-18 річного віку не мають шансів дожити до 60 років [134, с. 35].

Механізм фінансування системи охорони здоров'я, на думку відомого вітчизняного економіста С. В. Онишко, засвідчує: «Одним із найбільш актуальних питань реформування вітчизняної системи охорони здоров'я в сучасних умовах є не лише підвищення ефективності використання фінансових ресурсів, але й пошук додаткових джерел фінансування. Незважаючи на здійснені розбудовні процеси, появу приватного сектору медичних послуг, організація системи охорони здоров'я в Україні фактично, як і раніше, має централізовано-державний характер. Внаслідок цього відсутній чіткий розподіл між тими, хто платить, і тими, хто забезпечує медичні послуги (платниками і

провайдерами), так само, як і відсутні контрактні відносини між ними. Це також є ознакою й уповільнення становлення ринкових механізмів у системі охорони здоров'я» [136, с. 69]. Найбільш раціональним варіантом удосконалення системи фінансування системи охорони здоров'я України у контексті оптимізації інноваційної діяльності в галузі, стверджує С. В. Онишко, є акцентування перетворень у системі охорони здоров'я на організаційній та фінансово збалансованій модернізації. «Ключове місце у такій модернізації належить розбудові багаторівневої моделі фінансування цієї системи. Така модель може розглядатися як засіб удосконалення фінансування за рахунок залучення додаткових ресурсів згідно з вимогами до посилення соціальної спрямованості соціально-економічного розвитку України у межах її ринкових трансформацій з одночасним зменшенням навантаження на державні фінанси», – підкреслює фахівець [136, с. 73].

Разом з тим, дослідження необхідності удосконалення механізму фінансування системи охорони здоров'я України у контексті збереження і відтворення трудового потенціалу держави дозволив І. В. Заюкову дійти наступних висновків: «По-перше, рівень медицини суттєво впливає на розвиток трудового потенціалу України, про що свідчить динаміка скорочення тривалості життя та високий рівень смертності працездатної і репродуктивно активної частини населення нашої країни. По-друге, в Україні, на відміну від розвинених країн Європейського Союзу, рівень державного фінансування вкрай низький, що не забезпечує підтримання належного рівня здоров'я населення, а, відповідно, не може позитивно позначитись на трудовому потенціалі країни. З іншої сторони, готівкові платежі з боку населення в медичних закладах державної і комунальної форми власності заборонені, тобто суперечать Конституції України, а отже, є завадою на шляху розвитку страхової медицини. По-третє, доведено, що істотно покращити стан охорони здоров'я можна шляхом проведення реформи в напрямку реалізації страхової медицини. Проведення ефективної реформи дасть змогу в кінцевому підсумку відновити здоров'я населення та буде надійним шляхом розвитку трудового потенціалу країни» [137, с. 51].

Отже, виходячи з визначальних тенденцій еволюції механізму фінансування системи охорони здоров'я, потреба його удосконалення засвідчує тісний взаємозв'язок об'єму фінансових надходжень до медичних закладів від обсягу та якості послуг, що ними надаються. Реформування системи фінансування має підвищити рівень якості медичного обслуговування, але лише за наступних умов:

- формування нової системи управління ресурсами на основі прогнозування потоків пацієнтів, врахування обсягів медичного обслуговування, жорсткого економічного моніторингу і аналізу ефективності діяльності;
- активізація діяльності в медико-соціальній сфері шляхом фінансування через цільові програми;
- посилення фінансування медичних закладів шляхом надходження до бюджету коштів від платних медичних послуг і медичного страхування;
- впровадження серед медичних установ конкурсної системи, заснованої на характеристиці якісних показників діяльності.

Одним із визначальних критеріїв оцінювання інноваційної діяльності медичних установ є забезпечення населення лікарськими засобами. Наразі Засади державного регулювання фармацевтичної галузі України містяться в чинних законодавчих та нормативно-правових документах, найважливішими з яких є Закон України «Про лікарські засоби» та «Основи законодавства про охорону здоров'я» [138, 39]. Окрім того, на сьогодні Указом Президента України затверджено рішення РНБО від 29 березня 2013 р. «Про стан виконання рішення Ради національної безпеки і оборони України від 25 травня 2012 року «Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами» [140].

На думку вітчизняного фахівця А. В. Беліченко, стан державного управління процесом забезпечення населення лікарськими засобами засвідчує: «Принципи цього процесу були сформульовані в Україні ще в 1993-1996 рр., але на сьогодні вони не відповідають світовим вимогам та стандартам стосовно

формування Національної лікарської політики. Разом з тим, у фармації відсутній єдиний орган державного управління галуззю, який би зміг вирішувати проблеми розвитку галузі» [141]. Складні соціально-економічні умови розвитку України, на роздум М. С. Кряжа, зумовлюють: «На сьогодні, незважаючи на роботу, що проводиться відповідними державними органами, насамперед, Міністерством охорони здоров'я України, рівень забезпечення пільгових категорій населення лікарськими засобами залишається незадовільним через скрутне економічне становище, недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я, відсутність чіткого розподілу повноважень як по вертикалі, так і по горизонталі управління цими процесами» [142, с. 104].

Виходячи з вище зазначеного, з метою оптимізації державного регулювання процесу забезпечення населення держави медичними виробами і лікарськими препаратами необхідно звернути увагу на такі напрями діяльності:

- надання пільговим соціальним категоріям населення безкоштовних медичних препаратів і виробів на основі удосконаленої персоніфікованої системи обліку пацієнтів;
- постійний моніторинг системи фінансування сфери виробництва і постачання ліків;
- формування конкурентоспроможного ринку оптових постачальників для забезпечення прозорості конкурсної системи;
- забезпечення прямої залежності медикаментозного постачання до стаціонарних лікувальних закладів від обсягів видів медичного обслуговування, що надається в цих установах.

Необхідним системним показником щодо оцінювання інноваційного потенціалу закладів системи охорони здоров'я України є проблема кадрового забезпечення галузі. Аналіз стану справ цього сегменту сфери охорони здоров'я, на думку відомого українського фахівця А. В. Устинова, засвідчує потребу розгляду цього питання як одного зі стратегічних завдань МОЗ України на осяжну перспективу: «... – приведення у відповідність із потребами галузі організацію навчально-методичного процесу вищої медичної та

фармацевтичної освіти; – зниження кадрового дефіциту в галузі; – удосконалення системи післядипломної освіти; – поглиблення взаємозв'язку навчального процесу з науковою та лікувальною діяльністю вищих навчальних закладів системи МОЗ» [143].

Необхідність удосконалення державного регулювання механізму кадрової підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я, на думку Д. В. Карамишева й Н. М. Федак, є одним із пріоритетних завдань сьогодення. «Відчуваючи нагальну потребу в підготовці управлінців сучасного виміру, головною метою державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я має бути забезпечення ефективності її функціонування за рахунок створення багаторівневої системи ступеневої підготовки професійних, кваліфікованих, ініціативних і відповідальних управлінських кадрів, здатних ефективно управляти ресурсами і брати на себе відповідальність за їх використання. При цьому, головним завданням залучення до апарату профільних управління, які опікуються питаннями охорони здоров'я та просування на найвищі посади в галузевому управлінні найбільш компетентних, професійних і відданих справі працівників» [144, с. 1].

Необхідно відзначити, що основні напрями реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я визначені «Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України» від 07.12.2000 р.: «Удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб; запровадження в установленому порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками; реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар-медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки; реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти; здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями: медичний психолог, клінічний фармацевт, економіст охорони здоров'я, спеціаліст з інформатики охорони здоров'я, спеціаліст з експлуатації медичної техніки, менеджер охорони здоров'я; розширення підготовки

сімейних лікарів – лікарів загальної практики; розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників; удосконалення системи підготовки медичних сестер, розроблення та реалізацію програми розвитку сестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду, що знизить потребу в лікарях у державі» [145].

Разом з тим, у аналітичній доповіді фахівців Національної академії державного управління «Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку» відзначається: «Аналіз кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я свідчить про недоліки в реалізації державної кадрової політики у цій галузі, визначеної Президентом України, надзвичайно застарілу управлінську логістику, яка не в змозі забезпечити її подальший розвиток, структурно-функціональні зміни та модернізацію принципів фінансування, осучаснення соціально-економічної і гуманітарної ролі системи охорони здоров'я. Відсутність науково обґрунтованої Державної програми розвитку кадрового потенціалу охорони здоров'я в Україні зумовлює недостатню укомплектованість і забезпеченість медичними кадрами, зниження якості їх підготовки та невідповідність новим реаліям сьогодення, загострення невирішених проблем сфери охорони здоров'я населення України» [146, с. 42]. Шляхами ж розв'язання проблеми, на близьку перспективу, на їх думку є: «...підвищення заробітної плати медиків, а також створення фонду службових квартир» [146, с. 44]. Стратегічно-перспективними ж завданнями визначено: «...забезпечення потрібних для держави науково обґрунтованих обсягів підготовки фахівців (з пріоритетним забезпеченням сімейними лікарями закладів охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості); забезпечення належною кількістю лікарів та молодших медичних працівників закладів охорони здоров'я в пілотних регіонах і достатньої кількості спеціалістів та фахівців для мережі обласних перинатальних центрів, надання знань з проблем реформування охорони здоров'я керівним кадрам усіх рівнів державного управління» [146, с. 44].

Отже, трансформація всіх структурних підрозділів системи охорони здоров'я не може не вплинути на кадрову політику в цій сфері, яка вимагає наступних перетворень:

- вирішення питань якісної освіти, оплати праці і кадрової політики шляхом внесення відповідних пропозицій до законодавчого органу державної влади України;
- удосконалення системи підвищення кваліфікації і післядипломної освіти працівників медичної, особливо стосовно підготовки лікарів загальної практики, медичних психологів, менеджерів і економістів охорони здоров'я;
- створення чіткої системи нормативного оформлення цільових замовлень медичних установ щодо підготовки конкретного фахівця;
- залучення молодих фахівців до співробітництва із громадськістю в медичній сфері;
- налагодження професійних зв'язків із спеціалістами в сфері медицини з інших країн світу і активна участь в міжнародному співробітництві в цій сфері;
- постійне оновлення кадрового резерву спеціалістів на керівні посади;
- формування позитивного іміджу професії медичного працівника шляхом професійних конкурсів і зустрічей зі студентами випускних курсів медичних навчальних закладів різних рівнів акредитації).

Також необхідно звернути увагу на проблему забезпечення охорони праці співробітників сфери охорони здоров'я, вирішення якої повинне відбуватися шляхом ґрунтовного навчання управлінського персоналу медичних установ і шляхом створення відповідних безпечних умов на робочих місцях.

Одним із визначальних чинників ефективної дієспроможності системи охорони здоров'я щодо продукування інновацій є матеріально-технічне забезпечення, що безумовно передбачає необхідність державного регулювання. У Резолюції V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України, який відбувався 11-12 жовтня 2012 р. у м. Житомир відзначається необхідність «...сприяти розвитку державно-приватного

партнерства в охороні здоров'я з використанням оптимальних моделей співробітництва держави та бізнесу, у т.ч. щодо покращення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я» [147]. Окрім того, делегати з'їзду дійшли висновку щодо необхідності: «Поліпшити кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я шляхом створення та реалізації відповідних регіональних програм «Кадри охорони здоров'я», створити державний реєстр провізорів, сприяти поліпшенню матеріального стану та підвищенню соціального статусу медичних працівників, насамперед молодих спеціалістів, забезпечити їх належними умовами праці, житлом тощо та ввести регіональні надбавки до заробітної плати і пільги на оплату комунальних послуг» [147]. Показовим у цьому контексті є реалізації у м. Миколаєві протягом 2007-2011 рр. комплексної галузевої програми розвитку «Охорона здоров'я», розробленої у відповідності до Стратегії економічного та соціального розвитку м. Миколаєва на 2006-2010 рр., та визначає перспективи розвитку галузі охорони здоров'я міста Миколаєва [148].

Таким чином, розвиваючи в майбутньому матеріально-технічну базу охорони здоров'я необхідно:

- продовжувати реконструювати наявну лікувальну базу, оснащувати лікувальні установи новітньою медичною технікою на основі інноваційних технологій;
- здійснювати комп'ютеризацію закладів лікувально-профілактичного спрямування;
- поліпшувати структуру і методи збору медико-статистичних даних; модернізувати і розвивати єдиний інформаційний простір сфери охорони здоров'я;
- при складанні статистичних звітів використовувати персоніфіковані бази даних і телекомунікаційні системи.

Зараз на регіональному рівні є ряд чинників, що мають негативний вплив на здоров'я мешканців регіону, спричинюючи поширення захворювань і зростання рівня смертності, та збільшують обсяг витрат на надання медичної допомоги:

- невисокий рівень санітарно-гігієнічної культури зокрема та культури в цілому, в результаті чого масово поширюються шкідливі звички, нездоровий спосіб життя (неправильне харчування, вживання наркотичних речовин, куріння, пияцтво та ін.);
- недостатній обсяг інформації про санітарно-гігієнічні норми і правила, права та обов'язки працівників і роботодавців, погані умови праці;
- зниження рівня якості життя більшої частини населення;
- забруднення навколишнього середовища і збільшення кількості стресових ситуацій.

У сфері охорони здоров'я на регіональному рівні можна виокремити наступні проблеми:

- перевищення показника смертності населення над народжуваністю і негативний природний приріст;
- зростання показника загальної захворюваності;
- зростання захворюваності злоякісними новоутвореннями;
- низький рівень забезпеченості лікарняними установами;
- недостатня забезпеченість амбулаторно-поліклінічними установами;
- зниження показника забезпеченості середнім медичним персоналом.

Причинами негативних тенденцій у сфері охорони здоров'я з економічної точки зору є:

- неузгодженість державних гарантій з надання громадянам безкоштовних медичних послуг і їх фінансової підтримки;
- недостатні організація і регулювання дій всіх суб'єктів системи соціального фінансування сфери охорони здоров'я;
- участь в громадському фінансуванні охорони здоров'я ринкових інститутів та інших суб'єктів системи фінансування, наприклад, страхових медичних компаній, не дає очевидних позитивних результатів;
- господарювання на рівні медичних установ як і раніше залишається витратним, зберігаються умови, при яких відсутні стимули підвищувати ефективність раціонального використання матеріальних і фінансових ресурсів.

Охорона здоров'я як соціальний інститут, впливаючи на формування та ефективно використання людського капіталу, може виступати в якості соціальної передумови економічного зростання, чинника забезпечення конкурентоспроможності економіки країни на світовому ринку. Отже, вимоги часу і стан справ у сфері охорони здоров'я України зумовлюють необхідність розбудови якісно нової комплексної моделі галузі як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях. Аналіз позитивних та негативних рис світової практики щодо моделей фінансування сфери охорони здоров'я дозволив вітчизняним дослідникам Н. Карпишиній й М. Комуницькій дійти висновку: «В сучасному суспільстві сформовано три альтернативні моделі організації та фінансового забезпечення охорони здоров'я: приватна, бюджетна і страхова. Спільною ознакою для них є використання багатоджерельного механізму фінансового забезпечення і залучення всіх можливих фінансових ресурсів. Визначальний фактор діяльності кожної моделі – пріоритетне значення того чи іншого джерела фінансування в структурі загальних витрат на охорону здоров'я» [149, с. 117].

Ситуація ж в Україні, на думку вчених, засвідчує: «В Україні функціонує бюджетна модель охорони здоров'я, оскільки домінуючу роль у фінансовому забезпеченні відіграють кошти бюджету. У результаті ринкових перетворень, що відбулись у економіці країни, ця система охорони здоров'я відчула потребу в реформуванні та модернізації. На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я головною проблемою державної політики у згаданій сфері є повноцінне виконання законодавчо встановлених зобов'язань і гарантування належного рівня фінансового забезпечення» [149, с. 117].

Основними критеріями виділення перспективних моделей системи охорони здоров'я є:

1. Поділ відповідальності за рівень медичного обслуговування між державою і населенням:

- обсяг зобов'язань держави і конкретних гарантій цих зобов'язань;
- співвідношення обсягів надходження коштів з державного бюджету і приватного сектору.

2. Співвідношення приватного і державного сектору в сфері медичного обслуговування

- соціальний контекст діяльності державних і приватних установ;
- рівень і обсяги медичної допомоги, наданої в державних і приватних

медичних закладах.

3. Ключові принципи фінансування медичного сектору:

- вибір між бюджетною, страховою чи змішаною системою державного фінансування;
- характеристика регіонального розподілу бюджетних коштів.

4. Організація медичного обслуговування та його принципи:

- розподіл функцій між різними видами медичних організацій;
- розподіл ресурсів, які є необхідними для надання стаціонарної первинної чи амбулаторної допомоги.

Отже, базуючись на вказаних підставах, виділяємо три перспективні моделі систем:

1. Фрагментована система охорони здоров'я.
2. Соціально диференційована система охорони здоров'я.
3. Інтегрована система охорони здоров'я.

Розглянемо кожен з них окремо.

Для моделі фрагментованої системи охорони здоров'я характерно збереження основних принципів системи охорони здоров'я, яка існує в Україні.

Ця модель включає:

- територіальні системи охорони здоров'я, які відрізняються один від одного і рівнем розвитку і реальним наповненням державних гарантій.
- державну і приватну систему медичного обслуговування, що майже не взаємодіють одна з одною;
- автономне функціонування систем з надання первинної, амбулаторної та стаціонарної допомоги, відсутність комплексного підходу в лікувально-діагностичному процесі.
- слабка взаємодія одною з одною вертикальних програм боротьби з

окремими захворюваннями.

Зберегти таку модель охорони здоров'я на тривалий період можливо тільки при дотриманні наступних умов:

- темпи економічного розвитку не перевищують 4%, а отже, спостерігається уповільнене зростання можливостей витратити кошти на медичні послуги у населення і держави;

- розвиток галузі охорони здоров'я не є пріоритетним в політиці держави, і навіть з часом державні витрати на охорону здоров'я в ВВП не змінюються, а якщо і збільшуються, то незначно.

- держава має обмежену здатність соціальних механізмів і нормативних комплексів для організації та фінансування системи охорони здоров'я, і така ситуація з часом не змінюється;

- спостерігаються дуже незначні зміни в свідомості громадян, їхнє ставлення до свого здоров'я, в готовності громадян витратити кошти на профілактику захворювань і їх лікування;

За виокремленими вище підставами модель має такі характеристики:

1. Поділ відповідальності за рівень медичного обслуговування між державою і населенням. Держава все ще не надає конкретних гарантій надання медичної допомоги. Проблемні зони фінансуються вибірково, а реальні економічні умови значно гальмують розвиток безкоштовного медичного обслуговування.

Кількість пацієнтів, які оплачують альтернативні або додаткові медичні послуги в державних медичних закладах зростає в регіонах і з високим, і з низьким рівнем прибутку.

Дослідження джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дає змогу констатувати, що важливе значення для організації і розвитку охорони здоров'я має її приватне фінансування. Співвідношення державних і приватних видатків на потреби цієї галузі у Чехії становить 88,2% та 11,8%, Німеччині – 77,4% та 22,6%, Франції – 74% та 26%, Японії – 73,8% та 26,2%, Канаді – 69,8% та 30,2%, Польщі – 68,7% та 31,3%, США – 44 та 56% [150,

с. 131; 51, с. 43]. Питома ж вага коштів фізичних і юридичних осіб у структурі джерел фінансування національної системи охорони здоров'я становить 45% [152, с. 291].

2. *Співвідношення приватного і державного сектору в сфері медичного обслуговування.* Державна система надання медичної допомоги продовжує орієнтуватися на все населення.

Зростання кількості населення похилого віку призводить до збільшення попиту на суспільну систему медичної допомоги – і відповідно скорочує її можливості надавати послуги іншим категоріям громадян. Попит середнього класу може бути задоволений в основному через механізм неформальних платежів і платних медичних послуг у державних медичних закладах.

Хоча приватна система, що має орієнтацію на заможні групи населення, до цього часу є досить обмеженою і охоплює не всі види медичного обслуговування, вона поступово розвивається і доповнює державну систему. Серед шляхів і способів належного фінансового забезпечення системи охорони здоров'я «Концепція розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я», схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18 вересня 2013 р. № 776-р, визначає: «Сприянням розвитку приватної практики у сфері охорони здоров'я, зокрема під час надання первинної медичної допомоги та спеціалізованої амбулаторної допомоги і частини вторинної медичної допомоги; застосуванням державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я» [153]. На думку українських фахівців-практиків О. Є. Вирви й В. П. Кідонь: «Українська система охорони здоров'я де-юре є радянською соціалістичною моделлю Семашка в її рудиментарній формі, а де-факто є архаїчною моделлю середини XVIII століття, коли сам пацієнт був змушений платити за своє здоров'я. Економіка України є ринковою, а охорона здоров'я, як і раніше, перебуває в соціалістичному правовому полі. Конституція України декларує безкоштовну медичну допомогу, а бюджетних коштів катастрофічно недостатньо для покриття навіть мінімальних видатків. Бюджетний метод фінансування орієнтований на можливості бюджету, а не на реальні потреби галузі» [154]. Наразі, аналіз стану

справ у системі охорони здоров'я України засвідчує нагальну потребу активізації впровадження приватної медицини, що забезпечить відповідні переваги: «Для пацієнтів. Пацієнтам важливо одержувати якісну медичну послугу. З урахуванням практики тіньової оплати за медичну послугу, що склалася в Україні, їм однаково, куди й кому платити, у державну чи приватну структуру. Чим вище конкуренція в медичному секторі, тим якісніше й дешевше послуга; Для організаторів охорони здоров'я й лікарів. Як альтернатива для тих організаторів охорони здоров'я й лікарів, яким небайдужі такі принципи, як якість і ефективність надаваної допомоги, реальне застосування накопичених знань, впровадження нових технологій, довірливі відносини з пацієнтом, колегіальність у буквальному значенні цього слова, гідна оплата праці та перспективи розвитку медичної галузі; Для бізнесменів-інвесторів, готових інвестувати в медичну галузь. Гроші мають потребу в постійному застосуванні. Чому гроші можуть працювати в інших сферах і не можуть бути інвестованими в медицину? Досвід розвинених країн показує, що медицина – досить профітабельна галузь; Для системи охорони здоров'я в цілому. Розвиток приватної медицини поступово змушує державну охорону здоров'я прагнути до нових стандартів якості та організації медичної допомоги, що неможливо без проведення відповідних реформ» [154].

3. *Ключові принципи фінансування медичного сектору.* На сучасному етапі система фінансування державою медичної сфери залишається змішаною бюджетно-страховою. Регіони значно різняться за рівнем надходження державних коштів, не зважаючи на певні дотації бідним регіонам.

Приватне ж фінансування сектору обмежується оплатою до каси медичних послуг, неформальною оплатою праці особисто працівників і придбанням ліків.

4. *Організація медичного обслуговування та його принципи.* Реструктуризація системи хоча і декларується, але йде дуже повільно. Більша частина фінансування надходить в лікарні, залишаючи реабілітаційні та стаціонарнозамінюючі центри практично без коштів. Чітка ієрархічність не вирішує проблеми поганої координації діяльності медичних організацій.

Незважаючи на поступове оновлення технічного потенціалу медичних закладів, ефективність їх праці зростає дуже повільно.

Модель соціально-диференційованої системи охорони здоров'я характеризується співіснуванням відносно замкнутих державної і приватної системи надання медичної допомоги, що орієнтуються на різні соціальні прошарки населення і надають кожна окрему всі види послуг.

Основні умови для реалізації цієї моделі:

- зростання економіки відбувається до 5-6% на рік, 4 % від ВВП складає частка витрат держави на медичну сферу, а 3 % припадає на приватні витрати;

- реформування державою інститутів і системи фінансування медичного сектору є незначним, але докорінним чином змінюється в кращий бік відношення самих громадян до профілактики хвороб і питання оплати лікування;

- висока конкуренція роботодавців на ринку праці значно підвищує рівень охорони здоров'я співробітників.

Згідно вкормлених підстав модель соціально-диференційованої системи охорони здоров'я характеризується наступним чином.

1. *Поділ відповідальності за рівень медичного обслуговування між державою і населенням.* Гарантії держави в сфері фінансування пріоритетних складових медичного сектору стають більш конкретними, а платні послуги є лише додатковими до безкоштовних.

2. *Співвідношення приватного і державного сектору в сфері медичного обслуговування.* Попит населення на якісне медичне обслуговування стимулює трансформацію державної медичної системи, але водночас, надає рушійний поштовх до розвитку приватного сектору в цій сфері, що стає доповнюючим. Якщо державні медичні заклади орієнтуються більшим чином на літніх громадян, соціально-незахищені і пільгові категорії населення, то приватні установи охоплюють сегмент заможних пацієнтів і середній клас.

Це неминуче призводить до розширення переліку послуг, які надають

приватні медичні заклади, і до покращення рівня якості відповідних послуг в державних установах.

3. *Ключові принципи фінансування медичного сектору.* Переважаючою є страхова одноканальна система фінансування, що значно збільшує обсяг надходження коштів. Однак, можна все одно простежити значні відмінності між фінансуванням різних регіонів і, можливо, навіть між фінансуванням різних соціальних верств населення в умовах різного страхування працюючих громадян і тих, що не має роботи.

Незважаючи на поступовий розвиток системи медичного страхування, продовжується надходження коштів від приватних осіб в основному шляхом особистої подяки лікарю і придбання ліків у роздрібній мережі.

4. *Організація медичного обслуговування та його принципи.* Завдяки збільшення державного і приватного фінансування в сфері спеціалізованої медичної допомоги почнуть активно розвиватися амбулаторні відділення і відділення денного перебування.

Цей сектор медичної допомоги стає більш автономним, не зважаючи на збереження прямого підпорядкування стаціонарам.

Модель інтегрованої системи охорони здоров'я характеризується співфункціонуванням і розвитком територіальних державної та приватної систем, зв'язок між якими є ефективним і координуються професійною спільнотою та державною владою.

Лише інноваційний розвиток економіки зможе сформувати наступні мови для появи такої системи:

- економічне зростання до 7% на рік;
- держава значно збільшує фінансування медичної сфери, розвиває інституції, активно реформує всю систему та ефективно популяризує здоровий спосіб життя серед населення;
- громадяни починають підвищувати вимоги до якості медичного обслуговування, а частка приватних витрат складає біля 2%.

Модель інтегрованої системи охорони здоров'я характеризується таким

чином.

1. *Поділ відповідальності за рівень медичного обслуговування між державою і населенням.* Завдяки розвитку системи стандартів медичних препаратів, обладнання і обсягів надання медичних послуг, що фінансуються державою, державні гарантії стають конкретними.

Система стандартів включає загальнодержавні стандарти і відповідні їм регіональні стандарти. У деяких регіонах встановлені більш високі вимоги щодо медичних технологій, оснащеності медичних установ, гарантованих лікарських засобів. Щоб не допустити заміни безкоштовної допомоги на платну, впроваджуються працюють, забезпечують гарантію механізми контролю. Залежно від розмірів фінансування податковими джерелами держава становить свої гарантії. У державних медустановах можливі платні медичні послуги, але надають їх як доповнення до безкоштовних послуг, які передбачаються конкретизованими державними гарантіями. Поступово ці послуги виводяться з державних медустанов.

2. *Співвідношення приватного і державного сектору в сфері медичного обслуговування.* Орієнтація державної системи надання медичної допомоги охоплює все населенню. Приватна ж система охорони здоров'я розвивається помірними темпами. Вона призначена доповнювати державну систему охорони здоров'я, щоб задовольняти попит середнього і вищого класу на медичну допомогу, що не передбачається державними гарантіями. Також вона конкурує з медичними держустановами за отримання контрактів з держорганами і страховиками в області медичного страхування на надання медичної допомоги, передбаченої державними гарантіями.

Але в системі надання медичної допомоги ринок приватних медпослуг займає обмежені сегменти, охоплюючи лише деякі види наданої медичної допомоги.

Медичні послуги приватної системи займають лише 10-15% від загальних обсягів медичної допомоги. Розвиток приватного сектору залежить безпосередньо від рівня доходів населення в регіоні. Якщо рівень доходу населення високий, то приватна система медичних послуг забезпечує більший

обсяг амбулаторно-поліклінічної допомоги, як правило, в стоматології, урології, гінекології.

У сегменті стаціонарної допомоги приватна система займає ніші медичних технологій здатних до легкого тиражування і ресурсозбереження, пропонуючи сервіс з високим рівнем характеристик. Але не менше 80% всіх обсягів, а це основна частина стаціонарної допомоги, як і раніше сконцентрована в державних і муніципальних лікувальних закладах. Також тут концентрується 90-95% високотехнологічної допомоги. Але в регіонах з низьким і середнім рівнем життя, в селах, селищах, маленьких містах, головна частина амбулаторної та стаціонарної допомоги (відповідно 90-95% і 95-98% обсягів) надається державними медичними закладами.

Створення конкурентного середовища – одне із завдань державної політики в сфері охорони здоров'я. Але вирішальна роль при цьому відводиться плановим регуляторам. Результатом активізації політики формування конкурентного середовища є підвищення вимог до створення програм державних гарантій і завдань для медичних організацій, розробка стратегічних планів рекрутізації системи охорони здоров'я та реалізація їх протягом наступних 10-15 років.

Посилюються вимоги до раціонального розміщення приватного медичного бізнесу, першочергово вживаються заходи стимулювання для установ, в яких є гостра необхідність.

3. Ключові принципи фінансування медичного сектору. Страхова система фінансування охорони здоров'я означає, що за фінансове забезпечення державних гарантій відповідальність повністю несе система медичного страхування. У ній сконцентровано 80-90% державних коштів, спрямованих на охорону здоров'я. Медична допомога в системі медичного страхування оплачується за повним тарифом, який відображає всі види витрат на медичні послуги.

Пряме фінансування з бюджету здійснюється лише для особливо дорогих високотехнологічних видів допомоги і для частини послуг, що мають соціальне значення (наприклад, психіатрична допомога в умовах стаціонару).

Спостерігається підвищення ступеня перерозподілу фінансових державних коштів як всередині регіонів, так і між ними, і скорочення розриву за рівнем державного фінансування системи охорони здоров'я на душу населення, з огляду на коефіцієнт подорожчання, між найбіднішими і найбагатшими регіонами.

Проводиться системне реформування механізмів держфінансування системи охорони здоров'я, що стимулює всіх його суб'єктів до зростання ефективності. Значно змінюються правила роботи страховиків, умови оплати ними послуг медичних установ. Функції страховиків розширюються, їх роль у плануванні та організації медичної допомоги зростає. Відбувається зростання фінансової відповідальності за ділянки неефективного використання ресурсів системи.

Створюються умови для впровадження конкурентної моделі медичного страхування. Застраховані матимуть можливість отримати інформацію про діяльність будь-яких медичних установ і страхових компаній. Страховики отримають дозвіл на реалізацію різнопланових програм медичного страхування, а громадяни зможуть самі вибирати страховиків. Таким чином, страховики стають не просто пасивним посередниками, а поінформованими покупцями медичних послуг, оптимізують їх характеристики в інтересах застрахованих (обсяг, якість).

Принцип «Гроші йдуть за пацієнтом» лежить в основі державного фінансування медичних організацій. Розширення господарської самостійності медичних установ дозволяє посилити стимул щодо підвищення ефективності. Господарську самостійність медичні організації можуть отримати, завдяки перетворенню близько 70-80% бюджетних установ в форми автономних і державно-автономних некомерційних установ.

Також, завдяки цьому, розвивається конкуренція між медичними установами, якщо така конкуренція виправдана. Розвитку добровільного медичного страхування сприяє участь середнього і малого бізнесу, а також зростання числа громадян, які страхуються за власні гроші. Частка індивідуального страхування збільшується, а розповсюдження неформальних

виплат зменшується.

4. Організація медичного обслуговування та його принципи. Головна роль в управлінні наданням медичної допомоги поступово переходить до первинної ланки. В результаті допомога надається комплексно, надається в декількох видах. Також перерозподіл ресурсів зміщується на користь первинної медичної допомоги за рахунок ресурсів стаціонарної та спеціалізованої амбулаторної допомоги. Під тиском різноспрямованих факторів система надання медичної допомоги зазнає серйозних структурних змін.

Розвиток нових діагностичних і лікувальних технологій, застосування інноваційних методів в ранній діагностиці і фармакологічному лікуванні захворювань збільшать попит громадян на спеціалізовану медичну допомогу, яка надається як в стаціонарі, так і в амбулаторних умовах. Частина спеціалізованої амбулаторної допомоги переміститься в лікарні: отримають розвиток відділення амбулаторного прийому і денного перебування. Результатом переміщення в лікарні якоїсь частини спеціалізованої амбулаторної допомоги стане розвиток денного стаціонару та амбулаторного прийому. Майже у 80% випадків надання первинної медичної допомоги і її організація на наступних етапах лікування бере на себе дільничний лікар загальної практики.

Проаналізувавши основні показники результативності кожної моделі, можна зробити висновок, що найбільш оптимальною є модель інтегрованої охорони здоров'я, яка забезпечує справедливий розподіл відповідальності, ефективне використання ресурсів і рівний доступ населення до медичного обслуговування. Розглянуті моделі характеризують можливе майбутнє української системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 3

1. В роботі обґрунтовано доцільність введення до структури системи охорони здоров'я Ради зі стратегічного розвитку системи охорони здоров'я.

Серед ключових завдань Ради можна виокремити такі: окреслення основних цілей і визначення стратегічних засобів їх досягнення; використання аналітичної інформації, що надасть змогу оцінити досягнуті результати; засноване на етичних принципах керівництво у секторі охорони здоров'я, яке буде сприяти виконанню перспективних завдань; формування системи охорони здоров'я, здатної адаптуватися до змін у навколишньому середовищі і нових вимог; співробітництво в інших сферах суспільного життя, які безпосередньо не пов'язані із медичною сферою, але впливають на зміцнення здоров'я населення. Дослідження соціальних аспектів комплексної оцінки ефективності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я дали змогу виділити ознаки, що характеризують інноваційну специфіку системи охорони здоров'я. В роботі запропоновано орієнтири інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, що визначають концепт організаційно-функціональної моделі державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Основою цієї моделі є інтелектуалізація всієї системи та її окремих частин; інноваційні зміни структури на регіональному та локальному рівнях; фінансові ініціативи, спрямовані на забезпечення стійкого фінансування та рентабельності.

2. Доведено, що перехід на інноваційний шлях розвитку системи охорони здоров'я залежить від реалізації таких заходів, як: модернізація структури управління системою охорони здоров'я; створення сприятливих умов для розвитку пріоритетних напрямів науки в медичній сфері шляхом концентрації фінансування і кадрових ресурсів; створення центрів наукових досліджень у сфері охорони здоров'я; формування системи обліку кадрового резерву в регіонах; розвиток системи медичного страхування; ретельне планування політики у сфері медичного обслуговування і прогнозування її можливих наслідків; фінансування наукових досліджень; формування системи співробітництва державного і приватного медичного сектора, яка буде сприяти впровадженню останніх наукових розробок у практику.

3. Констатовано, що базис методологічного інструментарію інноваційного розвитку системи охорони здоров'я формують методи

стимулювання інноваційного розвитку в медичній сфері, метод селективного фінансування державних проектів, методи стимулювання розбудови медичної інфраструктури та методи розширення ресурсної бази. Їх ефективність і доцільність відображають результати моніторингу таких індикаторів: збільшення обсягу поставок медичного обладнання і техніки в межах системи загальнодержавного лізингу, а також зниження ставок за використання лізингу для медичних закладів; надання медичним установам пільгових кредитів; активне співробітництво з Центром з підготовки та перепідготовки співробітників медичної сфери.

4. Критеріями оцінки ефективності використання інструментів і методів регулювання державою інноваційного розвитку системи охорони здоров'я можуть виступати досягнення основної мети; інноваційна активність; економічна доцільність нововведення; соціальний і економічний стан суспільства; зміни в управлінні людським капіталом.

Доведено необхідність модернізації структури управління у дослідженій сфері, що зумовлює вжиття таких заходів, як: упровадження прогресивних форм керівництва, які будуть засновані на принципах демократії і децентралізації; реформування законодавчої і нормативно-правової бази галузі охорони здоров'я; модернізація інформаційної складової системи охорони здоров'я на основі прогресивних комп'ютерних інновацій; забезпечення активної взаємодії та ефективного співробітництва між різними структурними ланками системи охорони здоров'я, такими як: власне лікувальні заклади і державні органи управління в медичній сфері, соціальні та страхові установи, органи санітарно-епідеміологічного нагляду. Це дасть змогу створити корпоративні регіональні об'єднання, що будуть сприяти ефективному розподілу повноважень, удосконаленню системи моніторингу, впровадженню громадського контролю в систему охорони здоров'я України, протидії службовим зловживанням, вирішенню питань якісної освіти, оплати праці і кадрової політики, удосконаленню системи підвищення кваліфікації та післядипломної освіти працівників сфери охорони здоров'я тощо.

5. В роботі виділено перспективні моделі (фрагментована, соціально

диференційована та інтегрована) систем охорони здоров'я. Основними критеріями виділення перспективних моделей системи охорони здоров'я є: поділ відповідальності за рівень медичного обслуговування між державою і населенням; співвідношення приватного і державного сектора у сфері медичного обслуговування; джерела фінансування медичного сектора; організація медичного обслуговування та його принципи. На підставі аналізу основних показників результативності кожної моделі доведено, що найбільш оптимальною є модель інтегрованої системи охорони здоров'я, яка забезпечує справедливий розподіл відповідальності, ефективне використання ресурсів і рівний доступ населення до медичного обслуговування. Розглянуті моделі характеризують можливе майбутнє української системи охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі розв'язано актуальне завдання, яке полягає в науковому обґрунтуванні та розробці практичних рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Одержані під час дослідження результати, а також реалізовані мета і завдання дають змогу зробити такі основні висновки:

1. Оцінено стан розробленості проблем державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та виділено пріоритетні сучасні наукові підходи до реалізації державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Визначено, що активізація впровадження інновацій у системі охорони здоров'я як результату інноваційної діяльності, що передбачає як зміни та перетворення вже існуючих, так і впровадження абсолютно нових об'єктів, процесів, технологій та способів, вимагає радикальної зміни компонентів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я: змісту, форм, методів, технологій, засобів, системи регулювання тощо. Констатовано, що ефективність інноваційного розвитку системи залежить від дієвості механізмів державного регулювання, що видозмінюються у процесі комплексної регламентації методів, функцій, стимулів, форм, важелів, від конструктивної взаємодії всіх підсистем, від чіткої зваженої координації управлінських рішень та упорядкованості відносин і зв'язків людей у процесі надання медичної допомоги.

Встановлено, що однією з найважливіших проблем державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є необхідність створення умов, які б уможливили здатність гетерогенної соціально-економічної системи до самотрансформації в контексті формування мережі мультиорганізаційних структур управління. Діяльність таких структур спрямована на підвищення рівня соціальної справедливості в системі охорони здоров'я, впровадження міжсекторального підходу із залученням різних галузей національної економіки на підставі прийнятих стандартів, правил та

заходів, спрямованих на формування потенціалу здоров'я та орієнтації на ведення здорового способу життя.

2. Визначено особливості реалізації державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Встановлено, що концептуальною сутністю результативності інноваційного процесу, що складається з низки послідовних етапів, фінальна стадія яких характеризується перетворенням інновацій з ідей на конкретне її втілення, є належне ресурсне забезпечення, економічна стабільність всіх учасників цього процесу та позитивний вплив чинників даного розвитку. Констатовано, що дієвим інструментом стимулювання інноваційного розвитку є програмно-цільове планування, яке побудовано за схемою «мета – заходи – ресурси - результат», передбачає наскрізне планування об'єкта управління, безперервність інноваційних процесів, скоординованість управлінських впливів та регіоналізацію процесів.

3. Узагальнено зарубіжний досвід регулювання інноваційного розвитку систем охорони суспільного здоров'я. Констатовано, що єдиної, універсальної моделі державної регуляції сфери охорони здоров'я, прийнятної для всіх, не існує. Відповідно, соціальна складова європейського вибору України зумовлює формування власної моделі розвитку системи охорони здоров'я, заснованої на рівних можливостях громадян і верховенстві права, застосуванні ефективних механізмів державного регулювання задля задоволення потреб громадян у доступній та якісній медицині, охороні здоров'я, яка ґрунтується на принципах суспільної солідарності та соціальної справедливості.

4. Систематизовано методологічні основи забезпечення ефективності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та представлено концепт її вимірювання. Елементне наповнення механізму державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я включає: цільову, управлінську, забезпечуючу, оціночну підсистеми, а також комплекс методів корпоративного та публічного управління, стимули, важелі,

інструменти діяльності, що формують методологічний базис для стратегічного планування організації медичної допомоги населенню, подальшого розвитку в умовах ринкової економіки, забезпечення ефективного державного регулювання ринку медичних послуг та раціонального використання матеріальних та нематеріальних ресурсів.

Запропоновано концептуальні підходи до формування програми державних гарантій медичних послуг, що враховують відповідність попиту населення на сучасні медичні технології та пропозиції медичних організацій. Дані підходи орієнтовані на забезпечення як структурної ефективності регіональних систем організації та надання медичних послуг, так і максимально можливої технологічної ефективності на основі використання інтеграційних і конкурентних рішень.

6. Розроблено й науково обґрунтовано системні засоби вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Представлено комплекс заходів, орієнтованих на впровадження прогресивних форм управління. Виділено перспективні моделі систем охорони здоров'я, це серед яких: фрагментована система охорони здоров'я, соціально диференційована система охорони здоров'я та інтегрована система охорони здоров'я. Доведено, що найбільш оптимальною є модель інтегрованої системи охорони здоров'я, яка забезпечує справедливий розподіл відповідальності, ефективне використання ресурсів і рівний доступ населення до медичного обслуговування.

5. Внесено науково обґрунтовані пропозиції щодо модернізації управлінської основи державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Обґрунтовано доцільність введення до структури системи охорони здоров'я Ради зі стратегічного розвитку системи охорони здоров'я, серед ключових завдань якої є схвалювати основні рамки функціонування системи охорони здоров'я, включаючи її стратегію і цілі, координувати систему внутрішнього контролю й управління ризиками.

Запропоновано орієнтири інноваційного розвитку системи охорони

здоров'я, що визначають концепт організаційно-функціональної моделі державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Основою даної моделі є інтелектуалізація всієї системи та її окремих частин; інноваційні зміни структури на регіональному та локальному рівнях; фінансові ініціативи, що спрямовані на забезпечення стійкого фінансування та рентабельності.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Перспективу подальшого дослідження вбачаємо у модернізації механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України відповідно до європейських стандартів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Концепція нової системи охорони здоров'я / [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [//http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf](http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf). – Назва з екрана.
2. Тард Г. Соціальна логіка/ Г. Тард ; [пер. с франц.]. – СПб. : Соціально-психологічний центр, 1996. – 548 с.
3. Кондратьев Н. Д. Большие циклы конъюнктуры и теория предвидения / Н. Д. Кондратьев. – М. : Экономика, 2002. – 767 с.
4. Шумпетер И. А. Теория экономического развития / И. А. Шумпетер. – М. : Директ-Медиа, 2007. – 400 с.
5. Радугин А. А. Социология : курс лекций / А. А. Радугин, К. А. Радугин. – М. : Центр, 1999. – 160 с.
6. Пригожин А. И. Современная социология организаций : [учебник] / А. И. Пригожин. – М. : Интерпракс, 1995. – 295 с.
7. Маршак А. Л. Социология инноватики как прикладная наука: к постановке вопроса. Интеллектуальный ресурс как важнейший фактор правления отечественной промышленностью / А. Л. Маршак : сб. ст. – М. : Наука, 1996. – С. 156-163.
8. Mohr L. B. Determinants of Innovation in Organizations / L. B. Mohr, B. Lawrence // American Political Science Review. – 1969. – № 63. – P. 111-126.
9. Cyert R. M. A Behavioral Theory of the Firm / R. M. Cyert, J. G. Mazch. – NJ, Englewood Cliffs : Prentice-Hall, 1963. – 332 p.
10. Thompson V. A. Bureaucracy and innovation / V. A. Thompson // Administrative Science Quarterly. – 1965. – № 10. – P. 1-20.
11. Руководство Осло: рекомендации по сбору и анализу данных по инновациям. – М. : ОЭСР-ЦИСН, 2006. – 192 с.
12. Станкевич І. В. Удосконалення термінологічних підходів щодо визначення поняття «іновація» / І. В. Станкевич, Ю. С. Цюмашко [Електронний ресурс] // Ефективна економіка. – 2012. – № 8. – Режим доступу :

<http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1334>. – Назва з екрана.

13. Бернс Л. Інновації у сфері охорони здоров'я / Л. Бернс [Електронний ресурс]. <http://www.management.com.ua/interview/int021.html>. – Назва з екрана. – Режим доступу :

14. Литвин В. М. Інноваційна і кадрова політика у системі охорони здоров'я / В. М. Литвин [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.likar.info/biblioteka/article-43278-innovatsiyna-i-kadrova-politika-u-sistemi-ohoroni-zdorovya/>. – Назва з екрана.

15. Карамішев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Д. В. Карамішев // Університетські наукові записки (Часопис Хмельницького університету управління та права). – 2006. – № 1 (17). – С. 279-284.

16. История Древнего Востока. Тексты и документы : учебное пособие / под ред. В. И. Кузищина. – М. : Высшая школа, 2002. – С. 167-190.

17. Законы Ману (фрагменты) (Древняя Индия, II в. до н.э. – II в. н.э.) // История политических и правовых учений : электронная хрестоматия / Составитель: М. Н. Грачев [Електронний ресурс]. – Режим доступу : // <http://grachev62.narod.ru/hrest/chapt03.htm>. – Назва з екрана.

18. Чубарова Т. В. Экономика здравоохранения теоретические аспекты (научный доклад). – М. : Институт экономики РАН, 2008. – 69 с.

19. Вялков А. И. Управление и экономика здравоохранения / А. И. Вялков, Б. А. Райзберг, Ю. В. Шиленко. – М. : Изд-во «ГЕОТАР-МЕД», 2002. – 328 с.

20. Гройсман В. А. Стратегия воспроизводства здоровья на базе устойчивого развития медицинской организации / В. А. Гройсман, Г. П. Котельников, М. А. Хуторской. – М. : Изд-во «Медицина», 2005. – 244 с.

21. Міхеєнко О. І. Конкретизація сутності поняття «здоров'я» як методологічне підґрунтя практики оздоровлення організму людини // Педагогика, психологія і медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2013. – № 2. – С. 42-46

22. Соболева И. В. Человеческий потенциал российской экономики: проблемы сохранения и развития / И. В. Соболева. – М. : Наука, 2007. – 202 с.
23. Назарова И. Б. Здоровье занятого населения / И. Б. Назарова. – М. : Изд-во Макс Пресс, 2007. – 306 с.
24. Becker G. Human Capital: a Theoretical and Empirical Analysis / G. Becker. – 3ed. – NBER; University of Chicago Press, 1964. – 412 p.
25. Радаев В. В. Понятие капитала, формы капитала и их конвертация / В. В. Радаев // Экономическая социология. – 2002. – Т. 3 – № 4. – С. 20-32.
26. Рывкина Р. В. Образ жизни населения России: социальные последствия реформ 1990-х годов / Р. В. Рывкина // Социологические исследования. – 2001. – № 4. – С. 32-39.
27. Меншикова О. И. Социально-трудовой потенциал: сущность, структура, факторы роста / О. И. Меншикова. – М. : Изд-во Московского Гуманитарного Университета, 2008. – 13 с.
28. Князевич В. М. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко, Г. О. Слабкий, Ю. В. Вороненко, В. Ф. Москаленко, М. В. Голубчиков, Д. Д. Дячук. – К. : Вид-во «Київ», 2009. – 437 с.
29. Заславская Т. И. Человеческий потенциал в современном трансформационном процессе / Т. И. Заславская // Общественные науки и современность. – 2005. – № 3. – С. 5-16.
30. Платон. Собрание сочинений : в 4-х тт. / Платон. – СПб. : Санкт-Петербургский ун-т, 2007. – Т. 3. – Ч. 1. – 456 с.
31. Платон. Собрание сочинений : в 4-х тт. / Платон. – СПб. : Санкт-Петербургский ун-т, 2007. – Т. 3. – Ч. 2. – 514 с.
32. Аристотель. Сочинение : в 4 т. / Аристотель. – М., 1984. – Т. 4. – 830 с.
33. История медицины. – М. : Медгиз, 1954. – 284 с.
34. Платонов Ю. П. Народы мира в зеркале геополитики (структура, динамика, поведение) / Ю. П. Платонов. – М. : Юнити-Дана, 2007. – 464 с.

35. Мор Т. Утопия / Т. Мор. – М. : Наука, 1978. – 416 с.
36. Булгаков С. Н. История экономических и социальных учений / С. Н. Булгаков. – М. : Астрель, 2007. – 988 с.
37. Кенэ Ф. // Физиократы. Избранные произведения / Ф. Кенэ, А. Р. Ж. Тюрго, П. С. Дюпон де Немур. – М. : Эксмо, 2008. – 1200 с.
38. Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов / А. Смит. – М. : Ось-89, 1997. – 255 с.
39. Мальтус Т. Опыт закона народонаселения / Т. Мальтус [Электронный ресурс]. – Режим доступа : // <http://www.humanities.edu.ru/db/msg/6423>. – Назва з екрана.
40. Маркс К. Капитал / К. Маркс. – М. : ГИПЛ, 1955. – Т. 1. – 794 с.
41. Добрынин А. И. Человеческий капитал (методологические аспекты анализа) / А. И. Добрынин, С. А. Дятлов, С. А. Курганский. – СПб. : Изд-во СПбУЭФ, 1999. – 163 с.
42. Дятлов С. А. Основы теории человеческого капитала / С. А. Дятлов. – СПб. : Изд-во СПбУЭФ, 1994. – 160 с.
43. Добрынин А. И. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования / А. И. Добрынин, С. А. Дятлов, Е. Д. Цыренова. – СПб. : Наука, 1999. – 310 с.
44. Дятлов С. А. Рабочая сила в системе рыночных отношений / С. А. Дятлов. – СПб.: Изд-во СПбУЭФ, 1992. – 124 с.
45. Здоровье – особая ценность для каждого человека и человечества в целом [Электронный ресурс]. – Режим доступа : // http://www.ruslife.ru/country/Folder_502/503.smx. – Назва з екрана.
46. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : // http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_599. – Назва з екрана.
47. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье / Н. М. Амосов. – М. : Физкультура и спорт, 1987. – 64 с
48. Апанасенко Г. Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека /

Г. Л. Апанасенко. – СПб. : МГП «Петрополис», 1992. – 123 с.

49. Пигу А. Экономическая теория благосостояния / А. Пигу. – М. : Прогресс, 1985. – 512 с.

50. Международная конвенция «О защите прав человека и основных свобод». от 4 ноября 1950 г.» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : // <http://sokov-av.ru/mezhdunarodnaya-konvencziya-o-zashhite-prav-cheloveka-i-osnovnyix-svobod.-ot-4-noyabrya-1950g>. – Назва з екрана.

51. Torrance G. Economic Evaluation of Toxic Chemical Control Programs / G. Torrance, D. Krewski // Toxic Substances Journal. – 1987. – Vol. 7. – P. 53-71.

52. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – Всемирная организация здравоохранения, 2010. – 106 с.

53. Wolf R. Number of uninsured Americans rises to 50,7 million / R. Wolf [Электронный ресурс]. – Режим доступа : // http://usatoday30.usatoday.com/news/nation/2010-09-17-uninsured17_ST_N.htm. – Назва з екрана.

54. Слабкий Г. О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий [Электронный ресурс]. – Режим доступа : // http://kazatin-rda.gov.ua/upload/files/Politika/stategiya_reformuvannya.pdf. – Назва з екрана.

55. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку / В. Д. Долот [Электронный ресурс] // Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». – 2013. – № 2. – Режим доступа : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=658>. – Назва з екрана.

56. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. / авт. коллектив: С. В. Шишкин (руководитель коллектива), Г. Е. Бесстремная, М. Д. Красильникова, Л. Н. Овчарова и др. – М. : Независимый институт социальной политики, 2004. – 196 с.

57. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения : монография. – М. : Издатцентр, 1998. – 336 с.
58. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах / А. В. Бондар // Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. – 2011. – № 720. – С. 357-364.
59. Пирогов М. В. Новые подходы к формированию территориальной программы государственных гарантий (территориальной программы обязательного медицинского страхования) / М. В. Пирогов, Е. В. Манухина // Ежемесячный научно-практический журнал «ГлавВрач». – 2011. – № 8. – С. 21-27.
60. Фостер Р. Созидательное разрушение: Почему компании, «построенные навечно», показывают не лучшие результаты и что надо сделать, чтобы поднять их эффективность / Р. Фостер. – Изд. : Альпина Бизнес Букс, 2005. – 378 с.
61. Санто Б. Инновация как средство экономического развития / Б.Санто / под ред. Б. В. Сазонова. – М. : Прогресс, 1990. – 296 с.
62. Попченко Т. П. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / Т. П. Попченко. – К. : НІСД, 2011. – 41 с.
63. Арзянцева Д. А. Ринок медичних послуг: особливості функціонування та регулювання / Д. А. Арзянцева // Вісник Технологічного університету Поділля. – 2003. – № 5. – Ч. 2. – Т. 2. – С. 168-171.
64. Никсон Ф. Роль руководства предприятия в обеспечении качества и надежности / Ф. Никсон. – 2-е русск. изд. – М. : Изд-во стандартов, 1990. – 231 с.
65. Шумпетер Й. Теория экономического развития / Й. Шумпетер. – М. : Прогресс, 1982. – 456 с.
66. Назарова Е. А. Пространственная поляризация инновационного развития муниципальных образований Новосибирской области / Е. А. Назарова // Креативная экономика. – 2012. – № 1 (61). – С. 119-127.

67. Павленко О. В. Российские инновации в медицинской технике / О. В. Павленко // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ, Российские инновации в медицинской технике. – 2010. – № 4 (390). – С. 64-73.

68. Закон України Про інноваційну діяльність від 4 липня 2002 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http:// zakon.nau.ua/doc/?code=40-15](http://zakon.nau.ua/doc/?code=40-15). – Назва з екрана.

69. Закон України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні» від 16 жовтня 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3715-17>. – Назва з екрана.

70. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія / З. С. Гладун. – Тернопіль: «Економічна думка», 2005. – 460 с.

71. Филин С. А. Страхование инвестиционных рисков : учебное пособие / С. А. Филин. – М. : Благовест-В, 2005 – 216 с.

72. Дериколенко О. М. Інноваційні ризики: сутність, класифікація / О. М. Дериколенко // Прометей. – 2012. – № 1. – С. 78-81.

73. Жежуха В. Й. Ризики інноваційної діяльності підприємств / В. Й. Жежуха // Науковий вісник Національного лісотехнічного університету України. – 2009. – Вип. 19.2. – С. 177-182.

74. Музика М. С. Методи та механізми державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я / М. С. Музика // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : матеріали II Всеукра. наук.-практ. конф., 17-18.04.2008. – Львів, 2008. – С. 202-207.

75. Закон України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки» від 11 липня 2001 р. (зі змінами від 16 жовтня 2012 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2623-14>. – Назва з екрана.

76. Галась О. І. Внутрішні інвестиції як стабілізаційний інструмент держави / О. І. Галась, Д. Б. Круцяк // Академічний огляд. – 2010. – № 1 (32). – С. 115-119.

77. Жаліло Л. І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні / Л. І. Жаліло, М. І. Мартинюк [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>. – Назва з екрана.

78. Авраменко Н. В. Європейський досвід управління охороною здоров'я / Н. В. Авраменко // Державне управління та місцеве самоврядування : тези X Міжнародного наукового конгресу. – Х. : Вид-во ХарРТ НАДУ, 2010. – С. 320-322.

79. Закон України № 1621-IV «Про державні цільові програми» від 18.03.2004 р. (зі змінами від 17.05.2012 р., 16.10.2012 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1621-15>. – Назва з екрана.

80. Абрамов Л. К. Цільові програми та механізми по забезпеченню прозорості у процесі їх реалізації / Л. К. Абрамов, Т. В. Азарова. – Кіровоград : ІСКМ, 2010. – 100 с.

80а. Карпова Д.П. Экономические аспекты формирования целевых программ в области охраны здоровья / Д.П. Карпова [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/84/30/>. – Назва з екрана.

81. Постанова Кабінету Міністрів України № 106 від 31.01.2007 р. «Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм» (зі змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/106-2007-%D0%BF>. – Назва з екрана.

82. Постанова Кабінету Міністрів України № 1007 від 21.07.2006 р. «Про затвердження стратегії регіонального розвитку на період до 2015 року» (зі змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1001-2006-%D0%BF>. – Назва з екрана.

83. Гринів Л. С. Регіональні цільові програми : навч. посіб. / Л. С. Гринів. – Л. : ЛНУ, 2010. – 156 с.

84. Шарапова А. Основи розробки місцевих цільових програм / А. Шарапова, С. Сухобойченко, О. Севостьянова. – Сімферополь : ФОП Сташевський О.В. – 2011. – 92 с.

85. Карамішев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Д. В. Карамішев // Університетські наукові записки. – 2006. – № 1 (17). – С. 279-284.

86. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. Затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>. – Назва з екрана.

87. Концепція наукового забезпечення розвитку охорони здоров'я України у 2012 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.dsmu.edu.ua/research/normdoc/891-20110815-2012>. – Назва з екрана.

88. Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/n0004100-10>. – Назва з екрана.

89. Проект Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012-2020 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20110706_1.html. – Назва з екрана.

90. Денисюк В. Фактори та модель іноваційно орієнтованого економічного розвитку / В. Денисюк, А. Марков // Економіст. – 2009. – № 4. – С. 20-25.

91. Шарабчиев Ю. Т. Новая парадигма здравоохранения и основные направления адекватных реформ. Медицинское право, нормативно-правовая база и стандартизация здравоохранения / Ю. Т. Шарабчиев, Т. В. Дудина // Медицинские новости. – 2006. – № 12. – С. 50-53.

92. Апанасенко Г. Л. Валеологія – перші досягнення / Г. Л. Апанасенко // Валеологія. – 2006. – № 1, 2. – С. 16-17.

93. Москаленко В. Ф. Системи охорони здоров'я: класифікації, цілі, цінності, пріоритети, ключові функції, стратегії, проблеми та завдання / В. Ф. Москаленко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – № 4. – С. 25-44.

94. Закон України від 07.07.2011 р. «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (зі змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>. – Назва з екрана.

95. Куцин І. М. Проактивні методи державного управління та регулювання розвитку медичної галузі сфери охорони здоров'я України / І. М. Куцин // Ефективність державного управління : зб. наук. пр. – 2011. – Вип. 29. – С. 279-289.

96. Коропецька Т. О. Проблеми та результати впровадження медичного страхування в Україні / Т. О. Коропецька, І. І. Мельничук // Інноваційна економіка. Всеукраїнський науково-виробничий журнал. – 2011. – № 7. – С. 31-34.

97. Акуленко О. В. Чинники формування професійної компетентності керівників органів управління охорони здоров'я / О. В. Акуленко // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології : зб. наук. пр. – 2012. – № 1 (6). – С. 9-13.

98. Шевчук І. Б. Методика оцінки просторової асиметрії формування регіональних ринків медичних послуг / І. Б. Шевчук // Економіка і управління. – 2008. – № 2-3. – С. 26-33.

99. Семигіна Т. Подарунок лікарю – корупція чи подяка? У будь-якому разі потрібні зміни у взаєминах «пацієнт–лікар» / Т. Семигіна, І. Грига, Т. Степурко // Віче. – 2011. – № 19. – С. 36-39.

100. Програма «Медичні кадри Миколаївщини на 2013-2017 роки» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mykolayiv-oda.gov.ua/printpage.php?page=946>. – Назва з екрана.

101. Щербиніна М. Б. Реформа системи охорони здоров'я України: проблеми сьогодення / М. Б. Щербиніна, І. Ю. Скирда // Газета «Новости медицины и фармации». – 2012. – № 4 (402) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.mif-ua.com/archive/article_print/26830. – Назва з екрана.

101a. Кучерявенко Д. М. Организационно-экономические механизмы инновационного управления здравоохранением: Автореф. дис. ... канд. экономических наук: 08.00.05 «Экономика и управление» / Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Самарский государственный экономический университет» // Дмитрий Михайлович Кучерявенко. – Самара, 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://economy-lib.com/organizatsionno-ekonomicheskie-mehanizmy-innovatsionnogo-upravleniya-zdravoohranenim???history=0&pfid=1&sample=0&ref=0>. – Назва з екрана.

102. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (організаційно-управлінський підхід) / Д. В. Карамішев. – Х. : ХарРІ НАДУ «Магістр», 2004. – 304 с.

103. Мегедь В. П. Ризик-діяльність у відомчій системі охорони здоров'я: формування та впровадження / В. П. Мегедь // Український медичний часопис. – 2008. – № 4 (66). – С. 100-105.

104. Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я : заг. ред. В. Ф. Москаленко. – К. : ДП «Державний експертний центр МОЗ України», 2012. – 23 с.

105. ISO 9001:2008 Quality Management System – Requirements [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://intra.itiltltd-india.com/quality/ISOStandards/ISO9001-2008-STD.pdf>. – Назва з екрана.

106. Семенов Г. А. Сутність та етапи процесу управління якістю продукції / Г. А. Семенов, О. О. Єропутова, О. О. Плаксюк // Держава та регіони. Серія Економіка та підприємництво. – 2011. – № 2. – С. 188-193.

107. Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121226_pp.html#2. – Назва з екрана.

108. Про затвердження примірних етапів реформування первинного та

вторинного рівнів надання медичної допомоги [Електронний ресурс] : наказ Міністерства охорони здоров'я № 735 від 30.08.2010 р. – Режим доступу : www.portal.rada.gov.ua. – Назва з екрана.

109. Лемішко Б. Основний модуль у державному управлінні клінікою сімейної медицини / Б. Лемішко, І. Мартинюк : зб. наук. пр. : Ефективність державного управління. – 2011. – Вип. 26. – С. 216-221.

109а. Габуева Л. А., Мочалов Д. В. Совершенствование организационно-экономических механизмов управления ЛПУ в условиях государственного регулирования и развития предпринимательства / Л. А. Габуева, Д. В. Мочалов // Медтехника и медизделия [Електронний ресурс]. – 2009. – № 2. – Режим доступу : http://www.farosplus.ru/index.htm?/mtmi/mt_52/sov_organisaz.htm – Назва з екрана.

110. Сіташ Т. Д. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я: прагматика та пріоритети / Т. Д. Сіташ, С. В. Підгаєць // Інноваційна економіка. – 2012. – № 2. – С. 316-318.

111. Поліщук М. Підготовка висококваліфікованих фахівців – першочергове завдання медичної галузі / М. Поліщук // Ваше здоров'я [Електронний ресурс]. – 12 (789). – Режим доступу : www.vz.kiev.ua/med/12-05/5.shtm. – Назва з екрана.

112. Худоба О. В. Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України / О. В. Худоба [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.kbuara.kharkov.ua/e-book/...4/.../06.pdf. – Назва з екрана.

113. Білинська М. М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я / М. М. Білинська, Т. П. Попченко // Главный врач. – 2007. – № 11. – С. 69-73.

113а. Артамонова Г. В. Организация защиты прав пациентов в системе медицинского страхования / Г. В. Артамонова, Н. Д. Богомолова, В. М. Ивойлов и др. [Електронний ресурс]. – Кемерово: КемГМА», 2009. – Режим доступу:

http://fictionbook.ru/author/kollektiv_avtorov/organizaciya_zashityi_prav_pacientov

_v_s/. – Назва з екрана.

114. Астахова І. Е. Перспективи загальнообов'язкового медичного страхування в Україні / І. Е. Астахова, Є. О. Касьян // Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії та практики. – 2009. – № 1(6). – С. 120-125.

115. Борецька О. Б. Соціальне медичне страхування в Україні: минуле і нові перспективи / О. Б. Борецька, Б. Я. Николайчук, А. Л. Федущак // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2011. – № 1-2. – С. 137-145.

116. Проект Рекомендацій парламентських слухань на тему: «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/253443>. – Назва з екрана.

117. Парламентські слухання щодо реформи у сфері охорони здоров'я: у Верховній Раді України зареєстровано проект Рекомендацій [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/253466>. – Назва з екрана.

118. Карамішев Д. В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я / Д. В. Карамішев [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/10-KARAMISCHEV.pdf>. – Назва з екрана.

119. Ігнат'єва Г. Ф. Стандартизація медичної допомоги як фактор соціалізації державних управлінських послуг / Г. Ф. Ігнат'єва [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/dutp/2007-2/txts/07igfsas.htm>. – Назва з екрана.

120. Артамонова Н. О. Інформаційне забезпечення трансферу медичних технологій як сучасний комунікаційний механізм інноваційної діяльності / Н. О. Артамонова // Бібліотекознавство. Документознавство. Інформологія : наук. журн. – 2009. – № 3. – С. 56-66.

121. Крупник А. С. Зарубіжний досвід громадського контролю: уроки для України / А. С. Крупник // Ефективність державного управління : зб. наук.

праць ЛРІДУ. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2007. – Вип. 14. – С. 146-154.

122. Полтораков О. Громадський контроль над «силовими» структурами в Україні: проблеми та перспективи / О. Полтораков [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.niisp.gov.ua/articles/109/. – Назва з екрана.

123. Держава і громадянське суспільство в Україні: проблеми взаємодії : монографія / за ред. І. О. Кресіної. – К. : Логос, 2007. – 316 с.

124. Глуховський В. В. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України / В. В. Глуховський, Н. Г. Гойда // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 27.

125. Глуховський В. Громадські ради у системі охорони здоров'я: досвід, позиції і можливості / В. Глуховський // Упр. закл. охорони здоров'я. – 2011. – № 11. – С. 28-39.

126. Андрійко О. Ф. Державний контроль у сфері виконавчої влади України / О. Ф. Андрійко. – К. : Вид. дім «Ін-Юре», 1999. – 238 с.

127. Нові соціальні ініціативи Президента України: діти – майбутнє України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.president.gov.ua/docs/initiative_11.pdf. – Назва з екрана.

128. Інформація про міський центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.gorsovet.mk.ua/social/disabled_children.ua. – Назва з екрана.

129. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11.09.2013 р. № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#n18>. – Назва з екрана.

130. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 р. № 751 «Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z2002-12>. – Назва з екрана.

131. Богомаз В. М. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в

управлінні охороною здоров'я / В. М. Богомаз, Є. Л. Горох, О. М. Ліщишина, О. М. Новічкова, Г. Росс, А. В. Степаненко // Український медичний часопис. – 2010. – № 1 (75). – С. 7-13.

132. Пак С. Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи / С. Я. Пак // Електронний науковий фаховий журнал «Державне управління: теорія і практика». – 2011. – № 1 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>. – Назва з екрана.

133. Ярош Н. П. Регіональні пріоритети розвитку соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я / Н. П. Ярош [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.academy.gov.ua/ej/ej7/doc_pdf/yarosh.pdf. – Назва з екрана.

134. Державний комітет статистики України. Населення України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/operativ2013.html>. – Назва з екрана.

135. Скрипник О. Що скорочуватимемо: лікарняні ліжка чи крісла чиновників? / О. Скрипник // Дзеркало тижня. – 2013. – № 3. – С. 13.

136. Онишко С. В. Удосконалення фінансування системи охорони здоров'я у сферах формування людського капіталу та оздоровлення державних фінансів / С. В. Онишко // Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право). – 2011. – № 4 (55). – С. 66-73.

137. Заюков І. В. Удосконалення системи фінансування охорони здоров'я як важливий чинник розвитку трудового потенціалу України / І. В. Заюков // Вісник Хмельницького національного університету. – 2010. – Т. 2. – № 6. – С. 46-51.

138. Закон України «Про лікарські засоби» від 07.05.1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.drlz.kiev.ua/ibp/ddsite.nsf/all/zak02>. – Назва з екрана.

139. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ [Електронний ресурс]. – Режим

доступу : <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1085.165.0>. – Назва з екрана.

140. Указ Президента України затверджено рішення РНБО від 29 березня 2013 р. «Про стан виконання рішення Ради національної безпеки і оборони України від 25 травня 2012 року «Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/229439>. – Назва з екрана.

141. Беліченко А. В. Сучасні принципи державного управління процесом забезпечення населення лікарськими засобами / А. В. Беліченко // Державне будівництво [Електронний ресурс]. – 2007. – № 1. – Ч. 2. – Режим доступу : http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/n_1_2007_2/doc/2/10.pdf. – Назва з екрана.

142. Кряж М. С. Державна політика забезпечення лікарськими засобами пільгових категорій громадян України / М. С. Кряж // Держава та регіони. Серія: Державне управління : наук.-вироб. журнал. – Запоріжжя : Гуманітарний університет «Запорізький інститут державного та муніципального управління», 2009. – № 1. – С. 104-108.

143. Устинов А. В. Стратегія державної політики у сфері охорони здоров'я / А. В. Устинов [Електронний ресурс] // Український медичний часопис. – 2012. – 22 червня. – Режим доступу : // <http://www.umj.com.ua/article/35657/strategiya-derzhavnoi-politiki-u-sferi-oxoroni-zdorov-ya>. – Назва з екрана.

144. Карамішев Д. В. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я України / Д. В. Карамішев, Н. М. Федак // Теорія та практика державного управління. – 2011. – № 3 (34). – С. 1-7.

145. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. Затверджено Указом Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>. – Назва з екрана.

146. Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та

перспективи розвитку : наук. доп. / авт. кол. : Ю. В. Ковбасюк, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурмін та ін. ; за заг.ред. д-ра наук з держ. упр., проф. Ю. В. Ковбасюка, д-ра політ. наук, проф. К. О. Ващенка, д-ра соц. наук, проф. Ю. П. Сурміна (кер. проекту). – К. : НАДУ, 2012. – 72 с.

147. Резолюція V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/rexo1_jitomir.html. – Назва з екрана.

148. Комплексна галузева програма розвитку «Охорона здоров'я» на 2007-2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.gorsoviet.mk.ua/health/sectoral.ua>. – Назва з екрана.

149. Карпишин Н. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я / Н. Карпишин, М. Комуницька // Світ фінансів. – 2008. – № 1 (14). – С. 110-117.

150. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посіб. / О. В. Баєва. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.

151. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік. – К. : Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2009. – 384 с.

152. Лободіна З. Доступність медичної допомоги для населення: проблеми та перспективи забезпечення / З. Лободіна // Ефективність державного управління : зб. наук. пр. – 2010. – Вип. 24. – С. 285-293.

153. Концепція розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я. Схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18 вересня 2013 р. № 776-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/776-2013-%D1%80>. – Назва з екрана.

154. Вирва О. Є. Приватний медичний проект в Україні: можливості й обмеження / О. Є. Вирва, В. П. Кідонь [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mdclux.com.ua/public/prywatnyj-medychnyj-proekt-v-ukraine.html>. – Назва з екрана.

155. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні :

навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – К. : УЗ, 2004. – 116 с.

156. Жаліло Я. Економічна стратегія як категорія сучасної економічної науки / Я. Жаліло // Економіка України. – 2005. – № 1. – С. 20-27.

157. Інновації : понятійно-термінологічний апарат, економічна сутність та шляхи стимулювання : навч. посіб. – К. : Центр навч. літ., 2005. – 118 с.

158. Карамішев Д. В. Єдиний соціальний податок – панацея чи профанація / Д. В. Карамішев // Віче. – 2006. – № 6. – С. 46-48.

159. Карамішев Д. В. Процес планування стратегії управління та інноваційні перетворення в системі охорони здоров'я / Д. В. Карамішев // Держава та регіони. – 2004. – № 2. – С. 47-51.

160. Могильницкая Т. Л. Совершенствование финансирования системы здравоохранения как важный фактор повышения мотивации труда медицинских работников / Т. Л. Могильницкая // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 5. – С. 5-7.

161. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К. : Сфера, 2005. – 271 с.

162. Солоненко Н. Д. Механізми державного управління системою охорони здоров'я та її перебудовою в умовах обмежених ресурсів в Україні / Н. Д. Солоненко // Управління сучасним містом. – 2004. – № 3/7-9 (15). – С. 112-117.

163. Чевганова В. Кластери та їх економічне значення / В. Чевганова, І. Брижань // Економіка України. – 2002. – № 11. – С. 35-41.

164. Черниш О. І. Проблеми формування ринку медичних послуг в Україні / О. І. Черниш // Фінансовий механізм державного управління економікою України : зб. наук. пр. ДонДАУ. – Донецьк, 2005. – Т. 6. – Вип. 49. – С. 87-99. – (Сер. «Державне управління»).

165. Литвинова О. Н. Функції менеджера в охороні здоров'я / О. Н. Литвинова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – № 2. – С. 94-95.

166. Медична освіта в світі та в Україні: додипломна освіта,

післядипломна освіта, безперервний професійний розвиток / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій та ін. – К. : Книга плюс, 2005. – 385 с.

167. Напрями управління впровадженням, діяльністю та вишколом фахівців сімейної медицини в Україні : монографія / І. І. Фуртак, Р. Ю. Грицко, Б. Б. Лемішко, Р. С. Морочковський. – Львів : Сполом, 2013. – 188 с.

168. Фуртак І. І. Напрями управління впровадженням, діяльністю та вишколом фахівців сімейної медицини в Україні : монографія / І. І. Фуртак, Р. Ю. Грицко, Р. С. Морочковський. – Луцьк : ПрАТ «Волинська обласна друкарня», 2013. – 188 с.

169. Виноградов О. Державне управління багатоканальним фінансуванням закладів охорони здоров'я / О. Виноградов // Статистика України. – 2006. – № 2 (33) – С. 65-68.

170. Грицко Р. Ю. Державне управління підготовкою лікарів загальної практики – сімейної медицини / Р. Ю. Грицко, І. І. Фуртак // Теорія та практика державного управління. – 2014. – Вип. 3. – С. 124-134.

171. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні / І. І. Фуртак // Медичне право України: проблеми становлення та розвитку : матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. 19-20.04.2007. – Львів, 2007. – С. 318-323.

172. Фуртак І. Правове забезпечення раціоналізації державного управління системи охорони здоров'я України / І. Фуртак, А. Варава [Електронний ресурс] // Науковий вісник. – 2010. – Вип. 6 «Демократичне врядування». – Режим доступу : <http://www.lvivacademy.com/visnik6/fail/Furtak.pdf>. – Назва з екрана.

173. Банчук М. В. Визначення ефективності наукових досліджень у контексті державного управління медичною галуззю / М. В. Банчук [Електронний ресурс] // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2011. – № 8. – Режим доступу : // <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=310>. – Назва з екрана.

174. Банчук М. В. Проблеми вдосконалення державного управління

освітою керівників галузі охорони здоров'я України / М. В. Банчук, В. П. Марценюк // Держава та регіони. Серія: Державне управління. – 2010. – № 3. – С. 10-17.

175. Напрасников С. М. Реформування регіональної мережі охорони здоров'я / С. М. Напрасников, О. П. Перетяка, О. П. Стародубцев // Збірник наукових праць Української Академії державного управління при Президентові України / Державне управління та місцеве самоврядування. – Харків : УАДУ ХФ, 2001. – С. 14-16.

176. Структурна перебудова як шлях підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я в умовах фінансово-економічної кризи / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. В. Рудень та ін. // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 1 (33). – С. 18-20.

177. Сіташ Т. Д. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я: прагматика та пріоритети / Т. Д. Сіташ, С. В. Підгаєць // Інноваційна економіка. – 2012. – № 2 (28). – С. 316-318.

178. Людський розвиток в Україні: мінімізація соціальних ризиків: колективна монографія / Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, Держ. ком. статистики України ; під ред. Е. М. Лібанової. – К., 2010. – 496 с.

179. Стратегія оцінки якості підготовки медичних та фармацевтичних фахівців / О. П. Мінцер, М. В. Банчук, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко // Медична інформатика та інженерія. – 2008. – № 1. – С. 9-13.

180. Стан підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників і завдання вищої медичної школи щодо її інтеграції до світового освітнього простору / М. В. Банчук, В. В. Лазоришинець, О. П. Волосовець та ін. // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 5-10.

181. Солоненко Н. Д. Зміна ролі держави в реформах охорони здоров'я в умовах ринкової економіки / Н. Д. Солоненко, Л. І. Жаліло // Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я : зб. наук. пр. УАДУ / Одес. філ. – Одеса, 2001. – Ч. 1. – С. 175-188.

182. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол.: М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.

183. Шенкаренко О. В. Структурно-організаційні аспекти управління системою охорони здоров'я в Україні / О. В. Шенкаренко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2008-1/doc/2/23.pdf>. – Назва з екрана.

184. Лобас В. М. Методологія реформування системи охорони здоров'я за кластерним підходом / В. М. Лобас, С. М. Вовк, М. М. Шутов // Здоров'я нації. – 2013. – № 2 (26). – С. 84-88.

185. Вороненко Ю. В. Досвід підготовки менеджерів охорони здоров'я в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, В. М. Михальчук, Є. Є. Латишев, І. В. Гусева [Електронний ресурс] // Український медичний часопис. – 2013. – № 3 (95). – Режим доступу : // <http://www.umj.com.ua/article/60544/dosvid-pidgotovki-menedzheriv-oxoroni-zdorov-ya-v-nacionalnij-medichnij-akademii-pislyadiplomnoi-osviti-imeni-p-l-shupika>. – Назва з екрана.

186. Менеджмент в здравоохранении : учеб. пособие / под ред. М. М. Мухамбекова. – М. : РУДН, 2012. – 372 с.

187. Долот В. Д. Поняття менеджменту й маркетингу в системі охорони здоров'я / В. Д. Долот, В. В. Лещенко // Держава та регіони. – Серія «Державне управління». – 2014. – № 1 (45). – С. 8-13.

188. Акуленко О. Професійна підготовка керівників у сфері охорони здоров'я: досвід США для України / О. Акуленко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.dbuara.dp.ua/vidavnictvo/2012/2012_01%2812%29/12aovdsu.pdf. – Назва з екрана.

189. Прасол В. П. Напрями розбудови інституту підготовки менеджерів сфери охорони суспільного здоров'я в Україні / В. П. Прасол [Електронний ресурс] // Державне будівництво. – 2011. – № 2. – Режим доступу :

http://nbuv.gov.ua/j-pdf/DeVu_2011_2_25.pdf. – Назва з екрана.

190. Голунов А. І. Сучасні підходи до управління медичною допомогою населенню адміністративної території / А. І. Голунов, І. І. Фуртак // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. 17-18.04.2008. – Львів, 2008. – С. 89-90.

191. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / В. В. Лазоришинець та ін. ; за ред. В. В. Лазоришинця. – К. , 2014. – 607 с.

192. Шипко А. Ф. Модернізація функцій суб'єктів управління охороною здоров'я на місцевому рівні в умовах реструктуризації галузі / А. Ф. Шипко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2009/2009-03%283%29/09safurg.pdf>. – Назва з екрана.

193. Козін Е. Г. Медичне страхування в Україні / Е. Г. Козін, О. С. Коробко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/28009/1/Kozin.Korobko.pdf>. – Назва з екрана.

194. Тихомирова Т. О. До проблеми захисту прав пацієнтів Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) / Т. О. Тихомирова : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. 17-18.04.2008. – Львів, 2008. – С. 345-347.

195. Лосев М. Ю. Впровадження інформаційного забезпечення медичних установ / М. Ю. Лосев // Системи обробки інформації. – 2013. – № 3 (110). – С. 123-127. Козін Е.Г., Коробко О.С.

196. Ліщишина О. М. Вимірювання якості медичної допомоги: проблеми імплементації кращої світової практики в Україні / О. М. Ліщишина, Є. Л. Горох // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2 . – С. 121-128.

197. Шкробанець І. Д. Медичний менеджмент в умовах реформування системи охорони здоров'я / І. Д. Шкробанець, Ю. М. Нечитайло // Україна.

Здоров'я нації. – 2013. – № 2 . – С. 72-75.

198. Тарасенко С. В. Підвищення рівня інформаційно-мотиваційної компоненти реформи медичної галузі у Сумському регіоні / С. В. Тарасенко, В. А. Сміянов, Ю. О. Сміянова // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2014. – № 1 (79). – С. 23-25.

199. Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я / П. М. Клименко, В. А. Грабовський // Вісник НАДУ. – 2014. – № 3. – С. 136-141.

200. Меленко А. Вивіска в медичному закладі / А. Меленко // Практика управління медичним закладом. – 2014. – № 9. – С. 2-6.

201. Інтеграція медичної допомоги як технологія підвищення ефективності системи охорони здоров'я: (метод. реком.). – К.: Укрмедпатентінформ, 2015. – 45 с

202. Клименко О. Заохочення медичних працівників / О. Клименко // Практика управління медичним закладом. – 2015. – № 5/6. – С. 108-113.

203. Корецький В. Мотивация труда как функция управления в здравоохранении / В. Корецький // Практика управління медичним закладом. – 2015. – № 8. – С. 58-63.

204. Рогальський І. О. Антикорупційні заходи при побудові нової системи охорони здоров'я: досвід Республіки Польща / І. О. Рогальський, Н. М. Калинюк // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2015. – № 1. – С. 42-46.

205. Федорів Я. Державне управління підготовкою кадрів профілактичної медицини / Я. Федорів, Б. Лемішко [Електронний ресурс] // Науковий вісник «Демократичне врядування». – 2011. – Вип. 8. – Режим доступу: // <http://www.lvivacademy.com/visnik8/fail/Fedoriv.pdf>. – Назва з екрана.

206. Постанова Кабінет Міністрів України «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» № 932 від 0.11.2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF>

207. Tanner M. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // M. Tanner // Policy Analysis. – 2008 - № 613. – P. 1 – 48

208. Ciani O., A. Patrizio, B.P. Roberta, C. Marianna, J. Claudio, T. Rosanna De innovazione: The concept of innovation for medical technologies and its implications for healthcare policy-making / O. Ciani , A. Patrizio, B.P. Roberta, C. Marianna, J. Claudio, T. Rosanna // Health Policy and Technology - 2016. - № 5. – P. 47 - 64

209. Wilson S., Langford K. 10 ideas for 21st century healthcare / S. Wilson, K. Langford [Електронний ресурс] // Режим доступу : <http://www.innovationunit.org/sites/default/files/DIGITAL%20VERSION10%20Ideas%20Final.pdf>

210. Wilson S., Langford K. 10 ideas for 21st century healthcare [Електронний ресурс] // Режим доступу : <http://www.innovationunit.org/sites/default/files/DIGITAL%20VERSION10%20Ideas%20Final.pdf>

211. Закон України «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1602-14>

212. Motschman T., Bales C., Timmerman L. A Hospital-Based Healthcare Quality Management System Model: Improving Healthcare Monograph Series / T. Motschman, C. Bales, L. Timmerman // Healthcare Technical Committee. – 2016. – Vol. 1. - № 1. – P. 2 - 22

213. Strategy for Planning Country Health Services in SA [Електронний ресурс] // Режим доступу : <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/5d4ee70042b613788aa0aa30a4818ec3/StrategyforPlanningCountryHealthServicesinSA-SharedResource-20091116.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5d4ee70042b613788aa0aa30a4818ec3>

214. Health System Reform Strategy for Ukraine 2015-2025 [Електронний ресурс] // Режим доступу : http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/SAG_Strategy_draft_22_11_ENG.pdf

215. Protecting health care. Key recommendations. International Committee of the Red Cross, April 2016 [Електронний ресурс] // Режим доступу : <https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook/protecting-health-care-key-recommendations.html>

216. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років [Електронний ресурс] // Режим доступу : http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf

217. Zierler B.K., Gray D.T. The principles of cost-effectiveness analysis and their application // Journal of vascular surgery - 2013. - Volume 37. - № 1. – P. 226 - 234

218. Михальчук В.М., Бандурин О.Ю Основні фонди медичного закладу та ефективність їх використання / В.М. Михальчук, О.Ю. Бандурин [Електронний ресурс] // Режим доступу : http://www.hcm.in.ua/wp-content/uploads/%D0%9C%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%87%D1%83%D0%BA_%D0%91%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D1%83%D1%80%D0%B8%D0%BD2016.pdf

ДОДАТКИ

Характеристика організації охорони здоров'я країн з бюджетно-страховою моделлю фінансування системи охорони здоров'я

Характеристики	Країни		
	Франція	Німеччина	Норвегія
Джерела фінансування	Найбільшим джерелом фінансування французької системи охорони здоров'я є податок на заробітну плату. Загальна ставка становить 13,55%, що складається – з 12,8% відрахування роботодавців за кожного працівника від суми його заробітку; – 0,75% відрахування, самого працівника. Загальний соціальний податок становить основ\ : для працюючих його ставка становить 5,25%, а для пенсіонерів та осіб, які отримують допомогу з безробіття – 3,95%.	Фінансується за рахунок податку на заробітну плату, поділеного порівну між роботодавцем і працівником (7% і 7,9%). Для малозабезпечених і безробітних страховку оплачує держава.	Фінансується за рахунок податків і побудована за принципом єдиного платника. Система фінансується за рахунок загальних податкових надходжень до бюджету, цільових податків на охорону здоров'я в країні не існує.
Доля видатків у ВВП	11%	10,4%	8,6%
Охоплення населення страхуванням	Близько 99% населення Франції охоплює загальнонаціональна система медичного страхування.	Система медичного страхування в Німеччині є загальнонаціональною, і є одним з елементів системи соціального страхування.	Всі норвезькі громадяни захищені загальнонаціональною системою страхування, яке поширюється також на іноземців, що живуть і працюють в країні.

<p>Організація системи охорони здоров'я</p>	<p>Загальне обов'язкове медичне страхування забезпечується через систему страхових фондів, в основному прив'язаних до місця роботи. Страхові фонди є приватними компаніями, але їх діяльність жорстко регулюється і контролюється державою.</p>	<p>Медичне страхування носить майже загальний характер. Всі громадяни країни, чий дохід не перевищує 49500 євро на рік повинні застрахуватися в одній з 150 державних страхових компаній («лікарняних кас»). Усі страхові внески клієнтів «лікарняних кас» складаються в один фонд. Потім кожна каса отримує з нього гроші, пропорційно до кількості клієнтів. Якщо «лікарняній касі» наданої частини коштів не вистачає, то вона має право зібрати зі своїх клієнтів додаткові внески. Від додаткових внесків відмовитися не можна, але існує можливість розірвати контракт протягом наступних двох місяців. Вибір «лікарняних кас» справа суто особиста органи відповідають за первинну медичну допомогу, а регіони – за послуги фахівців. Державні лікарні знаходяться у підпорядкуванні центрального уряду, який взяв на себе безпосереднє керівництво цими закладами.</p>	<p>Страхові фонди забезпечують покриття стаціонарного і амбулаторного лікування, послуг лікарів загальної практики і спеціалістів, діагностичне обстеження; ліки, що відпускаються за рецептом і допомога на дому. Послуги, на які поширюється страхове покриття, перераховуються у нормативних актах. Пацієнт сам вносить плату за лікування, а згодом отримує компенсацію від державного фонду або приватного страховика. Розмір компенсацій ґрунтується на тарифах, узгоджених з провайдерами медичних послуг та національними фондами страхування. Страхування охоплює широкий спектр медичних послуг, в тому числі послуги лікарів, лікування хронічних захворювань і лікування в стаціонарі, діагностичні обстеження, профілактичні медичні заходи, рецептурну ліки, і частково стоматологічні послуги. Крім оплати власне медичних послуг, лікарняні каси виплачують працівникам по бюлетеню від 70% до 90% його платні в період до 78 тижнів. Страхування покриває вельми широкий спектр послуг: амбулаторне і стаціонарне лікування, діагностичні обстеження, допомога спеціалістів обслуговування матері та дитини, профілактичні медичні заходи, догляд за безнадійними хворими і ліки, що відпускаються за рецептами. За перебування і лікування в державних лікарнях (включаючи і медикаменти) плата не стягується. Програма також забезпечує оплату лікарняних листів та грошової допомоги з інвалідності.</p>
---	---	--	--

Розвиток приватного сектору медичних послуг	Цільові надходження повинні забезпечувати фінансування системи охорони здоров'я у повному обсязі, але на практиці фондами компенсуються не всі витрати. Тому з більшості медичних послуг, що надаються передбачено дольову участь застрахованого споживача, що становить приблизно 13% від обсягу медичних послуг. Виникає необхідність у придбанні додаткових; страхових полісів у приватних страхових кампаній. Приватне страхування у Франції становить близько 12,7% від усіх витрат на медичну допомогу і воно практично не регулюється державою.	Близько 9% громадян Німеччини мають додаткові страховки для покриття послуг, що не входять до стандартного пакету. В країні введена пайова участь застрахованих з оплати медичних послуг, таких як: прийом у терапевта, перебування в лікарні, виписки рецепта і деякі спеціалізовані послуги. В цілому, безпосередньо «з кишені» сплачується 13% сукупних витрат на охорону здоров'я.	Норвежці можуть не користуватися послугами державної системи охорони здоров'я, сплачуючи медичні послуги безпосередньо з власної кишені при зверненні до лікарів приватної практики. Має місце невелика пайова участь пацієнта, якщо мова йде про послуги психологів і психіатрів.
Переваги національної системи охорони здоров'я	Єдиний підхід до встановлення цін на медичні послуги. Справедливий розподіл фінансових коштів між медичними закладами пропорційно наданому обсягу медичної допомоги.	Вік, стать, ступінь ризику захворювання застрахованого при обчисленні внеску не враховуються. Виплати за лікарняним страхуванням визначаються тільки медичною необхідністю. Якість наданої медичної послуги не залежить від того в яку лікарняну касу сплачуються страхові внески. Близько 95% послуг, що надаються однакові.	Встановлені державою рівні компенсацій забороняють виставляти додаткові рахунки, що не дає можливості завищувати ціни на послуги, що надаються.
Недоліки організації національної системи охорони здоров'я	Загальний бюджет і обмеження тарифів на медичні послуги, в рамках яких діють лікарні, призводять до хронічного недофінансування основних фондів, що зумовлює дефіцит передових медичних технологій і недоступність найбільш прогресивних видів лікування.	Виробники медичного устаткування або постачальники медичних послуг можуть підвищувати ціни в розрахунку на те, що платять за послуги лікарняні каси.	Єдиний бюджет, обмежує загальний обсяг видатків на охорону здоров'я призводить до зростання черг на медичні послуги. Приблизно 23% пацієнтів змушені чекати лікування в стаціонарах більше трьох місяців.

Джерело: систематизовано автором за даними - Tanner M. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis. – 2008 - № 613. – Р. 1 – 48

Особливості систем охорони здоров'я країн з приватною моделлю фінансування

Характеристики	Країни	
	Сполучені Штати Америки	Швейцарія
Доля видатків у ВВП	16%	11,5%
Організація системи охорони здоров'я	<p>У США урядування охороною здоров'я здійснює департамент охорони здоров'я і соціальних служб США представлені децентралізованою системою охорони здоров'я. Департамент складається з служби суспільної охорони здоров'я, в її компетентності входять питання організації медичної допомоги (амбулаторної і стаціонарної) морякам торгового флоту, ветеранам війни, державним службовцям, особистому складу збройних сил. Кожен штат має власний департамент охорони здоров'я, основна функція – санітарно-епідеміологічний захист. Медичне страхування США, не має єдиної національної системи медичного страхування.</p>	<p>Швейцарська система носить ринково орієнтований характер і ґрунтується на принципі «керованої конкуренції». У межах керованої конкуренції надання медичних послуг і медичне страхування віддається у приватні руки, але сфера охорони здоров'я діє у рамках жорстко регульованого «штучного» ринку.</p>
Охоплення населення медичним страхуванням	<p>74% населення США мають приватну медичну страховку, решта не мають страховки взагалі або мають державну страховку. Існує два види приватного медичного страхування: групове і індивідуальне.</p> <p>Групову страховку у страхової компанії набуває роботодавець для своїх робітників зі скидкою, яка може поширюватись на непрацюючих членів сім'ї. Пацієнт має право вибору сімейного лікаря.</p> <p>Індивідуальну страховку пацієнт набуває самостійно, але на таку страховку скидок не має, відповідно, її вартість дорожча.</p>	<p>Швейцарське законодавство рекомендує всім громадянам набувати в індивідуальному порядку базовий «пакет» медичних полісів. Медичне страхування у країні має практичне всеохоплюючий характер. (99,5% – за оцінками фахівців). «Базовий страховий пакет» покриває широкий спектр медичних послуг, включаючи стаціонарне і амбулаторне лікування, піклування про людей похилого віку, інвалідів, душевнохворих, діагностичні обстеження, утримання в санаторіях, надання ліків за рецептами і навіть альтернативні види лікування.</p>
Особливості національної охорони здоров'я	<p>У США діють державні програми надання медичної допомоги. Одна з таких програм - медікейр програма медичної допомоги (загальнодержавна) для людей похилого віку і громадян, які втратили працездатність. Розрахована програма на осіб, які досягли 65 років, які отримують допомогу з соціального забезпечення і мають стаж роботи від 5 до 10 років, що залежить від характеру роботи.</p> <p>Медікейр – державна програма медичної допомоги, що розрахована на сім'ї з низьким доходом. Регулюється законами штатів і субсидується федеральним урядом, охоплює близько 10% населення. Сім'я має право на</p>	<p>Поліси набуваються на індивідуальній основі у приватних страховиків, які не мають права відмовляти клієнтам у страхуванні за станом здоров'я. У межах географічного регіону обсяг внесків є однаковим для всіх. Система діє таким чином, що лікування людей, які мають проблеми з здоров'ям відбувається за рахунок здорових громадян. В залежності від статі і віку здійснюється коригування обсягу внесків застрахованих.</p> <p>Швейцарська держава на 20% знижує внески для некурців у порівнянні з виплатами тих, хто палить.</p> <p>Малозабезпеченим громадянам надаються субсидії на поліси медичного страхування. Від рівня доходів і активів,</p>

	<p>отримання цієї програми, якщо її дохід нижче рівня встановленого кожним штатом. При цьому повинна дотримуватись умова, що якщо будь-хто з членів сім'ї повинен бути або похилого віку, або сліпим, або вагітним, або непрацездатним, або мати дітей.</p> <p>Особи, які не мають медичної страховки, отримують медичну допомогу у державних лікарнях і клініках через програми, які фінансуються з благодійних внесків.</p>	<p>громадян залежить розмір субсидій. Розмір субсидій на витрати за медичним страхуванням не повинен перевищувати 10% від сукупного доходу громадянина.</p> <p>Це робиться з метою, щоб не створювати у осіб, які отримують субсидії, стимулів для вибору найдорожчих полісів з найменшим рівнем вирахувань і дольової участі. Субсидії у різних формах отримує близько третини швейцарських громадян, і близько 19% сукупного обсягу страхових внесків виплачується за рахунок державних коштів.</p>
<p>Переваги організації національної системи охорони здоров'я</p>	<p>Основна перевага системи охорони здоров'я США – це високотехнологічні клініки з кваліфікованим медичним персоналом. США розроблена система керованої медичної допомоги, яка ґрунтується на жорстких стандартах діагностики і лікування.</p>	<p>Унікальність медицини Швейцарії, розкривається інноваційною оснащеністю медичними технологіями. Швейцарці несуть особисту фінансову відповідальність прийнятого рішення, відносно медичного страхування. Тим самим сприяють стримуванню витрат на охорону здоров'я.</p>
<p>Недоліки організації національної системи охорони здоров'я</p>	<p>Обсяг і якість медичної допомоги визначається грошовими коштами, які хворий може витратити. Зростання цін на медичне страхування призводить до неможливості його оплати.</p>	<p>Недоліки швейцарської системи охорони здоров'я пов'язані з розростанням сфери обов'язкового страхування і державним регулюванням, яке ґрунтується на управлінні конкуренцією.</p>

Джерело: систематизовано автором за даними - Tanner M. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis. – 2008 - № 613. – Р. 1 – 48