

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

Студентки Куртєвої Марини Володимирівни

академічної групи 281м-22з-5 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Квітка С.А.			
розділів:				

Рецензент:				
-------------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишневська О.В.			
------------------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2024

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України».

87 стор., 6 рис., 3 табл., 50 джерел.

РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ОРГАНИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ, ІННОВАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ВСЕСВІТНЯ ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Об'єкт дослідження – процес державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я.

Предмет дослідження – державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я.

Метою дослідження є формування теоретично-методичних та організаційно-практичних основ і розроблення науково-практичних рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України.

У першому розділі досліджуються теоретико-методологічні аспекти державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я в Україні. Другий розділ присвячено аналізу сучасного стану державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я. У третьому розділі надані напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України.

Сфера практичного застосування результатів роботи – впровадження інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, що визначають концепт організаційно-функціональної моделі державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «State regulation of innovative development of the sphere of health care of Ukraine».

87 pages, 6 figures, 3 tables, 50 sources.

INDUSTRY REFORM, HEALTH CARE SYSTEM, PUBLIC ADMINISTRATION BODIES, INNOVATIVE DEVELOPMENT OF HEALTH CARE, HEALTH STATE OF THE POPULATION, STATE POLICY IN THE FIELD OF HEALTH CARE, WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Object of research is the process of state regulation of innovative development in the field of health care.

Subject of research is state regulation of innovative development of the sphere of health care of Ukraine.

The purpose of research is the formation of theoretical-methodical and organizational-practical foundations and the development of scientific-practical recommendations for improving the state regulation of innovative development of the health care sector of Ukraine.

The first section examines the theoretical and methodological aspects of state regulation of the development of health care in Ukraine. The second section is devoted to the analysis of the current state of state regulation of innovative development in the field of health care. In the third section, the directions of state regulation of innovative development of the health care sector of Ukraine are given.

Scope of practical application – the implementation of innovative development of the health care system, which determine the concept of the organizational and functional model of the state regulation of the innovative development of the health care system.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ 9	
1.1. Особливості організації національної системи охорони здоров'я	9
1.2. Державне регулювання сфери охорони здоров'я в Україні	20
РОЗДІЛ 2	
СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	28
2.1. Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я: стан та проблеми ..	28
2.2. Основні тенденції модернізації систем охорони здоров'я у зарубіжних країнах	36
РОЗДІЛ 3	
НАПРЯМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	61
3.1. Шляхи удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України.....	61
3.2. Інноваційні підходи в управлінні закладами охорони здоров'я.....	76
ВИСНОВКИ	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	88

ВСТУП

Сучасна сфера охорони здоров'я в Україні включає в себе розгалужену мережу і структуру органів і установ. Здоров'я є одним з основоположних прав людини, а загальний охоплення послугами охорони здоров'я є найважливішим інструментом охорони здоров'я всіх. Загальний охоплення послугами охорони здоров'я визначається як ситуація, коли всі люди і громади отримують необхідні їм медичні послуги без зайвих фінансових труднощів.

Актуальність наукових досліджень і необхідність вдосконалення практики, орієнтованої на державного регулювання сфери охорони здоров'я спрямована на підвищення якості медичних послуг в національній системі охорони здоров'я. Серйозні інституційні перетворення, що відбуваються у вітчизняній сфері охорони здоров'я в останні роки, спрямовані на підвищення якості надання медичних послуг при реалізації програми державних гарантій, на перехід до одноканальної моделі фінансування медичної допомоги, на впровадження принципів бюджетування, орієнтованого на результат, в діяльність соціально орієнтованих організацій, що надають суспільно значущі послуги, та ін. Практична реалізація перерахованих вище нововведень вимагає перегляду концепції розвитку державного регулювання в сфері охорони здоров'я, пріоритетні напрямки якого відповідають кращій світовій практиці. Збереження здоров'я нації є стратегічним орієнтиром державного регулювання в сфері охорони здоров'я, що визначає цільові установки державної політики.

Водночас повномасштабна військова агресія російської федерації проти України визначила нагальні потреби держави – прискорення темпів медичної реформи, спрямованої передусім на підвищення якості доступних медичних послуг, оскільки збереження здоров'я населення – один з основних стратегічних орієнтирів національної безпеки.

Попри цілеспрямоване знищення медичної інфраструктури, система охорони здоров'я працює та трансформується відповідно до потреб, які постали в умовах війни. Але найголовніше – за її роботою стоять люди. Ми вдячні

медикам, яких не зламала війна, які продовжують виконувати свою роботу, щоб зберегти життя українців.

Аналіз вітчизняних та закордонних наукових джерел, аналітичних доповідей та звітів, у тому числі міжнародних організацій, інформаційні матеріали Кабінету Міністрів України, документи Міністерства охорони здоров'я України свідчать, що існуючий рівень механізмів державного управління охороною здоров'я України не відповідає сучасним трансформаціям.

Отже, управління системою охорони здоров'я потребує системних змін, якісно нових підходів, альтернативних шляхів реформування організаційно-економічного механізму медичної сфери, розробки нових моделей взаємодії механізмів державного управління захистом працюючого населення.

Уряди багатьох країн європейського регіону, що входять до складу Всесвітньої організації охорони здоров'я, постійно аналізують свої системи охорони здоров'я, оцінюючи доцільність використовуваних ними підходів до фінансування процесів організації та надання медичної допомоги. Тим часом, на нашу думку, модернізація системи охорони здоров'я, за своїм змістом, має здійснюватися як у нормативно-правовому, економічному так і в організаційному напрямках. Адже результативність заходів щодо трансформації системи охорони здоров'я оцінюється не лише за показниками короткострокових заощаджень коштів із державного бюджету на розвиток медичної галузі, а й за показниками здатності, у довгостроковій перспективі, покращити здоров'я всього населення. Ці регуляторні показники однаково важливі як для реформування системи охорони здоров'я в Україні, так і в зарубіжних країнах.

Авторський підхід до дослідження сфери охорони здоров'я як соціального об'єкта в системі державного управління сформувався під впливом наукових праць вітчизняних дослідників, фундаторів теорії державного управління у галузі охорони здоров'я, які наголошують на важливості наукового пошуку щодо різних складових державного управління досліджуваною сферою: М. Білинська, С. Бугайцов, П. Волянський, Ю. Вороненко, М. Голубчиков, Л. Жаліло,

Д. Карамішев, В. Князевич, А. Котвіцька, Н. Кризіна, Б. Лемішко, В. Лехан, В. Лобас, І. Лурін, С. Мокрецов, З. Надюк, В. Парій, Я. Радиш, Н. Рингач, І. Солоненко, О. Федько, І. Хожило, Н. Ярош та найвідоміші зарубіжні дослідники М. А. Портер, Р. Б. Салтман, Дж. Фігейрасі Стівен М. Шортел та ін.

Вагомий внесок у дослідження питань реформування державного управління системою охорони здоров'я України вносять наукові праці Ю. Вороненко, Н. Герасименко, Л. Гриценко, В. Москаленко, К. Найштетік, Ф. Радиша, Г. Слабкого, М. Солоненко, М. Шутова та інші.

Водночас, прощання із залишками командно-адміністративної системи, геополітичний вибір України, глобалізація світової економіки привнесли нові акценти у цілі та зміст інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я. Стало очевидним, що воно неможливе навіть у відносній ізоляції від міжнародного середовища і пов'язане з обов'язковим вивченням світових трендів. Постало також питання про позиціонування України на міжнародному ринку медичних та рекреаційних послуг, виявлення можливостей їх довготривалого ефективного просування та надання. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я стає умовою виживання країни в умовах війни з російською федерацією, розв'язання демографічної кризи, підтримки трудового потенціалу та добробуту громадян, проведення реформ в інших сферах. Все це обумовлює актуальність представленого дослідження.

Об'єкт дослідження – процес державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я.

Предмет дослідження – державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я.

Метою дослідження є формування теоретично-методичних та організаційно-практичних основ і розроблення науково-практичних рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України.

Досягнення поставленої мети передбачає вирішення наступних завдань:

- розглянути моделі організації національної системи охорони здоров'я;

- визначити комплексний підхід до державного регулювання розвитку охорони здоров'я;
- проаналізувати стан інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та виявити існуючі проблеми державного регулювання у цій сфері;
- визначити основні тенденції модернізації систем охорони здоров'я у зарубіжних країнах;
- обґрунтувати системні засоби вдосконалення державного регулювання сфери охорони здоров'я України на інноваційних засадах;
- окреслити інноваційні підходи до управління закладами охорони здоров'я.

Для реалізації дослідницької мети було використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, а саме: абстрагування, конкретизації та узагальнення теоретичних положень у наукових джерелах для визначення сучасного стану дослідження проблеми, розробки концепції системної трансформації механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я України; факторного аналізу для визначення детермінантів розвитку системи охорони здоров'я, як об'єкту державного управління; порівняльно-зіставний метод використано для вивчення поточного стану сфери охорони здоров'я в Україні; порівняння, для зіставлення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я України та зарубіжних країн.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.1. Особливості організації національної системи охорони здоров'я

Поняття здоров'я згідно з визначенням ВООЗ в даний час включає досить позитивну характеристику: «Здоров'я – це не тільки відсутність хвороби або немочі, але і наявність повного фізичного, розумового і соціального благополуччя».

Здоров'я населення будь-якої держави в його громадських системах і в системах охорони здоров'я є об'єктом і суб'єктом національної безпеки, одночасно метою, змістом і методом їх досягнення, і в кожному з багатьох (оборона, політична стабільність, економіка, інформація та ін.) Аспектів національної безпеки вирішальну роль грає народонаселення, яке має якісні та кількісні характеристики. Кількість населення визначається його головними параметрами громадським і індивідуальним здоров'ям. Здоров'я населення виконує найважливішу функцію зв'язку систем охорони здоров'я та суспільства.

Система охорони здоров'я відіграє надзвичайно важливу роль у забезпеченні належного рівня життя громадян. Показник здоров'я людини є одним із найважливіших чинників суспільного розвитку країни. Тому медичне забезпечення громадян – одна з найважливіших внутрішніх функцій сучасної держави. Медична галузь є багаторівневою функціональною керованою системою, яка створена і використовується суспільством для здійснення всього комплексу соціальних і медичних заходів, що спрямовані на охорону та зміцнення здоров'я кожної людини та населення країни в цілому. Система охорони здоров'я держави має відповідати універсальним критеріям: ієрархічна будова, налагоджені управлінські механізми, визначені форми фінансування. При цьому, перш за все, вона має орієнтуватися на особливості стану здоров'я

населення. У зв'язку з цим, і виникає необхідність суспільно-географічних досліджень системи охорони здоров'я національного та державного рівнів.

Відповідно до ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», охорона здоров'я в Україні – це система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [32]. Система державного управління, що діє в галузі охорони здоров'я, має характерні ознаки загальної універсальної системи державного управління і специфічні ознаки системи управління об'єктами соціально-культурної (гуманітарної) сфери.

Водночас, як і будь-яка галузь та комплекс управління, державне управління в галузі охорони здоров'я має характерні особливості, зокрема [2]:

1. Велика соціально-економічна значущість охорони здоров'я як провідної, базової галузі соціально-культурної сфери життя суспільства й держави, основи державної соціальної політики.

2. Значні труднощі у передбаченні наслідків прийняття тих чи інших управлінських рішень, які можуть виявлятися не відразу і часто не піддаються кваліфікованим оцінкам.

3. Велика кількість і різний характер діяльності об'єктів управління:

– різні за потужністю лікарні (від найменших сільських до колишніх республіканських лікарень підпорядкування Міністерства охорони здоров'я України), поліклініки, диспансери, амбулаторії, діагностичні центри, санаторії, науково-дослідні інститути, вищі навчальні медичні заклади II, III і IV рівнів акредитації – медичні коледжі, академії та університети;

– заклади охорони здоров'я різних форм власності (державної, комунальної, приватної, колективної);

– неоднорідність об'єктів управління з погляду їх обсягу, потужності,

насиченості медичною апаратурою, за кількістю персоналу, в тому числі висококваліфікованих фахівців, за різними формами власності й, нарешті, за різним службовим підпорядкуванням (окремі заклади охорони здоров'я підпорядковані Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України, міністерствам оборони, внутрішніх справ, транспорту, Службі безпеки України та ін.).

4. Специфічний характер управлінських відносин унаслідок міжгалузевого управління шляхом прийняття відомчих нормативно-правових актів (наказів, інструкцій, оголошень, списків та ін.), які поширюють свою дію на діяльність різноманітних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, медичних і фармацевтичних працівників незалежно від місця їхньої праці, форми власності та підпорядкування закладів охорони здоров'я, проведення їх роздержавлення й розподіл за різними формами власності (державна, комунальна, колективна, приватна), набуття ними статусу юридичної особи, застосування новітніх економічних форм і методів господарювання, праці й службового статусу працівників апарату.

5. Фахові та кваліфікаційні особливості управлінського персоналу галузевих органів виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головні лікарі та їхні заступники центральних районних лікарень) і місцевого самоврядування (управлінь і відділів охорони здоров'я виконкомів міських, сільських і селищних лікарень), більшість з яких за освітою лікарі й фармацевти, поєднують свою адміністративну роботу з практичною роботою за фахом на умовах сумісництва.

6. Значні труднощі, а часом і неможливість виправлення хибних рішень.

Усі вони сукупно впливають на формування спеціальних (галузевих) органів виконавчої влади і здійснення ними в цій галузі державного управління.

Управління у сфері охорони здоров'я має певні особливості, що відрізняють її від управління в інших сферах суспільного життя, а саме:

– результат надання медичної допомоги важко піддається визначенню і вимірюванню;

– надання медичної допомоги постійно змінюється і є складним процесом, що часто потребує невідкладних рішень;

– при наданні медичної допомоги можуть бути допущені важко обумовлені несистемні помилки.

Організаційна структура системи охорони здоров'я України складається з трьох основних рівнів: національного, регіонального та субрегіонального (локального).

Національний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України (суб'єкт управління) та закладами охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані безпосередньо МОЗ України, а також науково-дослідними інститутами і вищими навчальними закладами підпорядкованими Академії медичних наук України та МОЗ України (об'єкт управління).

Регіональний рівень системи охорони здоров'я представлений управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях (суб'єкт управління) та державними закладами охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, а також закладами охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад. Наприклад, обласні лікарні, діагностичні центри, тощо (об'єкти управління).

Субрегіональний (локальний) рівень системи охорони здоров'я представляють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні, сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (об'єкт управління).

Чинне законодавство України надає можливість власникам публічних закладів охорони здоров'я (відповідним територіальним громадам, від імені яких право комунальної власності здійснюють відповідні місцеві ради) перетворювати належні їм на підставі зазначеного права заклади охорони

здоров'я (ЗОЗ), що нині мають статус бюджетних установ, у комунальні унітарні некомерційні підприємства.

До переваг перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство, відносять:

- керівник ЗОЗ, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики ЗОЗ, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;
- ЗОЗ (підприємство) має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;
- фінансування ЗОЗ зі статусом підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє такому ЗОЗ бути більш гнучким та самостійним у прийнятті рішень порівняно із суб'єктами, що мають статус бюджетної установи;
- право ЗОЗ (підприємства) утворювати об'єднання підприємств з іншими ЗОЗ, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів ЗОЗ – членів об'єднання;
- ЗОЗ (підприємство) може наймати за цивільно-правовими договорами лікарів фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» отримання статусу комунального некомерційного підприємства є однією з обов'язкових умов, які повинні виконати ЗОЗ для укладання договорів з НСЗУ та переходу на нову систему фінансування медичного закладу [36].

Формування політики в галузі охорони здоров'я та забезпечення її реалізації в Україні виконується державою. Основу державної політики охорони

здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я; визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів; встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування; створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів; затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я [18]. Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади. Особисту відповідальність за неї несе Президент України, який являється гарантом права громадян на охорону здоров'я. Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

МОЗ України очолює Міністр, який призначається відповідно до Конституції України і несе персональну відповідальність за виконання покладених на Міністерство завдань і здійснення ним своїх функцій. Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на органи місцевих державних адміністрацій. Рішення МОЗ України з питань охорони здоров'я, видані в межах його компетенції, є обов'язковими для центральних і місцевих органів державної виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ і організацій.

Основними завданнями Міністерства охорони здоров'я України є [37]:

- забезпечення формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням; забезпечення формування та реалізація державної політики у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження);
- забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, у сфері обігу

наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу;

– забезпечення формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;

– координація діяльності органів виконавчої влади з питань обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу.

Міністерство охорони здоров'я несе відповідальність за якість та доступність медичної допомоги в країні. Водночас МОЗ відмінив розробку та затвердження державних стандартів якості (клінічних настанов і протоколів) та запроваджує нові клінічні протоколи без належної їх адаптації до українських реалій [1].

Міністерство охорони здоров'я також здійснює організацію діяльності державної служби екстреної та швидкої медичної допомоги; координує медичну освіту та систему медичних досліджень; контролює централізовані державні закупівлі фармацевтичних препаратів, медичних виробів та обладнання за відповідними державними програмами.

Крім того, МОЗ проводить ліцензування медичної практики та діяльності банків пуповидної крові, інших тканин і клітин людини [34; 39].

Державні функції в галузі охорони здоров'я здійснюють також інші органи, які мають у своєму підпорядкуванні установи охорони здоров'я. До таких органів, зокрема, належать Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України, Міністерство інфраструктури України. Ці органи самі визначають структуру управління відомчими установами охорони здоров'я.

Заклади охорони здоров'я створюються також підприємствами, установами та організаціями з різними формами власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Порядок і умови створення закладів охорони здоров'я, державної реєстрації та акредитації цих закладів, а також порядок ліцензування медичної

та фармацевтичної практики визначаються актами законодавства України. Заклад охорони здоров'я здійснює свою діяльність на підставі статуту, що затверджується власником або уповноваженим ним органом. Незалежно від юридичного статусу закладу охорони здоров'я керівництво ним може здійснювати тільки особа, яка відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам. Керівникові закладу охорони здоров'я має бути забезпечена незалежність у вирішенні всіх питань, пов'язаних з охороною здоров'я. Кабінет Міністрів України та уповноважені ним органи, а також органи місцевого самоврядування у межах своїх повноважень мають право вирішувати питання щодо припинення діяльності будь-якого закладу охорони здоров'я в разі порушення ним законодавства про охорону здоров'я, невиконання державних вимог щодо якості медичної допомоги та іншої діяльності в галузі охорони здоров'я або вчинення дій, що суперечать його статуту [27].

Основним Законом України – Конституцією України наголошується, що здоров'я людини є однією з найвищих соціальних цінностей, забезпечення якої – один з головних обов'язків держави. В ряді статей Конституції України (статті 24, 27, 34, 49, 50 тощо) визначається право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Цей документ встановлює, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, а в державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно [13].

Безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я [32].

В Україні існує триланкова система медико-санітарної допомоги. Основою національної системи охорони здоров'я є первинна лікувально-профілактична допомога, яка надається переважно за територіальною ознакою лікарями

загальної практики. Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів, а також підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я. У більшості розвинених країн світу первинна медико-санітарна допомога, при ефективній її організації, забезпечує до 90% загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики – сімейної медицини становить 30-50% кількості всіх лікарів, що працюють у галузі охорони здоров'я.

Управління закладами первинної ланки національної системи охорони здоров'я у містах здійснюють управління (відділи) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради; у селах (селищах) – головний лікар району.

В Україні первинна медико-санітарна допомога надається в медичних пунктах, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини, центрах первинної медико-санітарної допомоги і представлена роздробленими структурами, що функціонально, організаційно та фінансово поєднані із спеціалізованою амбулаторною допомогою. Впродовж тривалого часу увага в основному приділялася розвитку дорогих видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Фінансове забезпечення первинної допомоги становило менше ніж 10% коштів, виділених на охорону здоров'я, що не дозволяє досягти оптимального розподілу обсягів роботи між рівнями медичної допомоги. В Україні на первинному рівні починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості [35]. Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та послідовності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні.

Згідно зі ст. 35 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», держава гарантує надання доступної соціальної прийнятної

первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги [32].

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики. Спеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих лікарняних відділеннях міських, центральних районних і частково в обласних лікарнях.

Управління закладами вторинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюється центральними районними лікарнями – головний лікар району; міськими лікарнями – відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради; обласними лікарнями – управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко трапляються. Високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих республіканських лікарнях, республіканських диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах, підпорядкованих Академії медичних наук України та МОЗ України, клінічних закладах охорони здоров'я (міські, обласні лікарні), на базі яких працюють відповідні кафедри медичних академій, інститутів та університетів, Інститутів удосконалення лікарів.

Управління закладами третинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють: міські лікарні – відділ (управління) охорони здоров'я

виконавчого комітету міської Ради; обласні лікарні – управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації; центральні спеціалізовані лікарні, клініки, медичні університети, академії та інститути удосконалення лікарів – МОЗ України.

Таким чином, в Україні довгий час зберігалася система охорони здоров'я, створена за радянських часів, існування якої за ринкових умов є проблематичним, оскільки вона потребує великих асигнувань. Структура медичних послуг за цією системою грубо деформована – на первинному рівні починається і закінчується лікування менше третини усіх випадків і домінує спеціалізована та стаціонарна медична допомога [50]. На сьогодні є необхідним проведення певних управлінських та організаційних заходів спрямованих на реформування системи охорони здоров'я України. Насамперед, вони повинні стосуватися оновлення механізмів державного управління галуззю, а також наукового обґрунтування та практичного впровадження нових методів управління, які б концентрували зусилля органів державної влади на розв'язання протиріч і усунення невідповідностей між фактичними потребами населення в медичній допомозі та послугах і реальними можливостями системи охорони здоров'я щодо якісного задоволення цих потреб в умовах трансформаційних перетворень.

Трансформація охорони здоров'я – це не перехід в один крок від системи Семашка до європейських стандартів медичної допомоги. Це поетапний план складних змін, закріплений в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [33].

Згідно з цим планом: У 2018 р. розпочалася трансформація первинної медичної допомоги – закладів, де працюють терапевти, сімейні лікарі та педіатри. У багатьох розвинених країнах світу первинна меддопомога, а саме сімейні лікарі, вирішує більшість звернень пацієнтів.

До прикладу, в Британії з близько 90% усіх звернень пацієнтів допомагають сімейні лікарі. Це ефективно, бо допомагає запобігати багатьом

хворобам до того, як вони потребуватимуть складного, дорогого і не завжди успішного лікування.

У 2019 р. тривала підготовка до трансформації спеціалізованої допомоги: поліклінік та стаціонарів.

З 1 січня 2020 р. нові механізми фінансування запрацювали на всіх рівнях медичної допомоги – від первинної до стаціонарної.

Верховна Рада України прийняла Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», яким принципово змінено систему фінансування системи охорони здоров'я (СОЗ) України [33].

Кабінетом Міністрів України Постановою «Про утворення Національної служби здоров'я України» зроблено перший крок до докорінної зміни СОЗ у сфері її фінансування, що неминуче приведе до змін в її інших складових [41].

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я та який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Основними завданнями НСЗУ є: реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

1.2. Державне регулювання сфери охорони здоров'я в Україні

Основною метою державного регулювання сфери охорони здоров'я України є зміцнення та збереження здоров'я населення, забезпечення висококваліфікованої медичної допомоги, поліпшення якості життя та збереження генофонду нації.

Для реалізації цієї мети державою було визначено наступні основні завданнями регулювання охорони здоров'я:

- створення сприятливих організаційних і фінансових умов діяльності та розвитку закладів охорони здоров'я всіх форм власності;
- контроль якості медичних послуг та медичної допомоги;
- формування нормативно-правової бази, що забезпечує рівні умови для постачальників медичних послуг;
- реалізація соціально-демографічної політики, спрямованої на підвищення рівня народжуваності та зниження рівня смертності;
- формування вільного доступу до медичної допомоги для всіх верств населення;
- забезпечення санітарно-епідеміологічного добробуту населення;
- забезпечення ефективної багатоканальної фінансової системи за рахунок збільшення державної фінансової підтримки в галузі охорони здоров'я та пошук альтернативних джерел фінансування галузі;
- заохочення населення до здорового способу життя;
- активізація розвитку медичної та фармацевтичної промисловості, включаючи виробництво медичних виробів та виробів медичного призначення, виробництво фармацевтичних препаратів тощо;
- активізація науково-дослідної діяльності та ринку новацій у сфері охорони здоров'я: інноваційних медичних технологій, інноваційного обладнання та устаткування тощо;
- створення сприятливих умов для професійного розвитку персоналу в сфері охорони здоров'я: сприяння процесам неперервної медичної освіти, управлінської освіти в сфері охорони здоров'я тощо.

Ю. М. Ридзель визначає такі функції і задачі державного регулювання розвитку у сфері охорони здоров'я, зокрема [42]:

- інформаційна функція: виявлення та управління факторами, що впливають на появу кризових явищ у системі охорони здоров'я;
- забезпечення використання інформаційних технологій у галузі; інформаційна взаємодія між основними суб'єктами;
- ресурсна: забезпечення кадровими ресурсами сфери охорони здоров'я,

бюджетно-фінансова та грошова-кредитна політика держави, а також управління державними витратами, закупівлями та позиками;

- інноваційна: забезпечення інституційних перетворень зовнішнього середовища, сприятливих для розвитку інновацій; формування пріоритетних напрямів розвитку галузі; стимулювання інноваційної діяльності та розвитку трансферу медичних технологій;

- контрольна: організація постійного моніторингу за станом галузі; аналіз потенціальних наслідків розвитку галузі; оцінка ефективності заходів.

Принциповою особливістю сучасної державно політики у сфері охорони здоров'я, за думкою В. В. Шевчук, є те, що «вона реалізується у контексті адміністративної та бюджетної реформ, спрямованих на перехід від концепції управління витратами до управління за результатами» [48].

Об'єктами державного регулювання охорони здоров'я є особливі взаємозв'язки та явища, медичний ринок та його структурні елементи, система, територіальна, галузева та функціональна підсистеми охорони здоров'я України, а також принципи її організації та функціонування.

Виділяють два типи об'єктів державного регулювання охорони здоров'я:

- матеріальні;
- нематеріальні.

До першої групи належать заклади охорони здоров'я різних форм власності, лікарські засоби, персонал, основний капітал та фінансові ресурси цих закладів. До другої належать службові відносини в закладах охорони здоров'я, відносини між покупцями та постачальниками медичних послуг тощо.

Але головним об'єктом такого регулювання є здоров'я людини та його стан, на який можна впливати, поліпшуючи його.

Основними суб'єктами державного регулювання охорони здоров'я в Україні є Верховна Рада України та Уряд, центральні органи виконавчої влади, серед яких Міністерство охорони здоров'я України, а також місцеві органи виконавчої влади, до яких належать департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, департаменти охорони здоров'я міських рад, які

здійснюють функції управління охороною здоров'я в країні [4].

Діяльність цих органів регламентуються ст. 13 та ст. 14 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [27].

Функціональне навантаження суб'єктів державного регулювання охорони здоров'я в Україні представлено у табл. 1.1 [43]

Таблиця 1.1

Характеристика основних функцій суб'єктів державного регулювання охорони здоров'я України

№	Суб'єкт державного регулювання охорони здоров'я України	Характеристика функціональних обов'язків у сфері охорони здоров'я
1.	Верховна Рада України	формує державну політику про охорони здоров'я через закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я.
2.	Президент України	несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики охорони здоров'я, виступає гарантом влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України.
3.	Кабінет міністрів України	організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.
4.	Міністерство охорони здоров'я України	у межах своєї компетенції планує і здійснює заходи щодо реалізації державної політики України, виконання програм у галузі охорони здоров'я та у сфері розвитку медичної науки.
5.	Інші міністерства та відомства України	Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство інфраструктури України, Міністерство оборони України, Служба безпеки України, які мають свої власні медичні служби, що забезпечують медичними і профілактичними послугами відповідні категорії службовців та членів їх сімей. Державна кримінально-виконавча служба України є відповідальною за організацію медичних та профілактичних заходів усередині пенітенціарної системи.
6.	Національна служба здоров'я України	реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Продовження табл. 1.1

7.	Верховна Рада АР Крим, Рада Міністрів АР Крим, обласні ради, обласні державні	забезпечення реалізації державної політики охорони здоров'я на відповідних територіях, і передані їм в управління рішеннями вищих органів державної влади та районними чи обласними радами заклади охорони здоров'я державної власності та заклади охорони здоров'я, що
----	---	---

	адміністрації (ОДА), управління охорони здоров'я ОДА, Київська міська рада, Київська міська державна адміністрація, управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації	перебувають у спільній власності територіальних громад.
8.	Районні ради, районні державні адміністрації, центральні районні лікарні, сільські, селищні ради	реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством
9.	Міські ради, виконавчі комітети міських рад, управління (відділи) охорони здоров'я міських рад	здійснюють управління закладами охорони здоров'я, організацію медичного обслуговування населення, забезпечують доступність медичного обслуговування, розвиток лікувальних закладів усіх форм власності.

У межах державного регулювання у галузі охорони здоров'я можна виділити два напрямки:

- направлені на вирішення політичних завдань;
- направлені на вдосконалення механізмів управління.

Перший – політичний – аспект полягає в досягненні соціальних та економічних цілей. Другий – управлінський – аспект стосується механізмів управління охороною здоров'я, які мають змішану природу, відображаючи складність взаємовідносин між постачальниками послуг.

Вони направлені на більш ефективне й раціональне використання фінансових, матеріальних і людських ресурсів галузі та передбачають регулювання: якості надання медичної допомоги та ефективності діяльності закладів охорони здоров'я; доступності до медичної допомоги (у т. ч. шляхом запровадження відповідної податкової політики); поведінки постачальників; поведінки платників; ринку медичних послуг та фармацевтичного ринку; діяльності керівників закладів охорони здоров'я, лікарів та інших медичних працівників. А також сприяння державно-приватному партнерству та трьохсторонній моделі співпраці між соціальним, політичним та фінансовим секторами у сфері охорони здоров'я з метою досягнення основних цілей та завдань, що поставлені перед системою охорони здоров'я; формування ключової

стратегії та сприяння формуванню належного підґрунтя для її реалізації на індивідуальних соціальних і структурних рівнях; сприяння громадської активності та співпраці у питаннях планування, управління, фінансування тощо у сфері охорони здоров'я; формування належної нормативно-законодавчої бази, спрямованої на подолання кризових ситуацій в сфері охорони здоров'я та забезпечення досягнення її основних цілей та завдань [26].

Суб'єкти державного регулювання впливають на об'єкти за допомогою сукупності методів для досягнення основної мети. Основні методи державного регулювання, що використовуються національними владними органами.

Методи державного регулювання у сфері охорони здоров'я – це інструменти державного впливу на бізнес-середовище, ринкову інфраструктуру та неприбутковий економічний сектор для забезпечення умов із метою їхнього ефективного функціонування, враховуючи до уваги політику галузі охорони здоров'я [12].

Методи державного регулювання у сфері охорони здоров'я можна класифікуються наступним чином:

- за засобами державного регулювання:
- адміністративні методи;
- економічні методи;
- за формами державного регулювання:
- прямі методи;
- непрямі методи;
- за типом ринку охорони здоров'я:
- методи регулювання ринку медичних послуг;
- методи регулювання ринку медичного обладнання, технологій та новацій у галузі охорони здоров'я;
- методи регулювання фармацевтичного ринку;
- методи регулювання ринку медичного страхування;
- методи регулювання ринку праці медичного персоналу та ринку

медичної освіти;

- за типом інструментів, що застосовуються на ринках охорони здоров'я;
- інструменти підвищення якості послуг (товарів) медичних послуг;
- інструменти підвищення ефективного попиту на медичні послуги та товари.

Таким чином, аналіз даних таблиці 2 підтверджує, що основними інструментами, які застосовуються на всіх типах ринку охорони здоров'я, є прямі адміністративні методи (а саме: ліцензування, акредитація, стандартизація та контроль ціноутворення), прямі економічні методи (це фінансова підтримка різних медичних заходів, наприклад, медичних наукових досліджень, освіти та навчання, придбання медичного обладнання, фармацевтичних препаратів тощо) та непрямі економічні методи (представлені політикою податкового регулювання).

Можна стверджувати, що частка прямих адміністративно- економічних методів у системі державного регулювання в Україні становить 40%; 15% – непрямі економічні методи, що спрямовані на стимулювання ефективного попиту на медичні послуги та товари; 5% – непрямі економічні методи, що спрямовані на стимулювання якості постачання та надання медичних послуг (товарів) у системі методів державного регулювання.

Можна впевнено стверджувати, що найбільш ефективним механізмом державного регулювання у світі у будь-якій галузі економіки є податкове стимулювання та займає одне з провідних місць у системі непрямих економічних методів державного регулювання охорони здоров'я в Україні.

Результати аналізу інструментарію державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні свідчать про його фрагментарний характер, адже не забезпечують державне регулювання всіх взаємопов'язаних ринків сфери охорони здоров'я та якість системи управління закладами охорони здоров'я, що значно ускладнює процес автономізації, формування ринкових відносин та знижує результативність процесу реформування національної системи охорони здоров'я.

Проведене дослідження механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я дало можливість сформулювати необхідність реалізації наступних завдань державного регулювання охорони здоров'я, серед яких провідне місце посідають механізми забезпечення сприятливих умов для діяльності закладів охорони здоров'я, зокрема:

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

Таким чином, сучасна парадигма управління у сфері охорони здоров'я спрямована на модифікацію галузі під впливом розвитку ринкових відносин та об'єктивної необхідності раціонального використання обмежених ресурсів. Вона має відповідати національній економічній парадигмі, що склалася у країні.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я: стан і проблеми

Питання охорони здоров'я мають суттєвий вплив на досягнення встановлених орієнтирів розвитку національної економіки. Параметри економічної системи країни, сталість її зростання залежать від якості формування людського капіталу, насамперед від рівня та стану здоров'я громадян. Здоров'я населення треба розглядати як індикатор суспільних, економічних та соціальних змін, оскільки із соціоекономічної позиції, здоров'я населення – це ключовий чинник формування та розвитку людського капіталу країни, а національна система охорони здоров'я є найважливішою ланкою суспільного виробництва, національної економіки та національної безпеки країни.

Відповідно до законодавства, інноваційна діяльність в Україні здійснюється за такими напрямками:

- проведення наукових досліджень і розробок, спрямованих на створення об'єктів інтелектуальної власності, науково-технічної продукції;
- розробка, освоєння, випуск і розповсюдження принципово нових видів техніки і технологій;
- розробка і впровадження нових ресурсозберігаючих технологій, призначених для поліпшення соціального і екологічного становища;
- технічне переозброєння, реконструкція, розширення, будівництво нових підприємств, що здійснюються вперше як промислове освоєння виробництва нової продукції або впровадження нової технології [5, ст. 327, ч. 2].

У переліку форм інвестування інноваційної діяльності, передбачених Господарським кодексом України, привертає увагу так зване соціальне

інвестування (ч. 2 ст. 326) об'єктів соціальної сфери та інших невиробничих сфер [5]. До нього необхідно віднести й організаційну сферу інноваційної діяльності галузі охорони здоров'я, яка не знайшла втілення серед напрямів інноваційної діяльності, передбачених ч. 2 статті 327 Господарського кодексу України [5].

Враховуючи наведене, інноваційну діяльність у галузі охорони здоров'я умовно можна розмежувати на діяльність:

– по-перше, пов'язану з організаційною сферою, а саме: синтезування нових ідей, розроблення нових теорій і моделей, включаючи проекти, концепції та програми, зосереджені на науково-дослідній діяльності, розробленні програмних засобів опрацювання інформації, удосконаленні існуючих методів діагностики і лікування, та у фармацевтичному секторі – на модернізації технологічних процесів, освоєнні нового обладнання, впровадженні нових технологій, а також організаційних проектів, спрямованих на реформування системи управління охороною здоров'я шляхом створення нових моделей функціонування галузі та відповідної підготовки і перепідготовки кадрів;

– по-друге, пов'язану із науково-виробничою сферою, спрямовану на створення таких об'єктів інтелектуальної власності, як оригінальні лікарські засоби та нове медичне обладнання шляхом перетворення їх на інноваційні об'єкти [29, с. 121, 123].

Отже, інновації в охороні здоров'я – це результат інноваційної діяльності, що реалізується у вигляді забезпечення модернізації матеріально-технічної бази, впровадження прогресивних засобів і методів лікування, медичних технологій, виробів медичного призначення та лікарських засобів, удосконалення існуючих методів діагностики та лікування (медичні інновації), розроблення програмних засобів опрацювання інформації, створення нових моделей функціонування галузі охорони здоров'я та розвитку персоналу, що має вплив на поліпшення здоров'я населення й економічних показників діяльності суб'єктів господарювання галузі охорони здоров'я [30, с. 108; 31].

Конкурентоспроможність національної економічної системи значною мірою визначається спрямованістю, масштабністю та інтенсивністю

інноваційної діяльності в охороні здоров'я.

Відповідно до індексу інноваційного розвитку, представленого агентством Bloomberg у 2020 р., Україна втратила три позиції порівняно з минулим роком і посіла 56 місце серед 60 досліджуваних держав. При цьому наша держава виявилася найгіршою за продуктивністю праці (57 місце), що свідчить про низький рівень застосовуваних технологій та виробництва товарів з низькою доданою вартістю, потрапила до трійки аутсайдерів за технологічними можливостями (57 місце) та посідає 57 місце за рівнем витрат на дослідження та розробки у валовому внутрішньому продукті. Водночас вона зберігає високе 35 місце за проникненням високих технологій (частка інноваційних компаній у загальній кількості підприємств) та 36 місце за патентною активністю [45], тобто має потенціал до розвитку.

Трансформаційний процес в Україні, що триває останні 30 років, не лише збільшив відставання нашої держави від країн – інноваційних лідерів світового ринку, а й спричинив спад за основними показниками інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Так, згідно з даними обстеження в Україні відзначається негативна тенденція скорочення кількості організацій, які здійснювали наукові дослідження і розробки (НДР) у галузі охорони здоров'я та надання соціальної допомоги, зокрема кількість таких організацій у 2019 р. порівняно із 2010 р. зменшилася з 39 до 1, дані наведені у табл. 2.1 [21-24].

При цьому в Україні відбувається поступова деградація інноваційного потенціалу у сфері охорони здоров'я: за даними Держстату, у 2021 р. порівняно з 2013 р. чисельність виконавців наукових та науково-технічних робіт у галузі медичної науки скоротилася на 36,82% (із 6 635 осіб у 2013 р. до 4 192 осіб у 2021 р.).

Бюджетне фінансування медичної науки здійснюється за державним та місцевими бюджетами через розпорядників бюджетних коштів за їх бюджетними програмами.

Таблиця 2.1

Основні показники інноваційного розвитку системи охорони здоров'я

в Україні

Показник	Роки				Темпи зростання / зниження, 2021 р. до 2013 р., %
	2013	2019	2020	2021	
Кількість організацій, які здійснювали НДР у галузі охорони здоров'я та надання соціальної допомоги, од.	39	16	16	1	- 97,4
Кількість працівників, задіяних у виконанні НДР у галузі охорони здоров'я та надання соціальної допомоги, осіб	1226	872	891	к	- 27,3
Витрати на виконання НДР у галузі охорони здоров'я та надання соціальної допомоги, усього, тис. грн	370925,7	к	к	к	...
Кількість наукових організацій Національної академії медичних наук, які здійснювали НДР, од.	37	35	35	36	- 2,7
Кількість працівників, задіяних у виконанні НДР у галузі медичної науки, осіб	6635	3759	5461	4192	- 36,8
Витрати на виконання НДР у галузі медичної науки за видами робіт, усього, тис. грн	422684,9	459262,0	616103,8	546599,8	129,3
у тому числі					
фундаментальні дослідження	92911,9	76567,8	121776,9	94386,6	101,6
прикладні дослідження	229129,0	359661,5	460874,4	425500,6	185,7
науково-технічні (експериментальні) розробки	100644,0	23032,7	33452,5	26712,6	- 73,5
Витрати на виконання НДР у галузі медичної науки за секторами діяльності, усього, тис. грн	422684,9	459262,0	616103,8	546599,8	129,3
у тому числі					
підприємницький сектор	138981,5	26960,8	39158,2	50699,4	- 63,5
державний сектор	266707,6	350995,7	493193,1	405824,3	152,2
сектор вищої освіти	16995,8	81305,5	83752,5	90076,1	530,0
Кількість промислових підприємств з виробництва основних фармацевтичних продуктів і препаратів, що займалися інноваційною діяльністю, од.	-	35	34	30	- 14,3
у тому числі витрачали кошти за напрямками інноваційної діяльності					
внутрішні НДР	-	16	23	16	100,0
зовнішні НДР	-	13	14	6	- 46,1
придбання машин, обладнання та програмного забезпечення	-	15	11	12	- 20,0
придбання інших зовнішніх знань	-	6	3	1	- 83,4
інші	-	12	10	13	108,3

Дані за 2019-2021 рр. наведено без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

Тире (-) - у статистичному збірнику за 2013 рік наведено дані щодо інноваційної діяльності промислових підприємств за видами економічної діяльності в цілому по Україні без розподілення підприємств з виробництва основних фармацевтичних продуктів і препаратів.

Символ (к) - дані не оприлюднюються з метою забезпечення виконання вимог Закону України «Про державну статистику» щодо конфіденційності статистичної інформації

Так, Національна академія медичних наук України є головним розпорядником бюджетних коштів та головною державною науковою організацією з проблем медицини та охорони здоров'я, об'єднує 36 наукових установ, діяльність яких зосереджена на вирішенні найактуальніших проблем теоретичної, клінічної і профілактичної медицини та наданні висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги населенню.

На медичну науку у зведеному бюджеті на 2019 р., тобто державному та місцевих бюджетах разом, частка спеціального фонду склала 18,9% доходів зведеного бюджету України. Отже, лише 76,7 млн. грн. зведеного бюджету у 2019 р. були чітко «прив'язані» до напрямів використання бюджетними науковими установами згідно з їх основною діяльністю. Решту 329,1 млн. грн. перерозподіляли через загальний фонд рис. 2.1. [9; 44, с. 13].

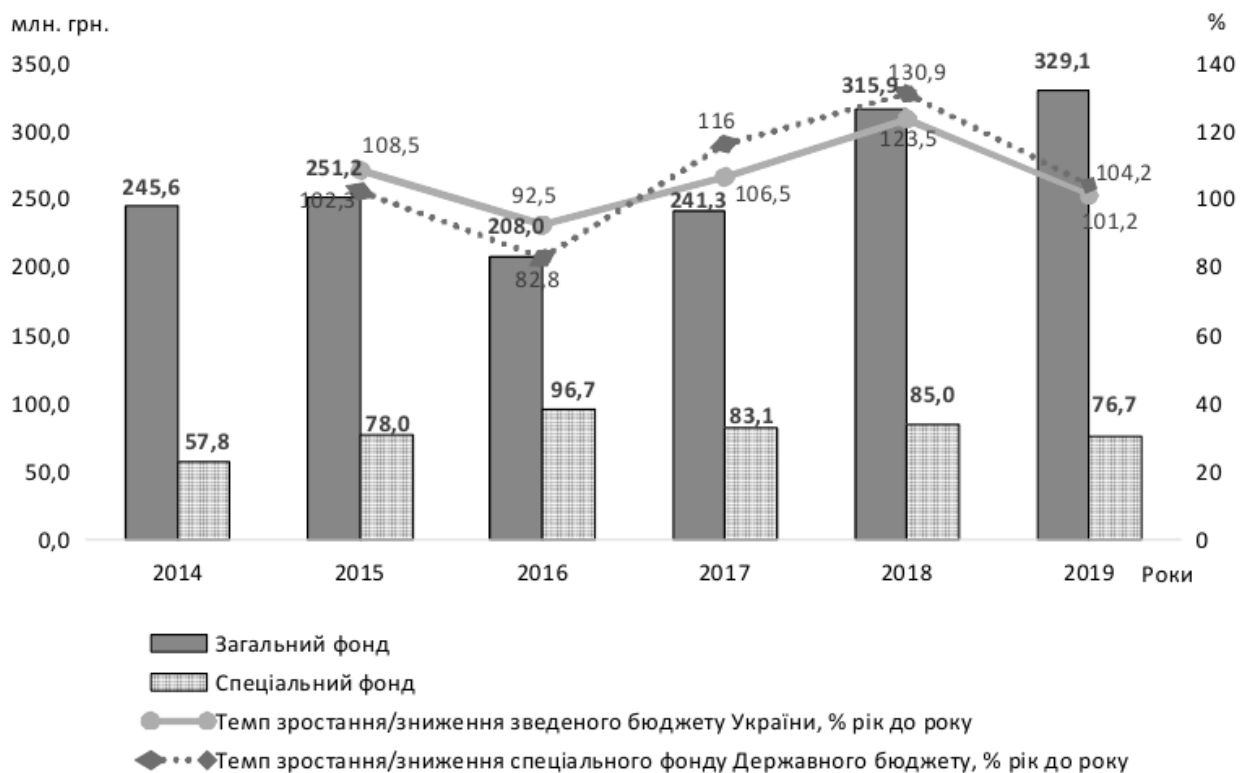


Рис. 2.1. Динаміка витратів загального та спеціального фондів зведеного бюджету України на медичну науку у 2014-2019 рр., млн. грн. і у %

Таким чином, у 2019 р. медична наука була профінансована за загальним фондом Державного бюджету України в сумі 3 291 005,8 тис. грн., в тому числі за 4-ма бюджетними програмами:

– КПКВК 6561040 «Фундаментальні дослідження, прикладні наукові і науково-технічні розробки, виконання робіт за державними цільовими програмами і державним замовленням у сфері профілактики і лікування хвороб людини, підготовка наукових кадрів, фінансова підтримка розвитку наукової інфраструктури та об'єктів, що становлять національне надбання» – 371 415,6 тис. грн;

– КПКВК 6561060 «Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій, спеціалізована консультативно-поліклінічна допомога, що надається науково-дослідними установами Національної академії медичних наук» – 1 535 436,0 тис. грн;

– КПКВК 6561090 «Наукова і організаційна діяльність президії Національної академії медичних наук України» - 19 090,2 тис. грн;

– КПКВК 6561160 «Реалізація пілотного проекту щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги у окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук України» – 600 000,0 тис. грн [9].

З 01 вересня 2019 р. в Україні впроваджено цільове фінансування медичної науки на інноваційні наукові проекти, а не фінансування ставок, як це було раніше. За зміненими чіткими правилами – «гроші йдуть за дослідженням» – фінансування наукових досліджень і розробок, які виконуються закладами вищої освіти, закладами післядипломної освіти та науково-дослідними установами Міністерства охорони здоров'я України, здійснюється в залежності від їх віднесення до відповідної групи у відповідному розмірі:

– до I групи віднесені наукові дослідження і розробки, в яких наявні статті за темою науково-дослідної роботи у виданнях з імпаکت-фактором більше одиниці, що складає 379,0 тис. грн, але не більше ніж обґрунтовано

розрахунками;

- до II групи віднесені наукові дослідження і розробки, в яких наявні більше 3 статей у виданнях, що індексуються наукометричними базами Web of Science, PubMed та Scopus, що складає 284,3 тис. грн, але не більше ніж обґрунтовано розрахунками;

- до III групи віднесені наукові дослідження і розробки, в яких наявні 1-2 статті у виданнях, що індексуються наукометричними базами Web of Science, PubMed та Scopus або за рішенням Комісії Міністерства охорони здоров'я України з перегляду звітів про стан виконання наукових робіт, науково-технічних (експериментальних) розробок враховуючи публікації в українських фахових виданнях і актуальність дослідження, що складає 189,5 тис. грн, але не більше ніж обґрунтовано розрахунками [40].

Отже, переваги нового принципу фінансування для медичної науки:

- ефективне використання коштів платників податків;
- орієнтація на кінцевий результат, тобто інноваційні відкриття, що визнаються на міжнародному рівні та публікуються у виданнях, що індексуються наукометричними базами Web of Science, PubMed і (або) Scopus та мають імпакт-фактор;
- інтеграція української медичної науки у світову науку через публікації в наукових виданнях, що високо цінуються за кордоном;
- можливість брати участь у міжнародних конкурсах на гранти.

Таким чином, інноваційний розвиток системи охорони здоров'я нерозривно пов'язаний з науковою та інноваційною діяльністю у медичному та фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я, і організаційною сферою інноваційної діяльності.

Фармацевтична промисловість займає провідне місце в національній економіці, оскільки є важливим сегментом внутрішнього ринку, забезпечує національну і оборонну безпеку країни, відрізняється великою наукоємною і розвинутою кооперацією. Фармацевтична промисловість включає в себе виробництво лікарських засобів та виробів медичного призначення, їх оптову і

роздрібну торгівлю, спеціалізоване зберігання і розподіл (дистрибуцію) за допомогою налагодженої збутової мережі (аптеки, аптечні пункти).

Низький рівень наукового розроблення вітчизняних інноваційних лікарських засобів є наслідком відсутності належної державної підтримки в сфері охорони здоров'я, що призвело до того, що окремі найбільш дієздатні наукові колективи з 1990-х рр. почали працювати на замовлення іноземних фірм, діяльність інших є неефективною або повністю припинилася. На сьогодні в Україні не створено систему розроблення та цільового виготовлення лікарських субстанцій, вакцин, антибіотиків нового покоління, сучасних генних діагностикумів, тест-систем та інших лікарських засобів, а також спеціалізовані лабораторії з відповідним науково-технологічним обладнанням для проведення доклінічного випробування нових хімічних сполук.

Водночас повноцінна реалізація інноваційного потенціалу фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я гальмується відсутність програмного документа щодо розвитку фармацевтичного сектору. У період до 2020 р. в Україні діяла Концепція розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України (на період до 2020 р.) [38], але відповідної Програми на її виконання так і не було розроблено. Не ухвалена донині також розроблена МОЗ України Концепція Державної цільової програми створення та розвитку внутрішнього виробництва високоякісних лікарських засобів для профілактики і лікування особливо небезпечних інфекційних та інших захворювань.

За результатами проведеного дослідження дістали висновку, що існуючий стан запровадження інновацій у сфері охорони здоров'я є серйозною перешкодою на шляху її формування як ефективно конкурентоспроможної галузі економіки.

Причинами виникнення зазначених проблем є:

- недосконалість нормативно-правового забезпечення державної інноваційної політики у сфері охорони здоров'я; недостатнє використання інструментів державно-приватного партнерства у цій сфері;
- відсутність або обмежена ефективність інноваційної інфраструктури,

яка має сприяти розвитку інноваційного підприємництва у сфері охорони здоров'я;

– недосконалість механізмів економічного стимулювання підприємств до наукових досліджень і науково-технічних (експериментальних) розробок та інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я, а також інноваційно-технологічної модернізації виробництва;

– низький платоспроможний попит внутрішнього ринку на здобутки вітчизняної медичної та фармацевтичної науки й втрата нею впливу на інноваційно-технологічний розвиток вітчизняного фармацевтичного виробництва і системи охорони здоров'я країни в цілому;

– систематичне невиконання державою фінансових умов реалізації державних цільових і місцевих програм, що враховують завдання інноваційного розвитку охорони здоров'я, та фундаментальних наукових досліджень у цій сфері;

– недостатнє використання науковцями та малим і середнім бізнесом можливостей щодо участі у міжнародних інноваційних програмах і проектах.

Отже, з огляду на складність названих проблем і сталість окреслених тенденцій інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України необхідний системний управлінський підхід до розв'язання цих проблем, враховуючи потреби суб'єктів господарювання галузі охорони здоров'я, що провадять інноваційну діяльність, та громади, що може бути перспективним напрямом дослідження.

2.2. Основні тенденції модернізації систем охорони здоров'я у зарубіжних країнах

В країнах Європи і в Україні зокрема до недавнього часу майже всі послуги системи охорони здоров'я надавали державні заклади відповідно до принципу безоплатного універсального права на такі послуги та на основі концепції

соціального страхування. Ця система фінансувалася за рахунок коштів централізованих медичних фондів та коштів державного бюджету.

Функціонування цієї системи мало багато недоліків: значне переважання попиту на медичну допомогу над пропозицією, оскільки можливість надання послуг та фінансові ресурси для їх забезпечення були обмеженими; фактична нерівність у доступності та якості медичних послуг для різних категорій населення; відсутність зв'язку між внесками на соціальне страхування та матеріальними вигодами.

Вивчення іноземного досвіду у реформуванні охорони здоров'я дасть можливість запропонувати ефективні шляхи перебудови медико-санітарної допомоги та механізми публічного управління трансформацією медичної галузі.

Фінансове забезпечення охорони здоров'я є механізмом, який включає процес формування, розподілу і використання фінансових ресурсів, спрямованих на підтримання повноцінного здоров'я людини.

Світова практика виробила три основні моделі фінансування медицини:

1. Бюджетна (державна) модель фінансування (модель Беверіджа), згідно з якою на державний сектор припадає переважна (більша) частина витрат щодо утримання установ охорони здоров'я. Така модель набула поширення у Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канаді, Австралії, Греції, де держава фінансує понад 80% усіх видатків на охорону здоров'я.

2. Платна (приватна) модель фінансування, що створює елементи конкуренції на ринку лікувальних послуг. Найбільше платна медицина поширена в Японії та США, де понад 30% вартості медичних послуг фінансується безпосередньо пацієнтом, а кошти приватного страхування становлять 30–40% усіх видатків на охорону здоров'я. Головною проблемою платної медицини є її недоступність для малозабезпечених громадян. Нестача матеріального забезпечення в деяких випадках означає відсутність медичної допомоги і лише надію на безоплатну допомогу за рахунок благодійних фондів (наприклад, Червоного Хреста).

3. Страхова (змішана) модель фінансування (модель Бісмарка), що забезпечує підтримку сфери охорони здоров'я за рахунок трьох джерел: внесків підприємницьких структур, працівників і держави, причому 10-20% вартості медичних послуг сплачується з особистих коштів громадян. Така система фінансування охорони здоров'я на страхових засадах дає змогу збільшити обсяг фінансування в 1,5–2 рази порівняно з бюджетною моделлю (використовується в таких європейських країнах, як Франція, Австрія, Швейцарія, Нідерланди, Бельгія) [3].

Так, основою політики Нідерландів у системі охорони здоров'я є девіз: «Висока якість роботи при високих лабільності і контролі засобів, які затрачаються для її реалізації». У Нідерландах функціонує система сімейної медицини. Основними напрямками функціонування цієї системи є стійка національна система освіти, наявність стандартних планів до- і після-дипломної освіти, розвиток сімейної медицини як основної ланки медичної допомоги, розробка нормативної бази для сімейної медицини, збільшення функцій національної асоціації сімейних лікарів, посилення ролі недержавних організацій у пропаганді і розповсюдженні сімейної медицини. Медична допомога Нідерландів має превентивний характер. Перше місце в роботі сімейного лікаря посідає пропаганда здорового способу життя та профілактика захворювань. Оплата за послуги сімейного лікаря здійснюється через страхові компанії. Медичне страхування населення є обов'язковим і при доході до 32,6 тис. євро на рік становить 10% від загального доходу (базове страхування). У ці 10% входять: відвідування сімейного лікаря, надання невідкладної допомоги і госпіталізація. Лікування у стоматолога, фізіотерапевта й інших спеціалістів потребує додаткового страхування. Система охорони здоров'я Нідерландів не фінансує, а лише контролює роботу сімейної медицини. Всі фінансові операції проводять страхові компанії [28].

Всесвітня організація охорони здоров'я, проаналізувавши систему медичного обслуговування 191 країни, віддала першість Франції. При цьому

враховувалися такі критерії, як доступність, ефективність, відповідність потребам населення.

З'ясувалося, що саме в цій країні найкращі лікарні, найкомпетентніші медики, сучасне обладнання, до того ж, до всіх цих медичних благ мають доступ практично будь-які соціальні прошарки населення. Загальні витрати на здоров'я на душу населення у 2018 р. склали 4,965 дол. США, як показано на рис. 2.2. [7].

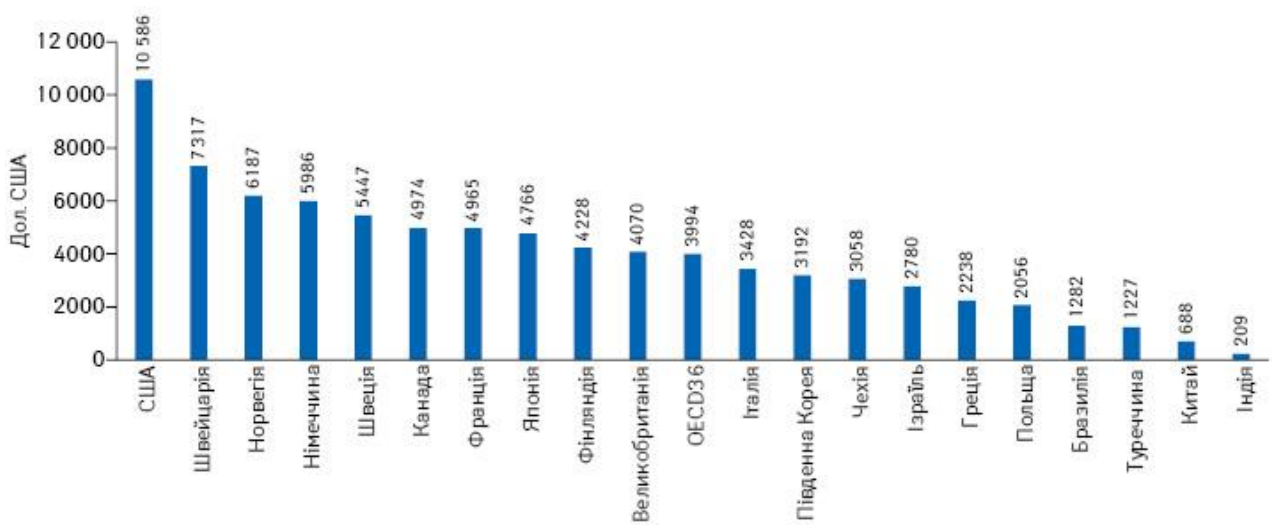


Рис. 2.2. Видатки на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення у деяких країнах та в середньому у 36 країнах OECD у 2018 р.

Як у більшості західних країн, медицина у Франції страхова. Оплата за обслуговування проводиться через так звані «каси», тобто страхові компанії. Згідно із законодавством, у Франції застраховано понад 80% населення. Основна відповідальність за планування в системі охорони здоров'я зосереджується на регіональному рівні і є предметом піклування не лише органів охорони здоров'я, а й територіальних органів державного управління [7].

Система охорони здоров'я у Франції значною мірою регулюється урядом. Центральний уряд відповідає за громадське здоров'я в цілому, забезпечує соціальний захист, регулює відносини між органами, що фінансують охорону

здоров'я, контролює державну систему лікарень та організовує підготовку медичних працівників. На місцевому рівні є 22 регіональних бюро з питань охорони здоров'я та соціальних справ (DRASS).

Загальний доступ до медичних послуг гарантується національною системою медичного страхування (НМС), яка є частиною системи обов'язкового соціального забезпечення. НМС, контрольоване Міністерством соціальних справ, покриває 99% населення країни. Страхування здійснюється через різні програми в залежності від професійної належності особи. Загальна програма покриває приблизно 80% населення, в основному це працівники торгівлі та промисловості, а також члени їх сімей. Решта населення застрахована через програми для робітників сільського господарства, незалежних професій та окремих груп працівників (наприклад, державних службовців, лікарів та студентів). Найбідніші верстви населення мають право отримувати медичну допомогу від різних благодійних організацій. Покриття НМС не є всеохоплюючим, в зв'язку з чим приблизно 87% населення є додатково добровільно застрахованими або через неприбуткові товариства взаємного страхування (Mutuelles), або через приватне страхування.

Розподіл коштів страхових фондів відбувається таким чином: 27% – на охорону здоров'я, 2% – на професійні захворювання, 8% – на безробіття, 44% – на пенсійні виплати і забезпечення людей похилого віку, 12% – на сім'ю. У касу страхового фонду, обсяг коштів якого становить 30% від загального національного продукту, надходять внески від роботодавців (62%), від працюючих (30%) і від податку на тютюн, алкоголь та від страхування автомобілів (9%).

Будь-яке звернення до медичної установи на 20% сплачується пацієнтом і на 80% – страховою касою. Страхові каси відшкодовують витрати на медичні препарати в розмірі, який залежить від прописаних ліків.

Інсулін та життєво необхідні препарати оплачуються касою повністю, більшість ліків – на 70%, а вітаміни та харчові добавки не відшкодовуються взагалі. Система соціального захисту більше сприяє соціальній та медичній опіці

осіб віком від 18 до 65 років, тоді як пенсіонери та іноземці є найгірше соціально захищеними. Іноземці, що приїхали до Франції як туристи, дістають медичну допомогу за рахунок страхових кас. Ті люди, які приїхали на запрошення приватних осіб, урядових установ чи на стажування, можуть розраховувати на компенсацію витрат на медичну допомогу з боку особи – запрошувача чи уряду Франції, у випадку урядового запрошення. Якщо ж громадянин іншої країни перебуває у Франції нелегально, його витрати на лікування оплачує мерія того міста, в якому була надана медична допомога. Система охорони здоров'я Франції перебуває під безпосереднім контролем держави. Контролюючою особою виступає Державний секретар з охорони здоров'я, який слідкує за діяльністю дирекції з охорони здоров'я, дирекції шпиталів та дирекції соціального страхування. Дві третини лікарень у країні – державні, третина – приватні. Останні найчастіше виступають акціонерними товариствами, де акціонерами є працівники лікарні. Державні шпитали призначені для надання цілодобової невідкладної висококваліфікованої медичної допомоги всім прошаркам населення. Оплата за послуги забезпечується страховими касами та визначається актом про виконані маніпуляції чи процедури або тривалістю перебування на стаціонарному лікуванні. У зв'язку зі старінням населення, збільшенням кількості лікарів та появою нових ресурсоемних технологій видатки на медицину у Франції постійно зростають. Ростає також споживання медичних послуг. У структурі медичного споживання 48,8% йдуть на стаціонарну допомогу, 28,6% – на амбулаторну допомогу, 18,4% – на медикаменти, 2,7% – на протези, 1,5% – на транспортування хворих. Кожен француз розуміє, що хвороба може призвести до втрати прибутків і матеріальних благ, отже старанно слідкує за станом свого здоров'я і не економить на профілактиці захворювань та засобах, які забезпечують здоровий спосіб життя.

Загальна програма страхування фінансується шляхом збору податків з роботодавців та працівників – 12,8% видатків на заробітну плату з роботодавця та 0,75% з працівника. На даний час НМС покриває 74% всіх витрат на охорону здоров'я. Останнім часом ця цифра зменшується. Спільні товариства

покривають приблизно 7%, а приватні страховики – 5% витрат на охорону здоров'я. Менш ніж 3% надходить зі зборів загальних податків, а решта (понад 13%) – за рахунок співоплати зі сторони пацієнта. НМС відіграє основну роль у встановленні рівня оплати послуг приватних лікарів та приватних лікарень. Уряд визначає рівень фінансування державних лікарень.

Для фінансування нової Програми загального медичного страхування створено фонд, який забезпечує додаткове покриття. Він фінансується державними субсидіями – медичними субсидіями, які раніше надавались регіону, – та 1,75% страховим внеском, що сплачується Mutuelles, закладами і страховими компаніями від суми їх глобального медичного портфеля. Цей фонд перераховує організаціям соціального забезпечення грошову суму, яка дорівнює витратам, понесеним згідно з Програмою загального медичного страхування.

Фонд також перераховує Mutuelles, закладам та страховим компаніям фіксовану суму на одного реципієнта страхової допомоги загального медичного страхування.

Система охорони здоров'я Франції є однією із найбільш дорогих в Європі. Було здійснено низку політичних ініціатив з метою стримування витрат, в основному, шляхом збільшення надходжень та зменшення видатків. Однак досягти довготривалої стабілізації витрат не вдалося. У той же час, для охоплення страхуванням всіх прошарків населення запроваджене «загальне медичне страхування», яке краще охоплює найменш заможні верстви населення.

Подібним шляхом у реформуванні системи охорони здоров'я рухається Австрія. Міністерство охорони здоров'я Австрії взяло курс на превентивну медицину, що закладено в основі прийнятого в 2005 р. акту про реформування охорони здоров'я. Наріжним каменем вказаного документа є диспансеризація. Диспансерні огляди фінансуються за рахунок державних страхових фондів і є безкоштовними для австрійців, які досягли вісімнадцятирічного віку.

Для контролю за проведенням профілактичних оглядів створені спеціальні служби, інтегровані в систему соціального забезпечення. Для надання медичним працівникам юридичної підтримки і адміністрування внутрішнього пенсійного фонду в Австрії створена Австрійська медична рада, яка представляє інтереси медиків в уряді. Австрійська медицина перебуває на високому рівні, що підтверджують статистичні дані, які вказують на зростання середньої тривалості життя. У 2004 р. цей показник перевищив 76 років для чоловіків і 82 роки – для жінок. За прогнозами, вже у 2030 р. тривалість життя пересічного австрійця становитиме 80 років. З середини 1990-х років населення Австрії збільшилося на 500 тисяч, при загальній кількості мешканців 8,21 млн. Збільшення загальної тривалості життя в Австрії призвело до зростання відсотку населення зрілого та похилого віку. 22% австрійців є старшими за 60 років, за прогнозами, до 2030 р. цей показник зросте до 32%. У 2004 р. працездатне населення склало 62%, а в 2030 р., за прогнозами експертів, ця цифра становитиме 55%.

Реформуванням системи охорони здоров'я в Австрії займаються Міністерство охорони здоров'я і захисту прав жінок, провінційні і муніципальні ради, організації соціального страхування. На допомогу їм були створені Федеральне медичне управління і Провінційні медичні комітети.

Функціями Федерального медичного управління є планування, менеджмент і фінансування системи охорони здоров'я, аналіз ефективності роботи систем повернення витрат, контроль якості послуг і використання сучасних комунікаційних технологій в медицині. У Федеральну медичну комісію, яка є центральним органом Федерального медичного управління, входять члени національного уряду, представники муніципальних, провінційних і міських рад, благодійних організацій, комітетів із захисту прав пацієнтів і фондів соціального страхування. Провінційні медичні комітети, враховуючи економічні і регіональні потреби окремих провінцій, трансформують та запроваджують у практику основні принципи планування і практичні рекомендації, розроблені Федеральним медичним управлінням. В Австрії функціонує багатопрофільна система соціального страхування, яка передбачає

надання допомоги населенню при нещасних випадках, у вигляді пенсійних виплат, проведенні необхідних медичних процедур та маніпуляцій при захворюванні, інвалідності, вагітності і народженні дитини, безробітті, смерті годувальника та настання старості. Всі організації, які надають страхові послуги населенню, входять до Національної асоціації органів соціального страхування, яка співпрацює з федеральним урядом. Фінансування системи соціального страхування здійснюється за рахунок внесків застрахованого населення, або роботодавців. Розмір страхових внесків визначається рівнем річних доходів, за умови, якщо сума останніх не перевищує певного рівня (3630 євро на місяць для службовців і 4235 євро – для фермерів і приватних підприємців).

Члени сім'ї застрахованого можуть отримувати медичну допомогу за його рахунок, навіть якщо вони не сплачують страхові внески самостійно.

Таким чином, 98% населення Австрії охоплені медичним соціальним страхуванням, яке покриває витрати на медичну допомогу, медикаменти, стаціонарне лікування, медсестринський догляд у домашніх стаціонарах, психотерапію і психологічну діагностику. Пацієнт може звернутися до будь-якого лікаря, який співпрацює з страховою організацією, що видала страховий поліс.

Всі медикаменти, що відповідають Економічним протоколам з використання медикаментів та медичного обладнання, можна отримати в будь-якій аптеці за рецептом за рахунок соціальних фондів. Страхівка надає кожному громадянину Австрії можливість лікуватися амбулаторно та стаціонарно без обмеженого часу перебування в клініці. 70% закладів стаціонарного типу припадає на шпиталі, які фінансуються за рахунок соціальних фондів. Є загальний і спеціальний типи оплати за стаціонарне лікування. Максимальна кількість оплачених днів стаціонарного лікування становить 28 на рік, решту часу перебування у клініці оплачують соціальні фонди. Спеціальні фінансові витрати на лікування частково покриваються державою з соціального бюджету, решту пацієнт зобов'язаний оплатити сам, або за допомогою додаткових медичних страховок.

Якщо пацієнт бажає покращити умови перебування у клініці, самостійно обирати лікаря, то він повинен зробити додаткові страхові вклади в комерційні компанії, які встановлюються залежно від стану здоров'я пацієнта, професійних та спадкових факторів. Такими послугами користується близько 30% населення Австрії. В Австрії працювати в сфері охорони здоров'я дозволяється лише спеціалістам з медичною освітою.

Виготовлення, розповсюдження та використання фармацевтичних препаратів в Австрії суворо регламентовані законодавством, яке діє в рамках національної політики охорони здоров'я і захищає права споживачів. Існує ряд правил, що дозволяють контролювати обіг медикаментів на території держави. По-перше, лікарські препарати можна придбати лише за рецептом в аптеках (виняток становлять вітамінні препарати і трав'яні чаї). По-друге, існує ряд вимог до організації роботи аптек: відстань до найближчої аптеки не може бути менше 500 м, а кількість потенційних клієнтів – не менше 5500, послуги повинні надаватися цілодобово і без вихідних, аптека повинна володіти досвідченим персоналом, відповідними торговими приміщеннями і складами [19].

Серед країн з високою якістю медичного обслуговування слід виділити Німеччину. Майже кожен мешканець Німеччини має гарантований доступ до високоякісного комплексного медичного обслуговування та вибору лікарів. У Німеччині, як і в Австрії, існує система медичного страхування, яка базується на функціонуванні приватних страхових фондів та державного обов'язкового страхування. Останнє охоплює приблизно 89% населення, тоді як приватну страховку мають лише 9% німців. 2% населення або зовсім незастраховані, або підлягають особливим видам страхування. Уряд здійснює контроль відповідності дій лікувальних фондів до діючого законодавства, але не бере безпосередньої участі в організації медичної допомоги. Згідно даних Організації економічного співробітництва і розвитку, Німеччина витрачає на надання медичної допомоги в середньому 222 мільярди євро, що складає 11,2% ВВП (2019 р.) і ставить цю державу на друге місце за

рівнем витрат на охорону здоров'я у Європі, та третє місце у світі, як показано на рис. 2.3. [49].

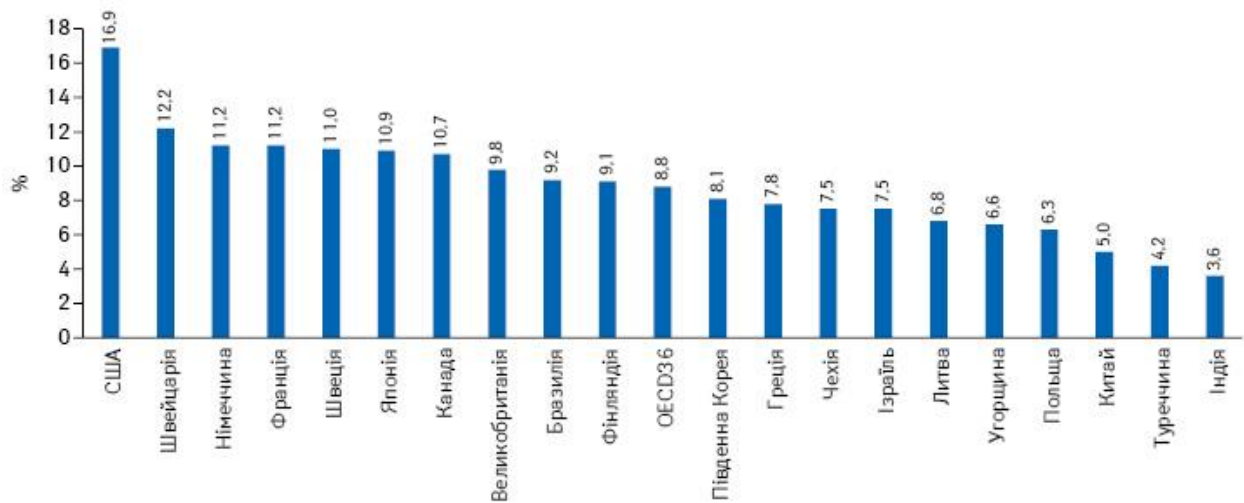


Рис. 2.3. Витрати на охорону здоров'я як частка ВВП у деяких країнах – членах OECD та в середньому у 36 країнах OECD у 2019 р.

Систему обов'язкового державного страхування складають численні фонди. Всі фонди можна розділити на категорії: локальні медичні страхові фонди, профспілкові фонди, галузеві фонди, фонди медичного страхування для працівників великих компаній, аграрні фонди, морський фонд медичного страхування, шахтарський фонд. Страхові внески працівників та роботодавців у фонди державного обов'язкового страхування становлять приблизно 13,3% від загального доходу. Державний еквівалент цих внесків розраховується як фіксована ставка від зарплатні і розділяється порівну між працівником та роботодавцем, крім 0,9% спеціальних внесків на стоматологічні послуги і оплату лікарняного, які з 2005 р. повинні оплачуватися лише фізичними особами.

Право на приватну медичну страховку мають приватні підприємці, державні службовці та особи з щорічним доходом більше 47250 євро. Біля 50 приватних страхових організацій пропонують своїм клієнтам ширший перелік послуг, які не входять до стандартного переліку державного обов'язкового страхування. Власники приватного страхового полісу мають можливість

перебувати в індивідуальній або 2-місній палаті, консультуватися у кращих спеціалістів, отримувати додаткові внески за препарати. Однак, ця система має ряд недоліків. Приватна страхова компанія визначає розмір страхових внесків залежно від ступеня ризику, віку, статі та стану здоров'я клієнта і має право відмовитися від надання послуг або радикально змінювати умови для осіб з відповідними демографічними даними. Ті особи, які перейшли на приватне медичне страхування, до кінця життя не можуть повернутися до державного страхування і зобов'язані сплачувати додаткові внески за дітей та дружин і оплачувати медичні послуги самотійно з відтермінованою компенсацією від страхового агента. Законодавство Німеччини зобов'язує страхові фонди державного та недержавного характеру здійснювати оплату за амбулаторне, стаціонарне та стоматологічне лікування. Пацієнти можуть самотійно вибирати сімейного лікаря чи звертатися безпосередньо до спеціаліста, проте вибір лікувально-профілактичного закладу узгоджується з представником фонду [20].

Не дивлячись на те, що система охорони здоров'я Німеччини вважається чи не найкращою у світі, вона має певні недоліки. Для їх усунення у 2004 р. був прийнятий Акт про модернізацію обов'язкового медичного страхування, який ввів нові критерії співоплати та заходи стримування росту вартості медичних та фармацевтичних послуг; стандартизував рівні співоплати в різних секторах охорони здоров'я; надав можливість лікарням, в окремих випадках, надавати амбулаторну допомогу; наголосив на значенні післядипломної освіти; стимулював створення Інституту якості та економічної ефективності системи охорони здоров'я [19].

Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великобританії є найбільш відомою універсальною системою медичної допомоги з 1948 р., коли вона була запроваджена. Це державна система, що фінансується в основному за рахунок податків. Послуги в межах НСОЗ всім верствам населення надаються

безкоштовно, за винятком тих випадків, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування.

НСОЗ фінансується за рахунок системи загального оподаткування 95% та інших платежів 5% в рамках загального бюджету, який розробляється Міністерством і ухвалюється Парламентом. Обсяги додаткового приватного страхування збільшилися в 90-х роках, але їх частка складає лише деякий відсоток від загальних витрат.

Що стосується збільшення обсягу приватних послуг, то проведені дослідження свідчать, що основними причинами того, що населення підписується на медичне страхування, є зменшення часу очікування для отримання лікування, оскільки приватні послуги дають можливість планувати час лікування; приватна палата забезпечує більш спокійні умови для лікування і графік відвідування хворих є більш гнучким.

Для України є актуальним аналіз досвіду реформування організації й фінансування системи охорони здоров'я у США з метою збільшення присутності держави у даній сфері та забезпечення доступності якісних медичних послуг для переважної більшості населення. Щоб визначити відповідні виклики й уроки для вітчизняної системи охорони здоров'я, розглянемо основні засади функціонування американської системи.

США мають найдорожчу систему охорони здоров'я у світі, протягом декількох останніх десятиліть витрати на її утримання зростають високими темпами. У 2018 р. загальні витрати на охорону здоров'я в США оцінювалися на рівні більше ніж 10 тис. дол. США в перерахунку на душу населення. Ця сума витрат (скоригована на різну купівельну спроможність у різних країнах) була значно більшою, ніж в усіх інших країнах – членах ОЕСД.

Так, загальні витрати на охорону здоров'я збільшилися з 8,5% ВВП у 1979 р. до 17,4% ВВП у 2010-му, і до 16,9% у 2019 р., а на одну особу – підвищилися більш ніж у вісім разів, що частково

зумовлене зростанням витрат держави на медичну допомогу за аналізований період. За прогнозами Центру медичного страхування США, якщо не провести реформування, загальні витрати на охорону здоров'я в 2022 р. становитимуть 4638,4 млрд. дол. США, або 19,8% ВВП, а на одну особу – до 13 708,8 дол. США.

Наведені дані свідчать, що обсяги фінансування охорони здоров'я у США є найбільшими порівняно з іншими країнами світу – як у абсолютному вимірі, так і у відсотках до ВВП. Фінансування наукових досліджень у цій сфері здійснюється за рахунок державних і приватних джерел. Наприклад, лише в 2003 р. у Сполучених Штатах витрати на НДДКР у сфері охорони здоров'я становили 95 млрд. дол. США, у т. ч. 40 млрд. дол. США – державні витрати та 55 млрд. дол. США – приватні. Такі обсяги інвестицій у медичні дослідження роблять США лідером у сфері медичних інновацій. Зокрема, в 2006 р. ця країна отримала 75% загального обсягу доходів у світі від упровадження нових біотехнологій у сфері охорони здоров'я та здійснила 82% загального обсягу витрат у світі за визначеними напрямками.

Модель функціонування американської системи охорони здоров'я побудована на домінуванні в її фінансуванні приватного медичного страхування. У 2009 р. частка приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я у США становила 51,4%, а приватного страхування від приватних витрат на ці потреби – 69,3%. Хоча в багатьох країнах практикується приватне медичне страхування, в більшості з них воно є лише додатковим джерелом фінансування обов'язкового соціального медичного страхування або бюджетної медицини.

Приватна форма фінансування охорони здоров'я характерна для США, де оплата медичних послуг здійснюється головним чином за рахунок населення. Близько 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній, витрачаючи на внесок більш ніж 10% сімейного доходу. Обсяг медичної допомоги за таких умов залежить від розміру внеску. Більшість американців страхується своїми роботодавцями або через такі організації, як

професійні товариства чи об'єднання малих підприємств. Ця система існує вже декілька десятиліть. Вона підтримується усередині штатів некомерційними організаціями Синій Хрест і Синій Щит, які зобов'язані застрахувати всіх бажаючих. Але вони також можуть відстрочити виплату за лікування на два-три роки. Страхові внески можуть бути дуже високими. Існують також альтернативні системи страхування. Це приватні комерційні компанії та організації підтримки здоров'я. Вони більш перебірливі у виборі тих, кого страхують, і можуть відмовити у страхуванні особам із захворюваннями, лікування яких потребує значних витрат. Пропонуючи страхування відносно здоровим людям, вони призначають їм значно менші страхові внески, ніж Синій Хрест і Синій Щит, можуть обмежити вибір лікаря [7].

В більшості країн, які використовують переважно модель Бісмарка, витрати добровільного (приватного) медичного страхування становлять менше ніж 10% загальних витрат на охорону здоров'я, зокрема в Люксембурзі – 1,3%, Швейцарії – 9,1%, Республіці Кореї – 4,5%, Мексиці – 3,7%, Нідерландах – 6,2%, Німеччині – 9,2% [8].

Як показують результати досліджень, із кожного долара витрат на охорону здоров'я у США 31% спрямовується на фінансування стаціонарного лікування, 21% – на послуги лікаря та інші клінічні послуги, 10% становлять фармацевтичні витрати, 6% – витрати на будинки довічного догляду; 4% – стоматологічні витрати, 3% – витрати на фінансування державних заходів у сфері охорони здоров'я та ін. За дослідженнями інших науковців, близько третини витрат загального обсягу фінансування медичної галузі у США становлять адміністративні, що вдвічі перевищує відповідні витрати в Канаді.

Незважаючи на такі вагомні обсяги фінансування системи охорони здоров'я США, в ній є серйозні проблеми, які стали передумовою її реформування. За визначенням ВООЗ, Сполучені Штати – єдина розвинута країна у світі, де відсутня універсальна система охорони здоров'я, в рейтингу ефективності такої системи США посідають 37-ме місце. На думку окремих експертів ВООЗ,

американська система охорони здоров'я не забезпечує еквівалентного доступу до медичної допомоги відповідно до обсягу витрат на її фінансування.

У Сполучених Штатах приватне медичне страхування – єдина форма страхового покриття для осіб, які не залучені до таких державних програм медичного страхування:

- програма державного медичного страхування літніх людей віком 65 років і старших – «Medicare»;
- програма державного медичного страхування малозабезпечених верств населення, рівень доходу для охоплення яким у різних штатах є неоднаковим – «Medicaid»;
- програма державного медичного страхування для військовослужбовців та окремих груп військових пенсіонерів – «Veterans Administration».

Частка населення, охопленого приватним медичним страхуванням, становить 64% загальної кількості застрахованих осіб, а державними програмами медичного страхування – близько третини. Слід зауважити, що відсоток населення, охопленого приватним медичним страхуванням, має стійку тенденцію до зниження з 2001 р. унаслідок істотного збільшення його вартості.

До недоліків американської приватної системи медичного страхування варто віднести те, що вона залишає значну частину населення без страхування здоров'я. Серед незастрахованих багато молоді, а також осіб, які працюють на малих підприємствах, і членів їх сімей. Іншою проблемою американської охорони здоров'я є різке подорожчання медичних послуг, яке призводить до того, що невеликі фірми не завжди можуть страхувати своїх працівників.

У березні 2010-го року Президент США Барак Обама підписав Закон про захист пацієнтів та доступне медичне забезпечення (Patient Protection and Affordable Care Act, який часто називають Obamacare). Згідно з цим законом, страхові компанії більше не зможуть відмовляти в отриманні нових страхових полісів пацієнтам з хронічними хворобами, зобов'язані пояснювати будь-яке

підвищення страхових внесків, а також забезпечувати для жінок безкоштовні мамограми та протизаплідні засоби.

32 мільйони американців вперше в своєму житті можуть дозволити собі медичне страхування і близько 95% осіб, молодших за 65 років будуть мати медичні страховки. Ті, хто не має медичного страхового полісу, будуть платити штрафи. Ключовий елемент медичної реформи, яку ініціював президент США і яку на його честь називають *ObamaCare*, не вступив в силу у 2014 р., як було заплановано. З жовтня 2013 р. по червень 2014 р., за різними оцінками, число повнолітніх американців, що мають медичне страхування, зросла на 8-10 млн.

Республіканці виступають категорично проти цих реформ. Закон про доступне медичне забезпечення фактично зобов'язує людей купувати страхові поліси. На їхню думку, уряд надмірно втручається в економіку і в особисте життя людей. 12 травня 2016 р. республіканці одержали судову перемогу: федеральний суд постановив, що адміністрація Обами використовувала неправильні методи для фінансування субсидій малозабезпеченим в рамках реформи.

Отже, система фінансування й організації охорони здоров'я США має ряд серйозних недоліків. Це:

- обмеженість прямої участі держави в наданні послуг у сфері охорони здоров'я порівняно з іншими країнами ОЕСР лише окремими вразливими соціальними групами населення (малозабезпечені й літні люди);

- незастрахованість приблизно 50 млн. населення країни (причому їхня частка має стійку тенденцію до зростання); підвищення вартості медичних послуг і медичного страхування, що випереджає збільшення доходів; недоступність медичного обслуговування для найбільш вразливих людей;

- наявність у страхових компаній широких можливостей для дискримінаційних відмов (за станом здоров'я, статтю та матеріальним становищем) як до, так і після укладення страхового договору, включаючи відмову у виплатах;

- високі персональні ризики банкрутства окремих осіб через непередбачувані витрати на охорону здоров'я;
- швидке зростання вартості державних програм медичного страхування «Medicare» та «Medicaid», що критично збільшує дефіцит державного бюджету, а в довгостроковій перспективі стає головним чинником зростання державних витрат;
- висока вартість та монополізація ринку медичного страхування, яке надається роботодавцями, що обмежує мобільність трудових ресурсів;
- відсутність медичної допомоги для окремих верств населення через низький рівень доходів, унаслідок чого цим людям залишається сподіватися лише на безкоштовну медичну допомогу за рахунок благодійних фондів.

Приватне медичне страхування у Сполучених Штатах організоване переважно за групами працюючих громадян (групова оцінка ризиків), переважне право вибору страховиків належить роботодавцю. На практиці це означає, що наймані працівники мають у кращому разі дуже обмежені можливості вибору страхової компанії. У дослідженні експертів з Гарварду зазначалося, що відсутність медичної страховки є причиною 44 800 додаткових смертей щорічно [10].

У середині 1980-их на американському ринку приватного медичного страхування панувала система страхових гарантій: страховики платили постачальникам безпосередньо за послуги, практично відразу погоджуючись із визначеною ціною, кількістю та якістю. Витрати на лікарні й лікарів покривалися з розрахунку, що ціни є «звичайними й розумними».

До запровадження регульованої медицини система безпосередньої оплати за послуги в поєднанні з федеральними субсидіями призвела до «надмірного» страхування та до зростання витрат, яке в 2-3 рази перевищило збільшення споживчих цін. Нова система стримала зростання витрат, проте з 1997 р. воно знову посилювалося, причому премії збільшувалися вдвічі швидше, ніж споживчі ціни.

Отже, система регульованої медицини, що нині охоплює понад 80% працюючого населення, принесла тимчасове полегшення, але не змогла забезпечити стійкий контроль зростання витрат. Можливо, регульована медицина не змогла стримати витрати на системному рівні в середньостроковій перспективі, оскільки регулюється на рівні окремих страховиків, тобто системні заходи не застосовуються.

Таким чином, незважаючи на нові методи регульованої медицини, система охорони здоров'я залишається фрагментарною, й діяльність окремих страховиків лише дуже незначною мірою впливає на сукупну ефективність її функціонування.

Е. Моссалос та А. Діксон визначили основні причини нерегульованості ринку приватного медичного страхування в США:

- попит, який не враховує видатків. За наявності третього учасника (страхувальника), котрий пасивно сплачує пільги й допомоги, ні постачальники, ні споживачі не мають стимулів до економії коштів;
- упереджений відбір ризиків як джерело прибутку. Страхувальники можуть накопичувати прибутки завдяки збільшенню числа модифікацій власного продукту та отриманню надприбутків;
- поділ ринку на частки мінімізує цінову конкуренцію. Значна кількість складних, різноманітних пакетів пільг та допомоги подрібнює ринок, ускладнюючи порівняння та практично унеможливаючи вибір на основі ціни;
- відсутність інформації про співвідношення результативності й вартості.
- оцінці результативності приділяється недостатня увага;
- кошти надаються переважно на окремі випадки лікування, а не на реалізацію комплексних (пакетних) угод;
- недостатньо широкий вибір для членів невеликих груп. Половина працюючого населення США входить до груп, чисельність яких менша ніж 100 осіб, при цьому планів страхування для них дуже мало;
- аномальні державні субсидії. Податкові «прогалини» вигідні заможним

найманним працівникам: чим заможніший застрахований, тим більша субсидія. Субсидії краще спеціально направляти бідним, щоб зробити можливим їх постійне членство в планах страхування.

Зменшення унаслідок кризи обсягу ресурсів, доступних для системи охорони здоров'я, зміна умов і способу життя, споживчої поведінки, а також соціальних норм і цінностей впливають на показники здоров'я населення та підвищують ризик виникнення в людей фінансових проблем у зв'язку з необхідністю лікування. Кредитна криза фінансових інститутів завдала збитків здебільшого приватним інвесторам у сфері охорони здоров'я та суб'єктам ринку медичного страхування.

Борги, пов'язані з необхідністю оплати медичних послуг і ліків, є основною причиною особистих банкрутств у Сполучених Штатах. Причому в багатьох із тих, що стали банкрутами, була медична страховка, але вона не допомогла уникнути додаткових витрат за рахунок особистих коштів хворого.

Слід зазначити, що такий розвиток подій не пов'язаний тільки з фінансово-економічною кризою, адже й у 2001 р., протягом рецесії, витрати на медичні послуги були причиною половини банкрутств у США. Зазвичай за рік від різних форм медичного страхування через високу вартість відмовляється близько 20% застрахованих осіб, навіть у роки економічного зростання.

Зниження частоти виникнення фінансових проблем, пов'язаних із платежами за медичні послуги, є одним із ключових показників прогресу в напрямі поширення доступності медичної допомоги. Втім, практичне втілення заходів із реформування системи охорони здоров'я США, необхідних для виправлення існуючих недоліків, є процесом не менш складним, ніж упровадження схем державного медичного страхування.

Як уже зазначалося, у США існує істотна диференціація доступу до медичних послуг, а також фінансові, адміністративні й територіальні бар'єри в медичному страхуванні. За таких обставин закон 2010 р. про реформування системи охорони здоров'я США, що спрямований як на подолання окреслених

проблем, так і на збільшення присутності держави в регулюванні даного сектору соціальної сфери, був прийнятий вчасно. Виконання положень цього закону призвело до найбільших змін і трансформацій у організації й фінансуванні американської системи охорони здоров'я з часів упровадження в 1966 р. систем медично-гострахування «Medicare» і «Medicaid». Загальною метою нової реформи системи охорони здоров'я є забезпечення доступу до якісного медичного обслуговування всього населення країни. Реформа впливає на потенціал задоволення життєво важливих потреб практично всіх верств населення, але передусім працюючого. Крім цього, в результаті реформи збільшиться вплив держави на функціонування системи охорони здоров'я, були обмежені необґрунтовані надприбутки в цій сфері.

Основними положеннями закону з реформування системи охорони здоров'я є такі:

- національною системою медичного страхування, послуг лікарями; стандартизація страхових планів та їх супровід споживчими рейтингами й заходами з перевірки якості послуг; публічне обґрунтування підвищення страхових премій; розкриття платежів від виробників устаткування й медикаментів лікарями; проведення незалежних досліджень порівняльної ефективності терапії);

- такі заходи з реформування системи охорони здоров'я США посилюють державне регулювання приватного сектору галузі, сприяють упровадженню нових інструментів державного регулювання в цій сфері та створюють передумови для впровадження комплексної системи медичного страхування;

- поряд із цим треба зазначити, що реформа охорони здоров'я у США на старті передбачала запровадження загальнообов'язкового медичного страхування й типового державного страхового плану, а також можливість для осіб, молодших за 65 років, купити страховку в системі державного страхування для літніх. Невиконання цих аспектів реформ призведе до того, що близько 5%

населення країни не матиме медичної страховки.

Загалом результатом реформування американської системи охорони здоров'я стане зменшення федерального дефіциту на 143 млрд. дол. США за перших 10 років та на 1,2 трлн. дол. США за наступних 10 років. Програма реформи передбачає порівняльне збільшення витрат на охорону здоров'я в найближчих 10 років через розширення страхового покриття населення. Загальні вигоди та економія на витратах за період 2010-2019 рр., за оцінками Незалежного органу Конгресу США, що надає прогнози поведінки бюджету й бюджетну оцінку економічних політик, та Незалежного органу Конгресу США з податкових питань, включаючи прогнози зборів, будуть досягнуті за рахунок:

- запровадження додаткового податку в розмірі 0,9% на отримані доходи та 3,8% на інвестиційні прибутки багатих домогосподарств, які одержують понад 200 тис. дол. США на рік, – 210 млрд. дол. США;
- підвищення ефективності витрат на надання послуг та уповільнення темпів зростання вартості охорони здоров'я – 156 млрд. дол. США;
- скорочення пільг страховим компаніям за участь у програмі «Medicare» – 132 млрд. дол. США;
- створення добровільного місцевого мікростраховання на випадок тимчасової непрацездатності, а також економії на лікарняних місцях – 70 млрд. дол. США;
- підвищення ефективності та зниження витрат на надання частки страхування за програмою «Medicare» – 70 млрд. дол. США;
- уведення з 2011 р. щорічного податку на організації з медичного страхування, котрі діють на ринку довше за інші, – 60 млрд. дол. США;
- підвищення ефективності державних програм надання медичної допомоги вдома в межах «Medicare» – 40 млрд. дол. США;
- запровадження з 2018 р. 40-відсоткового акцизного податку на плани з високими страховими преміями – 32 млрд. дол. США;

- уведення з 2011 р. щорічного податку на виробників та імпортерів медикаментів, які функціонують на ринку найдовше, – 27 млрд. дол. США;
- запровадження з 2013 р. акцизного податку (2,9%) на виробників та імпортерів медичного устаткування – 20 млрд. дол. США.

Підсумовуючи викладене, зазначимо, що прийнята реформа у США є необхідним кроком на шляху підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я. Втім, у разі скорочення запланованих заходів реформи радикальні зміни у структурі американської системи охорони здоров'я не можливі. Водночас перелічені вище заходи є лише початковим етапом, який сам по собі не розв'язує проблему надмірних витрат на охорону здоров'я у США. Дебати стосовно доцільності як окремих заходів, так і реформи охорони здоров'я загалом тривають у судах різних штатів. Критики цих реформ вважають, що прийнятий план заходів призведе до посилення податкового тиску на бізнес, підвищення темпів інфляції та скорочення кількості робочих місць.

У сукупності державні схеми та обов'язкове медичне страхування є основними механізмами фінансування у всіх країнах OECD, як показано на рис. 2.4. [46].

У середньому близько $\frac{3}{4}$ всіх витрат на охорону здоров'я в рамках OECD зараз покриваються цими типами обов'язкових схем фінансування. У Норвегії, Данії, Швеції та Великобританії на схеми центрального, регіонального чи місцевого самоврядування припадає близько 80% або більше всіх витрат на охорону здоров'я, а більшу частину решти становлять прямі виплати пацієнтів.

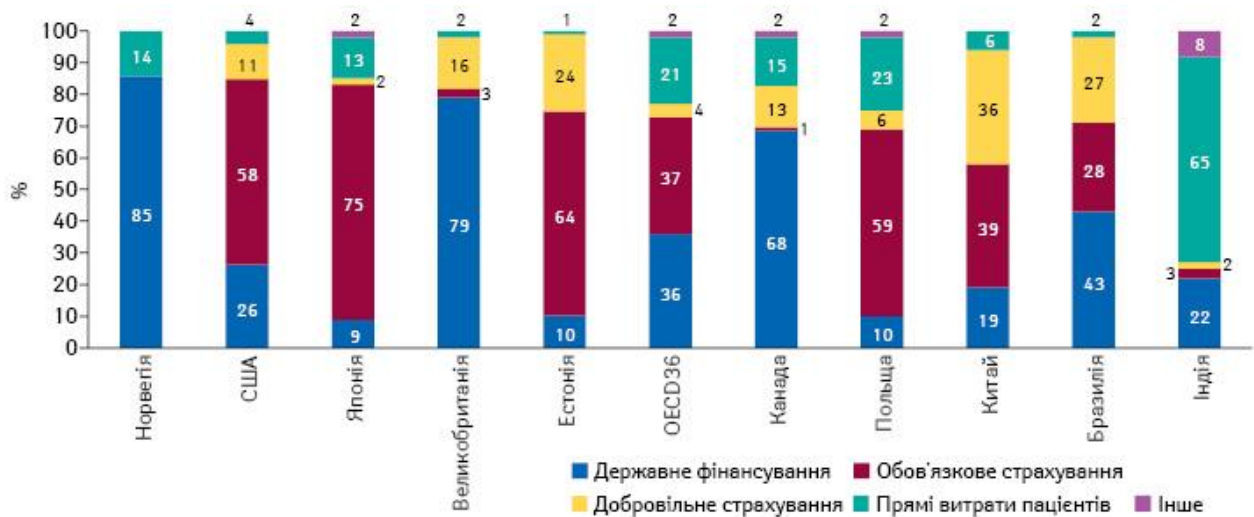


Рис. 2.4. Основні механізми фінансування у всіх країнах OECD

Обов'язкові схеми медичного страхування є домінуючим джерелом фінансування медичної допомоги в Німеччині, Японії, Франції, Люксембурзі та Нідерландах, вони, як правило, покривають приблизно $\frac{3}{4}$ всіх витрат на охорону здоров'я.

Незважаючи на те що Німеччина та Японія покладаються на систему соціального медичного страхування, Франція доповнює покриття медичного страхування системою різних приватних медичних програм страхування, які стали обов'язковими за певних умов працевлаштування у 2018 р.

У США федеральні та державні програми, такі як Medicaid, становлять близько $\frac{1}{4}$ всіх витрат на охорону здоров'я. Ще 22% покриваються схемами соціального медичного страхування (наприклад Medicare). Приватне медичне страхування, яке з моменту введення закону про доступну допомогу (Affordable Care Act) у 2014 р. вважається обов'язковим через існуючий індивідуальний мандат для фізичних осіб купувати медичне страхування або сплачувати штрафи, фінансує більше третини загальних витрат на охорону здоров'я.

Наступними за важливістю джерелами фінансування, як правило, є прямі витрати пацієнтів. У середньому приватні домогосподарства безпосередньо фінансували більше ніж $\frac{1}{5}$ всіх витрат на охорону здоров'я в 2018 р., але із суттєвою різницею в межах OECD. Тоді як ця частка перевищує 30% у Латвії

(42%), Мексиці (41%), Греції (35%), Кореї (34%) та Чилі (34%), вона нижча 10% у Франції. В Індії та Китаї прямі витрати на охорону здоров'я пацієнтів перевищили 30%.

З метою переходу до загального медичного покриття, в останні десятки років деякі країни ОЕСД збільшують витрати на урядові або обов'язкові страхові схеми. Як наслідок, у деяких країнах зменшилася частка витрат на охорону здоров'я, які сплачуються фізичними особами, та добровільних систем страхування. Однак хоча частка витрат на охорону здоров'я, які охоплюються цими двома схемами, в ОЕСД незначно зменшилася з приблизно 28% у 2003 р. до 26% у 2019 р., показники в країнах-членах значно відрізняються.

Серед тих країн, де добровільне медичне страхування відіграє важливішу роль, ця частка в останні роки збільшується в Південній Кореї та Австралії, тоді як у Словенії та Канаді вона залишалася більш-менш стабільною. Частка витрат, покритих прямими виплатами пацієнтів, значно збільшилася в період 2011–2019 рр. у кількох європейських країнах, таких як Греція (5%), Іспанія (5%) та Португалія (3%), хоча цей показник стабілізувався останнім часом. Це результат політики, запровадженої в ряді країн для збалансування державних бюджетів після світової фінансово-економічної кризи, наприклад, запровадження або збільшення доплат за первинну медичну допомогу та стаціонарне лікування, збільшення меж відшкодування коштів або зниження рівня реімбурсації лікарських засобів та стоматологічної допомоги, або скасування покриття для певних груп населення.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Шляхи удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України

Специфіка ведення бізнесу у сфері охорони здоров'я вимагає особливого підходу з огляду на особливості продукту, що випускається на ринок, – медичної послуги. Соціальна значущість медичного бізнесу диктує застосування особливих методів менеджменту і маркетингу. З кожним роком у країні стабільно збільшується сектор комерційних медичних послуг, і населення все більше адаптується до їх платності. Однак менталітет значної частини населення досі не дає змоги прийняти платну медицину як факт.

Слід розуміти, що результатом інноваційної діяльності в охороні здоров'я є розвиток медичних технологій, наукових досліджень і передового досвіду, спрямованих на отримання якісно нової ідеї оздоровлення, лікування, управління процесами в медичній галузі, отримання нових медичних товарів, технологій або послуг, що мають конкурентні переваги.

Інноваційний процес в охороні здоров'я являє собою послідовний ланцюг подій, у результаті яких інновація перетворюється з ідеї на конкретний продукт, технологію або послугу і поширюється в практичному використанні для досягнення загальномедичних цілей. Інновацій стосуються не тільки надання медичних послуг, а й організації командної роботи, тому викликають потребу в реінжинірингу процесів функціонування медичного закладу [16]. Одним із перспективних підходів до управління організаціями сфери охорони здоров'я слід розглядати процесно-орієнтований. Управління, засноване на ньому, розширює свої кордони і включає додаткові завдання: реінжиніринг медичних бізнес-процесів може здійснюватися успішно лише тоді, коли попередньо створені необхідні умови і відсутні проблеми, пов'язані з людським чинником;

збереження вузькопрофесійними об'єднаннями своєї відособленості; недостатня обізнаність керівництва про широкий спектр наявних альтернатив і недостатні фінансові ресурси ускладнюють поширення клієнтоорієнтованих сучасних процесних технологій; можливості для інновацій і докорінних змін забезпечуються за допомогою вибору відповідних комбінацій нових інформаційних технологій, з якими повною мірою знайомі лише деякі клініки; методичні аспекти моделювання бізнес-процесів повинні відповідати вимогам стратегічного управління, враховувати специфічні особливості кожного конкретного закладу і спиратися на принципи проектного управління, такі як командна робота, системний підхід, процесний підхід, система менеджменту якості, система збалансованих показників і принцип постійного поліпшення.

На кожному функціональному рівні, у кожному відділенні установи для керівників повинні бути поставлені свої цілі й зафіксовані свої критерії ефективності, що, на жаль, поки що не зроблено в багатьох закладах охорони здоров'я. Недостатня чіткість у баченні суті діяльності часто не дає змоги менеджменту медичної установи виділити ключові цілі, сформувані ієрархію пріоритетів, спланувати розвиток послуг і супутній сервіс. Застосування управління з орієнтацією на бізнес-процеси в медичному секторі не тільки дає змогу подолати нагальні проблеми, а й відкриває нові перспективи для розвитку. Однак проведення технологій такого плану в установах охорони здоров'я ускладнюється низкою чинників, що перешкоджають широкому впровадженню процесного підходу до менеджменту, зокрема небажання співробітників виходити за рамки своєї вузької спеціалізації. Проблеми, що виникають у ході проведення реінжинірингу, можуть бути вирішені завдяки орієнтації на задоволення потреб пацієнта і медичного персоналу. Багато медичних установ відчують нестачу в ресурсах, необхідних для розроблення якісно нових моделей роботи, внаслідок чого швидше за потребою, ніж на переконання, вважають за краще реінжинірингу бізнес-процесів технологію безперервного вдосконалення.

Управління комерційними установами охорони здоров'я носить більш гнучкий характер порівняно з державними, зважаючи на відсутність підзвітності фінансуючим органам. Сьогодні приватні медичні установи становлять сильну конкуренцію державному сектору завдяки можливості забезпечити не тільки високу якість послуг, а й високий сервіс.

Інновації у системі управління закладами охорони здоров'я – це результат інноваційної діяльності, що реалізується у вигляді забезпечення модернізації матеріально-технічної бази, впровадження новітніх прогресивних засобів і методів лікування, медичних технологій, виробів медичного призначення і лікарських засобів, удосконалення існуючих методів діагностики та лікування (медичні інновації), розроблення програмних засобів опрацювання інформації, створення нових моделей функціонування закладів охорони здоров'я і розвитку персоналу; має вплив на поліпшення здоров'я населення та економічних показників суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я. Розкриття поняття «інновації» зумовлене практичним застосуванням у контексті здійснення інноваційного розвитку. Характеристики інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я наведено в табл. 3.1.

Питання трансформації економічних засад інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я мають бути спрямовані на формування зрозумілих фінансово- економічних механізмів цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [30, с. 107].

Інноваційний розвиток закладів охорони здоров'я доцільно охарактеризувати як нову модель організації та забезпечення доступного медичного обслуговування населення, що ґрунтується на інноваціях, характеризується ухваленням стратегічних рішень в інноваційній діяльності на всіх ієрархічних рівнях національної економіки.

Таблиця 3.1

Характеристика інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я

Критерії	Характеристика
Елементи соціальної функції	<ul style="list-style-type: none"> - створення системи стратегічного управління інноваційним розвитком закладами охорони здоров'я України; - збільшення обсягу наукових розробок за рахунок коштів комерційних структур; - проведення соціологічних та статистичних досліджень із метою оцінки потреб суспільства в інноваціях, зокрема лікарських засобах; - державний контроль забезпечення необхідними якісними медичними послугами всього населення; - визначення законодавчо чіткого переліку медичної допомоги, що повинна надаватися у державних закладах охорони здоров'я безкоштовно та за відповідного фінансування цих закладів; - створення зв'язків між фінансуванням державних закладів охорони здоров'я і кінцевими результатами їхньої роботи; - підвищення рівня фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок розроблення та реалізації механізму державно-приватного партнерства; - нормативне розроблення українських медичних стандартів згідно з міжнародними стандартами якості надання медичних послуг; - впровадження обов'язкового медичного страхування громадян.
Ознаки інноваційної діяльності сфери охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> - основним предметом є впровадження, використання та комерціалізація результатів наукових досліджень і розробок у виробництві та соціальній сфері; - об'єктом виступають нематеріальні блага - результати інтелектуальної діяльності, які доводяться до стану інноваційного продукту та впроваджуються як інновації; - результати мають довгостроковий характер; - властивий високий ступінь непередбачуваності наслідків та результатів, що свідчить про її ризиковий характер; - передбачає фінансування робіт із реалізації інноваційного проекту щодо впровадження та використання результатів наукових досліджень і розробок, тобто супроводжується інвестуванням грошових коштів у нематеріальні об'єкти, що фактично становить інший елемент предмета інноваційної діяльності; - викликає позитивні соціально-економічні зміни; - одним із результатів її здійснення є підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я та продукції чи медичних послуг, що ними випускається чи надається на основі реалізації інновацій

Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я – динамічний процес структурного вдосконалення сфери завдяки втіленню новітніх знань задля поліпшення якості надання медичних послуг, підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я з орієнтацією на інноваційні перетворення. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я – це вагома та витратна для держави справа, яка потребує постійного вдосконалення з метою поліпшення її функціонування та забезпечення виконання своїх соціальних функцій, що можливо за рахунок упровадження низки загальнонаціональних заходів та програм.

Важливим у цьому напрямі є вирішення проблем кадрової політики вдосконалення інноваційної політики для підвищення ефективності

використання інноваційного потенціалу закладів охорони здоров'я, реалізацію напрямів їхньої інноваційної діяльності представлено на рис. 3.1. [16].

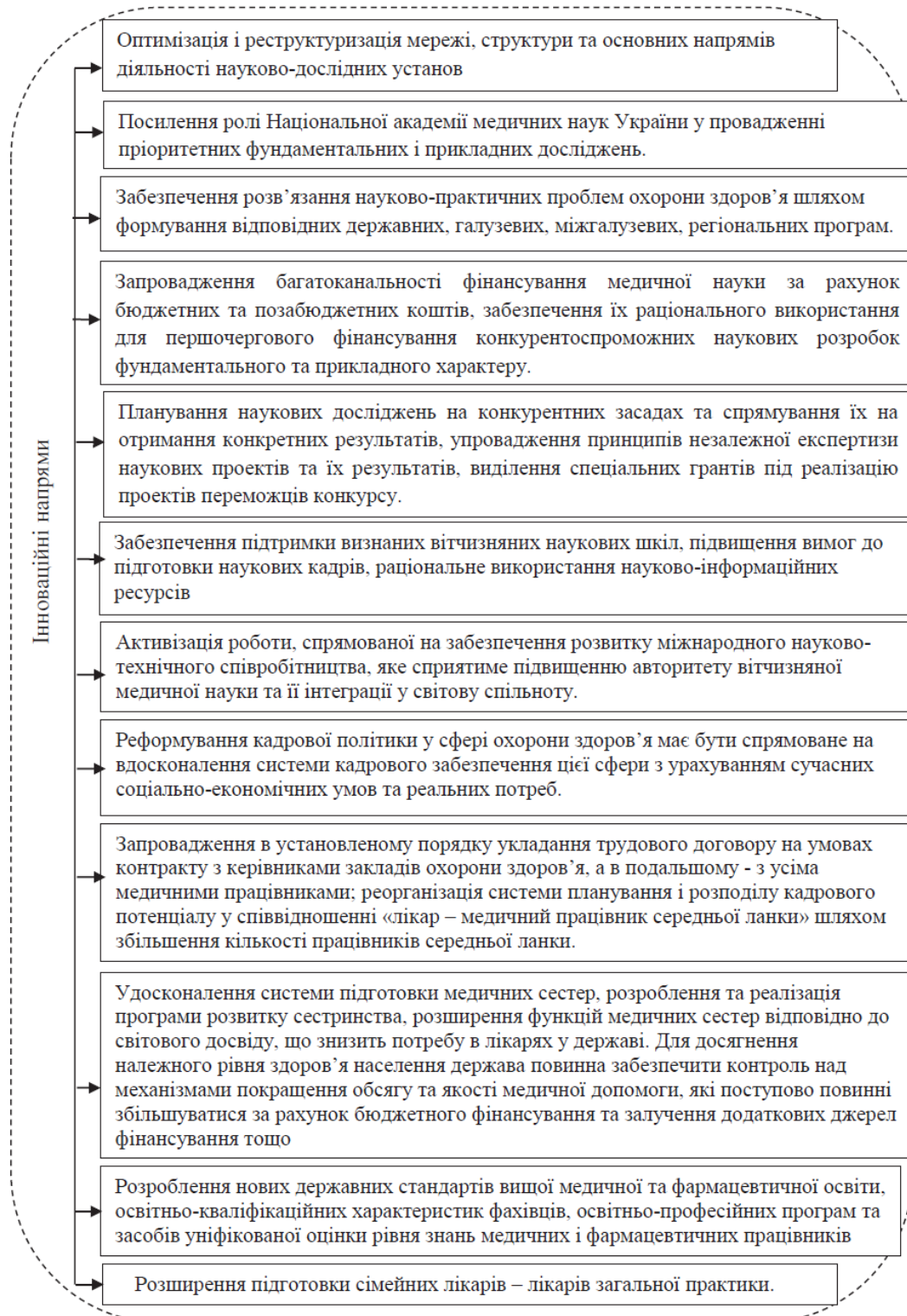


Рис. 3.1. Інноваційні напрями у сфері управління та розвитку закладів охорони здоров'я

У медичній галузі під інноваціями слід розуміти цілеспрямовані перетворення в галузі, у т. ч. в її організаційній структурі та економічному механізмі, спрямовані на підвищення ефективності використання ресурсів та якості надання медичної допомоги, а також найбільше задоволення потреби населення в послугах охорони здоров'я. Задля досягнення зазначеної мети необхідне вирішення таких завдань [30, с. 107]:

- створення концепції і стратегії інноваційного розвитку охорони здоров'я на всіх рівнях управління;
- формування інноваційного організаційно-економічного механізму в охороні здоров'я;
- вдосконалення нормативної правової бази інноваційного розвитку охорони здоров'я, у тому числі в частині наукового забезпечення;
- формування та функціонування інноваційного механізму діяльності системи охорони здоров'я на всіх рівнях управління багато в чому визначається державною політикою в галузі охорони здоров'я. Найважливішими напрямками державної політики в галузі інноваційного розвитку охорони здоров'я є:
 - формування регіональної інноваційної системи охорони здоров'я для реалізації стратегічних національних пріоритетів країни та регіону;
 - формування інноваційної інфраструктури охорони здоров'я та ефективне управління майновим комплексом;
 - формування інноваційного механізму фінансово-економічних відносин та економічної політики, спрямованої на ефективне використання бюджетних (позабюджетних) коштів. Перехід від фінансування «утримання закладів» до фінансування діяльності установ охорони здоров'я, націленої на досягнення результату;
 - удосконалення механізму взаємодії між учасниками інноваційного процесу в охороні здоров'я (органи управління охороною здоров'я, заклади охорони здоров'я, освітні та наукові установи, територіальні фонди обов'язкового медичного страхування (ОМС), страхові медичні організації

(СМО), органи виконавчої і законодавчої влади);

- орієнтація діяльності органів управління охороною здоров'я та установ охорони здоров'я на кінцевий результат;

- управління інноваційною діяльністю в системі охорони здоров'я (установах охорони здоров'я) на основі системного підходу, який робить можливим комплексне вивчення інноваційної системи як єдиного цілого з вивченням його структурних компонентів (підсистеми, елементи), взаємозв'язків і фінансово-економічних відносин, виявленням ролі кожного структурного компонента в інноваційній діяльності.

Діяльність медичної галузі необхідно організовувати, орієнтуючись на розвиток інновацій у сфері охорони здоров'я, вдосконалюючи існуючі бізнес-процеси, розробляючи й упроваджуючи проекти створення нових медичних проектів на основі інструментів проектного менеджменту, як показано на рис. 3.2..

Таким чином, в основі інноваційного підходу до управління закладами охорони здоров'я лежать системні перетворення в галузі, що поєднують формування інноваційної інфраструктури, інноваційного фінансово-економічного механізму, а також обліково-аналітичне, нормативно-правове, методичне та інформаційне забезпечення, які дають змогу, з одного боку, підвищити якість і доступність медичної допомоги, а з іншого – підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я.

Застосовувати проектне управління до медичної галузі необхідно для розвитку системи охорони здоров'я та установ охорони здоров'я, у тому числі державно-приватного партнерства, ефективного управління інвестиціями і спрямованих на досягнення бажаного результату з погляду показників здоров'я населення, якості роботи закладів охорони здоров'я [11, с. 123].

Успіх інноваційного управління залежить від спроможності створити для нововведень стимулюючі внутрішні і зовнішні рамкові умови. Інноваційний процес вимагає стратегічного планування й орієнтованого на ринок управління. Особливості проектного управління роблять його однією з найбільш поширених

методологій управління насамперед тому, що вона являє собою ідеальну систему управління будь-якими змінами, дає змогу швидко й адекватно реагувати на зовнішні та внутрішні відхилення.

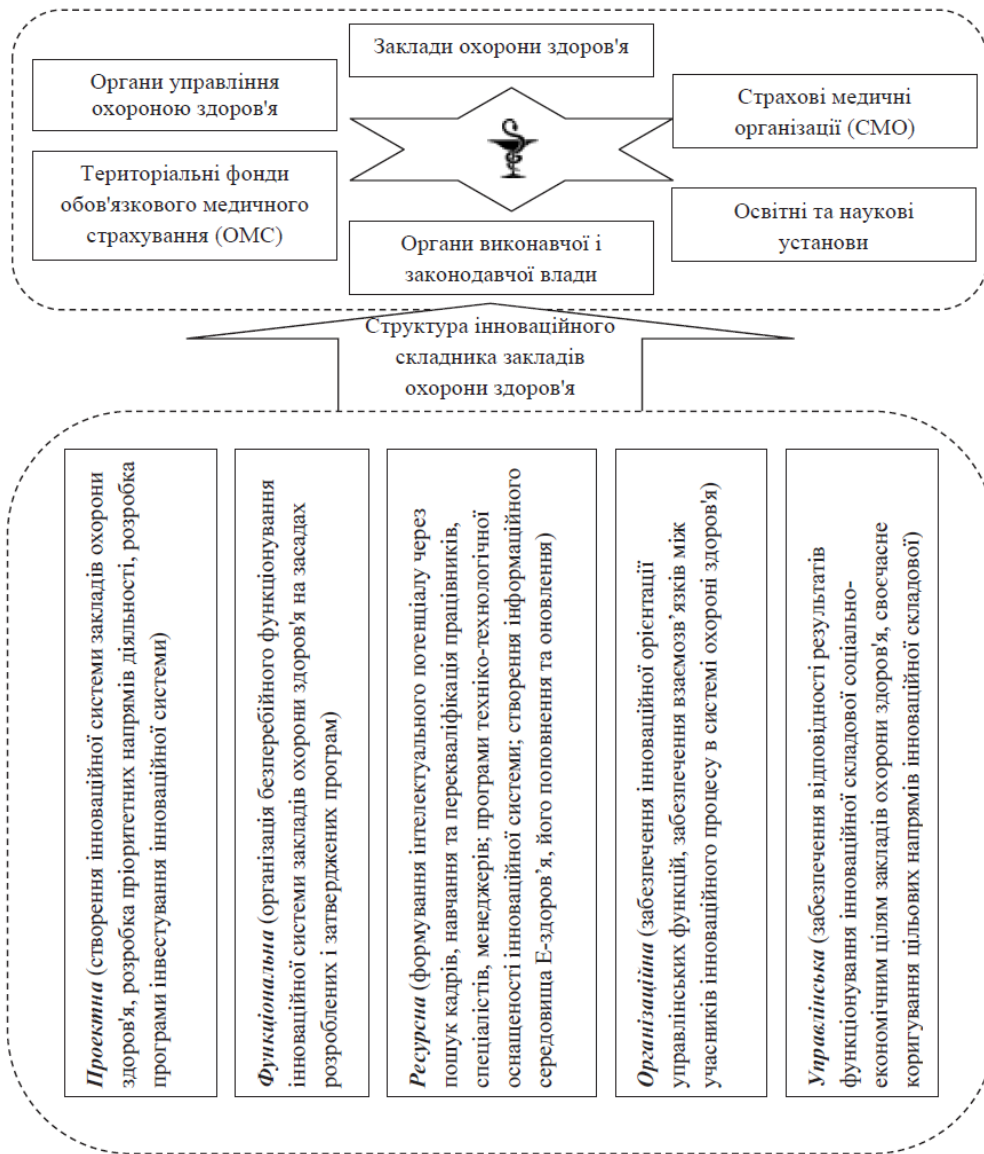


Рис. 3.2. Схема моделі взаємодії учасників інноваційного процесу в системі охорони здоров'я

В умовах мінливості зовнішнього середовища визначені нами суб'єкти взаємодії повинні розробляти та впроваджувати стратегію інноваційного розвитку. Пропонована модель забезпечить органічну взаємодію багатопланового комплексу прискорених технічних, технологічних, організаційних, економічних та індивідуальних перетворень, формування науково-

технічного потенціалу, достатнього для освоєння і застосування нових технологій надання медичних послуг, практична реалізація яких забезпечить усім учасникам новий рівень конкурентоспроможності.

Функціонування сучасної системи охорони здоров'я України в умовах ринкових відносин та досить обмежених у закладах охорони здоров'я первинної ланки наявних матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів вимагає розроблення заходів для зростання ефективності їх використання. У зв'язку із цим виникають проблеми організаційно-економічного характеру, одними з яких є планування й управління процесами розроблення та впровадження медичних інновацій, спрямованих на задоволення споживачів якістю нових технологій медичної допомоги та підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я. Безумовно, орієнтуючись на максимально оптимальні якісні кінцеві результати, увага при цьому повинна також акцентуватися на раціоналізації використання наявних ресурсів. Якість має ставати метою управління даним процесом під час розроблення та впровадження будь-якої нової медичної технології в рамках комплексного інтегрованого інноваційного циклу. Для реалізації цих завдань необхідне розроблення практичних рекомендацій для керівництва закладів охорони здоров'я з чітким і науково обґрунтованим алгоритмом дій щодо управління впровадженням сучасних інноваційних технологій у діяльність медичних організацій. Складність розроблення таких заходів зумовлена недостатністю рекомендацій загального характеру щодо конкретних технологій управління даним процесом у закладах охорони здоров'я в умовах ринкового середовища, тому нами запропоновано механізм розроблення та реалізації конкурентних стратегій у системі управління закладами охорони здоров'я. Він передбачає вивчення умов, за яких вибрана стратегія забезпечує конкурентні переваги підприємства на ринку медичних послуг: адекватності організаційної структури і введення у закладах системи стратегічного управління; розроблення матриці розподілу функцій між підсистемами закладу та визначення взаємозалежності між ними; формування творчого мислення у виконавців програми; здатності фахівців кожної підсистеми

визначати альтернативні варіанти досягнення необхідних результатів; визначення реальної оцінки конкурентів; наявності достатнього ресурсного потенціалу; сучасності технологічного і достатнього рівня доступу до інформаційного середовища е-здоров'я.

Розроблення конкурентних стратегій дає можливість закладам охорони здоров'я отримати стійкі конкурентні переваги шляхом ведення інтенсивної конкурентної боротьби, задовольняти потреби споживачів медичних послуг на основі інноваційних технологій краще, ніж це роблять конкуренти. Варто зазначити, що в основу моделі системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД покладено застосування комплексного підходу до надання медичної допомоги, який базується на принципах усебічної продовженої, координованої, профілактичної медичної допомоги та зміцнення здоров'я, орієнтованих на потреби пацієнта, його родини і громади. Практика сімейної медицини в моделі розглядається як усебічний системний підхід до охорони здоров'я, коли лікар загальної практики – сімейний лікар (ЗП-СЛ) виступає як координатор, керуючий різними біопсихосоціальними системами і чинниками з активним системним залученням усіх необхідних фахівців, закладів та організацій, маючи для цього необхідні матеріально-технічні та кадрові ресурси для того, щоб забезпечити позитивний вплив на здоров'я конкретного пацієнта, його родини та місцевої громади.

Модель системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД була сформована, орієнтуючись на основні складові елементи громадсько орієнтованої первинної медичної допомоги, спрямованої на задоволення потреб громад, а саме:

- забезпечення доступу пацієнтам до ПМСД та всієї необхідної для них інформації, що включає швидке реагування на потреби пацієнта, надання медичної допомоги поза робочі години, доступну інформацію як про пацієнта, так і про дані лабораторних досліджень, Інтернет-сервіс, групові візити пацієнтів, рівну допомогу для громад різних культур і віросповідань;
- холістичний підхід, або допомога, орієнтована на пацієнта, що включає

всєбїчну медичну допомогу як для хронїчних, так і гострих станїв, запобїгання захворюваностї та проведення скринїнгїв, хїрургїчні втручання в межах компетенцїї лїкарїв ЗП-СЛ, доступ до високотехнологїчної дїагностичної і лабораторної дїагностики;

– сучаснї технологїї управлїння ПМСД, професїйний менеджмент, що включає використання фїнансового менеджменту для практики ПМСД, збїльшення заробїтної плати (за критерїями роботи), порївняння витрат і отриманих результатїв, ефективний фїнансовий облїк і аудит, оптимїзацїю кадрового забезпечення, облужування медичного устаткування, оптимальне використання робочого мїсця, сучасний дизайн, управлїння змїнами; – використання медичних їнформацїйних систем, що включає електроннї медичнї записи, електроннї рахунки та звїти, електроннї рецепти, пїдтримку з боку доказової медицини, електронний реєстр хворих, веб- сторїнку закладу охорони здоров'я, портал пацїєнта, єдиний їнформацїйний медичний простїр;

– просування здорового способу життя, охорона здоров'я, що включає популяцїйний менеджмент, заохочення і просування здорового способу життя, запобїгання захворюваностї, лїкування хронїчних захворювань, заохочення хворих до змїн способу життя та їх санїтарну просвїту;

– координацїя медичної допомоги, що включає використання ресурсїв громади, формування взаємовигїдних вїдносин, роботу у вїддїленнї невідкладної допомоги, забезпечення стацїонарного лїкування, психологїчну допомогу, координацїю акушерсько-гїнекологїчної допомоги, координацїю вузькоспецїалїзованої допомоги, пїдтримку дїяльностї з боку фармацевтїв, реабїлітацїйну і фїзїотерапевтичну допомогу, консилїумний розгляд випадкїв, транспортне забезпечення;

– якїсть і безпека дїяльностї, що включає практику застосування найкращої доказової медицини, керування лїкуванням, зворотний зв'язок щодо вивчення задоволеностї пацїєнтїв, аналїз клїнїчної дїяльностї, пїдтримку належної якостї, управлїння ризиками, вїдповїднїсть дїяльностї чинному законодавству;

– командна медична практика, що включає лідерство провайдера/конкуренцію надавачів медичних послуг, формування спільної місії та бачення, ефективні комунікації, окреслення завдань відповідно до професійних умінь і навичок, активну й повноцінну роботу сімейних медсестер, активне залучення пацієнтів, формування додаткових можливостей для родин пацієнтів.

Тобто основні складники системної моделі громадсько орієнтованої ПМСД становлять єдину організаційно-функціональну структуру, об'єднану за базовим принципом охорони здоров'я конкретного пацієнта, його родини та місцевої громади, коли лікарі ЗП-СМ виступають у ролі координаторів медичного забезпечення з активним залученням усіх необхідних фахівців, закладів та організацій, маючи для цього відповідну підготовку, необхідні матеріально-технічні та кадрові ресурси.

У міжнародній практиці в рамках упровадження інноваційних методів профілактики, лікування та діагностики особлива увага приділяється процесу вибору необхідної медичної технології. Наприклад, в умовах Національної системи охорони здоров'я Великобританії вибір тієї чи іншої медичної технології визначається на основі наявних доказів її клінічної ефективності та економічної доцільності [14]. Клінічна ефективність медичної технології визначається за допомогою застосування підходів доказової медицини, причому рішення про застосування профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів приймається виходячи з наявних доказів їхньої ефективності і безпеки, які піддаються порівнянню, узагальненню й широкому поширенню для використання в інтересах пацієнтів. Економічна доцільність медичної технології визначається за допомогою аналізу ефективності витрат (cost-effectiveness analysis), аналізу рентабельності (cost-benefit analysis) та/або аналізу корисності витрат (cost-utility analysis). У більшості розвинених країн світу на національному рівні організуються центри і розробляються програми з оцінки медичних технологій (ОМТ) – це систематична оцінка властивостей, впливів або інших наслідків технологій в охороні здоров'я. Основною метою ОМТ є

поінформоване ухвалення рішень в охороні здоров'я, у тому числі рішень, прийнятих на рівні індивідуального пацієнта, на рівні постачальника медичних послуг і медичних організацій, або на регіональному, національному та міжнародному рівнях [14, с. 101]. Інноваційні проекти часто вимагають певних фінансових витрат. Світова тенденція розглядати економічну доцільність розподілу фінансових ресурсів призвела до створення бюджетування, орієнтованого на результати (БОР, або performance-based budgeting). За такого підходу планування витрат здійснюється в безпосередньому зв'язку з кінцевими бажаними результатами. Впровадження інноваційних технологій, у тому числі й у первинній ланці охорони здоров'я, а саме нових методів профілактики, діагностики та лікування, організаційних технологій тощо, включає у себе три основних етапи: придбання первинної інформації (знань і технічних навичок) про технології; організацію впровадження технології з рішенням матеріально-технічних, юридичних, фінансових і кадрових питань надання послуги або продукту; і після впровадження – підтримку організаційних заходів, таких як отримання державного замовлення на медичні послуги з урахуванням запровадженої технології, маркетинг-технології тощо. На першому етапі спеціаліст або організація набувають первинні знання про інновації, а також технічні навички, необхідні для впровадження технології.

У процесі аналітичного вивчення показників діяльності закладів ПМСД та медико-демографічних індикаторів здоров'я населення, релевантних до оцінки ефективності впровадження інноваційних організаційних, медичних, освітніх технологій у первинну ланку системи охорони здоров'я, були визначені дві групи критеріїв як кінцевих результатів надання медичної допомоги.

Так, до критеріїв якості діяльності закладів охорони здоров'я ПМСД віднесено: визначення потреби пацієнтів у необхідних медичних послугах; раціональне використання ресурсів; профілактичну спрямованість у роботі; безперервність нагляду за членами сімей; ефективність лікування; впровадження сучасних медичних технологій; своєчасне та ефективне надання медичних

послуг; розширення обсягу спеціалізованої допомоги в практиці сімейної медицини.

До критеріїв ефективності надання медичної допомоги населенню віднесено: зменшення захворюваності у вікових групах; зниження смертності; відсутність ускладнень у перебігу хвороби протягом року; одужання; зміну способу життя; зменшення втрат у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю; зменшення виходу на первинну інвалідність; подовження «здорових років життя»; стійку ремісію; перерозподіл пацієнтів у групах здоров'я. Разом із тим викликає науковий інтерес класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних організацій, відповідно до якої можна визначити такі рівні:

I рівень – початковий, базовий;

II рівень – стандартизований;

III рівень – комплексний, розвинутий, орієнтований на модернізацію;

IV рівень – реалізуючий інновації, здатний до динамічного та самостійного розвитку.

Дана класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних організацій дає змогу всебічно оцінити досягнення закладу охорони здоров'я у цій галузі за основними напрямками: лікувально-діагностичний процес, систему організаційно-управлінського та інформаційного забезпечення, а також дає можливість медичним організаціям виявляти сильні та слабкі моменти свого інноваційного розвитку, розробляти і здійснювати необхідні заходи щодо активізації інноваційної діяльності за пріоритетними напрямками.

Основними джерелами розроблення медичних інновацій у нашій країні є вищі медичні навчальні заклади, науково-дослідні установи, інноваційна активність яких оцінюється кількістю патентів, винаходів, ноу-хау, публікацій. Однак варто зазначити, що для практичної охорони здоров'я більш важливими показниками стають показники ефективності впровадження нових медичних технологій у клінічну практику, питома вага закладів охорони здоров'я, що здійснюють технологічні медичні інновації, тобто розроблення й упровадження нових або вдосконалених медичних товарів, робіт, послуг, технологічних

процесів, та інші види інноваційної діяльності. Враховуючи це, для оцінки реального інноваційного розвитку практичних закладів охорони здоров'я доцільним убачається орієнтуватися не на загальноприйняті показники оцінки результативності фундаментальних досліджень (кількість патентних заявок і виданих патентів, індекс публікаційної активності співробітників тощо), оскільки їх кількість не впливає на показники здоров'я населення й ураховується в загальному індексі інноваційного розвитку регіону. Разом із тим для практичної охорони здоров'я важливі, насамперед, медико-демографічні показники, на динаміку яких має вплинути впровадження інновацій, а також кількісні та економічні показники ефективності впровадження медичних технологій у клінічну практику. Так, має цільову практичну спрямованість розроблений комплекс із 34 показників [47], що складається з медико-демографічних показників, об'ємних (кількісних) показників інноваційного розвитку, ресурсотехнологічних та економічних коефіцієнтів, який може, на нашу думку, успішно використовуватися для оцінки ефективності впровадження інноваційних технологій у практику закладів охорони здоров'я амбулаторно-поліклінічної мережі.

Одним із ключових компонентів успішного впровадження інноваційних медичних технологій є розроблення основних принципів та технологій застосування сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, медичних інформаційних систем як окремого напрямку підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Раціональне використання інноваційних медичних інформаційних систем суттєво впливає на підвищення якості та доступності медичних послуг населенню, у тому числі за рахунок зручного моніторингу та аналізу показників якості медичної допомоги, планування та управління ресурсами як первинної ланки, так і системи охорони здоров'я у цілому. Без застосування сучасного комп'ютерного та програмного забезпечення практично неможливо забезпечити повноцінний моніторинг стану здоров'я населення, формувати потоки пацієнтів і керувати ними та ресурсними базами, здійснювати зворотний зв'язок та оперативний контроль над дотриманням нормативів та

стандартів лікування, забезпечувати перехід від постатейного бюджетування до сучасних методів економічного управління у сфері охорони здоров'я. Впровадження інформаційних систем є значним інформаційним та фінансовим підґрунтям для керівників закладів охорони здоров'я на шляху до розширення автономізації та роботи в нових економічних умовах.

Інноваційний процес в охороні здоров'я є запорукою ефективного функціонування закладів охорони здоров'я, досягнення загальномедичних цілей та забезпечення своєчасної допомоги хворим людям. Дослідження показало, що інноваційний процес потребує використання в управлінні організаціями сфери охорони здоров'я процесно-орієнтованого підходу, що сприятиме не лише подоланню нагальних проблем, а й відкриє нові перспективи для розвитку.

3.2. Інноваційні підходи в управлінні закладами охорони здоров'я

Забезпечити конкурентне позиціонування ринку медичних послуг неможливо, не спираючись на інновації в управлінні закладами охорони здоров'я, в формах та методах лікування. Найбільш гостро питання інновацій постає в періоди економічних криз та в сучасних умовах повномасштабної війни з росією.

За своїм основним ознаками найважливішим властивістю інновацій та інноваційної діяльності є їх відносно тривалий і витратний в порівнянні з виробництвом, реалізацією та інвестуванням процес життєвого циклу нововведень.

Інновації відрізняються від інших стадій життєвого циклу нововведень підвищеним рівнем невизначеності, високими ризиками, низькою передбачуваністю результатів і, отже, проблематичною і ймовірнісною віддачею. Однак в системі охорони здоров'я рівень передбачуваності результатів інноваційних проектів є досить високим і ефективність його досить передбачувана і визначена.

Успішні інноваційні технології управління можуть істотно вплинути на

стан лікувального закладу, систему охорони здоров'я в цілому, його структуру і ефективність.

Таким чином, можна зробити висновок, що на відміну від традиційних технічних і технологічних інновацій інноваційні технології управління в медичній установі характеризуються високим ступенем передбачуваності, визначеності та ефективності.

Методологія системного опису інновацій в умовах ринкової економіки базується на міжнародних стандартах, розроблених стосовно до технологічних інновацій і охоплюють нові продукти і процеси, а також їх значні технологічні зміни. Інновація в медичній установі вважається здійсненою в тому випадку, якщо вона впроваджена на ринку медичних послуг або в процесі їх надання (управлінські, організаційні та економічні). Відповідно розрізняються два типи технологічних інноваційної: продуктові і процесні.

Процесні інновації в медичній установі – це освоєння нових або значно вдосконалених медичних послуг, а також організації процесу їх надання. При цьому надання цих послуг неможливо при використанні наявного обладнання або застосовуваних методів їх надання.

Всі існуючі визначення інновацій в літературі класифікуються за п'ятьма основними підходами: об'єктному; процесного; об'єктно-утилітарному; процесно-утилітарного; процесно-фінансовому.

В рамках процесного підходу під інноваційними технологіями управління стосовно до медичної установи розуміється комплексний процес, що включає розробку і впровадження нових організаційно-економічних і управлінських технологій процесу надання медичних послуг, а не їх виробництва.

Об'єктно-утилітарний підхід до визначення терміна «інновація» характеризується двома основними моментами.

По-перше, в якості інновації розуміється об'єкт – нова споживча вартість, заснована на досягненнях науки і техніки.

По-друге, акцент робиться на утилітарною стороні нововведення – здатності задовольнити суспільні потреби в медичних послугах з великим

корисним ефектом. На відміну від об'єктно-утилітарного процесно-утилітарний підхід до визначення терміна «інновація» полягає в тому, що в даному випадку інновація представляється як комплексний процес створення, поширення і використання нового практичного засобу.

В рамках процесно-фінансового підходу під інноваційними технологіями управління в медичній установі слід розуміти процес управління інвестиціями в новації, реалізації механізму вкладення коштів у розробку нових управлінських і організаційно-економічних форм надання медичних послуг.

У всіх наведених визначеннях термін «інновація» трактується стосовно конкретної формальної ситуації. Однак в цих підходах не розкривається економічна сутність інновації, немає чітких критеріїв визначення інновації з позицій її економічних результатів. Внаслідок цього будь-яке нововведення, в тому числі менш прогресивне, неефективне нововведення, можна трактувати як інновацію.

Саме інновації стають головною «дійовою особою» теоретичних сценаріїв і практичної реалізації – сучасної науково-технічної революції, кілька відтіснивши інвестиції, панівні багато років в якості головного чинника економічного зростання. До сих пір в теоріях, як правило, українських економістів, що стосуються розширеного відтворення, нарощування обсягу капітальних вкладень й розглядається як основна умова НТП і економічного розвитку взагалі, і в системі охорони здоров'я зокрема. Це в більшості випадків пов'язано з тим, що характер відтворення в нашій країні, в тому числі і в медичній установі, продовжує носити явні риси екстенсивного розвитку, але головне полягає в тому, що в цих теоретичних побудовах ніколи не було місця інноваційним технологіям управління.

Однак принципова підвищення ролі нововведень викликано в першу чергу зміною ринкової ситуації: характером конкуренції, переходом від звичної статичної до динамічної конкуренції. Ця обставина багато в чому визначило особливості взаємодії інновацій і ринку на сучасному етапі.

Таким чином, управлінська інноваційна продукція в медичній установі

повинна розглядатися як результат впровадження процесних (управлінсько-технологічних) інновацій, нові (знову запроваджені) або зазнали удосконалення управлінські та організаційно-економічні форми процесу надання медичних послуг, виробництво яких засновано на нових або значно вдосконалених методах (інша інноваційна продукція). При цьому інша інноваційна продукція є результатом впровадження процесних інновацій. Вона включає послуги, вироблені на базі передового досвіду при впровадженні нових або вдосконалених методів управління процесом їх надання, реалізованих раніше в медичній практиці інших країн або лікувально-профілактичних установах і які розповсюджуються шляхом технологічного обміну (безпатентні ліцензії, ноу-хау, інжиніринг).

Інноваційний управлінський процес в медичній установі можна визначити як процес перетворення медико-технологічного, організаційно-економічного та управлінського знання в інновацію, і який можна уявити як послідовний ланцюг управлінських рішень, в ході яких інновація визріває від ідеї до конкретного продукту, організаційно-управлінської технології або послуги і поширюється при практичному використанні. В даному випадку інноваційний процес не закінчується впровадженням, тобто першою появою на ринку нового продукту, послуги або нової управлінської технології. Цей процес не переривається і після впровадження, бо в міру поширення (дифузії) нововведення вдосконалюється, робиться більш ефективним, набуває раніше невідомі споживчі властивості. Це відкриває для нього нові області застосування і ринки, а, отже, і нових споживачів, які сприймають дану управлінську технологію як нову саме для себе [6].

Таким чином, цей процес спрямований на створення необхідних ринком технологій або послуг і здійснюється в тісній єдності із середовищем, а його спрямованість, темпи, цілі залежать від соціально-економічного середовища, в якій він функціонує і розвивається. Основою інноваційного управлінського процесу в медичній установі є процес освоєння нової техніки і засобів комунікації, як сукупності речових факторів виробництва, в яких

матеріалізовані нові знання і вміння людини.

Тому під інноваційної управлінською діяльністю в медичній установі ми розуміємо діяльність, спрямовану на використання результатів наукових досліджень і розробок для вдосконалення організаційно-економічних і управлінських технологій, що ведуть до підвищення ефективності функціонування всієї системи охорони здоров'я в цілому. Інноваційна управлінська діяльність в медичній установі передбачає цілий комплекс наукових, технологічних, – організаційних, економічних, фінансових і комерційних заходів, які у своїй сукупності призводять до інновацій і тісним чином пов'язані з безпосередньою медичною діяльністю лікувального закладу. Процес інноваційної управлінської діяльності в даному випадку являє собою єдність медико-технологічної, управлінської та економічної складових процесу створення нововведення.

У розрізі даного визначення різновидами основних видів інноваційної діяльності в медичній установі можуть бути:

- підготовка і організація процесу виробництва медичної послуги, що охоплюють придбання медичного та комунікаційного обладнання та інструменту, зміни в них, а також в процедурах, методах і стандартах виробництва і контролю якості медичної допомоги, необхідних для створення нового медико-технологічного процесу;

- розробки, що включають модифікації технологічного, управлінського і організаційно-економічного процесів, перепідготовку медичного, економічного та управлінського персоналу для застосування нових технологій і обладнання;

- маркетинг нових видів управлінських технологій, що передбачає види діяльності, пов'язані з випуском нової управлінської технології на ринок, включаючи попереднє дослідження ринку, адаптацію продукту до різного типу ринків, рекламну кампанію;

- придбання технології з боку у формі патентів, ліцензій, розкриття ноу-хау, торгових марок, конструкцій, моделей і послуг технологічного змісту;

- придбання медичного та комунікаційного обладнання, за своїм технологічним змістом пов'язаних з впровадженням процесних інновацій;
- виробниче проектування, що включає підготовку планів і графіків для визначення медико-виробничих організаційно технологічних процедур, технічних специфікацій.

Інноваційні технології управління в медичній установі можна класифікувати по ряду ознак. Так, за ступенем радикальності, їх значимості в соціально-економічному розвитку інноваційні технології управління можна поділити на базисні, поліпшуючі і псевдоінновації (раціоналізують). В системі управління охороною здоров'я створюються, як правило, поліпшують (так звані приростні) інновації, пов'язані з поліпшенням властивостей існуючих процесів надання медичних послуг та вдосконалення їх організаційно-економічних форм.

По спрямованості результатів інноваційні технології управління діляться на інновації в якості наукового інструментарію, інновації- процеси та інновації- продукти. Існують і інші класифікації інновацій відповідно до тією роллю, яку вони відіграють у розвитку тієї чи іншої господарської системи, якою є охорона здоров'я. Класифікація інноваційних технологій управління за ступенем новизни передбачає розподіл сукупності інновацій на однорідні за рівнем новизни групи з метою оцінки їх значимості. Поняття новизни інновації може ставитися як до продукту або технологічного процесу в цілому в разі його абсолютної новизни або тільки до деяких його елементів, що змінює функції і характеристики існуючого продукту або процесу, що адекватно інноваційним процесам в організаційно-економічній системі охорони здоров'я. З цих позицій представляється можливим виділяти поліпшують інновації, що стосуються значного удосконалення існуючих продуктів, а також інновації, пов'язані з впровадженням нових або в значній мірі вдосконалених методів управління процесом надання послуг в медичній установі.

Класифікацію інноваційних технологій управління в медичній установі за ступенем новизни можна здійснювати як за технологічними параметрами, так і

– з ринкових позицій. З точки зору технологічних параметрів інновації підрозділяються на:

- продуктові, які передбачають застосування нових організаційно-економічних і управлінських функцій (принципово нові послуги і продукти);
- процесні, що передбачають нову технологію організації управлінських процесів в медичній установі, більш високий рівень автоматизації, нові методи організації роботи економічних служб.

Комплексний характер інноваційних технологій управління, їх різносторонність і різноманітність областей і способів використання вимагають подальшої розробки їх класифікації.

Отже трактування класифікації інноваційних технологій управління, використання якої дозволить оцінювати їх конкретніше, повніше, об'єктивніше, комплексно визначати їх результативність і напрямки інноваційного процесу, що вимагають коректування або підтримки, а також виявляти неоднорідність інновацій і підбирати методи управління кожної з них, адекватні особливостям кожного інноваційного процесу:

- управлінсько-технологічні, що виникають при застосуванні поліпшених, більш досконалих способів організації і управління процесами надання медичних послуг;
- організаційно-управлінські пов'язані, перш за все, з процесами оптимальної організації лікувально-діагностичного процесу;
- інформаційно-управлінські, властиві вирішення завдання організації раціональних інформаційних потоків в процесі надання медичної допомоги, підвищення достовірності і оперативності отримання інформації.

Різні види інноваційних технологій управління знаходяться в тісному взаємозв'язку і пред'являють специфічні вимоги до інноваційного механізму. Так, технічні та технологічні інновації, впливаючи на зміст виробничих процесів, одночасно створюють умови для інноваційних технологій управління, оскільки вносять зміни в організацію процесу виробництва та надання медичних послуг.

Наведені класифікації свідчать про те, що процеси нововведень різноманітні і різні за своїм характером. Отже, форми організації нововведень, масштаби і способи впливу на економіку, а також методи оцінки їх ефективності теж повинні відрізнятися різноманіттям. Використовуючи відомі підходи до класифікації інновації, можна побудувати класифікатор, який має практичне значення для створення системи управління інноваціями.

Таким чином, в даний час інноваційні медичні та організаційно-управлінські технології в охороні здоров'я можуть стати основою не тільки розвитку, але і виживання лікувально-діагностичних установ.

Тільки на базі інноваційних управлінських технологій можна успішно розвиватися в сучасних нелегких умовах. Умови діяльності лікувальних установ ускладнюються тим, що зовнішнє середовище динамічно змінюється, зростають фактори ризику. Керівникам медичних організацій та установ доводиться працювати в умовах невизначеності, пристосовуватися до несприятливих факторів, що діють в галузі. У цих складних умовах можуть виживати і успішно розвиватися тільки ті лікувальні та діагностичні заклади, які орієнтуються на використання передових медичних і організаційно-управлінських технологій. Така організація діяльності найбільш надійно захищає їх від несприятливих факторів ринку.

ВИСНОВКИ

За результатами дослідження сформульовані наступні висновки:

1. Визначено, що система охорони здоров'я – це відкрита, динамічна, складна соціально-економічна система, що є сукупністю всіх організацій, інститутів та ресурсів, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих відносин і спрямована на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій тривалості життя.

2. Досліджена проблема державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я, зокрема, нормативно-правові документи, що її регулюють на національному і світовому рівнях. Сформовані концептуальні засади державного регулювання сфери охорони здоров'я. Ідентифіковані та класифіковані методи державного регулювання у сфері охорони здоров'я, що найчастіше застосовуються в національній практиці управління.

Основною метою розвитку сучасної парадигми державного регулювання й управління у сфері охорони здоров'я є впровадження управлінських технологій у галузі, що засновані на міжгалузевому підході та передбачають створення сприятливих умов для макроекономічного розвитку закладів охорони здоров'я. Перехід до нової парадигми зумовлений насамперед становленням нових соціально-економічних відносин між постачальниками та споживачами медичної послуги.

3. Встановлено, що державне регулювання відіграє важливу роль у інноваційному розвитку системи охорони здоров'я: забезпечує підтримку інноваційного розвитку, контролює процес надання якісних медичних послуг з метою збереження та зміцнення здоров'я громадян, продовження тривалості життя населення України.

Виявлено основні причини, що стримують інноваційний розвиток системи охорони здоров'я в Україні:

- відсутність згоди й координації дій між центральними і місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, науковими й виробничими організаціями, іншими суб'єктами господарювання галузі охорони здоров'я щодо вирішення завдань розвитку інноваційної діяльності;
- недосконалість нормативно-правового забезпечення державної інноваційної політики у сфері охорони здоров'я;
- недостатнє використання інструментів державно-приватного партнерства у цій сфері;
- відсутність або обмежена ефективність інноваційної інфраструктури, яка має сприяти розвитку інноваційного підприємництва у сфері охорони здоров'я;
- недосконалість механізмів економічного стимулювання підприємств до наукових досліджень і науково-технічних (експериментальних) розробок та інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я, а також інноваційно-технологічної модернізації виробництва;
- низький платоспроможний попит внутрішнього ринку на здобутки вітчизняної медичної та фармацевтичної науки й втрата нею впливу на інноваційно-технологічний розвиток вітчизняного фармацевтичного виробництва і системи охорони здоров'я країни в цілому;
- систематичне невиконання державою фінансових умов реалізації державних цільових і місцевих програм, що враховують завдання інноваційного розвитку охорони здоров'я, та фундаментальних наукових досліджень у цій сфері;
- недостатнє використання науковцями та малим і середнім бізнесом можливостей щодо участі у міжнародних інноваційних програмах і проектах.

4. В роботі представлено пропозиції щодо формування управлінської основи державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Виявлено, що інновації стосуються не тільки надання медичних послуг, а й організації колективної роботи, що вимагає реінжинірингу

процесів функціонування медичної установи. Доведено, що застосування управління, орієнтованого на бізнес-процеси в медичній сфері, не тільки дає змогу подолати нагальні проблеми, а й відкриває нові перспективи його розвитку.

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.

6. На основі досвіду розвинених країн світу, визначено перспективні напрями вдосконалення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я України для досягнення соціально-економічного ефекту, а саме:

- інтенсивне зростання попиту на медичні послуги, диверсифікація медичних послуг;
- посилення конкуренції на загальному ринку медичних послуг і його регіоналізація;
- активізація державно-приватного партнерства;
- імплементація законів України у практичну площину медичної галузі;
- трансформація механізмів державного управління;
- синергія взаємодії для гармонізації медичної галузі України як соціально-економічної системи.

7. Константовано, що тільки на базі інноваційних управлінських технологій можна успішно розвиватися в сучасних нелегких умовах. Умови діяльності лікувальних установ ускладнюються тим, що зовнішнє середовище

динамічно змінюється, зростають фактори ризику. Керівникам медичних організацій та установ доводиться працювати в умовах невизначеності, пристосовуватися до несприятливих факторів, що діють в галузі. У цих складних умовах можуть виживати і успішно розвиватися тільки ті лікувальні та діагностичні заклади, які орієнтуються на використання передових медичних і організаційно-управлінських технологій. Така організація діяльності найбільш надійно захищає їх від несприятливих факторів ринку.

В сучасних умовах функціонування економіки України інноваційний розвиток системи охорони здоров'я відкриває нові напрями підсилення рівня охорони й оздоровлення населення. Фундаментом такого розвитку є інновації у досліджуваному сегменті, без яких неможливе підвищення продуктивності медичних послуг, економічних показників діяльності суб'єктів господарювання галузі охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бусол О. Ю., Погорецький М. А. Удосконалення механізму декларування доходів та видатків осіб, уповноважених на виконання функцій держави та членів їх сімей як один із чинників зниження рівня корупції. *Вісн. Нац. акад. прокуратури України*. 2009. № 2. С. 85–92.
2. Виноградов О. В. Державне управління багатоканальним фінансуванням закладів охорони здоров'я. *Статистика України*. 2013. № 2. С. 65–67.
3. Воробйов В. В. Досвід зарубіжних країн в управлінні сферою охорони здоров'я. *Держава та регіони. Сер. Держ. упр.* 2011. Вип. 4. С. 10–17.
4. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. Тернопіль : Академкнига, 2000. 312 с.
5. Господарський кодекс України : Кодекс України від 16.01.2003 р. № 436-IV: зі змінами згідно закону України від 21.07.2020 р. № 815-IX. URL : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T030436.html (дата звернення: 05.12.2023).
6. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. Київ : Вид-во НАДУ. 2004. 116 с.
7. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: Уроки для України / за ред. В. Г. Черненко, В. М. Рудого. Київ : Академпрес, 2019. 112 с.
8. Дугієнко Н. О., Кормишова А. І. Принципи медичного страхування в Україні і країнах західної Європи. Сталий розвиток економіки: *Всеукраїнський науково-виробничий журнал*. URL : http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/sre/2011_6/306.pdf (дата звернення: 22.12.2023).
9. Звіт про виконання бюджетних програм Національної академії медичних наук України за 2019 р. URL: <http://amnu.gov.ua/wp-content/uploads/2020/files/zvit2019.xls> (дата звернення: 05.12.2023).

10. Зима І. Я. Визначення напрямів реформування управління сферою охорони здоров'я на основі опитування експертів. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 1. С. 28–35.
11. Зінченко О. А., Пономаренко Л. Р. Особливості проектного менеджменту в закладах охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2018. № 18. С. 123–126.
12. Іванов Ю. Б., Бережна Ю. В. Інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. *Економіка і регіон*. 2014. № 4. С. 101–106.
13. Конституція України : від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР: Дата оновлення : 1 січ. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення: 01.12.2023).
14. Лепський В. В. Концепція реформування медичної галузі з використанням проектного підходу. *Вісник НТУ «ХПІ»*. 2016. № 2. С. 101–112.
15. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. *Здоров'я нації*. 2010. № 1. С. 5.
16. Литвинова О. Інновації в управлінні охороною здоров'я – боротьба чи єдність протиріч? URL : <https://www.vz.kiev.ua/innovatsiyi-v-upravlinni-ohoronoju-zdorov-ya-borotba-chy-yednist-protyrich/> (дата звернення: 15.11.2023).
17. Медяник Д. І. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. *Наукові записки*. 2016. № 19. С. 23–29.
18. Мельник-Бантон О. П. Видатки на охорону здоров'я як складова частина бюджетної політики України: перспективи реформування. *Наук. вісн. Волинського національного університету імені Лесі Українки*. 2013. №4. С. 79–86.
19. Нагребецький А. Охорона здоров'я в Австрії, або що таке сучасна європейська медицина. *Здоров'я України*. 2015. № 8. С. 10–11.
20. Нагребецький А. Реформування системи охорони здоров'я Німеччини – від доброго на краще. *Здоров'я України*. 2007. № 5. С. 16–17.
21. Наукова та інноваційна діяльність України у 2013 р. : стат. зб. /

Державна служба статистики України. Київ, 2014. 282 с.

22. Наукова та інноваційна діяльність України у 2019 р. : стат. зб. / Державна служба статистики України. Київ, 2020. 178 с.

23. Наукова та інноваційна діяльність України у 2020 р. : стат. зб. / Державна служба статистики України. Київ, 2021. 108 с.

24. Наукова та інноваційна діяльність України у 2021 р. : стат. зб. / Державна служба статистики України. Київ, 2022. 100 с.

25. Носулич Т. М. Наукові підходи до вивчення системи охорони здоров'я з позицій сталого розвитку. *Сталий розвиток економіки*. 2013. № 4. С. 195–201.

26. Огнєв В. А., Вюн В. В., Чухно І. А. Підвищення кваліфікації керівників сфери охорони здоров'я як один із напрямів зростання їх управлінської компетентності. *Професійний менеджмент в сучасних умовах розвитку ринку : матеріали доповідей IV науково-практичної конференції з міжнародною участю*. Харків, 3 листопада 2015 р., 2015. С. 181–183.

27. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19.11.1992 р. № 2801. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 05.12.2023).

28. Пасиешвили Л. М. Семейная медицина Нидерландов. *Українська медичинська газета*. 2006. № 6. С. 12.

29. Пашков В. М. Господарсько-правове забезпечення інноваційності фармацевтичного виробництва та його продукції. Інноваційне інвестування в Україні: проблеми правового забезпечення : кол. монографія / за наук. ред. Д. В. Задихайла. Т. 2. Харків : Юрайт, 2013. С. 60–133.

30. Петрух О. А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2018. № 11. С. 107–111.

31. Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками : постанова Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 р. № 647. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-%D0%BF> (дата звернення: 14.12.2023).

32. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону

здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги : закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text> (дата звернення: 05.12.2023).

33. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#n183> (дата звернення: 10.12.2023).

34. Про додаткові заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : указ Президента України від 27.01.2010 р. № 70. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/70/2010#Text> (дата звернення: 10.12.2023).

35. Про екстрену медичну допомогу : закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення: 11.12.2023).

36. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення : постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 391. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 22.12.2023).

37. Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність : наказ МОЗ України від 13.11.2001 р. № 455. URL : https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20011113_455.html (дата звернення: 12.12.2023).

38. Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 вер. 2010 р. № 769 : зі змінами згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України від 30 вер. 2013 р. № 843. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ11951.html (дата звернення: 14.12.2023).

39. Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі

«Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : наказ МОЗ України від 08.06.2011 р. № 347. URL : https://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110608_347.html (дата звернення: 05.12.2023).

40. Про затвердження Уточненого переліку наукових досліджень і розробок, що виконуватимуться у 2019 році : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 черв. 2019 р. № 1459. URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 10.12.2023).

41. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12. 2017 р. № 1101. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF> (дата звернення: 25.11.2023).

42. Ридзель Ю. М. Державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України : дис. ... канд. екон. наук. Чернігів, 2020. 258 с.

43. Руснак Л. М. Особливості державного управління діяльності у сфері охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія : Право.* 2013. № 2 (40). С. 58–63. URL : http://nbuv.gov.ua/j-pdf/drp_2013_2_13.pdf (дата звернення: 17.12.2023).

44. Скільки коштів витрачають на науку в університетах? : аналітична записка Центру економічної стратегії та Національного інституту стратегічних досліджень. Київ, 2020. 48 с. URL: <https://ces.org.ua/> (дата звернення: 11.12.2023).

45. Україна опустилася в рейтингу інноваційних економік Bloomberg Innovation Index 2020. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/2859436-ukraina-opustilasa-v-rejtingu-innovacijnih-ekonomik-bloomberg.html> (дата звернення: 05.12.2023).

46. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf?ua=1 (дата звернення: 08.12.2023).

47. Шевченко В. А. Формування системи управління закладами охорони здоров'я. Processes, Strategies, Technologies: International Scientific Conference Innovative Economy : матеріали міжнар. наук-прак. конф., Kielce, Poland, January 27. 2017. P. 28–31.

48. Шевчук В. В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України : дис. ... канд. наук з держ. упр. Миколаїв, 2017. 219 с.

49. Юнко М. Система державного медичного страхування в Німеччині. *Аптека*. 2019. № 20. URL : <http://www.apteka.ua/article/40027> (дата звернення: 15.12.2023).

50. Янчак Я. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2017. № 876. С. 227–235.