

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**

студента Бути Олександра Андрійовича

академічної групи 281М-21з-2 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Напрями удосконалення державного управління в системі охорони здоров'я»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Тарасенко Т. М.			
розділів:				

<b>Рецензент:</b>				
-------------------	--	--	--	--

<b>Нормоконтролер:</b>	Вишневіська О. В.			
------------------------	-------------------	--	--	--

Дніпро  
2022

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Напрями удосконалення державного управління в системі охорони здоров'я».

91 стор., 5 рис., 5 табл., 3 додатки, 85 використаних джерел.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЦІЛІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ, МЕДИЧНА ДОПОМОГА, МОНІТОРИНГ, УДОСКОНАЛЕННЯ, МОДЕРНІЗАЦІЯ, РЕФОРМУВАННЯ, ІННОВАЦІЇ.

Об'єкт дослідження – державне управління системою охорони здоров'я.

Предмет дослідження – забезпечення удосконалення державного управління системою охорони здоров'я в Україні.

Мета дослідження – розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення державного управління системою охорони здоров'я в Україні.

У першому розділі визначено теоретико-методичні основи державного управління системою охорони здоров'я в Україні. Другий розділ присвячено розкриттю основних чинників ефективності державного управління системою охорони здоров'я в Україні. У третьому розділі розглядаються можливості удосконалення державного управління системою охорони здоров'я в Україні.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я, громадські організації, пов'язані із системою охорони здоров'я.

## ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Directions for improving public administration in the health care system».

91 pages, 5 figures, 5 tables, 3 applications, 85 sources.

GOVERNMENT EFFICIENCY, HEALTH SYSTEM, SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS, MEDICAL CARE, MONITORING, IMPROVEMENT, MODERNIZATION, REFORM, INNOVATION.

Object of research – state management of the health care system.

Subject of research – ensuring the improvement of state management of the health care system in Ukraine.

The purpose of research – development of practical recommendations for improving the state management of the health care system in Ukraine.

In the first section the theoretical and methodological foundations of state management of the health care system in Ukraine are determined. The second section is devoted to the disclosure of the main factors of the effectiveness of state management of the health care system in Ukraine. In the third section opportunities for improving state management of the health care system in Ukraine are considered.

Scope of practical application – bodies of executive power, bodies of local self-government, health care institutions, public organizations related to the health care system.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	8
1.1. Теоретичні підходи до розгляду державного управління системою охорони здоров'я .....	8
1.2. Історичний аналіз особливостей розвитку системи охорони здоров'я .....	20
1.3. Закордонний досвід державного управління системою охорони здоров'я .....	29
РОЗДІЛ 2	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	35
2.1. Сучасні аспекти державного управління системою охорони здоров'я на інноваційних засадах .....	35
2.2. Методи забезпечення ефективності державного управління системою охорони здоров'я .....	43
РОЗДІЛ 3	
НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	63
3.1. Модернізація державного управління системою охорони здоров'я в Україні .....	63
3.2. Пропозиції щодо удосконалення державного управління системою охорони здоров'я в Україні .....	77
ВИСНОВКИ .....	88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	92
ДОДАТКИ .....	102

## ВСТУП

В Україні охорону здоров'я визначено одним з пріоритетних напрямів державної діяльності, у відповідності з Основами законодавства України про охорону здоров'я (ст. 12) [4]. У цьому Законі зокрема зазначено, що держава формує та забезпечує реалізацію політики охорони здоров'я в Україні. Така політика полягає у формуванні вищими органами державної влади пріоритетів, доктрин, концепцій і програм, спрямованих на зміцнення здоров'я населення, забезпечення діяльності і розвиток системи охорони здоров'я. Протягом всього періоду незалежності держава намагається побудувати економічно ефективне, соціально захищене, політично стабільне суспільство – у колі цих завдань охорона здоров'я, як важлива складова соціальної сфери держави.

Медична галузь є багаторівневою функціональною керованою системою з багатьма складовими елементами, які взаємодіють між собою і зовнішнім оточенням. Зміни та реформи у сфері охорони здоров'я на різних етапах суспільного розвитку мають здійснюватися органами управління державою усіх рівнів. Вони повинні містити поетапний комплексний характер і передбачати суспільно очікувані результати [2, с. 161]. Саме тому проблеми охорони здоров'я та діяльність, спрямована на збереження і зміцнення здоров'я, вимагають постійної уваги з боку держави і науковців у галузі державного управління.

Тому в сучасних умовах реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я, її еволюція як цілісної системи відбувається в закономірній відповідності щодо економічних і соціальних процесів, що відображають загальні тенденції формування комплексу соціально-економічних відносин в Україні. Невідповідність між реальними потребами системи охорони здоров'я і рівнем її фінансування є об'єктивною необхідністю і вимагає пошуку шляхів подолання сформованого протиріччя.

Сучасний стан справ у медичній сфері, а також рекомендації щодо виходу з кризи вивчалися багатьма дослідниками, в числі яких Т. Бахтеєва, М. Білинська, Т. Грузєва, З. Гладун, Л. Жаліло, Д. Карамішев, О. Кучеренко,

В. Москаленко, Я. Радиш, І. Солоненко, С. Стеценко та інші. Окремі питання створення організаційно-правових, економічних та інституціональних умов удосконалення державного управління системою охорони здоров'я України вивчали А. Авраменко, О. Акуленко, З. Гладун, О. Дацій, М. Корецький, Ю. Кальниш, Т. Коропецька, І. Кринична, І. Мельничук, М. Музика, М. Мартинюк, В. Москаленко, І. Хожило, В. Шевчук та інші фахівці. Водночас потреба в подальшому вивченні цієї проблематики, узагальненні практичних досягнень, розробці сучасного методичного забезпечення залишається відкритою, що і зумовило вибір теми магістерської роботи.

Об'єктом дослідження є державне управління системою охорони здоров'я.

Предметом дослідження є забезпечення удосконалення державного управління системою охорони здоров'я в Україні.

Мета дослідження полягає в розробці практичних рекомендацій щодо удосконалення державного управління системою охорони здоров'я в Україні.

Для реалізації мети дослідження визначено наступні завдання:

- визначити теоретичні основи державного управління системою охорони здоров'я;
- розкрити історичні особливості розвитку системи охорони здоров'я України;
- узагальнити зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я;
- проаналізувати сучасні методи забезпечення ефективності державного управління системою охорони здоров'я та представити концепт її оцінювання;
- запропонувати засоби удосконалення державного управління системою охорони здоров'я в Україні;
- обґрунтувати пропозиції щодо удосконалення державного управління системою охорони здоров'я в Україні.

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

явища державного управління системою охорони здоров'я України аналізувались у цілісності та взаємозалежності. У ході дослідження механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я України використано: методи аналізу і синтезу (отримання основних результатів дослідження); метод порівняння (критичне осмислення методичних підходів, моделей і механізмів державного управління національною системою охорони здоров'я); системно-аналітичний (вивчення законодавчих актів та інших нормативних документів). Усі зазначені методи доповнюють один одного і в сукупності забезпечили можливість всебічно розглянути предмет дослідження.

Інформаційною базою дослідження стали наукові праці вітчизняних і зарубіжних авторів, законодавчі та інші нормативно-правові акти, аналітичні матеріали.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони спрямовані на підвищення ефективності державного управління системою охорони здоров'я України.

Рекомендації надані у роботі можуть бути використані у практичній діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, громадських організацій, що пов'язані із системою охорони здоров'я.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 1.1. Теоретичні підходи до розгляду державного управління системою охорони здоров'я

У сучасних умовах Україна розв'язує складні проблеми, пов'язані зі зміною соціально-економічних умов розвитку держави, переходом до ринкової моделі економіки, розробкою шляхів досягнення стратегічних орієнтирів у соціальній сфері [2]. Сучасне державне управління – це діяльність, яка включає здійснення політики і програм уряду та установ виконавчої влади. Державне управління також має справу з плануванням, організацією, спрямуванням, координацією та контролем за урядовими діями. Державне управління у медичній галузі розглядається як вид діяльності держави, що полягає в здійсненні нею управлінського впливу у сфері охорони здоров'я шляхом використання повноважень виконавчої влади [4, с. 10 – 23, 55 – 80, 114]. Система закладів охорони здоров'я побудована на основі існуючого адміністративно-територіального поділу України і має два основних (адміністративно-територіальний і галузевий) управлінських механізми. Згідно з вимогою наближення медичної допомоги до населення, система закладів охорони здоров'я відповідає певним універсальним критеріям ієрархічності та багаторівневої побудови, а також відпрацьованим зв'язкам між суб'єктами і об'єктами управління.

Державне управління системою охорони здоров'я є процесом, який поєднує соціальну, економічну та організаційну функції. Реалізація цих основних функцій державного управління в сучасних умовах пов'язана із загостренням суперечностей між керуючою та керованою підсистемами і невідповідністю фактичних потреб населення реальним можливостям сфери охорони здоров'я. Розв'язання цих суперечностей вимагає вдосконалення існуючих та впровадження нових механізмів державного управління системою



охорони здоров'я, які повинні реалізовуватися на організаційному, економічному, правовому та соціальному рівнях. Для досягнення цього необхідно проаналізувати проблеми інноваційних перетворень системи охорони здоров'я та результати їх розв'язання відповідно до властивостей і форм інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я.

Інновації у сфері охорони здоров'я – це процес створення, одержання та комерціалізації результатів, який спонукає до матеріалізованих змін у сфері та класифікуються за різними ознаками. Узагальнюючи правові й економічні характеристики інноваційної діяльності, розглядаючи більш детально класифікації інноваційної діяльності в межах чинного законодавства України, можна виділити такі властивості та форми інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я:

- за галузями діяльності: лікувальні – забезпечують лікувальний процес; управлінські – відносяться до менеджменту в системі охорони здоров'я;
- за характером внесених змін: комбінаторні – поєднують у собі відповідні елементи; радикальні – ґрунтуються на принципово нових комплексах дій; модифіковані – спрямовані на доповнення та вдосконалення форм і зразків;
- за масштабом використання: одиничні – здійснюються один раз; дифузні – повторювані;
- за масштабом внесених змін: модульні – включають взаємопов'язані групи кількох локальних інновацій в системі охорони здоров'я; системні – базуються на повній реконструкції системи як цілого;
- за терміном дії: короткострокові та довготривалі;
- за методами здійснення: адміністративні; ліберальні; авторитарні; ініціативні;
- залежно від галузі реалізації або впровадження: у змісті системи охорони здоров'я; у структурі взаємодії учасників системи охорони здоров'я;
- залежно від функціональних можливостей: нововведення – умови – забезпечують ефективний процес охорони здоров'я; нововведення – продукти –

медичне обладнання, техніка тощо; організаційно-управлінські нововведення – якісно нові рішення в управлінських процедурах, що забезпечують їх функціонування;

– за ознакою інтенсивності інноваційної зміни чи рівнем інноваційності: інновації нульового порядку – це практично регенерування; первинних властивостей системи відтворення традиційної системи охорони здоров'я або її елементу); інновації першого порядку – характеризуються кількісними змінами в системі при незмінній її якості; інновації другого порядку – являють собою перегрупування елементів системи та організаційні зміни; інновації третього порядку – адаптаційні зміни системи охорони здоров'я в нових умовах без виходу за межі старої моделі охорони здоров'я; інновації четвертого порядку - містять новий варіант рішення (це найчастіше найпростіші якісні зміни в окремих компонентах системи охорони здоров'я, що забезпечують деяке розширення її функціональних можливостей); інновації п'ятого порядку – ініціюють створення системи охорони здоров'я «нового покоління» (зміна всіх або більшості первинних властивостей системи); інновації шостого порядку – в результаті реалізації створюються системи охорони здоров'я «нового виду» з якісною зміною функціональних властивостей системи при збереженні системоутворюючого функціонального принципу; інновації сьомого порядку – вища, докорінна зміна системи охорони здоров'я, в ході якої змінюється основний функціональний принцип системи;

– за осмисленням щодо впровадження інновацій: випадкові – інновації надумані і привнесені ззовні, що не впливають із логіки розвитку системи охорони здоров'я (найчастіше впроваджуються за наказом вищого керівництва і приречені на поразку); системні – інновації, виведені з проблемного поля з чітко позначеними цілями і завданнями.

Інноваційна діяльність системне поняття і представляє комплексні заходи, що направлені на реалізацію здійснення процесу інновацій системи охорони здоров'я. Функції інноваційної діяльності в системі охорони здоров'я передбачають радикальну зміну компонентів: змісту, форм, методів,

технологій, засобів навчання, системи управління тощо. Процес інновації в охороні здоров'я можуть здійснюватися як за рахунок власних ресурсів (інтенсивний шлях розвитку), так і за рахунок залучення додаткових потужностей (інвестицій) – нових засобів, обладнання, технологій, капітальних вкладень (екстенсивний шлях розвитку). Ефективним буде створення власної моделі розвитку системи охорони здоров'я, шляхом раціонального з'єднання інтенсивного та екстенсивного шляхів, що дозволить здійснювати актуальні інтеграційні процеси сфери. Один із провідних американських науковців у сфері менеджменту Л. Берне, професор управління системами охорони здоров'я, директор Центру управління охороною здоров'я та економіки зазначає: «в США Інновації в сфері медичних технологій на даний момент фінансуються на місцевому рівні. Вони підтримуються страховими компаніями, а також тими медичними установами, які в майбутньому планують використовувати ці технології. На разі бачимо дуже фрагментарний і децентралізований процес» [8].

Етапи розробки та реалізації нововведень у системі охорони здоров'я:

1. Діагностування стану системи охорони здоров'я, що має реформуватись. На цьому етапі потрібно виявити потребу в нововведеннях.
2. Оцінка якості системи охорони здоров'я, для визначення необхідного інструментарію інноваційного реформування. Детальний аналіз повинен пройти всі складові системи охорони здоров'я. В результаті буде виявлено що саме необхідно реформувати як нераціональне, неефективне, застаріле.
3. Розгляд перспективних зразків організаційних та управлінських рішень, які носять випереджаючий характер і можуть бути використані для моделювання нововведень.
4. Всебічний аналіз досліджень де містяться результати рішень вчених щодо актуальних проблем системи охорони здоров'я.
5. Створення якісно нової моделі функціонування системи охорони здоров'я. Проектування зразків нововведення в системі з конкретними

властивостями спрямованими на вдосконалення процесів управління організаційної структури, що є відмінними від існуючих традиційних варіантів.

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

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

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

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

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

Необхідно відзначити, що ще у стародавніх цивілізаціях діяли певні правила, які регулювали діяльність із надання медичної допомоги. Так, ще в стародавньому Вавилоні в Кодексі Хаммурапі (XVIII ст. до н. е.) було зазначено, якщо хірург шляхом операції врятує життя пацієнтові, то він отримає 10 шекелів срібла. Якщо здоров'ю пацієнта буде завдано збитків, то хірургу слід відрізати руку [9, с. 172]. Аналогічні відносини між лікарем і пацієнтом були характерні для Стародавньої Індії, де, згідно із Зводом законів Ману (X – XI ст. до н. е.), лікар піддавався штрафу за невдале лікування [10]. Прості товарно-грошові відносини між лікарем і пацієнтом визначали найпершу модель охорони здоров'я. Однак по мірі розвитку людства і ускладнення умов його існування зростала потреба в медичній допомозі та економічних законах, що регламентують її. На неорганізовану медичну допомогу мали негативний вплив макроекономічні фактори, такі як війни, спад виробництва, безробіття, зміна соціальних орієнтирів і моральних цінностей населення і багато іншого, що в результаті призводило до спалахів епідемій,

високої смертності тощо. З одного боку, захворювання ставали все більш складними і поширеними, а з іншого – можливості їх лікування все більш розширювалися й удосконалювалися. Нерегульовані державою ринкові відносини в системі охорони здоров'я приводили до того, що все менше і менше населення мало можливість користуватись адекватно до свого стану здоров'я медичною допомогою. Неконтрольовані ринкові відносини в системі охорони здоров'я почали загрожувати стану здоров'я нації. Саме в ті роки вперше зародилась ідея створення громадських грошових фондів і страхових лікарняних кас, куди люди, об'єднані за якоюсь ознакою (територіальною, професійною, родовою), вносили невеликі платежі, призначені для оплати медичної допомоги. Так спрощено можна уявити становлення моделі медичного страхування.

Вперше обов'язкове медичне страхування в законодавчому порядку було запроваджено в Пруссії у 1845 р. Не була винятком і Російська імперія з її виключно складними природно-кліматичними особливостями, з величезними малозаселеними, погано захищеними і слабо облаштованими просторами, краями ризикованого землеробства з несприятливою демографічною ситуацією. Історія країни обтяжена численними війнами, міжусобицями, коли необережні дії і необдумані рішення легко провокують кровопролитні затяжні конфлікти. Природно, що все це впливало на особливості зародження та становлення всієї системи охорони здоров'я в Російській імперії. Вперше економічні проблеми охорони здоров'я почали вивчати ще в дореволюційній час, і пов'язані вони були з економічними аспектами санітарно-демографічних процесів, боротьбою з малярією.

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

- ринковий – послуги купуються відповідно до соціально-економічного становища людини;
- заснований на благодійності – виділяються відповідні групи населення, що знаходяться в особливо несприятливому становищі та їм

надається державна (або приватна) підтримка;

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

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

Державна система охорони здоров'я («система Бевериджа»). Лорд Беверидж – політичний діяч Великобританії, який здійснив реформу охорони здоров'я, в результаті якої сформувалася державна система охорони здоров'я Великої Британії (1948 р.). Характерною особливістю «моделі Бевериджа» є державні гарантії на охорону здоров'я усім громадянам. За такої системи держава оплачує медичні послуги з податкових надходжень. У Англії, Північній Ірландії, Шотландії та Уельсі лікарі не підприємці, а лікарі наймані працівники, що перебувають на державній службі і здійснюють між собою конкуренцію за рахунок держави. Оплата лікаря здійснюється державою за кількістю наданих послуг та кваліфікацією фахівця. Перевагою системи є одноканальність і простота фінансування, а також масова доступність медичних послуг.

– В країнах, яких практикується «модель Бевериджа», спостерігаються низькі витрати на охорону здоров'я на душу населення. Великобританія, Канада, Італія, Іспанія, Норвегія, Данія, Португалія це країни в яких застосовується «система Бевериджа». Гонконг - країна яка впроваджує власну модель інтегруючи найкращий досвід і переваги «моделі Бевериджа», населення країни висловило бажання залишити державну систему охорони здоров'я. Основні характеристики:

- централізоване і регіональне планування;
- використання для фінансування прямого оподаткування;
- управління системою здійснюють професійні працівники охорони

здоров'я;

- контроль якості проводиться від частини професійними працівниками охорони здоров'я, почасти державою;
- економне використання ресурсів галузі;
- невисока оплата праці професійних працівників;
- низькі адміністративні витрати.

Сучасні проблеми, властиві державній системі охорони здоров'я:

- мало стимулів для підвищення ефективності галузі;
- неадекватність матеріально-технічної бази галузі внаслідок бюджетного фінансування «за залишковим принципом»;
- обмежена можливість вибору для пацієнтів;
- характерні черти, які виконують функції нормування надання допомоги, стимулювання використання приватної практики забезпеченими верствами населення, індикатора ступеня недофінансування, елемента конкурентної боротьби за фінансування;
- нерівномірний розподіл ресурсів між різними адміністративними територіями залежно від ступеня їх впливу на уряд. Виникає концентрація ресурсів в столицях і великих містах;
- централізоване планування. Веде до недостатнього обліку місцевих інтересів;
- низький статус первинної допомоги.

«Система Бісмарка» ґрунтується на принципі державного регулювання ринкових відносин в системі охорони здоров'я. Отто фон Бісмарк у ХІХ ст. створив «державу загального добробуту». Модель Бісмарка має європейське походження, і в окремих своїх елементах схожа на страхову модель США. Але на відміну від моделі американської, модель Бісмарка базується на обов'язковому страхуванні громадян де інформаційні посередники у вигляді страхових компаній (лікарняні каси) не отримують доходів, спрямовуючи їх на якість медичних послуг. Система презентує діяльність лікаря як підприємця, вільного суб'єкта ринкових відносин, а лікарні в основному як приватні

установи. Чинне законодавство зобов'язує працедавців оплачувати медичні послуги своїх працівників через лікарняні каси. За своє існування дана модель сформувала великий адміністративний апарат, який проводить складну систему розрахування з лікувальними установами, що наразі розглядається як один із негативних моментів діяльності системи. В основу діяльності моделі Бісмарка покладений принцип соціальної справедливості, суспільної солідарності та рівності всіх громадян у доступі до якісної медицини. Німеччина, Бельгія, Франція, Японія, Швейцарія це країни де «модель Бісмарка» успішно впроваджується і має якісні результати як в наданні медичних послуг так і адміністративному управлінні системою охорони здоров'я. Основні характеристики:

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

Сучасні проблеми, властиві страховій системі охорони здоров'я:

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

Недержавна, приватна система охорони здоров'я. Основні



характеристики:

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

Проблеми, властиві приватній системі охорони здоров'я:

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

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

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

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

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

- адміністративної, завданням якої є розробка і визначення політики (як системи цілей, завдань і шляхів їх вирішення);
- економічної, визначальні матеріально-фінансові ресурси, мотиви і фінансові результати системи управління;
- оперативної що забезпечує оперативну, виконавську, спрямовану переважно, на технологічну і технічну організацію об'єкта управління.

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

Вітчизняна система охорони здоров'я, так само як і всі зарубіжні системи охорони здоров'я, функціонує в умовах жорстких обмежень. Органи управління охороною здоров'я не маючи можливості розвивати на рівні всі види медичної допомоги, мають стратегічно спланувати пріоритетний розвиток тих які можуть бути максимально ефективними у поліпшенні якості здоров'я населення.

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

Система охорони здоров'я є складною економічною системою, процес управління сферою включає цілий комплекс компонентів: структуру, функції, механізм, кадри управління. Ефективність розвитку системи, на пряму залежить від низки механізмів управління, що видозмінюються людьми, які здійснюють комплексну регламентацію методів, функцій, стимулів, форм, важелів управління, спрямовуючи свою діяльність на максимальне поліпшення результатів. Механізми управління у системі охорони здоров'я повинні забезпечувати взаємодію всіх підсистем і чітку, зважену координацію управлінських рішень. У загальному управлінському механізмі виділяють медико-технологічний, організаційно - управлінський і економічний механізми.

Державне регулювання діяльності у системі охорони здоров'я можна розглядати як діяльність держави, в особі її органів влади, спрямовану на забезпечення суспільних інтересів, шляхом застосування, переважно, державно-управлінських засобів, що впливають на відносини та поведінку господарюючих та негосподарюючих суб'єктів.

Модернізація системи охорони здоров'я, за своїм змістом, має здійснюватися як у нормативно-правовому, економічному так і в організаційному напрямках. Сучасна охорона здоров'я повинна включати критерії міжгалузевого економічного, політичного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарного та епідеміологічного характерів, а, також, активну роль держави у процесі їх визначення.

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

## 1.2. Історичний аналіз особливостей розвитку системи охорони здоров'я

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

- здорові люди більш продуктивні і вносять більший внесок у розвиток економіки і суспільства;
- чим розвиненіша економіка, тим вона вносить більший внесок у забезпечення здоров'я і підвищення якості життя населення шляхом поліпшення соціального середовища в цілому при контролі рівня нерівності;
- більш здорове населення вимагає менших витрат на охорону здоров'я;
- якісні медичні послуги сприяють поліпшенню здоров'я населення;
- ефективно працююча економіка дає більше ресурсів для витрат на охорону здоров'я [11, с. 6].

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

Теорії нерівності та соціальної справедливості рівня здоров'я населення пов'язують із доступом індивіда до адекватних умов життя, коли можливості залежать від рівня справедливості і ступеня нерівності. Основними заздалегідь заданими змінними, визначальними щодо життя людини при народженні, є дохід і рівень освіти батьків, проживання в місті чи селі, стать і расова приналежність дитини. В умовах недосконалості ринків нерівність з точки зору впливу і багатства трансформується в нерівність можливостей, у результаті чого продуктивний потенціал не використовується повною мірою, а ресурси розподіляються неефективно. Концепція нерівності в здоров'ї пов'язана з нерівністю в доступі до різних благ: медичної допомоги, безпечним умовам праці, екологічно чистим продуктам. Аналіз досліджень щодо зв'язку смертності та соціально-економічних, поведінкових факторів, що впливають на здоров'я, показав, що їх структура і стан здоров'я пов'язані в основному з двома показниками: способом життя і охороною здоров'я.

Теорії способу життя мають на увазі визначальний вплив його складових на стан здоров'я індивіда. Формування образу життя відбувається під впливом об'єктивних і суб'єктивних факторів. На спосіб життя впливають економічні, політичні та соціальні умови країни. Найбільш повне визначення способу життя дає Р. Ривкіна – сукупність декількох різних і взаємозалежних видів соціальної активності. Головні з яких: 1) різні види економічної, насамперед, трудової, діяльності; 2) комплекс занять у сфері домашнього господарства; 3) заняття у сфері освіти; 4) форми проведення вільного часу; 5) способи підтримки здоров'я; 6) участь у політичному житті країни; 7) трудова та територіальна мобільність; 8) прояв девіантної поведінки, соціальні хвороби [19, с. 32 – 39].

Антична філософія IV – III ст. до н. е. в працях Аристотеля, Сократа, Платона формулюючи теоретичні положення державного устрою, акцентує увагу щодо раціонального відтворення населення. Платон у праці «Держава» зазначає, що здатні і здорові громадяни - основа розвитку держави. [23, с. 97]. Питання про «регулювання народонаселення» Платон розкриває в діалозі

«Закони», де пропонує всю земельну площу держави поділити на 5 040 рівноцінних земельних ділянок довічного користування. Проблема надлишкового населення розв'язується таким чином, що частина населення повинно емігрувати, решта пристосуватись до числа ділянок. Проблема недостатнього приросту у державі на думку філософа має регулюватись на рівні законодавства шляхом мотивації та заохочення процесів дітонародження.

Аристотель вважає питання про розмноження населення одним із найсерйозніших питань суспільного існування. «Можна думати, що скоріше варто визначити дітонародження, ніж майно, так щоб народження було не більше визначеного числа. Число ж це можна визначити, взявши в розрахунок випадки смерті народжених і випадки безплідних шлюбів. Якщо ж залишити питання без уваги, то результатом такої невизначеності, як дійсно в багатьох державах і буває, повинна бути бідність громадян, а бідність виробляє заворушення і лиходійство» [25, с. 416 – 417].

Дійшла до наших днів праця Корнелія Цельса (І ст. до н. е – І ст. н. е.) «Медицина», яка містить корисні відомості рабовласникам, змушеним утримувати великі валетудінарії (прототип сучасних лікувальних закладів) для хворих рабів і лікувати їх раціональними й доступними способами. Слід зазначити, що валетудінарії для рабів виникли тоді, коли раби стали дорогими і лікувати їх стало економічно вигідно [26, с. 82 – 83].

Для подальшого розвитку історії людства, прогресивного економічного зростання, вкрай важливим є переосмислення цінності людської праці і його гідності. В умовах натурального господарства витрати на виховання дітей невеликі, а робоча сила в господарстві затребувана. Феодали, чия могутність визначалася, в тому числі і кількістю підданих, також були зацікавлені у збільшенні чисельності селян. Християнська церква підтримує процес народження, заохоченням одношлюбності і заборонаю регулювання дітонародження. Саме в цей період відбувається формування політики зростання чисельності здорового населення, спрямоване на відновлення втрат, спричинених епідеміями.

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

В інформаційному суспільстві людина є не просто «економічною людиною», під якою розуміється комплекс економічних функцій і ролей, що визначають раціональну поведінку людини в індустріальній економіці ринкового типу, а багатогранну людську особистість як вирішальний фактор і головний інформаційний ресурс суспільства. Головним носієм інформаційних ресурсів та джерел, поряд із речовими засобами накопичення зберігання і обробки інформації – є людина, що володіє високим рівнем загальноосвітньої, наукової та спеціальної підготовки [28, с. 15 – 16].

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

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

Під людськими ресурсами розуміються якості, що дозволяють добувати життєві блага і завойовувати соціальні позиції. При розгляді різних якостей

формують поняття людських ресурсів, пріоритетність віддається здоров'ю.

Як інвестиційний об'єкт, здоров'я є частиною людського капіталу або цінності людини як частини виробництва і забезпечує йому можливість заробити. Здоров'я знижує число днів хвороби і відповідно збільшує число днів, в які можна займатися будь-якою діяльністю, як ринковою, так і неринковою. Тому виробництво здоров'я впливає на корисність індивіда не тільки як задоволення від гарного стану здоров'я, але й тому, що воно підвищує число здорових днів для роботи (відповідно отримання доходу) та вільного часу і збільшує його дохід.

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

В будь-якій сфері професійної діяльності кожній людині для продуктивної діяльності необхідні імунітет до хвороб, якісне збільшення активної трудової діяльності, витривалість, фізична сила. Принципово важливо для профілактики і попередження захворюваності в період роботи чітко дотримуватись нормативних інструкцій з техніки безпеки, зменшення частки зайнятих у шкідливих і небезпечних умовах.

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



значнішим потоком доходів у майбутньому.

Перспективність швидких змін суспільного розвитку не можливо розглядати без розумних інвестицій в людину. Збереження працездатності за рахунок зменшення захворюваності, збільшення продуктивного періоду життя, мають стати необхідними маркерами привабливості інвестування.

Нормальний обіг робочої сили у виробництві багато в чому залежить від ефективних капіталовкладень. Інвестиції в здоров'я забезпечують нормальний обіг робочої сили. Капітал здоров'я є невід'ємною частиною людського капіталу.

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

Загальносоціальна потреба суспільства у необхідності підтримки здоров'я всіх членів суспільства незалежно від їх матеріального рівня, забезпечення державою гарантій рівного доступу до мінімального набору найбільш важливих видів медичної допомоги, особливо у випадку загрози життю, дозволяє класифікувати здоров'я як суспільне благо. Вартість медичної послуги визначається не тільки ринковими чинниками, а й суспільно необхідними витратами для виробництва і відтворення медичної допомоги, без визнання їх суспільної корисності ринком. Робочою силою є індивідуальна здатність до праці, яка поєднана з живою особистістю людини і виступає його найважливішою атрибутивною властивістю [27, с. 36].

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

Необхідно підкреслити інтегральний характер поняття «здоров'я». У

Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) поняття «здоров'я» формулюється як: « Стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність фізичних дефектів чи хвороб» [29].

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

Праця як функція робочої сили і споживання як функція споживної сили обумовлені інтегральним показником здоров'я. Ці функції якісно визначені використанням у процесі праці та процесі споживання фізичної, психічної, і соціальної складової. Відтворення здоров'я індивіда, що підтримує здатність до необхідної праці, є об'єктом охорони держави і забезпечується державними гарантіями надання безкоштовної медичної допомоги. Про відтворення здоров'я індивідуума, що підтримує здатність до додаткової праці, повинен піклуватися сам індивід. Основними факторами, що демонструють процес відтворення здоров'я населення є наступні:

- формування здорового способу життя та надання якісної безкоштовної медичної допомоги всім громадянам України (в рамках державних гарантій);
- ресурсного забезпечення охорони здоров'я, що включає фінансове, матеріально-технічне та технологічне оснащення лікувально-профілактичних установ на основі інноваційних підходів та принципу стандартизації;
- розробка стратегії відтворення здоров'я населення спрямована на його збереження та поліпшення на основі формування здорового способу життя та підвищення доступності та якості медичної допомоги. Метою зазначеної стратегії є забезпечення сталого соціально-економічного розвитку України.

У сучасних умовах все більшого значення набуває не просто динаміка показників платоспроможного попиту, а, перш за все, диверсифікація споживання, механізми формування і задоволення потреб. Ключовим обмежувачем споживання медичних послуг виступає не обсяг їх виробництва, який визначається об'ємом доступних ресурсів та ефективністю їх використання, а соціально-економічні механізми доступу до їх споживання.

Загальну траєкторію розвитку потреби в медичній допомозі визначає: ступінь розвитку потреби в медичних послугах, що задає вектор сталого економічного розвитку;

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

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

Споживання додаткових платних медичних послуг, які не є необхідними за життєвими показаннями, можна розглядати як підвищення потенціалу здоров'я, спрямованого на вдосконалення творчих знань, навичок, умінь або підвищення конкурентоспроможності робочої сили. Процес споживання медичних послуг стає інтерактивним, вимагає від споживача спеціальних навичок, міжособистісних контактів і інтерперсональної взаємодії. Регулювання зазначеного типу споживання припускає включеність до ринкового механізму певного загальнокультурного елемента.

Зниження здатності до споживання впливає на відтворення потреби в праці, виявляє вплив на потенціал здоров'я, який визначає здатність до праці і

працю як функцію робочої сили, що є виробником матеріальних і духовних цінностей. Недостатнє забезпечення людини медичною допомогою з причини бідності не забезпечує потенціал здоров'я, що веде до стримування економічного зростання.

Здійснюючи економічні функції, держава виступає в ролі основного джерела фінансування щодо забезпечення розвитку людського капіталу, тим самим, створюючи можливість його участі в процесі суспільного відтворення, результатом якого виступає потенційна можливість подальшого вдосконалення творчих здібностей людини. Граничність ресурсів обмежує можливості держави у наданні суспільних благ, найбільш значущим з яких є здоров'я. Держава гарантує рівний доступ лише до мінімального набору найбільш важливих видів медичної допомоги.

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

Система управління охороною здоров'я повинна базуватися на принципі децентралізації управління зі збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному рівні системи. І це викликано об'єктивною необхідністю.

Із загального підходу до аналізу механізмів державного управління, на думку багатьох науковців, слід розглядати як сукупність п'яти основних (рівнозначних) механізмів: організаційного, адміністративного, правового,

інформаційного та фінансового. За словами В. Григоровича, для аналізу та вибору стратегії держави щодо побудови системи охорони здоров'я всім цим механізмам потрібно взаємодіяти між собою та бути адаптованими до конкретних суспільних потреб та можливостей.

Виходячи з цього, є об'єктивна необхідність надання автономності медичним установам різних рівнів у питаннях фінансово-економічної діяльності, структури, штатів із збереженням підпорядкованості по вертикалі у всіх інших питаннях.

Окремо слід зазначити вплив громадського контролю за ефективністю управлінської діяльності і дотриманням законодавства. Для забезпечення прозорості і публічності в сфері охорони здоров'я слід наділити певними функціями контролю громадські організації та їхні об'єднання. Це сприятиме посиленню заінтересованості громадян в успішному вирішенні питань охорони здоров'я.

### **1.3. Закордонний досвід державного управління системою охорони здоров'я**

Особливістю європейських країн та сучасного світу, загалом, є зростання довіри до ринкових підходів, які пов'язані з регулюванням сектору охорони здоров'я за допомогою узгодження та прийняття державно-управлінських рішень. Однак, запровадження ринкових механізмів, останніми роками, у цій сфері, супроводжується вдосконаленням ролі держави як регулятора. У той же час, у всіх розвинених країнах у процесі реформування систем охорони здоров'я державна увага зосереджується, насамперед, не на збільшенні обсягу коштів, а на контролі дієвості та ефективності витрат, раціональному розподілі існуючих ресурсів та покращенні якості медичних послуг.

Проблематика розуміння та концептуалізації питань публічного управління у західній державно-управлінській науці є об'єктом дослідження та

привертає увагу таких іноземних експертів як: П. Друкер, М. Мескон, М. Фоллетт, В. Кноррінг, Г. Файоль та ін. Відповідно до Міжнародної Конвенції «Про захист прав людини та основних свобод» від 4 листопада 1950 р.: «Держави несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає проведення відповідних заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я» [30].

Фінансова стійкість системи охорони здоров'я, є стратегічно важливим завданням держави, що створює рівні можливості для людей з різним доходом в реалізації доступної і якісної медицини. Система охорони здоров'я повинна фінансуватись таким чином, щоб «... усі люди мали доступ до медико-санітарних послуг і при цьому не відчували фінансових труднощів щодо їх вартості» [31, с. 62]. При будь-якому рівні витрат, на думку Генерального директора Всесвітньої організації охорони здоров'я М. Чана, будь-яка країна може домогтись поліпшення охоплення медичними послугами, і забезпечити захист від фінансових ризиків, якщо проводитиме ефективну і прагматичну політику в галузі охорони здоров'я [32, с. 25].

Стосовно українського досвіду щодо розвитку системи охорони здоров'я у доповіді підкреслювалось: «В Україні, наприклад, на індивідуальному рівні створюються так звані фонди на випадок хвороби для того, щоб допомогти впоратися з платою за лікарські засоби там, де можливості бюджетного фінансування місцевих медичних установ обмежені. Внески зазвичай складають близько 5 % заробітної плати і часто доповнюються грошима, отриманими від благодійних заходів. Поки охоплення невелике у співставленні з національним рівнем, але ці фонди відіграють важливу роль у маленьких містах, де медичні установи не отримують достатнього фінансування» [32, с. 48]. Однак наявність достатнього фінансування не гарантує загальної доступності медичної допомоги. Навіть у високорозвинених країнах не всі громадяни отримують необхідну медичну допомогу (так у США понад 50 млн. чол. не мають полісів медичного страхування) [33]. Хоча за законом, підписаним Президентом США Б. Обамою, передбачалось забезпечити медичною страховкою ще 32 мільйони чоловік,

найближчим часом зробити це явно не вдасться, відзначає американський дослідник Р. Вульф. Основною перешкодою, на його думку, є постійно зростаюча середня вартість страховки, яка для сім'ї з 4 осіб вже становить близько 14 тис. доларів. А впродовж найближчих років напевно станеться приріст незастрахованого населення, яке продовжує втрачати робочі місця - в основному, серед домогосподарств із доходом нижче 75 тис. доларів на рік [33].

Системи охорони здоров'я економічно розвинених країн базуються на таких основних елементах господарської діяльності як: страхова медицина, державна територіальна медицина, медична діяльність громадських організацій. При цьому виділяються країни з чітко вираженими ринковими принципами діяльності (США), що використовують елементи планового регулювання (країни Західної Європи), з впливом традицій (Японія). Доля видатків у цих країнах на охорону здоров'я у ВВП становить від 7,5 до 16 %; частка державних витрат - близько до 75 % від загальних витрат на охорону здоров'я [34].

В економічно розвинених країнах система охорони здоров'я тісно пов'язана з діяльністю щодо популяризації здорового способу життя, охорони навколишнього середовища. Охорона здоров'я країн, що розвиваються, перш за все, країн «найменшого розвитку», не встигає за зростанням населення і загостренням продовольчих криз.

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

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

Коли говорять про моделі систем охорони здоров'я країн з перехідною економікою, мають на увазі головним чином групу країн Східної Європи, включаючи деякі країни СНД. Спочатку вони спробували здійснити економічну

«шокову терапію», зберігши існуючий рівень обслуговування в системі охорони здоров'я. Одночасно в більшості цих країн мала місце спроба реалізувати поєднання соціального страхування з ліберальною моделлю приватизації [34].

Як відомо, в колишньому Радянському Союзі і європейських соціалістичних країнах існували широкі гарантії безкоштовного надання медичної допомоги населенню. У ряді постсоціалістичних країн (Азербайджані, Вірменії, Грузії, Молдові, Таджикистані) такі гарантії були радикально скорочені. Однак у більшості країн із перехідною економікою гарантії безкоштовного отримання медичної допомоги або не змінювалися, або були лише незначно модифіковані. В Албанії, Болгарії, Киргизії, Македонії, Словенії, Хорватії, Чехії, Естонії були введені фіксовані співоплати пацієнтів за надані їм медичні послуги, розміри яких були незначними порівняно з вартістю наданих послуг. У результаті характерною особливістю країн із перехідною економікою став значний розрив між гарантованими правами громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги та їх реальним фінансуванням [35, с. 10]. На сьогодні у світовій практиці домінуючими є три форми фінансування: державна, бюджетно-страхова і підприємницька (приватна).

Державна система охорони здоров'я фінансується з сумарних податкових доходів бюджету (від 75 до 90 %). Існує державне замовлення, державне завдання або державний трансферт, через які здійснюються фінансові надходження до системи охорони здоров'я. Переваги даної моделі фінансування є прагнення щодо забезпечення рівності та доступності в отриманні медичної допомоги для всіх категорій громадян. В силу об'єктивних макроекономічних причин ця система не може бути повністю реалізована. Характеристика організації охорони здоров'я країн із державною моделлю фінансування представлена у Додатку А. Недоліками даної системи є:

- наявність одного джерела фінансування ускладнює забезпечення доступності послуг для всіх верств населення;
- безкоштовність медичних послуг призводить, до підвищеного і необґрунтованого попиту на них, що змушує обмежувати його шляхом



процедури попереднього запису;

- відсутність конкуренції на ринку медичних послуг не сприяє підвищенню їх якості, а, отже, гальмує розвиток системи охорони здоров'я;
- максимальна залежність розміру фінансування від можливостей бюджету.

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

- в обов'язковому медичному страхуванні бере участь переважна більшість населення країни, що дає йому можливість отримати фінансову підтримку у випадку настання хвороби від страхової компанії, окрім гарантованого державою обсягу безкоштовної медичної допомоги;
- приватне страхування створює можливість отримання додаткових видів медичних послуг;
- забезпечується адресність медичної допомоги при настанні страхового випадку.

У той же час цій моделі притаманні такі недоліки: необхідність жорсткого контролю за діяльністю організацій у секторі приватного страхування; не завжди забезпечується необхідний рівень державного фінансування витрат населення на медичні послуги. У приватно підприємницькій системі фінансування здійснюється в основному за рахунок внесків з добровільного медичного страхування, організаціями полісів та реалізації платних медичних послуг. При використанні цієї моделі державні органи влади намагаються всіма можливими способами контролювати діяльність страхових організацій і рівень цін на медичні послуги. Основний недолік цієї моделі полягає у недоступності якісної медичної допомоги найбільш вразливим верствам населення країни. Оцінка

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

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

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

- незважаючи на те, що в країнах із високорозвиненою економікою витрати на охорону здоров'я становлять у середньому 6 – 7 % ВВП, а в реальному вираженні – на порядок більше, ніж в Україні, і при цьому практично в жодній з цих країн не гарантується безкоштовність усіх видів медичної допомоги всім громадянам [36];

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

Таким чином, засновану в радянську добу традиційну модель (модель М. Семашка), яка ґрунтувалась на профілактичній домінанті організації системи охорони здоров'я, сьогодні має змінити змішана багатоукладна новітня модель, основу якої становитиме ринкова організація системи охорони здоров'я України.

На даному етапі державна стратегія реалізації інституційних і структурних перетворень у сфері охорони здоров'я – орієнтована як цілеспрямований і керований процес, результатом якого є створення системи охорони здоров'я, яка дозволить організувати медичну допомогу кожному мешканцю та в потрібному місці, у необхідному обсязі та з мінімальними витратами [4]. Сучасна модель охорони здоров'я в Україні ґрунтується на поєднанні ринкових регуляторів і планування, здійснюваного органами державного управління.

## РОЗДІЛ 2

# ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 2.1 Сучасні аспекти державного управління системою охорони здоров'я на інноваційних засадах

Поточна зміна законодавства України у сфері охорони здоров'я та медичного страхування, процес фінансування модернізації галузі вимагають якісно нових підходів до методології планування і фінансування надання медичної допомоги [35, с. 23]. Поняття інновації є основоположним для процесів і закономірностей економічного, технічного, виробничого, екологічного та соціального характеру у розвитку держави і суспільства в цілому. Інновації суттєво впливають на підприємництво, є одним з найсприятливіших факторів для покращення науково-технічного та виробничо-економічного потенціалів підприємства. Інновація з'являється внаслідок наукових досліджень та розробок, спрямованих на модернізацію процесу виробничої діяльності, економічних, правових і соціальних відносин у галузі науки, охорони здоров'я, освіти, а також в інших сферах діяльності соціуму та їх практичного втілення.

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

На думку С. Гладуна одним із визначальних напрямів реформування сучасної системи охорони здоров'я України є: «... управління медичною наукою та інноваційна політика» [37, с. 204]. Найважливіші завдання різних управлінських рівнів, вирішення яких суттєво впливає на інноваційну діяльність у сфері охорони здоров'я та їх якість, відображені в табл. 2.1. [72].

Таблиця 2.1

### Основні завдання інноваційної політики у сфері охорони здоров'я

Соціально-економічні	Організаційно-просвітницькі	Функціональні
<ul style="list-style-type: none"> <li>– забезпечення сприятливих економічних умов з метою ефективної реалізації інноваційних процесів;</li> <li>– розвиток науки, організація оптимальної взаємодії і співпраці академічної і прикладної науки;</li> <li>– перманентний розвиток галузі;</li> <li>– розробка та впровадження галузевої політики в інноваційній сфері;</li> <li>– мінімізація територіальних диспропорцій;</li> <li>– створення максимально сприятливого інноваційного середовища;</li> <li>– підтримка регіонів в організаційно-методичній площині;</li> <li>– підготовка нових, та реорганізація старих наукових і управлінських кадрів у якості основного джерела інноваційних ідей.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– популяризація та сприяння розвитку інноваційної економіки у регіоні;</li> <li>– проведення досліджень у сфері інновацій;</li> <li>– участь та координація розробки і реалізації програм з інноваційного розвитку у регіонах;</li> <li>– налагодження технологічного співробітництва з ін. регіонами та сприяння міжнародному співробітництву;</li> <li>– інтеграція до загальнодержавних мереж трансфера технологій;</li> <li>– системна та комплексна підтримка функціонування інноваційної системи, у тому числі фінансове забезпечення заходів, відповідно до регіональних стратегій і програм;</li> <li>– участь у постановці цілей і завдань, моніторинг і оцінювання роботи системи;</li> <li>– організація процесу взаємодії з ін. елементами інноваційної інфраструктури;</li> <li>– сприяти популяризації на загальнодержавному рівні.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– реалізація усіх напрямків регіональної інноваційної політики;</li> <li>– розбудова оптимальної та максимально зручної управлінської системи;</li> <li>– докладання зусиль на розв'язання соціальних проблем;</li> <li>– написання та розвиток власних інноваційних проектів і програм;</li> <li>– завдяки використанню інноваційних підходів посилити економічну самостійність;</li> <li>– співпраця з іншими регіонами у контексті реалізації національних інтересів;</li> <li>– розвиток власної ефективної кадрової політики, підтримка молодих фахівців та їх залучення;</li> <li>– інформування населення і роботодавців.</li> </ul>

Джерело: [72].

Інноваційним розвитком регіональної системи охорони здоров'я можна вважати діяльність, результатом якої виступає вдосконалення існуючої та розробка нової медичної продукції (технології, техніки, програми або послуги), які реалізуються на ринку, або запровадження нового чи удосконаленого процесу її виготовлення, який наразі використовується у практичній медицині. Серед факторів, які впливають на інноваційний розвиток системи охорони здоров'я, слід зазначити такі [38, с. 5]:

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

Методом інноваційного розвитку регіону є програмно - цільове управління. Основною особливістю державного регулювання на основі використання програмно-цільової моделі розвитку системи охорони здоров'я слід назвати його орієнтованість на кінцевий результат. Стосовно галузі

охорони здоров'я, кінцевий результат виражається у кількісному відношенні такими показниками, як скорочення смертності, зменшення інвалідності та захворюваності населення, підвищення якості та доступності медичної допомоги, поліпшення демографічної ситуації. Ці показники вважаються основними індикаторами (критеріями) державного регулювання на основі використання програмно-цільової моделі розвитку системи охорони здоров'я та зазначають її результативність.

За основу програмно-цільового управління в системі охорони здоров'я береться Програма державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги, а її показники демонструють кінцевий результат діяльності медичних установ, організацій і системи охорони здоров'я в цілому. Основними принципами державного регулювання охорони здоров'я на основі застосування програмно-цільової моделі є:

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

Удосконалення основ реалізації державних заходів щодо розвитку системи охорони здоров'я регіону є найважливішим чинником підвищення ефективності їх реалізації. Одним із проявів сучасності у вирішенні проблем управління системи охорони здоров'я є розробка раціонального способу практичної реалізації програмно-цільового підходу – програмно-цільової моделі. Програмно-цільова модель – це науково обґрунтоване уявлення явищ і процесів реалізації на основі використання програмно-цільового підходу, що полягає в розробці комплексу взаємопов'язаних за термінами, виконавцями і ресурсами заходів, орієнтованих на досягнення пріоритетних цілей [39, с. 321].

Для ефективною практичною реалізації програмно-цільової моделі розвитку системи охорони здоров'я необхідно активно використовувати весь комплекс заходів, у рамках вирішення поставленої мети, за коштами безперервного управлінського впливу на об'єкти програмно-цільової моделі розвитку систем територіальної охорони здоров'я. Програмно-цільова модель

розвитку охорони здоров'я регіону представлена на рис. 2.1 [39].

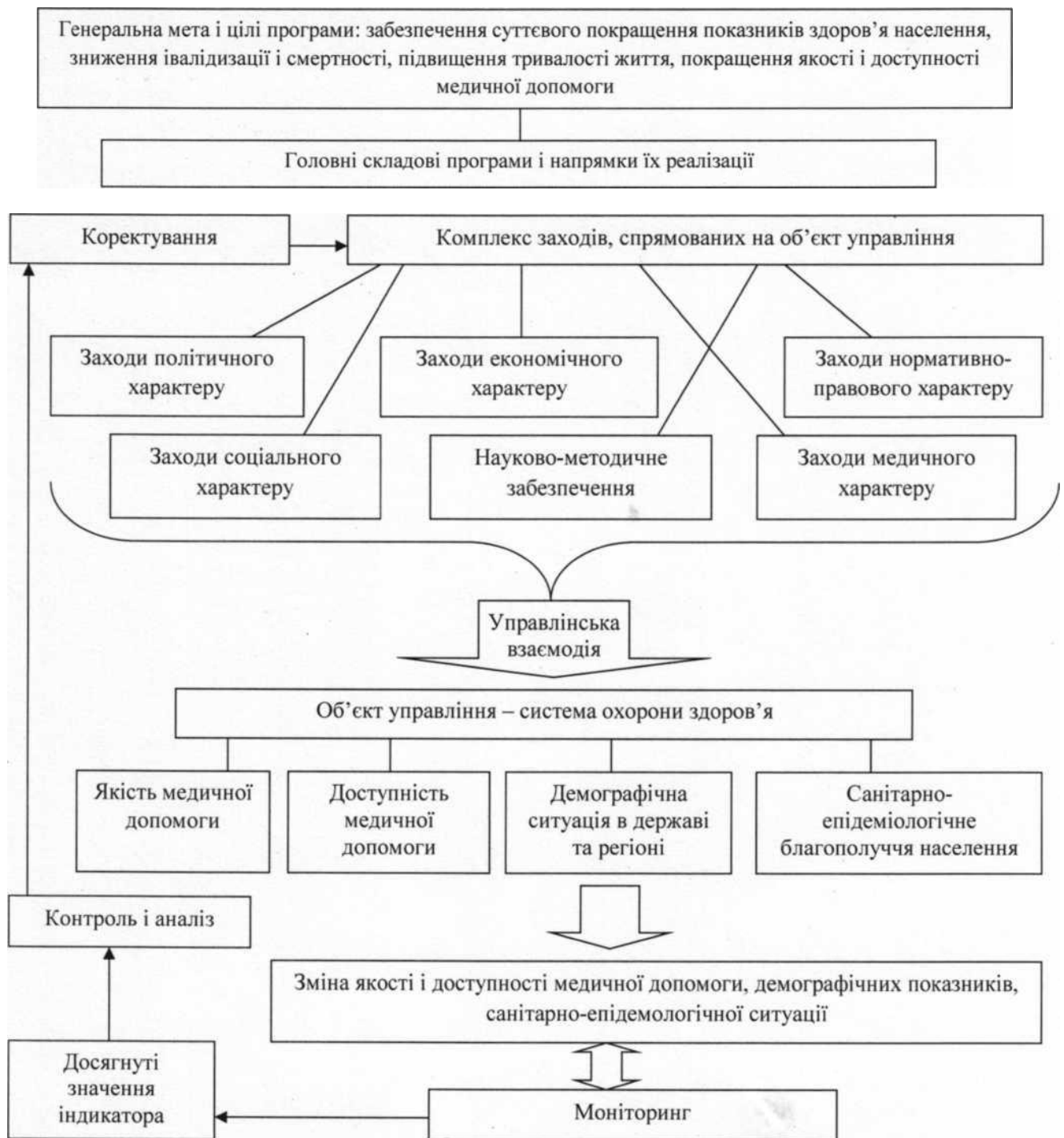


Рис. 2.1. Програмно-цільова модель розвитку системи охорони здоров'я

Ця модель дає можливість виділити основні елементи управління у конкретному регіоні, і керувати інноваційним процесом, впливаючи на них.

Цільові програми застосовуються у державній політиці як інструмент підвищення ефективності бюджетних витрат. У сфері охорони здоров'я

державне регулювання в регіонах здійснюється на основі програм, які побудовані за схемою «мета-заходи-ресурси». Цільова програма передбачає визначення цілей тієї, чи іншої програми, встановлюються способи їх досягнення, які узгоджуються безпосередньо з відповідними органами державної влади та пов'язуються з необхідними для їх реалізації ресурсами.

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

Згідно з чинним законодавством цільові програми та міждержавні цільові програми, у здійсненні яких бере участь Україна, є «... комплексом взаємопов'язаних завдань і заходів, які спрямовані на розв'язання найважливіших проблем розвитку держави, окремих галузей економіки або адміністративно- територіальних одиниць, здійснюються з використанням коштів Державного бюджету України та узгоджені за строками виконання, складом виконавців, ресурсним забезпеченням» [40]

Порядок розробки і реалізації цільових програм затверджено постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм» (зі змінами) [42]. Зазначений документ наразі регламентує послідовність і зміст стадій формування, оцінки, затвердження та реалізації цільових програм. Порядок розробки і реалізації регіональних цільових програм затверджено Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження стратегії регіонального розвитку на період до 2015 року» [43].

На думку Д. Карамішева основою планування в системі охорони здоров'я повинні стати саме цільові програми розвитку охорони здоров'я, що реалізують цілі й завдання державної політики на певний період [44, с. 280].



Цільові програми у сфері охорони здоров'я представляють собою «документ, у якому відбиваються мета і комплекс виробничих, науково дослідницьких, організаційно господарських, соціальних та інших завдань і заходів, спрямованих на вирішення найбільш ефективним шляхом економічних проблем і пов'язаних відповідно до ресурсів, виконавців і термінів здійснення» [41, с. 58]. Задля успішної реалізації та досягнення визначених цілей, програмні заходи мають бути чітко направлені, взаємопов'язаними, орієнтованими у часі і просторі, забезпечені оптимальною ресурсною базою та узгоджені за виконавцями і термінами здійснення.

Цільова програма регіону є самостійним документом, окремі елементи якого включаються в доповідь про результати та основні напрямки діяльності суб'єкта бюджетного планування. З урахуванням критерію масштабності, регіональна цільова програма не підлягає поділу на підпрограми, на відміну від загальнодержавних цільових програм. Слід зазначити, що за специфікою, заходи цільових програм регіону не можуть дублювати заходи загальнодержавних цільових програм. У свою чергу, ресурсний компонент, такий як видатки загальнодержавних цільових програм не може бути включений до проекту цільових програм регіонального значення. Класифікація цільових програм представлена в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

За рівнем значимості		Виходячи з методів фінансування у бюджетному процесі	
міжнародні програми	безпосередньо торкаються інтересів	1. Довгострокова цільова програма (загальнодержавна програма)	розробляється органом виконавчої влади відповідного рівня і затверджується органом законодавчої влади
загальнодержавні програми	розв'язують проблеми загальнодержавного рівня і поширюють свою діяльність на медико-соціальну сферу всієї держави		
регіональні програми	розв'язують проблеми у межах регіону	2. Відомча цільова програма	комплекс взаємопов'язаних заходів, спрямованих на розв'язання конкретного тактичного завдання
міські програми	зона дії заходів цих програм торкається інтересів жителів конкретної міської громади		
галузеві програми	розв'язують проблеми у межах галузі чи підгалузі		

Джерело [41]

Головні принципи, яких слід наслідувати при створенні та реалізації на практиці цільових програм у сфері охорони здоров'я:

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

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

З точки зору бюджетування найвдалішою формою для реалізації програмно- цільового планування є саме регіональні цільові програми, оскільки вони мають цілий ряд істотних переваг, серед яких такі: чітка прив'язка до функціональної та відомчої класифікації і, як наслідок, суттєве спрощення процедури планування та чітка звітність, лише один адміністратор є відповідальним за досягненням результатів і має повноваження з реалізації програми, за умови відповідності певним критеріям, існує можливість її перетворення у загальнодержавну цільову програму (або підпрограму).

Закладені на сьогоднішній день загальнодержавним рівнем влади механізми управління охороною здоров'я повинні максимально повно використовуватися регіональними та місцевими органами влади, що сприятиме підвищенню якості та ефективності використання обмежених ресурсів у сфері охорони здоров'я.

## **2.2. Методи забезпечення ефективності державного управління системою охорони здоров'я**

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

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р., передбачає: «Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямовується на підвищення рівня

здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду Українського народу» [45]. Положення «Концепції наукового забезпечення розвитку охорони здоров'я України», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України 15 серпня 2011 р., розкривають сутність поняття охорона здоров'я як «...одного з пріоритетних напрямів державної політики, спрямований на організацію високоякісної і доступної медичної допомоги з орієнтацією системи охорони здоров'я на попередження захворювань, забезпечення безпечного і сприятливого для здоров'я та життєдіяльності людини середовища» [46].

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

- забезпечення державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги у повному обсязі;
- запровадження системи медичного страхування;
- підвищення ефективності системи організації медичної допомоги;
- поліпшення системи забезпечення громадян ліками;
- інформатизація системи охорони здоров'я;
- розвиток медичної науки та інновацій у сфері охорони здоров'я, підвищення кваліфікації медичних працівників і створення системи посилення мотивації до якісної праці;
- удосконалення системи охорони здоров'я населення;
- реалізація пріоритетного національного проекту «Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [47];
- ефективне впровадження в практичну площину «Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012 – 2020 роки» [48].

Державне регулювання сфери охорони здоров'я з інноваційним розвитком – це комплексна система заходів, яка характеризується багатокomпонентністю і багатоступеневістю, яка здатна створити необхідні умови для ефективного

функціонування галузі охорони здоров'я та її ресурсів (матеріально-технічна база, установи з охорони здоров'я, кадровий склад, фінансування). Поєднання таких чинників, як медичні технології, нормативно-правова регуляція, навички медичних працівників здатне створити систему, яка забезпечить попередження і ліквідацію захворювань, знизить показники смертності та інвалідності, покращить фізичний розвиток, підвищить рівень працездатності і збільшить тривалість життя населення. Процес управління охороною здоров'я має такі складові частини:

- джерела і канали інформації про ресурси охорони здоров'я;
- джерела і канали інформації про результати управління;
- джерела і канали інформації про цілі та завдання управління;
- нормативно-правову та нормативно-технічну базу охорони здоров'я, базу даних медичних, у тому числі управлінських технологій;
- структуру аналізу одержуваної інформації і вироблення оптимальних управлінських рішень [49, с. 50].

Рушійною силою менеджменту у сфері охорони здоров'я виступають інвестиційні механізми, регулювання професійної діяльності у нормативно-правовій площині, експертне нормування медичної діяльності та стандартизація. З кожним роком суспільство пристосовується до нових умов розвитку, а разом з тим, управління системою охорони здоров'я має відповідати новій парадигмі інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я у рамках запровадження технологій сучасного менеджменту.

Характерними для цієї парадигми виступають такі принципи організації охорони здоров'я населення: відповідальність держави перед нацією за її демографічну безпеку, системний підхід до охорони здоров'я, вмотивованість громадян у зміцненні власного здоров'я, пріоритетність профілактичних заходів щодо збереження здоров'я та первинної медико-санітарної допомоги. Моніторинг ресурсів та результатів діяльності системи охорони здоров'я має бути ядром державного адміністрування, направленого на регулювання інноваційним розвитком охорони здоров'я. Регуляція має здійснюватися в

рамках таких систем як: «централізація - децентралізація», «державне регулювання та самоврядування», «державні та ринкові механізми, методи та інструменти регулювання», «відомча, державна та приватна системи охорони здоров'я», «міжсекторальна взаємодія системи охорони здоров'я громадян» [49, с. 50].

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

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

Особливе місце серед пріоритетних завдань державної політики щодо регулювання інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я займають заходи, спрямовані на створення сприятливих умов для діяльності медичних організацій (установ). До них, у першу чергу, відносяться:

- правове регулювання організаційної, фінансової та господарської діяльності закладів охорони здоров'я;
- бюджетне і податкове регулювання, що дозволяє створити умови для оптимізації податкової бази медичних установ (організацій);
- прийняття загальнодержавних та регіональних цільових програм, що сприяють реалізації прав громадян на отримання якісної медичної допомоги у рамках системи медичного страхування;
- передача у власність місцевих громад об'єктів, які перебувають у

державній власності, необхідних для надання медичних послуг;

- методична підтримка, у тому числі організація і проведення конференцій, семінарів з актуальних питань діяльності медичних установ;
- підготовка та підвищення кваліфікації кадрів медичних установ;
- інформаційна підтримка, у тому числі роз'яснення населенню їхніх конституційних прав на отримання безкоштовної медичної допомоги, про роль населення у створенні системи громадського контролю за діяльністю медичних організацій (установ).

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

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

В якості основних принципів формування механізму реалізації державної політики у сфері інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є:

- орієнтація на споживача і впровадження елементів конкурентних

відносин;

- системний підхід і постійне поліпшення процесів, продуктів, послуг;

- удосконалення інструментів управління та контролю;

- лідерство і залучення працівників;

- створення інформаційного середовища і технологій для реалізації управлінських рішень;

- відповідність принципам програмно-цільового управління,

- принципам і вимогам проектного управління;

- використання інструментів стратегічного і операційного планування, логістики (взаємовигідні відносини з постачальниками);

- підвищення якості фінансового управління в сфері охорони здоров'я, у тому числі за допомогою адаптації інструментів корпоративного моменту;

- встановлення вимірних результатів двох типів: ті, що характеризують задоволення вимог зовнішніх споживачів; ті, що характеризують обсяги і якість надання медичної допомоги;

- підвищення мотивації керівників щодо оптимізації чисельності працівників та скорочення витрат на їх діяльність.

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

Спроби реформування систему охорони здоров'я здійснювалися у багатьох країнах. Єдиної, універсальної моделі державної регуляції сфери охорони здоров'я, прийнятної для всіх, не існує. Ступінь централізації,



формування та розподіл витрат між усіма громадянами в різних країнах є досить варіативною величиною. Проте, існуючі загальносвітові тенденції розвитку сфери охорони здоров'я дозволяють зробити такі висновки:

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

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

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

На думку В. Москаленка: «...державна система охорони здоров'я ефективно працює за умови достатніх ресурсів країни. Натомість система заснована на засадах страхової медицини, що існує у більшості європейських країн та охоплює 70 - 80 % населення добре функціонує за різних фінансових умов. Приватна система охорони здоров'я є результативною лише для заможних груп населення» [50, с. 27].

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

нових технічних і технологічних можливостей.

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

Спроба реформування державного управління у сфері охорони здоров'я була здійснена як пілотний проект у декількох областях України. Юридичною основою цього є закон України від 07.07.2011 р. «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (зі змінами) [51]. Разом із тим, на сучасному етапі соціально-економічного розвитку держави необхідно враховувати те, що при проведенні моніторингу діяльності органів державної влади і органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я необхідно використовувати такі критерії розвитку соціально-економічної системи:

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

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

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

Механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я містить такі елементи: цільову, керуючу, забезпечуючу, оціночну підсистеми, функції і методи публічного та корпоративного управління, що визначають важелі, стимули й інструменти. До цільової підсистеми належать: підвищення якості медичної допомоги; доступність медичної допомоги для населення; ефективність використання ресурсів охорони здоров'я; ступінь задоволеності населення медичною допомогою тощо. У керуючій підсистемі виокремлюються:

- органи, що здійснюють державну політику (Міністерство охорони здоров'я України, до складу якого входять Державна служба України з лікарських засобів, Державна санітарно-епідеміологічна служба України, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, Національний комітет товариства Червоного Хреста України, Національна академія медичних наук України;

- управління охорони здоров'я обласних та районних державних адміністрацій, міські управління охорони здоров'я; організації (установи) охорони здоров'я, що надають медичні послуги);

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

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

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

Функції та методи публічного та корпоративного управління включають: планування і прогнозування; субсидування (у тому числі на основі

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

Очікуваними результатами реалізації державної політики щодо удосконалення системи охорони здоров'я України згідно з «Концепцією Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012 – 2020 роки», схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011р. № 1164-р є: «...збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом профілактики неінфекційних захворювань, мінімізація факторів (чинників) ризику захворювань та створення сприятливого для здоров'я середовища, формування культури здоров'я, мотивація населення до здорового способу життя, створення системи охорони здоров'я, яка відповідає реальним потребам населення з організацією виконання спеціальних заходів щодо медичного забезпечення хворих за окремими соціально-економічними та медико-демографічними окремими класами хвороб та нозологічними формами» [48].

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

Сучасні управлінські тенденції та модернізовані принципи організації охорони здоров'я населення мають відповідати економічній парадигмі інноваційного розвитку охорони здоров'я. Серед них можна виділити такі:

комплексний підхід до охорони здоров'я, міжвідомча кооперація, забов'язаність держави перед нацією за демографічну безпеку, вмотивованість громадян у зміцненні власного здоров'я, посилення ролі медичної науки та підвищення її ефективності, пріоритетність профілактичних заходів щодо збереження здоров'я та первинної медико-санітарної допомоги. Дослідження необхідності удосконалення державної політики щодо посилення ефективності діяльності медичної сфери України, на думку І. Куцина, доводить: «Реформування медичної галузі у сучасних соціально-економічних умовах викликає необхідність розробки концептуально-методологічних засад забезпечення системи державного управління та регулювання розвитку галузі новітніми технологіями, а особливістю функціонування зовнішньої та внутрішньої державної політики у контексті європейської інтеграції стає необхідність її реалізації через інноваційні механізми з урахуванням національних інтересів» [78, с. 279].

У сучасних умовах система охорони здоров'я, тобто охорона здоров'я, набуває статусу пріоритету і реалізується у рамках державного регулювання. Реформи соціальної сфери життя населення залишаються одним із найвпливовіших факторів трансформації всього соціуму, країни та її регіонів. Регуляція економіки державою в інтересах населення, підвищення рівня соціальної відповідальності та справедливості, покращення ступеня соціального захисту суспільства виконується у більшості економічно розвинених країн.

Необхідною умовою реформування економіки, стрімкого та стабільного соціально-економічного розвитку України є наслідування, збереження й активізація дієвості цих принципів в країні та її регіонах. У напрямках державного регулювання охорони здоров'я знаходять відображення способи і форми реалізації соціальних обов'язків у сфері охорони здоров'я населення, стратегія та пріоритети зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. У реаліях сучасного світу система охорони здоров'я повинна опиратися на законодавчі норми, які покликані вирівнювати територіальний фактор доступності медичної допомоги на основі нових технологічних стандартів,

створення сприятливих умов для ефективних економічних відносин у процесі виробництва, споживання та управління медичною допомогою.

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

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

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

У даній системі в Україні використовувалися планові показники, що оцінюють можливості медичних установ у наданні обмеженого, жорстко регламентованого набору медичних технологій та медичних послуг, покликаних вирішувати завдання у сфері медичних послуг в умовах командно-адміністративної економіки. Система оцінювалася з точки зору виконання медичними установами планових показників, таких як рівень госпіталізації, обіг і функція роботи стаціонарного ліжка, функція лікарської посади у поліклінічному закладі, число відвідувань за зміну тощо. Ці показники дозволяли оцінювати використання ресурсів мережі медичних установ, але не

відображали складну технологічну структуру лікувальної допомоги і орієнтували керівників медичних установ на екстенсивне використання ресурсів, на нарощування технологічного та кадрового потенціалу установи.

При централізованому нормуванні всіх ресурсів системи організації і надання медичних послуг були відсутні нормативи діяльності медичних установ орієнтовані на пацієнта, на досягнення персонального результату і на поліпшення здоров'я населення в цілому їх замінювали дані медичної статистики, що характеризують рівень якості життя населення, представлені агрегованими показниками, такими як: захворюваність, смертність, інвалідність, тривалість життя тощо.

Об'єктивний попит на медичні послуги в цілому по регіонах України визначається за результатами АВС – аналізу (метод, який дозволяє класифікувати бізнес-ресурси підприємства, фірми залежно від їхньої значущості) всіх наданих медичних послуг. Проте ряд факторів, таких як неточність і помилки обліку; територіальне розташування медичних організацій; їх профільна структура і кадрова специфіка; вплив, що спотворює способи обліку та оплати, що вноситься кожною організацією, - призводить до спотворення об'єктивного попиту. Для усунення впливу перерахованих факторів, для уточнення і об'єктивізації даних медичної статистики необхідно проведення додаткових досліджень у медичних організаціях, що мають значні відхилення від відповідних середніх значень, для виявлення причин відхилень і подальшого коректування вихідних даних.

Розглядаючи специфіку формування регіональних ринків медичних послуг, І.Шевчук стверджує: «Аналіз сприятливості факторів для формування попиту і пропозиції медичних послуг на регіональних ринках медичних послуг показав, що її рівень є доволі неоднорідним в розрізі регіонів. При цьому це зумовило асиметричність у процесі формування регіональних ринків медичних послуг в таких двох зрізах: м. Київ, Донецька, Дніпропетровська, Запорізька області та решта областей України; істотний розрив між м. Києвом та регіонами» [52, с. 33].

Виходячи з цього, планування визначення обсягу і структури первинних і спеціалізованих медичних послуг необхідно здійснювати на основі аналізу наданих медичних послуг крізь призму державних медичних стандартів. Оцінювати обсяг медичних послуг, необхідний для лікування та діагностики конкретних захворювань або їх груп. Кількість пацієнтів, стан яких потребує спеціальних методів лікування та діагностики, надання їм спеціалізованих медичних послуг, оцінюється відповідно до державних вимог і стандартів медичної допомоги.

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

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



високу вартість цих послуг [53, с. 37].

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

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

медичних послуг визначається ринком і існує потреба у медичній інформації, орієнтованій на медичні технології, що дозволяють оцінити їх вартісні показники. Отже, це є основною умовою, що забезпечує фінансову стійкість даної системи, що реалізує конституційне право громадян України на медичні послуги за рахунок бюджетних і перспективних страхових фінансових коштів.

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

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

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

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

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

4. Розрахувати територіальні нормативи гарантованих державою медичних послуг, призначених для формування державного замовлення

медичним організаціям, що виконують територіальну програму державних гарантій і орієнтовані в майбутньому на реалізацію програми медичного страхування.

Специфіка організації спеціалізованих медичних послуг населенню регіонів пов'язана з необхідністю надання діагностичних, консультаційних і лікувальних послуг, надати які на території кожного територіального утворення місцевого самоврядування видається складним клінічним, технологічним та фінансовим завданням. Набір необхідного діагностичного і лікарняного обладнання, підготовка високопрофесійних медичних кадрів потребує суттєвих матеріальних затрат, а кількість пацієнтів обмежена в рамках адміністративно-територіальної одиниці.

Витрати, пов'язані з наданням спеціалізованих послуг обмеженій кількості пацієнтів, дуже високі. Дороге і складне діагностичне і лікувальне обладнання використовується неефективно, а висококваліфіковані кадри не мають можливості використовувати і вдосконалювати свої навички через недостатню кількість пацієнтів із відповідними захворюваннями. Іншою причиною концентрації та централізації спеціалізованих медичних послуг є їх інноваційність, що вимагає наявності розвиненої науково-викладацької бази, представленої науковими та освітніми вищими і середніми медичними закладами. Світова і вітчизняна практика організації та надання спеціалізованих медичних послуг має тенденцію до концентрації і централізації з метою оптимізації витрат і підвищення якості даних послуг. Державне замовлення формується відповідно до регіональних нормативів на спеціалізовані медичні послуги в залежності від чисельності населення за формулою:

$$Vim = Hit * Nm * K,$$

де  $Vim$  – квота (кількість пацієнтів) за I-ою групою діагнозів для т-го регіону;

$Hit$  – територіальний норматив щодо спеціалізованих медичних послуг за I- ою групою діагнозів;

$N_m$  – чисельність населення, яке постійно проживає на території т-го регіону;

$K$  – коректуючий коефіцієнт, який враховує рівень захворюваності жителів за I-ою групою діагнозів для регіону, які потребують спеціальних методів лікування і діагностики.

Однак, потрібно зазначити, що необхідність залучати як медичні та фармацевтичні асоціації професійного рівня, так і непрофесійні громадські організації до роботи у сфері охорони здоров'я населення та надання медико-соціальної допомоги є важливим фактором, який, в свою чергу, прогнозовано збільшить ефективність профілактичної діяльності, особливо з соціально незахищеними верствами суспільства, спростить організацію реабілітаційної програми з різними категоріями пацієнтів, допоможе виробити принципи взаємопомочі, навички подолання медико-соціальних проблем самими пацієнтами і принципи самоконтролю. Оцінка ж можливості виконання державного замовлення медичною організацією є ключовим елементом планування медичних послуг, що забезпечує об'єктивність і предметність гарантованих населенню медичних послуг.

Певна кількість медичних організацій не можуть надати пацієнтам медичні послуги відповідно до державних медичних стандартів, що у свою чергу не дозволяє забезпечити результативність діяльності системи організації та надання медичних послуг та їх якість. На нашу думку визначають дану ситуацію наступні основні причини:

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

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

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

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

На рис. 2.3 представлена схема оптимізації мережі медичних організацій на території планування в зоні відповідальності даних організацій, які виконують державні замовлення на медичні послуги.



Рис.2.2. Схема оптимізації мережі медичних організацій

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

- фонд ліжок і число діагностичних і лікувальних кабінетів;
- перелік послуг та обсяг діяльності діагностичних і лікувальних підрозділів;
- штатна чисельність персоналу, який надає медичні послуги;
- кількість одиниць діагностичного та лікувального обладнання;
- перелік і потужність допоміжних підрозділів, які не надають безпосередньо медичні послуги. Порівнюючи планову і фактичну структуру медичних організацій, можна визначити ступінь їх відповідності за

вищеперерахованими позиціями, про ступінь відповідності попиту населення на медичні послуги та можливості медичної організації ці послуги надати на конкретній території планування у зоні відповідальності даної організації.

Невідповідність планової і фактичної структури медичної організації вимагає прийняття управлінського рішення щодо обмеження державного замовлення у структурі захворювань і (або) за кількістю пацієнтів. Державне замовлення коригується при зміні технологічних і кадрових можливостей медичної організації у результаті проведення заходів із модернізації вітчизняної системи організації та надання медичних послуг.

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

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### **3.1. Модернізація державного управління системою охорони здоров'я в Україні**

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

У вересні 2011 р. Інститут Горшеніна провів телефонне опитування за темою «Медицина в Україні». Усього методом випадкової вибірки було опитано 1 тис. респондентів віком від 18 років у всіх обласних центрах України, м. Києві та Севастополі. Погіршеність репрезентативності дослідження не перевищує  $\pm 3,2$  %. Переважна більшість опитаних громадян (93,3 %) вважали, що в Україні потрібна реформа системи охорони здоров'я. Висловили думку, що така реформа не потрібна 4,3 % респондентів, а 2,4 % – складно відповісти на це запитання. При цьому більшість українців (80,0 %) незадоволені якістю медичного обслуговування, що вони отримують. Із них 40,3 % обрали варіант відповіді «повністю незадоволений», 39,7 % – «скоріше незадоволений». Задоволені якістю медичного обслуговування тільки 18,3 % опитаних. Із них варіант «скоріше задоволений» обрали 15,1 %, «повністю задоволений» 3,2 %. Важко відповісти на дане запитання було 1,7 %

респондентам [54].

Необхідність реформування управління сферою охорони здоров'я «...пов'язане з нездатністю старої системи окупити себе через перехід на ринкову економіку. Радянська модель системи охорони здоров'я була розрахована на планову економіку та була централізованою (централізація допомагала, наприклад, добре справлятися із масовими епідемічними ситуаціями). Що ми маємо сьогодні? Стара система не може себе окупити, заробітна плата медика трохи вища за прожитковий мінімум, професія «медик» вже давно не вважається престижною, а «безкоштовна» медицина зробила лікаря найбільш корумпованим працівником сфери послуг» [54].

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

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



Таким чином, для забезпечення основних напрямів посилення впливу суспільства на сферу охорони здоров'я, таких як інформування населення, забезпечення громадського контролю і сприяння діяльності окремих представників, абсолютно необхідним вважається створення регіональних громадських рад. В цьому контексті важливо виокремити на основі міжнародного досвіду основні принципи співробітництва суспільства і влади, які будуть сприяти координуванню діяльності різних суб'єктів державної системи охорони здоров'я і забезпечувати збереження балансу їх інтересів:

- принцип двостороннього зв'язку – процес постійного обміну інформацією у сфері охорони здоров'я між органами державної влади і громадськістю під час розробки рішень;
- принцип консультацій в процесі формування політики та прийняття рішень - зобов'язання чиновників враховувати пропозиції громадських рад, надавати їм інформацію та обґрунтовувати свої рішення у медичній сфері, якщо вони відрізняються від позиції суспільства;
- принцип спільної оцінки - розгляд результатів і наслідків діяльності громадських рад у якості інструменту оцінки політики держави у сфері охорони здоров'я [55].

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

юридичних, регуляторних та політичних інструментів щодо керівництва діяльністю системи охорони здоров'я.

Введення до структури охорони здоров'я ради зі стратегії, як колективного органу управління в системі охорони здоров'я, що здійснює загальне та стратегічне керівництво, контролює діяльність виконавчих органів і дозволяє як раз вирішити завдання, поставлені в рамках стратегічного управління охороною здоров'я. Серед ключових ролей Ради зі стратегічного розвитку можна виокремити наступні: окреслення основних цілей і визначення стратегічних засобів їх досягнення; використання аналітичної інформації, що надасть змогу оцінити досягнуті результати; засноване на етичних принципах керівництво у секторі охорони здоров'я, яке буде сприяти виконанню перспективних завдань; формування системи охорони здоров'я здатною адаптуватися до змін у навколишньому середовищі і появі нових вимог; співробітництво в інших сферах суспільного життя, які безпосередньо не пов'язані із медичною сферою, але впливають на зміцнення здоров'я населення. У тісній співпраці з членами Міністерства охорони здоров'я Рада зі стратегічного розвитку повинна обговорювати і схвалювати основні рамки функціонування системи охорони здоров'я, включаючи її стратегію і цілі, систему внутрішнього контролю і управління ризиками. Досягнення цієї мети вимагає збереження стратегії пріоритетного розвитку охорони здоров'я. До основних завдань державного управління в секторі охорони здоров'я відносимо:

1. сприяння формуванню здорового способу життя населення, що може значно допомогти у профілактиці захворювань;
2. удосконалення медичних технологій і спрощення доступу до нового обладнання;
3. фінансова підтримка сфери медичної допомоги, що надається безкоштовно;
4. максимальне сприяння можливостям для всіх соціальних прошарків отримувати вчасну медичну допомогу;

5. формування механізму громадського впливу на сектор охорони здоров'я;
6. збільшення кількості медичних установ, що допоможе створити більш конкурентний ринок;
7. економічне мотивування лікарів, що призведе до надання більш якісної і ефективної медичної допомоги;
8. удосконалення системи медичного страхування;
9. активне співробітництво з приватним медичним сектором;

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



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

Перш за все Рада має обговорювати і затверджувати основні бізнес-цілі компанії, оцінити і схвалити стратегію та бізнес-плани за основними напрямками, контролювати, щоб стратегічне управління системою охорони здоров'я було ефективним. Крім того Рада зі стратегічного розвитку повинна чітко усвідомлювати основні ризики, які постають і можуть постати в майбутньому щодо системи охорони здоров'я, що буде сприяти виробленню ефективної політики і зваженої стратегії управління цими ризиками (табл. 3.1).

**Безпекові заходи щодо потенційних загроз розвитку  
системі охорони здоров'я**

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

Джерело [75].

На думку В. Мегедь, дослідження ризиків саме у сфері охорони здоров'я України є чи найменш дослідженою проблемою в українській царині державного управління. «Тому створення ефективного механізму функціонування служби чи медичного закладу стає актуальною проблемою розробки концепції безризикової діяльності в галузі охорони здоров'я» підкреслює він [56, с. 100]. На думку фахівців МОЗ України: «Для надання якісної медичної допомоги та медичного обслуговування має важливе значення безпечне середовище з контрольованими ризиками, що не наносять шкоди, уражень і побічних ефектів» [56, с. 12].

Оскільки участь громадськості стає все більш вбудованою в систему охорони здоров'я, і має все більш вирішальне значення для осіб, котрі приймають рішення, концепція зацікавлених сторін (стейкхолдерів) набула широкої популярності і міцно увійшла до сфери стратегічного управління. В стратегічному менеджменті стейкхолдери – це індивіди або групи осіб, що мають вплив на результати діяльності системи. Характерним для системи

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

До того ж, групи зацікавлених осіб можна класифікувати за критерієм їхнього розміщення відповідно до системи. В самій системі діють внутрішні групи, «прикордонні» групи (interface) взаємодіють із навколишнім середовищем, а зовнішні групи зацікавлені в результатах діяльності системи і можуть як становити загрозу так і розширювати можливості співробітництва. Характеристика потенційного впливу стейкхолдерів на управлінські рішення медичних організацій є головною метою їх визначення. Досить цікавим є поділ стейкхолдерів, що мають інтерес у сфері охорони здоров'я, на «внутрішні», які складаються із медичних працівників і адміністративного персоналу, і «зовнішні», представлені державою і населенням. Необхідно усвідомлювати, що будь-який індивід або група може вести себе по різному відповідно до ситуації. Визначення списку можливих зацікавлених сторін зумовило необхідність надати оцінку їх значенню та можливому впливу за наступною схемою (рис. 3.2) [76].

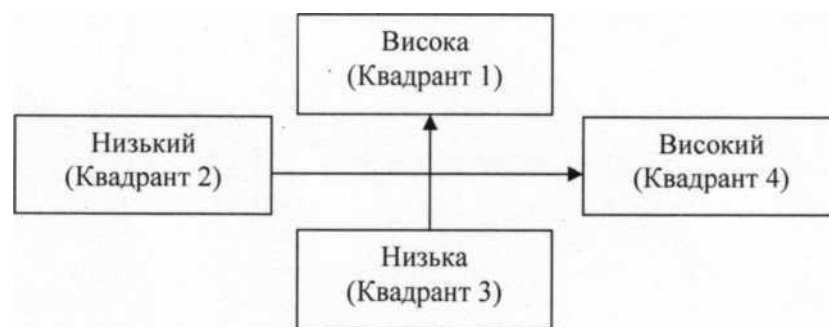


Рис. 3.2. Карта «груп стейкхолдерів»

*КвADRANT 1.* В цьому квадранті знаходяться головні зацікавлені сторони,

які мають можливість активно впливати на стратегічний розвиток системи (комітет з охорони здоров'я при МОЗ України, комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України, керівники управлінь охорони здоров'я на регіональному та міському рівнях).

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

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

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

Лише за умови запровадження сучасних технологій управління можливо удосконалити та підвищити ефективність діяльності системи охорони здоров'я. Прикладом стають механізми, що запроваджені в комерційному секторі, наприклад, система менеджменту якості (СМЯ), заснована на міжнародних стандартах ISO серії 9000. Міжнародний стандарт ISO 9001:2008 Quality management systems - Requirements (Системи управління якістю. Вимоги) містить набір мінімальних вимог, які пред'являються в міжнародному товаристві до будь-яких, у тому числі й державних, організацій [58].

Основою для процесу планування якості повинна стати державна політика в цій сфері, яка передбачає наступні ознаки:

- всі учасники системи (співробітники медичної сфери, пацієнти і страховики) інформовані про основні пріоритети і напрями діяльності;
- заходи є комплексними і системними, вони не суперечать і взаємопов'язані з іншими заходами;
- діяльність регулюється відповідними нормативно-правовими актами;

- відповідальними за якість медичного обслуговування є конкретні особи і установи з чітко прописаними функціями;
- формування необхідних структурних одиниць та інституцій, що будуть реалізовувати політику в секторі якості;
- процес підвищення якості торкається усіх рівнів системи, починаючи з конкретних медичних співробітників і завершуючи органами управління в сфері охорони здоров'я.

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

Середній менеджмент, який здійснює контроль і оперативне управління, й потребує аналізу конкретних аспектів функціонування системи. Вище керівництво, що здійснює стратегічне управління, й потребує не оцінки окремих аспектів, а комплексного аналізу ефективності діяльності системи охорони здоров'я для виявлення її слабких і сильних сторін. Держава або страхова компанія, які у якості зовнішніх зацікавлених сторін виконують ролі джерела фінансування і одержувача коштів відповідно.

Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України передбачає: «Метою інформатизації сфери охорони здоров'я України є підвищення якості, своєчасності та доступності медичної допомоги населенню та забезпечення більш ефективного управління сферою охорони здоров'я України за допомогою організації розвинутого та ефективного інформаційного простору сфери охорони здоров'я України та інтеграція його до національних та світових інформаційних систем» [59].

Разом з тим, необхідно відзначити, що традиційні критерії аналізу

економічної ефективності дуже складно застосувати щодо сфери охорони здоров'я. Вона не має носіїв економічної інформації, а саме конкретних показників рівня здоров'я населення. Тому слід вираховувати величину попередження економічного збитку, якій міг стати результатом тимчасової втрати працездатним населенням робочого часу, зменшення обсягу трудового ресурсу через передчасну смертність, витрат на соціальне страхування і медичне обслуговування. Отримана за допомогою цієї методики величина порівнюється з витратами, що були використані під час організації медичного обслуговування. Тобто, економічний збиток, який хвороба завдає державі, містить у собі як власне вартість надання медичної допомоги, так й інші витрати: оплата листків тимчасової непрацездатності, виплата допомоги по інвалідності, зменшення кількості новоствореної продукції через лікарняний або смерть осіб, задіяних у народному господарстві.

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

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

Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги» [60] визначено стратегічні перетворення у системі охорони здоров'я, які розробило Міністерство охорони здоров'я разом з іншими зацікавленими органами щодо реформування надання громадянам медичної допомоги, удосконалення системи контролю за її якістю,



фармакотерапії захворювань і якості лікарських засобів.

У комплексному механізмі державного управління розвитком системи охорони здоров'я населення України, накресленому названою Постановою Кабінету Міністрів, визначені завдання регіональним органам державного управління щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я на регіональному та комунальному рівнях. За цього акцентується увага на проведенні аналізу потреб населення кожного регіону щодо кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я, а також забезпечення фінансовими та матеріальними ресурсами, необхідними для задоволення таких потреб; підготовки та внесення на розгляд органів місцевого самоврядування пропозицій щодо утворення центрів первинної медико-санітарної допомоги, оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів, поступової реорганізації закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства і створення міжрайонних об'єднань таких підприємств.

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

Здійснюючи поряд з державним замовленням ще й платні послуги для населення, медична організація може досягти певних економічних результатів діяльності, а саме: виручка від реалізації послуг, що залежить від ціни на дану медичну послугу і її об'єму; прибуток = виручка - всі витрати; чистий прибуток = прибуток - податки - відсоток за кредит; рентабельність = чистий прибуток /

собівартість.

Перехід від кошторисного планування до можливості вільно розпоряджатися виділеними коштами ставить перед менеджментом установ завдання визначити пріоритети розвитку організації та оцінити вже досягнуті результати. Бажані і прогнозовані результати визначають основні моменти планування діяльності (табл. 3.2) [61].

### Основні показники економічної ефективності діяльності ЛПЗ

Таблиця 3.2

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

Показники економічної ефективності роботи установи (організації) відрізняються і безпосередньо залежать від співвідношення різних показників витрат і показників результатів діяльності. Дослідження соціальних аспектів комплексної оцінки ефективності управління сферою охорони здоров'я дозволяють виділити соціально-економічні показники, що визначають інноваційну специфіку системи охорони здоров'я, а саме (рис. 3.3):



Рис. 3.3. Соціально-економічні критерії, що визначають нововведення в системі охорони здоров'я

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

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

2. Адаптивність. Зміна параметрів системи охорони здоров'я з певною метою з урахуванням змін зовнішнього середовища. Своєчасне внесення коректив в систему управління є обумовленою необхідністю в зв'язку з

вимогами до управління стійкою системою охорони здоров'я, постійною динамікою та різноманітністю рушійних сил зовнішнього і характером внутрішнього середовища.

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

4. Синергічність. З'єднання організаційних, фінансових та інноваційних ресурсів управління системою, що призводить до отримання позитивного економічного результату. Таке злиття дозволяє зменшити загальний рівень управлінських витрат, забезпечити узгодженість дій всіх механізмів управління системою охорони здоров'я, фінансової та організаційної стійкістю системи, призводить до посилення ефективності контролю за реалізацією прийнятих рішень.

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

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

### **3.2. Пропозиції щодо удосконалення державного управління системою охорони здоров'я в Україні**

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

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

Для інноваційного розвитку притаманні певні методи і інструменти. Їх вибір здійснюється з урахуванням проміжку часу від розробки і створення винаходу або роботи до застосування їх на практиці (табл. 3.3). Тривалість інноваційного циклу у сфері охорони здоров'я визначається технологічним рівнем виробництва, рівнем адаптації середовища до освоєння, станом інноваційних систем різного рівня: загальнодержавного, регіонального тощо.

Основними методами інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є: метод регулювання державою інноваційного процесу, що передбачає реформування механізмів інноваційного розвитку у медичній сфері; метод селективного фінансування державних проєктів в даній сфері, що покращує стан інноваційного розвитку; метод розбудови медичної інфраструктури регіону; метод розширення бази ресурсів для динаміки інноваційного процесу.

Таблиця 3.3

## Етапи сучасного розвитку галузі охорони здоров'я

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

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

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

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

Механізм моніторингу інноваційної активності в системі охорони здоров'я України, здатний враховувати динаміку контрольних показників на середньостроковий період, а також перерозподіл правомочностей власності є необхідним етапом удосконалення інноваційного стану галузі охорони здоров'я. Моніторинг трактується як основа стимулювання інноваційної активності та інноваційний елемент у системі управління медичними

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

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

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

- досягнення основної цілі;
- інноваційна активність;
- економічна доцільність нововведення;
- соціальний і економічний стан суспільства;
- міни в управлінні трудовими ресурсами.

Безпосередніми критеріями оцінки доцільності рішень в цьому контексті виступають:

- часовий інтервал прийняття рішень;



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

Визначення ефективності використання нововведень в медичному секторі слід розпочати з аналізу рівня впливу виробничих факторів на процес запровадження інвестицій в медичну галузь, оптимізувати існуючу модель залучення інвестицій до сфери охорони здоров'я. Разом з тим, необхідно зазначити, що важливим є залучення до роботи в галузі охорони здоров'я не лише професійних фармацевтичних і медичних асоціацій, але й громадських організацій. Міжнародний досвід у цій царині засвідчує систему ефективності громадського контролю у сфері охорони здоров'я. Наприклад, Громадські ради охорони здоров'я у Великій Британії (Community Health Councils) є самостійними, легітимними органами, створеними для репрезентації інтересів громадськості в діяльності системи охорони здоров'я на місцевому рівні. Членів рад висувають місцеві об'єднання й організації громадян. Ради, фактично інтегровані в усі структури охорони здоров'я на конкретній адміністративній території, можуть ретельно перевіряти всі організації й напрями системи охорони здоров'я, їх члени мають право відвідувати лікарняні палати, центри здоров'я та клініки, розмовляти з будь-якою особою у цих закладах [62, с. 32].

На думку фахівців, у питаннях здійснення громадського контролю, особливо в діяльності органів державної влади й місцевого самоврядування, державних і комунальних закладів охорони здоров'я, відчувається відсутність чітких правових норм, що на думку О. Андрійко може бути врегульовано шляхом ухвалення законів України «Про державний контроль» та «Про громадський контроль» [63, с. 112]. У Верховній Раді України, нагадаємо, було зареєстровано два різні законопроекти «Про громадський контроль» (№ 6358 від 13.07.2001 р., внесений депутатом С. Кириченком, та № 6246 від

11.10.2004 р., внесений депутатами А. Раханським і І. Шаровим). Однак жодна з цих законотворчих новацій не дістала належної підтримки депутатського корпусу.

Отже, впровадження громадського контролю в систему охорони здоров'я України сприятиме не лише протидії службовим зловживанням у цій галузі, а й становленню в країні як громадянського суспільства, так і демократичного врядування, що ґрунтується на ідеях соціального капіталу та громадянської участі. Серед необхідних заходів з розширення соціальної бази медичного сектору першочерговими є:

- організація Координаційної ради з охорони здоров'я або Комітету громадського здоров'я, що буде сприяти об'єднанню діяльності громадських і державних організацій, окремих індивідів у сфері охорони здоров'я;
- рекомендація після якісного аналізу найбільш ефективних оздоровчих методик до впровадження в навчальних закладах і трудових колективах;
- організація Клубів взаємодопомоги пацієнтів які мають хронічні захворювання, на базі Центрів реабілітації за регіональним принципом;
- інтенсифікація роботи з планування сім'ї;
- створення курсів для батьків при дитячих бібліотеках, які будуть надавати інформацію медико-гігієнічного характеру;
- покращення умов надання медико-соціального обслуговування за допомогою фінансування установ соціального захисту населення;
- організація спортивно-оздоровчих гуртків для літніх людей в медичних, соціальних і адміністративних установах, а також на базі шкіл або міських стадіонів.

Наказом МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795 визначено моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги [64]. Зміст наказу визначає: «механізм кількісної оцінки клінічної та медико-економічної ефективності медичної допомоги сприяє внутрішньому управлінню якістю в закладах охорони здоров'я, оцінки досягнення рівня медичної допомоги, визначеного

медико-технологічними документами, шляхом моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги» [64].

Метою запровадження клінічних індикаторів якості медичної допомоги є: безперервне поліпшення якості медичної допомоги, скорочення небажаних змін якості у сфері медичного обслуговування; допомога в прийнятті рішень з медичної практики; запобігання непотрібним клінічним заходам та непотрібним витратам; забезпечення об'єктивної і кількісної оцінки клінічної та медико-економічної ефективності медичної допомоги; обґрунтування ефективного використання ресурсів з урахуванням очікувань пацієнтів; сприяння внутрішньому управлінню якістю закладів охорони здоров'я та зовнішній гарантії якості управління охорони здоров'я; оцінка досягнення рівня медичної допомоги, визначеного стандартом, протоколом медичної допомоги [65].

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

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

можливостей участі в програмах охорони здоров'я і замовлень регіонального та міського рівнів.

Необхідно відзначити, що в умовах фінансово-економічної кризи загострення соціально-економічних проблем, у тому числі в сфері охорони здоров'я, головним завданням підвищення якості в цій сфері та, відповідно, важливою умовою розвитку трудового потенціалу України має стати зниження показників захворюваності і смертності, особливо працездатної і репродуктивної частини населення шляхом пошуку додаткових ефективних джерел фінансування медицини. Так, впродовж усіх років незалежності України показники захворюваності і смертності не мають тенденцій до зменшення; громадяни України живуть у середньому на 14 – 15 років менше, ніж громадяни країн ЄС; природний приріст населення має від'ємне значення; 30 % померлих в Україні становлять люди працездатного віку; понад 40 % хлопців 16 – 18 річного віку не мають шансів дожити до 60 років [66, с. 35].

Одним із найбільш актуальних питань реформування вітчизняної системи охорони здоров'я в сучасних умовах є не лише підвищення ефективності використання фінансових ресурсів, але й пошук додаткових джерел фінансування. Незважаючи на здійснені розбудовні процеси, появу приватного сектору медичних послуг, організація системи охорони здоров'я в Україні фактично, як і раніше, має централізовано-державний характер. Внаслідок цього відсутній чіткий розподіл між тими, хто платить, і тими, хто забезпечує медичні послуги (платниками і провайдерами), так само, як і відсутні контрактні відносини між ними. Це також є ознакою уповільнення становлення ринкових механізмів у системі охорони здоров'я [67, с. 69].

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

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

Необхідно відзначити, що основні напрями реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я визначені «Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України»: «Удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб; запровадження в установленому порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками; реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар-медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки; реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти; здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями: медичний психолог, клінічний фармацевт, економіст охорони здоров'я, спеціаліст з інформатики охорони здоров'я, спеціаліст з експлуатації медичної техніки, менеджер охорони здоров'я; розширення підготовки сімейних лікарів – лікарів загальної практики; розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників; удосконалення системи підготовки медичних сестер, розроблення та реалізацію програми розвитку сестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду, що знизить потребу

в лікарях у державі» [68].

Разом з тим, у аналітичній доповіді фахівців Національної академії державного управління «Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку» відзначається: «Аналіз кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я свідчить про недоліки в реалізації державної кадрової політики у цій галузі, визначеної Президентом України, надзвичайно застарілу управлінську логістику, яка не в змозі забезпечити її подальший розвиток, структурно-функціональні зміни та модернізацію принципів фінансування, осучаснення соціально-економічної і гуманітарної ролі системи охорони здоров'я.

Відсутність науково обґрунтованої Державної програми розвитку кадрового потенціалу охорони здоров'я в Україні зумовлює недостатню укомплектованість і забезпеченість медичними кадрами, зниження якості їх підготовки та невідповідність новим реаліям сьогодення, загострення невирішених проблем сфери охорони здоров'я населення України» [69, с. 42]. Шляхами ж розв'язання проблеми, на близьку перспективу, на їх думку є: «...підвищення заробітної плати медиків, а також створення фонду службових квартир» [69, с. 44]. Стратегічно-перспективними ж завданнями визначено: «...забезпечення потрібних для держави науково обґрунтованих обсягів підготовки фахівців (з пріоритетним забезпеченням сімейними лікарями закладів охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості); забезпечення належною кількістю лікарів та молодших медичних працівників закладів охорони здоров'я в пілотних регіонах і достатньої кількості спеціалістів та фахівців для мережі обласних перинатальних центрів, надання знань з проблем реформування охорони здоров'я керівним кадрам усіх рівнів державного управління» [69, с. 44].

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

- вирішення питань якісної освіти, оплати праці і кадрової політики

шляхом внесення відповідних пропозицій до законодавчого органу державної влади України;

- удосконалення системи підвищення кваліфікації і післядипломної освіти працівників медичної, особливо стосовно підготовки лікарів загальної практики, медичних психологів, менеджерів і економістів охорони здоров'я;

- створення чіткої системи нормативного оформлення цільових замовлень медичних установ щодо підготовки конкретного фахівця;

- залучення молодих фахівців до співробітництва із громадськістю в медичній сфері;

- налагодження професійних зв'язків із спеціалістами в сфері медицини з інших країн світу і активна участь в міжнародному співробітництві в цій сфері;

- постійне оновлення кадрового резерву спеціалістів на керівні посади;

- формування позитивного іміджу професії медичного працівника шляхом професійних конкурсів і зустрічей зі студентами випускних курсів медичних навчальних закладів різних рівнів акредитації).

Таким чином, можна з впевненістю сказати, що перехід на інноваційний шлях розвитку системи охорони здоров'я залежить від реалізації таких заходів, як: модернізація структури управління системою охорони здоров'я; створення сприятливих умов для розвитку пріоритетних напрямів науки в медичній сфері шляхом концентрації фінансування і кадрових ресурсів; формування системи обліку кадрового резерву в регіонах; формування системи співробітництва державного і приватного медичного сектора, яка буде сприяти впровадженню останніх наукових розробок у практику.

## ВИСНОВКИ

Основним завданням магістерської роботи стала розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення державного управління системою охорони здоров'я в Україні. Одержані під час дослідження результати дають змогу зробити такі основні висновки:

1. В результаті визначення теоретичних основ державного управління охорони здоров'я виділено пріоритетні сучасні наукові підходи до реалізації державного управління системою охорони здоров'я в Україні на інноваційних засадах. Визначено, що активізація впровадження інновацій у системі охорони здоров'я як результату інноваційної діяльності, що передбачає як зміни та перетворення вже існуючих, так і впровадження абсолютно нових об'єктів, процесів, технологій та способів, вимагає радикальної зміни компонентів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я: змісту, форм, методів, технологій, засобів, системи регулювання тощо. Констатовано, що ефективність інноваційного розвитку системи залежить від дієвості механізмів державного регулювання, від конструктивної взаємодії всіх підсистем, від чіткої зваженої координації управлінських рішень та упорядкованості відносин і зв'язків людей у процесі надання медичної допомоги.

2. В роботі розкрито історичні особливості розвитку системи охорони здоров'я, починаючи з часів стародавнього Вавілону, Індії і закінчуючи сучасним станом. З'ясовано, що система охорони здоров'я є унікальною сферою, тому функції управління нею представляються особливими видами діяльності і виражають здійснення цілеспрямованого впливу на відносини і зв'язки людей у процесі управління або надання медичної допомоги. Обґрунтовано тезу про те, що у більшості світових наукових досліджень, система управління охороною здоров'я та потреба у її реформуванні визначаються через призму джерел фінансування медичної галузі.

Фінансова стійкість системи охорони здоров'я є стратегічно важливим



завданням держави, що забезпечує реалізацію рівних можливостей отримання якісної медицини для людей з різними доходами. Система охорони здоров'я повинна фінансуватися таким чином, щоб кожен мав доступ до медичної допомоги, не маючи фінансових труднощів, не звертаючи увагу на її вартість. Будь-яка країна може проводити ефективну та прагматичну політику в галузі охорони здоров'я для кращого та ефективного надання медичних послуг та бути захищеною від будь-яких фінансових ризиків. При цьому в результаті дослідження доведено, що економічне прогнозування, організація, координація, мотивація, регулювання, стимулювання, системний контроль повинні стати для системи охорони здоров'я в сучасних ринкових умовах найважливішими функціями управління, що трансформують галузь у соціально спрямовану сферу.

3. Узагальнено зарубіжний досвід розвитку системи охорони здоров'я. З'ясовано, що сьогодні у світовій практиці домінуючими є три форми фінансування системи охорони здоров'я: державна, бюджетно-страхова і підприємницька (приватна). Констатовано, що єдиної, універсальної моделі державного управління сфери охорони здоров'я, прийнятної для всіх, не існує. Відповідно, соціальна складова європейського вибору України зумовлює формування власної моделі розвитку системи охорони здоров'я, заснованої на рівних можливостях громадян і верховенстві права, застосуванні ефективних механізмів державного регулювання задля задоволення потреб громадян у доступній та якісній медицині, охороні здоров'я, яка ґрунтується на принципах суспільної солідарності та соціальної справедливості.

4. Проаналізовано методичні основи забезпечення ефективності державного управління системою охорони здоров'я та представлено концепт її вимірювання. Елементне наповнення механізму інноваційного розвитку системи охорони здоров'я включає: цільову, управлінську, забезпечуючу, оціночну підсистеми, а також комплекс методів корпоративного та публічного управління, стимули, важелі, інструменти діяльності, що формують методологічний базис для стратегічного планування організації медичної

допомоги населенню, подальшого розвитку в умовах ринкової економіки, забезпечення ефективного державного управління ринку медичних послуг та раціонального використання матеріальних та нематеріальних ресурсів.

5. Розроблено й обґрунтовано системні засоби вдосконалення державного управління інноваційним розвитком системи охорони здоров'я України. Представлено комплекс заходів, орієнтованих на впровадження прогресивних форм управління.

6. Розроблено пропозиції щодо модернізації державного управління системою охорони здоров'я в Україні. Обґрунтовано доцільність введення до структури системи охорони здоров'я Ради зі стратегічного розвитку системи охорони здоров'я, серед ключових завдань якої є схвалювати основні рамки функціонування системи охорони здоров'я, включаючи її стратегію і цілі, координувати систему внутрішнього контролю й управління ризиками.

Виходячи із вище викладеного, слід зазначити, що в умовах демократичної держави формується, як правило, децентралізована система управління, із широким використанням механізмів делегування повноважень вищих органів нижчим.

Під механізмом управління розуміють складову частину системи управління, що забезпечує вплив на чинники, від стану яких залежить результат діяльності управлінського об'єкта. До комплексного механізму державного управління належить система економічних, мотиваційних, організаційних, політичних та правових механізмів. Здійснення державного управління тісно пов'язане з застосуванням методів адміністративно-правового регулювання суспільних відносин. Проте в сучасних умовах формування ринкових відносин, демократизації суспільства роль і значення цих методів суттєво змінилася. З впровадженням нових демократичних принципів в сучасне суспільне життя, перебудовою та зміною соціальних цінностей та цілей, в процесі побудови соціальної, правової держави та громадянського суспільства, важливого значення набуває питання про зміну самої доктрини адміністративного права та державного управління.

Для забезпечення галузі охорони здоров'я висококваліфікованими управлінськими кадрами, здатними ефективно управляти медичними закладами на інноваційних засадах в умовах ринкової економіки і здійснення реформ, рекомендується направляти топ-менеджерів цих закладів (головних лікарів, їх заступників, завідувачів відділеннями) на професійне навчання до спеціалізованих ВНЗ, які готують магістрів зі спеціальності «Публічне управління та адміністрування».

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми вдосконалення державного управління системою охорони здоров'я в Україні. Перспективу подальшого дослідження вбачаємо у модернізації механізмів інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України відповідно до європейських стандартів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аль-Атті І. В. Публічне управління: сутність і визначення. *Аспекти публічного правління*. 2018. Том 6 № 8. URL: [www.aspects.org.ua](http://www.aspects.org.ua).
2. Аль Ширафі Мохаммед Авад. Медична галузь як об'єкт антикризового управління. *Торгівля, комерція, підприємництво*. 2015. Вип. 19. С. 152–155. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Torg\\_2015\\_19\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Torg_2015_19_31)
3. Альшаафі Мохамед Алі. Визначення пріоритетів функціонування галузі охорони здоров'я. *Вісник Національного університету водного господарства та природокористування*. 2017. № 3(79).
4. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : указ Президента України від 6 груд. 2005 р. № 1694. Офіц. вісн. України. 2005. № 49. Ст. 3054.
5. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» : указ Президента України від 12 січ. 2015 р. № 5. URL: <http://zaron0.rada.gov.Ua/laws/show/5/2015>.
6. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : закон України від 6 квіт. 2017 р. № 2002-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2017 № 21. Ст. 245.
7. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листоп. 2016 р. № 1013-р. *Офіційний вісник України*. 2017. № 2. Ст. 50. 2017 р. № 4. Ст. 148.
8. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : закон України від 14 листоп. 2017 р. № 2206-VIII. *Офіційний вісник України*. 2018. № 4. Ст. 149.
9. Арцатбанова О. В. Порівняльний аналіз підходів до побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 10. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1399>

10. Аткинсон Э. Б., Стиглиц Дж. Ф. Лекции по экономической теории государственного сектора. М. : Аспект Пресс, 1995. 832 с.
11. Баєва О. Формування напряму та стратегії підготовки менеджерів для галузі охорони здоров'я. *Вісник УАДУ*. 2003. № 1. С. 233–236.
12. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 710 с.
13. Базарна О. В. Поняття, суть, природа публічного управління та державного управління. *Вісник Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля: Збірник наукових праць*. 2012. № 1. Ч. 2. С. 59–64.
14. Базарна О. В. Організаційна складова механізму публічного регіонального управління житлово-комунальним господарством. *Економіка та держава*. 2018. № 4. С.126–130.
15. Бакуменко В. Д., Кравченко С. О. Методологія системних досліджень в державному управлінні: навч. посіб. Київ : ВПЦ АМУ, 2011. 500 с.
16. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134–140. [http://www.investplan.com.ua/pdf/2\\_2020/23.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf)
17. Бернс Л. Інновації у сфері охорони здоров'я / Л. Берне URL: <http://www.management.com.ua/>
16. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах. *Вісн. Нац. ун-ту «Львів. Політехніка»*. 2011. № 720. С. 357–364.
17. Босак О. З. Публічне управління як нова модель управління у державному секторі. *Державне управління: теорія та практика*. 2010. № 2. С. 114–122.
18. Верховна Рада України ухвалила бюджет на 2020 рік: програма медичних гарантій, розвиток екстреної допомоги, забезпечення ліками. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/u-kvitni-nastupnogo-roku-princip-groshi-jdut-zapaciyentom-zaprasuyuue-na-vsih-rivnyah-medichnoyi-dopomogi-byudzheth-2020>

19. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я; дис... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 «Механізми державного управління». Донецький державний університет управління, Маріуполь, 2019. 510 с.

20. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України: дис. ... к. наук з держ. упр.: 25.00.02 механізми державного управління. Класичний приватний університет, спеціалізована вчена рада. Запоріжжя, 2018. 290 с.

21. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія: «Юридичні науки». 2016. № 4. С.123–126.

22. Гомон Д. О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ... к. юр. наук: 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Одеський державний університет внутрішніх справ, Одеса, 2018. 310 с.

23. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: монографія / Я.Ф. Радиш; Передм., заг. ред. Н. Р. Нижник. Київ : Вид-во УАДУ, 2001. 359 с.

24. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша; кол. авт. : упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.

25. Длугопольський О. В. Теорія економіки державного сектора: навч. посіб. Київ : ВД «Професіонал», 2007. 292 с.

26. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток»*. 2013. № 2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658>

27. Долот В. Д. Економічні відносини охорони здоров'я як макроекономічна корпорація (до проблеми державного управління здравооохоронною сферою). *Інвестиції: практика та досвід*. 2015. № 24. С. 142–144. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd\\_2015\\_24\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2015_24_31)

27. Долгіх М. В. Модернізація управління системою охорони здоров'я: теоретичний аспект. *Європейський вимір реформування публічного управління в Україні: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (22 листопада 2019 року) / за заг. ред. О. І. Пархоменко-Куцевіл. Київ : МАУП, 2019. С. 26–30.*

28. Добрынин А. И., Дятлов С. А., Цыренова Е. Д. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования. СПб. : Наука, 1999. 310 с.

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

30. Загорський В. С., Лободіна З. М., Лопушняк Г. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я: монографія. Львів: ЛПІДУ НАДУ, 2010. 310 с.

31. Законы Ману (фрагменты) (Древняя Индия, II в. до н. э. – II в. н. э.). *История политических и правовых учений : электронная хрестоматия / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко, Г. О. Слабкий, Ю. В. Вороненко, В. Ф. Москаленко, М. В. Голубчиков, Д. Д. Дячук. Київ : Вид-во «Київ», 2009. 437 с.*

32. Заславская Т. И. Человеческий потенциал в современно-трансформационном процессе. *Общественные науки і современность*. 2005. № 3. С. 5–16.

33. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/2168-19>

34. Зима І. Я. Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика*

та досвід. 2019. № 7. С. 108–113. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/7\\_2019/20.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2019/20.pdf)

35. Іванов Є. Соціально–філософський аналіз управлінської концепції А.Файоля. *Гілея: науковий вісник*. 2013. № 73. С. 178–179. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/gileya\\_2013\\_73\\_83](http://nbuv.gov.ua/UJRN/gileya_2013_73_83)

36. Ісаєнко І. А Європейські підходи до функціонування механізмів публічного управління. *Інвестиції практика та досвід*. 2012. № 5. С.114–117.

37. Історія економічних вчень: навч. посіб. / За ред. В. В. Кириленка. Тернопіль: «Економічна думка», 2007. 233 с.

38. Казюк Я. Теоретичні основи механізму державного управління бюджетними ресурсами. *Публічне управління: теорія та практика*. 2014. Вип. 3. С. 137–142.с. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pubupr\\_2014\\_3\\_23](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pubupr_2014_3_23)

39. Карамішев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2006. 401 с.

40. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 1. С. 161-164. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/1\\_2020/28.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf)

41. Кириленко О. Новий етап медреформи: що зміниться для пацієнтів у 2020-му році. «Четверта влада». 02.12.19 URL: <https://4vlada.com/novuj-etap-medreformy-shcho-zminytsia-dlia-patsientiv-u-2020-mu-rotsi>

42. Кнорринг В. И. Искусство управления: [учебник]. М.: Изд-во БЕК, 1997. 264 с.

43. Козак В. І. Публічне управління в системі координат української державності. *Ефективність державного управління*. 2015. Вип. 44(1). С. 64–70. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu\\_2015\\_44%281%29\\_\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2015_44%281%29__9)

44. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. *Економічний вісник НТУУ «КПІ» : збірник наукових праць*. 2018. № 15. С. 18–27. URL: [https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/26372/1/EV2018\\_18-27.pdf](https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/26372/1/EV2018_18-27.pdf)



45. Короленко Р. В. Теоретичні підходи до визначення поняття "людський капітал". *Інноваційна економіка*. 2013. № 2. С. 189–192. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/inek\\_2013\\_2\\_43](http://nbuv.gov.ua/UJRN/inek_2013_2_43)

46. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія : Економіка і менеджмент. 2017. Вип. 24(2). С. 39–43. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu\\_eim\\_2017\\_24%282%29\\_\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11)

47. Кравченко О. М. Теоретичні підходи до визначення поняття «механізм державного управління». *Державне управління: удосконалення та розвиток : електронне наукове фахове видання*. 2009. № 3. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua>

48. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Подільський науковий вісник. Науки: економіка, педагогіка*. 2018. № 3. С.166–173.

49. Лазоришинець В. В. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення: монографія. Київ.: МОЗ України. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2014. 207 с.

50. Лазоришинець В. В., Слабкий Г. О., Ярош Н. П., Чепелевська Л. А., Шевченко М. В. та ін. Державне управління охороною здоров'я України: монографія. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Київ, 2014. 450 с.

51. Лехан В. М., Слабкий Г. О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір (частина 2). *Новости медицины и фармации*. 2010. №5 (311). С. 28–35.

52. Луговий В. І. Десять років становлення (досвід досліджень, розробокі впроваджень у сфері державного управління). *Зб. наук. матер. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України*. Київ : Вид-во НАДУ, 2005. 356 с.

53. Макконнелл К., Брю С. Макроекономіка. Тринадцяте видання. Пер. з англ.. Львів: Просвіта, 1997. 671 с.
54. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії. *Медицина світу*. 2013 р. № 11. URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php>
55. Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. М.: Вильямс, 2007. 548 с.
56. Миколаєць І. В. Державне регулювання надання медичних послуг як складова соціального захисту населення. 2016. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/> 1142
57. Миколаєць І. В. Становлення та розвиток державного регулювання надання медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід: Аналіз. Прогнози. Коментар*. 2017 № 2. (23). С. 113–116.
58. Нижник Н. Методологічні основи розробки структур державного управління та оцінки їх організаційної ефективності. *Вісник НАДУ при Президентіві України*. 2005. № 1. С. 114–130.
59. Нонко В. Іноземний досвід медичного страхування. *Страхование в Украине. Новости страхования*. URL: <https://forinsurer.com/public/02/12/12/155>
60. Обушна Н. І. Публічне управління як нова модель організації державного управління в Україні: теоретичний аспект. *Ефективність державного управління*. 2015. Вип. 44(1). С. 53–63. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu\\_2015\\_44%281%29\\_\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2015_44%281%29__8)
61. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: навч. посіб. / Кол. авт.: Л. Жаліло (кер.), І. Солоненко, Б. Волос та ін. К.: Вид-во УАДУ, 2001. 142 с.
62. Пармаклі Д. М., Філіппова С. В., Добрянська Н. А. Історія економічних вчень: навч. посіб.. Одеса, 2018. 113 с.
63. Попова І. А., Андрійко Л. Ю. Проблеми та основні напрями реформування системи охорони здоров'я. *Професійний менеджмент у сучасних умовах розвитку ринку*: матеріали VIII наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Харків, 1 листоп. 2019 р. Харків, 2019. С. 32–34.

64. Постанова КМУ від 25 берез. 2015р. № 267 Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF>

65. Резнікова Н. В., Іващенко О. А., Войтович О. І. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації. *Ефективна економіка*. 2018. № 1. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6277>

66. Романов В. Державна політика й реформи. *Вісн. УАДУ*. 2001. № 2. Ч. 2. С. 72–78.

67. Савчук Л. М. Теоретичні засади сталого розвитку сфери охорони здоров'я в Україні. *Актуальні проблеми розвитку економічного регіону*. 2016. Вип. 13. Т. 2. С.171–177.

68. Сазонець І. Л., Зима І. Я. Дослідження проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 21. С. 109–113. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/21\\_2018/22.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/21_2018/22.pdf).

69. Ситенко О. Р., Смірнова Т. М. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. № 2. С. 15–18. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG\\_2014\\_2\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2014_2_5)

70. Солоненко І. М. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб. *Державне управління в Україні: реалії та перспективи: Зб. наук. пр. НАДУ*. 2005. С. 424–431.

71. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2018. № 2. С. 168–173. URL: [http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part\\_1/22.pdf](http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf)

72. Ткач М. П. Проблеми визначення поняття державного управління. *Правовий вісник Української академії банківської справи*. 2012. № 1 (6). С. 59–63.

73. Федько О. А. Багатоаспектність поняття здоров'я у сучасній науковій думці. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2009. № 4. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=76>

74. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали І Всеукраїнської наук.-практ. конф.*, 19 – 20 квіт. 2007 р. Львів, 2007. С. 318–32

75. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2014. Вип. 1. С. 133–145. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums\\_2014\\_1\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2014_1_17)

76. Ціборовський О. М., Дзюба О. М. Теоретико-методологічні засади державного управління сферою охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2014. № 4. С. 94–99. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn\\_2014\\_4\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2014_4_18)

77. Черленяк І. І. Синергетичні моделі оптимізації системи державного управління: монографія. Ужгород: Ліра, 2010. 656 с.

78. Чернов С. І., Гайдученко С. О. Текст лекцій з дисципліни «Публічне адміністрування» (для студентів всіх форм навчання за спеціальністю 7.03060101, 8.03060101 «Менеджмент організацій і адміністрування» (за видами економічної діяльності); Харк. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. Харків : ХНУМГ, 2014. 97 с.

79. Шегедин Я. Ю. Правовий та організаційний механізми реалізації на регіональному рівні державної політики в галузі медсестринства. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 2. С. 129–137. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu\\_2017\\_2\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_17)

80. Юристовська Н. Я. Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 2. С. 138–147. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu\\_2017\\_2\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_18).

81. Як працює система охорони здоров'я в США. *Уляна Супрун Блог*. 28 січня 2019. URL: <https://suprun.doctor/transformatyia/yak-praczuje-sistema-ohoroni-zdorovya-v-ssha.html?&page=408>

82. Як працює система охорони здоров'я Канади. *Український медичний портал* 28.05.19. URL: <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-praczuje-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535>

83. Ярош Н. П., Лупей-Ткач С. І. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 1(21). С.95–100.

84. Arrow K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*. 1963. № 53. p. 941–973.

85. Health System Reform Strategy for Ukraine 2015 – 2025. URL: [http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/SAG\\_Strategy\\_draft\\_22\\_11\\_ENG.pdf](http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/SAG_Strategy_draft_22_11_ENG.pdf)

85. Protecting health care. Key recommendations. International Committee of the Red Cross, April 2016. URL: <https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook/protecting-health-care-key-recommendations.html>

## ДОДАТКИ

## Додаток А

### Характеристика організації охорони здоров'я країн із державною моделлю фінансування

Характеристика	Країни		
	Велика Британія	Італія	Канада
Джерела фінансування	За рахунок загальних податкових доходів бюджету; виходячи з чисельності зареєстрованого у приватно практикуючих лікарів загального профілю згідно з нормативом.	За рахунок податку на заробітну плату і за рахунок інших доходів бюджету. Центральний уряд перерозподіляє ресурси так, щоб компенсувати нерівномірність у фінансовому становищі регіонів.	За рахунок загальних податкових доходів бюджету, Федеральним урядом надається кожній провінції гранд, що становить близько 16% від її витрат на охорону здоров'я, частина, що залишилася фінансується за рахунок регіональних податків (в основному податок на дохід фізичних та юридичних осіб).
Доля витрат у ВВП (%)	7,5	9,0	10,3
Характеристика особливостей національної системи охорони здоров'я	95% медичних установ належить державі, управління ними переходить до лікарняних трастів. Бюджети трастів обмежені лімітами, які встановлює уряд. Більшість лікарів та інших медпрацівників у Британії є державними службовцями, які отримують заробітну плату, що залежить від стажу роботи.	Компенсація лікарням здійснюється, але клініко-статистичним групам, розцінки встановлює центральний уряд. Лікарям виплата здійснюється на «подушній» основі (залежно, від кількості пацієнтів, яких вони обслужили за певний період часу, а не за надані послуги)	Державним лікарням виплачуються заздалегідь встановлені суми, які забезпечують покриття всіх витрат, за винятком витрат на основні фонди. Дані витрати вимагають утвердження в кожному конкретному випадку. Оплата лікарям виводиться за принципом гонорару за конкретні послуги. У деяких провінціях сукупний дохід лікарів обмежений.

Принципи організації системи охорони здоров'я	Централізований варіант системи побудований за принципом єдиного платника – держава. Яка безпосередньо оплачує медичні послуги, що надаються і фінансує охорону здоров'я.	Центральний уряд встановлює цілі витрачання коштів, контролює загальні показники здоров'я населення і веде переговори з медиками за трудовими угодами. Регіональні органи влади встановлюють розміри власних бюджетів і відповідальність за якість надання медичних послуг, укладають контракти з державними лікарнями, клініками і приватними медичними установами	Децентралізований характер: повноваження в галузі охорони здоров'я делеговані провінціям, фінансування здійснюється спільно регіональними органами влади
Спектр надання послуг за рахунок бюджету	Споживач не несе ніяких витрат на медичні заходи, виняток становить невелика пайова участь в оплаті ліків, стоматологічної допомоги та послуг окуліста.	Первинна медико-са-нітарна допомога та лікування в стаціонарі за місцем надання - безкоштовні. За пайової участі пацієнтів проводиться оплата діагностичних процедур, послуг фахівців і ліків, що відпускаються за рецептами.	Безкоштовно надаються послуги фахівців, лікування в стаціонарі, стоматологічне і хірургічне втручання. Оплачуються пацієнтами - поточне лікування зубів, фізіотерапія і ліки, що відпускаються за рецептом.
Розвиток приватного сектору медичних послуг	Невеликий приватний сектор медичних послуг, дає можливість уникнути черг.	Приватне медичне страхування не набуло широкого поширення, хоча воно надає необмежене право вибору лікарів і можливість лікуватися в приватних клініках.	Для покриття медичних послуг, що не входять до загальнонаціональної системи, купуються медичні поліси у приватних страхових компаній.
Переваги національної системи охорони здоров'я Недоліки організації національної системи охорони здоров'я	Низька частка адміністративних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я. Довгі черги на лікарські прийоми, особливо до вузьких спеціалістів і в лікарнях.	Можливість регіонам вводити власні розцінки на компенсаційні виплати. Довгі черги на діагностичні дослідження. Характерна тенденція забюрократизованості галузі.	Забезпечення можливості урядам провінцій контролювати витрати медичних установ, що підвищує якість наданої послуги і обґрунтованість на її витрати. Дефіцит сучасних медичних технологій; нестача лікарських кадрів, існують черги на лікування.

Джерело: [70, с. 1 – 10, 30 – 48]



## Додаток Б

### Характеристика організації охорони здоров'я країн з бюджетно-страховою моделлю фінансування системи охорони здоров'я

Характеристики	Країни		
	Франція	Німеччина	Норвегія
Джерела фінансування	Найбільшим джерелом фінансування французької системи охорони здоров'я є податок на заробітну плату. Загальна ставка становить 13,55%, що складається з 12,8% відрахування роботодавців за кожного працівника від суми його заробітку; 0,75% відрахування, самого працівника.	Фінансується за рахунок податку на заробітну плату, поділеного порівну між роботодавцем і працівником (7% і 7,9%). Для малозабезпечених і безробітних страховку оплачує держава.	Фінансується за рахунок податків і побудована за принципом єдиного платника. Система фінансується за рахунок загальних податкових надходжень до бюджету, цільових податків на охорону здоров'я в країні не існує.
Доля видатків у ВВП	11 %	10,4 %	8,6 %
Охоплення населення страхуванням	Близько 99% населення Франції охоплює загальнонаціональна система медичного страхування.	Система медичного страхування в Німеччині є загальнонаціональною, і є одним з елементів системи соціального страхування.	Всі норвезькі громадяни захищені загальнонаціональною системою страхування, яке поширюється також на іноземців, що живуть і
Організація системи охорони здоров'я	Загальне обов'язкове медичне страхування забезпечується через систему страхових фондів, в основному прив'язаних до місця роботи. Страхові фонди є приватними компаніями, але їх діяльність жорстко регулюється і контролюється державою.	Медичне страхування носить майже загальний характер. Всі громадяни країни, чий дохід не перевищує 49500 євро на рік повинні застрахуватися в одній з 150 державних страхових компаній («лікарняних кас»). Усі страхові внески клієнтів «лікарняних кас» складаються в один фонд.	Страхові фонди забезпечують покриття стаціонарного і амбулаторного лікування, послуг лікарів загальної практики і спеціалістів, діагностичне обстеження; ліки, що відпускаються за рецептом і допомога на дому. Послуги, на які поширюється страхове покриття, перераховуються у нормативних актах. Пацієнт сам вносить плату

	<p>практиці фондами компенсуються не всі витрати. Тому з більшості медичних послуг, що надаються передбачено дольову участь застрахованого споживача, що становить приблизно 13% від обсягу медичних послуг. Виникає необхідність у придбанні додаткових; страхових полісів у приватних страхових компаній. Приватне страхування у Франції становить близько 12,7% від усіх витрат на медичну допомогу і воно</p>	<p>пакету. В країні введена пайова участь застрахованих з оплати медичних послуг, таких як: прийом у терапевта, перебування в лікарні, виписки рецепта і деякі спеціалізовані послуги. В цілому, безпосередньо «3 кишені» сплачується 13% сукупних витрат на охорону здоров'я.</p>	<p>послуги безпосередньо з власної кишені при зверненні до лікарів приватної практики. Має місце невелика пайова участь пацієнта, якщо мова йде про послуги психологів і психіатрів.</p>
<p>Переваги національної системи охорони здоров'я</p>	<p>Єдиний підхід до встановлення цін на медичні послуги. Справедливий розподіл фінансових коштів між медичними закладами пропорційно наданому обсягу медичної допомоги.</p>	<p>Вік, стать, ступінь ризику захворювання застрахованого при обчисленні внеску не враховуються. Виплати за лікарняним страхуванням визначаються тільки медичною необхідністю. Якість наданої медичної послуги не залежить від того в яку лікарняну касу сплачуються страхові внески. Близько 95% послуг, що надаються однакові.</p>	<p>Встановлені державою рівні компенсацій забороняють виставляти додаткові рахунки, що не дає можливості завищувати ціни на послуги, що надаються.</p>
<p>Недоліки організації національної системи охорони здоров'я</p>	<p>Загальний бюджет і обмеження тарифів на медичні послуги, в рамках яких діють лікарні, призводять до хронічного недофінансування основних фондів, що зумовлює дефіцит передових медичних технологій і недоступність найбільш прогресивних видів лікування.</p>	<p>Виробники медичного устаткування або постачальники медичних послуг можуть підвищувати ціни в розрахунку на те, що платять за послуги лікарняні каси.</p>	<p>Єдиний бюджет, обмежує загальний обсяг видатків на охорону здоров'я призводить до зростання черг на медичні послуги. Приблизно 23% пацієнтів змушені чекати лікування в стаціонарах більше трьох місяців.</p>

## Додаток В

### Особливості систем охорони здоров'я країн з приватною моделлю фінансування

Характеристика	Країни	
	Сполучені Штати Америки	Швейцарія
Доля видатків у ВВП	16%	11,5%
Організація системи охорони здоров'я	<p>У США управління охороною здоров'я здійснює департамент охорони здоров'я і соціальних служб США представлені децентралізованою системою охорони здоров'я. Департамент складається з служби суспільної охорони здоров'я, в її компетентності входять питання організації медичної допомоги (амбулаторної і стаціонарної) морякам торгового флоту, ветеранам війни, державним службовцям, особистому складу збройних сил. Кожен штат має власний департамент охорони здоров'я, основна функція - санітарно- епідеміологічний захист. Медичне страхування США, не має єдиної національної системи медичного страхування.</p>	<p>Швейцарська система носить ринково орієнтований характер і ґрунтується на принципі «керованої конкуренції». У межах керованої конкуренції надання медичних послуг і медичне страхування віддається у приватні руки, але сфера охорони здоров'я діє у рамках жорстко регульованого «штучного» ринку.</p>
Охоплення населення медичним страхуванням	<p>74% населення США мають приватну медичну страховку, решта не мають страховки взагалі або мають державну страховку. Існує два види приватного медичного страхування: групове і індивідуальне. Групову страховку у страхової компанії набуває роботодавець для своїх робітників зі скидкою, яка може поширюватись на непрацюючих членів сім'ї. Пацієнт має право вибору сімейного лікаря. Індивідуальну страховку пацієнт набуває самостійно, але на таку страховку скидок не має, відповідно, її вартість дорожча.</p>	<p>Швейцарське законодавство рекомендує всім громадянам набувати в індивідуальному порядку базовий «пакет» медичних полісів. Медичне страхування у країні має практичне всеохоплюючий характер. (99,5%- за оцінками фахівців). «Базовий страховий пакет» покриває широкий спектр медичних послуг, включаючи стаціонарне і амбулаторне лікування, піклування про людей похилого віку, інвалідів, душевнохворих, діагностичні обстеження, утримання в санаторіях, надання ліків за рецептами і навіть альтернативні види лікування.</p>
Особливості національної охорони здоров'я	<p>У США діють державні програми надання медичної допомоги. Одна з таких програм - медікейр програма медичної допомоги</p>	<p>Поліси набуваються на індивідуальній основі у приватних страховиків, які не мають права відмовляти клієнтам у страхуванні за</p>

	<p>(загальнодержавна) для людей похилого віку і громадян, які втратили працездатність. Розрахована програма на осіб, які досягли 65 років, які отримують допомогу з соціального забезпечення і мають стаж роботи від 5 до 10 років, що залежить від характеру роботи. Медікейр — державна програма медичної допомоги, що розрахована на сім'ї з низьким доходом. Регулюється законами штатів і субсидується федеральним урядом, охоплює близько 10% населення. Сім'я має право на отримання цієї програми, якщо її дохід нижче рівня встановленого кожним штатом. При цьому повинна дотримуватись умова, що якщо будь-хто з членів сім'ї повинен бути або похилого віку, або сліпим, або вагітним, або непрацездатним, або мати дітей. Особи, які не мають медичної страховки, отримують медичну допомогу у державних лікарнях і клініках через програми, які фінансуються з благодійних внесків.</p>	<p>станом здоров'я. У межах географічного регіону обсяг внесків є однаковим для всіх. Система діє таким чином, що лікування людей, які мають проблеми з здоров'ям відбувається за рахунок здорових громадян. В залежності від статі і віку здійснюється коригування обсягу внесків застрахованих. Швейцарська держава на 20% знижує внески для некурців у порівнянні з виплатами тих, хто палить. Малозабезпеченим громадянам надаються субсидії на полісі медичного страхування. Від рівня доходів і активів, громадян залежить розмір субсидій. Розмір субсидій на витрати за медичним страхуванням не повинен перевищувати 10% від сукупного доходу громадянина. Це робиться з метою, щоб не створювати у осіб, які отримують субсидії, стимулів для вибору найдорожчих полісів з найменшим рівнем вираховувань і дольової участі. Субсидії у різних формах отримує близько третини швейцарських громадян, і близько 19% сукупного обсягу страхових внесків виплачується за рахунок державних коштів.</p>
<p>Переваги організації національної системи охорони здоров'я</p>	<p>Основна перевага системи охорони здоров'я США — це високотехнологічні клініки з кваліфікованим медичним персоналом. США розроблена система керованої медичної допомоги, яка ґрунтується на жорстких стандартах діагностики і лікування.</p>	<p>Унікальність медицини Швейцарії, розкривається інноваційною оснащеністю медичними технологіями. Швейцарці несуть особисту фінансову відповідальність прийнятого рішення, відносно медичного страхування. Тим самим сприяють стримуванню витрат на охорону здоров'я.</p>
<p>Недоліки організації національної системи охорони здоров'я</p>	<p>Обсяг і якість медичної допомоги визначається грошовими коштами, які хворий може витратити. Зростання цін на медичне страхування призводить до неможливості його оплати.</p>	<p>Недоліки швейцарської системи охорони здоров'я пов'язані з розростанням сфери обов'язкового страхування і державним регулюванням, яке ґрунтується на управлінні конкуренцією.</p>