

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 Перекреста Олександра Сергійович

академічної групи 281м-21з-4 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Інноваційні інструменти розвитку професійної компетентності медичного персоналу»

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

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

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

Дніпро  
2022

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Інноваційні інструменти розвитку професійної компетентності медичного персоналу».

69 стор., 6 рис., 45 джерел.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА ПОСЛУГА, МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД,  
МЕДИЧНА РЕФОРМА, ІННОВАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК, ЯКІСТЬ.

Об'єкт дослідження – реформування системи охорони здоров'я України.

Предмет дослідження – процеси реформування системи охорони здоров'я.

Мета дослідження полягає в пошуку інноваційних інструментів розвитку професійної компетентності медичного персоналу.

У першому розділі досліджується державне управління системою охорони здоров'я України. Другий розділ присвячено інноваційному розвитку медичної організації як умові забезпечення надання якісних медичних послуг. У третьому розділі розглядаються пропозиції щодо використання інноваційних інструментів розвитку професійної компетентності медичного персоналу.

Сфера практичного застосування результатів роботи – сфера навчання та розвиток професійної компетентності медичного персоналу.

## **ABSTRACT**

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Innovative tools for the development of professional competence of medical personnel».

69 pages, 6 figures, 45 sources.

HEALTH CARE, MEDICAL SERVICE, MEDICAL FACILITY, MEDICAL REFORM, INNOVATIVE DEVELOPMENT, QUALITY.

Object of research – reforming the healthcare system of Ukraine.

Subject of research – processes of reforming the health care system.

The purpose of the research is to find innovative tools for the development of professional competence of medical personnel.

The first chapter examines the state management of the health care system of Ukraine. The second section is devoted to the innovative development of the medical organization as a condition for ensuring the provision of quality medical services. The third section deals with proposals for the use of innovative tools for the development of the professional competence of medical personnel.

The field of practical application of work results is the field of training and development of professional competence of medical personnel.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	
ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
УКРАЇНИ.....	9
1.1. Структура і вектори розвитку системи охорони здоров'я України .....	9
1.2. Державна політика в сфері охорони здоров'я України .....	23
РОЗДІЛ 2	
ІННОВАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ – УМОВА	
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	30
2.1. Вплив інновацій на розвиток медичної організації .....	30
2.2. Розвиток професійної компетентності медичних працівників .....	39
РОЗДІЛ 3	
ІННОВАЦІЙНІ ІНСТРУМЕНТИ РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНОЇ	
КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ .....	43
3.1. Підготовка медичних кадрів як чинник удосконалення державного	
управління у сфері охорони здоров'я .....	43
3.2. Медичні симулятори як складова інноваційної освіти .....	52
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	103

## ВСТУП

Система охорони здоров'я України знаходиться в умовах постійних трансформаційних змін. Будучи багаторівневою й розгалуженою структурою, система, змінюючись, формує багатоаспектні підходи щодо визначення механізмів управління у державному і приватному секторах охорони здоров'я.

Національна стратегія реформування медичної системи України визначає ключові проблеми, потенційні напрями і шляхи їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я.

Рівень здоров'я населення значно впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку та добробуту суспільства. У сучасній Україні пошук вирішення проблем системи охорони здоров'я йде шляхом забезпечення належного рівня здоров'я населення. Управління системою охорони здоров'я потребує системних змін, якісно нових підходів, альтернативних шляхів реформування організаційно-економічного механізму медичної сфери, розробки нових моделей взаємодії механізмів державного управління захистом працюючого населення.

Найважливішими напрямами державної політики в галузі інноваційного розвитку охорони здоров'я визначені:

- формування регіональної інноваційної системи охорони здоров'я з метою реалізації стратегічних національних пріоритетів країни та регіону;
- формування інноваційної інфраструктури охорони здоров'я та ефективне управління майновим комплексом;
- формування інноваційного механізму фінансово-економічних відносин та економічної політики, спрямованої на ефективне використання бюджетних (позабюджетних) коштів. Перехід від фінансування «утримання закладів» до

фінансування діяльності установ охорони здоров'я, націленої на досягнення результату;

– удосконалення механізму взаємодії між учасниками інноваційного процесу в охороні здоров'я (органи управління охороною здоров'я, заклади охорони здоров'я, освітні та наукові установи, територіальні фонди обов'язкового медичного страхування, страхові медичні організації, органи виконавчої і законодавчої влади);

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

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

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

Багато дослідників сьогодні вивчають проблему забезпечення населення України якісними медичними послугами. М. М. Білинський, В. М. Лехан, В. Ф. Москаленко, І. М. Солоненко та ін. Акцентують увагу на реформуванні системи охорони здоров'я України, створення автономності установ охорони здоров'я, вдосконалення правових основ та економічного забезпечення галузі.

Питання реформування сфери охорони здоров'я шляхом вдосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні досліджували Н. Б. Болотіна, І. О. Буряк, В. О. Галая, З. С. Гладун, Б. О. Логвиненко, Р. А.

Майданик, В. І. Олефір, В. М. Пашков, Я. Ф. Радиш, І. Я. Сенюта, Я. М. Шатковський та інші вчені.

Основним принципом побудови будь-якої системи охорони здоров'я є збереження рівноваги і правовий захист інтересів трьох основних складових:

- населення, як споживача медичної допомоги;
- медичних закладів, які забезпечують надання медичних послуг;
- медичного персоналу, який безпосередньо надає послуги.

Євроінтеграційний курс України потребує подальшого реформування системи охорони здоров'я, посилюючи потребу забезпечення ефективності та якості медичної послуги. Одним із стратегічних завдань надання медичних послуг високої якості стає забезпечення інноваційного розвитку медичних організацій та формування медичного працівника як фахівця нової епохи.

В центрі уваги постає розвиток професійної компетентності медичного персоналу, що являє собою сукупність знань, умінь та навичок, які вможливають надання ним якісних медичних послуг з метою «збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя». Невпинний розвиток суспільства змушує медичний персонал знаходитись в процесі «навчання протягом життя», підвищувати свою професійну компетентність та знаходячи інноваційні інструменти її розвитку.

Все вище викладене робить дослідження інноваційних інструментів розвитку професійної компетентності медичного персоналу актуальним та дозволяє визначити мету, предмет та об'єкт дослідження.

Об'єкт дослідження – реформування системи охорони здоров'я України.

Предмет дослідження – процеси реформування системи охорони здоров'я.

Мета дослідження полягає в пошуку інноваційних інструментів розвитку професійної компетентності медичного персоналу.

Для досягнення зазначеної мети були поставлені наступні завдання:

- дослідити історію та вектори розвитку системи охорони здоров'я України;
- розкрити сутність державної політики в сфері охорони здоров'я України;
- окреслити вплив інновацій на розвиток медичної організації;
- проаналізувати розвиток професійної компетентності медичних працівників;
- дослідити підготовку медичних кадрів як чинник удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я;
- запропонувати використання медичних симуляторів як складову інноваційної освіти.

Для реалізації поставлених у магістерській роботі мети й завдань використовувався комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання об'єктивних та достовірних результатів. В основу дослідження покладено системний підхід, який дав змогу розглянути основи публічного управління системою охорони здоров'я України як цілісний комплекс із взаємопов'язаними та взаємозалежними елементами.

Для аналізу наукових та навчальних джерел, вивчення рівня розробки проблеми у вітчизняній та зарубіжній літературі, еволюції державної політики щодо сфери охорони здоров'я застосовувалися історичний і логічний методи.

Інформаційною основою дослідження слугували законодавчі та нормативно-правові акти органів державної влади та органів місцевого самоврядування, наукова література, статті зарубіжних і вітчизняних учених у періодичних виданнях та мережі Інтернет, офіційні публікації Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Сфера практичного застосування результатів роботи – сфера навчання та розвиток професійної компетентності медичного персоналу.



# РОЗДІЛ 1

## ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### 1.1. Структура і вектори розвитку системи охорони здоров'я України

У 1991 р. Україна здобула свою незалежність, а українське суспільство отримало орієнтацію на інтеграцію з країнами європейської співдружності. Серед багатьох нагальних завдань, що постали перед новою владою та суспільством, постала необхідність формування нової моделі організації надання медичної допомоги населенню, яка б була націлена на поліпшення громадського здоров'я та вдосконалення діяльності сфери охорони здоров'я в цілому [1]. Згідно з ст. 3, 4 та 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я, «охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя» (ст. 3); «охорона здоров'я – один з пріоритетних напрямків державної діяльності» (ст. 12), «один із головних чинників виживання та розвитку народу України» (ст. 4) [2].

Історично прийнято характеризувати охорону здоров'я як систему державних і громадських заходів щодо охорони здоров'я, попередження та лікування хвороб і продовження життя людини. Наукова та енциклопедична література часів Радянського Союзу визначала охорону здоров'я як «систему соціально-економічних і медичних заходів, спрямованих на збереження і підвищення рівня здоров'я кожної окремої людини і населення в цілому» [3].

Сучасне визначення цього терміну соціальною медициною більш широке: «охорона здоров'я – система заходів (державних, громадських, медичних та індивідуальних), спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності

людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя» [4].

Системою вважають сукупність взаємопов'язаних елементів, що утворюють єдине ціле, взаємодіють із середовищем та між собою і мають мету. Система, таким чином може розглядатись як набір компонентів з їх внутрішньою і зовнішньою взаємодією та визначеною метою. Таким чином, систему охорони здоров'я можна описати як сукупність входу (структура або ресурси), процесів (технологія допомоги) та виходу (результат), що дає змогу визначити система охорони здоров'я [5] як:

- сукупність необхідних ресурсів, у тому числі матеріальних, людських, фінансових;
- формальну і неформальну організацію взаємодії та перетворення цих ресурсів при наданні послуг населенню з метою збереження доброго чи прийняттого рівня здоров'я або покращення його у разі хвороби, інвалідності, травми.

Кінцевим продуктом цієї системи має бути здоров'я, що зазвичай розуміють як стан повного фізичного, психічного, соціального та духовного благополуччя або як можливість жити своїм життям у спосіб, сумісний з досягненням соціальних і особистих цілей та збереженням гідності і прав людини [5]. Системи охорони здоров'я мають бути відкритими (взаємодіяти з зовнішнім середовищем) і здатними впливати на це середовище (політичне, економічне, соціальне, технологічне, фізичне). Тобто системи охорони здоров'я мають бути відкритими як до своїх місцевих і національних умов, так і до умов міжнародних, глобальних. Усі національні міністерства охорони здоров'я є членами ВООЗ, у той же час підпорядковуються місцевим національним органам влади, в окремих країнах вони також підзвітні людям, яким служать.

Не можна трактувати охорону здоров'я як систему заходів, галузь соціальної сфери, галузь народного господарства тощо, охорона здоров'я – це,

- по-перше, система;

– по-друге, це система соціальна, так як до її складу входять три системоутворюючі фактори: людський, технічний та організаційний, а діяльність її спрямована також на людину (здорову і хвору) і фактори, що створюються в процесі соціальних відносин,

– по-третє, це система державна, так як вона утримується, фінансується і керується державою [6].

Державний характер системи охорони здоров'я означає провідну роль держави як власника, роботодавця і регулятора галузі. Провідна роль держави підкріпується ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я, де проголошено, що «охорона здоров'я – один з пріоритетних напрямків державної діяльності» [7].

Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями. А відповідно, охорона здоров'я – це державна система. Система охорони здоров'я – складна організаційна багаторівнева соціальна система. Складні соціальні системи управління, до яких належить система охорони здоров'я, завжди розподіляються на дві основні підсистеми: керуючу (керівництво) і керовану (виконавці), кожна з яких можна, в свою чергу, розглядати як самостійні системи з властивими їм підсистемами.

Користуючись методичним підходом для характеристики системи охорони здоров'я можна визначити наступні її особливості:

– багатоцільова і багаторівнева система з ієрархічною формою управління (ієрархічними є системи, в яких кожен компонент у свою чергу може розглядатися як система. Зокрема, компонентом системи охорони здоров'я є державне управління даною галуззю). Ієрархічність і багаторівневність у системі охорони здоров'я – це властивості не лише побудови означеної системи, але і її поведінки. Цілісне функціонування системи охорони здоров'я є результатом взаємодії всіх її сторін і рівнів;

– складові її компоненти нерідко піддаються випадковим, неконтрольованим впливам; характер зв'язку складний, а система певною

мірою має ймовірний, а не детермінований характер;

- система складається з надзвичайно великої кількості підсистем, які відрізняються не тільки ступенем складності, характером і складом елементів, але й організаційною структурою;

- характерним є: послідовне вертикальне розташування підсистем, що складають дану систему; пріоритет дій або право втручання підсистеми верхнього рівня; залежність дій підсистем верхнього рівня від фактичного виконання нижчими рівнями своїх функцій [8; 9].

Значний вплив на успішну діяльність системи охорони здоров'я мають горизонтальні зв'язки як між іншими системами і між підсистемами самої системи охорони здоров'я [9, с. 42]. Врахування і зміцнення горизонтальних зв'язків дає можливість системі охорони здоров'я України правильно будувати міжвідомчі державно-управлінські відносини з іншими системами і структурами державної влади з метою забезпечення ефективного публічного управління галуззю.

Резюмуюче вищевикладене, визначимо, що система охорони здоров'я – це відкрита, динамічна, складна соціально-економічна система, вона являє собою сукупністю різноманітних державних і недержавних органів та організацій, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих відносин і направлена на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення [8].

ВООЗ визначає три цілі систем охорони здоров'я:

- покращення здоров'я населення;
- відповідність очікуванням людей – тобто система надає послуги, що відображають потреби користувачів;
- забезпечення фінансового захисту в разі погіршення стану здоров'я.

Кінцевою метою систем охорони здоров'я є «сприяння та/або захист здоров'я людей. Функції системи охорони здоров'я: стратегічне управління, залучення ресурсів, надання послуг та фінансування» [5].

Регулювання охорони здоров'я є однією з основних функцій уряду, яка не може бути делегованою іншим учасникам системи. Існує угода про сильну роль

держави у створенні ефективних систем охорони здоров'я через регулювання та насичення коштами проблемних сегментів ринку, вирішення проблеми нерівного доступу до медичної допомоги та створення сильної системи первинної медико-санітарної допомоги. Проте, чи повинна медична допомога надаватись у державних закладах, чи цю функцію можна делегувати приватному сектору з державним контролем та регуляцією якості, залишається суперечливою площиною різних поглядів. Переважна більшість економічно розвинених країн мають високу залученість держави у витрати на охорону здоров'я, в той же час багато країн з середнім та низьким рівнем доходів просто не вкладають достатньо з існуючих ресурсів в охорону здоров'я [5].

Іншим напрямом державного регулювання є розроблення, прийняття і застосування різних стандартів та розглядається як державний контроль. Стандартизація може стосуватись різних компонентів системи охорони здоров'я, таких як:

- професійна діяльність, включно з ліцензуванням, заробітною платою, освітою та післядипломним навчанням;
- технічні характеристики і стандарти, у тому числі кількість і рівень високотехнологічного обладнання та доступ і час очікування для пацієнтів;
- фармацевтичні препарати, включно з безпекою, дозволом на продаж і цінами та запобіжні заходи від появи на ринку фальсифікованих лікарських засобів;
- маршрутизація пацієнтів від первинної ланки до госпітальної допомоги, забезпечення надання медичної допомоги у віддалених регіонах та населених пунктах, акредитація закладів охорони здоров'я, формування національних політик та керівних принципів і настанов, включно зі списками очікування, використанням електронної системи охорони здоров'я та медичних інформаційних систем, електронного навчання;
- плани страхування та медичні каси [5].

Децентралізація є однією з розповсюджених політик, в тому числі у сфері хорони громадського здоров'я, та представляє собою делегування повноважень на прийняття рішень від центрального до місцевого рівня влади.

На думку Я. Радиша, в широкому розумінні «державна система охорони здоров'я України» – це складна організаційна соціальна функціональна багаторівнева ієрархічна керована система, діяльність якої спрямована на:

- раціональне використання наукового і соціально-економічного потенціалу країни;
- комплексне динамічне спостереження за станом здоров'я людини і всіх членів суспільства, здорових і хворих, забезпечуючи при цьому: їх максимальне творче довголіття; формування оптимальних параметрів здоров'я майбутнього покоління;
- вивчення проблем якості навколишнього середовища, шляхом використання: широкої мережі закладів охорони здоров'я; комплексу державних заходів профілактики для своєчасного виявлення ранніх форм захворювання;
- зниження тимчасової і стійкої втрати працездатності, смертності населення з метою: забезпечення життєдіяльності суспільства; зміцнення наукового й економічного потенціалу країни;
- збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності і соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя [9].

У вузькому розумінні складовими охорони здоров'я визначаються дві підсистеми: управління і медична допомога.

Структура Державної системи охорони здоров'я України показана на рис. 1.1. Таким чином, державна система охорони здоров'я є широкою мережею закладів охорони здоров'я України, де здійснюється комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями, реабілітацію хворих та інвалідів, організація роботи і управління цими закладами [9].



Рис. 1.1. Структура Державної системи охорони здоров'я України

В організаційному плані структура системи охорони здоров'я має два основні зрізи: адміністративно-територіальний та галузевий. В адміністративно-територіальному відношенні система охорони здоров'я є складною, багаторівневою, ієрархічно побудованою. В ролі елементів (підсистем) до неї входять лікувально-профілактичні заклади різних рівнів підпорядкування, окремі види медичної допомоги, служби, лікувально-діагностичні процеси, матеріально-технічна база, кадри, фінанси тощо. В адміністративно-територіальному аспекті структура системи охорони здоров'я України має три основні рівні: національний, регіональний та субрегіональний (місцевий) [10].

До складу національного рівня системи охорони здоров'я входять: Міністерство охорони здоров'я України (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я державної форми власності, які безпосередньо йому підпорядковані (об'єкт управління). Регіональний рівень системи охорони

здоров'я складають: Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій (суб'єкт управління) та державні заклади охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, та закладами охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад (обласні лікарні, діагностичні центри тощо) (об'єкт управління). Субрегіональний (місцевий) рівень системи охорони здоров'я складають районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (об'єкт управління).

Існує велика кількість класифікацій систем охорони здоров'я, що ґрунтуються на різних принципах. Так, М. Фотакі виділяє наступні моделі [11], що базуються на категоріальному поділі країн за типом розвитку: універсалістська (модель Беверіджа), соціального страхування (модель Бісмарка), «Південна модель» (Іспанія, Греція, Португалія), «Скандинавська модель» (соціал-демократична або інституціональна), ліберальна (залишкового соціального забезпечення), консервативна корпоративна (Японія), латиноамериканська, індустріальних держав Східної Азії, системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою.

Існує класифікація систем охорони здоров'я, що ґрунтується на економічних механізмах [9], відповідно до якої виділяють наступні моделі: бюджетна; державно-страхова; приватно-страхова; приватна; змішана.

Але найчастіше класифікації систем охорони здоров'я зводяться до трьох класичних моделей (рис. 1.2), що також пропонуються експертами ВООЗ [10]:

- державна система (модель Беверіджа) – Великобританія;
- страхова система (модель Бісмарка) – Австрія, Німеччина, Бельгія, Швейцарія;
- приватна система – США.



## ОСНОВНІ ТИПИ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



Рис. 1.2. Основні типи систем охорони здоров'я

Основними принципами обов'язкового медичного страхування та державного (бюджетного) фінансування охорони здоров'я є справедливість і солідарність, що являють собою підгрунття сучасної соціальної держави. Справедливість у данному випадку означає, що громадяни мають рівне право на медичну допомогу, гарантовану державою, незалежно від рівня доходів, фінансового та соціального статусу. Солідарність означає, що більш заможні громадяни підтримують незаможних через систему оподаткування або страхових внесків. Тобто реалізується принцип «Багатий платить за бідного, здоровий – за хворого» [11].

Державна (бюджетна) система охорони здоров'я характеризується державним фінансуванням від податків, вертикальною ієрархічною організаційною та адміністративною структурою, наявністю адміністративного механізму для передачі та розподілу ресурсів, публічним характером закладів охорони здоров'я та винагородою медичних працівників у вигляді заробітної

плати (модель Беверіджа) [11]. Основним джерелом фінансування охорони здоров'я виступають кошти державного та місцевого бюджетів. Державна система охорони здоров'я розвивається в країнах із соціально орієнтованою політикою та має посилений вплив держави на діяльність галузі охорони здоров'я. Державні системи охорони здоров'я умовно можна розділити на два типи: модель Беверіджа, модель Семашка.

Модель Беверіджа в своїй основі має доктрину соціальної солідарності, яка визначала необхідність державного регулювання та посилення ролі держави в соціальній сфері. Згідно з ідеям Беверіджа, національна система охорони здоров'я повинна фінансуватися з державного бюджету [12]. Запроваджена і функціонує державна (бюджетна) система охорони здоров'я у Великобританії та серед особливостей має наступні риси: основним джерелом фінансування є кошти держбюджету; пріоритетними визначаються профілактика та первинна ланка медичної допомоги; контрактування провайдерів медичної допомоги; нарощування високих технологій; обмежений вибір пацієнтом закладу охорони здоров'я та «списки очікування» або черга на надання планової медичної допомоги; відповідальність постачальника за якість медичних послуг [13, 14].

Керівні принципи системи Семашка (колективного споживання та соціального захисту) в основному базувалися на концепції. У теорії, соціальний захист мав мати форму загальних (охоплення всіх громадян), повних (покриття від усіх ризиків) та адекватних (високого рівня) соціально-сервісних пільг, що поставляються державою без будь-яких затрат за місцем споживання як відображення основних цінностей суспільства – рівності та соціальної справедливості. Соціалістична модель спирається на централізований контроль та планування для розподілу ресурсів, забезпечення повної зайнятості, цінові субсидії і негайне надання послуги. Не зважаючи на очевидні проблеми, такі як неадекватність механізмів для підтримки доходів (низький рівень пенсійного забезпечення та заробітної плати), низький рівень розвитку послуг, нерівномірний розподіл ресурсів (привілеї для членів державної бюрократії), систему можна вважати функціональною в тому сенсі, що вона забезпечує

широкий доступ до основних послуг соціального захисту. Функціональним недоліком системи є її низький рівень ефективності, обмежені наявні ресурси, а також той факт, що система соціального захисту являє собою частину більш широкого соціально-економічного утворення з неефективною економікою, яка в кінцевому результаті зруйнувалася [4].

На основі аналізу ряду публікацій [9, 11] можна виділити наступні принципи моделі системи охорони здоров'я Семашка:

- централізоване державне фінансування системи охорони здоров'я;
- безоплатність та загальна доступність усіх видів медичної допомоги з рівними правами громадян на її отримання та дільничним принципом надання;
- ліквідація соціальних основ захворювань;
- єдині принципи організації охорони здоров'я;
- створення державної системи санітарних закладів;
- профілактична направленість медицини, «профілактика – це шлях, яким ми йдемо, диспансерізація – метод вирішення профілактичних задач», – писав Семашко [9];
- першочергова увага материнству та дитинству;
- єдині підходи до організації статистичного обліку захворюваності населення;
- наближеність медичної допомоги до людини (медичні пункти на заводах, в школах, дитячих садках, фельдшерсько-акушерські пункти в сільській місцевості), територіальна доступність;
- інформаційне забезпечення професійної медичної діяльності;
- систематична підготовка медичних кадрів;
- єдність медичної науки і практики;
- залучення громадськості до охорони здоров'я.

Недоліки системи Семашка [9, 11]:

- відсутність вибору пацієнтом лікуючого лікаря та лікарні, що унеможливило конкуренцію;
- відсутність конкуренції сприяла недостатній увазі до потреб пацієнтів, тобто відсутність пацієнтоцентричності;
- дефіцит якісних послуг, пріоритетною була не якість медичної допомоги, а кількість;
- несформованість механізму фінансового стимулу медичних працівників, що мали виконувати професійний борг, працювати «за ідею», а не орієнтуватися на отримання прибутку;
- фінансувалась потужність лікарень (кількість ліжок), а не надані медичні послуги;
- хронічне недофінансування.

Як уже зазначалося вище, медична система України сьогодні складається з трьох рівнів або ланок надання медичної допомоги населенню: первинної (амбулаторної), вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо або вузькоспеціалізованої). Критеріями поділу на ці рівні є вид медичної послуги, специфіка складності її надання, рівень кваліфікації лікаря та тип спеціалізації медичної допомоги. Зокрема, первинна, або амбулаторна ланка відповідає за надання невідкладної допомоги населенню, а також допомоги, що надається пацієнтам лікарями загальної практики за місцем проживання або тимчасового перебування. До закладів первинного рівня медичної допомоги належать амбулаторії, поліклініки та кабінети сімейних лікарів.

Вторинна ланка передбачає процедуру стаціонарного лікування із залученням вузькопрофільних спеціалістів. На цьому рівні працюють районні та міські лікарні міст, СМТ та районних центрів.

Третинна ланка відповідає за надання висококваліфікованої медичної допомоги, а саме: проведення діагностики складних захворювань і нетипових відхилень, патологій та ускладнень. На цьому рівні працюють дослідницькі інститути, вузькоспеціалізовані лікарні та госпіталі.

Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні з метою зміцнення вітчизняної системи охорони здоров'я та її потенціалу, підвищення рівня її безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, розбудови розвинутої й сталої демократії та ринкової економіки визначені:

- положеннями глави 22 «Громадське здоров'я» Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони;
- Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025 років;
- спільним зі Світовим банком проектом «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» на підтримку реформування охорони здоров'я.

Крім того, положеннями Талліннської хартії ВООЗ 2008 «Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту»; «Здоров'я-2020 – основи європейської політики і стратегія для XXI століття», визначено що, ефективні системи охорони здоров'я, які надають всебічні медико-санітарні послуги, у тому числі профілактичні, мають виняткову важливість для охорони здоров'я, економічного розвитку та добробуту і мають бути побудовані на засадах справедливого і сталого фінансування. Реалізація вказаних стратегій спрямована на підтримку дій держав і суспільства щодо значного покращання здоров'я, підвищення рівня благополуччя населення, має скоротити нерівність відносно здоров'я, посилити охорону громадського здоров'я і забезпечити наявність універсальних, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я.

Протягом 2016 – 2017 рр. в країні продовжувалося проведення реформування системи охорони здоров'я. Метою реформи є створення системи охорони здоров'я, яка здатна відповідати на реальні потреби людей, забезпечувати доступні та якісні послуги і гарантувати фінансовий захист у разі хвороби. Процес реформ має поетапний характер і дозволяє вдосконалювати роботу різних ланок та рівнів охорони здоров'я, покращувати технології

надання медичної допомоги, впроваджувати нові організаційні форми, накопичувати необхідні ресурси.

Ключовими напрямками реформи системи охорони здоров'я визначені:

- створення та запровадження нової моделі фінансування галузі;
- запровадження в країні системи громадського здоров'я;
- дерегуляція фармацевтичної галузі;
- подальший розвиток первинної медичної допомоги;
- проведення державних закупівель лікарських засобів та медичного обладнання [12].

Серед важливих положень медичної реформи слід виділити такі:

- оплата за послугу та договірні стосунки з медичними закладами. Головна ідея реформи полягає у тому, щоб змінити систему, коли кошти спрямовувалися на підтримку мережі лікарень. Замість цього кошти виділятимуться на фінансування потреб пацієнтів. З 2020 р. фінансування медичних установ визначається згідно з переліком послуг, які гарантовано сплачуватиме держава;
  - впровадження «програми державних медичних гарантій», тобто переліку медичних послуг та ліків, які оплачуватиме держава;
  - впровадження системи e-Health, яка має знищити застарілу паперову звітність та дозволить збирати дані щодо необхідних послуг в окремих районах та розраховувати їхню вартість;
  - створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) – замовника медичних послуг, незалежного від постачальників (лікарень, місцевої влади та МОЗ). НСЗУ – центральний орган виконавчої влади, який замовлятиме послуги для пацієнтів, управлятиме бюджетом і його розподілом між медичними закладами. Щоправда, незалежність НСЗУ дещо руйнують положення про субвенцію на первинній ланці [15].

Практичне впровадження реформи охорони здоров'я в життя здійснюється Міністерством охорони здоров'я України. Ключовими датами реформи на 2018 – 2020 р. визначено:

- січень 2018 р. – початок підготовчого періоду – автоматизація закладів первинної медичної допомоги;
- квітень 2018 р. – старт кампанії з підбору лікаря з надання первинної медичної допомоги. Пацієнт може обрати для себе будь-якого лікаря, незалежно від місця реєстрації чи проживання;
- червень 2018 р. – початок роботи Національної служби здоров'я України;
- липень 2018 р. – початок фінансування закладів первинної медичної допомоги за новою моделлю;
- жовтень-грудень 2018 р. – друге і третє «вікна можливостей» для приєднання закладів первинної медичної допомоги до реформи;
- 2019 р. – початок реформи спеціалізованої допомоги;
- 2020 р. – старт змін у високоспеціалізованій допомозі (стаціонарне лікування у лікарнях) [16].

В основі інноваційного підходу до управління ресурсами охорони здоров'я лежать системні перетворення в галузі, що поєднують формування інноваційної інфраструктури, інноваційного фінансово-економічного механізму, а також обліково-аналітичне, нормативне правове, методичне та інформаційне забезпечення, які дозволяють, з одного боку, підвищити якість і доступність медичної допомоги, а, з іншого боку, підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я. Це вимагає значного обсягу робіт з впровадження реформи на місцевому рівні.

## **1.2. Державна політика в сфері охорони здоров'я України**

Публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається державною політикою у сфері охорони громадського здоров'я, яка зорієнтована на забезпечення рівноправності кожної людини і окремих громад у доступі до медичного обслуговування. Громадське здоров'я – комплексна політична, економічна, соціальна і медична категорія, що інтегрує індивідуальне здоров'я

громадян, обумовлене дією сукупності політичних, економічних, соціальних і біологічних чинників, визначає демографічний, соціальний, економічний потенціал суспільства, є фактором національної безпеки та об'єктом соціальної політики держави [17].

Державна політика в сфері охорони здоров'я формується і реалізується відповідно до стратегічних напрямів, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ). На 17-ій 1963 р. (Нью-Йорк) і 35-ій 1983 р. (Венеція) сесіях ВООЗ визначено 12 принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи, які впливають із позиції повного дотримання прав людини [11]. Дані принципи ґрунтуються на позиції, що всі люди мають однакові права на отримання медичної допомоги незалежно від місця проживання. 35 асамблея 1983 р., яка прийняла поправки до рекомендацій 18-ої Хельсінкської асамблеї 1964 р. щодо приведення у відповідність із міською організацією охорони здоров'я у сільській місцевості, зобов'язала держави забезпечити такі умови роботи в державній системі охорони здоров'я, які були б достатньо привабливі для того, щоб система медичних послуг у сільській місцевості могла розвиватись такою ж мірою, як аналогічна система в містах. Основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні визначені також у програмному документі ЄРБ ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті» [18].

Основоположним документом ВООЗ є Оттавська хартія зі зміцнення здоров'я (1986 р.). Програмними документами для урядів країн-членів ВООЗ (у т.ч. й України) є «Здоров'я для всіх у XXI столітті», «Здоров'я-2020», у яких сформовані програмні дії урядів щодо забезпечення необхідного рівня здоров'я населення, управління детермінантами здоров'я, протидії ризикам для здоров'я.

Бангкокська хартія ВООЗ (2005 р.) сприяння здоров'ю у глобалізованому світі закликає до розвитку політики, спрямованої на активізацію громад, демократизацію процесів ухвалення політичних рішень у сфері охорони здоров'я, підтримку місцевих ініціатив.



Підходи до формування державної політики України в галузі охорони здоров'я визначені в Конституції України (ст. 43, 45, 46, 48-50) [19]. Деталізація та конкретизація основних конституційних положень, що стосуються правового регулювання охорони здоров'я, знайшли відображення у низці законодавчих і нормативних актів. У 1992 р. прийнято основоположний законодавчий акт – Основи законодавства України про охорону здоров'я, в якому визначені основні засади та принципи розбудови національної системи охорони здоров'я [2]. Основи державної політики у цій сфері закріплюються також міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Державна політика в галузі охорони здоров'я – це сукупність рішень чи обов'язків держави щодо проведення органами влади узгодженого курсу дій у системі надання медичної допомоги, спрямованих на досягнення поставлених завдань з метою покращення здоров'я населення держави [20]. Політика України в галузі охорони здоров'я базується на тому, що держава визнає право кожного громадянина держави на охорону здоров'я, забезпечує його захист, а також гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я.

Державну політику в галузі охорони здоров'я І. Солоненко трактує як комплекс прийнятих загальнодержавних рішень або взятих зобов'язань держави щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я населення України шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних та медичних заходів із метою збереження генофонду нації, її гуманітарного потенціалу та урахуванням вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної особистості, так і суспільства в цілому [21].

Колектив науковців на чолі з Н. Р. Нижник дає таке визначення державній політиці України в галузі охорони здоров'я: це невід'ємна складова частина внутрішньої та зовнішньої політики держави, змістом якої є оптимізація діяльності комплексного соціального інституту, який включає підготовку медичних кадрів, численні соціальні, організаційні, економічні, науково-медичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні заходи, що обов'язково проводить

держава в інтересах своїх громадян. Особливістю проблеми державної політики в галузі охорони здоров'я є її комплексність, системність, загальний характер, що обумовлені зростаючою єдністю сучасного світу, тенденціями до зміцнення взаємозв'язку та взаємозалежності складових системи охорони здоров'я [22].

Метою охорони здоров'я України в період реформування галузі є забезпечення права громадян на охорону здоров'я шляхом його збереження та зміцнення, профілактики захворювань і якісної доступної медичної допомоги при оптимізації витрат. Дослідники проблем державної політики України в галузі охорони здоров'я вважають, що галузь перебуває в кризовому стані. Основними причинами є: зміни соціально-економічної системи держави; низька оплата праці медичних працівників; незадоволення пацієнтів і всього суспільства якістю та ефективністю медичної допомоги; тривалий період реформування без виділення належних коштів, тобто без суттєвої економічної та політичної підтримки, а це все призводить до вимирання нації [23 – 26].

Категоріями ефективності системи охорони здоров'я слід вважати:

- вплив на кінцеві результати, а саме – на здоров'я населення;
- соціальну справедливість, тобто забезпечення кожній людині рівного доступу до медичної допомоги;
- задоволення населення якістю медичного обслуговування [27].

На сучасному етапі суспільного розвитку Українська держава виступає як монополіст у формуванні політики щодо охорони здоров'я нації, але разом з тим вона не спроможна фінансово її підтримати в сучасних умовах. Одночасно спостерігаються децентралізація державного управління охороною здоров'я та підвищення ролі регіональних і місцевих органів державної влади, місцевого самоврядування, пов'язаних із охороною здоров'я та медичною допомогою. Вирішити означені проблеми у системі охорони здоров'я має запроваджена в країні медична реформа.

Комплексним механізмом державного управління розвитком системи охорони здоров'я населення України визначені завдання регіональних органів державного управління щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я

на регіональному та комунальному рівнях. Особлива увага звертається на вдосконалення порядку проведення обов'язкових профілактичних оглядів населення та активізації роботи центрів здоров'я, розробку програми забезпечення медичних працівників житлом, посилення відповідальності за якість надання медичної допомоги під час проведення обов'язкових профілактичних оглядів населення.

Аналіз законодавчих документів, наукових джерел та інформації щодо практичної діяльності закладів системи охорони здоров'я дає підстави стверджувати, що тривалий час управління вітчизняною охороною здоров'я ґрунтувалося на прямому адмініструванні, а роль економічних методів була незначна, що не сприяло підвищенню якості медичних послуг. Фінансування галузі традиційно базувалося на показниках ресурсного забезпечення (ліжковий фонд, число медичних працівників та ін.), а не кінцевих результатах роботи медиків.

Екстенсивний шлях розвитку системи охорони здоров'я, спрямованість на кількісні показники, спроби здешевлення медичної допомоги призвели до появи серйозних проблем, серед яких зниження якості медичної допомоги, брак устаткування, діагностичної апаратури, інструментарію і лікарських засобів. Наслідком недостатності економічних стимулів стали низька ефективність використання ресурсів, недостатній професіоналізм медиків, неувага до пацієнтів, побори з них та ін. [28].

Відповідно до положень Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», яка затверджена Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5 метою державної політики у сфері охорони здоров'я стало системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав, що відповідає намірам наближення до законодавчих, нормативних та адміністративних актів держав-членів ЄС, які визначені програмою «Європейська стратегія здоров'я-2020» та іншими стратегічними документами, які формують політику в сфері охорони здоров'я.

На сучасному етапі вітчизняного державотворення державна політика охорони здоров'я реалізується на основі таких принципів, як:

- законність – відповідність Конституції та законам України, міжнародним договорам, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України;

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України;

- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш уразливих верств населення;

- співробітництво – узгодження цілей, пріоритетів, завдань, заходів і дій центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, органів професійного самоврядування, забезпечення співробітництва між ними під час формування та реалізації державної політики охорони здоров'я;

- паритетність – забезпечення рівних можливостей доступу всіх суб'єктів охорони здоров'я до участі у формуванні та реалізації державної політики охорони здоров'я;

- відкритість, публічність – забезпечення вільного доступу до інформації, що визначає державну політику охорони здоров'я і є у розпорядженні органів державної влади та органів місцевого самоврядування;

- координація – взаємозв'язок та узгодженість середньо- та довгострокових стратегій, планів і програм охорони здоров'я на державному та регіональному рівнях;

- історичне наступництво – урахування і збереження позитивних надбань попереднього періоду розвитку та функціонування національної і регіональних систем охорони здоров'я;

- сталий розвиток сфери охорони здоров'я, який передбачає її гармонізацію з розвитком суспільства і держави для задоволення потреб нинішнього покоління з урахуванням інтересів майбутніх поколінь;

– об’єктивність – розроблення всіх документів, що визначають державну політику охорони здоров’я, на основі компетентного доказового менеджменту та реальних показників, які можна оцінити та реально досягти на практиці;

– орієнтація на сучасні стандарти здоров’я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у сфері охорони здоров’я;

– ефективність – забезпечення досягнення максимально можливих позитивних результатів за рахунок мінімально необхідних витрат ресурсів громадян, громад, суб’єктів господарювання та держави;

– підзвітність – забезпечення періодичного звітування суб’єктів державної політики охорони здоров’я перед суспільством та громадами про прийняті рішення та їх результати, урахування думки громадськості для їх оцінювання та коригування;

– багатосекторальне співробітництво – залучення усіх секторів економіки, передусім таких, як охорона здоров’я, освіта, фінанси, екологія, соціальна політика, правосуддя, засоби масової інформації, до реалізації державної політики охорони здоров’я;

– децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров’я на правовій і договірній основі [10].

Розробка державної політики у сфері охорони здоров’я на сучасному етапі вітчизняного державотворення повинна здійснюватися з урахуванням специфіки медичної галузі. Особлива увага має приділятися ефективності та інноваційній складовій розвитку медичних організацій як надавачів та гарантів якості медичного обслуговування

## РОЗДІЛ 2

### ІННОВАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ – УМОВА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

#### 2.1. Вплив інновацій на розвиток медичної організації

Сучасна концепція соціально-економічного розвитку країни значною мірою орієнтована на інновації, що має сприяти більш інтенсивному розвитку економіки. Галузь охорони здоров'я також потребує інноваційного підживлення, перехід на інноваційний шлях розвитку, тобто формування та функціонування інноваційної медицини та охорони здоров'я.

Потреба системи охорони здоров'я у великих інноваціях викликана необхідністю вирішення цілого ряду проблем:

- неефективне використання ресурсів у системі охорони здоров'я та недостатній контроль за їх використанням;
- недостатня доступність медичної допомоги, особливо для найменш забезпечених верств населення;
- нерівність регіонів у забезпеченості засобами охорони здоров'я;
- обмеженість державних гарантій безкоштовної медичної допомоги та їх незабезпеченість (незбалансованість фінансами);
- низька матеріально-технічна оснащеність медичних організацій.

Інноваційний процес стимулює, прискорює модернізацію медицини та охорони здоров'я.

Модернізація – це перехід охорони здоров'я на сучасний рівень за рахунок придбання та / або копіювання вже наявних зразків медичної техніки і технологій.

Інновація – це створення принципово нових медичних технологій, перехід різних напрямків медицини та охорони здоров'я на якісно новий рівень функціонування без копіювання вже наявних зразків.

Інноваційний розвиток охорони здоров'я покликаний сприяти модернізації системи охорони здоров'я, яка сьогодні не в змозі забезпечити все населення в оперативній, загальнодоступній та високотехнологічній медичній допомозі.

Медична послуга визначається як «будь-яке обстеження, лікування або інша дія, що має профілактичну, діагностичну, лікувальну або реабілітаційну спрямованість і виконується лікарем або іншим медичним працівником, має самостійне закінчене значення визначальну вартість» [1]. При цьому поняття «медична допомога» включає в себе вже цілий комплекс медичних послуг, спрямованих на збереження життя, відновлення здоров'я при гострих захворюваннях, досягнення ремісії при хронічних захворюваннях, а також допомоги при вагітності та пологах.

Термін «медичне обслуговування» не має загальноприйнятого визначення, але в його змістовній характеристиці можна виділити обов'язкову наявність обґрунтованого переліку медичних послуг, що підлягають наданню певній групі населення. Як видно, медична послуга є найбільш деталізованою, вихідною категорією у сфері охорони здоров'я, тому питання пошуку оптимальних умов для її інноваційного розвитку повинні бути в центрі уваги. Сукупність факторів, що впливають на інноваційний розвиток медичних послуг, можна класифікувати (рис. 2.1).

Головна відмінна характеристика медичної послуги полягає в тому, що ринкові відносини виявляються недосконалими для їх обслуговування. Американський економіст, лауреат Нобелівської премії у 2001 р., Джозеф Стігліц, у своїх роботах зазначає, що «жодна з умов, обов'язкових для добре функціонуючого конкурентного ринку, не виконується на медичному ринку» [5]. Він справедливо відзначає, що на відміну від ринків, описаних в теорії конкурентних ринків, медичне обслуговування характеризується недосконалою інформацією та недосконалою конкуренцією.

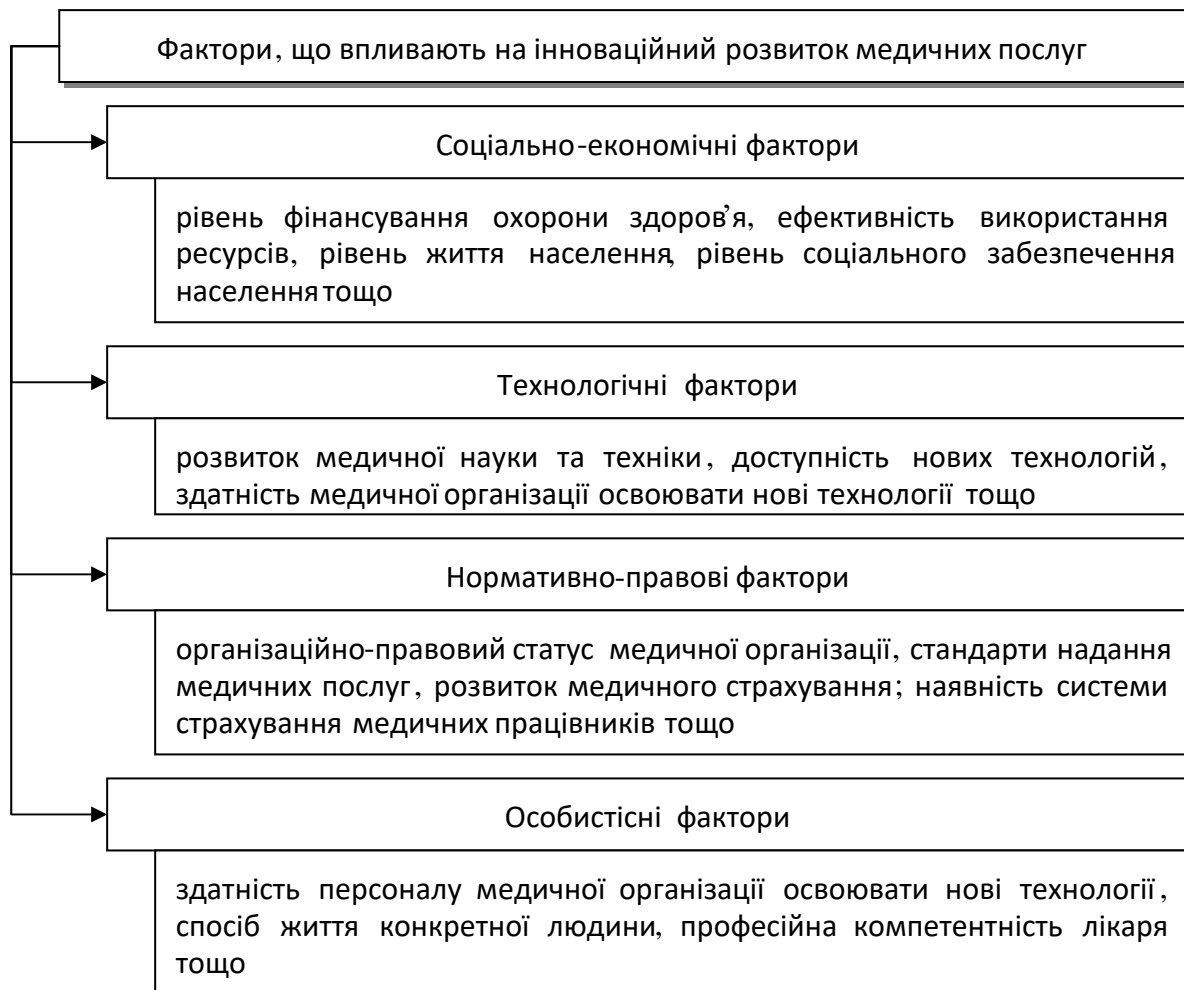


Рис. 2.1. Фактори, що впливають на інноваційний розвиток медичних послуг

Недосконалість інформації на ринку медичних послуг, яка проявляється у зниженні ступеня ефективності конкуренції, доповнюється такими істотними відмітними характеристиками їх споживачів:

- споживачі медичних послуг зазвичай хворі або травмовані та відчують сильний стрес;
- медицина та здоров'я – це сервіс у більшій мірі «потреби», а не «бажання», люди бояться хвороб, вони не бажають опинитися споживачами медичних послуг, а ті, хто все ж таки стали пацієнтами, не мають прагнення проводити обстеження, процедури або переносити хірургічні операції;
- стаціонарні хворі отримують допомогу в медичних організаціях і проживають тут же, тобто ситуація, коли клієнти ночують там, де їм надають



послуги, не характерна для більшості підприємств обслуговування, проте вона притаманна медичним закладам;

- медичне обслуговування є індивідуальним, в інших видах сервісу у людини не має потреби оголюватися в емоційному та фізичному сенсі, а медицина цього вимагає;

- медичні послуги вимагають більш комплексного та персонального підходу в порівнянні з іншими видами послуг, медичні послуги мають відповідати не тільки характером захворювання пацієнта, але і його віку, психічному стану, індивідуальним особливостям, перевагам, освітньому рівню, сімейному та фінансовому стану;

- пацієнти ризикують постраждати або зазнати шкоди з причин, що виходять за рамки захворювань: існує ймовірність помилок медичних працівників або неточної постановки діагнозу, що призводить до призначення курсу лікування, здатного завдати шкоди, під час проходження процедур пацієнтам можуть занести інфекцію, багато що може виявитися неправильним під час надання медичної послуги.

Медичні послуги мають схожі з багатьма іншими видами сфери послуг характеристики:

- корисний результат медичної послуги є нематеріальним, він забезпечується роботою співробітників медичної організації, пацієнти несуть лише витрати;

- надання медичної послуги вимагає різноманітних професійних навичок і участі багатьох співробітників;

- для обслуговування пацієнта необхідна його фізична присутність, час і синхронні дії декількох виконавців;

- медичні послуги повинні бути своєчасними, при запізнілому застосуванні фізичних і людських ресурсів цінність послуги стає проблематичною;

- пацієнти потребують медичних послуг, які розподіляються нерівномірно та в деяких випадках повинні бути надані терміново;
- потреби пацієнтів відрізняються різноманітністю, тому необхідно, щоб виконавець володів численними навичками та ресурсами;
- надійність сервісу – точність і безвідмовність є життєво необхідними;
- надання медичної послуги вимагає участі багатьох фахівців, дії яких мають бути скоординовані;
- ланцюжок надання медичної послуги є надто складним, а його окремі ланки є взаємопов'язаними.

На сьогодні не існує єдиної вибудованої ефективно працюючої інноваційної системи, що дозволяє швидко перетворювати інноваційну ідею в товар, послугу чи технологію. У зв'язку з цим виникають природні запитання: «Що гальмує впровадження інновацій в систему охорони здоров'я?», «Які заходи необхідно вжити для створення умов, що сприяють розвитку інноваційної медицини?».

Однією з причин такого стану бачиться вкрай слабе освоєння сучасних організаційно-економічних інструментів інноваційного розвитку охорони здоров'я, покликаних виконувати двояку роль:

- стимулювати появу, оформлення та реалізацію інноваційних ідей, продуктів і технологій;
- формувати ринковий попит на інновації – управлінські, інформаційні та лікувально-діагностичні.

При дослідженні впливу інновацій на розвиток медичної організації як установи соціальної сфери необхідно враховувати одну важливу обставину – інновації можуть бути інструментом не тільки творення, розвитку і прогресу, вони нерідко стають носіями потенціалу дезорганізації, руйнівних процесів, джерелами настання малих і великих криз. Вони полягають, наприклад, у шкідливому впливі на людину і середовище її проживання. Прискорення циклу «наука-техніка-виробництво» призводить до збільшення кількості

природних ресурсів, що залучаються у виробництві, посиленню техногенного впливу на природу та забруднення навколишнього середовища, тому активізація інноваційної діяльності підприємств є головною причиною загострення протиріч між суспільством і природним середовищем.

Сучасним прикладом інновації, що спонукала до деструктивних процесів, є нововведення в системі управління галузями економіки та соціальної сфери, відомої як адміністративна реформа, що мала місце і в галузі охорони здоров'я. Ця інновація подавалася її авторами та прихильниками як ефективний засіб упорядкування управлінських функцій, як оптимальний спосіб досягнення управлінської мети – чіткого розмежування відповідальності кожного рівня влади за стан здоров'я населення.

На жаль, творчий потенціал цієї інновації досі слабо проявився, але більшою мірою розкрилися її негативні аспекти. Ця інновація, по суті, призвела до поділу колишньої системи охорони здоров'я на різні рівні, що спричинило, за думкою медичних працівників, до «четвертування» пацієнтів, оскільки на практиці виявилось, що пацієнт – це хворий, якому байдуже на якому рівні йому надається допомога. Ще більш негативним став поділ потоків пацієнтів, допомогу яким фінансують з різних джерел фінансування: лікування однієї категорії пацієнтів медичних організацій фінансується за рахунок державного бюджету, а інших – за рахунок місцевих бюджетів. Таким чином, продовжується не тільки поділ охорони здоров'я в цілому, але й окремого пацієнта з різних захворювань. Наприклад, хворий з туберкульозом легень лікується за рахунок коштів державного бюджету, а якщо у нього з'явилася ангіна, він повинен лікуватися за рахунок місцевого бюджету. Тому медицина стала заручником поточної ситуації конфліктів бюджетних відносин. Дана ситуація вплинула на зростаючі негативні демографічні показники: зростає смертність, низька народжуваність тощо.

Процес нововведень покликаний охоплювати практично всі сторони діяльності медичної організації. Інноваційна діяльність є досить складною,

комплексною проблемою, що пронизує всі функціональні сфери – планування, наукові дослідження, розробку проектів, виробництво медичної послуги, маркетинг.

Модернізація всіх напрямків діяльності вимагає розробки відповідних організаційних та економічних інструментів, що дозволяють удосконалювати інноваційну інфраструктуру медичної організації як спеціалізовану цільову організаційну та управлінську підсистему медичної організації, покликану стимулювати та надавати дієвої підтримки появи, оформлення та реалізації інноваційних ідей, продуктів і технологій.

Таким чином під організаційно-економічними інструментами інноваційного розвитку медичних організацій варто розуміти категорії організаційного або економічного характеру, які свідомо та цілеспрямовано використовуються в інтересах інноваційного розвитку медичних організацій, здатних кількісно та якісно впливати на медичні послуги. В той же час зазначені організаційно-економічні інструменти забезпечення інноваційного розвитку медичної організації дозволяють обумовити, що інноваційний розвиток медичної організації має проходити за трьома основними напрямками: лікувально-діагностичний процес, організаційно-управлінська система, інформаційне забезпечення медичної організації.

Виходячи з визначення терміну «медична послуга», лікувальнодіагностичний процес включає в себе медичні послуги профілактичного, діагностичного, лікувального та реабілітаційного характеру. Оскільки в кожному з цих напрямків вихідною категорією є поняття «медична послуга», то інструменти інноваційного розвитку лікувально-діагностичного процесу доцільно розглядати в єдиній сукупності. Інакше кажучи, рівень розвитку лікувально-діагностичного процесу головним чином характеризується якістю медичних послуг, а тому інноваційний розвиток лікувально-діагностичного процесу залежить від здатності медичної організації на практиці освоювати сучасні методи та технології надання медичних послуг.

Розробка ефективної системи стандартизації є одним з найважливіших умов забезпечення інноваційного розвитку охорони здоров'я. Адже основна характеристика медичної послуги – її якість – визначається діючими стандартами. Сьогодні контроль якості – це, по суті, експертиза, проведена органами управління охорони здоров'я або всередині самої ж медичної організації.

Програми розвитку матеріально-технічної бази медичних організацій та підвищення кваліфікації медичних працівників – ще один невід'ємний інструмент забезпечення інноваційного розвитку лікувально-діагностичного процесу.

Інноваційний розвиток організаційно-управлінської системи медичних організацій вимагає застосування всього комплексу сучасних інструментів. Цей комплекс інструментів можна структурувати за рівнями згідно компетенцій. Істотний вплив на інноваційний розвиток організаційно-управлінської системи медичної організації має розвиток таких напрямків, як державно-приватне партнерство та страхування відповідальності лікарів.

Треба відзначити, що за допомогою механізмів державно-приватного партнерства завдання з реалізації інноваційного підходу до управління в медичній організації є цілком реальним. Застосування державно-приватного партнерства здатне привнести культуру, знання, способи та інструменти корпоративного управління, за допомогою яких, на наш погляд, можлива реалізація набагато більш ефективного та грамотного управління ключовими активами медичної організації: людськими, фінансовими, матеріальними, інтелектуальними активами, інформаційними технологіями та активами взаємовідносин.

Система страхування відповідальності лікарів – обов'язкова умова для функціонування систем охорони здоров'я в всіх розвинених європейських країнах. Введення цієї системи дозволить реалізувати фінансову відповідальність в охороні здоров'я, надасть можливість займатися своєю

професійною діяльністю, а не відволікатися на вирішення проблем, які відносяться до компетенції інших організацій, що в свою чергу сприятиме підвищенню якості медичних послуг.

Одним з найсерйозніших недоліків в організації управління в медичних організаціях є неповний облік активів, внаслідок чого їх балансова вартість в рази нижче реальної. При існуючій системі управління в медичних організаціях неможлива ідентифікація, виділення, облік і відповідне ефективне управління нематеріальними активами. Тому одним з найважливіших і необхідних інструментів розвитку організаційно-управлінської системи медичних організацій є ефективне управління ключовими активами організації. У сучасних умовах, крім матеріальних і фінансових активів, медична організація повинна ефективно управляти такими видами активів як: активи взаємовідносин, людські, інтелектуальні та інформаційні активи.

Ще один інструмент забезпечення інноваційного розвитку медичної організації – це збалансована система показників ефективності діяльності, спрямована на підвищення якості та ефективності медичної допомоги. Система враховує особливості медичної організації, її кадрового, фінансового, інноваційного потенціалу, пов'язуючи показники діяльності всіх підрозділів і співробітників медичної організації. По суті, система збалансованих показників є інструментом, що допомагає реалізувати стратегію медичної організації.

Діяльність кожного підрозділу та співробітника медичної організації при цьому повинна бути спрямована на досягнення спільної мети.

Отже, перед охороною здоров'я, як і перед будь-якою економічною діяльністю, пов'язаною з використанням обмежених ресурсів, стоять два основні завдання: забезпечення ефективності та якості у забезпеченні та наданні медичних послуг. А тому одним із стратегічних завдань надання

медичних послуг високої якості є забезпечення інноваційного розвитку медичних організацій.

## **2.2. Розвиток професійної компетентності медичних працівників**

В умовах сьогодення особливий акцент ставиться на збереження здоров'я нації, українського народу, народів світу загалом. Саме тому проблема формування медичного працівника як фахівця нової епохи потребує негайного її вирішення.

У центрі уваги – розвиток професійної компетентності майбутнього фахівця, що являє собою сукупність знань, умінь та навичок, які вможливають надання ним якісних медичних послуг з метою «збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [31].

В умовах євроінтегрування істотно підвищуються вимоги до системи охорони здоров'я та професійної підготовки фахівців медичної сфери, які повинні бути готовими до впровадження нових медичних реформ. Як засвідчують сучасні реалії щодо поширення коронавірусу, працівники медичної сфери повинні бути максимально гнучкими й мобільними щодо аналізу наявної ситуації, прийняття відповідальних рішень, упровадження інновацій у медичній практиці. Це значною мірою стосується підготовки майбутніх медиків на засадах компетентнісного підходу, за якого студенти опановують необхідні знання і цінності, професійні вміння і навички. Це уможливує правильні та швидкі дії у нестандартних ситуаціях, самостійність у прийнятті рішень, виявлення ініціативи тощо. На цьому наголошується в основних нормативних документах про освіту та реформування медичної галузі в Україні.

Проблему професійного розвитку особистості варто розглядати у двох аспектах: по-перше, як неперервну освіту особистості, мета якої всебічний її розвиток; по-друге, професійну освіту, в основі якої підготовка майбутнього

фахівця медичної галузі, здатного до якісної практичної діяльності заради збереження здоров'я людей та попередження можливих захворювань.

З іншого боку, сучасному фахівцю медичної сфери у процесі професійної підготовки варто сформувати в собі триєдиний стержень, в основі якого:

- фахівець (знання медичної теорії і психології, практичного досвіду, володіння необхідними технологіями і техніками);
- медичний працівник (уміння визначати мету і досягати поставлених цілей у процесі практичної діяльності; систематичне і планомірне підвищення кваліфікації; самоосвітня діяльність; спрямованість на підвищення продуктивності медичної практики; розвиток професійних здібностей);
- особистість (гуманізм та високі моральні якості, духовність, національна гідність, здоровий спосіб життя тощо).

Головна мета професійної підготовки майбутніх медичних працівників на сучасному етапі полягає в упровадженні інновацій, кращих європейських освітніх практик (Вуднук, 2019), створенні умов неперервної освіти на основі новітніх технологій; вивченні, узагальненні та застосуванні прогресивного медичного досвіду у практичній діяльності; мотивації до самонавчання та саморозвитку. Ідеться, передусім, про підготовку висококваліфікованого фахівця сфери охорони здоров'я на засадах гуманізму і практико орієнтованого підходу, стимулювання до самоосвіти, самовдосконалення та саморозвитку впродовж життя.

Національна система підготовки медичних працівників зорієнтована на оволодіння майбутніми фахівцями системою знань, засвоєння зовнішніх вимог, спеціальних умінь і навичок. Окрім належного рівня теоретичної підготовки, основним інструментом роботи сучасного медика має виступати його власна особистість: моральні цінності, світогляд та переконання, самооцінка, мотивація до впровадження інновацій тощо. Інструментом модернізації освіти стає компетентнісний підхід, який «орієнтується на професійну компетентність як якість особистості майбутнього фахівця, що характеризує рівень його інтеграції у середовище професійної діяльності, як і в різні соціальні



середовища, входження в які виявляє необхідність виконувати різні соціальні ролі» [32]. Поняття «компетентний» (від лат. *competes*, від *competere* – належний, здатний) у довідниках трактується як «той, що володіє знаннями, який має право за своїми знаннями і повноваженнями робити або вирішувати що-небудь, судити про що-небудь» [33]. Компетентність виступає здатністю виконувати поставлені завдання, включаючи поняття якісних характеристик особистості мобільності, ініціативності, креативності тощо. У працях науковців компетентність розглядається як прояв професіоналізму, пов'язаний з подальшою оцінкою чи вимірюванням кінцевого результату діяльності фахівця. Зокрема, учені співвідносять професіоналізм з різними аспектами зростання фахівця, виокремлюючи низку його компетентностей.

Модель сучасного фахівця повинна включати декілька компетентностей. Так, у матеріалах Ради Європи (1990) виокремлено такі з них: політичні і соціальні; міжкультурні, комунікативні, ІКТ-компетенції та компетенції щодо самоосвіти.

Основні з них, що визначені у професійній освіті країн Європейського Союзу [34]:

- соціальна компетенція – здатність брати на себе відповідальність, спільно вирішувати та брати участь у реалізації завдань; уміння поєднувати особисті інтереси з потребами підприємства і суспільства; гуманізм, толерантність до різних етнокультур та релігій;
- соціально-інформаційна компетенція – володіння інформаційними технологіями і критичне мислення фахівця;
- когнітивна компетенція – готовність до неперервної самоосвіти, потреба в реалізації особистісного потенціалу, уміння і навички самоосвіти, систематичний саморозвиток;
- комунікативна компетенція – володіння технологіями спілкування різними мовами; здатність особистості будувати власну мовленнєву поведінку відповідно до реальних ситуацій спілкування, передусім професійного;

– спеціальна компетенція – рівень підготовленості фахівця до самостійного виконання професійних дій, оцінки та аналізу власних результатів практичної діяльності тощо.

За такого підходу компетентний медичний працівник повинен бути всебічно розвиненою, високо професійною особистістю, котра володіє не лише системою спеціальних знань, умінь і навичок, а й здатністю діяти в конкретній ситуації, будувати комунікацію з пацієнтами та колегами, здійснювати ефективну професійну діяльність, використовувати інновації задля оптимізації медичної практики, професійного та особистісного розвитку.

Стрижневі компетентності, які має поєднувати в собі майбутній медичний працівник, включають:

- соціальну (рольова ідентифікація, комунікативні здібності, організаторські здібності, емпатія, стиль поведінки у нестандартних, конфліктних ситуаціях);
- професійну (особистісна зрілість, професійна майстерність, здатність до самоосвіти та професійного розвитку, особисті досягнення, здібності до інноваційної діяльності, ерудиція й досконале володіння професійними знаннями);
- загальнокультурну (стиль практичної діяльності, ціннісні орієнтації, уміння і навички, толерантність, імідж);
- здоров'язберігаючу (фізичне, психічне, соціальне та духовне здоров'я);
- компетентність з інформаційних та комунікативних технологій (комп'ютерна грамотність, інформаційна культура як потреба проведення реформи медичної галузі) [35]. Відтак професійна компетентність виступає як сукупність особистісних якостей, знань, умінь та навичок, досвіду, що забезпечують високий рівень самоорганізації професійної діяльності медичного працівника, досягнення високих її результатів.

## РОЗДІЛ 3

### ІННОВАЦІЙНІ ІНСТРУМЕНТИ РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

#### **3.1. Підготовка медичних кадрів як чинник удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я**

Вдосконалення механізмів державного управління охороною здоров'я в Україні базується на багатьох чинниках, кожен з яких є важливим та обов'язковим. До таких чинників ми можемо віднести наступні: стан фінансового та матеріального забезпечення галузі охорони здоров'я та комунальних підприємств охорони здоров'я, рівень забезпечення ліками та іншими засобами лікування, наявність сучасної бази розміщення хворих та організації роботи лікарняних закладів, наявність закладів зв'язку, комунікацій, але мабуть одним з головних чинників створення якісної системи управління охороною здоров'я є наявність висококваліфікованих медичних кадрів. Основою якості кадрів у нашій країні традиційно є система вищої медичної освіти. Сучасна система освіти, в тому числі і медичної, на теперішній час проходить етап інституційних перетворень, тому дослідження цієї проблеми є важливою складовою комплексного дослідження інституційних змін в системі охорони здоров'я.

Ключовий вплив на забезпечення якісної підготовки фахівців мають організації, що працюють у сфері вищої освіти. До таких інститутів-організацій слід віднести органи управління в сфері вищої освіти, наприклад, МОН, НАЗЯВО, Управління освіти в регіональних та міських органах влади, власники ЗВО, представництва в Україні міжнародних організацій, що опікуються сферою освіти, неурядові організації, що працюють в сфері освіти, міжнародні організації, що забезпечують оцінку якості освіти та громадську акредитацію закладів освіти, громадські, студентські асоціації, організації при органах влади при університетах та ін. Безумовно, навчальні заклади також є

однією з головних форм інституційного забезпечення організації освіти. До таких навчальних закладів можна віднести університети, коледжі при університетах, академії, інститути, консерваторії, вищі училища спеціального спрямування, військові кафедри при університетах.

Спільно з ЗВО обслуговують процес вищої освіти такі установи, як: спортивні комплекси, заклади харчування, бібліотеки, тинографії, інформаційні центри, архіви.

До установ закладів, що сприяють розвитку та модернізації системи освіти в Україні, можна віднести корпорації та підприємства, які формують попит на фахівців та визначають основні вимоги до їх кваліфікації, організації роботодавців, що працюють практично в тій же сфері, але їх діяльність більшою мірою спрямована на задоволення потреб на рівні регіону, професійні спілки – для студентів та для викладачів, громадські організації та фонди суміжної із освітою діяльності, молодіжні організації [36].

Оскільки темою нашого дослідження є інституційні підходи до системи медичної освіти, то необхідно визначити, що інституційний фактор містить в собі такі складові, як вплив світового середовища якості освіти, функціонування системи освіти в глобальній інформаційній мережі, необхідність та можливість інтеграції в світові освітні структури, постійне вдосконалення національної законодавчої бази, наявність і необхідність підтримки в нашій країні наукових традицій та шкіл (рис. 3.1).

Якщо проаналізувати сучасний стан системи управління знаннями як складової підготовки кадрів для всіх галузей народного господарства, то необхідно визначити, що її основою вітчизняні вчені вважають наступні фактори: інституційний, організаційний, технологічний, людський, системний, глобальний, біологічний. Крім того, необхідно враховувати, що в набутті знань велике значення мають фактори, що зумовлюють межу між раціональністю та ірраціональністю. В процесі навчання та оцінки завжди присутній елемент суб'єктивізму.



Рис. 3.1. Інституційні фактори управління знаннями [23]

За останнє десятиліття інститут вищої освіти зазнав значних трансформацій. Сучасний стан вищої освіти сформовано під впливом загальних інституційних змін суспільства, яке потребувало нових фахівців. До таких змін необхідно віднести:

- ринкові перетворення (розвиток приватної та корпоративної освіти, нові форми навчання, мобільності та отримання вищої освіти, комерціалізація освіти, збільшення попиту на освіту, диференціація трудових доходів);
- відкритість економіки (міжнародні навчальні корпорації, незатребуваність людського капіталу, вимивання робочих місць кваліфікованої праці, інтелектуальна міграція);
- науково-технічний прогрес (комп'ютеризація, інновації, інформатизація, телекомунікації, дистанційне навчання, нові технології, попит на працівників високої кваліфікації);
- державне регулювання (демократизація в освіті, посилення податкового тиску, зменшення соціальних гарантій, скорочення державного фінансування освіти).

Процеси, які сьогодні проходять в сфері вищої освіти, та базуються на загальноцивілізаційних процесах і повинні привести до конкурентоспроможності системи вищої освіти в умовах інформаційного суспільства та постіндустріальних економічних відносин наступні:

- державне регулювання (створення сприятливого економічного, інвестиційного клімату, забезпечення інноваційного розвитку, державний протекціонізм на ринку праці, зв'язок між кваліфікацією та заробітною платою, послаблення податкового тиску, інвестування в людський капітал);
- інтелектуалізація (зростання значення людською капіталу, зростання попиту на інтелектуальну працю, нові технології навчання, нестандартні форми освіти, зростання вимог до кваліфікованих працівників);
- глобалізація (поглиблення міжнародного співробітництва. Болонський процес, посилення конкуренції, посилення позицій висококваліфікованих працівників, інтелектуальна міграція);
- структурні трансформації (диверсифікація видів, форм освіти, збільшення зайнятості у сферах інтелектуальних послуг, підвищення мобільності освіти, покращення освітньо-професійної структури зайнятих).

Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури, скорочено ЮНЕСКО (англ. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO) – міжнародна організація, спеціалізована установа Організації Об'єднаних Націй. Мета цієї організації – на основі співпраці своїх членів-держав у галузі освіти, науки, культури сприяє ліквідації неписьменності, підготовці національних кадрів, розвитку національної культури, охороні пам'яток культури тощо.

До складу ЮНЕСКО входять такі міжнародні підрозділи, як: Інститут ІТ-освіти, Міжнародний інститут вищої освіти в Латинській Америці і Карибському регіоні, Міжнародний центр технічної і професійної освіти та підготовки кадрів, Інститут статистики, Міжнародне бюро освіти, Міжнародний інститут планування. Міжнародний інститут розбудови потенціалу в Африці, Інститут навчання протягом всього життя. В таблиці 4.2

подано резонансні заходи, що було проведено ЮНЕСКО останніми роками в галузі вдосконалення систем освіти.

Світова інституційна система забезпечення якості вищої освіти координується ще одною потужною організацією - регіональним угрупованням ОЕСР.

Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) (англ. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)) – міжнародна організація, що об'єднує 35 країн світу, більшість з яких є країнами з високим доходом громадян та високим ІРПІІ і розглядаються як розвинені. Договір про ОЕСР був підписаний 14 грудня 1960 в Парижі, але вступив у дію 30 вересня 1961 на базі Європейської організації економічного співробітництва з метою координації економічної політики країн-членів ОЕСР і погодження програми допомоги країнам, що розвиваються.

Організація об'єднує 35 найбільш економічно розвинених країн світу – більшість держав Європейського Союзу, США, Австралія, Швейцарія, Норвегія, Південна Корея, Японія та інші. Штаб-квартира розміщена у Парижі (Франція).

Система вищої освіти України, її інституцій на складова більшою мірою спираються на наукові традиції та сучасні новації, що є притаманними для Європейського освітнього простору. В Європейському Союзі крім головних інституцій-органів управління, таких як Європарламент, Європейська Рада, Рада ЄС, Єврокомісія безпосередньо питання вдосконалення системи управління освітою та її вдосконаленням на регіональному рівні займаються такі інституції, як Агентство з питань освіти, аудіовізуальних засобів і культури. Європейський центр розвитку професійної освіти, Європейська навчальна фундація. Європейський офіс ERASMUS+.

Еразмус (англ. Erasmus) – програма обмінів студентів, викладачів та науковців країн-членів Євросоюзу, а також Ісландії, Ліхтенштейну, Македонії, Норвегії, Туреччини. Програма надає можливість навчатися, проходити стажування чи викладати в іншій країні, що бере участь в програмі. У

Єврокомісії Erasmus назвали найуспішнішою освітньою програмою ЄС і важливим інструментом боротьби з молодіжним безробіттям. Терміни навчання і стажування можуть складати від 3 місяців до 1 року. Еразмус Мундус має три напрями: спільні курси і програми Еразмус Мундус: спільні магістерські та докторські курси та програми, а також стипендії для студентів цих програм; партнерство Еразмус Мундус: утворення партнерств між університетами ЄС та третьої країни з метою обміну студентами всіх академічних рівнів навчання та обміну науково-педагогічними кадрами [13].

Також серед інституцій Європи, що не є органами управління в системі охорони здоров'я, слід визнати найвпливовішими наступні: Європейська мережа забезпечення якості. Європейська асоціація університетів, Європейська асоціація ЗВО, Європейський союз студентів, Європейська асоціація дослідників освіти.

В Україні головними інституційними структурами, що забезпечують діяльність системи освіти, слід вважати наступні:

- Верховна Рада України;
- Уряд країни;
- Державні структури (МОНУ, НАЗЯВО, акредитаційні комісії, навчально-методичні центри, інститути, що працюють в сфері досліджень проблем освіти);
- громадські об'єднання (організації роботодавців, об'єднання ЗВО, аналітичні центри, благодійні фонди, освітні асоціації, спілка дослідників);
- заклади вищої освіти (розробка внутрішніх систем забезпечення якості);
- громадяни, що є причетними до системи освіти (викладачі, студенти, їх батьки).

Значна увага приділяється в нашій країні саме процесам вдосконалення інституційної системи вищої медичної освіти. На Парламентських слуханнях на тему: «Медична освіта в Україні: погляд у майбутнє» було відзначено, що



проблемами медичної освіти насамперед є:

- повільне запровадження у навчальний процес сучасних наукових розробок та засад доказової медицини, галузевих стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, адаптованих до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я;
- несвоєчасний перегляд та оновлення програм підготовки спеціалістів для медичної галузі, що не встигає за розвитком сучасної медичної науки та нових медичних технологій;
- неефективна, надмірно централізована та застаріла система управління і фінансування в системі вищої медичної освіти;
- не розвинена система університетських клінік; застаріла матеріально-технічна база навчальних закладів; зростаюча нерівність у доступі до якісної освіти; надмірна комерціалізація освітніх послуг; корупція тощо [39].

Як зазначає Москалюк В. Д., основними проблемами медичної освіти в Україні сьогодні є:

- неповна відповідність стандартам ЄС;
- зниження якості підготовки медичних кадрів внаслідок низької мотивації студентів і викладачів до самоудосконалення;
- відсутність університетських клінік (4 на усю країну); невідповідність умов навчання вимогам часу, застосування застарілих педагогічних технологій, низький рівень соціального захисту викладачів, інформатизації навчального процесу і відповідності самостійної роботи студентів та ін.
- недосконалість законодавства, недостатність фінансування вищої школи,
- високий рівень педагогічного навантаження на викладача та ін. [37].

Досліджуючи тенденції розвитку медичної освіти України у відповідності до вимог Європейського Союзу, Логуш Л. Г. визначає, що пріоритетними тенденціями розвитку сучасної медичної освіти стали:

- глобалізація освітньої політики ЄС в галузі медичної освіти

(прийняття Міжнародних стандартів медичної освіти); підтримка академічної мобільності студентів медичних спеціальностей та професійної мобільності лікарів і викладачів;

- встановлення вимог до базової підготовки студентів медичних спеціальностей;

- розширення клінічного навчання; полікультурність медичної освіти; автономність медичних університетів та університетських клінік як бази підготовки лікарів і медичних сестер;

- запровадження єдиної мови спілкування (вивчення іноземних мов); акредитація медичних навчальних закладів на рівні держави і на міжнародному рівні;

- створення єдиного європейського простору медичної освіти для безперервного професійного розвитку медичних фахівців; спрямованість медичної освіти на покращення рівня здоров'я населення [38].

Міністерством охорони здоров'я у серпні 2014 запропоновано Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я є складовою Національного плану дій з реформування, який був проголошений Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» та Урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII). Стратегія є рамковим документом, що формує контекст, бачення, принципи, пріоритети, задачі та основні подальші кроки реформування [39].

У розділі, що регламентує навчання та підвищення кваліфікації лікарів, цією Програмою зазначено, що «кар'єрний розвиток має бути конкурентоспроможним, прозорим та базуватися на результатах. Це вплине на зменшення кількості медичних спеціальностей, а професійне саморегулювання почне відігравати важливу роль. Відправною точкою тут має бути відкритий онлайн-реєстр діючих лікарів. Також медичні працівники укладатимуть

контракт з певним закладом (а не з державою), для яких конкурентоспроможна процедура найму, орієнтована на результат, повинна бути ключовою. Протягом перехідного періоду, що пов'язаний з реформуванням сфери надання послуг, рівень заробітної платні залежатиме від домовленостей між державою, закладами охорони здоров'я і професійними об'єднаннями, але в майбутньому рівень зарплати повинен визначатися ринком, як тільки це стане можливим» [40].

Слід визначити, що на теперішній час значна увага приділяється і професійним, організаційним та менеджерським навичкам, які повинні мати керівники лікарняних закладів або їх заступники відповідного профілю. Керівники лікарняних закладів та їх відповідні заступники здобувають сьогодні освіту в галузі публічного управління та адміністрування, менеджменту, фінансів, маркетингу, що безумовно принесе позитивні результати в реаліях функціонування закладів охорони здоров'я в ринкових умовах на основі нових багатокритеріальних форм фінансування.

Таким чином, необхідно визначити, що вдосконалення системи державного управління підготовкою медичних кадрів на основі вдосконалення інституційної системи вищої освіти базується на наступних складових:

– впливовість на вдосконалення системи управління медичною освітою в Україні мають норми інституційного значення, до яких необхідно віднести наступні: Конституція України, Закон України «Про вищу освіту», Постанови Кабінету Міністрів, що стосуються вищої освіти. Міністерства охорони здоров'я, нормативні документи Міністерства освіти і науки України, НАЗЯВО. Статути ЗВО. внутрішні нормативні документи ЗВО;

– не менш важливий вплив на діяльність системи державного управління медичною освітою мають організації, заклади та установи. До таких слід віднести: МОН, НАЗЯВО, Управління освіти в регіональних та міських органах влади, власники ЗВО, представництва в Україні міжнародних організацій, що опікуються сферою освіти, неурядові організації, що працюють в сфері освіти, міжнародні організації, що забезпечують оцінку якості освіти та

громадську акредитацію закладів освіти, громадські, студентські асоціації, організації при органах влади при університетах та ін.;

– до інститутів-організацій, що виливають на процеси імплементації міжнародних стандартів в системі підготовки кадрів для охорони здоров'я в Україні, слід віднести ЮНЕСКО, ОССР, Світовий банк. Безпосередньо співпрацюють з системою охорони здоров'я та підготовкою медичних кадрів всі спеціальні медичні міжнародні організації, головною з яких є ВООЗ;

– проблеми вдосконалення медичної освіти вирішуються на найвищому державному рівні. Проходять Парламентські слухання з цього питання, прийнято Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я до 2020 року, складовою частиною якої є питання підготовки кадрів, налагоджується співпраця між МОНУ та МОЗ України в сфері підготовки фахівців, посилюються вимоги щодо освітніх компетенцій керівників закладів охорони здоров'я.

### **3.2. Медичні симулятори як складова інноваційної освіти**

Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я є відносно новою моделлю організації та забезпечення доступного та якісного медичного обслуговування населення, що ґрунтується на інноваціях, характеризується прийняттям стратегічних рішень в інноваційній діяльності на всіх рівнях національної економіки.

Впровадження медичних інноваційних технологій на практиці спирається на основні складові елементи процесу надання медичної допомоги, котра спрямована на задоволення потреб громадян. На рівень ефективності інноваційних технологій в діяльності закладів охорони здоров'я впливають певні умови (рис. 3.2).

Забезпечення доступу пацієнтів до інформації, сприяє швидкому реагуванню на потреби пацієнта. Ця умова передбачає можливість надання медичної допомоги поза межами робочого часу шляхом вільного доступу до

інформації про пацієнта, про результати лабораторних досліджень, Інтернетсервіс, можливості групових візитів пацієнтів, однакову допомогу для громадян різних віросповідань і культур.

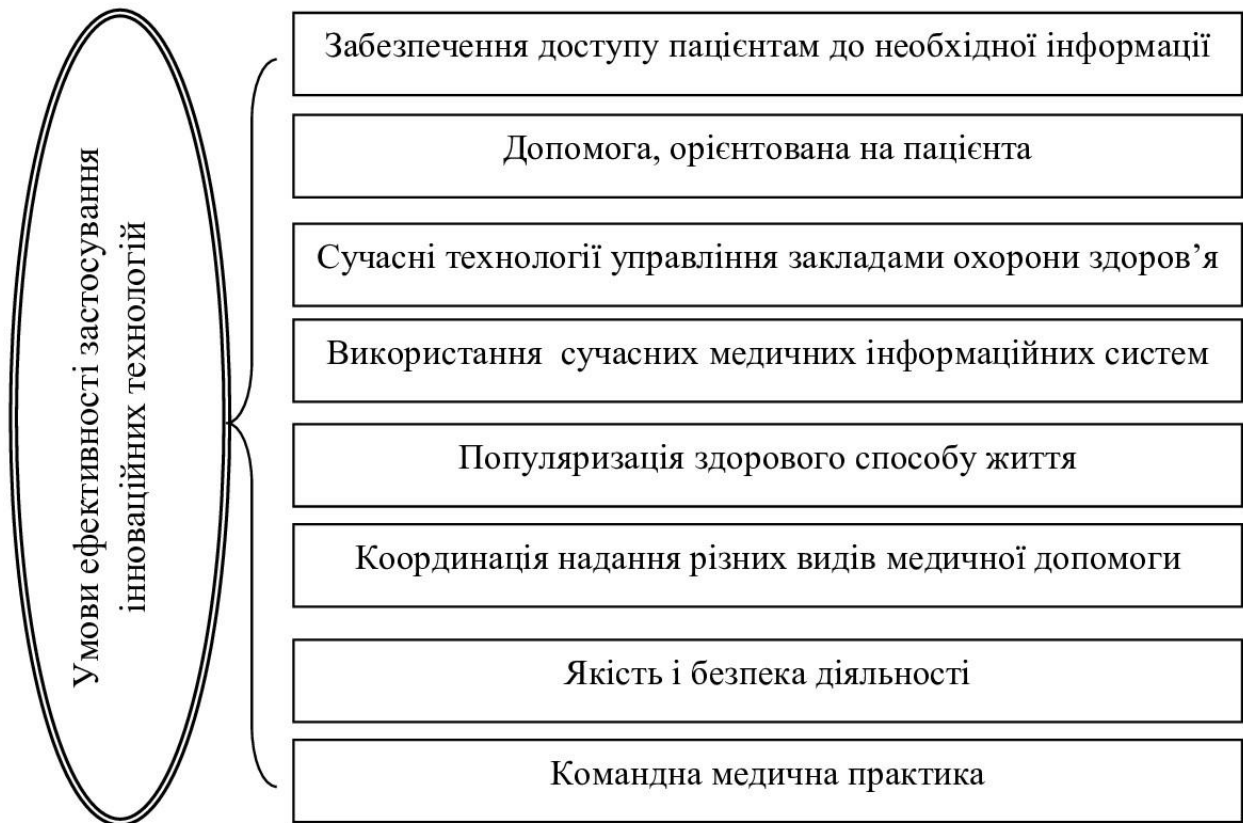


Рис. 3.2. Умови ефективності застосування інноваційних технологій в діяльності закладів охорони здоров'я

Інноваційність у діяльності закладів охорони здоров'я передбачає надання допомоги, орієнтованої на пацієнта, тобто комплексну медичну допомогу пацієнтам, які мають хронічні захворювання або його гострий стан, профілактику захворюваності, хірургічне втручання, можливість отримати послуги високотехнологічних діагностичних лабораторій.

Застосування інноваційних технологій в діяльності закладів охорони здоров'я неможливе без сучасних технологій управління, без професійного менеджменту, який полягає у використанні ефективного фінансового менеджменту, без підвищення заробітної плати (відповідно до кваліфікації та

особливостей роботи), передбачає оптимізацію забезпечення медичними кадрами та оптимальне використання робочих місць в закладах охорони здоров'я.

У процесі управління здійснюється порівняння витрат з отриманими результатами, особлива увага приділяється фінансовому обліку та аудиту, обслуговуванню медичного устаткування, а також втілення сучасних дизайнерських рішень в оформленні закладів охорони здоров'я [33, с. 10].

Широкого поширення набуло застосування сучасних медичних інформаційних систем, зокрема: електронний реєстр пацієнтів, електронні медичні записи, рахунки, звіти, надання пацієнтам електронних рецептів, вебсторінки закладів охорони здоров'я, єдина система інформаційного медичного простору. Передовий досвід розвинутих країн світу свідчить, що використання сучасних цифрових девайсів, мобільних додатків значно підвищує рівень продуктивності роботи медичних працівників, полегшує доступність закладів медичного профілю для пацієнтів. Застосування інноваційних медичних інформаційних систем позитивно впливає на підвищення якості та доступності медичних послуг громадянам, у першу чергу за рахунок можливості оцінки та аналізу показників, які характеризують якість медичної допомоги. Використання сучасного програмного та комп'ютерного забезпечення дозволяє забезпечити комплексний моніторинг стану здоров'я населення, ефективно формувати потоки пацієнтів та управляти ними, здійснювати контроль за дотриманням протоколів та стандартів лікування. Разом з тим, слід пам'ятати, що впровадження цифрових технологій у діяльність закладів охорони здоров'я має спиратись на надійний механізм забезпечення кібербезпеки інформаційної системи медичних установ [34, с. 27].

Надзвичайно важливим напрямом діяльності закладів охорони здоров'я є популяризація здорового способу життя та заохочення пацієнтів до зміни способу життя як ефективний метод запобігання захворюваності, санітарна просвіта, яка здійснюється за допомогою популяційного менеджменту.

Важливою умовою досягнення високого рівня ефективності при застосуванні інноваційних технологій в діяльності закладів охорони здоров'я є координація різних видів медичної допомоги, яка передбачає формування єдиної, взаємопов'язаної роботи відділень невідкладної допомоги, стаціонарного лікування, психологічної допомоги, акушерсько-гінекологічної допомоги, медичних послуг вузьких медичних спеціалістів, діяльність фармацевтів, реабілітаційна та фізіотерапевтична допомога, консилиумне вивчення та розгляд випадків, транспортне забезпечення.

Якість і безпека діяльності є ще однією із умов результативності інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я, яка передбачає застосування доказової медицини високого рівня, управління процесом лікуванням з обов'язковим зворотнім зв'язком щодо отримання інформації про задоволеність пацієнтів, аналіз клінічної діяльності, підтримку належної якості медичних послуг, управління ризиками діяльності, відповідність діяльності закладів охорони здоров'я чинному законодавству [33, с. 11].

Командна медична практика, передбачає як лідерство надавача медичних послуг, так і існування конкуренції. Вище зазначена умова включає, формування спільної місії та стратегії, наявність ефективних комунікацій, формулювання завдань, які відповідають професійним вмінням і навичкам, повноцінну роботу сімейних медичних сестер, роботу по залученню пацієнтів, створення додаткових можливостей отримання різноманітних медичних послуг для родин пацієнтів.

Як бачимо, важливим в інноваційному розвитку закладів охорони здоров'я є їх кадровий потенціал. В цьому контексті на особливу увагу заслуговує кадрова політика в сфері охорони здоров'я, яку доцільно спрямувати на удосконалення кадрового забезпечення при врахуванні реальних потреб та сучасних соціально-економічних умов. Підвищенню рівня кваліфікації сприятиме укладення трудового договору на контрактних умовах з керівниками закладів охорони здоров'я, а також зі всіма медичними працівниками. Вдосконалення кадрової політики доцільно здійснювати шляхом реорганізації

розподілу кадрів у співвідношенні «лікар – медичний персонал середньої ланки» шляхом зростання чисельності працівників середньої ланки.

Інноваційному розвитку закладів охорони здоров'я сприятиме подальше впровадження ступеневої медичної і фармацевтичної освіти, підготовка медичних працівників таких спеціальностей як: медичний психолог, клінічний фармацевт, фінансист охорони здоров'я, економіст охорони здоров'я, програміст та системний адміністратор у сфері охорони здоров'я, інженер з експлуатації медичної техніки, менеджер по охороні здоров'я.

В сучасних умовах є потреба в розробленні та затвердженні нового державного стандарту для вищої медичної та фармацевтичної освіти, а також освітньо-кваліфікаційних характеристик медичних фахівців, освітньо-професійних програм та методів уніфікованої оцінки рівня знань медичних та фармацевтичних працівників [33, с. 11]. В умовах медичної реформи також потребує додаткової уваги підготовка сімейних лікарів.

Застосування інноваційних технологій в діяльності закладів охорони здоров'я потребує удосконалення підготовки медичних працівників середньої ланки – медичних сестер, шляхом розробки та реалізації програми розвитку сестринства, розширення функцій та повноважень медичних сестер із врахуванням світового досвіду, що зумовить зниження потреби в кількості лікарів у державі.

Інноваційність у діяльності закладів охорони здоров'я значною мірою залежить від:

- результативності діяльності науково-дослідних установ, зокрема, оптимізації і реструктуризації їх структури та основних напрямів досліджень;
- сприяння подальшому розвитку пріоритетних фундаментальних та прикладних досліджень, які здійснює національна академія медичних наук України;
- підтримки українських наукових шкіл та підвищення вимог до підготовки наукових кадрів для сфери охорони здоров'я, раціональне використання науково-інформаційних ресурсів;



– активізації роботи, яка спрямована забезпечити розвиток міжнародного науково-технічного співробітництва, що у свою чергу сприятиме зростанню авторитету вітчизняної медичної науки та її інтеграції у світову спільноту.

В умовах дефіциту державних фінансових ресурсів доцільно запровадити фінансування медичної науки за рахунок різних джерел (бюджетних та позабюджетних коштів) при цьому забезпечити першочергове фінансування конкурентоспроможних наукових досліджень фундаментального та прикладного характеру. Доцільно здійснювати планування наукові дослідження з дотриманням принципів конкурентності, результативності (отримання конкретних результатів), незалежної експертизи результатів наукових проектів та виділення грантових коштів на реалізацію проектів-переможців. В цьому контексті розв'язанню існуючих практичних проблем пов'язаних із функціонуванням закладів охорони здоров'я сприятиме розробка та реалізація державних, галузевих, міжгалузевих, регіональних програм.

Інноваційний розвиток закладів охорони здоров'я, зокрема, застосування новітніх методів лікування, діагностики та профілактики включає три основних етапи (рис. 3.3).

На першому етапі відбувається вибір медичної інноваційної технології шляхом отримання інформації. На цьому етапі отримують перші знання та первинну інформацію про інноваційну технологію чи продукт, а також інформацію про технічні навички, котрими необхідно володіти при впровадженні технології. Аналіз відповідності кадрових ресурсів та інші види оцінки є необхідною умовою для об'єктивної оцінки ресурсів закладу охорони здоров'я.

Для закладів охорони здоров'я питання оцінки та вибору медичної інноваційної технології для впровадження в діяльність переважно зводиться до визначення вартості обладнання та обсягу додаткових ресурсів, які необхідно затратити на реконструкцію нерухомого майна, яке відповідатиме потребам проекту. Крім того, до критеріїв вибору належать:



Рис. 3.3. Етапи впровадження медичних інноваційних технологій в закладі охорони здоров'я [33, с. 10]

- унікальність медичної технології або послуги;
- клінічна ефективність і безпека;
- економічна ефективність;
- соціальна значущість захворювання;
- рідкісність захворювання.

Другий етап впровадження медичних інноваційних технологій полягає в безпосередній організації упровадження інновацій. На цьому етапі узгоджуються матеріально-технічні, юридичні, фінансові і кадрові питання пов'язані із впровадженням інноваційної медичної послуги, технології чи продукту. Якщо впровадження інновації призведе до створення нової медичної послуги, виникає необхідність реєстрації нового медичного обладнання чи лікарських засобів, розроблення медико-економічних протоколів тощо. Для цього етапу характерною є підтримка з боку розробників та навчання медичних працівників.

Третій етап – безпосереднє впровадження інновацій в діяльність закладів охорони здоров'я. На цьому етапі важливим є здійснення маркетингових досліджень, оцінка ефективності інновацій із використанням показників здоров'я пацієнтів, зручності для медичного персоналу, показників ефективності. На підставі доведення доцільності та ефективності упровадження інновацій можливим є розроблення програми для отримання державного замовлення на медичні послуги.

Всі вищевикладені етапи є послідовними кроками інноваційного циклу розвитку закладів охорони здоров'я. Вибір інновацій є процесом визначення новітньої технології, продукту чи медичної послуги, котрі представляють інтерес для впровадження в закладі охорони здоров'я з метою надання поліпшених послуг, іноді на комерційних засадах.

Вітчизняна система охорони здоров'я потребує інноваційних перетворень в усіх сферах діяльності, що сприятиме її піднесенню на якісно новий рівень функціонування та розвитку. Тому, удосконалення системи державного регулювання інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я, програмноцільове управління інноваційним розвитком та фінансування сфери охорони здоров'я в Україні є надзвичайно важливим.

Можливості використання симуляторів в медицині для набуття практичного досвіду майбутніми фахівцями та досвідченими медичними працівниками важко переоцінити.

Навчання фахівців проводиться за допомогою сучасних імітаторів пацієнта, комп'ютерних програм і тренажерів. У спеціальних імітаційних центрах застосовуються різні сценарії, враховуючи особливості і цілі навчання. У них отримують знання і підвищують кваліфікацію терапевти, хірурги, травматологи, інші лікарські спеціальності та допоміжний медичний персонал. Завдяки новим технологіям можна безпечно і недорого отримати навички такого виду діагностики, як гнучка ендоскопія, або ж новим методам оперативного втручання, як лапароскопічна холецистектомія. Однак, в якості методу навчання та тренування ця система почала застосовуватися закладами

медичної освіти з другої половини 20 століття. Першим симулятором, який використовувався для клінічного моделювання, став навчальний робот-манекен, створений в Каліфорнії. Цей «пацієнт» міг імітувати дихання, відтворювати звуки і пульсацію артерій, тиск крові і навіть міг реалістично реагувати на введення препаратів. Однак, цей перший манекен-симулятор не міг моделювати реакцію на дозування препарату. Наступний, більш досконалий варіант «електронного пацієнта», що з'явився в університеті Флориди Університеті в кінці 90-х, міг в повній мірі відтворювати будь-які реакції і зміни роботи систем і органів людського організму.

Сучасні симулятори незамінні для навчання майбутніх лікарів в умовах критичного стану пацієнта та дозволяють відпрацювати і оцінити особливості взаємодії кожного члена лікарської команди без ризику для життя хворого. Наприклад, віртуальний симулятор для хірургів «Смайл Тренінг», який дозволяє навчати молодих фахівців проведенню операцій дітям із заячою губою, а також з іншими пороками щелепно-лицьового розвитку. Цей вебінтерактивний інструмент забезпечує навчальне проведення складних анатомічних операцій в режимі 3Д, досі хірурги не мали такої можливості [5]. Використовуючи симулятори, можна відтворити будь-які стани організму при будь-яких діях і умовах. Основною перевагою симуляції є повна безпека для здоров'я життя пацієнтів, так як їх роль виконують манекени або комп'ютерні програми. З урахуванням завдання (навчання УЗД та інших видів діагностики, або ж оперативне втручання, лікування за допомогою медикаментів) можна зробити вибір найбільш підходящого типу обладнання, визначити методику аналізу правильності дій і відтворити реалістичну робочу зону. Тут можуть стати в нагоді як тренажери з частковою симуляцією (допоміжне дихання, інтубація трахеї і ін.) або складні системи, що дозволяють здійснити будь-який необхідний рівень моделювання. Симуляція пацієнта є сьогодні окремим видом науки. Навички, придбані з її допомогою, з успіхом використовують в справі доведення до досконалості клінічного моделювання.

З метою застосування в інноваційному навчальному процесі тренажери класифікують на такі форми [6]:

- вербальні тренажери (рольові ігри);
- стандартизовані пацієнти (актори);
- тренажери практичних навичок з використанням фізичних або віртуальних моделей;
- «пацієнти-на-екрані» – тренажери з відеозображенням пацієнтів на моніторі без використання фізичної імітації;
- «електронні пацієнти» – повноцінні фізичні імітації організму або частин організму, доповнені умовно-реалістичною моделлю взаємодії зі студентами.

Забезпечення відповідного рівня навчального процесу висококваліфікованих фахівців на основі новітніх досягнень науки і техніки для задоволення потреб держави, приведення якості підготовки медичного персоналу потребує приділенню уваги інноваціям в освітньої середовищі. Однією зі сторін інноваційного розвитку медичного закладу освіти є якісна підготовка кадрів, що зводиться до простої комбінації знань і навичок, орієнтованих на вирішення реальних завдань практичного лікування хворих. Тобто освітній процес повинен бути адаптований до запитів сучасної медичної допомоги, орієнтований на забезпечення можливостей самопізнання студента-медика. Результатом процесу навчання має стати формування професійно значущих якостей особистості майбутнього лікаря, які визначають його професійну компетентність, навички та майстерність [7].

Активний розвиток і впровадження нових технологій в освітньому процесі дозволяє не тільки якісно оцінити рівень отриманих знань, а й зробити моделювання основних етапів лікувального процесу. Моделювання є корисним інструментом для навчання. Воно підходить для оцінки ефективності, але немає достатніх доказів впливу використання симуляторів у навчанні на якість надання медичної допомоги [8].

Застосування в освітньому процесі сучасних симуляційних технологій сприяє формуванню в більшій мірі необхідних професійної компетенцій, які дозволяють фахівцеві адаптуватися до різних практичних ситуацій.

Наріжним каменем освітнього процесу в медицині є питання етики і безпеки в роботі з пацієнтом. Відомо, що чим нижче рівень підготовки спеціаліста, тим вище ймовірність лікарської помилки, яка може бути досить-таки високою на початковому рівні оволодіння мануальними навичками. Робота на симуляторі дозволяє максимально точно оцінити рівень засвоєння мануальних навичок, а також програмувати змінневіртуальне середовище під час заліково-екзаменаційного блоку. У зв'язку з цим зростає необхідність більш активного використання симуляторів на рівні інтернатури [8].

При цьому, сама методика застосування симуляційного навчання, як і будь-яка інновація в освіті, повинна відповідати визначеній структурі (рис. 3.4).

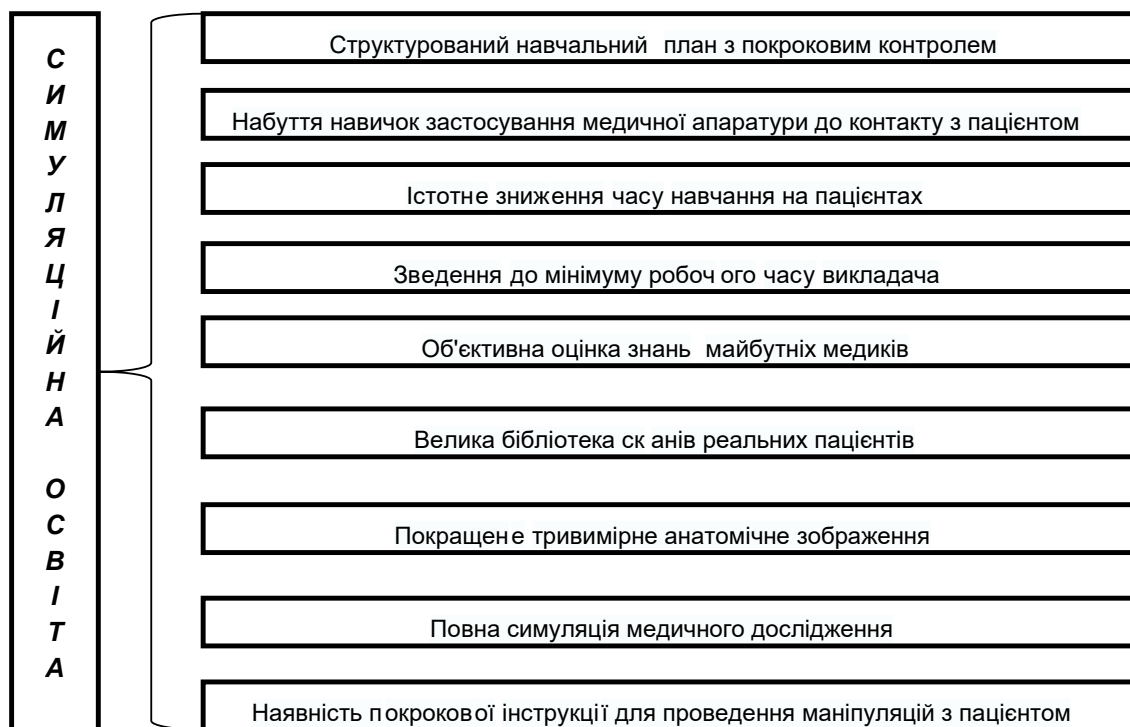


Рис. 3.4. Складові іноваційного освітнього симулятора

Високий рівень професійної компетентності є вирішальним фактором професійного розвитку фахівців. Перевагами використання інноваційних симуляційних технологій в навчальному процесі є: підвищення якості навчання; зменшення потреби в навчально-методичних посібниках на паперових носіях; зниження витрат на організацію і проведення навчальних занять; самотестування отриманих знань і навичок. В якості основи реформування системи навчання має стати використання в навчальному процесі електронних підручників і навчально-тренінгових практикумів, які інтегрують в собі можливості різних педагогічних програмних засобів. Окремо слід виділити, що симулятор може повністю замінити реального пацієнта, що зводить ризик медичних помилок з важкими наслідками до мінімуму. Такий ризик має місце лише в сенсі можливого виходу з ладу самого симулятора, що призведе до економічних наслідків, а життя і здоров'я потенційного «навчального» пацієнта залишиться поза загрозою.

Важливість ролі інновацій у набутті практичних навичок студентів потребує використання в навчанні різноманітних симуляторів: від примітивних схем і таблиць до складних, антропоморфних, що дозволяють максимально наблизити умови навчальної аудиторії до клініки [8].

Використання симуляторів у навчанні повинно супроводжуватися: необхідним навчальним матеріалом, виконуючи функції навчальної та контролюючої програми; містити довідники та навчальні бази даних та матеріали і завдання для проведення лабораторного практикуму. Електронні навчально-тренінгові практикуми дозволяють крім засвоєння нових знань, отримати можливість отримання навичок практичної роботи. Причому, присутність викладача при виконанні завдань даних практикумів необов'язково. Це сприяє тому, що студенти мають можливість в рамках вищої освіти отримати додаткову професійну підготовку, засновану на отриманні стійких практичних навичок по досліджуваним дисциплінам з використанням симуляційних технологій. Симуляційні навчально-тренінгові практикуми придатні для студентів з різним рівнем знань. Їх застосування дозволить

підвищити ефективність перенесення теоретичних концепцій в галузь практичної діяльності. При вирішенні завдань на симуляційних комплексах відбувається занурення в реальність, що сприяє стимулюванню творчого мислення і практичного хисту майбутнього лікаря. При цьому пришвидшується досягнення необхідного результату навчання, розвивається системний підхід до вирішення проблем, відбувається практичне відпрацювання вивчених теоретичних знань. Крім цього, за допомогою інноваційних симуляторів можливо вирішити одну з основних проблем сучасного освітнього процесу – формування навчальної мотивації пізнавальної активності [7]. Важливою особливістю при використанні фантомів і симуляторів в освітньому процесі є істотне зниження емоційного бар'єру, який перешкоджає студенту виконати передбачені лікувальні процедури. Тому, єдиним ефективним і безпечним методом навчання на сьогоднішній день є симулятори різного рівня реалістичності і антропоморфні андроїди.

На сучасному етапі є великий спектр медичних симуляторів різного рівня реалістичності та складності для освітньої та науково дослідницької діяльності, вироблених в нашій країні і за кордоном. На сьогодні, актуальність, ефективність і безпека симуляційного навчання є загально визнаною. Однією з основних завдань провідних фахівців медиків, викладачів медицини і розробників симуляційного медичної освіти є створення єдиної системи використання імітаційних навчання в системі безперервної медичної освіти. Найбільш доцільною і поширеною формою реалізації цього завдання, на думку більшості провідних фахівців у цій галузі, є створення навчальних симуляційних центрів.



## ВИСНОВКИ

З проведеного дослідження щодо проблем реформування системи охорони здоров'я на місцевому рівні та пошуку шляхів їх розв'язання можна сформулювати наступні загальні висновки.

1. Відповідно до «Основ законодавства України про охорону здоров'я» здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад, а охорона здоров'я – це система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.

Система охорони здоров'я України знаходиться в умовах постійних трансформаційних змін. Будучи багаторівневою й розгалуженою структурою, система, змінюючись, формує багатоаспектні підходи щодо визначення механізмів управління у державному і приватному секторах охорони здоров'я.

Окреслено концептуальні засади регулювання сфери охорони здоров'я. Дослідження стану теоретичного забезпечення реформування системи охорони здоров'я в Україні та за кордоном дозволяє стверджувати, що конкретні дані стану суспільства в тій чи іншій країні диктують шляхи і способи вдосконалення організації системи охорони здоров'я та її державного регулювання. Змінювані економічні та суспільні відносини створюють умови для існування різних типів систем охорони здоров'я.

Основним принципом побудови будь-якої системи охорони здоров'я є збереження рівноваги і правовий захист інтересів трьох основних складових:

- населення, як споживача медичної допомоги;
- медичних закладів, які забезпечують надання медичних послуг;
- медичного персоналу, який безпосередньо надає послуги.

Будь-яка система охорони здоров'я має мету, яку можна сформулювати як надання населенню доступної, якісної медичної допомоги, поліпшення стану здоров'я суспільства в цілому і кожного громадянина окремо.

2. Громадське здоров'я – комплексна політична, економічна, соціальна і медична категорія, що інтегрує індивідуальне здоров'я громадян, обумовлене дією сукупності політичних, економічних, соціальних і біологічних чинників, визначає демографічний, соціальний, економічний потенціал суспільства, є фактором національної безпеки та об'єктом соціальної політики держави.

Публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається державною політикою у сфері охорони громадського здоров'я, яка зорієнтована на забезпечення рівноправності кожної людини і окремих громад у доступі до медичного обслуговування.

Державна політика в сфері охорони здоров'я формується і реалізується відповідно до стратегічних напрямів, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Дані принципи ґрунтуються на позиції, що всі люди мають однакові права на отримання медичної допомоги незалежно від місця проживання. Ціль 3 сталого розвитку, «Міцне здоров'я і благополуччя», передбачає загальне покриття охороною здоров'я, доступність медичної допомоги та соціальну справедливість (рівний доступ).

. 3. Сучасна концепція соціально-економічного розвитку України значною мірою орієнтована на інновації, що має сприяти більш інтенсивному розвитку економіки. Галузь охорони здоров'я також потребує інноваційного підживлення, перехід на інноваційний шлях розвитку, тобто формування та функціонування інноваційної медицини та охорони здоров'я.

Головна мета професійної підготовки майбутніх медичних працівників на сучасному етапі полягає в упровадженні інновацій, кращих європейських освітніх практик (Вуднук, 2019), створенні умов неперервної освіти на основі новітніх технологій; вивченні, узагальненні та застосуванні прогресивного медичного досвіду у практичній діяльності; мотивації до самонавчання та саморозвитку. Ідеться, передусім, про підготовку висококваліфікованого

фахівця сфери охорони здоров'я на засадах гуманізму і практико орієнтованого підходу, стимулювання до самоосвіти, самовдосконалення та саморозвитку впродовж життя.

4. Національна система підготовки медичних працівників зорієнтована на оволодіння майбутніми фахівцями системою знань, засвоєння зовнішніх вимог, спеціальних умінь і навичок. Окрім належного рівня теоретичної підготовки, основним інструментом роботи сучасного медика має виступати його власна особистість: моральні цінності, світогляд та переконання, самооцінка, мотивація до впровадження інновацій тощо. Інструментом модернізації освіти стає компетентнісний підхід, який «орієнтується на професійну компетентність як якість особистості майбутнього фахівця, що характеризує рівень його інтеграції у середовище професійної діяльності, як і в різні соціальні середовища, входження в які виявляє необхідність виконувати різні соціальні ролі».

Відтак професійна компетентність виступає як сукупність особистісних якостей, знань, умінь та навичок, досвіду, що забезпечують високий рівень самоорганізації професійної діяльності медичного працівника, досягнення високих її результатів.

5. Обґрунтовано механізми державного управління трансформацією системи підготовки медичних кадрів. Необхідно відзначити, що вдосконалення механізмів державного управління підготовкою медичних кадрів на основі вдосконалення інституційної системи вищої освіти базується на наступних складових: вплив на вдосконалення системи управління медичною освітою в Україні мають норми інституційного значення; не менш важливий вплив на діяльність системи державного управління медичною освітою мають організації, заклади та установи. До таких слід віднести: МОН, НАЗЯВО, Управління освіти в регіональних та міських органах влади, власники ЗВО, представництва в Україні міжнародних організацій, що опікуються сферою освіти, неурядові організації, що працюють в сфері освіти, міжнародні організації, що забезпечують оцінку якості освіти та громадську акредитацію

закладів освіти, громадські, студентські асоціації, організації при органах влади при університетах та ін.; до інститутів-організацій, що вливають на процеси імплементації міжнародних стандартів у системі підготовки кадрів для охорони здоров'я в Україні, слід віднести ЮНЕСКО, ОССР, Світовий банк. Безпосередньо співпрацюють з системою охорони здоров'я та підготовкою медичних кадрів всі спеціальні медичні міжнародні організації, головною з яких є ВООЗ; проблеми вдосконалення медичної освіти вирішуються на найвищому державному рівні. Проходять Парламентські слухання з цього питання, прийнято Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я до 2020 року, складовою частиною якої є питання підготовки кадрів, налагоджується співпраця між МОНУ та МОЗ України в сфері підготовки фахівців, посилюються вимоги щодо освітніх компетенцій керівників закладів охорони здоров'я.

6. Вітчизняна система охорони здоров'я потребує інноваційних перетворень в усіх сферах діяльності, що сприятиме її піднесенню на якісно новий рівень функціонування та розвитку. Тому, удосконалення системи державного регулювання інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я, програмноцільове управління інноваційним розвитком та фінансування сфери охорони здоров'я в Україні є надзвичайно важливим.

Використання симуляторів у навчанні повинно супроводжуватися: необхідним навчальним матеріалом, виконуючи функції навчальної та контролюючої програми; містити довідники та навчальні бази даних та матеріали і завдання для проведення лабораторного практикуму. Електронні навчально-тренінгові практикуми дозволяють крім засвоєння нових знань, отримати можливість отримання навичок практичної роботи. Причому, присутність викладача при виконанні завдань даних практикумів не обов'язково. Це сприяє тому, що студенти мають можливість в рамках вищої освіти отримати додаткову професійну підготовку, засновану на отриманні стійких практичних навичок по досліджуваним дисциплінам з використанням симуляційних технологій. Симуляційні навчально-тренінгові практикуми

придатні для студентів з різним рівнем знань. Їх застосування дозволить підвищити ефективність перенесення теоретичних концепцій в галузь практичної діяльності. При вирішенні завдань на симуляційних комплексах відбувається занурення в реальність, що сприяє стимулюванню творчого мислення і практичного хисту майбутнього лікаря. При цьому пришвидшується досягнення необхідного результату навчання, розвивається системний підхід до вирішення проблем, відбувається практичне відпрацювання вивчених теоретичних знань. Крім цього, за допомогою інноваційних симуляторів можливо вирішити одну з основних проблем сучасного освітнього процесу – формування навчальної мотивації пізнавальної активності.

Важливою особливістю при використанні фантомів і симуляторів в освітньому процесі є істотне зниження емоційного бар'єру, який перешкоджає студенту виконати передбачені лікувальні процедури. Тому, єдиним ефективним і безпечним методом навчання на сьогоднішній день є симулятори різного рівня реалістичності і антропоморфні андроїди.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Місцеве самоврядування в умовах децентралізації влади в Україні : кол. монографія / за заг. ред. Р. М. Плюща. – Київ : Рідна мова, 2016. – 744 с.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-ХІІ. – URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
3. Українська радянська енциклопедія : в 12 т. / редкол. : М. П. Бажан (голова редкол.) [та ін.]. – Київ : Книжкова фабрика, 1982. – Т. 8. – 527 с.
4. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник / за ред. Н. І. Кольцової. – Івано-Франківськ, 2000. – 286 с.
5. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті / В. Москаленко. – URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>.
6. Ярменчук А. Д. Менеджеру здравоохоранення. Теория искусства управления : в 2 ч. / А. Д. Ярменчук. – Киев, 1991. – Ч. 2 : Частные проблемы. – 300 с.
7. Аналіз деяких показників громадського здоров'я, системи охорони здоров'я і медичної освіти в Харківській області / О. І. Сердюк, О. А. Короп, Н. В. Просоленко, В. І. Крупеня, Б. А. Рогожин // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 227 – 231.
8. Державне управління охороною громадського здоров'я в Україна: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / за заг. ред. М. М. Білінської, Я. Ф. Радиша. – Київ : НАДУ, 2013. – 424 с.
9. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування : монографія / Я. Ф. Радиш. – Київ : Вид-во УАДУ, 2001. – 358 с.
10. Соціальна і гуманітарна політика : підручник / авт. кол. : В. П. Трощинський, В. А. Скуратівський, М. В. Кравченко [та ін.] ; за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського. – Київ : НАДУ, 2016. – 792 с.

11. Фотаки М. Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта / М. Фотаки // Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы). – М., 1999. – С. 8 – 11.

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

13. Здоровье-2020 : основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия / Всемир. орг. здравоохранения. Европ. регион. Бюро. – 2013. – VI. – 16 с. – URL : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf).

14. Воронка Г. Особливості медичної реформи в Канаді та Великій Британії / Г. Воронка // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2015. – № 1. – С. 199 – 208.

15. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2016 рік / МОЗ України, ДУ УІСД МОЗ України. – Київ, 2017. – 516 с.

16. Лопушняк Г. С. Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації стратегії сталого розвитку «Україна-2020» / Г. С. Лопушняк, Є. О. Іваненко // Соціально-трудова відносина : теорія та практика. – 2017. – № 1. – С. 61-79.

17. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я : механізми формування та реалізації : автореф. дис... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Н. П. Кризина ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – Київ, 2008. – 36 с.

18. Юристовська Н. Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення / Н. Юристовська // Ефективність

державного управління : зб. наук. пр. / за заг. ред. В. С. Загорського, А. В. Ліпенцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2017. – Вип. 2 (51). – С. 138-147.

19. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. // Відом. Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.

20. Фундаментальные основы политики здравоохранения / под ред. О. П. Щепина. – Киев, 1999. – 453 с.

21. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. – Київ : Фенікс, 2008. – 276 с.

22. Державне управління в Україні : наукові, правові, кадрові та організаційні засади / за заг. ред. Н. Р. Нижник, В. М. Олуйка. – Львів : Львів. політехніка, 2002. – 352 с.

23. Аналіз деяких показників громадського здоров'я, системи охорони здоров'я і медичної освіти в Харківській області / О. І. Сердюк, О. А. Короп, Н. В. Просоленко, В. І. Крупеня, Б. А. Рогожин // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 227 – 231.

24. Богомазова І. О. Право на якісні та безпечні лікарські засоби в системі прав на охорону здоров'я / І. О. Богомазова // Медичне право. – 2017. – № 3. – С. 9 – 17.

25. Логвиненко Б. До проблеми визначення сутності та особливостей діючої системи охорони здоров'я України / Б. Логвиненко // Наукові записки [Кіровоградського державного університету імені Володимира Винниченка]. Серія : Право. – 2017. – Вип. 2. – С. 62 – 67. – URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/snslnp\\_2017\\_2\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/snslnp_2017_2_13).

26. Слабкий Г. О. Проблеми кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4. – С. 5 – 9.

27. Державне управління охороною громадського здоров'я в Україні : генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / за заг. ред. М. М. Білинської,



Я. Ф. Радиша. – Київ : НАДУ, 2013. – 424 с.

28. Дубінський С. В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України / С. В. Дубінський // Європейський вектор економічного розвитку. 2016. – № 1 (20). – С. 51 – 59.

29. Брижовата О. С. Вплив підвищення кваліфікації сімейних лікарів на залучення людей, які живуть з ВІЛ, до каскаду медичних послуг в загальній системі охорони здоров'я України: досвід проекту USAID/RESPECT / О. С. Брижовата, В. Є. Полищук // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 304 – 305.

30. Двенадцать принципов организации здравоохранения для любой национальной системы здравоохранения : приняты 17-й Всемирной медицинской ассамблеей (Нью-Йорк, США, октябрь 1963 г. : с внесенными 35-й Всемирной медицинской ассамблей поправками. Венеция, Италия, октябрь 1983 г.) // Права человека и профессиональная деятельность врача у документах международных организаций. – Киев : Сфера, 1999. – С. 191 – 194.

31. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.

32. Голованова І. А. Досвід організації та фінансування системи охорони здоров'я Угорщини / І. А. Голованова, Г. А. Оксак, О. І. Краснова // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – № 1. – С. 41 – 43. – URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd\\_2017\\_1\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2017_1_9).

33. Державне управління в Україні: наукові, правові, кадрові та організаційні засади / за заг. ред. Н. Р. Нижник, В. М. Олуйка. – Львів : Львів. політехніка, 2002. – 352 с.

34. Державне управління в Україні : організаційно-правові засади : навч. посіб. / Н. Р. Нижник, С. Д. Дубенко, В. І. Мельниченко [та ін.] ; за заг. ред. Н. Р. Нижник. – Київ : Вид-во УАДУ, 2002. – 164 с.

35. Державне управління : теорія і практика / за заг. ред. В. Б. Авер'янова. – Київ : Юрінком Інтер, 1998. – 432 с.

36. Державне управління охороною громадського здоров'я : навч.

посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – Київ : Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.

37. Стратегія сталого розвитку «Україна 2020» : Указ Президента України «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» від 12 січня 2015 року. – 2015. – № 5.

38. Варталян Ф. Е. Современные тенденции медицинской реформы в западно-европейских странах / Ф. Е. Варталян, Д. А. Орлов, Ю. А. Матвеев // Советское здравоохранение. – 2009. – № 8. – С. 63 – 68.

39. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025. – Київ, листопад 2014 р. – URL : <https://moz.gov.ua/strategija>.

40. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України. – URL : <http://uoz.sn.ua/reforma022016.pdf>.

41. Ключові дати реформи // Урядовий кур'єр. – 2018. – 11 січня. – С. 5.

42. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні : стратегічні аспекти / А. Д. Барзилович // Інвестиції : практика та досвід (Державне управління). – 2020. – № 2. – С. 134 – 140.

43. Пашков В. М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. Український медичний часопис / В. М. Пашков // Актуальні питання медичної практики. – 2017. – № 2. – С. 1 – 6. – URL : <https://www.umj.com.ua/article/107586/pravove-zabezpechennya-reformuvannya-sferi-ohoroni-zdorov-ya>.

44. Петрова С. В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування / С. В. Петрова // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. – 2014. – № 2. – С. 34 – 45.

45. Трансформація триває. Сьогодні розпочався другий етап медичної реформи. – URL : <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/sogodni-rozpochavsja-drugij-etap-medichnoi-reformi>.