

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна
академія»
Кафедра педагогіки, методики та менеджменту освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

Удосконалення управління в сфері соціальної допомоги і охорони
здоров'я (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС) (на прикладі КЗОЗ
ХОІАЦМС)

(тема кваліфікаційної роботи)

Виконала: здобувачка освіти 2 курсу,
групи ЗЗОЗ-24мг
спеціальності: 073 Менеджмент
(код і найменування спеціальності)

_____/_____
(підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____/_____
(підпис) (ім'я та прізвище)

Рецензент _____/_____
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувачки кафедри _____/_____
БРЮХАНОВА

(підпис) (ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____/_____
Влада МАРКОВА

(підпис) (ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____/_____
Валентина БУРБИГА

(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА ІНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГІЧНА АКАДЕМІЯ

Інститут: навчально-науковий інститут педагогіки, психології, менеджменту та освіти дорослих

Кафедра: педагогіки, методики та менеджменту освіти

Спеціальність: 073 «Менеджмент»

Освітньо-професійна програма: «Менеджмент закладів охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
д.пед.н., проф.
Наталія БРЮХАНОВА

(підпис)

«___»_____2025 р.

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу (дипломну роботу)
другого (магістерського) рівня вищої освіти
здобувачці Ліні КОНОПЛІ

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема: Удосконалення управління в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС) (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС), затверджена наказом по університету № _____ від «___» _____ 2025 р.

2. Термін здачі закінченої роботи: «___» _____ 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: Закони України, Постанови Верховної Ради, Постанови Кабінету Міністрів, теоретичні та практичні розробки вітчизняних та зарубіжних авторів за темою роботи, періодичні видання, статистичні дані.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Розділ 1. Теоретичні засади управління медичною допомогою в Україні. Розділ 2. Сфера охорони здоров'я населення як важлива складова поліпшення життєвого рівня населення (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС). Розділ 3. Удосконалення управління в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС).

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу: 10 рис., 11 табл., презентаційний матеріал

6. Консультант:

Розділ	Консультант	Підпис, дата		Оцінка (бали)
		Завдання видав	Завдання прийняв	
-	Не передбачено	-	-	-

7. Дата видачі завдання: «01» жовтня 2025 р.

Керівник:

(підпис) Влада МАРКОВА

Завдання прийняла до виконання:

(підпис) Ліна КОНОПЛЯ

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН-ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи
(дипломної роботи)

№ з/ п	Назва етапів роботи та питань, які мають бути розроблені відповідно до завдання	Термін виконання	Позначки керівника про виконання завдань
1	Систематизація матеріалів про діяльність об'єкту дослідження	04.10.2025	
2	Вивчення теоретичного матеріалу, написання першого розділу роботи	16.10.2025	
3	Аналіз діяльності об'єкту дослідження, написання другого розділу	30.10.2025	
4	Розробка та написання рекомендаційної частини роботи	15.11.2025	
5	Завершення висновків, формування анотації, впорядкування списку літератури	25.11.2025	
6	Оформлення дипломної роботи та представлення її на кафедрі	30.11.2025	

Здобувачка

(підпис) Ліна КОНОПЛЯ

Нормоконтроль:

(підпис) Влада МАРКОВА

АНОТАЦІЯ

Тема: «Економіко-організаційні засади управління в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я (на прикладі КЗОЗ ХОІАЦМС).

Робота містить 102 с., 10 рис., 7 табл., 70 джерел.

Мета дослідження: провести аналіз теоретичних засад в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я, проаналізувати розвиток персоналу в закладі охорони міста Харків та удосконалити його.

Об'єкт дослідження: процес управління в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я.

Предмет дослідження: удосконалення управління в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я.

Завдання дослідження: провести аналіз теоретичних засад в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я; проаналізувати розвиток в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я; удосконалити складові соціальної допомоги і охорони здоров'я.

Методи дослідження: *теоретичні*: аналіз державних нормативних документів; аналіз наукових робіт з проблеми управління організацією; порівняльний аналіз, синтез, узагальнення дозволили провести систематизацію теоретичного та практичного матеріалу з досліджуваної проблеми;

емпіричні: опитування, спостереження, метод експертних оцінок, вивчення практичного досвіду роботи з управління в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я.

Наукова новизна дослідження: знайшли подальшого розвитку питання удосконалення розвитку в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я.

Практичне значення полягає у тому, що розроблені заходи з удосконалення в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я були втілені у місті Харків.

Ключові слова: соціальна допомога, розвиток, використання, інноваційна робота, удосконалення, управління.

ANNOTATION

Topic: "Economic and organizational principles of management in the field of social assistance and health care (on the example of KZOZ KHOIATSMS)"

Magis work contains 102 pages, 10 figures, 7 tables, 70 sources.

The purpose of the study: to analyze the theoretical foundations in the field of social assistance and health care, to analyze the development of staff in the city of Kharkiv and improve it.

Object of research: the process of management in the field of social assistance and health care.

Subject of research: improvement of management in the field of social assistance and health care.

Objectives of the study: to analyze the theoretical foundations in the field of social assistance and health care; analyze developments in the field of social assistance and health care; improve the components of social assistance and health care.

Research methods: theoretical: analysis of state regulations; analysis of scientific works on the problem of management organization; comparative analysis, synthesis, generalization allowed to systematize theoretical and practical material on the researched problem;

empirical: surveys, observations, method of expert assessments, study of practical experience in the field of social assistance and health care.

Scientific novelty of the research: the issues of improving the development of social assistance and health care have been further developed.

It is of practical importance that the developed measures for improvement in the field of social assistance and health care have been implemented in the city of Kharkiv.

Key words: social assistance, development, use, innovative work, improvement, management.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ.....	13
1.1. Стратегічні підходи до реформування системи медичної допомоги в Україні.....	13
1.2. Характеристика організації високоспеціалізованої медичної допомоги на регіональному рівні.....	19
1.3. Галузеві аспекти ефективності процесів розвитку економіки соціальної допомоги і охорони здоров'я.....	29
Висновки до розділу 1.....	37
РОЗДІЛ 2. СФЕРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ПОЛІПШЕННЯ ЖИТТЄВОГО РІВНЯ НАСЕЛЕННЯ (НА ПРИКЛАДІ КЗОЗ ХОІАЦМС).....	39
2.1. Здоров'я нації – інтегральний показник суспільного розвитку.....	39
2.2. Медичні послуги та їх обсяги в Харківській області.....	50
2.3. Соціальний захист населення та охорона здоров'я - суспільне завдання.....	57
Висновки до розділу 2.....	64
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ І ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ КЗОЗ ХОІАЦМС) (НА ПРИКЛАДІ КЗОЗ ХОІАЦМС).....	66
3.1. Прогнозування кількісних показників грошової допомоги нужденним і непрацездатним верствам населення.....	66
3.2. Вплив організаційної культури на організаційну ефективність.....	77
3.3. Шляхи вирішення проблем соціального захисту населення в умовах інтеграції.....	88
Висновки до розділу 3.....	92
ВИСНОВКИ.....	94
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	97

ВСТУП

Підписавши у вересні 2000 року на Саміті ООН Декларацію тисячоліття, Україна офіційно взяла на себе зобов'язання досягти визначених у ній Цілей Тисячоліття в галузі розвитку до 2015 року. Ідеться про комплекс загальновизнаних глобальних пріоритетів, що охоплюють подолання бідності, забезпечення можливостей для якісної освіти впродовж життя, досягнення сталого розвитку довкілля, поліпшення здоров'я матерів і зменшення рівня дитячої смертності, стримування поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу з подальшим започаткуванням тенденції до скорочення масштабів цих епідемій, а також утвердження гендерної рівності. Реалізація взятих зобов'язань передбачає проведення ефективної та науково обґрунтованої економічної політики регіонального розвитку держави, яка б сприяла формуванню єдиного господарського комплексу, оптимальному використанню місцевих ресурсів, розкриттю потенціалу територіального поділу праці й загальному підвищенню добробуту населення України. Для практичної реалізації такої політики на державному та регіональному рівнях розробляють середньострокові та довгострокові плани економічного і соціального розвитку, у яких аналізуються демографічні тенденції, збалансованість попиту та пропозиції на ринку праці, рівень зайнятості та добробуту населення, а також оцінюється вплив структурних реформ і політики реструктуризації на соціальний розвиток.

На сучасному етапі перетворень у соціальній сфері регіонів України спостерігаються низка негативних процесів, які ускладнюють досягнення поставлених цілей. До ключових проблем належать низький рівень доходів населення, посилений впливом інфляційних чинників; зменшення питомої ваги заробітної плати в структурі доходів домогосподарств; істотна міжгалузева та міжпосадова диференціація оплати праці; значна нерівномірність регіонального розподілу доходів у розрахунку на одну особу.

Особливо критичним є різке скорочення державного фінансування соціальних сфер, що спричинило фактичний розпад системи охорони здоров'я в окремих регіонах і зведення до мінімуму гарантій безкоштовного надання населенням базових медичних послуг.

Здоров'я людини сьогодні розглядається не лише як індивідуальна цінність, але й як вагома складова національної безпеки, що визначає потенціал суспільного добробуту, економічного розвитку та стійкості держави. Переосмислення значущості здоров'я зумовлено новими загрозами, соціальними й екологічними ризиками, зростанням вимог до якості життя населення, швидким розвитком медичних технологій і необхідністю забезпечення достатнього фінансування охорони здоров'я. У таких умовах гармонізація економічних і соціальних процесів постає ключовою передумовою успішного розвитку суспільства, адже економічне зростання тісно пов'язане з ефективністю функціонування систем охорони здоров'я та соціального забезпечення, особливо на регіональному рівні.

Важливим компонентом соціальної політики держави є належний рівень фінансування медичних установ і цільових програм соціальної підтримки вразливих груп населення. Реалізацію таких заходів доцільно здійснювати на основі науково обґрунтованих підходів до прогнозування майбутніх витрат на охорону здоров'я та необхідного обсягу фінансування допомоги малозабезпеченим. Одним з інструментів, що дозволяє якісно оцінити вплив множинних чинників і визначити оптимальні параметри державної підтримки, є економетричне моделювання, здатне відобразити складні взаємозв'язки між соціально-економічними показниками й запропонувати варіанти для прийняття виважених управлінських рішень.

Світове співтовариство у XXI столітті зіштовхується з масштабною проблемою поширення хронічних неінфекційних захворювань і супутніх факторів ризику, що істотно збільшують глобальний тягар хвороб, зумовлюють значні медико-соціальні втрати та призводять до суттєвих економічних збитків. Ситуацію погіршують фінансові обмеження,

несприятливі екологічні умови, негативні демографічні процеси й поглиблення соціальної нерівності. Враховуючи складність етіології хронічних неінфекційних захворювань — поєднання поведінкових, середовищних, біомедичних, соціальних і економічних чинників — їх ефективне подолання вимагає зміни парадигм у сфері охорони здоров'я та переорієнтації політики на профілактику.

Перед сучасними системами охорони здоров'я постають нові пріоритети, що передбачають зміцнення профілактичних служб, розширення доступності та підвищення якості медичного обслуговування, удосконалення первинної медико-санітарної допомоги, поліпшення кадрового потенціалу, зменшення нерівності в стані здоров'я, модернізацію медичної інфраструктури та адаптацію галузі до потреб пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями. Масштабність викликів вимагає розроблення й упровадження нових стратегій державної політики у сфері охорони здоров'я, які б були спрямовані на підвищення рівня здоров'я населення, зменшення нерівностей, забезпечення стійкості системи та її орієнтації на людину. Реалізація таких стратегій передбачає міжсекторальну співпрацю, узгодження пріоритетів, зміцнення стратегічного управління та активізацію участі всіх зацікавлених сторін, а також прискорення впровадження інноваційних рішень завдяки ефективному лідерству.

Успішна протидія загрозам громадському здоров'ю можлива лише за умов комплексного міжсекторального підходу, що базується на програмно-цільових засадах. Вирішення проблем хронічних неінфекційних захворювань потребує цілеспрямованого покращення детермінант здоров'я, зменшення поширеності факторів ризику, впровадження сучасних профілактичних заходів і формування здорового способу життя населення. На важливості такого підходу наголошують резолюція Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй (2015 р.), резолюція 60-ої сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ (2008 р.) та низка рішень Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я.

Для України, як і для більшості країн Європи, характерним є високий рівень поширення хронічних неінфекційних хвороб, що суттєво впливає на медико-демографічну ситуацію, зумовлюючи значні показники захворюваності, інвалідності та смертності, низьку якість і недостатню тривалість життя. Негативні демографічні тенденції проявляються у низькій народжуваності, високій смертності, від'ємному природному прирості населення та зростанні загального тягаря хвороб. Показники загальної смертності та смертності від окремих причин стабільно перевищують відповідні середні показники країн Європейського Союзу орієнтовно удвічі. Особливо тривожною є ситуація зі смертністю осіб працездатного віку, яка у 2–4 рази вища, ніж у розвинених економіках світу.

Проблематиці розвитку економіки держави, її окремих галузей і територій присвячено значну кількість досліджень українських науковців, зокрема В. Гейця, М. Мелимеда, В. Онищука, В. Онищенка, Ю. Саєнка, а також праці зарубіжних учених — М. Гордена, В. Леонтьєва, Г. Тейла та ін. У вітчизняній і зарубіжній науковій літературі ґрунтовно вивчалися закономірності розвитку економічних процесів, однак такі соціальні напрями, як допомога малозабезпеченим групам населення та охорона здоров'я, досліджені недостатньо. Саме потреба у розв'язанні окреслених соціальних проблем визначила актуальність обраної теми дослідження та обумовила необхідність поглибленого наукового аналізу закономірностей розвитку соціальної сфери.

Мета дослідження: провести аналіз теоретичних засад в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я, проаналізувати стан сфери соціальної допомоги і охорони здоров'я та удосконалити його.

Об'єкт дослідження: процес управління в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я.

Предмет дослідження: удосконалення управління в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я.

Завдання дослідження: провести аналіз теоретичних засад в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я; проаналізувати розвиток в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я; удосконалити складові соціальної допомоги і охорони здоров'я.

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз державних нормативних документів; аналіз наукових робіт з проблеми управління організацією; порівняльний аналіз, синтез, узагальнення дозволили провести систематизацію теоретичного та практичного матеріалу з досліджуваної проблеми;

емпіричні: опитування, спостереження, метод експертних оцінок, вивчення практичного досвіду роботи з управління в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я.

Наукова новизна дослідження: знайшли подальшого розвитку питання удосконалення розвитку в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я.

Практичне значення полягає у тому, що розроблені заходи з удосконалення в сфері соціальної допомоги і охорони здоров'я були втілені у місті Харків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ

1.1. Стратегічні підходи до реформування системи медичної допомоги в Україні

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [1], аналізуючи сучасні виклики та тенденції у сфері громадського здоров'я, визначила ключові вимоги до функціонування національних систем охорони здоров'я і окреслила шляхи формування їх оптимальної моделі [2]. При цьому підкреслено, що побудова ефективної, стійкої та людиноорієнтованої системи можлива лише через послідовне реформування вже існуючих структур та управлінських механізмів (2016) [3].

На державному рівні Україна підтримала впровадження пілотного проєкту з реформування галузі охорони здоров'я, що було визначено Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та місті Києві» від 07.07.2015 р. № 3612 із подальшими змінами і доповненнями від 05.07.2016 р. № 5081-VI та від 10.04.2018 р. № 1197-VII. Стратегічна спрямованість реформи є науково обґрунтованою, підтриманою провідними міжнародними організаціями у сфері охорони здоров'я та закріпленою на законодавчому рівні [4, 5]. На всіх рівнях державного управління визнано, що Україна декларує прихильність до імплементації основних положень Європейської політики «Здоров'я–2020», реалізація якої спрямована на активізацію міжсекторальної взаємодії державних інституцій задля підвищення рівня охорони здоров'я населення [6, 7].

У межах державних реформ на 2014–2018 рр. пріоритети сектору охорони здоров'я визначені в Програмі економічних реформ «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Серед

ключових напрямів виділено: структурну перебудову системи медичної допомоги; упровадження сучасних механізмів фінансування закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та нових підходів до оплати праці медичних працівників [8–10]; розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на основі загальної практики – сімейної медицини, що передбачає запровадження права пацієнта на вільний вибір лікаря первинної ланки, формування інституту сімейної медицини та удосконалення підготовки сімейних лікарів [11–13]; оновлення стандартів екстреної медичної допомоги; реалізацію проєкту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства»; підвищення якості медичної допомоги на основі доказових стандартів; модернізацію вторинної медичної допомоги шляхом створення багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування з відділеннями екстреної медичної допомоги [14, 15]. Створення таких лікарень повинно здійснюватися відповідно до принципу інтенсивності лікувально-діагностичного процесу, при цьому базовою є лікарня інтенсивного лікування, яку виокремлюють у двох рівнях залежно від її потужності та організаційної структури [16]. Додатково передбачається оптимізація діяльності закладів третинного рівня медичної допомоги з чітким функціональним розмежуванням їхніх послуг від послуг вторинного рівня [17].

Аналіз проміжних результатів реформ у пілотних регіонах дав змогу окреслити наявні труднощі й визначити напрями їх усунення. Проте впроваджені заходи переважно охопили лише організаційні аспекти ПМСД та вторинної медичної допомоги. Однією з нерозв'язаних проблем залишається удосконалення системи спеціалізованої (високоспеціалізованої) медичної допомоги, теоретичні та методичні дослідження вітчизняних учених у цій сфері є обмеженими [18–20].

Актуальність дослідження посилюється тим, що в багатьох регіонах України досі не сформовано оптимальне співвідношення між первинною, вторинною та спеціалізованою (високоспеціалізованою) медичною

допомогою. Наявна диспропорція потребує науково обґрунтованого визначення структури, обсягів та механізмів надання високоспеціалізованої допомоги, що є однією з найбільш ресурсомістких складових системи охорони здоров'я та критично значущою на регіональному рівні [9, 10–13, 17–20].

Стратегічні засади реформування системи охорони здоров'я, визначені науковими дослідженнями [46–49] і закріплені нормативно-правовими актами, охоплюють: подальший розвиток мережі ПМСД; утвердження інституту сімейної медицини на основі високого професійного рівня лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ); упровадження механізму вільного вибору лікаря ПМСД; підвищення доступності та якості медичної допомоги шляхом розроблення і застосування доказових стандартів; структурно-організаційне та фінансове розмежування рівнів медичної допомоги; модернізацію вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) допомоги з чітким визначенням їх функцій; створення раціонального медичного маршруту пацієнта; посилення державної політики щодо формування здорового способу життя населення; підвищення ефективності використання бюджетних ресурсів; активізацію участі медичної спільноти та громад у питаннях розвитку охорони здоров'я, зокрема у формуванні медичного самоврядування [50–52].

Комплексне реформування охорони здоров'я має охоплювати всі її ключові компоненти: систему управління, структуру надання медичної допомоги, механізми фінансування, кадрову політику, лікарське забезпечення, стандарти якості медичної допомоги та управління змінами [53–55].

Серед основних складових національної реформи охорони здоров'я виокремлюють:

I. Структурна перебудова системи медичної допомоги

Цей напрям передбачає чітке визначення рівнів медичної допомоги та оптимізацію мережі ЗОЗ. Центральне місце займає розвиток ПМСД на

засадах сімейної медицини [56–58]. На законодавчому рівні розмежовано юридичний і фінансовий статус ЗОЗ первинного та вторинного рівнів; створено центри ПМСД, визначено їхні основні функції й порядок надання допомоги лікарями загальної практики – сімейними лікарями. Пацієнтам гарантовано право вільного вибору ЛЗПСЛ, а останнім — надано можливість формувати індивідуальний маршрут пацієнта [59].

Аналіз наукових джерел та статистичних даних свідчить, що впровадження ПМСД на засадах сімейної медицини в Україні є достатньо активним і демонструє медичну, соціальну та економічну ефективність [60–62]. Водночас зберігаються проблеми кадрового забезпечення первинної ланки, підготовки й підвищення кваліфікації лікарів та медичних сестер, а також питання мотивації кадрів, включно з вирішенням житлового забезпечення медичних працівників [63].

Реформування вторинної медичної допомоги передбачає реструктуризацію ЗОЗ вторинного рівня через створення госпітальних округів (ГО). Критерії та порядок організації ГО затверджені постановою Кабінету Міністрів України [64], у якій окреслено вимоги до лікарень інтенсивного лікування залежно від інтенсивності лікувального процесу та потреб населення.

У межах госпітального округу функціонує лікарня інтенсивного лікування, що надає усі види цілодобової лікувально-діагностичної допомоги та забезпечується необхідними ресурсами. Такі лікарні формуються у двох рівнях, з урахуванням чисельності населення та їхньої структури. До складу лікарні входить консультативно-діагностичний амбулаторний центр [65].

Центральні районні (ЦРЛ) та міські лікарні (МЛ) реорганізуються у лікарні планового лікування, центри відновного лікування, спеціалізовані центри та хоспіси [66]. Їхня кількість і потужність визначаються як чисельністю населення, так і станом громадського здоров'я. Поліклініки ЦРЛ та МЛ оптимізуються й виконують функції консультативних поліклінік [67]. Подібні підходи вже апробовано у пілотних регіонах України — Вінницькій,

Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві, де їх ефективність підтверджено аналізом наукових публікацій та статистичних даних [68]. Проте навіть у цих регіонах мережа ГО поки що не сформована остаточно [69].

Впровадження сучасних механізмів фінансування системи охорони здоров'я. Стратегічне впровадження сучасних механізмів фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні спирається на напрацьований кращий світовий досвід [70 - 74] і орієнтується на адаптацію апробованих міжнародних підходів до національних умов. Така стратегія передбачає, зокрема, скорочення кількості рівнів фінансування (шляхом передачі повноважень із рівня сільських рад на районний рівень), упровадження програмно-цільового методу фінансування [75 - 77], а також трансформацію системи оплати праці медичних працівників із включенням дієвих механізмів їх економічної мотивації до підвищення якості та ефективності медичної допомоги, раціонального використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів [78].

Поглиблений аналіз джерел наукової літератури, присвячених вказаному напрямку реформи, засвідчив, що розпочатий процес виваженої концентрації матеріально-технічного забезпечення та кадрового потенціалу на базі більш потужних лікарень сприяє активному впровадженню сучасних медичних технологій, зростанню кількості пролікованих пацієнтів із закріплених територій обслуговування, а також збільшенню числа мініінвазивних методів оперативних втручань. У сукупності ці фактори зумовлюють скорочення середньої тривалості перебування хворого на ліжку та загального терміну лікування, оптимізуючи тим самим витрати й підвищуючи результативність медичної допомоги [79].

Підвищення якості медичної допомоги. У наукових дослідженнях, присвячених реформуванню системи медичної допомоги населенню, значну увагу приділено проблематиці підвищення якості медичних послуг [80 - 84]. Ці праці охоплюють як питання забезпечення якості на різних рівнях надання

медичної допомоги [85 - 87], так і специфічні аспекти окремих спеціальностей та профілів медичної допомоги [88 - 90]. Узагальнюючи результати таких досліджень, автори доходять спільного висновку: рівень якості медичної допомоги визначається насамперед ресурсним забезпеченням системи охорони здоров'я та професійною кваліфікацією медичних кадрів [91 - 93].

У цьому контексті у фаховій літературі особливо підкреслюється роль системи забезпечення якості через запровадження механізмів внутрішнього та зовнішнього аудиту в закладах охорони здоров'я [94 - 97], а також через упровадження міжнародних стандартів якості, які слугують орієнтиром для уніфікації процедур, технологій, критеріїв оцінювання результатів медичної допомоги [98].

На галузевому рівні з метою забезпечення належної якості медичних послуг розроблено та ухвалено низку нормативно-правових актів, що стосуються затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при окремих захворюваннях і патологічних станах [99 - 107]. Ці документи визначають клінічні маршрути, алгоритми діагностики й лікування, вимоги до обсягів і змісту медичної допомоги, що сприяє її уніфікації й підвищенню прозорості контролю за якістю.

Загальні проблеми реалізації ходу реформування сфери охорони здоров'я в регіонах. Попри наявність стратегічно виважених рішень та нормативного підґрунтя, процес реформування охорони здоров'я у регіонах України супроводжується низкою системних проблем, які істотно гальмують досягнення запланованих результатів. До найсуттєвіших із них належать:

- Недосконалість чинної нормативно-правової бази у частині фінансування охорони здоров'я, зумовлена, зокрема, нечітким визначенням гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги для населення, а також відсутністю єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг і прозорого механізму розподілу фінансових ресурсів між первинним,

вторинним і третинним рівнями медичної допомоги в розрахунку на одного мешканця [108, 109];

- Недостатній рівень фінансування галузі та слабка фінансова підтримка реформи, що не дозволяє повною мірою реалізувати заплановані заходи з модернізації інфраструктури, оновлення матеріально-технічної бази, упровадження нових фінансових моделей [110];

- Незадовільний стан кадрового та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, зокрема недостатній рівень укомплектованості штатних посад лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою, дефіцит сучасного медичного обладнання, автомобільного транспорту та іншого устаткування, що ускладнює повноцінну реалізацію функцій ЗОЗ в Україні [111, 112];

- Низький рівень інформатизації галузі, який проявляється у недостатньому поширенні локальних мереж у закладах охорони здоров'я, неефективному використанні сучасних комп'ютерних технологій в управлінні та клінічній практиці, а також у низькому рівні володіння медичними працівниками практичними навичками роботи з комп'ютерною технікою (за різними оцінками, від 1% до 20% персоналу) [113, 114];

- Недостатня готовність управлінців усіх рівнів до роботи в нових умовах, що особливо позначається на координації діяльності ЗОЗ, які надають первинну й вторинну медичну допомогу, а також на організації нових медичних маршрутів пацієнтів із урахуванням їхніх поведінкових стереотипів і потреб [115, 116];

- Вкрай обмежене інформаційно-комунікаційне забезпечення реформи як на центральному, так і на місцевому рівнях, що призводить до низького рівня поінформованості населення, медичної спільноти та органів місцевого самоврядування щодо суті, етапів і очікуваних результатів перетворень [117 - 119].

Узагальнюючи наведене, можна констатувати, що проблеми реалізації пілотного проекту реформування охорони здоров'я в Україні пов'язані

насамперед із хронічним недофінансуванням галузі, нечітким окресленням гарантованого рівня медичної допомоги, недостатнім виділенням коштів безпосередньо на заходи реформи, незадовільним кадровим забезпеченням (особливо щодо лікарів первинної ланки), низькою якістю менеджменту на всіх рівнях управління, слабким рівнем інформатизації системи та недостатнім інформаційно-комунікаційним супроводом реформаторських процесів [120].

Низька ефективність функціонування первинної та вторинної ланок надання медичної допомоги, зумовлена переліченими проблемами, об'єктивно ускладнює організацію високоспеціалізованої медичної допомоги, звужує можливості для раціонального використання ресурсів третинного рівня та негативно впливає на кінцеві результати системи охорони здоров'я в цілому.

1.2. Характеристика організації високоспеціалізованої медичної допомоги на регіональному рівні

Згідно із Законами України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2015 р. № 3611-УІ та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2015 р. № 3612-УІ, третинна (високоспеціалізована) медична допомога визначається як вид медичної допомоги, що передбачає надання високоспеціалізованих діагностичних і лікувальних медичних послуг із застосуванням високотехнологічного обладнання. Надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) здійснюється виключно за направленням лікаря первинної або вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Порядок надання населенню третинної медичної допомоги встановлюється

спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

В Україні високоспеціалізована медична допомога (медична допомога третинного рівня) надається в ЗОЗ обласного рівня, зокрема в обласних лікарнях (ОЛ) для дорослого та дитячого населення, обласних диспансерах та центрах (онкологічному, дерматовенерологічному, ендокринологічному тощо), а також у клініках науково-дослідних інститутів (НДІ) системи Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України та Національної академії медичних наук (НАМН) України [121, 122]. Для населення в межах регіону найбільш доступною є медична допомога саме в обласних лікарнях, диспансерах і спеціалізованих центрах [123].

Аналіз літературних джерел та чинної нормативно-правової бази, що регламентує розвиток високоспеціалізованої медичної допомоги, свідчить про те, що на галузевому рівні домінуюча увага приділяється високоспеціалізованій допомозі хворим із серцево-судинними (ССЗ) і судинно-мозковими захворюваннями [124–127]. Причиною цього є те, що ССЗ зумовлюють значні глобальні соціально-економічні втрати в багатьох країнах світу, включаючи Україну, і посідають перше місце у структурі загальної захворюваності та смертності населення, обумовлюючи майже дві третини всіх випадків смерті та близько третини випадків інвалідності [128–130].

Клас хвороб системи кровообігу (ХСК) виступає провідною групою причин смертності серед населення України. Нозологічні форми цього класу становлять 66% у структурі загальної смертності громадян (орієнтовно 460 тис. осіб щорічно помирають через захворювання серця та судин), і цей показник є одним із найвищих у Європі [131–133].

В Україні стаціонарна медична допомога хворим із ССЗ організована на трьох рівнях – вторинному (місцевому) та третинному (регіональному і галузевому) [134]. На галузевому рівні вона надається у високоспеціалізованих центрах з кардіологічної та кардіохірургічної

допомоги; на регіональному рівні – в обласних центрах кардіологічної та кардіохірургічної допомоги, у кардіологічних і кардіохірургічних відділеннях обласних лікарень, кардіодиспансерах; на місцевому рівні – у кардіологічних відділеннях районних (РЛ) і міських лікарень (МЛ). Розвиток мережі ЗОЗ, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу хворим із ССЗ, супроводжується забезпеченням фінансування запланованих організаційних і лікувально-діагностичних заходів [135].

22.01.2017 р. Міністерством охорони здоров'я України було проведено колегію, присвячену питанням організації надання медичної допомоги хворим із ССЗ та судинно-мозковими захворюваннями, а також подальшому її удосконаленню. Серед ключових завдань окреслено створення єдиної системи надання допомоги хворим із ССЗ і судинно-мозковими патологіями шляхом відкриття в кожній області кардіохірургічних і нейрохірургічних центрів (відділень), а також центрів (відділень) рентгенендоваскулярної діагностики та лікування. З ініціативи МОЗ України започатковано новий проект зі створення та розвитку «регіональних реперфузійних мереж», у межах яких передбачається надання максимально ефективної допомоги пацієнтам із гострим інфарктом міокарда (ГІМ) зі стійкою елевацією сегмента ST (ГІМ або STEMI). Проект орієнтований на удосконалення системи невідкладної медичної допомоги хворим на ГІМ з елевацією сегмента ST, забезпечення ефективної взаємодії служби екстреної медичної допомоги, кардіологічної та кардіохірургічної служб і лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ).

На сьогодні в Україні функціонує 14 регіональних реперфузійних мереж, діяльність яких суттєво підвищує якість лікування ГІМ, забезпечує системний підхід до діагностики та транспортування пацієнтів, скорочує час від початку симптомів до проведення адекватної терапії та оптимізує методику реперфузійного лікування [136].

МОЗ України, з урахуванням міжнародного та вітчизняного досвіду, розробило комплекс медико-технологічних документів зі стандартизації

медичної допомоги на засадах доказової медицини для пацієнтів із ХСК. Зокрема, спільно з НАМН України були розроблені й затверджені такі накази: від 18.03.2017 р. № 211/24 «Про організацію і роботу системи з рентгеноендоваскулярної діагностики та лікування у закладах охорони здоров'я в Україні», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 01.04.2017 р. за № 532/23064 [137]; від 01.10.2017 р. № 847/80 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України з удосконалення організації надання рентгеноендоваскулярної допомоги в Україні» [138]; від 31.07.2017 р. № 670/65 «Про організацію та роботу системи функціональної діагностики у закладах охорони здоров'я в Україні», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 20.08.2017 р. за № 1437/23969 [139]; від 24.07.2017 р. № 621/60 «Про систему кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я в Україні», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 09.08.2017 р. за № 1365/23897 [140]. На опрацюванні перебувають проекти наказів щодо затвердження плану заходів з удосконалення надання кардіологічної допомоги населенню та складу робочої групи для розроблення відповідних нормативно-правових актів.

У сучасних умовах існує велика кількість підходів до визначення рівня розвитку підприємства. Щодо закладів охорони здоров'я, рівень їх розвитку доцільно оцінювати через систему показників інноваційного потенціалу. Відповідно, рівень інноваційного розвитку ЗОЗ оцінюється на основі комплексної системи індикаторів, сформованої з урахуванням специфіки надання медичних послуг і особливостей функціонування таких закладів. При цьому слід наголосити, що вирішальне значення для розвитку ЗОЗ мають кадровий, науковий і матеріально-технічний потенціал. Висока кваліфікація лікарів, ступінь оснащення закладів високотехнологічним медичним обладнанням, а також використання сучасних наукових розробок у медицині є визначальними чинниками забезпечення високої якості медичних послуг.

Динаміка розвитку медицини, передусім інноваційних методів профілактики, діагностики та лікування, у багатьох випадках випереджає темпи розвитку технологій в інших галузях економіки, що зумовлено її високою технологічністю, тісним взаємозв'язком із наукою та значним впливом людського чинника [1, с. 243; 4, с. 42; 6, с. 284; 7; 10].

Водночас не існує жодної системи охорони здоров'я, яка б надавала медичні послуги в необмеженому обсязі без страхових внесків, відрахувань чи пайової участі населення. Узагальнення досвіду інших країн дає змогу зробити такі висновки:

- стан державної медицини не в повній мірі задовольняє потреби громадян, що спричиняє зростання кількості звернень до приватних (комерційних) медичних центрів; наявність державної системи охорони здоров'я не означає автоматичного охоплення всього населення медичним страхуванням;

- загальнонаціональні системи охорони здоров'я демонструють вищу ефективність за умов активного використання ринкових механізмів – конкуренції, фінансової дисципліни, ринкових цін і свободи вибору для споживачів; при цьому чітко простежується стійка тенденція до відходу від жорстко централізованого державного контролю;

- загальне (універсальне) медичне страхування не тотожне загальному доступу до послуг охорони здоров'я; високий рівень приватного фінансування галузі не гарантує пропорційного підвищення якості медичних послуг;

- успіх закладів охорони здоров'я значною мірою визначається інтенсивністю їх інноваційної діяльності: освоєнням новітніх технологій, впровадженням конкурентоспроможних медичних послуг, підвищенням якості обслуговування пацієнтів, що є ключовими умовами сталого економічного розвитку сучасної організації охорони здоров'я та досягнення нею високого рівня розвитку;

- дедалі більшого значення набуває репутація ЗОЗ, яка формується під впливом таких чинників, як професіоналізм лікарів і середнього медичного персоналу, тривалість діяльності закладу на ринку медичних послуг, наявність сучасного обладнання, використання інноваційних методів діагностики й лікування.

За даними офіційної статистики, кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань у період 2014–2020 рр. зменшилася на 5719,4 тис. випадків, або на 17,29%. Водночас частка вперше зареєстрованих випадків захворювань протягом 2014–2020 рр. щороку знижувалася: у 2015 р. – до 71,0%, у 2016 р. – до 68,4, у 2017 р. – до 68,3, у 2018 р. – до 62,6, у 2019 р. – до 62,7, у 2019 р. – до 64,3%.

Наведена динаміка, з одного боку, свідчить про певне поліпшення стану захворюваності населення, але, з іншого боку, зменшення захворюваності відбувалося нерівномірно: у 2015 р. – на 2,11%, у 2016 р. – на 3,76, у 2017 р. – на 0,44, у 2018 р. – на 13,36, у 2019 р. – на 0,34%, а у 2020 р. цей показник зріс на 2,13%. При цьому чисельність населення у 2014–2020 рр. скоротилася на 6,98%, а кількість випадків первинної захворюваності – на 17,29%. Така ситуація може свідчити як про небажання частини громадян звертатися до закладів охорони здоров'я при виникненні захворювань, так і про неповний облік таких випадків.

У структурі захворюваності населення України домінують хвороби органів дихання, частка яких становила від 5,81% у 2014 р. до 5,72% у 2020 р., що пояснюється широким спектром нозологій цієї групи та їхньою вираженою сезонністю. Друге місце посідають хвороби системи кровообігу, частка яких протягом 2014–2020 рр. коливається в межах 7,22–6,67%. Значну частку формують хвороби сечостатевої системи – від 6,46% усіх захворювань у 2014 р. до 6,44% у 2020 р., а також хвороби шкіри та підшкірної клітковини – від 4,63% у 2014 р. до 4,54% у 2020 р.

На сучасному етапі система управління охороною здоров'я в Україні загалом не відповідає вимогам нинішніх соціально-економічних умов і,

відповідно, потребує ґрунтовних організаційних змін. Теоретичні напрацювання вітчизняних дослідників у сфері державного управління, нові концептуальні та практичні підходи зумовлюють необхідність глибокого аналізу напрямів трансформації механізмів державного управління медичною сферою. Водночас дослідження організаційно-правових засад у системі управління охороною здоров'я ще не набули комплексного, системного характеру. Йдеться, насамперед, про організаційно-правові засади взаємодії між основними структурними елементами управління: виконавчою та представницькою владою, органами управління охороною здоров'я [7].

Слід наголосити, що на сьогодні управлінська архітектура у сфері охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях характеризується значною фрагментарністю та функціональною незавершеністю. Зокрема, на районному рівні фактично відсутня спеціалізована управлінська ланка, яка мала б забезпечувати цілісну координацію діяльності усієї системи громадського здоров'я, організації медичного обслуговування та управління фінансовими потоками у галузі. Саме на такий структурний підрозділ логічно було б покласти функції укладення договорів на надання медичних послуг населенню, контролю за якістю та обсягами їх виконання, а також забезпечення взаємодії між надавачами медичної допомоги різних рівнів. Водночас внутрішньоорганізаційні засади державного управління охороною здоров'я в межах адміністративно-територіальних утворень в Україні потребують більш глибокого аналізу і методологічного доопрацювання, оскільки механізми реалізації управлінських рішень залишаються недостатньо впорядкованими. Необхідність системного осмислення та вирішення окреслених проблем безпосередньо зумовила актуальність і стратегічну спрямованість теми даного дослідження.

Медична сфера функціонує як багаторівнева й багатокomпонентна система, у межах якої окремі елементи перебувають у постійній взаємодії між собою та із зовнішнім середовищем. Таку систему сформовано суспільством для виконання широкого спектра соціальних і медичних

завдань, спрямованих на охорону, підтримання й відновлення здоров'я окремої людини, а також забезпечення демографічної та соціальної стабільності держави загалом.

У структурі охорони здоров'я зазвичай виокремлюють кілька ключових ієрархій. По-перше, це ієрархія державного управління, яка охоплює місцевий (сільський район, місто), регіональний (область) та національний (МОЗ України) рівні. По-друге, технологічна ієрархія, що відображає рівні надання медичної допомоги: первинну медико-санітарну допомогу, вторинну — спеціалізовану, і третинну — високоспеціалізовану. По-третє, ієрархія управлінського персоналу всередині організації, яка визначає розподіл управлінських повноважень та відповідальності [1].

Наявна модель системи охорони здоров'я України продемонструвала обмеженість свого потенціалу та неспроможність забезпечити ефективні результати. Низька доступність медичних послуг, недостатній рівень їх якості, незадовільні показники стану здоров'я населення, зокрема мала тривалість життя, висока смертність осіб працездатного віку та значні масштаби дитячої смертності, свідчать про системні дисфункції. На цьому тлі поступово зростає суспільне невдоволення існуючою моделлю медичного обслуговування.

Однією з фундаментальних характеристик будь-якої складної системи, включаючи й систему охорони здоров'я, є принцип цілісності. Він полягає в тому, що взаємодія елементів породжує нові властивості, притаманні системі загалом, але відсутні у кожному окремому компоненті. Саме ця сукупна властивість дозволяє системі функціонувати як єдине ціле й досягати тих результатів, які були б недосяжними у разі ізольованої діяльності її складових.

Ефективність державного управління у сфері охорони здоров'я значною мірою визначається відповідністю складності інформаційних потоків між керуючою і керованою підсистемами. Чим більш

збалансованими є ці інформаційні взаємозв'язки, тим вищою є здатність системи своєчасно приймати оптимальні управлінські рішення.

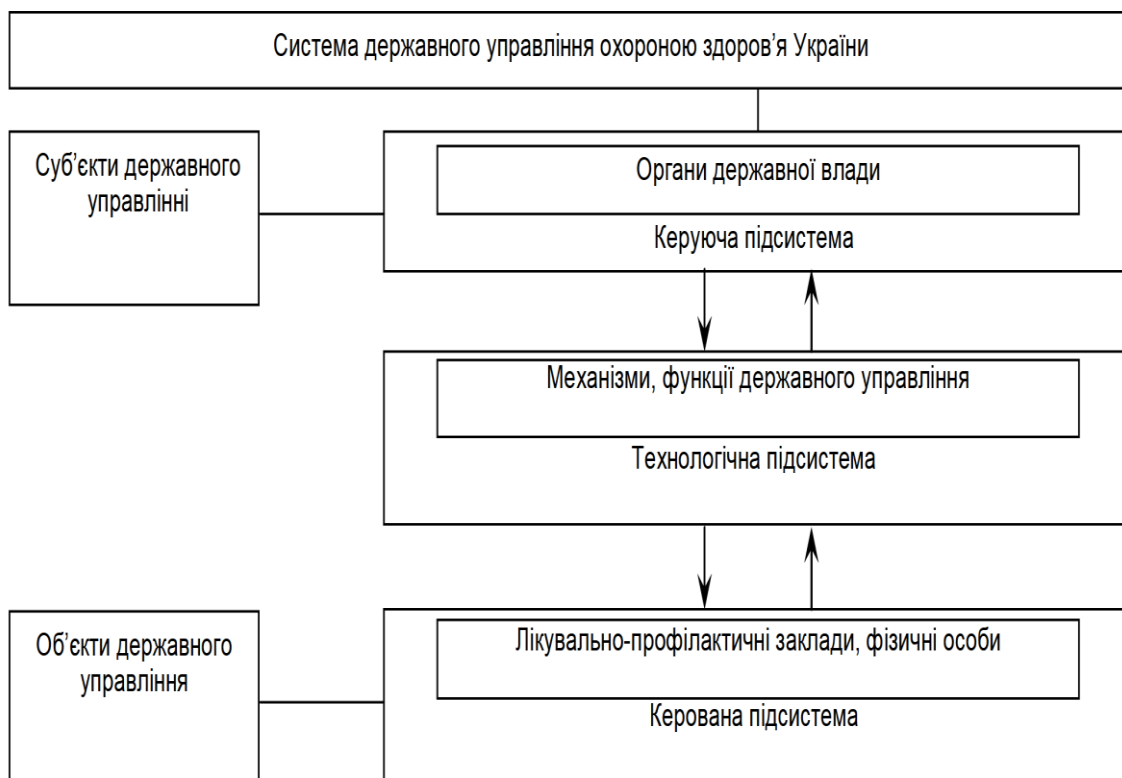


Рис. 1.1. Структура системи державного управління охороною здоров'я України

Однією з ключових проблем, з якою стикаються заклади охорони здоров'я внаслідок їх чинного юридичного статусу, є підпорядкованість органам місцевого самоврядування. Така організаційно-правова модель фактично обмежує можливості цих установ діяти як самостійні суб'єкти господарювання: вони не мають права укладати контракти, оскільки юридично залишаються бюджетними підрозділами без автономного статусу. У результаті відсутність власної правосуб'єктності перешкоджає їх операційній гнучкості та унеможливлює перехід до сучасних договірних механізмів організації медичних послуг.

До цього додається ще одна системна вада — нестача ринкових стимулів та слабо розвинені інструменти підзвітності. У середовищі, де

неякісна робота чи низькі результати діяльності не тягнуть за собою жодних негативних наслідків, а засновник зазвичай готовий компенсувати фінансові втрати медичних закладів, створюються всі передумови для збереження неефективних практик. Відсутність моніторингу фінансових та результативних показників, а також відсутність ризику закриття або реорганізації ЗОЗ фактично консервують традиційні, малоефективні підходи до управління [8].

Особливо загостреною є проблема фінансового забезпечення. Попри те що бюджетні асигнування залишаються головним джерелом фінансування галузі, саме ця модель містить структурні недоліки, що сформувалися як під впливом історичних диспропорцій минулої системи господарювання, так і внаслідок непослідовної реалізації соціальної політики протягом років реформ. До найсуттєвіших проблем належать:

- хронічна нестача бюджетних коштів і непередбачуваність їх надходжень;
- фрагментарність і непослідовність фінансування
- нераціональна структура витрат, коли лєвова частка коштів спрямовується на заробітну плату, що призводить до деградації матеріально-технічної бази;
- відсутність стимулів до децентралізації фінансового забезпечення соціальних видатків [4].

Хоча у структурі зведеного бюджету видатки на охорону здоров'я протягом останніх років демонструють тенденцію до зростання як у відсотках до ВВП, так і в абсолютних показниках, їх все ще недостатньо для забезпечення відповідності галузі реальним потребам. За рівнем фінансового забезпечення українська система охорони здоров'я значно поступається не лише провідним державам світу, але й власним нормативним орієнтирам.

Система управління охороною здоров'я в перспективі повинна функціонувати на основі децентралізації повноважень, але зі збереженням чіткої відповідальності за результати на кожному управлінському рівні.

Подібний підхід обумовлений об'єктивними характеристиками медичної сфери, у якій регіональні особливості суттєво впливають на потреби населення.

Паралельно має бути сформована прозора, багатоканальна та регульована система фінансового забезпечення, яка включатиме ресурси державного та місцевих бюджетів, лікарняні каси, благодійні та інші надходження. Найбільш доцільним є перехід до моделі бюджетно-страхового фінансування, де держава бере на себе забезпечення соціально вразливих груп, а працююче населення охоплюється системою обов'язкового медичного страхування [5].

Однак будь-які зміни у фінансуванні будуть ефективними лише за умови підвищення структурної ефективності системи охорони здоров'я та раціонального використання матеріальних ресурсів. Фінансові потоки повинні базуватися на реальних нормативних потребах населення, тобто враховувати обсяг необхідної медичної допомоги для всіх захворілих мешканців регіону. Такий підхід дозволить оцінити вартість «соціального замовлення» на медичні послуги в кожному регіоні та забезпечити відповідність витрат фактичним потребам. Важливо, щоб ресурси спрямовувалися передусім на профілактику, зміцнення здоров'я та запобігання хворобам, а не лише на їх лікування [6].

Подальше удосконалення державного управління в охороні здоров'я неможливе без створення сучасної, комплексної системи інформаційного забезпечення. Незважаючи на наявні напрацювання — моніторинг стану здоров'я населення, оцінювання діяльності та ресурсного забезпечення ЗОЗ, аналіз результатів впровадження сімейної медицини — проблема відсутності єдиної інтегрованої інформаційної системи моніторингу залишається невирішеною. При цьому основний масив даних має формуватися саме на базовому рівні управління, тоді як вищі рівні повинні отримувати менший, але аналітично узагальнений інформаційний продукт.

Водночас держава повинна стимулювати розвиток громадського сектору в охороні здоров'я. Йдеться про створення дієвих механізмів участі громадськості в ухваленні рішень на місцевому рівні, зокрема через діяльність громадських рад. Важливим є і впровадження потужних інформаційно-просвітницьких програм за участю державних та недержавних інституцій, спрямованих на підвищення рівня обізнаності населення щодо функціонування системи громадського здоров'я. Проте громадський контроль має здійснюватися у збалансованих межах, не підміняючи собою вертикаль державного управління та не порушуючи розподілу владних повноважень.

1.3. Галузеві аспекти ефективності процесів розвитку економіки соціальної допомоги і охорони здоров'я

Підписавши Декларацію тисячоліття на Саміті ООН у вересні 2000 року, Україна взяла на себе зобов'язання досягти Цілей Тисячоліття в галузі розвитку в період до 2019 року, що охоплюють подолання бідності, забезпечення доступу до якісної освіти впродовж життя, утвердження сталого розвитку довкілля, поліпшення здоров'я матерів та зменшення дитячої смертності, обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу з одночасним формуванням тенденції до скорочення їх масштабів, а також забезпечення гендерної рівності. Досягнення окреслених цілей і бажаного рівня суспільного розвитку потребує проведення такої економічної політики регіонального розвитку, яка сприятиме формуванню єдиного господарського комплексу, забезпечить ефективне використання місцевих ресурсів і переваг територіального поділу праці та приведе до підвищення добробуту всього населення України. З цією метою на державному та регіональному рівнях розробляються плани розвитку регіонів і галузей, а також програми економічного і соціального розвитку країни на перспективу, в яких враховуються демографічна ситуація, збалансованість

попиту й пропозиції, показники зайнятості та рівня життя населення, наслідки політики реструктуризації для соціального розвитку.

На сучасному етапі трансформації соціальної сфери в регіонах спостерігається низка негативних тенденцій, які формують коло ключових проблем: низький загальний рівень доходів населення в умовах потужного інфляційного тиску; зменшення ролі заробітної плати у структурі формування доходів домогосподарств; значна міжгалузева та міжпосадова диференціація оплати праці; істотна регіональна нерівність за показниками доходу в розрахунку на одну особу; різке скорочення державного фінансування соціальної сфери, що призвело до фактичної деградації системи охорони здоров'я й зведення обсягу безкоштовних медичних послуг до критичного мінімуму.

Економічна політика держави виступає інструментом формування цілісного плану дій, у якому послідовно визначаються механізми реалізації засобів впливу на розвиток національної економіки. В умовах зростання суспільних потреб і ускладнення соціально-економічних викликів частина цього інструментарію об'єктивно має ґрунтуватися на механізмах державного регулювання.

Надмірна лібералізація та розвиток «чистої» ринкової політики без належного державного втручання в соціально значущі процеси часто призводять до виникнення невинуватених рішень, що суперечать завданням соціальної політики держави. Саме тому поєднання державних важелів регулювання з ринковими економічними механізмами має забезпечувати такий вектор розвитку економіки, який відповідає стратегічній меті — підвищенню добробуту населення.

Аналізу економічних механізмів присвячено значну кількість досліджень, зокрема опрацьовано роботи [1], [2], [14], [15], [17]. У цих працях визначено основні напрями розвитку економіки країни та охарактеризовано методи досягнення поставлених цілей.

У роботі [8] розглянуто ключові напрями, порядок і методи регулювання, спрямовані на забезпечення стійкого економічного розвитку. На думку автора, специфіка соціально-економічного розвитку України на сучасному етапі зумовлена еволюційним упровадженням ринкових механізмів, що проявляється у зменшенні масштабу прямого державного втручання в господарські процеси. Ця тенденція, як підкреслюється, має враховуватися під час формування стратегічних напрямів державної економічної політики, передусім політики стійкого розвитку. Для цього необхідно визначити порогові значення макроекономічних показників і проводити економічну політику таким чином, щоб ці показники не виходили за межі допустимих значень. У роботі виділяються чотири рівні встановлення таких порогових значень:

1. національний рівень;
2. рівень доповнювальних характеристик;
3. галузевий рівень;
4. рівень підприємств.

Регулювання стійкого розвитку економіки доцільно здійснювати безпосередньо в процесі розробки базових напрямів та прогнозів соціально-економічного розвитку держави.

У праці [36] наголошується, що економічна структура є якісно диференційованою системою, яка піддається кількісному вимірюванню. Вона відображає внутрішні взаємозв'язки виробничих процесів, що виникають під впливом суспільного поділу праці, рівня розвитку продуктивних сил і системи виробничих відносин. Структура економіки формується як результат історичного розвитку та водночас виступає передумовою подальшого функціонування національної економіки. Її конфігурація має відповідати цілям соціально-економічного розвитку країни, оскільки досягнення таких цілей обумовлюється впливом внутрішніх і зовнішніх чинників на економічну структуру. Складність структурних побудов пов'язана з великою кількістю елементів та різноманіттям взаємозв'язків між ними. Еволюція

структури економіки відбувається під впливом протиріччя між усталеними й динамічними її складовими, що періодично призводить до кризових явищ. Відтак у процесі структурної трансформації економіки виникає потреба у пошуку відповідних механізмів досягнення поставлених цілей.

Автор монографії [18] Момот Т. В. підкреслює, що практичний досвід свідчить про зростання вартості в суспільстві на основі ринкових засад. Ефективний рух вартості, за її висновком, можливий лише за умов розробки й дотримання сукупності принципів, що відображають соціально-економічні фактори та закономірності формування вартості майна: принципів корисності, доступності, попиту і пропозиції, заміщення, конкуренції.

Максимізація вартості інвестицій розглядається як ключова ціль діяльності бізнес-структур і передбачає забезпечення максимально можливого доходу. Інвестиційні ресурси спрямовуються на розвиток економіки, її окремих ланок і регіональних структур. Отримані доходи оподатковуються, а за рахунок податкових надходжень держава здійснює соціальну підтримку населення та фінансує систему охорони здоров'я.

Отже, розвиток економіки країни, з одного боку, ґрунтується на загальнонаціональній стратегії та державній політиці, а з іншого — реалізується через розбудову окремих галузей і регіонів.

Провідна роль у функціонуванні економічної системи належить фінансам, оскільки саме вони визначають кількісні та якісні параметри будь-якого економічного процесу та його кінцеві результати: задоволення потреб населення, удосконалення виробничих і соціальних показників. Економічне життя держави постійно вимагає формування грошових фондів для задоволення різноманітних потреб, у тому числі й у сфері соціального забезпечення.

Дослідженню фінансових процесів присвячено значну кількість праць, у тому числі ті, що проаналізовано в дисертаційному дослідженні: [4], [7], [8], [11], [19]. У цих роботах розглядаються моделі розподілу фінансових ресурсів [49], мотивація економічного зростання, типи фінансових ресурсів

на підприємствах, особливості управління грошовими потоками, формування капіталу [19], [20], методи фінансового планування [48], підходи до оцінки фінансового стану підприємств [57], аналіз змін економічного стану підприємства в умовах інфляції [10], рекомендації щодо поліпшення фінансового стану за результатами фінансового аналізу [11], зміст фінансових ресурсів в умовах ринку [14], система підтримки прийняття фінансових рішень у підприємницькій діяльності [18], порядок проведення аналізу фінансового стану підприємства [13], базові положення фінансового менеджменту [16]. Узагальнення висновків цих робіт створює методологічне підґрунтя для проведення досліджень у сфері соціальної допомоги та охорони здоров'я населення.

Функціонування окремих ланок економіки в умовах ринку базується на плановій та управлінській діяльності. Формування планових показників здійснюється на етапі інвестиційного проектування, а бізнес-плани мають враховувати ключові показники та фактори розвитку і функціонування підприємства в реальних умовах. Наявність невизначеності, дії випадкових чинників і конкуренції можуть істотно впливати на результати діяльності суб'єктів господарювання. Це зумовлює потребу в оцінюванні можливих збитків, що виникають унаслідок несприятливих обставин. Величина таких збитків залежить від ризиків, пов'язаних з виробництвом і реалізацією продукції. Основним кількісним показником виміру ризиків є ймовірність настання подій, що призводять до втрат. Отже, виявлення умов виникнення ризиків і пошук шляхів мінімізації їхніх наслідків є важливим напрямом дослідження ефективності функціонування підприємства в реальному економічному середовищі.

У роботі [8] наголошується, що сучасні особливості соціально-економічного розвитку України зумовлені еволюційним упровадженням ринкових механізмів, поєднаним із перманентним прямим втручанням держави у господарські процеси. В ринкових умовах діють специфічні економічні закони, зокрема закон конкуренції, реалізація яких може

негативно позначатися на стійкості економічного розвитку. Крім того, постійно виникають протиріччя між центральними органами виконавчої влади та окремими комерційними структурами. Функціонування механізму забезпечення стійкого розвитку економіки вимагає впровадження чітко окреслених критеріїв і інструментів оцінки її стану на всіх рівнях господарювання.

З метою забезпечення стійкого економічного розвитку пропонується класифікація порогових значень параметрів:

1. макроекономічні показники першого рівня, що характеризують стійкість національної економіки;
2. макроекономічні показники другого рівня, які визначають основні риси національних економічних інтересів;
3. індикатори функціонального та галузевого рівня;
4. показники розвитку регіонів.

У межах оцінювання параметрів стійкого розвитку економіки особливу увагу слід приділяти зіставленню індикаторів, що відображають динаміку її стану. Порогові значення таких індикаторів окреслюють межу відносної стійкості економічного розвитку, а вихід за їх межі свідчить про істотне погіршення стійкості.

У монографії [45] наголошується, що стан соціальної сфери безпосередньо залежить від рівня економічного розвитку регіонів. Соціальна сфера характеризується такими показниками, як величина доходів населення, його чисельність, рівень безробіття, частка бідних та заможних верств суспільства. Зазначається, що серед 162 країн світу Україна за рівнем доходів населення посідає 76-те місце.

Середні доходи та рівень безробіття в розрізі регіонів істотно відрізняються. Так, доходи жителів м. Києва приблизно вдвічі перевищують доходи населення Тернопільської області, тоді як рівень безробіття в Сумській, Закарпатській та Луганській областях удвічі вищий, ніж у Києві та Донецькій області. Достатнім прожитковим рівнем вважається 10 дол. США

на день на одну людину, і лише близько 40% населення України має такі доходи.

Сучасна регіональна соціально-економічна політика держави розглядається як складова загальнонаціональної політики соціально-економічного розвитку. Територіальною основою такої політики є політико-адміністративний устрій держави, орієнтований на «агентську модель» централізованого управління. У межах цієї концепції повноваження місцевих органів влади істотно обмежуються, що стримує їхню ініціативу у використанні та розвитку власного потенціалу. Водночас надмірне розширення прав регіонів за певних умов може створити загрозу сепаратизму, що негативно впливає на соборність країни. Під час пошуку балансу між повноваженнями центру і регіонів необхідно враховувати, що визначальним чинником розвитку людства є економічний, а отже, підвищення економічної ефективності діяльності держави та її регіонів набуває першочергового значення.

У Концепції гуманітарного розвитку України підкреслюється, що забезпечення збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття, підвищення тривалості життя, орієнтація на здоров'я як соціальну цінність, що забезпечує конкурентоспроможність громадянина на ринку праці, професійне довголіття та пов'язаний із цим добробут, є однією з базових складових гуманітарної політики держави. Це розглядається як фундамент підвищення якості життя, зміцнення людського потенціалу та збереження генофонду нації. Серед основних зобов'язань держави у цій сфері визначено:

- розроблення та впровадження збалансованої й ефективної медико-економічної моделі охорони здоров'я;
- суттєве розширення програм у галузі охорони здоров'я, що фінансуються з державного та місцевих бюджетів, з орієнтацією на удосконалення системи охорони здоров'я;

- забезпечення ефективного контролю за якістю надання медичної допомоги;
- переорієнтацію закладів охорони здоров'я на пріоритетний розвиток профілактики та раннього виявлення захворювань;
- створення сприятливого для здоров'я довкілля, безпечних умов праці, споживання, життєдіяльності та відпочинку;
- поширення й популяризацію навичок здорового способу життя;
- пріоритетний розвиток курортно-рекреаційної та спортивно-профілактичної сфер для задоволення потреб людини у повноцінному відпочинку, оздоровленні, профілактиці захворювань, відновленні фізичних і духовних сил.

У збірнику [4] подано узагальнену характеристику стану охорони здоров'я в Україні: чисельність населення щороку скорочується приблизно на 300 тис. осіб, смертність істотно перевищує народжуваність, спостерігається тенденція до зменшення тривалості життя.

Всесвітня організація охорони здоров'я в Основах політики «Здоров'я для всіх на XXI сторіччя» визначає здоров'я як базову суспільну цінність і пропонує сучасні стратегії поліпшення громадського здоров'я. Одним з ключових інструментів реалізації цієї політики є постійний моніторинг результатів, що дозволяє об'єктивно оцінювати прогрес у відповідній сфері та своєчасно вносити корективи. З цією метою в різних країнах світу створюються та удосконалюються інформаційні системи спостереження за станом здоров'я населення та діяльністю служб охорони здоров'я відповідно до національних стратегій і пріоритетів.

В Україні засади державної політики у сфері охорони здоров'я визначено в низці нормативно-правових актів і програмних документів. Серед них ключове значення мають Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.), Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України (2000 р.), Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2015 роки, затверджена

постановою Кабінету Міністрів України (2002 р.), а також Національний план дій з реформування системи охорони здоров'я населення України, схвалений Всеукраїнською конференцією працівників охорони здоров'я (2006 р.).

Заходи, включені до вказаних стратегічних документів і спрямовані на різні аспекти функціонування медичної сфери, передбачають організацію постійного моніторингу результатів їх реалізації з метою досягнення поставлених цілей та своєчасного коригування державної політики в галузі охорони здоров'я.

Висновки до розділу 1

Аналіз публікацій вітчизняних та зарубіжних авторів дає підстави стверджувати, що накопичений в Україні досвід реформування національної системи охорони здоров'я, а також проміжні результати, отримані в пілотних регіонах, засвідчують об'єктивну потребу в подальшому поглибленні змін у сфері управління та організації надання медичної допомоги. Це насамперед пов'язано з необхідністю підвищення ефективності використання вкрай обмежених бюджетних ресурсів галузі, оскільки як напрям реформування, так і пріоритети розвитку системи охорони здоров'я перебувають у процесі формування й уточнення. Одним із найменш опрацьованих, проблемних аспектів залишається удосконалення організації медичної допомоги: у більшості наукових праць це питання висвітлюється переважно на концептуальному рівні, тоді як комплексний підхід до організації надання медичної допомоги на регіональному рівні в умовах реформування системи охорони здоров'я досі відсутній. Саме ця прогалина й обумовила актуальність обраної теми, визначила мету дослідження та конкретизувала його завдання.

Таким чином, можна констатувати, що чинна модель державного управління системою охорони здоров'я на регіональному та місцевому

рівнях в Україні виявляється недостатньо ефективною, що значною мірою обумовлено неадекватністю та фрагментарністю нормативно-правового забезпечення. Наявні повноваження окремих управлінських ланок не дають змоги повною мірою відповідати сучасним суспільним запитам і викликам у сфері охорони здоров'я. Додатковою проблемою є невизначеність та нечіткість у взаємовідносинах між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування, що призводить до розмитості відповідальності й до дублювання або, навпаки, до випадання окремих управлінських функцій.

За таких умов стає очевидним, що базовими принципами реформування державного управління та місцевого самоврядування в контексті охорони здоров'я мають бути децентралізація, субсидіарність, формування партнерських відносин між органами державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, а також розвиток міжсекторальної взаємодії. Йдеться про таку модель, за якої рішення ухвалюються на тому рівні, де вони можуть бути реалізовані найефективніше, але із збереженням цілісності державної політики в галузі.

Подальший розвиток наукових досліджень у цьому напрямі доцільно пов'язувати з розробкою підходів до створення в системі охорони здоров'я України цілісної моделі управління, яка поєднувала б елементи централізації «згори» (у частині стратегічних рішень, стандартів, гарантій) із реальною децентралізацією повноважень та відповідальності на регіональному й місцевому рівнях.

Для підвищення відкритості та доступності медичної інформації для населення доцільно сформувати систематизовану комп'ютерну (інформаційно-комунікаційну) мережу, що містила б правову, економічну, статистичну та консультаційну інформацію у сфері охорони здоров'я. Така система могла б слугувати інструментом не лише для органів управління, а й для громадян, пацієнтів, громадських організацій.

Окремої уваги потребує питання посилення ролі громадського контролю за ефективністю управлінських рішень і дотриманням законодавства в галузі охорони здоров'я. Для забезпечення більшої прозорості та публічності в цій сфері доцільно наділити громадські організації та їх об'єднання певними контрольними та консультативними функціями. Такий підхід сприятиме зростанню зацікавленості громадян у результатах реформ, формуванню відповідального ставлення до питань охорони здоров'я та розширенню участі суспільства в процесах вироблення й реалізації політики у галузі громадського здоров'я.

РОЗДІЛ 2

СФЕРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ПОЛІПШЕННЯ ЖИТТЄВОГО РІВНЯ НАСЕЛЕННЯ (НА ПРИКЛАДІ КЗОЗ ХОІАЦМС)

2.1. Здоров'я нації – інтегральний показник суспільного розвитку

Загальновідомо, що здоров'я нації виступає інтегральним індикатором рівня її суспільного розвитку. Стан здоров'я населення формується під впливом широкого спектра чинників: організації системи охорони здоров'я, якості соціального забезпечення, рівня культури, особливостей етнічного середовища тощо. Для реального поліпшення здоров'я як окремої людини, так і суспільства загалом недостатньо лише забезпечити доступ до медичних послуг – необхідно також урахувувати генетичні передумови, екзогенні впливи та соціально-економічні умови життєдіяльності.

На стан здоров'я, передусім, впливають три групи ключових факторів: поведінка людини (індивідуальний спосіб життя), обсяги й ефективність витрат у системі охорони здоров'я, а також рівень і структура захворюваності. Ефективна політика у сфері громадського здоров'я спирається на аналіз поширеності різних захворювань, але не зводиться до механічної фіксації цих показників, а враховує їх у взаємозв'язку з іншими соціально-економічними та поведінковими чинниками.

З економічного погляду принципова відмінність між категоріями «здоров'я» і «охорона здоров'я» полягає в тому, що саме здоров'я як стан неможливо безпосередньо придбати чи продати, натомість послуги системи охорони здоров'я, за допомогою яких здійснюється збереження та відновлення здоров'я, можуть бути об'єктом купівлі-продажу. На рівні окремого індивіда біологічний вимір здоров'я тісно переплітається із соціальними аспектами, унаслідок чого охорона здоров'я набуває комплексного, міждисциплінарного змісту.

Як соціально-економічна категорія здоров'я має споживчу, але не мінову вартість. По суті, це означає, що здоров'я не є товаром і не може повноцінно виступати об'єктом ринкового обміну. Натомість охорона здоров'я й відповідні медичні послуги можуть розглядатися як специфічний товар, який підлягає купівлі-продажу. Таким чином, охорона здоров'я є предметом споживання, первинною ціннісною характеристикою якого є здоров'я як бажаний результат, на який існує суспільний попит. Предметом вивчення виступають, насамперед, найефективніші та найнадійніші способи збереження й відновлення здоров'я, а вже потім – організаційні форми функціонування системи охорони здоров'я.

У праці [14] справедливо підкреслюється, що ключовими елементами ринкового механізму є попит, пропозиція та ціна, яка виконує функцію урівноваження їхніх обсягів. Теоретичні основи формування сукупного попиту, сутність і чинники розвитку сукупної пропозиції, а також проблематика макроекономічної рівноваги й наслідки її порушення становлять коло найважливіших завдань сучасного етапу розвитку України, від якості вирішення яких залежать темпи і пропорції економічного зростання, становлення державності та рівень добробуту населення. Актуальність посилення державного регулювання попиту зумовлена тим, що в період переходу до ринкових відносин в Україні загострюються економічні й соціальні суперечності, які не можуть бути подолані виключно через дію ринкових автоматизмів. Виникла потреба в значних інвестиціях для забезпечення нормального процесу відтворення у національній економіці, при цьому попит на інвестиційні ресурси істотно перевищував їх пропозицію.

Нерівновага на ринку праці зберігається протягом десятиліть: пропозиція робочої сили стабільно перевищує попит на неї. Значна частина грошових доходів населення спрямовується на задоволення поточних споживчих потреб, унаслідок чого загальний рівень платоспроможного попиту залишається низьким. Високим є також попит на кредитні ресурси,

однак банківська діяльність переважно зорієнтована на короткострокове кредитування, а процентні ставки за кредитами залишаються надто високими. У такій ситуації виникає об'єктивна необхідність розробки й упровадження ефективних механізмів державного впливу на економічні процеси для досягнення рівноваги на основних ринках.

До провідних характеристик сучасного етапу світового розвитку [23] належать становлення суспільства знань та інтенсивний розвиток процесів глобалізації. Держави розробляють стратегії адаптації до глобальних трансформацій, нових форм протекціонізму, механізмів стабілізації та зміцнення національної валюти, розширення економічної активності й підвищення конкурентоспроможності у світовому просторі. Суспільство нового типу орієнтується на інноваційне підприємництво й упровадження нових технологій, спираючись на концепцію, що включає знання, цифрові форми представлення об'єктів, віртуальність, інтеграцію, усунення посередників, конвергенцію, інноваційність, трансформаційні процеси, динамізм, глобальні масштаби та неминучу наявність протиріч.

Всесвітня організація охорони здоров'я має тривалий досвід підтримки розвитку системи охорони здоров'я України. Останніми роками спільна діяльність значно активізувалася в таких напрямках, як допомога в розробленні стратегій, формування науково обґрунтованої інформаційної бази, розвиток кадрового потенціалу, надання рекомендацій щодо формування та впровадження політик, сприяння обміну досвідом між країнами й організаціями, налагодження партнерських відносин та реагування на невідкладні потреби системи. Паралельно Україна визначила пріоритетом ті інтервенції, які спрямовані на досягнення всеохоплюючого доступу до послуг охорони здоров'я та поліпшення показників здоров'я населення.

У цьому контексті зміцнення системи охорони здоров'я набуває стратегічного значення як передумова створення стійкого фундаменту з політик, інституцій та інструментів, необхідних для досягнення цілей

всеохоплюючого доступу до медичних послуг і реалізації Цілей сталого розвитку. Протягом останніх років здійснено низку рішучих кроків щодо впровадження нових підходів до фінансування системи охорони здоров'я, орієнтованих на посилення ролі первинної медичної допомоги та системи громадського здоров'я, розширення доступу до лікарських засобів, а також реагування на зростаючий тягар неінфекційних захворювань. Ці процеси супроводжувалися створенням нових структур і підвищенням їх інституційної спроможності.

Представлений документ позиціонується як стислий огляд підтримки, яку ВООЗ надавала керівництву України у 2020–2020 рр. у розробленні життєздатних, реалістичних, комплексних та узгоджених політик і стратегій, а також конкретних планів їх реалізації, спрямованих на вдосконалення функціонування національної системи охорони здоров'я. У ньому відображено сучасні зусилля Бюро ВООЗ в Україні, Європейського регіонального бюро ВООЗ, штаб-квартири ВООЗ, а також діяльність місцевих і міжнародних експертів. ВООЗ підтримує трансформаційні процеси в системі охорони здоров'я України, взаємодіючи з широким колом партнерів із розвитку та інших зацікавлених сторін, які активно залучені до реформ.

Для досягнення консенсусу щодо напрямів розвитку, забезпечення всеохоплюючого доступу до медичних послуг, формування нових ролей і розширення спроможностей державних інституцій та надавачів послуг необхідні подальші, довготривалі зусилля. ВООЗ декларує готовність до продовження співпраці з національними та міжнародними партнерами з метою забезпечення кращого здоров'я для кожної людини в Україні й у глобальному вимірі.

ВООЗ надає підтримку Міністерству охорони здоров'я України в нарощуванні спроможності координувати процес трансформації системи охорони здоров'я та, що принципово важливо, здійснювати управління процесом розроблення політик у сфері охорони здоров'я, орієнтованих на

покращення здоров'я й добробуту населення, зміцнення послуг громадського здоров'я та забезпечення рівного доступу до медичної допомоги, яка є загальнодоступною, справедливою, сталою та високоякісною. У своїй роботі Міністерство охорони здоров'я спиралося на Порядок денний у сфері охорони здоров'я 2020 (4) та застосовувало загальноурядовий і загальносуспільний підходи.

Серед ключових напрямів роботи та досягнень можна виокремити таке. Після тривалих консультацій з Урядом України та міжнародними партнерами і за технічної підтримки ВООЗ Міністерство охорони здоров'я успішно завершило розробку концепцій реформи фінансування системи охорони здоров'я (5), розвитку системи громадського здоров'я (6) та розвитку охорони психічного здоров'я (7), які були затверджені Кабінетом Міністрів України. За стратегічної підтримки ВООЗ МОЗ провело низку високорівневих діалогів щодо формування політик, спрямованих на досягнення національного консенсусу та зміцнення партнерства в процесі реформування сектору охорони здоров'я. ВООЗ активно сприяє впровадженню підходу «лідерства та перемовин» для розв'язання проблемних питань галузі через формування відповідних урядових політик.

Важливим кроком стало ухвалення у 2017 р. Верховною Радою України Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (8) разом із пакетом підзаконних актів, що створило потужну законодавчу та політичну основу для реалізації нових механізмів фінансування охорони здоров'я. Розпочато розробку нового державного гарантованого пакета медичної допомоги. Відповідно до рекомендацій ВООЗ переглянуто нормативи діяльності надавачів первинної медичної допомоги з метою розширення їх ролі та спроможності надавати якісні послуги.

ВООЗ також підтримує процес інституціоналізації нового законодавства у сфері громадського здоров'я через надання технічної допомоги у підготовці проєкту закону про систему громадського здоров'я. Консультанти ВООЗ надають рекомендації з оцінювання нормативно-

правової бази щодо дотримання санітарного законодавства в частині захисту здоров'я, імплементації Міжнародних медико-санітарних правил (ММСП) (2005) (9) та організації епідеміологічного нагляду. ВООЗ здійснила експертизу та надала рекомендації до Стратегії створення системи нагляду за інфекційними захворюваннями й розвитку лабораторної мережі до 2020 року.

Для реалізації амбітного, широкомасштабного плану трансформації системи охорони здоров'я Уряд України активно залучає до співпраці численних національних стейкхолдерів, державні й неурядові структури, міжнародні організації та агентства з розвитку, що працюють у секторі охорони здоров'я. Такий підхід забезпечує послідовність та узгодженість дій у процесі реформ.

ВООЗ підтримує порядок денний реформ у галузі охорони здоров'я в Україні, сприяючи обміну інформацією, координації та узгодженню дій між партнерами. Організація надає допомогу Міністерству охорони здоров'я у відпрацюванні лідерської ролі в політичному діалозі, формуванні міждисциплінарного підходу до регулювання сектору охорони здоров'я й створенні широкої системи національного партнерства з питань громадського здоров'я.

Зокрема, ВООЗ виступила співорганізатором і фасилітатором низки координаційних зустрічей високого рівня за участю міжнародних та національних партнерів, що дозволило різним організаціям визначити пріоритети діяльності, узгодити напрями роботи та консолідувати зусилля на підтримку реформаторських процесів. На регулярній основі ВООЗ забезпечує платформи для взаємодії України з міжнародною медичною спільнотою, сприяє встановленню контактів із провідними міжнародними організаціями та професійними асоціаціями, а також участі українських делегатів у ключових глобальних подіях у сфері охорони здоров'я.

Завдяки підтримці ВООЗ Центр громадського здоров'я МОЗ України (ЦГЗ) став повноправним членом Міжнародної асоціації національних інститутів громадського здоров'я (IANPHI). Для активізації прогресу у цій

сфері в 2017 р. ВООЗ спільно з МОЗ організували в Україні щорічну зустріч директорів європейських організацій – учасників IANPHI, результатом якої стало створення міжнародної мережі для розвитку інститутів громадського здоров'я в контексті масштабних реформ. До цієї мережі долучилися також держави-члени, які прагнуть отримати членство в IANPHI.

ВООЗ підтримала прагнення України приєднатися до міжнародного руху UHC2030 (11). На 72-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я в травні 2019 р. в.о. Міністра охорони здоров'я України підписала від імені держави Глобальну угоду щодо кроків у напрямі досягнення всеохоплюючого доступу до послуг охорони здоров'я UHC2030 (12). У серпні 2019 р. ВООЗ очолила процес організації зустрічі міжнародних партнерів для посилення діалогу щодо подальшої підтримки України в її зусиллях з покращення стану здоров'я населення.

З метою підвищення доступності якісних послуг охорони здоров'я та посилення фінансового захисту населення Україна ухвалила Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Під час спільної місії у 2020 р. ВООЗ ініціювала підготовку спільної заяви міжнародних партнерів на підтримку запропонованого напряму реформування системи охорони здоров'я, яку було озвучено на зустрічі високого рівня в Клубі Кабінету Міністрів України, що фактично означило старт процесу трансформації системи.

ВООЗ організувала й фасилітувала низку технічних місій (зокрема спільних місій ЄС–ВООЗ), присвячених обміну досвідом реформування систем охорони здоров'я, наданню технічної допомоги та проведенню семінарів з підготовки проектів законів щодо нових підходів до фінансування. Організація укладала контракти з консультантами та надавала їм методичний супровід під час розроблення й погодження проектних документів, а також у процесі ухвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я (5), затвердженої Кабінетом Міністрів у листопаді

2020 р. Ця Концепція стала відправною точкою для формування нового законодавства у сфері фінансування охорони здоров'я.

Крім того, ВООЗ і залучені консультанти надали технічну допомогу в підготовці проєкту Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (8), ухваленого Верховною Радою України в жовтні 2017 р., а також підтримували перегляд підзаконних актів, необхідних для практичної реалізації положень цього закону.

Після проголошення незалежності Україна дістала у спадок від радянського періоду централізовану модель організації медичної допомоги типу системи Семашка. У межах цієї моделі держава декларувала гарантії повністю безоплатного надання медичних послуг усім громадянам. Водночас на практиці вона виявилася неспроможною фінансово підтримувати розгалужену мережу малоефективних лікарень і не володіла дієвими механізмами контролю якості медичної допомоги, що надавалась у закладах охорони здоров'я.

Таблиця 2.1

Чисельність населення по Харківській області за 1986-2019 рр.
/за даними ГУС/

Рік	Райони	м. Харків	Область	Україна
1986	1 575 400	1 587 200	3 162 600	51 055 700
1990	1 572 000	1 622 800	3 194 800	51 556 500
1991	1 567 000	1 621 600	3 188 600	51 623 500
1992	1 567 100	1 615 000	3 182 100	51 708 200
1993	1 559 600	1 598 600	3 158 200	51 870 400
1994	1 547 400	1 575 900	3 123 300	51 715 400
1995	1 540 300	1 565 500	3 105 800	51 300 400
1996	1 519 200	1 535 900	3 055 100	50 874 100
1997	1 503 000	1 521 400	3 024 400	50 400 000
1998	1 487 700	1 510 200	2 997 900	49 973 500
1999	1 483 300	1 494 300	2 977 600	49 544 800
2000	1 465 200	1 484 400	2 949 600	49 115 000
2001	1 446 200	1 474 200	2 920 400	48 663 600

2002	1 446 000	1 449 800	2 895 800	48 240 900
2003	1 425 565	1 446 732	2 872 297	47 823 100
2004	1 406 200	1 444 900	2 851 100	47 442 100
2005	1 387 500	1 445 200	2 832 700	47 100 500
2006	1 369 800	1 443 600	2 813 400	46 749 200
2007	1 354 900	1 441 595	2 796 495	46 465 700
2008	1 342 064	1 438 219	2 780 283	46 192 300
2009	1 330 389	1 436 397	2 766 786	45 963 400
2014	1 320 764	1 432 689	2 753 453	45 782 600
2015	1 312 539	1 426 933	2 739 472	45 598 200
2016	1 304 749	1 421 795	2 726 544	45 453 300
2017	1 297 322	1 431 461	2 728 783	45 372 700
2018	1 290 041	1 431 565	2 721 606	45 245 900
2019*	1 282 346	1 433 320	2 715 666	42 759 700
2020*	1 272 815	1 430 165	2 702 980	42 590 900
2017*	1 266 083	1 419 469	2 685 552	42 414 900
2018*	1 247 856	1 430 515	2 678 371	42 216 766
2019*	1 233 422	1 426 540	2 659 962	42 153 201

За окремими аналітичними оцінками, обсяг прямих домогосподарських витрат на медичні послуги в Україні перевищував 50% від загальної суми витрат на охорону здоров'я (13), що свідчило про суттєве фінансове навантаження на пацієнтів та низький рівень фінансового захисту населення. У 2020 році новопризначена виконувачка обов'язків Міністра охорони здоров'я продовжила реалізацію ключових стратегій та програм, розроблених упродовж 2019 року.

За активної стратегічної підтримки ВООЗ Міністерство охорони здоров'я ініціювало зустріч високого рівня за участю провідних стейкхолдерів сектору охорони здоров'я, на якій було представлено та обговорено бачення подальшої політики реформування галузі. Засідання проходило під головуванням Прем'єр-міністра України й стало фактичним стартом масштабної загальнонаціональної кампанії, спрямованої на глибоку трансформацію системи охорони здоров'я.

З метою посилення координації дій міжнародних партнерів, забезпечення узгодженості їхньої технічної та консультативної допомоги, а також консолідації їх позицій щодо подальших реформ, ВООЗ взяла на себе провідну роль у підготовці, узгодженні та публічному представленні спільної заяви від міжнародного співтовариства на підтримку запропонованого Міністерством курсу реформування. Формат такої декларації дозволив створити спільне бачення та налагодити більш тісну співпрацю між міжнародними організаціями, урядовими структурами та іншими зацікавленими сторонами в процесі модернізації української системи охорони здоров'я.

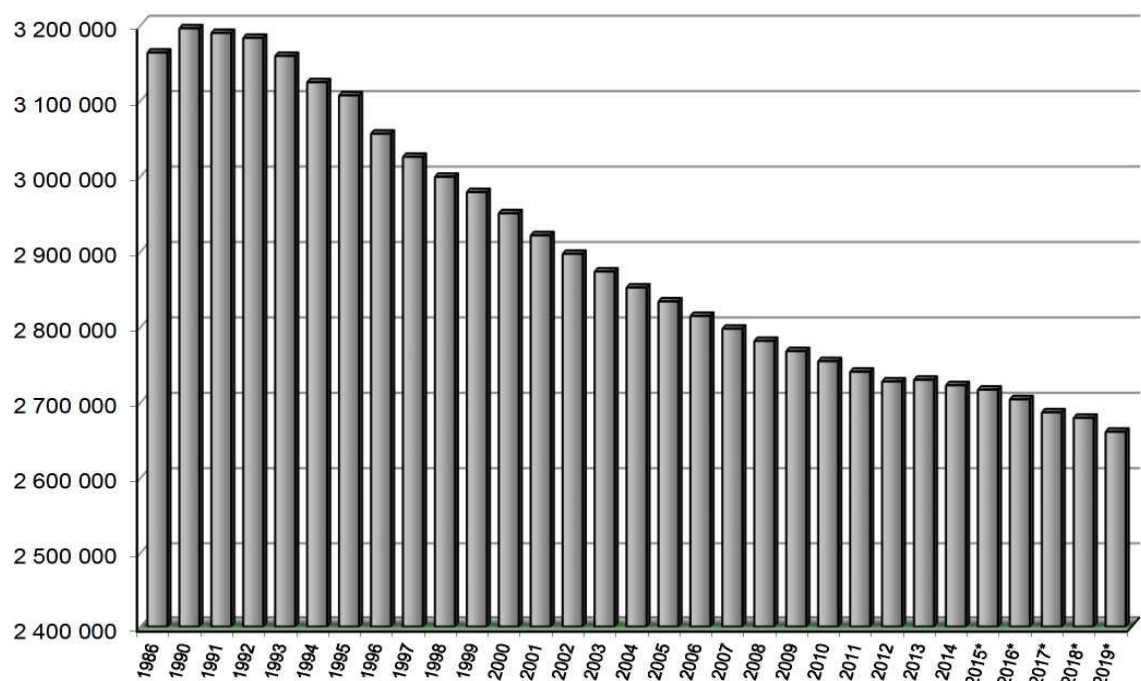


Рис. 2.1. Динаміка чисельності населення Харківської області за 1986-2019 рр. (абсолютні дані)

Після ухвалення Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (8) у 2017 році Уряд приступив до формування нової інституційної архітектури фінансування системи охорони здоров'я. Центральним елементом цих змін стало створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) — спеціалізованого центрального органу

виконавчої влади, покликаного виконувати стратегічну функцію у впровадженні нової моделі закупівель медичних послуг та реалізації програм державних фінансових гарантій.

ВООЗ відіграла ключову роль у становленні цього органу, надаючи НСЗУ комплексну методичну та консультативну підтримку, спрямовану на формування інституційної спроможності, ефективних управлінських практик та процедур договірної роботи з надавачами медичних послуг. Зокрема, у співпраці з Урядом України та Міністерством охорони здоров'я ВООЗ здійснила такі заходи:

1. Технічний супровід створення НСЗУ та нормативного середовища її діяльності. Організація провела серію технічних місій, під час яких надавала експертну підтримку у формуванні концепції роботи НСЗУ, розробленні гарантованого пакета медичних послуг та підготовці підзаконних нормативних актів, що регламентують структуру, функції та механізми взаємодії цього органу з іншими суб'єктами системи охорони здоров'я.

2. Допомога у розробленні моделі договірних відносин. ВООЗ підтримувала створення прозорої, зрозумілої та обґрунтованої моделі укладання договорів між НСЗУ та надавачами первинної медичної допомоги, включно з визначенням вимог до таких закладів, а також критеріїв якості та доступності послуг.

3. Організація навчальних та ознайомчих поїздок. За сприяння ВООЗ було здійснено навчальний візит керівництва Міністерства охорони здоров'я до Естонії — країни, що має одну з найбільш структурованих європейських моделей медичного страхування. Під час візиту українські фахівці ознайомилися з організацією фінансування галузі, діяльністю Естонського фонду медичного страхування, принципами розроблення гарантованого пакету медичних послуг та процедурами укладання контрактів із постачальниками медичних послуг. Такий обмін досвідом сприяв кращому розумінню практичних аспектів впровадження нової для України моделі закупівлі послуг.

4. Дослідження вартості послуг і фінансової захищеності населення. У контексті формування доказової бази для подальших реформ ВООЗ здійснила низку досліджень витрат на медичні послуги на різних рівнях надання допомоги та в різних регіонах країни. Експерти оцінили структуру витрат, їх детермінанти та особливості фінансування окремих типів послуг. Результати цього аналізу були оприлюднені у звіті «Чи може населення дозволити собі платити за охорону здоров'я?: Нові дані фінансової захищеності в Україні» (13), виданому у 2018 році. Звіт став важливим аналітичним документом для оцінки рівня фінансових ризиків, з якими стикаються пацієнти, та для формування ефективної політики фінансового захисту.

Завдяки такій системній підтримці ВООЗ НСЗУ поступово сформувалася як ключовий елемент нової моделі охорони здоров'я, що ґрунтується на принципах прозорості, ефективності та фінансової підзвітності, а також стала фундаментом для подальшого розгортання реформи у напрямку забезпечення універсального доступу до медичних послуг.

Таблиця 2.2

Основні причини смертності населення за 2020-2025 рр. (по хворобах) (на 100 тис. населення)

Причини смертності	2020	2017	2018	2019
Померло від усіх причин	1 562,3	1 522,3	1 590,5	1 526,75
з них:				
Хвороби системи кровообігу	1 101,7	1 057,4	1 114,6	1 054,90
Злоякісні новоутворення	218,6	221,5	215,1	213,24

Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	85,3	82,9	80,9	80,34
Хвороби органів травлення	56,4	60,8	62,9	61,02
Хвороби органів дихання	31,5	25,8	33,4	29,96
Інфекційні та паразитарні хвороби	13,2	13,4	13,9	12,93
у т.ч. туберкульоз	9,4	8,9	8,7	7,89
Хвороби ендокринної системи	3,5	3,5	3,7	3,53
у т.ч. цукровий діабет	3,2	3,2	3,3	3,12

Здійснене дослідження формує базовий масив даних щодо ступеня фінансового захисту населення України та може слугувати інструментом для регулярного відстеження динаміки, результативності та впливу реформ у сфері охорони здоров'я. Отримані показники дозволяють оцінювати, наскільки системні трансформації сприяють зменшенню фінансових ризиків для громадян у процесі отримання медичної допомоги.

Одним із ключових елементів нинішнього етапу реформи є формування інтегрованої моделі надання медичних послуг, що забезпечує послідовність та взаємопов'язаність допомоги пацієнтові на всіх етапах – від первинної до високоспеціалізованої медичної допомоги. Такі механізми покликані забезпечити цілісний континуум догляду при різних станах здоров'я, що відповідає сучасним підходам до організації медичної допомоги та потребам населення.

Поряд із цим, для гарантування рівного доступу громадян України до якісних базових послуг охорони здоров'я протягом усього життєвого циклу –

включно зі зміцненням здоров'я, профілактикою захворювань, лікувальними та реабілітаційними заходами, а також паліативною допомогою – Уряд України здійснює перегляд чинної моделі організації медичних послуг. Особливий акцент робиться на оптимізації співвідношення між заходами з промоції здоров'я та профілактики хвороб, що мають відповідати пріоритетним напрямам політики громадського здоров'я та узгоджуватися з національними потребами у сфері зміцнення здоров'я населення.

2.2. Медичні послуги та їх обсяги в Харківській області

Починаючи з другої половини XX століття, на тлі стрімкого зростання міжнародної торгівлі товарами помітно випереджаючими темпами розширюється глобальний обмін послугами. Сектор послуг став ключовим компонентом світової економіки, впливаючи на всі сфери життєдіяльності сучасного суспільства. Рівень задоволення населення послугами дедалі частіше використовується як інтегральний показник добробуту, якості життя та соціально-економічного розвитку.

Послуги відіграють провідну роль у структурній перебудові економіки, стимулюють виробництво товарів споживчого призначення, розширюють міжрегіональні та міжнародні економічні зв'язки. Сам термін «послуга» був уперше науково обґрунтований французьким економістом Ж.-Б. Сеєм у праці «Трактат з політичної економії» [135]. Відтоді розпочався тривалий науковий пошук найбільш точного та місткого визначення цієї категорії, і сучасна економічна література демонструє значну різноманітність її трактувань (табл. 1.1).

Переважна більшість досліджень підкреслює, що послугам властиві чотири базові характеристики, виокремлені Л. Беррі, В. Зейтамлем та А. Парасураманом [265]: невідчутність, невіддільність виробництва та споживання, мінливість якості та незберігаємість.

Утім, попри відносну єдність поглядів на ключові ознаки, саме поняття послуги часто залишається недостатньо конкретизованим. Узагальнюючи наявні підходи, можна стверджувати, що послуга, на відміну від товару, є результатом взаємодії між виконавцем і споживачем та спрямована на задоволення індивідуальних або суспільних потреб без набуття речової форми. У такому розумінні послуга виступає специфічним продуктом, що виникає на вимогу замовника й проявляється у зміні стану споживача або умов його життєдіяльності.

Перетворення послуги на товарну форму зумовило формування ринку послуг, який забезпечує виробництво, розподіл, обмін і споживання послуг, регулює їх взаємозв'язок зі споживачем, а також конкурує з матеріальними товарами, компенсуючи їх відсутність або обмеженість. Ринок послуг є складною, багатoeлементною соціально-економічною системою, різномірною за своїми функціями та механізмами. Він не повторює логіки інших ринків передусім через дві фундаментальні причини:

- послуга не існує до моменту її надання, що унеможлиблює її повну оцінку або порівняння заздалегідь;
- висока невизначеність і мінливість послуг створює інформаційну асиметрію, ускладнюючи вибір споживача та просування послуг виробником [3].

До окремого різновиду послуг належать медичні послуги. Перші спроби осмислити їх економічну природу здійснив К. Маркс, який у міру розрізнення товару «робоча сила» та інших товарів розглядав медичні послуги як елемент забезпечення відтворення робочої сили. У межах цієї логіки медичні послуги виконують функцію «ремонт» робочої сили, адже спрямовані на підтримання її здатності до продуктивної праці [90].

Сучасні наукові підходи до визначення медичних послуг є значно ширшими. Так, Т. Камінська розглядає медичну послугу як результат діяльності, спрямований на відновлення або покращення стану здоров'я людини [16]. В. Москаленко трактує її як корисний ефект, сформований

діями суб'єктів, що надають медичну допомогу, та інтегрований елемент медичної діяльності, який має також грошове вираження. С. Столяров розуміє медичну послугу як будь-яку професійну дію, спрямовану на зміну або збереження фізичного чи психічного здоров'я пацієнта [13]. На думку В. Садовничого, медична послуга є завершеною медичною процедурою, що має визначену вартість і реалізується в процесі обслуговування пацієнтів [12].

Світова організація торгівлі (СОТ) визначає медичні послуги як комплекс консультативних, діагностичних, лікувальних та доглядових заходів, які здійснюються фахівцями охорони здоров'я з метою попередження та лікування хвороб, травм та інших фізичних або психічних порушень [25]. У сучасній медичній практиці паралельно використовуються два поняття — «медична послуга» та «медична допомога», що підкреслює багатовимірність діяльності лікаря і складність процесів лікування пацієнта.

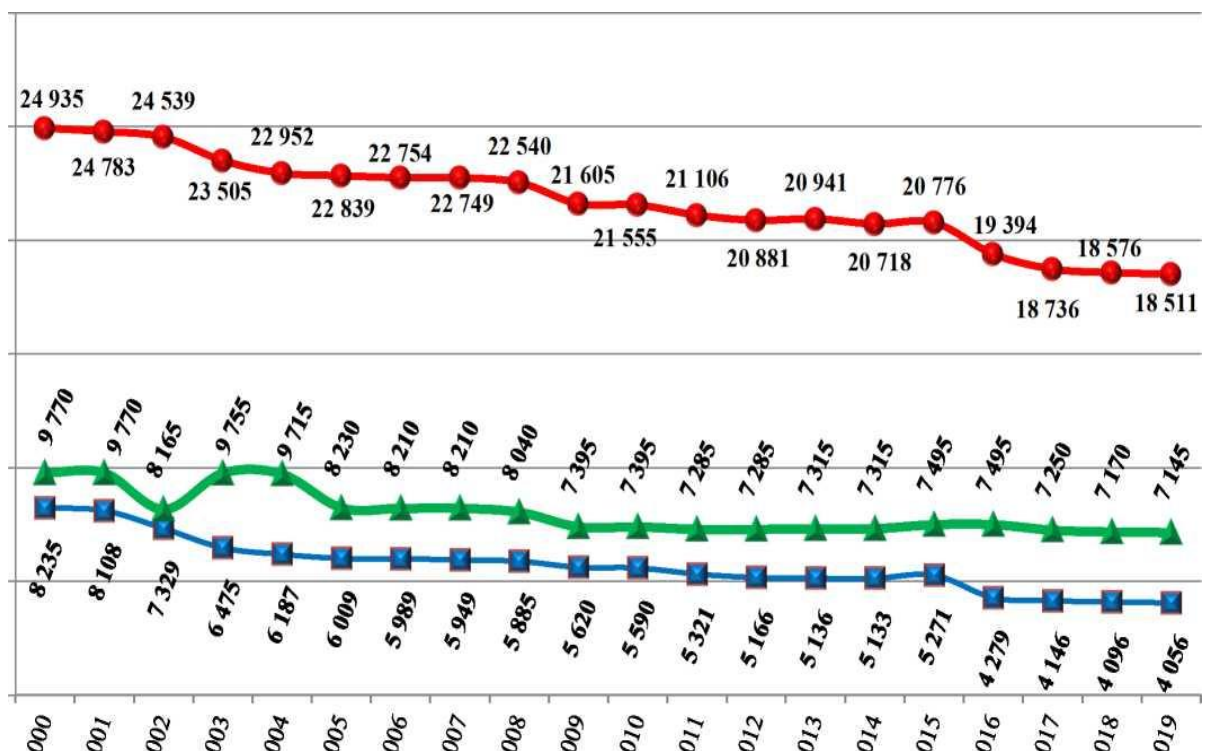


Рис. 2.2. Динаміка ліжкового фонду по районах області, м.Харків та Харківській області за 2000-2025 рр.

У продовження наукових дискусій щодо сутності медичних послуг варто зазначити, що низка українських дослідників по-різному трактує це поняття. Так, Л. Щербаченко визначає медичну послугу як лікувально-профілактичний захід, здійснюваний одним фахівцем або бригадою медичних працівників у процесі лікування пацієнта, фактично ототожнюючи медичну послугу з самим лікувальним процесом [15]. На відміну від цього підходу, М. Шутов розглядає медичну послугу як окрему дію медичного персоналу, спрямовану на задоволення нагальних потреб пацієнта у підтриманні чи відновленні здоров'я. Він підкреслює, що медична послуга є лише елементом ширшого поняття медичної допомоги, тобто остання формується як сукупність окремих медичних послуг.

Ще більш розгорнуте та концептуально деталізоване визначення подає О. Смотров. На його думку, медична послуга — це діяльність виконавця, спрямована на досягнення результату, корисні властивості якого забезпечують задоволення потреб особи у підтриманні чи відновленні здоров'я. При цьому результати такої діяльності не мають матеріальної форми, виникають лише в процесі здійснення професійних дій та не можуть бути гарантовані виконавцем у повному обсязі [19].

Інтернатні установи як елемент системи соціального захисту та медико-соціальних послуг

Згідно зі статистичними даними станом на 01.01.2019 р., у Харківській області функціонувала розгалужена мережа інтернатних установ:

– 16 закладів для дорослих, де на державному утриманні перебували 2771 особа похилого віку та особи з інвалідністю;

– 2 дитячі будинки-інтернати, у яких проживали 241 вихованець, серед них:

- 148 дітей з інвалідністю віком 4–18 років;
- 93 молоді особи з інвалідністю віком 18–35 років;
- 7 дітей-сиріт;
- 56 дітей, позбавлених батьківського піклування.

Функціонування таких установ регламентується низкою нормативно-правових актів та типовими положеннями, які визначають порядок прийому громадян та умови їх перебування.

Зокрема:

- Будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів (наказ Мінпраці від 29.12.2001 № 549) приймають осіб пенсійного віку та інвалідів I–II груп, які потребують стороннього догляду, мають відповідний медичний висновок та не мають працездатних родичів.
- Психоневрологічні інтернати (Постанова КМУ № 957 від 14.12.2020) приймають осіб віком від 18 років з інтелектуальними та/або психічними порушеннями, що потребують тривалого догляду та реабілітації.
- Спеціальні будинки-інтернати (наказ Мінсоцполітики № 432 від 09.11.2015) забезпечують догляд за громадянами похилого віку та інвалідами I–II груп, які не мають родичів-утримувачів.
- Дитячі будинки-інтернати (Постанова КМУ № 978 від 14.12.2020) приймають дітей з інвалідністю від 4 років та осіб до 35 років із порушеннями розвитку та потребою у медичному догляді, освітніх і реабілітаційних послугах.

Основні функції інтернатних установ включають:

1. забезпечення прав і потреб підопічних, створення належних умов проживання, організацію соціально-побутового обслуговування та надання медичної допомоги;
2. проведення індивідуальних реабілітаційних програм;
3. надання спектра соціальних послуг, зокрема стаціонарного догляду, соціальної адаптації, консультування, паліативних послуг тощо.

Установи можуть надавати як безоплатні, так і платні соціальні послуги згідно з чинним законодавством. Наприклад, у місті Харкові діє Комунальна установа «Харківський геріатричний пансіонат ветеранів праці», де частина підопічних приймається на платній основі з повним відшкодуванням вартості перебування.

Для оформлення права на соціальні послуги заявник звертається до відповідного управління соціального захисту населення за місцем проживання.

Медична послуга та медична допомога: співвідношення понять

В офіційній українській нормативній базі медична послуга визначається як захід або комплекс заходів, що виходять за межі визначеної лікарем медичної допомоги і надаються за бажанням пацієнта або юридичної особи за плату. Натомість медична допомога описується як діяльність, спрямована на лікування та збереження життя і працездатності пацієнта у станах, що потребують обов'язкової медичної інтервенції [11].

У міжнародній практиці, зокрема у «Глосарії термінів з медико-санітарної допомоги» ВООЗ, термін *медична допомога* трактується як комплекс професійних програм, що мають на меті зміцнення, підтримання та відновлення фізичного й психічного здоров'я індивіда [37]. Це визначення має чітко виражений неринковий, суспільно-орієнтований характер. Водночас поняття *медична послуга* сигналізує про ринкову природу відносин — включення елемента купівлі-продажу, визначення вартості та стандартизацію технологій її надання.

Узагальнюючи взаємозв'язок понять, можна зробити два ключові висновки:

- медична послуга є складовою частиною ширшого поняття *медична допомога*;
- водночас *медична допомога* постає змістовною основою, на якій формуються та реалізуються медичні послуги.

Отже, медична послуга — це конкретизований фрагмент медичної допомоги, що представляє собою професійну дію або комплекс дій медичного працівника, спрямованих на зміну або покращення здоров'я пацієнта, має визначену вартість, підлягає стандартизації та регламентації державними органами.

2.3. Соціальний захист населення та охорона здоров'я суспільне завдання

Соціальний захист населення у сучасних умовах виступає комплексним суспільним завданням, виконання якого розподіляється між органами державної виконавчої влади та органами місцевого самоврядування. Цей процес охоплює різні рівні територіального управління, водночас особлива відповідальність покладається на базову адміністративно-територіальну одиницю — об'єднану територіальну громаду (ОТГ), яка є найближчою до населення ланкою публічної влади.

Відповідно до Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, органи місцевого самоврядування базового рівня уповноважені забезпечувати надання соціальної допомоги через територіальні центри соціального обслуговування. Саме на цьому рівні мають надаватися основні соціальні послуги — виплата пенсій, субсидій, компенсацій, забезпечення пільг та інша допомога, спрямована на підтримку найуразливіших категорій населення.

Стратегічною метою такого перерозподілу повноважень є підвищення доступності та якості соціальних послуг, розширення їх спектра для вразливих груп, а також зміцнення спроможності органів місцевого самоврядування ефективно здійснювати діяльність у соціальній сфері. Досягнення цієї мети передбачає виконання низки завдань: оптимізацію розмежування компетенцій між державними структурами та органами місцевого самоврядування, удосконалення механізмів їх взаємодії, підвищення якості адміністрування соціальних послуг і раціональне використання бюджетних коштів на всіх рівнях.

З правової позиції Міністерство соціальної політики України є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовує та координує Кабінет Міністрів України. Міністерство здійснює формування та реалізує державну політику у таких ключових сферах, як: праця і соціальна

політика; соціальний захист населення; волонтерська діяльність; підтримка сімей та дітей; оздоровлення та відпочинок дітей; усиновлення і захист прав дітей; попередження домашнього насильства; соціальний захист ветеранів війни та учасників антитерористичної операції. Окремим напрямом є забезпечення психологічної реабілітації, санаторно-курортного лікування, надання технічних засобів реабілітації, житлових та освітніх послуг, а також соціальна та професійна адаптація військовослужбовців, що звільняються, та учасників АТО.

Беручи до уваги, що суб'єктами та об'єктами соціальної політики виступають, з одного боку, державні інститути, а з іншого — населення, соціальний захист доцільно визначати як інституціоналізовану систему опіки над найменш захищеними групами громадян. Це передбачає застосування державних механізмів, спрямованих на підтримку людей, які з різних причин потребують соціальної допомоги, догляду або компенсаційних виплат.

У контексті стратегічного курсу України на євроінтеграцію розвиток системи соціального захисту набуває особливої ваги. Європейські підходи передбачають підвищення стандартів якості життя, зміцнення інструментів регулювання соціальних і економічних процесів, формування ефективної моделі соціального партнерства між державою, бізнесом і громадянським суспільством. Отже, модернізація соціальної політики та створення надійної, прозорої й справедливої системи соціального захисту є необхідною умовою інтеграції України до європейського соціального простору.

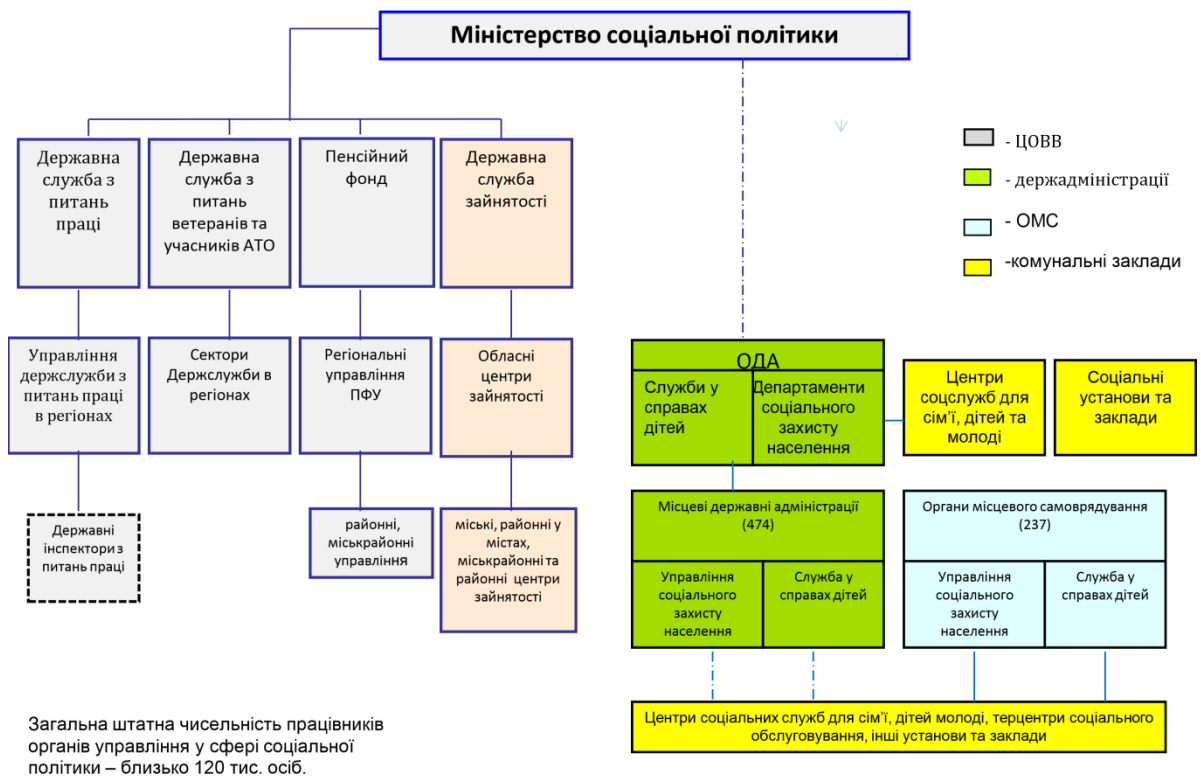


Рис. 2.2. Структура управління у сфері соціальної політики

В умовах становлення української державності та формування ринкових відносин питання гарантування соціального захисту набуває особливої актуальності для всіх верств населення, передусім для громадян, які належать до пільгових категорій. Погіршення добробуту населення, що супроводжувало економічні та соціальні трансформації перехідного періоду, зумовило різке зростання потреби в ефективній системі соціального захисту, адже значна частина людей опинилася на межі виживання. Поглиблення соціального та майнового розшарування посилює нерівність щодо можливостей задоволення базових соціальних потреб, унаслідок чого рівень і якість життя населення залишаються незадовільними.

За останні роки суттєво збільшилася кількість громадян, які потребують державної підтримки, зокрема майже вдвічі зросла чисельність пенсіонерів за віком, безпритульних та осіб, що перебувають у скрутних життєвих обставинах. Це об'єктивно вимагає від держави посилення

соціальних гарантій та удосконалення організації соціальної підтримки зазначених груп населення.

У системі державної соціальної політики важливе місце посідає соціальна допомога, яка репрезентує форму державної турботи про осіб, що потребують матеріальної чи іншої підтримки у зв'язку з віком, станом здоров'я, життєвими обставинами чи малозабезпеченістю. Основним завданням соціальної допомоги є пом'якшення матеріального становища громадян незалежно від їхньої трудової активності, що дає змогу забезпечити мінімальні стандарти життєдіяльності для найуразливіших груп.

Система соціального захисту в Україні реалізується через кілька ключових механізмів: матеріальне забезпечення економічно активного населення шляхом соціального страхування; пенсійне забезпечення; соціальну допомогу найбільш вразливим категоріям; підтримку сімей з дітьми; компенсації, індексації та пільги; а також систему соціального обслуговування. Таким чином, соціальний захист функціонує через поєднання інструментів соціального забезпечення та соціальної допомоги, що разом формують комплексну модель підтримки населення в умовах соціально-економічних викликів.

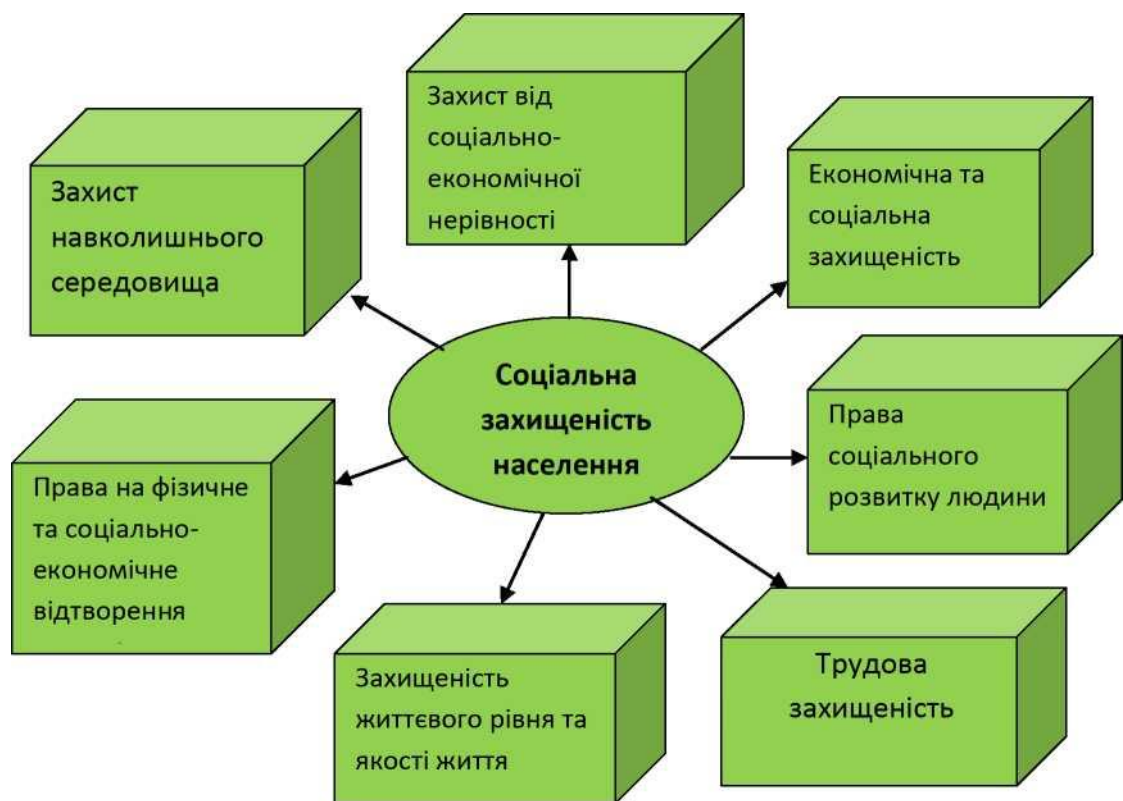


Рис. 2.3. Соціальна захищеність населення

На шляху України до досягнення європейських стандартів життя ключовою умовою виступає забезпечення належного рівня соціального захисту населення. Сучасна політика держави зорієнтована на імплементацію норм та підходів, характерних для європейського права, в українське законодавство. Такий курс має сприяти стабілізації економіки, формуванню якісної нормативно-регуляторної бази, зміні підходів до соціальної захищеності громадян та створенню передумов для підвищення якості життя в країні.

Підвищення результативності соціального захисту шляхом упровадження дієвих програм безпосередньо впливає на рівень життєдіяльності населення та відіграє важливу роль у забезпеченні стабільності суспільства. Система соціального захисту є багатокомпонентною та включає як постійні виплати, компенсації та інші законодавчо регламентовані трансферти з державного чи місцевих бюджетів, так і періодичні одноразові форми допомоги, що здійснюються за рахунок

різних фондів або окремих осіб. Значущого значення набуває також соціальний захист товаровиробників, які завдяки своїй праці створюють матеріальні цінності, необхідні для розвитку добробуту країни.

Формування новітньої моделі держави в Україні, з огляду на розвиток громадянського суспільства, зростання значущості прав і свобод людини та необхідність підвищення ефективності державних інституцій, передбачає створення чіткої стратегії соціальних реформ. У цьому контексті соціальна політика розглядається як діяльність держави, спрямована на формування і регулювання соціально-економічних умов життя суспільства задля підвищення добробуту громадян, усунення негативних наслідків функціонування ринкових механізмів, забезпечення соціальної справедливості та стабільності. Водночас вона включає комплекс правових, організаційних і контролюючих заходів, спрямованих на гармонізацію соціальних та економічних цілей. Іншими словами, це сукупність соціально-економічних заходів держави, підприємств та органів місцевої влади, покликаних захищати населення від інфляції, безробіття, знецінення заощаджень та інших ризиків [11].

Поліпшення ситуації у соціальній сфері доцільно починати з реформування механізмів надання соціальних допомог, зокрема шляхом переходу до максимальної адресності підтримки. Такий підхід забезпечує більш ефективне використання бюджетних ресурсів, дозволяючи спрямовувати допомогу тим, хто дійсно її потребує. Перехід до адресності повинен супроводжуватися зменшенням необґрунтованих витрат і підвищенням ефективності використання коштів соціальних фондів.

Одним із можливих шляхів підвищення результативності соціальних видатків є впровадження принципів конкурсного фінансування та демонополізація секторів соціальної сфери. Це сприятиме захисту прав отримувачів соціальних послуг шляхом застосування економічних, а не лише адміністративних механізмів впливу. Система адресної допомоги потребує проходження кількох послідовних етапів, серед яких:

- оцінювання доходів та матеріального становища домогосподарства;
- встановлення причин, що зумовили потрапляння сім'ї до категорії малозабезпечених;
- формування індивідуального набору соціальних послуг (цільові субсидії, консультування, рекомендації щодо підвищення доходів, залучення до програм зайнятості чи реабілітаційних заходів тощо), у взаємодії з громадськими організаціями, які беруть участь у наданні соціальних послуг;
- аналіз ефективності наданої допомоги та отримання зворотного зв'язку.

Працівники органів соціального захисту повинні також застосовувати механізми підвищення соціальної відповідальності громадян, зокрема формування індивідуального пакета соціальних послуг, коригування структури соціальних виплат, укладення реципієнтами зустрічних зобов'язань щодо виходу з кризової ситуації (працевлаштування, участь у громадських роботах, проходження лікування тощо). Водночас при виборі методів адресності слід враховувати ризики формування утриманських настроїв та потребу стимулювання самостійності домогосподарств. Хоча низький рівень соціальних допомог в Україні поки що обмежує масштаби утриманства, превентивні заходи мають бути інтегровані у систему соціальної політики вже на початкових етапах розбудови адресної допомоги.

Міжнародний досвід засвідчує, що жодній державі не вдалося повністю подолати бідність. Ефективні стратегії боротьби з нею передбачають комплекс заходів із формування результативного ринку праці, підвищення мінімальної заробітної плати, легалізації тіньових доходів, розвитку програм зайнятості, а також зміну пріоритетів соціального захисту: перехід від масового надання пільг до акценту на адресну підтримку найбільш уразливих сімей. У реалізації адресності важливе значення має інформування населення про доступні програми допомоги, забезпечення доступності органів соціального захисту та якість контролю на місцевому рівні.

Важливою складовою реформи соціального захисту осіб з інвалідністю у контексті децентралізації є зростання ролі органів місцевого самоврядування та територіальних громад. Йдеться про розширення їхньої спроможності щодо надання соціальних послуг, підвищення якості підтримки соціально вразливих груп, збільшення обсягу соціальних програм, покращення адміністрування та ефективності використання бюджетних ресурсів. У цих умовах особливого значення набуває оптимізація розподілу повноважень між місцевим самоврядуванням і виконавчою владою та забезпечення їх конструктивної взаємодії [18].

У контексті євроінтеграційних процесів основні цілі соціальної політики доцільно визначити таким чином: посилення соціального змісту реформ; розвиток демократії та громадянського суспільства; вдосконалення механізмів взаємодії держави та суспільства у соціальній сфері; створення гідних і безпечних життєвих умов; зростання добробуту громадян; формування умов для самореалізації людини та отримання доходів відповідно до її компетенцій і трудових результатів; стимулювання трудової та підприємницької активності; зміцнення середнього класу; поліпшення демографічної ситуації та стану ринку праці; гармонізація відносин між соціальними групами й утвердження соціальної солідарності.

Висновки до розділу 2

Сучасний стан державної системи соціального захисту осіб з інвалідністю має низку характерних рис, що свідчать про її невідповідність актуальним вимогам суспільного розвитку та європейським підходам до формування соціальної політики. Передусім йдеться про недостатній рівень системності та узгодженості державного управління, що виявляється у фрагментарності рішень і відсутності цілісного механізму реалізації державної політики у сфері підтримки осіб з інвалідністю. Важливою проблемою залишається й те, що сучасна модель соціального захисту не

узгоджується із загальною стратегією децентралізації влади, унаслідок чого повноваження та відповідальність різних рівнів управління розподілені неефективно.

Не менш значущою є недостатня нормативно-правова врегульованість відносин у сфері державного соціального захисту: правове поле часто не забезпечує належних механізмів реалізації гарантій, а окремі види допомоги або послуг не відповідають реальним потребам осіб з інвалідністю чи прожитковому мінімуму. Значні недоліки спостерігаються й у площині інформаційно-правового та роз'яснювального забезпечення, оскільки відсутність доступної інформації про види державної підтримки й умови її отримання суттєво ускладнює реалізацію прав громадян.

Серед актуальних викликів варто також виокремити складність існуючих механізмів гарантування, реалізації та правового захисту прав осіб з інвалідністю, а також недосконалість системи державного нагляду та громадського контролю, що значно знижує ефективність соціальної політики в цій сфері.

Розмір і форма соціальної допомоги мають відповідати реальним потребам одержувачів та забезпечувати відчутне покращення їх соціально-економічного становища. Водночас «ідеальна» модель адресної соціальної підтримки ризикує залишитися виключно теоретичною конструкцією, якщо її впровадження не буде супроводжуватися комплексними інституційними змінами та інноваціями у сфері соціального управління.

Подальший розвиток України вимагає орієнтації на європейські стандарти соціального забезпечення, що передбачає формування соціально орієнтованої економічної політики, спрямованої на покращення рівня життя населення. Надійна система соціального захисту, здатна ефективно підтримувати найбільш вразливі верстви населення, є ключовою умовою поступального розвитку держави, підвищення добробуту громадян та зміцнення суспільної стабільності. У контексті євроінтеграції питання організації соціального захисту набуває особливої значущості, оскільки

впливає не лише на матеріальний стан населення, а й на формування духовних, соціальних та трудових орієнтацій, стимулюючи економічну активність та підвищення рівня зайнятості.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ І ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ КЗОЗ ХОІАЦМС)

3.1. Прогнозування кількісних показників грошової допомоги нужденним і непрацездатним верствам населення

Зростання соціально-економічної складової розвитку національної економіки в умовах становлення ринкових відносин спричинило суттєві зрушення у структурі національного доходу. Одним із результатів таких трансформацій стало збільшення обсягів соціальної допомоги, у тому числі грошової підтримки малозабезпечених та непрацездатних громадян. При цьому величина соціальної допомоги формується під впливом низки взаємопов'язаних чинників, серед яких важливе місце займають співвідношення попиту й пропозиції основних соціальних благ, а також ефективність функціонування економіки загалом.

Дослідження особистого попиту є ключовим для визначення обсягів кінцевого продукту в структурі національного доходу, адже саме споживання відіграє провідну роль у забезпеченні розширеного відтворення, незважаючи на наявність притаманних соціально-економічним системам суперечностей. З одного боку, держава повинна задовольняти потреби соціально вразливих груп населення за рахунок бюджетних коштів, з іншого — у ринковому середовищі суб'єкти господарювання прагнуть максимізувати прибуток. Відтак у процесі взаємодії механізмів попиту та пропозиції, платоспроможності населення і можливостей виробництва виникають розбіжності, масштаб і характер яких залежать від рівня розвитку та стабільності ринкової економіки.

Комплексне вивчення формування споживчих витрат, аналіз гіпотез і моделей, що пояснюють їхню динаміку, є необхідним для поглиблення

наукових уявлень про закономірності прогнозування попиту. Це важливо також для з'ясування об'єктивних меж можливостей виробників, уточнення статистичних та динамічних залежностей особистих витрат, які змінюються під впливом рівня життя та соціальної структури суспільства, а також для вдосконалення економічних законів зростання. Такі дослідження дозволяють формувати науково обґрунтовані інструменти державного регулювання та уникати спекулятивних інтерпретацій соціально-економічних процесів. Значною мірою суперечності між попитом та пропозицією зумовлені нестабільним характером взаємовідносин між державними інституціями та бізнесом.

Теоретичне опрацювання питань пропозиції та моделювання особистого попиту є базою для проведення наукових досліджень, необхідних для створення стратегій соціального забезпечення, у тому числі визначення обсягів грошової допомоги тим категоріям населення, які її потребують. Важливою методологічною основою цих досліджень виступають методи економіко-математичного та економетричного моделювання. Використання таких методів дозволяє на основі ретроспективних даних побудувати математичні залежності між ключовими показниками та факторами, що їх визначають, оцінити силу впливу кожного фактора та реалізувати короткострокове прогнозування. Застосування моделювання є доцільним за умови дотримання вимог щодо репрезентативності даних та адекватності моделі реальним процесам.

Особливо актуальним в умовах перехідного періоду української економіки є прогнозування середнього розміру цільової грошової допомоги непрацездатним громадянам із мінімальними доходами. Значна частка населення залишається залежною від державної підтримки, що зумовлює потребу заздалегідь визначати обсяги необхідних видатків на етапі формування бюджетної політики. Науково обґрунтоване прогнозування дозволяє розуміти, скільки осіб потребуватимуть допомоги, у якому розмірі та які бюджетні ресурси мають бути передбачені. Відтак розроблення

методів прогнозування середніх розмірів грошової допомоги та її загальних обсягів є надзвичайно важливим напрямом досліджень.

З цією метою на основі статистичних даних за попередні періоди визначаються ключові фактори, що впливають на показники цільової грошової допомоги, будуються економетричні моделі залежностей, оцінюється величина впливу кожного чинника та визначаються прогнозні значення на короткострокову перспективу.

У методичних рекомендаціях Науково-дослідного економічного інституту Міністерства економіки України зазначено, що сектор загального державного управління включає центральні та місцеві органи влади, які здійснюють збір податків і фінансове забезпечення надання безоплатних або пільгових соціальних послуг, а також Пенсійний фонд України. Відповідно до законодавства встановлено правові, економічні та організаційні засади формування системи прогнозних та програмних документів соціально-економічного розвитку країни, визначено порядок їх підготовки, затвердження та виконання. Прогнози соціально-економічного розвитку є ключовим інструментом обґрунтування стратегічних рішень держави.

Актуальність державного регулювання попиту зумовлена тим, що у процесі переходу України до ринкових відносин виникли та загострилися соціально-економічні проблеми, які не можуть бути розв'язані виключно за допомогою ринкових механізмів. Важливим елементом політики подолання бідності є забезпечення рівності можливостей та створення простої й прозорої системи соціального захисту, яка гарантує надання належних благ тим, хто має на них законне право. Значна частина наукових розробок, зокрема методи економетричного моделювання, спрямована на вдосконалення цих механізмів. Важливу роль у проведенні таких досліджень відіграють дані статистичних щорічників України.

Динаміку кількості осіб, які отримували цільову грошову допомогу як непрацездатні громадяни з мінімальними доходами у 2019–2020 рр. по Україні, наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Кількість осіб, яким надана цільова грошова допомога як
непрацездатним громадянам з мінімальними доходами (у тисячах)

Рік	Усього Z_1	За інвалідністю Z_2	У разі втрати годувальника Z_3	Які отримують соціальну пенсію Z_4	Із загальної кількості одиноким Z_5
2019	2675	374	540	391	210
2020	2588	365	534	372	128
2017	1884	80	228	346	40
2018	848	103	36	299	50
2019	852	20,2	4	277	57
2020	760	86	1,5	180	47

В табл. 3.2 наведений середній розмір грошової допомоги непрацездатним громадянам з мінімальними доходами у грн.

Таблиця 3.2

Середній розмір грошової допомоги непрацездатним громадянам з
мінімальними доходами у грн.

Рік	Розмір грошової допомоги громадянам				
	Усього Y_1	За інвалідністю Y_2	У разі втрати годувальника Y_3	Які отримують соціальну пенсію Y_4	Із загальної кількості одиноким Y_5
2019	21,7	20,9	22,6	30,5	18,1
2020	25,44	25,62	26,16	35,83	21,54
2017	33,43	32,85	15,36	37,31	29,08
2018	40,83	52,0	17,3	37,55	49,84
2019	42,48	45,26	27,3	38,35	56,3
2020	42,79	56,72	30,29	38,38	57,6

Для знаходження економетричних залежностей показників $Y_1, Y_2, Y_3, Y_4, Y_5, Z_1, Z_2, Z_3, Z_4, Z_5$ використані такі значення факторів X_1, X_2, X_3, X_4, X_5 , які наведені в табл. 3.1.3.

Таблиця 3.3

Значення факторів, які впливають на показники

Рік	Значення факторів				
	ВВП у фактичних цінах в млрд. грн. X_1	Доходи (бюджетні) в млрд. грн. X_2	Видатки (бюджетні) в млрд. грн. X_3	Інвестиції в основний капітал в млрд. грн. X_4	Населення в млн. X_5
2019	204,2	54,9	55,5	32,6	48,5
2020	225,8	61,9	60,3	37,2	48,0
2017	267,3	75,3	75,8	51,0	47,6
2018	345,1	91,5	102,5	75,1	47,3
2019	441,4	134,1	142,0	93,1	46,9
2020	537,7	171,8	175,5	125,2	46,6

Для з'ясування залежностей між факторами та показниками розрахована кореляційна матриця (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Кореляційна матриця для факторів та показників

	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	y_1	y_2	y_3	y_4	y_5
X_1	1	0,99	0,99	0,99	-0,95	0,89	0,9	0,6	0,7	0,94
X_2	0,99	1	0,99	0,99	-0,93	0,84	0,85	0,6	0,7	0,90
X_3	0,99	0,99	1	0,99	-0,94	0,88	0,89	0,6	0,7	0,93
X_4	0,99	0,99	0,99	1	-0,95	0,9	0,92	0,5	0,7	0,94
X_5	-0,95	-0,93	-0,94	-0,95	1	-0,96	-0,93	-0,37	-0,88	-0,95
y_1	0,89	0,84	0,88	0,9	-0,96	1	0,95	0,16	0,9	0,97
y_2	0,9	0,85	0,89	0,92	-0,93	0,95	1	0,22	0,8	0,96
y_3	0,6	0,6	0,6	0,5	-0,37	0,16	0,22	1	0,11	0,33
y_4	0,7	0,7	0,7	0,7	-0,88	0,9	0,8	0,11	1	0,77
y_5	0,94	0,9	0,93	0,94	-0,95	0,97	0,96	0,33	0,77	1

Аналіз кореляційних залежностей, відображених у табл. 3.4, дає можливість зробити низку узагальнених висновків щодо характеру впливу кожного фактора на досліджувані показники.

1. Фактор X_1 (ВВП) демонструє виразну позитивну кореляцію з усіма факторами та показниками, за винятком X_5 . Це свідчить про те, що зростання ВВП супроводжується зростанням основних соціально-економічних параметрів, які формують потребу в соціальній підтримці.

2. Фактор X_2 (доходи населення) також характеризується стійким позитивним зв'язком з усіма іншими факторами й результативними показниками, окрім X_5 . Така залежність відображає прямий взаємозв'язок між рівнем доходів та масштабами соціальних трансфертів.

3. Фактор X_3 (видатки) має аналогічний характер зв'язків — значущу позитивну залежність від усіх параметрів, крім X_5 , що свідчить про системну взаємодію бюджетних видатків із соціально-економічними індикаторами.

4. Фактор X_4 (інвестиції), подібно до попередніх факторів, виявляє суттєву позитивну кореляцію з усіма (крім X_5) змінними моделі; це підтверджує взаємозумовленість інвестиційної активності та соціально-економічних процесів.

5. Фактор X_5 (чисельність населення), навпаки, відзначається стійкою негативною залежністю від усіх інших факторів і показників. Така тенденція може пояснюватися демографічними особливостями та структурними диспропорціями у сфері доходів і соціального забезпечення.

6. Показник Y_1 (загальна кількість осіб, які отримують допомогу) має позитивний зв'язок з усіма факторами та показниками, окрім X_5 , що вказує на чутливість цього показника до економічної динаміки та обсягів соціальних фінансових ресурсів.

7. Показник Y_2 (кількість осіб з інвалідністю, які отримують допомогу) демонструє аналогічну парадигму залежностей — позитивний

зв'язок із факторами, крім X_5 , що свідчить про економічну зумовленість масштабів відповідних соціальних виплат.

8. Показник Y_3 (особи, які отримують допомогу у разі втрати годувальника) також корелює позитивно з усіма факторами, за винятком X_5 .

9. Показник Y_4 (одержувачі пенсій) має позитивну залежність від усіх факторів, окрім X_5 , що логічно з огляду на природу соціальних трансфертів і фінансових механізмів пенсійного забезпечення.

10. Показник Y_5 (особи-одиначки) виявляє таку ж позитивну кореляцію з усіма факторами, окрім X_5 .

Для визначення характеру цих залежностей проведено апроксимацію зв'язків між результативними показниками та чинниками впливу за допомогою методу найменших квадратів. Обчислення виконувалися на основі даних таблиць 3.1–3.3, а для побудови моделей були використані наступні функціональні залежності:

$$Y_i = a_{oi} + \sum_{j=1}^4 a_{ij} x_{ij}, \quad (i = 1, 2, \dots, 5), \quad (3.1)$$

$$Y_i = a_{oi} + \sum_{j=2}^5 a_{ij} x_{ij}, \quad (i = 1, 2, \dots, 5), \quad (3.2)$$

$$Z_i = b_{oi} + \sum_{j=1}^4 b_{ij} x_{ij}, \quad (i = 1, 2, \dots, 5), \quad (3.3)$$

$$Z_i = b_{oi} + \sum_{j=2}^5 b_{ij} x_{ij}, \quad (i = 1, 2, \dots, 5), \quad (3.4).$$

Кращою вважається та функція, яка має найбільший коефіцієнт множинної детермінації R^2 і найменшу відносну стандартну похибку H . За цією схемою отримані такі залежності:

1) для показника Y

$$Y_1 = -25,9 + 0,71x_1 - 0,66x_2 - 0,8x_3 - 0,44x_4;$$

$$R^2 = 0,94; H = 5,8\%;$$

Коефіцієнти еластичності по факторам такі:

$$E_1 = 8,9; E_2 = -2,6; E_3 = -2,8; E_4 = -1,3.$$

$$Y_2 = -17 + 0,57x_1 - 0,79x_2 - x_3 + 0,63x_4;$$

$$R^2 = 0,94; H = 1\%;$$

Коефіцієнти еластичності по факторам такі:

$$E_1 = 5,2; E_2 = -2,4; E_3 = -3,1; E_4 = 1,4.$$

$$Y_3 = -472,6 + 0,62x_2 - 0,17x_3 - 0,25x_4 + 9,9x_5;$$

$$R^2 = 0,75; H = 11\%;$$

Коефіцієнти еластичності по факторам такі:

$$E_2 = 3,5; E_3 = -0,98; E_4 = -1,0; E_5 = 15,7.$$

$$Y_4 = 671 - 0,2x_2 + 0,25x_3 - 0,3x_4 - 13x_5;$$

$$R^2 = 0,99; H = 0,5\%;$$

Коефіцієнти еластичності по факторам такі:

$$E_2 = -0,89; E_3 = 1,1; E_4 = -1; E_5 = 15,8.$$

$$Y_4 = 644 - 1,6x_2 + 1,93x_3 - 0,39x_4 - 13x_5;$$

$$R^2 = 0,99; H = 0,6\%;$$

Коефіцієнти еластичності по факторам такі:

$$E_2 = -4,7; E_3 = 5,8; E_4 = -0,85; E_5 = 10,4.$$

$$Y_5 = 671 - 0,2x_2 + 0,25x_3 - 0,3x_4 - 13x_5;$$

$$R^2 = 0,99; H = 0,5\%;$$

Коефіцієнти еластичності по факторам такі:

$$E_2 = -0,89; E_3 = 1,1; E_4 = -1; E_5 = 15,8.$$

2) для показника Z

$$Z_1 = -31660 + 75,4x_2 - 66,1x_3 - 16x_4 + 710x_5;$$

$$R^2 = 0,99; H = 3,4\%;$$

Коефіцієнти еластичності по факторам такі:

$$E_2 = 17; E_3 = -15,2; E_4 = -2,6; E_5 = 43.$$

$$Z_2 = -16658 + 7,35x_2 - 8,07x_3 + 4,9x_4 + 351,6x_5;$$

$$R^2 = 0,84; H = 32\%;$$

Коефіцієнти еластичності по факторам такі:

$$E_2 = 14,7; E_3 = -16; E_4 = 7; E_5 = 190.$$

$$Z_3 = -14280 + 18,5x_2 - 16,1x_3 - 2,3x_4 + 307x_5;$$

$$R^2 = 0,96; H = 20\%;$$

Коефіцієнти еластичності по факторам такі:

$$E_2 = 10; E_3 = -9; E_4 = -1; E_5 = 40.$$

$$Z_4 = 633,8 - 1,9x_2 + 3,5x_3 - 4,4x_4 - 3,8x_5;$$

$$R^2 = 0,99; H = 0,5\%;$$

Коефіцієнти еластичності по факторам такі:

$$E_2 = -1,8; E_3 = 3,3; E_4 = -3; E_5 = -1.$$

$$Z_5 = -18061 - 0,9x_2 + 42x_3 - 1,7x_4 + 220x_5;$$

$$R^2 = 0,98; H = 10\%;$$

Коефіцієнти еластичності по факторам такі:

$$E_2 = -3; E_3 = 15; E_4 = -4; E_5 = 200.$$

За такими залежностями можна розраховувати прогнози показників, якщо прогнози факторів відомі. Так, наприклад, простою екстраполяцією на 2007 рік отримано такі прогнози факторів:

$$X_1 = 600; X_2 = 200; X_3 = 200; X_4 = 140; X_5 = 46.$$

За отриманими залежностями визначено:

$$Z_1 = 620; Z_2 = 58; Z_3 = 0; Z_4 = 163; Z_5 = 41.$$

Аналіз отриманих коефіцієнтів еластичності дає підстави сформулювати низку висновків щодо характеру впливу кожного фактора на досліджувані показники соціальної підтримки.

Перш за все, фактор X_1 (ВВП) демонструє істотно виражений позитивний вплив на такі результативні показники, як Y_1 — загальний розмір грошової допомоги непрацездатним громадянам та Y_2 — обсяг допомоги за інвалідністю, що відображає пряму залежність між загальноекономічним розвитком держави та масштабами соціальних трансфертів.

Фактор X_2 (бюджетні доходи) сприятливо впливає на Y_3 — допомогу у разі втрати годувальника, а також на низку кількісних показників: Z_1 — загальну кількість отримувачів допомоги, Z_2 — кількість осіб, які отримують допомогу за інвалідністю, Z_3 — кількість отримувачів допомоги у разі втрати годувальника. Водночас для інших показників цей фактор має негативний вплив, що підкреслює неоднозначність його дії в системі соціальної підтримки.

Щодо фактора X_3 (бюджетні видатки), то його позитивний вплив проявляється передусім на Y_4 — обсяг допомоги особам, які отримують соціальну пенсію, Y_5 — допомогу самотнім громадянам, а також Z_4 — кількість отримувачів допомоги у разі втрати годувальника та Z_5 — кількість осіб-одиначків, яким надається допомога. Для решти показників спостерігається негативна еластичність.

Фактор X_4 (інвестиції) позитивно корелює з Y_2 та Z_2 , тобто з обсягом та кількістю випадків надання допомоги за інвалідністю, що логічно пояснюється роллю інвестицій у модернізацію соціальних програм. Для інших параметрів цей фактор, навпаки, має стримуючий вплив.

Фактор X_5 (чисельність населення) позитивно впливає на такі показники, як Y_3 , Z_1 , Z_2 , Z_3 , Z_5 , тобто на переважну частину кількісних характеристик отримувачів соціальної підтримки. Водночас для інших результативних показників він чинить негативний вплив.

Прогнозування надання грошової та натуральної допомоги

Під час дослідження процесів соціальної підтримки малозабезпечених та непрацездатних громадян були побудовані економетричні моделі, що описують:

- середній розмір грошової та натуральної допомоги одній особі;
- кількість громадян, які потребують та фактично отримують соціальну підтримку.

На основі цих моделей визначено величини впливу кожного фактора та здійснено короткострокові прогнози відповідних показників.

Сучасний етап соціально-економічного розвитку України характеризується значною кількістю осіб, які потребують державної допомоги — як у грошовій, так і в натуральній формах. Для оцінки обсягів майбутніх потреб необхідно застосовувати наукові підходи прогнозування, що зумовлює актуальність обраної тематики.

Для розв'язання цих завдань використовуються статистичні дані за попередні роки щодо кількості отримувачів допомоги, середніх розмірів соціальних виплат та факторів, які визначають їх динаміку. На основі економетричних моделей розраховуються коефіцієнти еластичності, що дає можливість оцінити силу впливу кожного фактору на кожний показник, а також побудувати короткострокові прогнози.

У стратегічних документах соціально-економічного розвитку держави, зокрема у Планах розвитку економіки України, приділяється значна увага прогнозуванню показників соціальної сфери. Особливе місце займає прогнозування розмірів допомоги непрацездатним особам та оцінка попиту на соціальні послуги. Використання економетричних методів дозволяє забезпечити обґрунтованість таких прогнозів та точність управлінських рішень.

Під час оцінки натуральної допомоги для малозабезпечених громадян враховувалися різні види підтримки: забезпечення продуктами харчування та гарячими обідами, надання промислових і господарських товарів, часткова оплата санаторно-курортних та оздоровчих путівок, покриття витрат на комунальні послуги та інші форми соціальної підтримки.

3.2. Економетричні методи для визначення показників процесу призначення субсидій

Дослідження кількості сімей, що потребують субсидій на оплату житлово-комунальних послуг, є важливим елементом оцінювання навантаження на державний та місцеві бюджети в умовах соціально-економічної нестабільності. Особливо актуальним це завдання стає у період трансформації економіки України, коли значна частина домогосподарств має низькі доходи і не може самостійно забезпечити оплату базових комунальних послуг.

З метою обґрунтованого прогнозування бюджетних видатків було побудовано економетричну модель кількісної залежності між показником кількості сімей, яким призначено субсидії, та ключовими соціально-економічними факторами. Для цього використано статистичні дані за 2019–2020 рр., а також низку показників, що характеризують соціально-економічний стан регіонів України.

Мета та завдання моделювання

Метою створення економетричної моделі є:

- кількісне оцінювання впливу демографічних та економічних факторів на потребу населення у субсидіях;
- визначення ключових чинників, які формують попит на державну підтримку;
- розрахунок коефіцієнтів впливу кожного фактора та оцінка їх еластичності;
- формування короткострокового прогнозу кількості сімей, які потребуватимуть субсидій у наступних бюджетних періодах.

Побудова таких моделей є необхідною умовою для удосконалення політики соціального захисту та ефективного планування бюджетних витрат на субсидії.

У методичних рекомендаціях Науково-дослідного економічного інституту Міністерства економіки України наголошується, що ефективна

реалізація економічної політики неможлива без розроблення системи прогнозних моделей та використання інструментарію економетричного аналізу. Програми економічного та соціального розвитку України повинні спиратися на науково обґрунтовані моделі, які дають можливість відтворювати реальні економічні процеси та забезпечувати прогнозування їх майбутньої динаміки.

Сучасні підходи до економетричного моделювання ґрунтуються на застосуванні системного, економіко-математичного та економіко-статистичного методів, які дозволяють встановити кількісні залежності між результативними показниками та незалежними факторами.

Статистична база дослідження

Дані для побудови моделі отримано із статистичних щорічників України за 2019–2025 рр. Для моделювання використано такі змінні:

Y — кількість сімей, яким призначено субсидії (тис. сімей);

X_1 — чисельність населення регіону (млн осіб);

X_2 — кількість безробітних за методологією МОП (тис. осіб);

X_3 — доходи населення (млрд грн).

Такі змінні відображають як демографічні характеристики регіону, так і соціально-економічні умови, що безпосередньо впливають на платоспроможність домогосподарств.

Форма моделі

Для встановлення залежності між результативним показником та обраними факторами застосовано лінійну економетричну модель вигляду:

$$Y = a_0 + a_1 X_1 + a_2 X_2 + a_3 X_3, \quad (3.2.1)$$

Коефіцієнти a_0, a_1, a_2, a_3 розраховуються за методом найменших квадратів на основі статистичних даних за 2001-2006рр по Україні, тобто шляхом знаходження мінімуму функції

$$Z = \sum_{t=1}^m \left(y(t) - y_t \right)^2, \quad (3.2.2)$$

суми квадратів відхилень теоретичних значень показника

$$y_{(t)} = a_0 + a_1x_{1t} + a_2x_{2t} + a_3x_{3t}, \quad (3.2.3)$$

від фактичних y_t для кожного регіону України, де t - номер року ($t=1$ для 2001р., $t=2$ для 2002р., ..., $t=6$ для 2006р.), $t=1,2, \dots, m$ ($m=6$).

Оцінка адекватності залежності (1) проводиться спочатку за величиною коефіцієнта множинної детермінації

$$R^2 = 1 - Z/D, \quad (3.2.4)$$

Чим ближче R^2 до 1, тим більше функція (3.1) залежить від факторів x_1, x_2, x_3 ; Чим менша відносна стандартна похибка H (у відсотках), тим краще функція (3.1) апроксимує залежність (3.1).

Таблиця 3.5

Кількість сімей, яким призначено субсидії (тис.) за житлово-комунальні послуги по Україні

п	Область	Рік					
		2019	2020	2021	2023	2024	2025
0	Всього по Україні	4347	3774	3046	2559	1423	1245
2	Вінницька	165	144	140	113	61	55
3	Волинська	101	82	66	54	31	28
4	Дніпровська	331	280	227	178	77	74
5	Донецька	437	381	293	273	187	177
6	Житомирська	139	115	109	104	54	48
7	Закарпатська	62	60	46	44	29	22
8	Запорізька	141	114	102	96	55	39
9	Івано-Франківська	135	121	90	68	34	30
10	Київська	200	163	121	97	51	60
11	Кіровоградська	131	119	109	88	55	38
12	Луганська	206	160	122	89	46	69
13	Львівська	311	229	180	126	70	62

14	Миколаївська	82	75	55	48	27	20
15	Одеська	103	113	97	82	44	23
16	Полтавська	175	150	121	93	46	55
17	Рівненська	110	100	77	55	23	27
18	Сумська	164	160	112	96	62	59
19	Тернопільська	129	109	86	78	37	30
20	Харківська	346	320	242	219	128	111
21	Херсонська	68	77	51	46	31	25
22	Хмельницька	154	149	136	106	58	42
23	Черкаська	149	141	114	109	64	56
24	Чернівецька	52	50	45	41	26	18
25	Чернігівська	137	122	111	98	49	41

Таблиця 3.6

Кількість постійного населення в Україні (млн. осіб)

п	Область	Рік					
		2019	2020	2021	2023	2024	2025
0	Всього по Україні	48,46	48,00	47,44	47,10	46,75	46,46
2	Вінницька	1,772	1,754	1,729	1,713	1,694	1,679
3	Волинська	1,061	1,055	1,046	1,042	1,038	1,035
4	Дніпровська	3,568	3,533	3,499	3,472	3,444	3,419
5	Донецька	4,841	4,774	4,708	4,659	4,610	4,677
6	Житомирська	1,389	1,374	1,361	1,346	1,331	1,318
7	Закарпатська	1,258	1,254	1,248	1,245	1,243	1,241
8	Запорізька	1,929	1,909	1,892	1,876	1,860	1,846
9	Івано-Франківська	1,410	1,404	1,395	1,391	1,386	1,382
10	Київська	1,828	1,808	1,788	1,773	1,758	1,745
11	Кіровоградська	1,133	1,115	1,094	1,077	1,061	1,047
12	Луганська	2,546	2,507	2,468	2,435	2,404	2,377
13	Львівська	2,626	2,611	2,580	2,569	2,559	2,550
14	Миколаївська	1,265	1,252	1,240	1,228	1,219	1,211
15	Одеська	2,469	2,448	2,419	2,404	2,391	2,384
16	Полтавська	1,630	1,609	1,583	1,564	1,547	1,532
17	Рівненська	1,173	1,168	1,163	1,160	1,155	1,153
18	Сумська	1,300	1,280	1,259	1,242	1,224	1,209

19	Тернопільська	1,142	1,134	1,123	1,116	1,19	1,102
20	Харківська	2,914	2,888	2,851	2,833	2,813	2,796
21	Херсонська	1,175	1,161	1,148	1,136	1,125	1,115
22	Хмельницька	1,431	1,415	1,398	1,385	1,370	1,358
23	Черкаська	1,403	1,387	1,369	1,353	1,337	1,324
24	Чернівецька	0,923	0,918	0,911	0,908	0,951	0,903
25	Чернігівська	1,245	1,225	1,198	1,179	1,16	1,143

У таблиці 3.6 представлено статистичні дані щодо кількості домогосподарств (у тис. сімей), яким було призначено субсидії на оплату житлово-комунальних послуг. Порядковий номер у таблиці відповідає номеру регіону, при цьому позначення $n = 0$ використано для характеристики показників по Україні загалом. Аналіз наведених даних свідчить, що в більшості областей протягом досліджуваного періоду кількість сімей — отримувачів субсидій — мала тенденцію до істотного скорочення. Винятком стали лише окремі регіони: Київська, Луганська, Полтавська та Рівненська області, де у 2020 році зафіксовано незначне зростання цього показника порівняно з попереднім роком.

У таблиці 3.7 наведено узагальнену інформацію щодо бюджетних доходів по Україні, яка використовується як один з ключових факторів у подальшому економетричному аналізі.

Таблиця 3.7

Кількість безробітного населення за методологією МОП по Україні
(в тис. осіб)

п	Область	Рік					
		2019	2020	2021	2023	2025	2025
0	Всього по Україні	2517	2301	2059	1907	1601	1515
2	Вінницька	85,7	71,0	49,2	62,4	52,4	50,7
3	Волинська	50,6	50,8	61,4	51,2	41,9	41,5
4	Дніпропетровська	154,5	146,9	130,9	104,4	91,9	85,4
5	Донецька	241,6	218,3	183,9	164,4	140,2	129,3
6	Житомирська	81,1	78,6	74,9	70,8	61,9	57,0

7	Закарпатська	69,0	66,6	42,2	48,2	41,3	41,3
8	Запорізька	100,7	86,3	95,2	71,3	62,3	58,3
9	Івано-Франківська	80,4	75,5	66,8	58,4	50,3	47,0
10	Київська	98,5	89,0	81,5	69,1	55,9	52,0
11	Кіровоградська	77,9	59,6	51,4	54,8	44,0	41,3
12	Луганська	152,0	137,0	102,9	103,1	88,8	82,4
13	Львівська	162,9	158,7	130,0	117,5	102,4	96,8
14	Миколаївська	69,4	64,9	75,5	63,8	55,2	53,0
15	Одеська	110,6	92,0	60,3	77,6	58,3	56,0
16	Полтавська	58,4	45,9	61,6	53,3	54,2	52,2
17	Рівненська	47,6	61,8	60,1	62,7	49,5	48,0
18	Сумська	97,8	82,4	76,0	62,6	45,2	45,8
19	Тернопільська	78,9	67,9	56,1	52,6	42,3	41,8
20	Харківська	170,9	155,6	139,2	110,6	91,6	85,5
21	Херсонська	73,1	71,5	62,8	57,5	49,0	48,4
22	Хмельницька	82,3	87,5	83,3	71,3	55,9	55,2
23	Черкаська	73,6	58,3	69,2	72,6	62,9	56,9
24	Чернівецька	69,6	55,3	36,9	49,1	39,5	37,3
25	Чернігівська	71,0	68,8	61,3	53,3	44,4	45,5

Таблиця 3.8

Доходи населення України (в млрд.грн.)

п	Область	Рік					
		2019	2020	2021	2023	2025	2025
0	Всього по Україні	158,0	185,1	199,4	274,2	381,4	479,3
2	Вінницька	5,044	5,814	5,41	8,75	12,19	15,17
3	Волинська	2,902	3,445	3,69	4,94	6,808	8,728
4	Дніпропетровська	12,89	14,757	16,08	32,24	31,28	39,07
5	Донецька	16,42	19,572	17,57	29,5	40,753	51,33
6	Житомирська	3,75	4,481	4,18	6,87	9,418	11,42
7	Закарпатська	2,881	3,36	4,41	5,45	7,504	9,59
8	Запорізька	7,057	7,957	8,77	11,81	16,36	20,35
9	Івано-Франківська	3,591	4,191	4,01	6,55	9,12	11,5
10	Київська	6,560	7,067	6,55	9,93	13,824	17,35
11	Кіровоградська	3,26	3,722	3,81	5,37	7,451	9,23
12	Луганська	7,359	8,540	7,91	12,88	17,86	22,08
13	Львівська	7,787	9,221	10,33	14,35	19,82	24,6

14	Миколаївська	3,783	4,558	4,47	6,75	9,30	11,43
15	Одеська	6,814	7,982	10,34	13,47	18,56	22,47
16	Полтавська	5,322	6,279	6,16	9,26	12,83	15,85
17	Рівненська	3,260	3,872	4,18	5,67	7,82	9,83
18	Сумська	3,984	4,504	4,42	6,53	9,11	11,5
19	Тернопільська	2,74	3,119	3,18	4,94	6,97	8,92
20	Харківська	9,588	11,253	14,60	16,52	22,93	28,77
21	Херсонська	2,979	3,529	3,83	5,48	7,66	9,45
22	Хмельницька	4,029	4,693	5,28	7,06	9,87	12,16
23	Черкаська	3,902	4,452	4,37	6,74	9,39	11,91
24	Чернівецька	2,109	2,401	3,19	4,14	5,78	7,22
25	Чернігівська	3,776	4,298	4,09	6,3	8,65	10,97

Як видно з цієї таблиці доходи щорічно зростають.

Проведені розрахунки визначали такі результати для України та регіонів.

Для України в цілому

$$Y_0 = 27806 - 716,2x_1 + 4,5x_2 - 0,22x_3$$

$$R^2=0,99 ; N=1\% ; E_1=-12 ; E_2=3,3 ; E_3=-0,02$$

Для Вінницької області

$$Y_2 = -200,2 + 209x_1 + 0,41x_2 - 8,2x_3$$

$$R^2=0,97 ; N=6\% ; E_1=3,2 ; E_2=0,22 ; E_3=-0,64$$

Для Волинської області

$$Y_3 = -2887 + 2774x_1 + 0,8x_2 + 1,2x_3$$

$$R^2=0,99 ; N=4\% ; E_1=47 ; E_2=0,7 ; E_3=0,1$$

Для Дніпропетровської області

$$Y_4 = -2788 + 700x_1 + 3,72x_2 + 4x_3$$

$$R^2=0,98 ; N=6\% ; E_1=12 ; E_2=2,3 ; E_3=0,5$$

Для Донецької області

$$Y_5 = -290 + 35,1x_1 + 2,3x_2 + 0,078x_3$$

$$R^2=0,99 ; N=3\%$$

Для Житомирської області

$$Y_6 = 77,2 - 307,6x_1 + 5,78x_2 + 3,77x_3$$

$$R^2=0,96 ; N=7\% ; E_1=-4,3 ; E_2=4,3 ; E_3=0,3$$

Для Закарпатської області

$$Y_7 = 359 - 249x_1 + 0,45x_2 - 4,87x_3$$

$$R^2=0,99 ; N=2\%$$

Для Запорізької області

$$Y_8 = -1282 + 758,2x_1 - 0,2x_2 - 3,36x_3$$

$$R^2=0,97 ; N=6\% ; E_1=15 ; E_2=-0,17 ; E_3=-0,44$$

Для Івано-Франківської області

$$Y_9 = 929 - 800x_1 + 4,1x_2 + 1,14x_3$$

$$R^2=0,99 ; N=3\% ; E_1=-14 ; E_2=3,2 ; E_3=0,1$$

Для Київської області

$$Y_{10} = -76,4 - 125,5x_1 + 4,7x_2 + 6,3x_3$$

$$R^2=0,99 ; N=3\% ; E_1=-2 ; E_2=3 ; E_3=0,6$$

Для Кіровоградської області

$$Y_{11} = 138,3 - 9,3x_1 + 0,57x_2 - 12,5x_3$$

$$R^2=0,99 ; N=3\% ; E_1=-0,12 ; E_2=0,35 ; E_3=-0,76$$

Для Луганської області

$$Y_{12} = -4656 + 1964,6x_1 - 1,21x_2 + 6,43x_3$$

$$R^2=0,96 ; N=9\% ; E_1=41 ; E_2=-1,2 ; E_3=0,7$$

Для Львівської області

$$Y_{13} = -1464 + 602x_1 + 1,3x_2 - 1,43x_3$$

$$R^2=0,99 ; N=4,5\%$$

Для Миколаївської області

$$Y_{14} = -944 - 853,8x_1 - 0,56x_2 - 3,6x_3$$

$$R^2=0,98 ; N=6\% ; E_1=20 ; E_2=-0,7 ; E_3=-0,5$$

Для Одеської області

$$Y_{15} = 1209 - 428x_1 + 0,061x_2 - 7,65x_3$$

$$R^2=0,98 ; N=5\% ; E_1=-13 ; E_2=0,06 ; E_3=-1,3$$

Для Полтавської області

$$Y_{16} = -1854 + 1244x_1 + 0,13x_2 - 0,99x_3$$

$$R^2=0,96 ; N=9\% ; E_1=18 ; E_2=0,07 ; E_3=-0,9$$

Для Рівненської області

$$Y_{17} = -6740 + 5789x_1 + x_2 + 4x_3$$

$$R^2=0,98 ; N=7\% ; E_1=100 ; E_2=0,9 ; E_3=0,36$$

Для Сумської області

$$Y_{18} = -1464 + 1231x_1 + 0,32x_2 + 1,4x_3$$

$$R^2=0,96 ; N=8\% ; E_1=14 ; E_2=0,2 ; E_3=0,1$$

Для Тернопільської області

$$Y_{19} = 107,4 - 84x_1 + 1,7x_2 - 6,1x_3$$

$$R^2=0,99 ; N=3\% ; E_1=-1,2 ; E_2=1,2 ; E_3=-0,4$$

Для Харківської області

$$Y_{20} = -2223,2 + 855x_2 - 4,5x_3$$

$$R^2=0,98 ; N=5\% ; E_1=10,6 ; E_2=0,4 ; E_3=-0,34$$

Для Херсонської області

$$Y_{21} = 454 - 491x_1 + 2,7x_2 - 0,76x_3$$

$$R^2=-11 ; N=3,3 ; E_3=-0,1$$

Для Хмельницької області

$$Y_{22} = -388 + 316x_1 + 1,38x_2 - 6,32x_3$$

$$R^2=0,99 ; N=1\% ; E_1=4 ; E_2=0,9 ; E_3=-0,4$$

Для Черкаської області

$$Y_{23} = -1066 + 879x_1 - 0,01x_2 - 3,67x_3$$

$$R^2=0,96 ; N=7\% ; E_1=11 ; E_2=-0,01 ; E_3=-0,24$$

Для Чернівецької області

$$Y_{24} = 115,5 - 54,06x_1 + 0,013x_2 - 6,7x_3$$

$$R^2=0,99 ; N=13\% ; E_1=-1,3 ; E_2=0,017 ; E_3=-0,7$$

Для Чернігівської області

$$Y_{25} = 11,7 + 31,8 + 1,5x_2 - 7,13x_3$$

$$R^2=0,97 ; N=6\% ; E_1=0,4 ; E_2=0,9 ; E_3=-0,5$$

Для м. Київ

$$Y_{26} = -487 + 208x_1 + 2,2x_2 - 3,17x_3$$

$$R^2=0,92 ; N=17\% ; E_1=4,8 ; E_2=1,4 ; E_3=-0,9$$

Аналіз отриманих результатів дає підстави стверджувати, що всі коефіцієнти множинної детермінації мають значення, близькі до 1. Це свідчить про те, що побудовані економетричні моделі адекватно описують реальну залежність кількості сімей, яким призначено субсидії на оплату житлово-комунальних послуг, від трьох ключових факторів: чисельності населення України, кількості безробітних та обсягу бюджетних доходів населення. Невеликі значення відносних статистичних похибок підтверджують достатньо високу якість апроксимації фактичних даних отриманими рівняннями.

Характер впливу факторів на результативний показник можна узагальнити таким чином.

1. Фактор X_1 — чисельність населення України. Позитивний вплив цього фактора простежується для таких регіонів: Вінницької, Волинської, Дніпропетровської, Донецької, Запорізької, Луганської, Львівської, Миколаївської, Полтавської, Рівненської, Сумської, Харківської, Черкаської областей та м. Київ. Водночас значний негативний вплив спостерігається по Україні в цілому, а також для Житомирської, Закарпатської, Івано-Франківської, Київської, Одеської, Тернопільської, Херсонської та Чернівецької областей. Для Кіровоградської та Чернігівської областей сила впливу є незначною.

2. Фактор X_2 — чисельність безробітних. Зростання рівня безробіття чинить позитивний вплив на показник у більшості регіонів. Виняток становлять Запорізька, Луганська, Миколаївська та Черкаська області, для яких виявлено від'ємний вплив.

3. Фактор X_3 — обсяг доходів населення (бюджетних). Доходи населення мають позитивний вплив у Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Луганській, Рівненській та Сумській областях. Протилежна тенденція

спостерігається для України загалом, а також для Вінницької, Запорізької, Кіровоградської, Львівської, Одеської, Полтавської, Тернопільської, Харківської, Херсонської, Хмельницької, Черкаської, Чернівецької, Чернігівської областей та м. Київ, де вплив доходів виявився негативним.

Таблиця 3.9

Шляхи вирішення проблем соціального захисту населення України

Виявлені в ході дослідження проблеми	Пропозиції щодо вирішення
Низький рівень адресності соціальних пільг	Перехід від категоріального підходу до надання пільг до індивідуально орієнтованої моделі, за якої пільги спрямовуються на конкретну особу. Передбачає визначення рівня доходу заявника та надання пільги лише тим, чий дохід є нижчим за середній.
Невідповідність між обсягами пільг та реальними можливостями держави забезпечити їх фінансування	Запровадження законодавчих обмежень на впровадження нових пільг без визначення стабільного джерела їх фінансування. Установлення принципу «одна особа — одна пільга» як механізму оптимізації бюджетного навантаження.
Хронічна дефіцитність Пенсійного фонду України	Для зменшення видаткового навантаження пропонується встановити максимальний розмір пенсії за віком та здійснити детінізацію заробітних плат з метою розширення бази нарахування пенсійних внесків.
Залишковий принцип фінансування медичної галузі	Доцільним є запровадження системи обов'язкового медичного страхування, що знизить фінансовий тиск на державний бюджет та унеможливить перекриття витрат інших галузей за рахунок видатків на охорону здоров'я.

Отже, узагальнення наведених матеріалів свідчить, що чинна система надання соціальних пільг є малоефективною, фрагментарною за своєю структурою та такою, що потребує комплексного реформування. Покращення механізмів соціальних гарантій, на нашу думку, має здійснюватися за кількома ключовими напрямками.

По-перше, необхідним є відхід від суто категоріального принципу призначення пільг та перехід до індивідуалізованої моделі, орієнтованої на конкретну особу, яка справді потребує підтримки. Реалізувати такий підхід можливо шляхом попереднього оцінювання рівня доходів потенційного отримувача. Якщо встановлено, що фактичний дохід перевищує середній

рівень, особа має втрачати право на пільгу. Ефективність цієї моделі передбачає створення системи моніторингу доходів пільговиків. Незважаючи на певне збільшення адміністративних витрат, такий підхід істотно підвищить адресність підтримки й водночас зменшить загальний обсяг пільгових виплат, оскільки значна частина нинішніх отримувачів є особами з доходами вище середнього.

По-друге, для усунення дисбалансу між номінальними зобов'язаннями держави та фактичною можливістю їх фінансового забезпечення доцільно закріпити за кожним видом пільги відповідний нормативний документ з чітко визначеним джерелом фінансування. Це можуть бути як кошти державного й місцевих бюджетів, так і ресурси фондів соціального страхування. Такий підхід забезпечить прозорість, передбачуваність та фінансову збалансованість системи соціальних гарантій.

По-третє, особливо актуальним є розроблення єдиного комплексного законодавчого акту, який би систематизував усі види соціальних пільг, визначав процедури їх призначення й фінансування, а також регламентував механізми контролю. Запровадження такого нормативного документа гармонізує процедури, усуне дублювання норм і сформує зрозумілу та єдину систему соціального забезпечення.

Незважаючи на об'єктивні труднощі — економічну кризу, воєнні дії та політичну нестабільність — не можна виправдати той факт, що права та життєві умови людей з інвалідністю в Україні суттєво відстають від стандартів, передбачених Конвенцією ООН про права інвалідів, яка набула чинності в Україні 4 лютого 2014 року. Проте першопричини недостатнього прогресу, можливо, полягають не лише у складному політико-економічному становищі, а й у недооцінюванні суспільством значного інтелектуального й трудового потенціалу осіб з інвалідністю. Адже неможливо наперед визначити, якою мірою обмеження одних можливостей компенсується розвитком інших якостей, здатних бути надзвичайно цінними для суспільства.

Усвідомлення цього факту, а також розуміння того, що активне залучення осіб з інвалідністю до суспільного та економічного життя сприятиме консолідації соціального простору та стимулюватиме соціально-економічний розвиток держави, має спонукати владні інституції до більш рішучих і системних кроків у розв'язанні проблемних питань у зазначеній сфері.

3.3. Шляхи вирішення проблем соціального захисту населення в умовах інтеграції

Процес поглиблення інтеграції України у світове економічне співтовариство супроводжується масштабними трансформаціями системи державного управління, ключовою складовою якої виступає соціально-економічна система. Ці зміни ґрунтуються на принципі поєднання економічної результативності, зумовленої дією ринкових механізмів, та досягнення соціального компромісу, що забезпечує суспільну стабільність. Відтак, пошук оптимальних механізмів і науково обґрунтованих підходів до функціонування системи соціального захисту стає не лише актуальним практичним завданням, але й одним із пріоритетних напрямів сучасних наукових досліджень.

Однією з ключових складових змісту категорії «соціальна держава» є саме соціальний захист. Неможливо розбудувати реальну, а не декларативну соціальну державність без визначення ефективних шляхів формування такої системи соціального захисту, яка відповідала б міжнародним стандартам і потребам суспільства. Таким чином, проблематика становлення та розвитку механізмів соціального захисту нерозривно пов'язана з процесом руху України до реалізації засад, закріплених у Конституції України. Відповідно до статті 1 Основного Закону, Україна проголошена демократичною, правовою та соціальною державою. Забезпечення гарантій і реального

втілення цих конституційних положень є одним із найважливіших стратегічних завдань сучасного етапу державотворення [1].

Прагнення України інтегруватися до Європейської співдружності та Європейського Союзу передбачає формування системи правових, економічних, організаційних та інституційних механізмів, за допомогою яких державні та недержавні структури зможуть забезпечувати соціальну стабільність, сприяти підвищенню добробуту населення та гарантувати належний рівень і якість життя. У цьому контексті реалізація соціальної політики щодо будь-якої групи громадян неможлива без впровадження дієвих інструментів соціального захисту, який є фундаментальним елементом соціальної політики та невід'ємною складовою ефективного функціонування держави в умовах ринкової економіки.

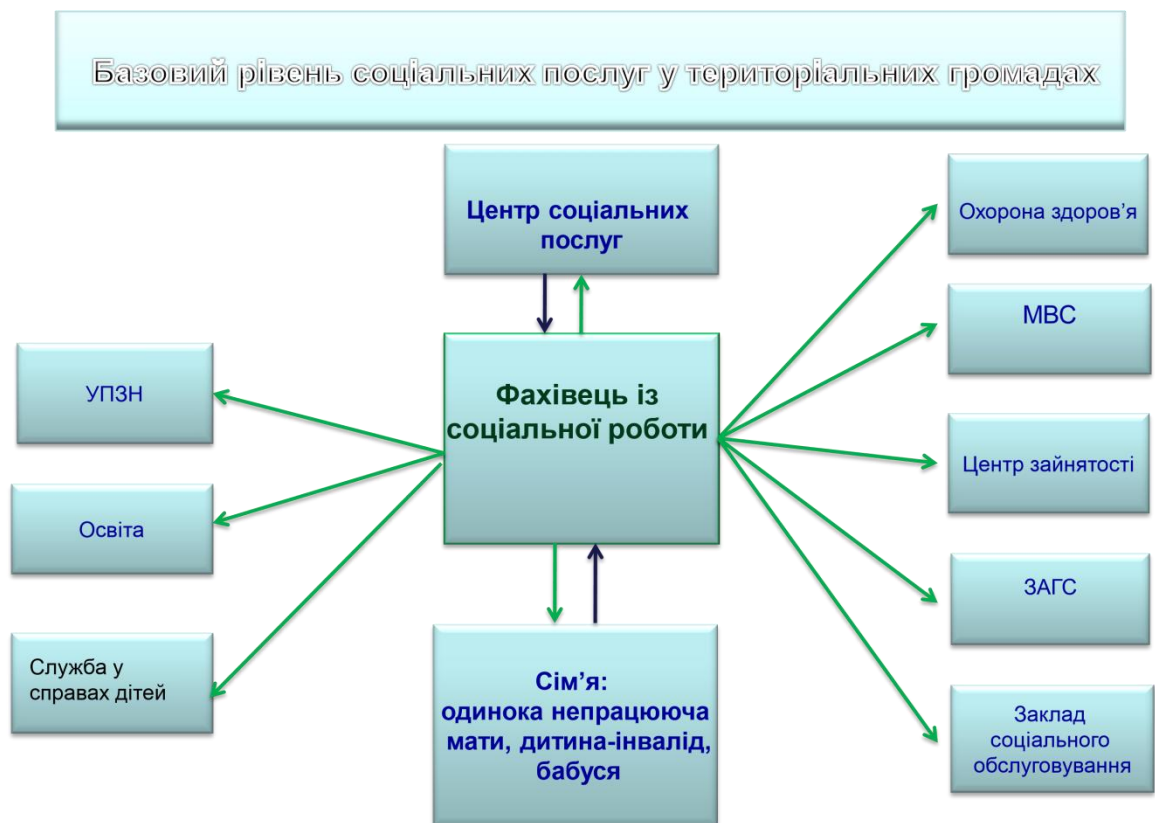


Рис. 3.5. Соціальні послуги в громадах

Процес поглиблення інтеграції України у світове економічне співтовариство об'єктивно вимагає суттєвого реформування системи державного управління, ключовою складовою якої виступає соціально-економічний сектор. В основі цих трансформацій лежить ідея гармонізації економічної ефективності, що є наслідком дії ринкових механізмів, із забезпеченням соціального компромісу, який гарантує стабільність і сталий розвиток суспільства. За таких умов наявність працездатної та ефективної системи соціального захисту постає важливим індикатором рівня зрілості держави та її відповідності сучасним викликам.

В Україні соціальний захист реалізується через комплекс різноспрямованих інструментів, серед яких: матеріальне забезпечення працюючого населення шляхом соціального страхування, пенсійне забезпечення, соціальна допомога найуразливішим групам, матеріальна підтримка сімей із дітьми, компенсаційні виплати, індексація доходів, система пільг, а також соціальне обслуговування. Таким чином, механізми соціального захисту поєднують елементи соціального забезпечення та соціальної допомоги, забезпечуючи різні аспекти підтримки громадян.

Стратегічна мета України — досягнення рівня економічно розвинених європейських держав — потребує глибокої модернізації підходів до захисту прав людини, демократизації суспільних процесів, зміцнення економічного потенціалу та створення умов для зростання матеріального й духовного добробуту населення. Найбільш показовим критерієм реалізації державної політики у соціальній сфері є рівень соціального захисту громадян та реальне забезпечення соціальних гарантій.

У цьому контексті певні позитивні зміни могли б забезпечити удосконалення податкової політики, зокрема нові положення Податкового кодексу, які передбачають такі важливі напрями:

1. Запровадження диференційованих нормативів працевлаштування осіб з інвалідністю. Оскільки умови праці в окремих сферах економічної діяльності можуть бути несумісними зі станом здоров'я більшості осіб з

інвалідністю, універсальна норма у 4% є неефективною. Для підприємств зі складними умовами праці її застосування лише стимулює ухилення та корупційні схеми. Водночас у низці сфер (наприклад, рекламно-інформаційній, соціально-побутовій тощо) умови праці цілком придатні для людей з інвалідністю, зокрема для виконання роботи з дому. Тому для таких підприємств обґрунтованою є норма працевлаштування на рівні 15–20%.

2. Впровадження системи гарантованого державного замовлення для підприємств, де понад 20% персоналу становлять особи з інвалідністю. Суть цієї моделі полягає в обов'язковості закупівель продукції чи послуг такими підприємствами (Покупцями), що не виконують норматив працевлаштування інвалідів, у тих організацій (Продавців), де частка працюючих осіб з інвалідністю перевищує 20%. Якщо обсяг закупівель сягатиме не менше 4% річного фонду оплати праці Покупця, останній звільняється від штрафних санкцій Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю.

3. Створення механізму інституційного поручительства громадських організацій інвалідів перед роботодавцями та Фондом соціального захисту інвалідів. Такий механізм має ґрунтуватися на системі взаємопов'язаних дій:

- підбір кандидатур громадськими організаціями відповідно до загальнодоступних списків вакансій; – фінансування роботи цих організацій з підбору та супроводу працівників з інвалідністю на конкурсній основі;
- укладання тристоронніх договорів між громадськими організаціями, роботодавцями та Фондом соціального захисту інвалідів щодо гарантій якості працевлаштування та тривалості супроводу;
- можливість організації надомної праці за згодою роботодавця та працівника;
- системний супровід таких трудових відносин з боку Фонду соціального захисту інвалідів. [19]

Разом із тим, зазначені законодавчі зміни не є достатніми для реального вирішення проблем, з якими стикаються особи з інвалідністю. Першочерговим завданням є формування механізмів масового, економічно доцільного та соціально значущого залучення людей з інвалідністю до активного суспільного життя та ринку праці. Доки суспільство розглядатиме людей з інвалідністю насамперед як об'єкт милосердя та соціальної підтримки, а не як носіїв значного трудового, інтелектуального та творчого потенціалу, позитивних зрушень не відбудеться. Лише усвідомлення того, що їхній активний внесок може стати ресурсом соціально-економічного розвитку держави, створить мотивацію для системного вирішення проблем цієї категорії громадян. [21]

Висновки до розділу 3

Сучасний стан осіб з інвалідністю в Україні характеризується глибокими системними суперечностями. У наукових джерелах слушно підкреслюється, що реальне становище цієї соціальної групи нерідко маскується декларативними заходами та формальними ініціативами, які лише поверхово торкаються існуючих проблем, залишаючи поза увагою їхню сутнісну природу [23]. Хоча держава в останні роки дедалі активніше декларує намір упроваджувати європейські стандарти щодо прав осіб з інвалідністю, більшість заходів продовжують мати фрагментарний характер і не забезпечують системного вирішення ключових проблемних питань.

Для формування в суспільстві адекватного, неупередженого ставлення до осіб з інвалідністю та створення дієвого механізму їх залучення до соціально корисної діяльності необхідні значні фінансові ресурси, міжвідомча координація та масштабна організаційна робота. Реалізація таких завдань є неможливою без активної участі громадських організацій осіб з інвалідністю. Саме ці організації, за умови належної підтримки та системного підходу, становлять джерело цінних трудових, інтелектуальних і

матеріально-фінансових ресурсів. Вони здатні акумулювати широке коло волонтерів, що зумовлено, зокрема, особистою зацікавленістю батьків, родичів та опікунів у створенні безпечного та гідного середовища для своїх близьких.

Крім того, громадські організації осіб з інвалідністю можуть запропонувати найбільш реалістичні та практично орієнтовані підходи до вирішення проблем, оскільки володіють унікальним знанням ситуації «зсередини» та розуміють реальні потреби цільових груп. Важливою їхньою перевагою є й високий потенціал у залученні міжнародних грантів і благодійних ресурсів, які в сучасних умовах відіграють ключову роль у забезпеченні стійкості соціальних проєктів [22].

Для підвищення ефективності діяльності таких організацій необхідним є розроблення механізму їхньої публічної презентації, забезпечення прозорості результатів роботи та створення системи об'єктивної оцінки соціальної значущості їхніх ініціатив. Водночас важливо впровадити методику оцінювання потреб конкретних осіб з інвалідністю та визначення рівня їхньої нужденності, а також сформулювати модель цільової допомоги, яка була б підконтрольною суспільству та відповідала принципам адресності й ефективності.

Не менш важливим аспектом є створення стимулів для соціально відповідального бізнесу, який міг би брати активну участь у наданні допомоги особам з інвалідністю. Для цього потрібна система економічно виважених механізмів, що заохочували б підприємства до участі у благодійних та соціальних програмах, сприяючи закріпленню традицій меценатства та солідарності.

Важливим завданням є також формування ефективної, прозорої та технічно відпрацьованої моделі взаємодії громадських організацій з органами місцевого самоврядування та бізнес-структурами. Така модель має базуватися на чітких процедурах, стандартизованих регламентах і взаємних зобов'язаннях сторін.

Щоб забезпечити можливість реальним, дієвим громадським організаціям ефективно представляти свої результати, необхідно запропонувати міжнародним донорам та іншим потенційним інвесторам зрозумілий і об'єктивний механізм оцінки ефективності їх діяльності. Це створить умови для посилення довіри, полегшить залучення ресурсів та сприятиме сталій підтримці найуразливіших категорій населення.

ВИСНОВКИ

У ході проведеного дослідження теоретичних засад категорій соціального захисту та соціального забезпечення було окреслено ключові напрями розвитку, проблемні аспекти та потенційні шляхи модернізації соціальної сфери України в контексті європейської інтеграції. Узагальнення умов функціонування чинної системи соціального захисту дало змогу визначити, що її формування, закріплене в Конституції України, передбачає посилення ролі держави у створенні належних механізмів соціальної підтримки. Це, у свою чергу, зумовлює необхідність удосконалення таких складових соціальної політики, як соціальне забезпечення, соціальне страхування та інші форми державної підтримки, що мають розвиватися еволюційно, без руйнування існуючих інституційних підвалин, але з їх постійною модернізацією.

Проблематика функціонування механізмів соціального захисту зумовлює провідну роль держави в їх реалізації як за умов стабільності, так і в періоди соціально-економічних трансформацій. Аналіз законодавчої бази засвідчує, що попри певні реформи, у сфері соціальних відносин досі відсутній цілісний нормативний акт змістовного характеру, який би комплексно визначав ключові поняття, їх взаємозв'язки та роль у формуванні соціальної політики. Саме тому механізми регулювання соціального захисту малозабезпечених і пільгових груп населення залишаються фрагментарними, а окремі види соціальних допомог дублюються або частково перетинаються у різних законодавчих документах.

У межах правового аналізу особливу увагу приділено категоріям населення, які потребують першочергової підтримки,— малозабезпеченим сім'ям, особам з інвалідністю загального захворювання, інвалідам з дитинства I–II груп, особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, ветеранам війни та учасникам АТО. Встановлено, що саме для цих груп спостерігаються найбільш суттєві проблеми доступу до соціальних

послуг, недостатній рівень державного фінансування та відсутність механізмів комплексного контролю за дотриманням їх соціальних прав.

Дослідження досвіду провідних «соціальних держав» щодо формування моделей соціальної політики показало, що Україна має значний потенціал для запозичення ефективних практик, які можуть слугувати основою для модернізації існуючого механізму надання допомоги малозабезпеченим. Оскільки Україна ратифікувала низку ключових міжнародних договорів у сфері соціального захисту, виникає необхідність гармонізації національного законодавства з міжнародними нормами, а також застосування інструментів, що вже довели свою дієвість у світовій практиці.

Дослідження проблем чинної системи соціального захисту дозволило встановити, що надання державних соціальних допомог малозабезпеченим та пільговим категоріям громадян має бути спрямоване на створення умов, які забезпечують реальний вихід із кризових життєвих ситуацій, пов'язаних із соціальними ризиками. Виявлено, що відсутність узагальнюючого законодавчого акту ускладнює реалізацію права на державну допомогу, оскільки різні норми закріплені у розрізнених правових актах, що спричиняє дублювання функцій і неузгодженість механізмів призначення виплат. Невирішеними залишаються питання, що стосуються соціального захисту в умовах медичних ризиків та підтримки пільгових категорій під час санаторно-курортного лікування, яке й надалі характеризується недостатнім рівнем фінансування та обмеженістю пропозиції послуг.

Запропоновані напрями удосконалення фінансового забезпечення соціального захисту передбачають, зокрема, удосконалення процедур призначення державних соціальних допомог і посилення контролю за достовірністю відомостей, поданих отримувачами. Одним із можливих шляхів покращення є створення спеціалізованої електронної бази даних малозабезпечених громадян, що забезпечить належний рівень прозорості, точності та професійного контролю. Ефективність реалізації програм адресної допомоги значною мірою залежить від узгодженої діяльності

Міністерства соціальної політики України та органів місцевого самоврядування, оскільки саме їх співпраця здатна забезпечити підвищення якості соціальних послуг та оптимізацію механізмів підтримки малозабезпечених і пільгових категорій населення, навіть попри існуючі законодавчі колізії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року
2. Закон України “Про страхування”
3. Закон України “Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття”
4. Закон України “Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням”
5. Закон України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності".
6. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, // Права людини. Міжнародні договори України, декларації, документи./ Упоряд. Ю.К. Качуренко-2-е вид.- К.: Юрінформ, 1992.
7. Державна політика в соціогуманітарній сфері: підручник / авт.. кол.: В.А.Скуратівський, В.П.Трощинський, П.К.Ситник та ін.; за аг. Ред. В.А. Скуратівського, В.П.Трощинського. - К.: НАДУ, 2014. - 284 с.
8. Бобришева О. В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я // Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Економіка». Вип. 8 (2). 2018. С. 12–18
9. Борецька Н.П. Соціальний захист населення на сучасному етапі: стан і проблеми. Монографія. - Донецьк: Янтар, 2001.
10. Вачевський М. В. Маркетинг у сферах послуг : Навчальний посібник.
11. Київ : Центр навчальної літератури , 2004. 232 с.
12. ВООЗ Рейтинг країн світу за рівнем витрат на охорону здоров'я Expenditure on Health. [Електронний ресурс]. URL :

<http://gtmarket.ru/ratings/expenditure-on-health/info>

13. Гапонова Е. О. Інституціональне забезпечення інтеграції ринку медичних послуг // «Millennium science» : Proceedings of XV International scientific conference (15 February 2018, Morrisville). Morrisville : Lulu Press, 2018. Р. 49–51.
14. Гапонова Е. О., Воробйов Є. М. Телемедичні технології на світовому ринку медичних послуг // Молодий вчений. 2017. Вип. 7 (47). С. 413–416.
15. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі // Вісн. Харк. нац. ун-ту ім. В. Н. Каразіна. Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм». Харків, 2018. № 1144. Вип. 3 (1). С. 94–97.
16. Герасимчук В. Г. Лідерство у світовій економіці: від «G7» до «E7». [Електронний ресурс]. URL : <http://economy.kpi.ua/uk/taxonomy/term/508>
17. Голіков А. П. Економіко-математичне моделювання світогосподарських процесів: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2006. 144 с.
18. Державна служба статистики України. [Електронний ресурс]. URL : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
19. Длугопольський О. В. Охорона здоров'я в системі глобальних суспільних благ: міжнародні порівняння // Економічна теорія. 2015. № 3. С. 83–97.
20. Довгаль О. А. Протекціонізм і лібералізм у процесі глобалізації світової економіки: (Питання теорії і методології) : монографія. Харків : Вид-во Народної української академії (НУА), 2004. 319 с.
21. Закон України «Про захист прав споживачів», ст.1, п.17, ч.1. [Електронний ресурс]. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>
22. Економічна енциклопедія: у трьох томах. Т. 3. / за ред.
23. С. В. Мочерного. Київ : Академія, 2002. 952 с.
24. Здоровье населения и социальные перемены в постсоветских государствах / редкол.: П. Бригадин [и др.]. - Минск : ГИУСТ БГУ, 2017. - 352 с. ІЖ№ 978-985-491-115-1.

25. Іващенко О. А., Резнікова Н. В., Рубцова М. Ю. Сфера охорони здоров'я в фокусі міжнародної торгівлі і глобальних проблем розвитку: режими надання послуг в сучасних міжнародних економічних відносинах. [Електронний ресурс]. URL : <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6867>
26. Ільницька У. Процес інституціоналізації неурядових міжнародних організацій та перспективи розвитку. [Електронний ресурс]. URL : <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/21118/1/21-119-123.pdf>
27. Камінська Т. М. Ринок медичних послуг: досвід теоретико-інституційного аналізу : монографія. Харків : Контраст, 2006. 296 с.
28. Малярець Л. М. Вимірювання ознак об'єктів в економіці: методологія : монографія. Харків : ХНЕУ, 2006. 384 с.
29. Міжнародний медичний довідник освіти (IMED) [Електронний ресурс]. URL : <http://www.faimer.org/resources/mapping.html>
30. Мобільна охорона здоров'я. Нові горизонти охорони здоров'я через технології мобільного зв'язку[Електронний ресурс]. URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87688/1/9789244564257_rus.pdf?ua=1
31. Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. URL : <http://moz.gov.ua>
32. Реалії та перспективи розвитку соціальної сфери в умовах децентралізації / Чечель А.О., Тарасенко Д.Л., Сухова К.К. / Проблеми та перспективи розвитку державного управління в умовах реформування: [колективна монографія] / Заг. ред. Чечель А.О., Хлобистов Є.В. - Бельско-Бяла (Польща): Вища школа економіки та гуманітаристики, 2017.- С.272-287.
33. Куценко О.Д. Общество неравных. Классовый анализ неравенства в переходном обществе. Подходы западной социологии. Харьков: Издательский центр Харьковского национального университета им. В. Н. Каразина, 2000 г., - 316 с.
34. Список країн за ВВП (номінал) на душу населення [Електронний ресурс].
35. Індекс людського розвитку ООН Україна - 83-я [Електронний ресурс].

36. Соціальна політика: політико-правові засади та особливості управління соціальними процесами [Електронний ресурс]. — Режим доступу : [Бйр://БикліБ.пе!/Боок8/27137/](http://biklib.net/book8/27137/).
37. Хома Н. М. Типологія моделей соціальної держави: аналіз основних підходів / Н. М. Хома // Держава і право. — 2016. — Випуск 56.
38. Пігуль Н. Г. Типологія моделей фінансування розвитку соціальної сфери / Н. Г. Пігуль // Проблеми та перспективи розвитку банківської системи України: збірник наукових праць. Суми, 2018. — Вип. 38. — С. 220-229.
39. Чорнодід І. С. Порівняння моделей соціально-орієнтованих економік / І. С. Чорнодід // Технологический аудит и резервь производства. — 2018. — NO 2/2(16). — С. 34-38.
40. Соціальний звіт за 2020 рр. МСПУ. Київ.: 2017 р. ІІПр: [А\у\у\у.пі8р .доу.ііа/РтеІі пє//уІР.п1ш](http://www.mspu.gov.ua/)
41. Технологія прийняття управлінських рішень: Навч. Посіб. / Уклад. В.Д.Бакуменко. - К.: Вид-во НАДУ, 2007. - 20 с.
42. Наказ Міністерства соціальної політики України №575 від 06.04.2017 «Про встановлення граничної вартості путівки (ліжко-дня) у 2017 році
43. Закон України "Про пенсійне забезпечення". Закони України, Том 2. - К.: АТ "Книга", 1996. - С. 254 - 285.
44. Заклади охорони здоров'я за період 2020-2019 рр. (за даними Міністерства охорони здоров'я). URL: [ttp://www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)
45. Євтушенко О.Н. Державна влада і місцеве самоврядування в політичній системі суспільства: монографія Вид-во ЧДУ, 2014
46. "Громадянська демократія" / Д. Метьюз, Н. Макафі. - Львів : ЦПД, 2001. - 36 с.
47. Європейський кодекс соціального забезпечення //прийнято у 1964 році// переглянуто 1990 року// ЕТС №139
48. Конвенція МОП № 157 «Про збереження прав щодо соціального забезпечення» // прийнята у 1983 році
49. Європейська конвенції «Про захист прав людини і основних свобод» //

прийнята у 1950 році//ратифікація згідно до Закону № 475/97 ВВР України у 1997 році

50. Європейська соціальна хартія //прийнята в 1961 р., переглянута у 1996 р., ратифікована Україною у 2006 р

51. Конвенцію МОП № 117 «Про основні цілі і нормативи соціальної політики» //прийнята в 1962 році

52. Конвенція МОП № 118 «Про рівноправність щодо соціального забезпечення» // прийнята у 1962 році

53. Загальна декларація прав людини // прийнята Організацією Об'єднаних Націй у 1948 року

54. Камінська Т.М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. Вісник Національного університету «Юридична академія України ім

55. Карамишев Д.В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я. URL:

<http://www.academy.gov.ua/>

56. Літвінов О.С. Управління закладами охорони здоров'я в умовах конкурентного середовища. Ефективна економіка. 2019. № 2.

57. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2019–2020 рр. URL: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2018/11/Strategiya_UKR.pdf.

58. Оболенцева Л. В. Кон'юнктурні дослідження галузевого ринку : підручник. Харків : ХНАМГ, 2014. 249 с.

59. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Відом. Верх.

60. Ради України. 1993. №4. [Електронний ресурс]. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

61. Олефір А., Тіпанов В. Тенденції розвитку міжнародної торгівлі послугами в умовах динамізації конкурентного середовища [Електронний ресурс]. URL : http://iepjournals.com/journals/8-9/2008_8_Olefir_Tipanov.pdf (

62. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. №2801-XII (зі змінами) URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/l>

63. Пустовійт Р. Ф. Інституціональне середовище підприємництва в трансформацій економіці : книга. Черкаси : Брама-Україна, 2006. С. 353.
64. Радзієвська С. О. Глобальна економіка: конспект лекцій для студенті економічних напрямів підготовки усіх форм навчання : книга. Київ : СІК ГРУП УКРАЇНА, 2019. 344 с.
65. Резнікова Н. В., Рубцова М. Ю., Іващенко О. А. Про співвідношення понять лікувального і оздоровчого туризму в контексті оцінки потенціалу міжнародного ринку медичних послуг // Ефективна економіка, 2018 [Електронний ресурс]. URL : <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6278>
66. Семигіна Т.В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального : книга. Київ : Києво-Могилянська академія, 2017. 400 с.
67. Свінціцький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. Практикуючий лікар. 2019. № 1. С. 7–13.
68. Шевченко В.А. Особливості функціонування системи закладів охорони здоров'я України в умовах їх інноваційного розвитку. Управління розвитком. Харків, 2020. № 3(185). С. 41–48.
69. Шевченко Л. С., Гриценко О. А., Камінська Т. М. Безпека людського розвитку в правовій, соціальній державі : монографія. Харків : НУ «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого», 2017. 850 с.; с. 202.
70. Шутов М. М. Економіка та менеджмент охорони здоров'я: регіональний аспект. Харків: Основа, 2000. 365 с., С. 287.